



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,  
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO  
PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

“Diseño y Evaluación de un Programa  
para la Mejora de la Imagen Corporal  
de Personas Mayores”

Fdo:

ROBERTO SÁNCHEZ CABRERO



2008

La Dra. Carmen Maganto Mateo, profesora titular de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco, como directora de esta tesis doctoral, después de haber supervisado y evaluado esta investigación considera:

*Que esta Tesis Doctoral con título "Diseño y Evaluación de un Programa para la Mejora de la Imagen Corporal de Personas Mayores" realizada por Roberto Sánchez Cabrero, DNI: 45.683.626-Z, reúne los requisitos y la calidad exigida para ser evaluada por un tribunal universitario para la obtención del Grado de Doctor en Psicología Clínica y de la Salud por la Universidad de Salamanca.*

Fdo:

Dra. Carmen Maganto Mateo





Dedicado a Cruz Roja Zamora  
por hacer posible esta  
investigación



## *Agradecimientos...*

*Son muchas las personas e instituciones a las que agradezco su participación y ayuda en este proyecto, sin ellos esta investigación no hubiera sido posible y por eso este fragmento de papel no es suficiente para agradecerse como merecen. Espero no olvidarme de nadie:*

*Debo empezar por la persona más importante para la realización de esta tesis, la doctora Carmen Maganto, ella aceptó este proyecto sin apenas conocerme, ella ha corregido y evaluado todo el trabajo, pero lo más importante de todo, es que se ha preocupado por mí y ha generado en mí la confianza necesaria para llevar a cabo un proyecto como éste, que supone dedicación intensa durante muchos años. Por todo ello y por otras muchas más cosas que no se expresan con palabras, gracias de todo corazón.*

*Debo dar las gracias también a todas las personas que forman el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca por ayudarme y facilitar la presentación de esta tesis dentro del Doctorado de Psicología Clínica y de la Salud.*

*Gracias también a toda la Cruz Roja de Zamora, mi lugar de trabajo, a ellos debo agradecerles la muestra y la inspiración de este proyecto. Gracias en especial a Clara, Auxi y Luis.*

*Gracias a todos mis compañeros de trabajo en Cruz Roja Zamora, Eva, Ale, M<sup>a</sup> Fe, Merce, Álvaro, Carlos, Javi, Susana, José Luis, Conchi, Soraya, Soraya Taranillas, Charo, Clara, Peñas, Iván, Cristina, Gustavo, Nuria, Raquel y José Carlos por su participación desinteresada y su disposición de ayuda siempre que la necesité.*

*Gracias a todos los participantes de los programas que se han impartido y a todos los participantes de los grupos de discusión por gastar su tiempo conmigo, espero que mi trabajo les haya ayudado tanto como ellos me han ayudado a mí. Gracias de todo corazón a la gente de Villarrín de Campos, Fuentesauco, Benavente, Muga de Sayago, Toro, Morales de Toro, San Juan del Rebollar, Corrales del Vino y Zamora.*

*Gracias Feli, Pilar, Belén y M<sup>a</sup> Elena, voluntarias de Cruz Roja de mayores, vuestra ayuda ha sido importantísima en este proyecto.*

*Gracias de todo corazón a la gente de los programas de Respiro y Paseos Saludables de Cruz Roja, sin lugar a dudas sois de lo que más me siento orgulloso en Cruz Roja.*

*Gracias a todos mis amigos por ayudarme y aguantarme en tantas ocasiones, espero no olvidar a nadie: Carlos, Ferrero, Rocío, Alfonso, Paloma, Héctor, Julio, Sonia, Almudena y Marta.*

*Gracias a toda mi familia por su apoyo y ayuda, en especial a mis padres, Ernes y Pepe, y hermanos, Esther, Enrique, Ernes y Déborah, espero que os sintáis tan orgullosos de mí como me siento yo de vosotros, esta Tesis Doctoral también es vuestra.*

*Por último, gracias a ti también Susana, que no me olvido de ti nunca, tu insistencia, tu paciencia y tus broncas cuando vagueaba han sido mi mejor ayuda en todo momento. Una parte de esta tesis lleva tu nombre, gracias, gracias.*



# Índice de contenidos

## ***PARTE PRIMERA: Base Teórica***

|  |               |
|--|---------------|
| <b>INTRODUCCIÓN</b>  | <b>Pg. 23</b> |
| <b>CAPÍTULO 1. Revisión del conocimiento científico actual en Imagen Corporal</b>          | <b>Pg. 31</b> |
| 1. 1. Delimitación conceptual de términos  | Pg. 36        |
| 1. 1. 1. La imagen corporal  | Pg. 36        |
| 1. 1. 2. El esquema corporal   | Pg. 41        |
| 1. 2. La estructura de la Imagen Corporal  | Pg. 43        |
| 1. 3. Interrelaciones de la imagen corporal con otros conceptos y constructos psicológicos | Pg. 44        |
| 1. 3. 1. Género e Imagen Corporal  | Pg. 44        |
| 1. 3. 2. La función de la edad en la imagen corporal                                       | Pg. 46        |
| 1. 3. 3. Imagen Corporal y autoconcepto  | Pg. 48        |
| 1. 3. 4. Autoestima e imagen corporal  | Pg. 51        |
| 1. 4. Alteraciones de la Imagen Corporal   | Pg. 54        |
| 1. 4. 1. Tipos de preocupaciones más frecuentes sobre la imagen corporal                   | Pg. 58        |
| 1. 4. 2. Problemas que se relacionan con una mala imagen corporal                          | Pg. 59        |
| 1. 4. 3. Características clínicas del trastorno de la imagen corporal                      | Pg. 60        |
| 1. 4. 4. Diagnóstico diferencial del trastorno de la imagen corporal                       | Pg. 67        |
| 1. 4. 5. Prevalencia del trastorno de la imagen corporal                                   | Pg. 68        |
| 1. 4. 6. Desarrollo del trastorno de la imagen corporal                                    | Pg. 68        |
| 1. 4. 7. Modelos explicativos de las alteraciones de la Imagen Corporal                    | Pg. 75        |
| 1. 5. Instrumentos de evaluación de los trastornos de la Imagen Corporal                   | Pg. 84        |
| 1. 6. Tratamiento de los trastornos de la imagen corporal                                  | Pg. 91        |

|  |  |                    |
|--|--|--------------------|
| 1. 6. 1.   | La prevención de problemas de imagen corporal  | Pg. 91             |
| 1. 6. 2.   | Tratamientos ineficaces  | Pg. 95             |
| 1. 6. 3.   | El tratamiento estandarizado de imagen corporal  | Pg. 97             |
| 1.6.3.1.   | El modelo de tratamiento de problemas relacionados con la imagen corporal de Raich 2001)                                       | Pg. 99             |
| 1. 7.  | Conclusiones a la revisión del conocimiento científico actual en imagen corporal a la hora de afrontar la investigación        | Pg. 107            |
| <br><b>CAPÍTULO 2. Revisión del conocimiento científico actual en Psicología de la vejez</b> |  | <br><b>Pg. 109</b> |
| 2. 1.  | Teorías del desarrollo adulto  | Pg. 116            |
| 2. 1. 1.   | Aproximación conductual o de aprendizaje social  | Pg. 116            |
| 2. 1. 2.   | Aproximación psicoanalítica  | Pg. 117            |
| 2. 1. 3.   | Aproximación humanista   | Pg. 117            |
| 2. 1. 4.   | Aproximación de las diferencias individuales   | Pg. 118            |
| 2. 1. 5.   | Aproximación sociopsicológica  | Pg. 119            |
| 2. 1. 6.   | Aproximación dialéctica  | Pg. 120            |
| 2. 2.  | Modelos del desarrollo adulto  | Pg. 121            |
| 2. 2. 1.   | Modelo mecanicista   | Pg. 121            |
| 2. 2. 2.   | Modelo organicista   | Pg. 122            |
| 2. 2. 3.   | Modelo dialéctico contextual   | Pg. 122            |
| 2. 2. 4.   | Modelo del ciclo vital ( <i>Life Span</i> )  | Pg. 123            |
| 2. 2. 5.   | Modelo fenomenológico existencial  | Pg. 124            |
| 2. 3.  | Aportaciones científicas a la vivencia del aspecto físico en la vejez  | Pg. 125            |
| 2. 3. 1.   | El síndrome " <i>Dorian Grey</i> "   | Pg. 125            |
| 2. 3. 2.   | Los " <i>sí mismos posibles</i> " de Markus (1977)   | Pg. 126            |
| 2. 3. 3.   | Teoría psicosocial de Erikson (1963)   | Pg. 126            |
| 2. 3. 4.   | El envejecimiento como máscara de Gubrium (1978, 1986, 2005)   | Pg. 128            |
| 2. 3. 5.   | La " <i>Ventana de Johari</i> " de Luft e Ingham (1961)  | Pg. 128            |
| 2. 3. 6.   | La Terapia racional-emotiva de Ellis (1962, 1975)  | Pg. 129            |
| 2. 4.  | Conclusiones a la revisión del conocimiento científico actual en psicología de la vejez a la hora de afrontar la investigación | Pg. 131            |



|   |                |
|---|----------------|
| <b>CAPÍTULO 3. Revisión de la actualidad de la investigación científica en imagen corporal y psicología de la vejez</b> | <b>Pg. 133</b> |
| 3. 1. Actualidad de la investigación científica en Imagen Corporal  | Pg. 133        |
| 3. 1. 1. Estudios actuales relacionados con el trastorno dismórfico   | Pg. 133        |
| 3. 1. 2. Estudios actuales sobre satisfacción corporal  | Pg. 135        |
| 3. 2. Actualidad de la investigación científica de Imagen Corporal en la Vejez  | Pg. 142        |
| 3. 2. 1. Estudios actuales sobre satisfacción corporal en la vejez  | Pg. 142        |
| 3. 2. 2. Estudios actuales sobre satisfacción con la propia vejez   | Pg. 144        |
| 3. 3. Actualidad de la investigación científica en programas de mejora de la imagen corporal                            | Pg. 145        |
| 3. 4. Conclusiones a la revisión de la actualidad de la investigación científica  | Pg. 149        |

## ***PARTE SEGUNDA: Metodología y Diseño del Programa***

|  |                |
|--|----------------|
| <b>CAPÍTULO 4. Procedimiento metodológico para el diseño del programa de mejora de la imagen corporal “Imagina”</b>                                | <b>Pg. 155</b> |
| 4. 1. Población objeto de estudio  | Pg. 156        |
| 4. 1. 1. Características demográficas  | Pg. 157        |
| 4. 1. 2. Características sociales  | Pg. 168        |
| 4. 1. 3. Características psicológicas  | Pg. 174        |
| 4. 2. Acercamiento a la realidad social de la población objeto de estudio a través de la realización de la técnica cualitativa Grupos de Discusión | Pg. 183        |
| 4. 2. 1. Objeto de estudio   | Pg. 185        |
| 4. 2. 2. Muestra   | Pg. 192        |
| 4. 2. 3. Objetivos e hipótesis   | Pg. 192        |
| 4. 2. 4. Diseño de los grupos de discusión   | Pg. 194        |
| 4. 2. 5. Desarrollo de los grupos de discusión   | Pg. 199        |
| 4.2.5.1. Grupo I: Grupo de mujeres con pareja  | Pg. 199        |
| 4.2.5.2. Grupo II: Grupo de mujeres sin pareja   | Pg. 210        |
| 4.2.5.3. Grupo III: Grupo de hombres con pareja  | Pg. 218        |
| 4.2.5.4. Grupo IV: Grupo de hombres sin pareja   | Pg. 227        |
| 4.2.5.5. Análisis global de todos los grupos de discusión  | Pg. 234        |

|   |                |
|---|----------------|
| 4. 2. 6. Conclusiones para la investigación   | Pg. 235        |
| <b>CAPÍTULO 5. Diseño del programa “Imagina”</b>  | <b>Pg. 249</b> |
| 5. 1. Objetivos e hipótesis del diseño del programa “ <i>Imagina</i> ”  | Pg. 249        |
| 5. 2. Bases teóricas y conceptuales para el diseño del programa   | Pg. 251        |
| 5. 3. Criterios y técnicas metodológicas para la elección de las actividades y rol del monitor                      | Pg. 257        |
| 5. 4. Estructura del programa   | Pg. 261        |
| 5. 4. 1. Manual del monitor   | Pg. 262        |
| 5. 4. 2. Cuadernillo del alumno   | Pg. 262        |
| 5. 4. 3. Láminas complementarias  | Pg. 263        |
| 5. 4. 4. Transparencias de apoyo  | Pg. 263        |
| 5. 4. 5. Material Auxiliar al Programa “ <i>Imagina</i> ”   | Pg. 264        |
| 5. 5. Estructura de las sesiones  | Pg. 265        |
| 5. 6. Descripción de las actividades  | Pg. 267        |
| <b>CAPÍTULO 6. Procedimiento metodológico para la valoración experimental de la eficacia del programa “Imagina”</b> | <b>Pg. 291</b> |
| 6. 1. Objetivos e hipótesis para la valoración experimental del programa “ <i>Imagina</i> ”                         | Pg. 291        |
| 6. 2. Análisis de las variables intervinientes en la investigación  | Pg. 294        |
| 6. 2. 1. Descripción de las variables intervinientes  | Pg. 295        |
| 6. 2. 2. Relaciones entre las distintas variables   | Pg. 306        |
| 6. 2. 3. Mapa de relaciones entre variables   | Pg. 33         |
| 6. 3. Modelo de investigación   | Pg. 313        |
| 6. 3. 1. Diseño experimental  | Pg. 315        |
| 6. 3. 2. Instrumentos de recogida de datos  | Pg. 322        |
| 3. 6. 2. 1. BSQ   | Pg. 323        |
| 3. 6. 2. 2. Cuestionarios de Evaluación   | Pg. 325        |
| 6. 3. 3. Modelo de análisis de datos  | Pg. 327        |
| 6. 4. Elección de la muestra de investigación   | Pg. 332        |
| 6. 5. Lugar y ámbito de actuación   | Pg. 334        |
| 6. 6. Recursos necesarios   | Pg. 341        |





|                        |         |
|------------------------|---------|
| 6. 6. 1. Estructurales | Pg. 341 |
| 6. 6. 2. Materiales    | Pg. 343 |
| 6. 6. 3. Humanos       | Pg. 344 |
| 6. 6. 4. Temporales    | Pg. 345 |

### ***PARTE TERCERA: Estudio De campo***

#### **CAPÍTULO 7. Análisis de los resultados obtenidos Pg. 351**

|   |         |
|---|---------|
| 7. 1. Datos de la implementación de la investigación: Tiempo, lugar y descripción de la muestra | Pg. 352 |
| 7. 2. Análisis de homogeneidad de las muestras estudiadas                                       | Pg. 357 |
| 7. 3. Análisis inter-intrasujetos de los resultados   | Pg. 359 |
| 7. 4. Análisis correlacional de los resultados  | Pg. 394 |
| 7. 5. Cuestionarios de valoración de las actividades realizadas                                 | Pg. 399 |
| 7. 6. Interpretación y discusión de los resultados  | Pg. 404 |

#### **CAPÍTULO 8. Interpretación y discusión Pg. 415**

|   |         |
|---|---------|
| 8. 1. Conclusiones en relación a los objetivos y las hipótesis planteadas | Pg. 415 |
| 8. 2. Conclusiones en relación a las variables intervinientes             | Pg. 424 |
| 8. 3. Limitaciones de la investigación                                    | Pg. 427 |
| 8. 4. Nuevas líneas de investigación                                      | Pg. 428 |
| 8. 5. Consideraciones finales a la investigación                          | Pg. 429 |

#### **BIBLIOGRAFÍA Pg. 435**

### ***ANEXOS***

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 1. 1. Programa Imagina              |  |
| 1. 1. 1. Manual del monitor         |  |
| 1. 1. 2. Cuadernillo de actividades |  |
| 1. 1. 3. Láminas complementarias    |  |
| 1. 1. 4. Transparencias de apoyo    |  |
| 1. 2. Vídeos                        |  |
| 1. 3. Material de evaluación        |  |

- 1. 3. 1. Cuestionario pre-test
- 1. 3. 2. Cuestionarios de actividades
- 1. 3. 3. Cuestionario post-test
- 1. 3. 4. BSQ



# Índice de figuras

## ***PARTE PRIMERA: Base Teórica***

### **CAPÍTULO 1. Revisión del conocimiento científico actual en Imagen Corporal**

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Figura 1.</b> Crecimiento medio anual de la población mayor en España 1900 - 2050    | <b>Pg. 33</b> |
| <b>Figura 2.</b> Distribución provincial de las personas de 65 y más años, 2005         | <b>Pg. 35</b> |
| <b>Figura 3.</b> El papel de los errores cognitivos en la imagen corporal (Raich, 2000) | <b>Pg. 61</b> |
| <b>Figura 4.</b> Desarrollo y mantenimiento de una imagen corporal negativa             | <b>Pg. 74</b> |
| <b>Figura 5.</b> Modelo de Williamson (1990)  | <b>Pg. 79</b> |
| <b>Figura 6.</b> Modelo de Richards, Thompson y Coover (1990)                           | <b>Pg. 81</b> |
| <b>Figura 7.</b> Modelo de Raich, Torras y Mora (1997)                                  | <b>Pg. 82</b> |
| <b>Figura 8.</b> Terapia Racional-Emotiva de Ellis (1962, 1975)                         | <b>Pg.130</b> |

## ***PARTE SEGUNDA: Metodología y diseño del programa***

### **CAPÍTULO 4. Procedimiento metodológico para el diseño del programa de mejora de la imagen corporal *"Imagina"***

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Figura 9.</b> Evolución de la población mayor, 1900 – 2050 (miles)             | <b>Pg.158</b> |
| <b>Figura 10.</b> Edad mediana, España 1900 – 2050                                | <b>Pg 158</b> |
| <b>Figura 11.</b> Distribución provincial de personas de 65 y más años, 2005      | <b>Pg.160</b> |
| <b>Figura 12.</b> Población según sexo y edad, 2005, 2020, 2050                   | <b>Pg.163</b> |
| <b>Figura 13.</b> Diferencia entre mujeres y hombres por grupo de edad, 2005      | <b>Pg.164</b> |
| <b>Figura 14.</b> Formas de convivencia de la población mayor en España           | <b>Pg.168</b> |
| <b>Figura 15.</b> Porcentaje de viudos según edad, 2001                           | <b>Pg.170</b> |
| <b>Figura 16.</b> Porcentaje de obesos según edad, 2003                           | <b>Pg.172</b> |
| <b>Figura 17.</b> Grado de satisfacción con la vida en general por grupos de edad | <b>Pg.177</b> |

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Figura 18.</b> Rupturas matrimoniales por cada 100.000 habitantes en cada sexo y grupo de edades, 2004 | <b>Pg.181</b> |
| <b>Figura 19.</b> Mapa de los elementos intervinientes en el desarrollo de los grupos de discusión        | <b>Pg.186</b> |
| <b>Figura 20.</b> Mapa conceptual grupo I   | <b>Pg.204</b> |
| <b>Figura 21.</b> Mapa conceptual grupo II  | <b>Pg.213</b> |
| <b>Figura 22.</b> Mapa conceptual grupo III   | <b>Pg.221</b> |
| <b>Figura 23.</b> Mapa conceptual grupo IV  | <b>Pg.230</b> |

**CAPÍTULO 6. Procedimiento metodológico para la valoración experimental de la eficacia del programa “Imagina”**

|  |               |
|--|---------------|
| <b>Figura 24.</b> Mapa de relaciones entre variables | <b>Pg.312</b> |
| <b>Figura 25.</b> Lugares de actuación               | <b>Pg.338</b> |

***PARTE TERCERA: Estudio De campo***

**CAPÍTULO 7. Análisis e interpretación de los resultados**

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Figura 26.</b> Gráficos de barras de la distribución de la muestra según distintas variables                   | <b>Pg.356</b> |
| <b>Figura 27.</b> Gráficos de tarta de la distribución de la muestra según distintas variables                    | <b>Pg.357</b> |
| <b>Figura 28.</b> Gráficos de las medidas pre-post según la condición experimental                                | <b>Pg.362</b> |
| <b>Figura 29.</b> Gráficos de las medidas pre-post según la variable sexo   | <b>Pg.367</b> |
| <b>Figura 30.</b> Gráficos de las medidas pre-post de los grupos de control según la variable edad                | <b>Pg.372</b> |
| <b>Figura 31.</b> Gráficos de las medidas pre-post de los grupos experimentales según la variable edad            | <b>Pg.373</b> |
| <b>Figura 32.</b> Gráficos de las medidas pre-post según la variable estado civil (matrimonio, separación)        | <b>Pg.378</b> |
| <b>Figura 33.</b> Gráficos de las medidas pre-post según la variable estado civil (soltería, viudez)              | <b>Pg.379</b> |
| <b>Figura 34.</b> Gráficos de las medidas pre-post según la variable entorno                                      | <b>Pg.383</b> |
| <b>Figura 35.</b> Gráficos de las medidas pre-post según la época del año de aplicación                           | <b>Pg.388</b> |
| <b>Figura 36.</b> Gráficos de las medidas pre-post según la variable monitor (gráficas separadas según condición) | <b>Pg.393</b> |



# Índice de tablas

## ***PARTE PRIMERA: Base Teórica***

### **CAPÍTULO 1. Revisión del conocimiento científico actual en Imagen Corporal**

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Tabla 1.</b> Conductas comunes en personas con trastorno dismórfico (Phillips, 1996) | <b>Pg. 66</b> |
|---|---------------|

## ***PARTE SEGUNDA: Metodología y diseño del programa***

### **CAPÍTULO 4. Procedimiento metodológico para el diseño del programa de mejora de la imagen corporal "Imagina"**

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Tabla 2.</b> Países con mayor envejecimiento 2000 - 2050   | <b>Pg 159</b> |
| <b>Tabla 3.</b> Estructura por sexo y edad, 2005  | <b>Pg.162</b> |
| <b>Tabla 4.</b> Estado civil de la población de edad, 2001  | <b>Pg.167</b> |
| <b>Tabla 5.</b> Personas en soledad, 2001   | <b>Pg.169</b> |
| <b>Tabla 6.</b> Importancia concedida a distintos aspectos vitales por grupos de edad                             | <b>Pg.178</b> |
| <b>Tabla 7.</b> Motivos de discriminación   | <b>Pg.179</b> |
| <b>Tabla 8.</b> Problemas que más afectan a España y que más le afectan personalmente: Diez problemas principales | <b>Pg.180</b> |
| <b>Tabla 9.</b> Mayores que han sido víctimas de suicidios, 2005  | <b>Pg.182</b> |

## ***PARTE TERCERA: Estudio De campo***

### **CAPÍTULO 7. Análisis e interpretación de los resultados**

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Tabla 10.</b> Distribución de la muestra por grupos de aplicación    | <b>Pg.354</b> |
| <b>Tabla 11.</b> Distribución de la muestra según variables atributivas | <b>Pg.354</b> |

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Tabla 12.</b> Distribución combinada de frecuencias de la muestra según variables atributivas  | <b>Pg.355</b> |
| <b>Tabla 13.</b> Contraste de diferencia de medias para muestras independientes de los grupos control y experimental en la medición pretratamiento  | <b>Pg.358</b> |
| <b>Tabla 14.</b> Medias y desviaciones típicas de los instrumentos de evaluación según la condición experimental en las fases pretest, postest y en la diferencia pretest - postest   | <b>Pg.360</b> |
| <b>Tabla 15.</b> Contrastes multivariados de los efectos de la variable "condición" a través del ANOVA de Medidas repetidas   | <b>Pg.361</b> |
| <b>Tabla 16.</b> Medias y desviaciones típicas de los instrumentos de evaluación según la condición experimental y según la variable sexo en las fases pretest, postest y en la diferencia pretest-postest                  | <b>Pg.363</b> |
| <b>Tabla 17.</b> Contrastes multivariados de la variable "sexo" sobre las medidas tomadas teniendo en cuenta la variable "condición"  | <b>Pg.365</b> |
| <b>Tabla 18.</b> Medias y desviaciones típicas de los instrumentos de evaluación según la condición experimental y según la variable edad en las fases pretest, postest y en la diferencia pretest-postest                  | <b>Pg.369</b> |
| <b>Tabla 19.</b> Contrastes multivariados de la variable "sexo" sobre las medidas tomadas teniendo en cuenta la variable "condición"  | <b>Pg.371</b> |
| <b>Tabla 20.</b> Medias y desviaciones típicas de los instrumentos de evaluación según la condición experimental y según la variable estado civil en las fases pretest, postest y en la diferencia pretest-postest          | <b>Pg.375</b> |
| <b>Tabla 21.</b> Contrastes multivariados de la variable "estado civil" sobre las medidas tomadas teniendo en cuenta la variable "condición"  | <b>Pg.377</b> |
| <b>Tabla 22.</b> Medias y desviaciones típicas de los instrumentos de evaluación según la condición experimental y según la variable entorno en las fases pretest, postest y en la diferencia pretest-postest               | <b>Pg.380</b> |
| <b>Tabla 23.</b> Contrastes multivariados de la variable "entorno" sobre las medidas tomadas teniendo en cuenta la variable "condición"   | <b>Pg.382</b> |
| <b>Tabla 24.</b> Medias y desviaciones típicas de los instrumentos de evaluación según la condición experimental y según la variable época del año en las fases pretest, postest y en la diferencia pretest-postest         | <b>Pg.384</b> |
| <b>Tabla 25.</b> Contrastes multivariados de la variable "época del año de aplicación" sobre las medidas tomadas teniendo en cuenta la variable "condición"   | <b>Pg.386</b> |
| <b>Tabla 26.</b> Medias y desviaciones típicas de los instrumentos de evaluación según la condición experimental y según la variable monitor de los grupos en las fases pretest, postest y en la diferencia pretest-postest | <b>Pg.390</b> |
| <b>Tabla 27.</b> Contrastes multivariados de la variable "monitor" sobre las medidas tomadas teniendo en cuenta la variable "condición"   | <b>Pg.392</b> |
| <b>Tabla 28.</b> Correlaciones de los instrumentos de medida, antes y después   | <b>Pg.395</b> |



|  |               |
|--|---------------|
| de tratamiento, en las muestras relacionadas   |               |
| <b>Tabla 29.</b> Correlaciones entre los instrumentos de medida en la antes de los tratamientos (condición PRE)  | <b>Pg.395</b> |
| <b>Tabla 30.</b> Correlaciones entre los instrumentos de medida en la después de los tratamientos (condición POST) diferenciando la condición experimental | <b>Pg.396</b> |
| <b>Tabla 31.</b> Correlaciones de las diferencias PRE-POST entre los instrumentos de medida diferenciando la condición experimental                        | <b>Pg.397</b> |
| <b>Tabla 32.</b> Correlaciones de la mejora debida a los tratamientos con el factor "Edad"   | <b>Pg.398</b> |
| <b>Tabla 33.</b> Correlaciones de la mejora debida a los tratamientos con el factor "Sexo"   | <b>Pg.399</b> |
| <b>Tabla 34.</b> Medias y desviaciones típicas de la valoración final del programa "Imagina"   | <b>Pg.400</b> |
| <b>Tabla 35.</b> Medias y desviaciones típicas de la valoración de la utilidad de las actividades del programa "Imagina"                                   | <b>Pg.401</b> |
| <b>Tabla 36.</b> Medias y desviaciones típicas de la valoración del entretenimiento de las actividades del programa "Imagina"                              | <b>Pg.402</b> |
| <b>Tabla 37.</b> Medias y desviaciones típicas de la valoración de la duración del programa "Imagina"  | <b>Pg.403</b> |







# Índice de cuadros

## ***PARTE PRIMERA: Base Teórica***

### **CAPÍTULO 1. Revisión del conocimiento científico actual en Imagen Corporal**

|   |                |
|---|----------------|
| <b>Cuadro 1.</b> DSM IV-R Trastorno dismórfico, DSM IV-R (APA, 2000)                      | <b>Pg. 58</b>  |
| <b>Cuadro 2.</b> Instrumentos de evaluación de la imagen corporal                         | <b>Pg. 89</b>  |
| <b>Cuadro 3.</b> Sesiones y objetivos PICTA   | <b>Pg. 94</b>  |
| <b>Cuadro 4.</b> Principales tratamientos de imagen corporal (Raich, 2001)                | <b>Pg. 98</b>  |
| <b>Cuadro 5.</b> Objetivos y procedimientos de la terapia de Imagen Corporal (Raich 2001) | <b>Pg. 100</b> |
| <b>Cuadro 6.</b> Autorregistro diario de imagen corporal                                  | <b>Pg.103</b>  |
| <b>Cuadro 7.</b> La ventana de Johari (Luft e Ingham 1961)                                | <b>Pg.129</b>  |

## ***PARTE SEGUNDA: Metodología y diseño del programa***

### **CAPÍTULO 4. Procedimiento metodológico para el diseño del programa de mejora de la imagen corporal *"Imagina"***

|  |               |
|--|---------------|
| <b>Cuadro 8.</b> Comparativa modelos de belleza años 60 - actualidad | <b>Pg.241</b> |
|--|---------------|

### **CAPÍTULO 6. Procedimiento metodológico para la valoración experimental de la eficacia del programa *"Imagina"***

|  |               |
|--|---------------|
| <b>Cuadro 9.</b> Clasificación del diseño experimental de la investigación según diversas tipologías | <b>Pg.316</b> |
| <b>Cuadro 10.</b> Cuadro de investigación del diseño experimental                                    | <b>Pg.318</b> |



## INTRODUCCIÓN

La imagen corporal es un campo de estudio de la psicología muy joven, a pesar de que la preocupación por la propia apariencia física forma parte de la esencia social del ser humano desde el inicio de las civilizaciones. Hasta la década de los 60 las investigaciones relacionadas con este constructo no gozaron de la suficiente entidad científica como para considerar la existencia de un campo científico acotado y de importancia sobre imagen corporal, las investigaciones en las que estaba implicada la imagen corporal eran escasas y sus conclusiones eran mezcladas con otros constructos psicológicos relacionados como la autoestima o el autoconcepto personal (Rosen 2006, Maganto y Cruz, 2008). Actualmente, la investigación sobre imagen corporal está en pleno auge debido a variadas circunstancias sociales relacionadas con el ideal social de belleza, que han creado alarma social. Alteraciones como los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia nerviosa) en adolescentes, que hasta hace cuatro décadas eran escasos, el aumento de las operaciones de estética, tanto en jóvenes como en personas más maduras, y el impulso considerable que han sufrido en los últimos tiempos diversos negocios relacionados con la estética y la imagen corporal, como lo pueden ser gimnasios, centros de cirugía plástica o la alimentación dietética, son los que han conseguido que científicos de diversas áreas de conocimiento (medicina, psicología, sociología, historia, etc.) se hayan lanzado a buscar causas y soluciones a los problemas relacionados con el desarrollo y mantenimiento de una Imagen corporal negativa.

Una de las causas más importantes de este aumento social de la preocupación por la belleza, que ha derivado en diversos problemas sociales, se encuentra en las propias características diferenciales de la sociedad actual. Las cualidades a las que se hace referencia son el intercambio de información de manera instantánea a nivel mundial y el énfasis puesto en la imagen como valor social. Ambas cualidades de la sociedad occidental actual son consecuencia directa del surgimiento y auge de los medios de comunicación basados en la imagen y el progreso de la tecnología de la comunicación a distancia. Se hace referencia a medios de comunicación como la TV, Internet, revistas o incluso el cine, entre otros (Williams, Germov y Young, 2007; Maganto y Cruz, 2008).

El énfasis de la belleza como valor social tendría un efecto limitado sobre la sociedad si esa imagen que se exige fuera accesible a la mayor parte de la población. Por el contrario, como el principal objetivo de estos medios de comunicación es la venta de sus productos, ya sea directa o indirectamente, utilizan una imagen de belleza idealizada e irreal para hacerla más deseable a los posibles compradores. Un resultado negativo que se produce en este proceso, es que estos medios de comunicación ofrecen un reflejo muy distorsionado de la sociedad. Este reflejo distorsionado puede causar problemas, como así produce, a los miembros de la sociedad occidental actual más susceptibles a esta manipulación.

El grupo social de los adolescentes ha sido el objetivo prioritario de los estudios sobre imagen corporal. Los motivos son claros e importantes ya que este grupo es el que presenta los problemas asociados a la imagen corporal más graves y serios, los trastornos de la alimentación e imagen corporal, anorexia y bulimia nerviosa. Estos trastornos presentan una gran complejidad y dificultad que hace que sea necesaria su investigación en profundidad desde muchos ámbitos, como el social, psicológico, médico, familiar, etc. Aún a día de hoy siguen existiendo importantes lagunas en estos trastornos que implica que la investigación en este campo con los adolescentes siga durante mucho tiempo en auge.

La gravedad de los problemas de Imagen corporal en adolescentes hace que pasen desapercibidas a los ojos de la sociedad otras cuestiones sobre la imagen corporal asociadas a otros grupos sociales. Uno de estos grupos sociales que reciben menor atención científica es el de los mayores, pese a que son un grupo social que tienen unas circunstancias y características propias dentro de nuestra sociedad actual que hace que la imagen corporal, como se muestra a lo largo de este documento de Tesis Doctoral, sea un tema de investigación de sumo interés.

Una reflexión sobre las circunstancias sociales actuales muestra con claridad cómo estas circunstancias también afectan en su totalidad a los mayores, ya que también son grandes consumidores de TV y, en menor medida, de Internet y cine, pero lógicamente les afecta de forma distinta ya que tienen una serie de condicionantes que, a veces les ayudan y otras veces les perjudican, en la exposición a estos medios de comunicación y del patrón estético dominante. Las consecuencias de intervenir sobre la imagen corporal de este colectivo aún están poco estudiadas desde el ámbito científico, por lo que esta investigación pretende aportar luz sobre un camino poco transitado y de notable importancia social, debido a la clara tendencia hacia el envejecimiento de la población de la sociedad española (España es segunda en la clasificación mundial en índice de envejecimiento detrás de Japón, INE, 2006).

Con la realización de esta Tesis Doctoral denominada *“Diseño y evaluación de un programa para la mejora de la imagen corporal de personas mayores”* se ha pretendido crear un programa estructurado de actividades de aplicación colectiva, que logre mejorar la imagen corporal, y por ende la autoestima de las personas mayores y en proceso de madurez de la sociedad española sin mediar problemas graves de salud, considerando tal grupo social como el comprendido entre las edades 45 años y 80 años.

Esta Tesis Doctoral consta de tres grandes bloques de contenidos bien diferenciados, coincidentes con las fases del proceso a seguir en una investigación científica, es decir, *“Parte Teórica”* en la que se fundamenta científicamente la investigación, *“Parte Metodológica y de diseño del programa planteado”* y *“Estudio de campo y análisis de resultados”* donde se muestran y analizan los resultados obtenidos. La Tesis Doctoral se completa con la revisión Bibliográfica y los ANEXOS necesarios. A continuación se describe de forma global el contenido que se mostrará en estos bloques:



- En la primera parte, dedicada a la fundamentación teórica, se engloba toda la información científica que puede resultar útil para esta investigación hasta la actualidad, tanto los modelos y teorías que se manejan actualmente, como las últimas investigaciones similares a la que se realiza. Esta parte consta de los primeros tres capítulos de esta Tesis Doctoral. El Capítulo 1 revisa el conocimiento científico actual en el campo de la imagen corporal. El Capítulo 2 muestra el conocimiento científico actual en psicología de la vejez. Finalmente, el Capítulo 3 se dedica a revisar las investigaciones científicas de actualidad que sirven de referencia para esta investigación. La elaboración de estos tres capítulos muestra de forma completa la realidad de la investigación en el ámbito donde se engloba esta Tesis Doctoral, es decir, el perfil científico actual de la imagen corporal durante la madurez y la vejez.
- En la segunda parte, dedicada a la metodología y diseño del programa, se desarrolla y argumenta el diseño y evaluación del programa de mejora de la imagen corporal que se pretende evaluar, a fin de garantizar que esta investigación cumpla los requisitos imprescindibles de toda investigación científica de validez y fiabilidad. Esta parte se divide en tres capítulos. El Capítulo 4 expone el procedimiento metodológico para abordar la creación del programa preventivo de aplicación colectiva planteado, para lograr este objetivo general ha sido necesario describir la población objeto de estudio a partir de datos demográficos, sociológicos y psicológicos de la población mayor de 50 años y describir la realidad social en relación a la imagen corporal de este colectivo, para lo que se han realizado cuatro *Grupos de Discusión*. En el Capítulo 5 se presenta el diseño del programa de mejora de la imagen corporal, denominado "*Imagina*", describiendo y justificando las partes de las que consta, teniendo en cuenta la base teórica de la que parte (1ª Parte de esta Tesis Doctoral) y las conclusiones sobre la realidad social implicada en la imagen corporal del colectivo objeto de estudio derivada de la realización de los *Grupos de Discusión*. El Capítulo 6, por último, explica los pormenores metodológicos de la evaluación del programa creado, es decir, se especifica la elección de la muestra, las variables, los recursos necesarios y, sobre todo, el modelo de investigación utilizado.
- En la tercera parte, dedicada al estudio de campo, se explicita el proceso de evaluación del programa diseñado. La evaluación del programa se realiza a través de un diseño experimental pretest-postest comparando grupos experimentales con grupos de control. Esta tercera parte comprende dos capítulos. En el Capítulo 7 se muestran los resultados obtenidos, la interpretación y discusión de los análisis estadísticos realizados. En el Capítulo 8 se valora el logro de los objetivos planteados, el contraste de las hipótesis planteadas y se expone las conclusiones finales de los resultados. Además, en este capítulo se hace una valoración de las limitaciones de esta investigación y abre vías de investigación futuras.

- En la bibliografía utilizada se especifican los trabajos que han sido referencia para la elaboración de esta Tesis Doctoral siguiendo la clasificación propuesta por la APA (American Psychologists Association).
- Finalmente, los anexos incluyen el programa diseñado “*Imagina*”, vídeos y material de evaluación, algunos de ellos creados específicamente para esta Tesis Doctoral.

*PARTE PRIMERA:*  
*Base Teórica*





## *Índice de la Parte Primera: Base teórica*

### **CAPÍTULO 1. Revisión del conocimiento científico actual en Imagen Corporal**

- 1.1. Delimitación conceptual de términos
- 1.2. La estructura de la Imagen Corporal
- 1.3. Interrelaciones de la imagen corporal con otros conceptos y constructos psicológicos
- 1.4. Alteraciones de la Imagen Corporal
- 1.5. Instrumentos de evaluación de los trastornos de la Imagen Corporal
- 1.6. Tratamiento de los trastornos de la imagen corporal
- 1.7. Conclusiones a la revisión del conocimiento científico actual en imagen corporal a la hora de afrontar la investigación

### **CAPÍTULO 2. Revisión del conocimiento científico actual en Psicología de la vejez**

- 2.1. Teorías del desarrollo adulto
- 2.2. Modelos del desarrollo adulto
- 2.3. Aportaciones científicas a la vivencia del aspecto físico en la vejez
- 2.4. Conclusiones a la revisión del conocimiento científico actual en psicología de la vejez a la hora de afrontar la investigación

### **CAPÍTULO 3. Revisión de la actualidad de la investigación científica en imagen corporal y psicología de la vejez**

- 3.1. Actualidad de la investigación científica en Imagen Corporal
- 3.2. Actualidad de la investigación científica de Imagen Corporal en la Vejez
- 3.3. Actualidad de la investigación científica en programas de mejora de la imagen corporal
- 3.4. Conclusiones a la revisión de la actualidad de la investigación científica







# CAPÍTULO 1. Revisión del conocimiento científico actual en Imagen Corporal

El campo científico de la imagen corporal es un ámbito que popularmente se asocia a la adolescencia y la juventud, debido a que sobre ellos se centra el mayor énfasis de los medios de comunicación sobre la belleza física, y a que es el colectivo que presenta los problemas más graves y serios relacionados con la imagen corporal (trastornos de la alimentación). No obstante, la imagen corporal también es un tema de gran interés para el colectivo de las personas en proceso de madurez personal y mayores, aunque sus circunstancias sociales reflejan que la vivencia de la imagen corporal sea distinta. Hay circunstancias que determinan que la respuesta de los mayores frente a la insatisfacción con su imagen corporal sea diferente frente a la de la juventud y, por lo tanto, presenten problemas distintos. Hay algunas que son positivas. Algunas de las circunstancias positivas que moderan la respuesta negativa de los mayores son:

- La aparición de problemas de salud graves hace que la preocupación por el aspecto físico se reduzca drásticamente.
- La experiencia social de los mayores es muy superior a la de los jóvenes, lo que les ayuda a moderar los efectos de la insatisfacción con su cuerpo.
- Los mayores suelen disfrutar de un entorno social más sólido y estable que el de los jóvenes que frena mucho los golpes a la autoestima.
- El deterioro de la apariencia física es algo “esperado” socialmente al llegar a determinadas edades.
- Los mayores, como grupo, quedan fuera del patrón dominante de belleza por lo que la comparación entre pares no es tan cruel en ocasiones.

Por otra parte, también existen otra serie de circunstancias que potencian la respuesta negativa de los mayores ante la presión social de la imagen corporal, algunas de las más importantes son:

- Escasa presencia en los medios de comunicación y por lo tanto en el reflejo idealizado de la sociedad que presentan. Sin embargo, su escasa aparición es tan idealizada como la de la juventud.
- Patrón físico muy alejado del patrón establecido de belleza.
- Numerosos prejuicios sociales asociados a la vejez y el físico.

- La imagen actual es vista normalmente como un deterioro de su imagen de juventud (efecto de la vejez como máscara como postulaba Gubrium, 1975, 1988) en sus estudios, y la expectativa de apariencia física en el futuro es aún peor.
- La sensación de “pérdida” respecto al físico de juventud es muy acusada.
- Posibilidad de mejora del atractivo físico muy reducida a través de medios de los que disponen otros grupos sociales (cirugía estética, gimnasio, deporte, etc.).
- La vejez es un periodo de la vida temido por la mayoría de la población porque se suele identificar con características sociales muy negativas, por lo que la identificación de una persona con esta fase de la vida suele conllevar aceptar en sí misma esas características negativas temidas.
- El deterioro de su aspecto se puede unir a numerosas circunstancias personales y potenciarlas negativamente. Por ejemplo, el fallecimiento de la pareja se vive mucho más trágicamente por el gran tiempo invertido en la relación y por la idea de que les será muy difícil, si no imposible, recomponer su vida.

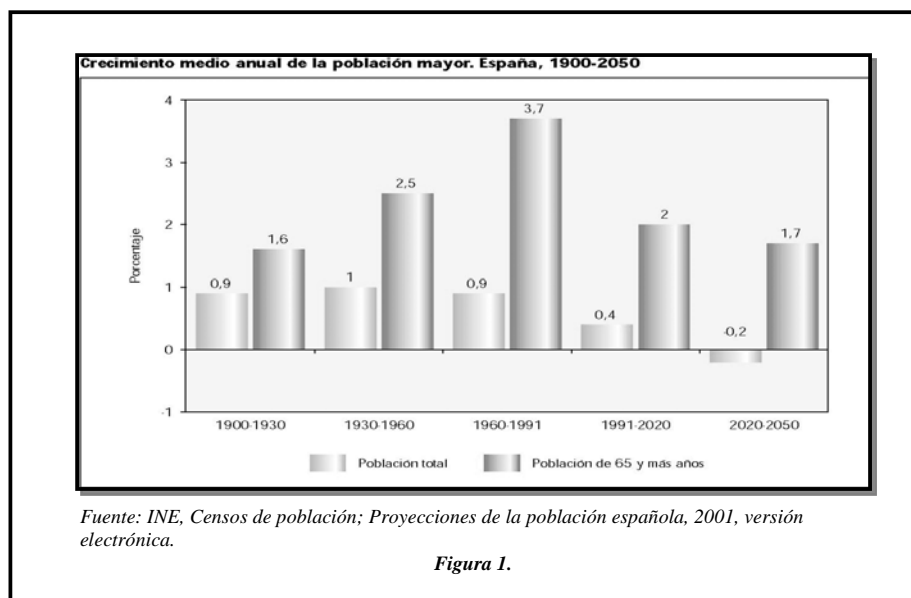
Se puede apreciar que el tema de la imagen corporal en la vejez es un tema controvertido, ya que tanto los atenuantes como los potenciadores tienen gran importancia y la resolución de todos ellos puede ser muy dispar y diferente de una persona a otra. Esta impresión global contrasta con el escaso interés científico que ha generado esta cuestión hasta la actualidad. Algunos de los motivos de este escaso interés han sido:

- La gravedad de los problemas relativos a la imagen corporal en la juventud provocan un efecto foco sobre ellos y los mayores quedan en la sombra.
- El grupo de los mayores en conjunto no presenta problemas con la imagen corporal ya que debe darse tres circunstancias para ello:
  1. La persona debe percibir un deterioro físico pronunciado.
  2. La persona debe valorar ese deterioro físico como una pérdida personal importante.
  3. No deben existir problemas de salud serios que acaparen la atención de la persona mayor.
- Los efectos de una Imagen corporal negativa durante la vejez no son fáciles de apreciar. Normalmente tienen un efecto potenciador o se enmascaran en otros problemas, como procesos de duelo por la pérdida de seres queridos, trastornos emocionales, demencias, etc.
- La Imagen corporal negativa de los mayores por sí sola no tiene alarma social en nuestra sociedad, ni existe un tipo de trastorno específico que centre su atención en la imagen corporal durante la vejez.



No obstante, es fácil que en años sucesivos esta tendencia científica progrese y en un futuro existan más investigaciones sobre Imagen corporal en la madurez y vejez. Algunos de los motivos sobre los que se basa esta afirmación son:

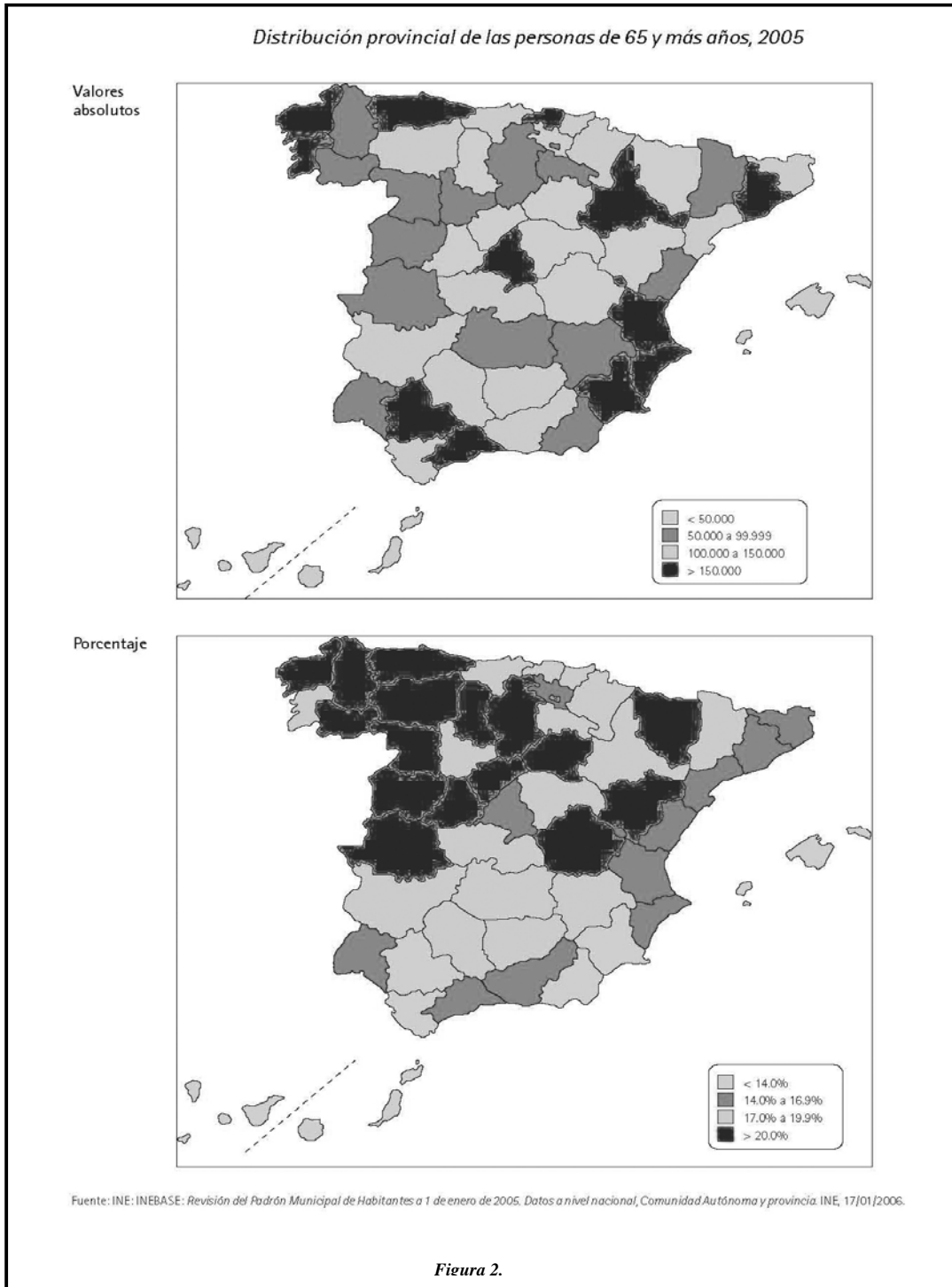
- El envejecimiento de la sociedad occidental en general y de España en particular, donde está creciendo notablemente el porcentaje de personas mayores, la media de edad de la población y la esperanza de vida, convierten a los mayores en un grupo social donde se hace necesaria la investigación científica para poder prever las futuras consecuencias sociales negativas de esta tendencia. Ver figura 1.
- Las nuevas generaciones de personas maduras españolas comienzan a ser generaciones bajo la influencia de la TV y de los medios de comunicación de imagen como dominantes (La TV nació en España en 1956, lo que significa que las personas españolas de unos 60 años ya conocieron la TV durante su infancia), al contrario de las generaciones anteriores en las que el medio de comunicación dominante solía ser la radio y la prensa escrita sin imágenes. Esto supone un gran cambio en valores, referencia de ídolos en los que reflejarse, mayor homogeneidad en preferencias estéticas en la sociedad, etc.
- El aspecto psicológico de las personas está en auge clínicamente y será uno de los que mayor importancia ganen en el futuro debido a la pretendida “sociedad del bienestar social y la calidad de vida”.
- La preocupación social por el aspecto físico está desbordándose y se comienzan a ver casos de trastornos de la alimentación y problemas relacionados con la imagen corporal en grupos sociales poco habituales, así como otros trastornos nuevos como la adicción a la cirugía estética, la adicción a la compra de ropa, etc.



Por último, el último aspecto de esta investigación que queda por justificar es la conveniencia de la realización de esta investigación en el entorno que se realiza. Para el estudio se ha elegido un entorno social en el que el envejecimiento de la población sea muy superior a la media nacional, con el objetivo de que las conclusiones de esta investigación pudieran ser extrapolables a la evolución futura de la sociedad española en otras zonas de España. Se ha elegido para la investigación la zona rural y urbana de la provincia de Zamora, ya que es la provincia española con mayor índice de envejecimiento del estado español (237,5), muy por encima de la población asturiana (201,7), considerando el índice de envejecimiento como el porcentaje de la población de 65 y más años sobre la población de 0 a 14 años. Datos extraídos del informe sobre la población mayor del IMSERSO (2006), basándose en los estudios estadísticos del INE (Instituto Nacional de Estadística) del año 2006. Ver figura 2 en la siguiente página.

Por todo lo visto hasta ahora se puede considerar esta investigación de interés científico, debido a que, aportará luz en un ámbito y sobre un grupo de población sobre el que apenas se conoce nada en este tema. Por otra parte es un tema con gran preocupación social y tendencia al alza en el futuro. Desgraciadamente, como se irá viendo a lo largo de este documento de tesis, no existen unas bases científicas claras sobre la imagen corporal de los mayores por lo que este estudio profundizará sobre un territorio virgen con todo lo que eso conlleva, tanto positivo como negativo. En lo negativo, pocos estudios anteriores guiarán esta investigación, y muchos de los errores están por descubrir. En lo positivo, cualquier afirmación y descubrimiento será nuevo y original en este campo.

Diversos campos de estudio científico han abordado investigaciones en imagen corporal. Se han realizado estudios desde la psicología, psiquiatría, medicina general o sociología para intentar explicar los fenómenos asociados a la imagen corporal. Dentro del campo de la psicología, la imagen corporal es un aspecto crucial para explicar aspectos esenciales de la personalidad como la autoestima, o el autoconcepto, y para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria, e incluso para explicar la integración social de los adolescentes en una sociedad.



Para lograr que este capítulo logre el objetivo de reflejar la información científica clave actual sobre la imagen corporal se ha dividido en los siguientes siete apartados:

- Delimitación conceptual de conceptos
- Estructura de la imagen corporal
- Interrelaciones de la imagen corporal con otros constructos psicológicos
- Alteraciones de la imagen corporal
- Instrumentos de evaluación de los trastornos de la imagen corporal
- Tratamiento de los trastornos de la imagen corporal
- Conclusiones a la revisión del conocimiento científico actual en imagen corporal a la hora de afrontar la investigación.

## 1.1. Delimitación conceptual de términos

Bajo el constructo "*Imagen Corporal*" se ha estudiado un amplio rango de fenómenos en psicología. Se ha definido de distintas maneras en función de la perspectiva bajo la que se ha estudiado y se han utilizado distintos términos: Esquema corporal, modelo postural, cuerpo percibido, "*yo corporal*", límites del cuerpo y concepto postural. Por este motivo resulta muy interesante definir en profundidad aquellos conceptos más útiles para la investigación, es decir, se hace referencia al concepto de imagen corporal y al de esquema corporal, importante a la hora de concebir la formación de una imagen corporal en la persona.

### 1.1.1. La imagen corporal

"*Imagen Corporal*" es un constructo difícil de definir, aún a día de hoy no existe una definición que no genere cierta controversia científica de algunos autores. Su dificultad radica en su gran complejidad y su enraizamiento en procesos psicológicos complejos como la socialización, el autoconcepto, la autoestima o la identidad de género.

El constructo de imagen corporal ha ido cambiando y enriqueciéndose gracias a sucesivas investigaciones, considerándose en la actualidad desde una perspectiva multidimensional que engloba percepciones, pensamientos, sentimientos, actitudes y comportamientos referentes al propio cuerpo, principalmente a su apariencia y cuyas alteraciones pueden dar lugar a problemas emocionales (Maganto y Cruz, 2008; Markham, Thompson y Bowling, 2005; Thompson, 2004).



Imagen corporal, traducido del término inglés *"Body Image"* engloba la confluencia de dos conceptos distintos. Por un lado el término *"imagen"* se entiende como el reflejo o la impresión de algo distinto a lo que se es, lo que en psicología se puede entender como la interpretación psicológica que hacemos de algo, y el término cuerpo engloba dos aspectos diferentes pero intrínsecamente unidos. Estaría el cuerpo como objeto, envoltura corpórea que es percibido sensorialmente y, por otro lado, el cuerpo como sujeto, que es la experiencia total de nuestro cuerpo, es decir, la forma en que la persona se expresa a través y en su cuerpo en las relaciones humanas: *"El cuerpo como sujeto que soy"*. Ligado a éste último concepto, el cuerpo se revela como un medio de comunicación (por medio de gestos, mímica, el vestir, el lenguaje corporal) en las relaciones interpersonales en tanto que vehículo de expresión de nuestra interioridad, mi propia persona-personalidad y a la vez al recibir los estímulos externos es un conocedor e intérprete de la realidad del otro.

Un fenómeno importante a destacar es que en condiciones normales, el cuerpo permanece silencioso, es decir, solo tenemos conciencia de él en aquellas situaciones generadoras de ansiedad, de dolor, o de placer. Así nos expresamos ante la aparición de tales situaciones, con frases como: *"me late el corazón"*, *"me suenan las tripas"*, típicas del lenguaje coloquial. De este modo la conciencia de nuestro cuerpo es una noción bastante abstracta que se ha ido enriqueciendo con las aportaciones de los distintos modelos teóricos (fenomenológico, psicoanalítico, neurológico, sociológico).

Las distintas definiciones que se han usado de Imagen Corporal en el ámbito científico han sido reflejo de la manera de enfocar las investigación en la época y bajo el paradigma científico utilizado, por eso resulta interesante comenzar esta revisión del conocimiento científico en el campo de la imagen corporal por una revisión de definiciones utilizadas.

Se puede considerar a la Neurología, y por supuesto a los neurólogos, los pioneros en la aportación de estudios y conocimientos sobre el esquema y la imagen corporal, siendo el primer concepto que surge, a principios del siglo XIX, el de cenestesia, con el que se hace referencia a la organización del conjunto de sensaciones internas procedentes del cuerpo transmitidas a los centros superiores por vías nerviosas y cuya alteración patológica se denomina cenestopatía.

Posteriormente el neurólogo Head (1920) introduce el concepto de *"Esquema Corporal"*, que él consideró como un esquema postural (Mapa Corporal) construido a través de estímulos propioceptivos que se proyectan en el cortex cerebral (lóbulo parietal derecho). Desde un punto de vista neurológico, la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical de la persona (miembro fantasma, anosognosia, etc.).



Las investigaciones neurológicas son importantes para comprender la integridad y el deterioro del funcionamiento psíquico, pero no explican la vivencia de la imagen corporal de forma completa.

Realizando un breve rastreo histórico de este constructo (Buendía y Rodríguez, 1995), se puede concluir que fue, posiblemente, Schilder (1935) quien primero definió la imagen corporal desde un punto de vista psicológico. La definió como la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro propio cuerpo se nos manifiesta, lo que implica que más que una replica exacta de nuestra forma o imagen física es una valoración acerca de esa imagen corporal.

Critchley (1954) englobará las aportaciones hasta entonces señaladas, definiendo el concepto de Imagen corporal como la idea que un individuo tiene de su propio cuerpo a lo que añade el conjunto de sensaciones percibidas (visuales, táctiles, propioceptivas), los atributos físicos y estéticos de individuo. Kolb (1959) añadió a la definición de imagen corporal los aspectos emocionales y actitudinales. Slade y Russell (1973) distinguieron dos aspectos distintos de la imagen corporal: la precisión en la estimación del tamaño corporal y los sentimientos hacia el cuerpo y las distintas partes del cuerpo. Garner, Garfinkel, Swartz y Thompson (1980) hablan por primera vez de la distorsión de la imagen corporal a un nivel cognitivo. Ellos distinguen dos aspectos en el trastorno de la imagen corporal: por un lado, un componente afectivo, que se refiere al desprecio de la forma corporal y, por otro lado, a los aspectos perceptuales referentes a una percepción equivocada del tamaño corporal.

Se observa una evolución en las concepciones relativas a la imagen corporal que ha ido, con el tiempo, sustrayéndose de la influencia neurológica o psiquiátrica para tomar un sentido psicológico en la medida que se ha resaltado el carácter de la imagen como construcción y no sólo como alteración. En esta transformación hay sin duda un interés específico por el desarrollo infantil como lo ponen de manifiesto los trabajos de Boulanger-Balleyguier (1970), Piaget e Inhelder (1971), Wallon (1954). Estos trabajos indican que la adquisición progresiva de la imagen del propio cuerpo se sitúa sobre otras adquisiciones, no solamente visuales o cinestésicas, propias del esquema corporal, sino también cognitivas, afectivas y sociales. La formación y el desarrollo de la imagen supone la percepción del cuerpo como único, diferente y propio, y por tanto aparece vinculada con la aprensión de uno mismo como sujeto y objeto: un cuerpo objeto con propiedades físicas y un cuerpo sujeto revestido de afectos complejos, con una dimensión fuertemente evaluativa.

Para estos autores, estos dos aspectos se corresponden con el esquema corporal y la representación de sí mismo. La noción de esquema corporal corresponde al sustrato neurológico de la imagen corporal. Vinculado a las sensaciones cinestésicas y musculares, contiene los esquemas de acción y las preformas motrices elementales. Su desarrollo



ontogénico es temprano y tiene una funcionalidad adaptativa básica al permitir asegurar el cuerpo en el espacio.

Sin embargo la representación de sí mismo hace referencia al cuerpo que se muestra a los otros, y conecta tanto la experiencia interna como la vida social. La imagen corporal que forma parte de la autopercepción del sujeto se establece en la dinámica relacional y marca al tiempo las relaciones con los demás.

La primera definición de importancia que se puede considerar completamente actual surge de una cita de Dolto (1974) sobre qué es la imagen corporal. Para esta autora, la imagen del cuerpo es propia de cada uno y está vinculada al sujeto y a su historia (a diferencia del esquema corporal que es el mismo para todos los individuos de la misma edad, nacidos en un mismo ambiente). En cada momento, la imagen del cuerpo es memoria consciente de todas las vivencias relacionales, y, al mismo tiempo, es actual, viva, en situación dinámica, a la vez narcisista e interrelacional, camuflable o actualizable en la relación, aquí y ahora, mediante cualquier expresión de lenguaje, dibujo, modelado, invención musical, plástica, así como mímica y gestos.

En la cita de Dolto, que incide en la mezcla de socialización (pasado remoto) con actualidad, se percibe la complejidad de definir la imagen corporal, ya que será distinta en cada persona, y los distintos componentes que la forman pueden variar muchísimo en importancia e influencia de una persona a otra.

Una definición de referencia en la actualidad es la que da Thompson (2004). Thompson concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

- Un componente perceptual: Precisión con que se percibe o estima el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a la sobreestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde). En la investigación sobre trastornos alimentarios frecuentemente se ha reportado sobreestimación del tamaño corporal (Lindholm y Wilson, 1988; Powers y Schulman, 1987; Stice, Trost y Chase 2003; Thompson, 1987, 2004; Touyz et. al., 1984; Schmidt, 2002).
- Un componente cognitivo afectivo: Sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo como objeto de percepción (Por ejemplo: Satisfacción, preocupación, ansiedad etc. Bastantes estudios sobre trastornos de alimentarios han hallado insatisfacción corporal (Cooper y Taylor, 1988; Garfinkel et. al., 1983; Hadigan y Walsh, 1991; Huon y Brow, 1986; Lindholm y Wilson, 1988; Rosen, 1997).

- Un componente conductual: Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados evocan (Ej. Conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.)

Garner y Garfinkel (1981, 1998), consideran dos dimensiones en el constructo de Imagen corporal que se solapan con las dos primeras citadas por Thompson: una dimensión perceptiva y una dimensión cognitivo-afectiva.

De acuerdo con Rosen (2006), imagen corporal es un concepto que se refiere a la *“manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo”*. Es decir, se contemplan aspecto perceptivos, subjetivos (como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad) y aspectos conductuales.

Cash y Pruzinsky (1990, 2004), en base a una extensa revisión de la literatura, conciben el concepto de Imagen Corporal, como una realidad multifacética:

1. Perceptualmente, implica imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo.
2. Cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal
3. Emocionalmente, involucra experiencias de placer / displacer, satisfacción / insatisfacción ligados a nuestra experiencia externa y otros correlatos emocionales asociados a la experiencia corporal.

En definitiva, las investigaciones sobre la imagen corporal nos llevan a considerarla como un constructo multidimensional que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

Tener una imagen corporal positiva o negativa influirá decididamente en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas, y no sólo en las nuestras, sino en la manera en cómo nos respondan los demás. Desde luego, la imagen corporal no es fija e inamovible, sino que puede ser diferente a lo largo de los años de la vida, tiene un fuerte anclaje en la infancia y la adolescencia, pero está mantenida por diversas circunstancias y maneras de interpretarlas del momento actual (Raich, 2001).



### 1.1.2. El esquema corporal

El esquema corporal es un término clave a la hora de estudiar la formación de la imagen corporal de la persona desde su nacimiento y a la vez genera gran confusión en ocasiones con el término de imagen corporal, por lo que resulta de sumo interés definirlo y comprenderlo.

El esquema corporal puede ser definido como un concepto global que abarca todas las capacidades de movimiento, así como las impresiones sensoriales creadas por esos movimientos. Para DeFontaine (1978), el esquema corporal es la organización psicomotriz global, comprendiendo todos los mecanismos y procesos de los niveles motores, tónicos, perceptivos, sensoriales y expresivos (verbal y paraverbal). Procesos en los que y por los cuales el aspecto afectivo está constantemente investido. Este aspecto afectivo está evidentemente relacionado con lo social. Para este autor, la convergencia de todos estos aspectos conduce a dos puntos básicos: el conjunto de automatismos que proporciona una motricidad normal y la posibilidad de control y de inhibición de estos automatismos a través de la actividad motriz voluntaria y corticalizada.

Vayer (1974) considera el esquema corporal como la síntesis de todos los mensajes, de todos los estímulos y de todas las acciones que permiten al niño diferenciarse del mundo exterior y construir su yo. Su origen está en la experiencia de ser manipulado, en todas las actividades cinestésicas, táctiles y visuales que se desprenden de las diversas actividades de exploración del mundo exterior por parte del niño. Si la función tónica está ligada a la afectividad, la imagen del cuerpo que condiciona las posibilidades de acción e investigación, están ligadas al conocimiento del mundo exterior y a la inteligencia. Por eso existe una relación constante entre las posibilidades de organizar el propio cuerpo y las posibilidades de organizar las relaciones entre los elementos del mundo exterior. Desde un plano educativo, el esquema corporal puede ser definido como la clave de toda la organización de la personalidad, manteniendo la conciencia, la relación entre los diversos niveles del yo.

El esquema corporal es el conjunto de imágenes mentales que se tienen del propio cuerpo, de su capacidad de movilidad, de su segmentación, de sus posibilidades y ocupación en el espacio, así como de sus limitaciones. No es un dato fijo ni inmutable, sino que se elabora a partir de las experiencias motrices y sigue la misma evolución que el desarrollo psicomotor, ya que en él se produce la diferenciación progresiva de las funciones (Wallon 1978). Conforme el niño realiza una discriminación más fina de su cuerpo y de sus posibilidades motrices, accede a la integración de las diferentes funciones y potencialidades del cuerpo de una forma global, para llegar al dominio motor y a una adaptación favorable.

La elaboración del esquema corporal se produce al compás de la maduración nerviosa, el cual es un proceso regido por las leyes psicofisiológicas antes y después del nacimiento:

- Por la ley cefalocaudal, el desarrollo se extiende a través del cuerpo. Desde la cabeza a los pies. Es decir los progresos de las estructuras y las funciones empiezan en la región de la cabeza, extendiéndose al tronco para finalizar en las piernas.
- Por la ley proximodistal, el desarrollo se produce de dentro hacia fuera a partir del eje central del cuerpo. En el desarrollo prenatal, la cabeza y el tronco se forman antes que las piernas. Los brazos van alargándose progresivamente, desarrollándose a continuación las manos y los dedos. Funcionalmente el proceso es el mismo, el niño posee antes el uso de los brazos que el de las manos, y éstas son utilizadas de forma global antes de que pueda coordinar y controlar los movimientos de los dedos. La maduración nerviosa permite el paso progresivo de la actividad indiferenciada a la actividad consciente y diferenciada, está íntimamente asociada y dependiente de la experiencia vivida.

Las etapas de la elaboración del esquema corporal son:

1. Desde el nacimiento hasta alrededor de los 2 años. En un principio el niño empieza a mover la cabeza gracias a los reflejos nucleares. Después endereza el cuello, lo que le conduce a la primera postura: la posición sedente que le facilita la presión. Sobre los 10-12 meses, con la diferenciación segmentaria y el uso de los miembros aparece la fuerza muscular y el control del equilibrio. A consecuencia de ello, el niño adquiere la postura erecta. Con las posibilidades de acción, el niño adquiere las capacidades de descubrir y conocer.
2. De los 2-5 años. Es el periodo global del aprendizaje y del uso del sí. A través de la acción y gracias a ella, la presión va haciéndose cada vez más precisa, asociándose a los gestos y a una locomoción cada vez más coordinada. La motilidad y la cenestesia, permiten al niño una utilización cada vez más diferenciada y precisa de todo el cuerpo.
3. De 5 a 7 años. Es un periodo de transición en el que se permite pasar de la actuación del cuerpo a la representación. Se produce entonces el desarrollo de las posibilidades de control postural y respiratorio, la afirmación progresiva de la lateralidad, el conocimiento de la dcha., e izq., y la independencia de los brazos en relación al tronco.
4. De 7 a 11 años. Es la etapa de la elaboración definitiva del esquema corporal. Gracias a la toma de conciencia de los diferentes elementos corporales y al control de su movilización con vistas a la acción, se desarrollan e instalan:
  - Las posibilidades de relajamiento global y segmentario
  - La independencia de los brazos y las piernas en relación al tronco
  - La independencia de la derecha y la izquierda.



- La independencia funcional de los diferentes segmentos y elementos corporales.
- La transición del conocimiento de sí al conocimiento de los demás.

A partir de este momento el niño tiene ya los medios para conquistar su autonomía. La relación con el adulto se irá modificando hasta llegar a la cooperación y a compartir responsabilidades.

La importancia del desarrollo adecuado del esquema corporal es fundamental para la imagen corporal, ya que además de ser una necesidad del propio desarrollo por la interacción que permite con el medio, es un elemento de extraordinaria relevancia para el desarrollo de una personalidad armónica.

Lo que no parece tan claro es cómo interactúan ambos conceptos, es decir, ¿su desarrollo es paralelo? ¿Es una causa o consecuencia del otro? Posiblemente es claro que un adecuado desarrollo tanto de la imagen corporal como del esquema corporal, nos lleva a un adecuado desarrollo del sujeto, pero cuando este desarrollo no es el adecuado, o presenta trastornos, es difícil de delimitar lo que ha fallado, dónde se han presentado los problemas, si es en la imagen o en el esquema corporal.

## 1.2. La estructura de la imagen corporal

Al ser la imagen corporal un concepto multidimensional es importante analizar su estructura. El análisis de la estructura de la imagen indica que ésta lejos de ser un concepto unitario. Engloba algunos componentes importantes entre los que se encuentran: La satisfacción corporal, la conciencia corporal, el revestimiento corporal y los atributos de género.

Con referencia a la autosatisfacción corporal, parece estar vinculada a otros elementos de la percepción personal y de la deseabilidad social. Todo parece indicar que su existencia implica aspectos multidimensionales que integran percepciones agradables o desagradables, ligadas también a la distancia entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal y a rasgos adaptativos de orden relacional, emocional y somático.

La conciencia corporal o la atención relativa sobre el propio cuerpo es también una dimensión muy compleja pues integra contenidos diversos, como la intensidad, la tonalidad (ansiosa o no) y la localización que se encuentran relacionados con aspectos de la inadaptación

emocional (es el caso de la ansiedad corporal) e incluso con los aspectos normativos de los roles de género ligados a la sexualidad.

El revestimiento corporal supone la percepción de los límites corporales que definen las fronteras y las zonas de intercambio. La percepción de fronteras bien delimitadas constituye un factor de estabilidad y diferenciación psicológica (yo-no yo) y se relaciona con la accesibilidad corporal o el cierre hacía los contactos físicos con otros y por tanto con la capacidad de establecer relaciones íntimas.

El cuerpo percibido como sexuado es un factor que otorga cualidades y atributos a la imagen, los diversos atributos ligados a la masculinidad y feminidad, alrededor fundamentalmente del polo activo-pasivo (fuerza, resistencia, energía, audacia, y sus opuestos) generan percepciones que ponen de manifiesto la adaptación a la normativa tradicional de las relaciones entre varones y mujeres, a través de una percepción diferencial como cuerpo eficiente o como cuerpo frágil (Thompson, 2004).

Raich (2001, 2005) realizó un análisis más complejo de la estructura de la imagen corporal basándose en la aparición de los trastornos relacionados con una imagen corporal negativa. El análisis estructural de Raich de la imagen corporal se desarrolla en profundidad en el apartado dedicado a las alteraciones de la imagen corporal en el apartado IV de este mismo capítulo, con el fin de no duplicar contenidos, ya que la aportación de Raich ayuda a comprender el desarrollo de los trastornos de la imagen corporal.

### 1.3. Interrelaciones de la imagen corporal con otros conceptos y constructos psicológicos

La imagen corporal, al ser un constructo tan complejo y arraigado en el self de la persona tiene complejas relaciones con otros conceptos y constructos psicosociales de importancia. Las interrelaciones más importantes son las que mantiene con la edad, el género, el autoconcepto y la autoestima. A continuación se expone como se desarrollan estas relaciones en subapartados diferenciados aunque la separación entre ellos es meramente teórica. Cada uno de estos conceptos son elementos en el sistema global que representa el psiquismo de la persona y en ningún momento se da su influencia sobre la imagen corporal de forma separada del resto.

#### 1.3.1. Género e imagen corporal

La imagen corporal está íntimamente relacionada con la identidad y los roles de género, algo contrastado en numerosos estudios. Los roles de género marcan un ideal social



en el que reflejarse y comparar la propia apariencia física, por eso existen tantas diferencias entre hombres y mujeres en imagen corporal.

Las diferencias observadas entre varones y mujeres en cuanto a satisfacción, preferencias y discrepancias entre imagen e imagen ideal y distorsiones de la imagen, puestas de manifiesto por algunos estudios (Bottamini y Ste-Marie, 2004; Cruz y Maganto 2002, 2003; Hargreaves y Tiggemann, 2003; Maganto y Cruz, 2000; Willinge, Touyz y Charles, 2006), nos llevan al estudio específico de sus relaciones con el género. Las relaciones observadas entre roles de género e imagen corporal y autoestima, sugieren también la existencia de relaciones entre roles de género e imagen corporal. Los trabajos de Jackson (1987), Raich (2000), Markey, C. N., Markey, P. M. y Birch, (2004), Maganto y Cruz (2008), McCreary, Saucier, y Courtenay, (2005), proveen de evidencias en el sentido de las relaciones entre masculinidad, feminidad y androginia con la evaluación positiva o negativa del propio cuerpo, indicando que la masculinidad y la androginia se relacionan con una evaluación más positiva junto a una mayor autoestima, mientras que con la feminidad ocurre a la inversa.

Según Harter (1993) durante la adolescencia, la autoestima muestra una caída rápida en las chicas por lo que se da una diferencia importante entre la autoestima de los chicos y de las chicas. Esto da lugar a que la autoestima se utilice como una variable que posibilita medir los efectos de la tipificación del sexo sobre los desórdenes psicológicos. Para entender la disminución de autoestima en las chicas adolescentes un aspecto de primordial importancia en la cultura occidental, lo podríamos encontrar en el énfasis que se pone en la apariencia física, ya que se muestra como un componente significativo de la autoestima. Así, en un estudio transversal sobre adolescentes s, de edades comprendidas entre 12 y 19 años, Rovira et. al., (2002) encontraron que los chicos consideraban su atractivo físico de un modo más positivo de lo que lo hicieron las chicas. En el mismo sentido, Offer et. al., (1988) hallaron, en una revisión de trabajos de diez países, que las chicas adolescentes estaban menos satisfechas con sus cuerpos de lo que lo estaban los chicos adolescentes. Diversas investigaciones científicas concluyen que la autoestima en las mujeres está muy vinculada a su apariencia física (Fisher, 1986; Hsu, 1989; Tiggerman y Lynch, 2001; Rosen, 1997, 2006) mientras que en los hombres está más relacionada con variables como fuerza o destreza física. Esto induce a las mujeres a estar altamente motivadas por ser atractivas y a valorarse principalmente en términos de su atractivo físico (Maganto y Cruz, 2000, Cruz y Maganto 2002, 2003).

Los dos desórdenes psicológicos que muestran niveles significativamente más altos en las chicas adolescentes que en los chicos son: la depresión y los trastornos de alimentación. Las alteraciones de la alimentación afectan a las chicas adolescentes de forma clara. La proporción en caso de la anorexia es de 19 a 1 y la bulimia de 9 a 1 (APA 2000).

Desde la teoría del esquema de género (Anderson y Bem, 1981; Bem y Lenny, 1976) se sugiere que las personas genéricamente tipificadas (varones masculinos y mujeres femeninas)



y rígidamente conformadas por los estándares sociales sobre la apariencia física adscritos a los sexos, evalúan su propia apariencia en términos de dichas normas, y más concretamente que las mujeres altas en feminidad se adhieren más fuertemente que otros grupos a las normas de belleza y atractivo, ligadas a la adscripción de roles expresivos y relacionales que rigen en el contexto de las relaciones entre los sexos. Los roles sociales actúan sobre las relaciones entre los grupos de sexo, generando modelos ideales sobre la belleza y el atractivo que repercuten en la imagen de varones y mujeres, causando repercusiones sobre las estrategias de acercamiento entre los sexos y graves desajustes en la valoración de la propia imagen que pueden estar en el origen de importantes trastornos psicológicos (Brenner y Cunningham 1992; Cash, 2004; Markey, Markey y Birch, 2004, 2006; Mintz y Betz, 1986).

### 1.3.2. La función de la edad en la imagen corporal

La edad es uno de los factores claves de la socialización en cualquier cultura, junto al género. Teniendo en cuenta que la imagen corporal está muy ligada a la socialización de una persona debido a que el atractivo físico suele ser un criterio de importancia en las relaciones interpersonales, la elección de pareja, etc. Es fácil suponer que existen notables diferencias en la vivencia de la imagen corporal de una persona según su edad.

En los primeros años de vida de una persona la formación de la imagen corporal tiene que ver con el concepto de esquema corporal ya visto a lo largo de este capítulo.

A partir de la adolescencia se comienza a desarrollar la base de la imagen corporal, la cual sufrirá algunas modificaciones a partir de este momento según circunstancias personales que viva la persona. La adolescencia, debido a los cambios biológicos y los intentos de adecuación a los rasgos y características propias de hombres y de mujeres, está considerada como el período de más tensión y estrés durante la vida (Gibbons y Fisher, 1996). Al ser los cambios biológicos y cognitivos universales, la respuesta social y cultural a estos cambios es algo a lo que tiene que enfrentarse el adolescente, por lo que algunos autores (Hill y Lynch, 1983) plantean que se da un aumento en la conducta típica de género como consecuencia de la presión social. Por lo que no es de extrañar que aparezca cierta relación entre la tipificación del género en adolescentes y desórdenes psicológicos o problemas de conducta como los relacionados con la imagen corporal. El rango de edad más crítico para la imagen corporal se suele considerar al periodo entre los 10 y 20 años, que incluye preadolescencia, adolescencia y juventud temprana. En estos periodos de edad existe una prevalencia mayor de los trastornos más severos de la imagen corporal y de la alimentación (Cruz y Maganto, 2000; Frederick, Peplau y Lever, 2006; Maganto y Cruz 2000, 2008).

La preocupación por el aspecto físico, la autoimagen general y una sobrevaloración del cuerpo afectan a los adolescentes de ambos sexos. Los estudios en esta población indican que es en ese periodo cuando hay una mayor orientación hacia la apariencia física y cuando se



forma la imagen negativa del propio cuerpo. Posiblemente para que suceda esto, es decir que uno se centre tanto en su propio cuerpo formando una imagen negativa, es necesario que ya con anterioridad exista una base para que se dé esta influencia negativa, (un proceso de desarrollo con una baja autoestima, una educación basada en la competitividad y el perfeccionismo, unos padres deseosos de que se hijo tenga unos logros mayores que los suyos sin valorar lo que puede desear el hijo, una familia sobre protectora donde no se ha enseñado a afrontar y resolver problemas, etc.). Por otro lado se ha sugerido que las presiones sociales a favor de la delgadez son particularmente influyentes durante la adolescencia y la juventud, al ser unos periodos críticos en el desarrollo de la identidad y del rol sexual. Esta imagen negativa se convierte en un problema que afecta en mayor grado a las mujeres que a los hombres, hecho que se ha relacionado con una diferente presión y valoración sociocultural de los estereotipos masculinos y femeninos, considerados como normativos. En adolescentes varones, el estereotipo clásico facilita que experimenten una mayor presión social hacia un ejercicio físico que propicie una imagen de fuerza y potencia, mientras que los modelos femeninos propician generalmente, una actividad dirigida a la consecución de una imagen corporal que mezcla un cuerpo delgado (ectomórfico) con un cuerpo más musculoso o mesomórfico. Unas caderas y muslos más pequeños y fuertes, hombros más anchos y brazos con una musculatura perfilada. A esto hay que añadir que las adolescentes están fuertemente condicionadas hacia un vestuario y unos adornos "de moda" que destacan aquellas partes del cuerpo (caderas, cintura, etc.) que encajan dentro de un estereotipo socialmente admitido de la figura femenina que propicia la delgadez. Por otra parte, la influencia de los medios de comunicación se ha mostrado diferente en ambos sexos. Se ha constatado, por ejemplo, que existe una correlación positiva entre el peso real y el sobrepeso percibido con el tiempo dedicado a mirar los anuncios de televisión en mujeres adolescentes, pero no en hombres (Maganto y Cruz 2003).

Otros rangos de edad son considerados también de especial relevancia para la imagen corporal debido a circunstancias sociales asociadas, éste sería el caso del rango de edad de 50 a 70 años, que supone el periodo de madurez y vejez temprana de una persona en nuestra sociedad. Este periodo de edad supone un deterioro del aspecto físico importante, lo que conlleva un vuelco y un replanteamiento importante de la imagen corporal que puede llegar a implicar trastornos emocionales severos como la depresión o los trastornos de ansiedad asociados en una persona (Gubrium 1978, 1983, 2006).

En la edad adulta, la madurez y la vejez, además de la presión social antes descrita hacia la delgadez se le añade la presión hacia la juventud, la cuál permaneció latente, en todo el proceso de socialización y se hace manifiesta cuando la persona nota en su proceso de envejecimiento un alejamiento paulatino de la imagen actual del ideal de belleza pretendido, y unas perspectivas de futuro aún peores, con mínimas posibilidades de mejora de su situación. Esta nueva situación de ansiedad deriva en las conocidas como crisis de madurez, referidas al

proceso por el cuál la persona madura debe aceptar su nuevo “yo”, y reconocer, en multitud de ocasiones, su derrota frente a la consecución del ideal de belleza pretendido.

La edad supone un factor de peso en la imagen corporal de una persona a lo largo de toda su vida, ya que modula las consecuencias sociales negativas inferidas de la percepción de la propia apariencia ante los demás. Por ejemplo una ruptura sentimental con una pareja se suele valorar de forma mucho más negativa a los 60 años que a los 20 años, ya que la persona suele valorar sus posibilidades de rehacer su vida sentimental más limitadas a los 60 años, pero, por otro lado, una percepción negativa del aspecto físico puede valorarse peor para una persona joven sin pareja que para una persona mayor con pareja estable, ya que la persona joven puede inferir dificultades de encontrar pareja sentimental en el futuro.

### 1.3.3. Imagen corporal y autoconcepto

Es importante considerar la relación existente entre imagen corporal y autoconcepto, considerando la incidencia que la primera tiene sobre el autoconcepto, y por la importancia que el autoconcepto tiene en los procesos psicológicos.

Existe evidencia científica de la importancia de un Autoconcepto positivo y una buena autoestima para las habilidades sociales, el liderazgo, la motivación de logro y la ausencia evidente de trastornos de personalidad (Thompson, 2004). A pesar de ello, la revisión de la literatura pone de manifiesto que no existe unanimidad semántica en relación al término “Autoconcepto”, debido en parte a las distintas teorías que han formulado el constructo y a la diversidad de instrumentos de evaluación con los que las investigaciones se han llevado a cabo. Para Ontoria (1993) el autoconcepto hace referencia a ideas y actitudes sobre sí mismo, o bien a la autoconciencia derivada del yo personal. Tausch y Tausch (1981) lo definen como una dimensión evaluativa respecto a sí mismo. Lecuyer (1981) incorpora la dimensión social y define el Autoconcepto como conjunto de rasgos, de imágenes y sentimientos que el individuo reconoce como formando parte de sí mismo, conjunto influido por el entorno y organizado de manera mas o menos consciente. González y Turón (1992) definen el autoconcepto como una organización cognitivo-afectiva que influye en la conducta y como realidad compleja que incluye las imágenes de lo que creemos ser y de los que presentamos o queremos presentar a los demás (Maganto, Cruz y Etchevarría, 2003).

A pesar de las diferentes concepciones habidas a través de la historia hay acuerdo al considerar que la percepción de sí mismo, intereses, valores, valoración y aprecio de los demás respecto a las propias cualidades, influyen en la construcción de un autoconcepto personal positivo o negativo, y a la inversa. Nos encontramos de este modo con un constructo que se retroalimenta, puesto que es a la vez causa y consecuencia de sí mismo.



El autoconcepto se podría definir funcionalmente como una realidad organizada y estructurada en función de diversas circunstancias (personales, familiares, sociales o culturales), en donde todas las experiencias se organizan en categorías con un significado personal. Cada una de estas categorías estaría determinada por autopercepciones específicas que se constituirían en un constructo organizado de forma jerárquica en función de distintas dimensiones, tendente a ser estable en sus rasgos más generales y que cristalizarían en la madurez. A pesar de la aparente estabilidad general del autoconcepto, cuando se desciende a categorías jerárquicas más específicas es menos estable y dependiente de la experiencia o situaciones concretas que pueden entrar en conflicto con el propio autoconcepto.

Según Ontoria (1993), el descubrimiento y la conciencia del propio cuerpo para el adolescente lo expone a experiencias desconocidas. Estas pueden incidir en mayor seguridad o inseguridad respecto a sí mismo, en función de la valoración psicoafectiva que está viviendo.

Harter (1993) encontró que para la determinación de los dominios con mayor impacto sobre los sentimientos de autovalía, la apariencia física, junto con la aceptación social, (atractivo físico y popularidad) se constituyen en los elementos más poderosos a la hora de considerarse a sí mismo competente y capaz, al menos durante la infancia y preadolescencia, aunque en la sociedad actual el atractivo físico y la aceptación social son dominios altamente valorados e incluso sobrevalorados.

En un estudio realizado por Díaz-Atienza (1999) sobre Autoconcepto, acontecimientos vitales y anorexia nerviosa llegan a la conclusión de que los acontecimientos vitales tiene poco valor como factores precipitantes de la patología del trastorno alimenticio, mientras que el Autoconcepto es la característica fundamental más importante diferenciadora entre pacientes y los casos controles. Parece ser, según estos autores, que están asociadas especialmente las dimensiones del Autoconcepto relacionadas con el prestigio social. Las investigaciones de Silverstone (1990) resaltaron la existencia de autoestima baja en pacientes con anorexia y bulimia. También Berns (1992) y Stein-Karen (1996) confirman la presencia de baja autoestima en pacientes con trastornos alimenticios. Incluso, dentro de las pacientes con trastornos alimenticios se ha demostrado que las anoréxicas restrictivas tienen menor Autoestima que las que no restringen su alimentación con dietas extremas (Rodríguez-Ramírez, 1998).

El estudio de Maganto et. al. (2003) confirmó que los sujetos con Autoconcepto e insatisfacción corporal baja tienen mayor riesgo de trastornos alimenticios. En este estudio interesa conocer el papel que el Autoconcepto positivo o negativo juega en los trastornos de la conducta alimentaria, teniendo en cuenta, como se ha llegado a afirmar (Branden, 1987) que toda dificultad psicológica tiene como substrato una autoestima baja. El adolescente con baja autoestima se sentirá infravalorado e insatisfecho con su cuerpo manifestándose esta insatisfacción en alguna alteración de la conducta y expresándose en un trastorno de la

conducta alimentaria en los casos en los que la baja autoestima tenga como sustrato una insatisfacción con la imagen corporal.

En todos los casos, parece posible establecer una relación entre las alteraciones de la imagen corporal y la estructura del autoconcepto. El autoconcepto en un sentido amplio, constituye el conjunto de percepciones o referencias que el individuo tiene de sí mismo, incluyendo juicios y valores acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa.

Es evidente el papel de las estructuras cognitivas autoreferentes en la organización de la información, asociada con la apariencia y el tamaño corporal. Un marco general que ha servido de base para las investigaciones sobre la relación entre el autoconcepto y la distorsión de la imagen corporal, ha sido la teoría de la auto discrepancia (*Self-discrepancy Theory*). Este enfoque teórico ofrece un modelo para analizar las inconsistencias internas entre el autoconcepto real y el ideal, que pueden estar relacionadas con la aparición o desarrollo de las alteraciones de la imagen corporal. El autoconcepto real o actual hace referencia a como se ve el propio individuo y como cree que lo ven los demás. El autoconcepto ideal incluiría aquellos atributos ideales que le gustaría poseer al individuo que cree que a los demás les gustaría que tuviera, y aquellos que cree o piensa que creen los demás que tendría la obligación de poseer.

El autoconcepto ideal representa una autoevaluación que hace la persona referida a determinadas normas o metas. Este proceso auto evaluativo es similar al experimentado al considerar la Apariencia Corporal. De este modo, la auto discrepancia puede ser el origen del malestar expresado por las personas cuando no alcanzan el ideal de imagen corporal. Diversas investigaciones han indicado que la insatisfacción por la propia imagen podría describirse como una discrepancia entre la valoración de la imagen corporal que hace la propia persona y determinados cánones estéticos socialmente reconocidos (ideales sociales de belleza). Estos cánones estéticos socialmente se inscriben dentro de los factores socioculturales predominantes que conforman lo que se ha denominado cultura de la delgadez. Varios estudios han confirmado la importancia de dichas influencias, así como el papel que juegan los medios de comunicación en la divulgación de modelos estéticos en la población adolescente.

También el atractivo o forma física es un rasgo que engendra comparaciones sociales ascendentes (más atractivo que) y descendentes (menos atractivo que) y que afecta a las autoevaluaciones, a los sentimientos acerca de la propia apariencia y, en definitiva, al autoconcepto de la persona.

Desde la teoría del aprendizaje social cognitivo se ha acotado un rango de factores implicados en la génesis de una imagen corporal negativa. En gran parte estos factores hacen referencia a los modelos y mensajes socio-culturales que definen la imagen corporal, a las implicaciones sociales del atractivo físico y al ajuste entre la propia apariencia y los estándares



estéticos. También las relaciones interpersonales que facilitan información acerca de la propia imagen están modeladas por el contexto cultural. En este sentido, diversas investigaciones han señalado que el atractivo físico suele presentarse, en los estereotipos socioculturales transmitidos por los medios de comunicación, como promotor de un status que proporciona repertorios conductuales socialmente más competentes y mayores ventajas sociales (Rosen 2006).

La imagen corporal se forma a través de interacciones sociales y del feedback que recibe el individuo acerca de su propio cuerpo durante la socialización. Si el autoconcepto se conforma en la infancia y adolescencia y cristaliza en la edad adulta manteniéndose luego relativamente estable, puede estar justificado vincular la imagen corporal y la influencia de los modelos estéticos con la génesis del autoconcepto en la adolescencia. La instauración de un descontento normativo con el propio cuerpo puede tener una de sus causas en un moldeamiento del autoconcepto que se iniciaría en la infancia y preadolescencia y que se vería afectado, entre otros factores, por la presión hacia un determinado patrón estético que tendría como trasmisor el entorno familiar. Esta relación ha sido puesta en evidencia en diversos estudios en los que se ha sugerido que el modelo y las actitudes maternas respecto a la imagen corporal pueden tener una influencia negativa y propiciar trastornos de la imagen corporal en las hijas. Se ha puesto de manifiesto que madres e hijas eran comparables en el grado de insatisfacción que presentaban por su imagen corporal en el control de peso, en seguir dietas adelgazantes y en tener los mismos ideales estéticos (Maganto, Cruz y Etchevarría, 2003).

Parece, por lo tanto, que existe una gran relación entre publicidad, información verbal y el modelo estético de delgadez y juventud, con la insatisfacción con la imagen corporal y el autoconcepto, que suele derivar en ocasiones en las alteraciones de la imagen corporal.

#### **1.3.4. Autoestima e imagen corporal**

La investigación demuestra que la autoestima en las mujeres está muy vinculada a su apariencia física (Cash 2004; Fisher, 1987; Haste, 1985; Hsu, 1989; Maganto, Cruz y Etchevarría, 2003; Markey 2006; Mendelson y White, 1982; Rosen, 1997, 2006; Striegel-Moore, Silverstein y Rodin, 1986; Tiggeman, 1992), mientras que en los hombres está más relacionada con otras variables como fuerza o destreza física. Se puede considerar que aproximadamente un tercio de la autoestima está íntimamente relacionada con la apariencia física

Esto induce a las mujeres a estar altamente motivadas por ser atractivas y a valorarse principalmente en términos de su atractivo físico. Striegel-Moore et. al. (1986) formulan algunas de las razones de esta asociación, basándose en resultados empíricos de varios estudios: Las niñas aprenden a través de diferentes agentes de socialización que la apariencia

física es importante no solo para asegurarse pareja sino para recibir otro tipo de recompensas sociales. Algunos estudios muestran que el atractivo físico está significativamente correlacionado con el status sociométrico en el grupo de clase y que esta correlación es más elevada en niñas que en niños. Berscheid y Walster (Rodin, Silberstein y Striegel- Moore, 1984) hallaron que personas físicamente atractivas eran valoradas como más interesantes, equilibradas y afortunadas en la vida. Otros estudios muestran que el atractivo físico reporta beneficios en situaciones interpersonales, facilita la recepción de ayuda, la cooperación en situaciones de conflicto y mayor accesibilidad a un puesto de trabajo. A partir de un análisis de la literatura, Rodin et. al. (1984), constataron que la belleza facilita a la mujer el acceso a ciertos recursos, como matrimonio con un hombre de alto status o ser tratada de modo más favorable en contextos sociales. Hsu (1989) señala en la misma dirección, que el atractivo físico está relacionado con el prestigio personal, evaluaciones más positivas de los pares y relaciones más satisfactorias con estos.

Según Rosen (1997, 2006) en mujeres existe una alta correlación entre atractivo físico y autoestima. Los estudios confirman que la autoestima alta o el autoconcepto positivo se relacionan con una imagen corporal satisfactoria, y a la inversa la insatisfacción corporal se asocia de forma estadísticamente significativa con autoestima baja o bajo Autoconcepto (Kenealy, Gleeson, Frude y Shaw, 1991) sin que haya podido ser confirmada la relación de causalidad. Ambos constructos, insatisfacción corporal y baja autoestima están así mismo asociados a trastornos de conducta alimentaria (McLaren y Kuh, 2004; Mora y Raich, 1993).

Dado este patrón diferencial de contingencias externas, no es difícil entender por qué las mujeres están más preocupadas por su apariencia física que los hombres.

Las definiciones del rol sexual tradicional estipulan diferentes fuentes de status para el hombre y para la mujer. Para el hombre el status viene definido por el nivel de ingresos o por el poder adquisitivo, mientras que para las mujeres viene definido por el atractivo físico. Un estudio realizado por los autores anteriormente citados, muestra que casarse con una mujer atractiva mejora el status de un hombre, mientras que casarse con un hombre atractivo no afecta al status de una mujer.

Ya a temprana edad, los niños reciben a través de los medios de comunicación esta asociación entre atractivo y feminidad. Ogletree et. al. (1990), analizaron anuncios televisivos dirigidos a niños en términos de énfasis sobre el atractivo físico (promoción de productos destinados a mejorar el aspecto físico) y el sexo de los personajes intervinientes en los anuncios. Se verificó que un 90.9% de este tipo de anuncios tenían una participación femenina, mientras que en otro tipo de anuncios participaban ambos sexos indistintamente.

La investigación sugiere que la sociedad tipifica un ideal de belleza que se ha ido modificando en el curso de la historia (Boskind- White y White, 1986) y transculturalmente



(Nasser, 1988). Ehrereich y English (Thompson, 1990) constataron que las mujeres han estado dispuestas a modificar su cuerpo para ajustarlo al paradigma estético imperante y que la sociedad refuerza estos cambios.

Los estándares actuales de belleza enfatizan la delgadez (Grieve, et. al., 2005; McLaren y Kuh, 2004; Molinari y Riva, 2004, Maganto y Cruz 2008). Varios estudios certifican que los medios de comunicación transmiten un canon estético más delgado que en otras épocas:

- Garner, Garfinkel, Schwart y Thompson (1980), revisaron los pesos de Misses desde 1960 hasta 1980, hallando que habían disminuido significativamente. Además analizaron la proporción de artículos sobre dieta en revistas, respecto a otros artículos, obteniendo que se habían incrementado sustancialmente en los últimos años.
- Silberstein, Peterson y Perdue (1986), crearon un índice de curvilinealidad estableciendo una razón entre las medidas de diferentes áreas del cuerpo de fotografías de mujeres de varias revistas. Compararon estos índices en un intervalo de varios años y constataron que con el tiempo se había producido un incremento de la esbeltez, y una disminución de la curvilinealidad.
- Toro, Cervera y Pérez (1989), analizaron los anuncios de varias revistas femeninas, en términos de promoción de la delgadez. Obtuvieron que 1 de cada 4 anuncios estimulaba indirectamente la pérdida de peso (sugería o invitaba) y 1 de cada 10 la estimulaba de forma directa. Un porcentaje de 22.5% anuncios promocionaba de forma directa o indirecta la pérdida de peso.
- Morris, Cooper y Cooper (1989), revisaron las medidas antropométricas de modelos reclutadas por una agencia desde 1967 a 1987, verificando que con el curso de los años los cuerpos de las modelos habían adoptado una forma más tubular.
- Anderson y DiDomenico (1992), examinaron varias revistas populares dirigidas a hombres y a mujeres y analizaron la proporción de artículos y anuncios que promovían la pérdida de peso. Los resultados mostraron que en las revistas dirigidas a mujeres aparecían 10 veces más anuncios y artículos fomentando la pérdida de peso que en las revistas dirigidas a hombres.
- Wiseman, Gray, Mosiman y Ahrens (1992), revisaron las medidas de modelos aparecidas en Playboy y de Misses de América, entre 1979 y 1988, indicando una disminución significativa de peso además de mostrar un infrapeso del 13-19%. Además de esto, calcularon la proporción de artículos sobre dieta y ejercicio desde 1959 a 1978, operándose un incremento significativo de este tipo de artículos con el tiempo.
- Stice, Spangler y Agras (2001). Realizaron un estudio longitudinal en el que evaluaron la vulnerabilidad de las chicas jóvenes a las imágenes de chicas delgadas proyectadas desde los medios de comunicación de masas comprobando como esta preocupación ha ido aumentando con el paso de los años.



- Frederick, Peplau y Lever (2006), valoraron las preocupaciones asociadas a la silueta corporal en traje de baño de 52,677 adultos heterosexuales, su estudio concluyó que existen notables diferencias en preocupación según sexos y edades y una tendencia al alza global a lo largo de los años.

## 1.4. Alteraciones de la imagen corporal

Las preocupaciones patológicas acerca de la apariencia, tienen una amplia historia. El término “*dismorfofobia*” fue introducido por primera vez por Morselli (1886), la fobia no estuvo muy detallada en su explicación, pero el término que acuñó significa literalmente “Miedo a la propia forma”.

A principios del siglo XX, Janet (1903) habla de la “obsesión por la vergüenza del propio cuerpo”, que implica el miedo a ser visto como ridículo o feo. Expresó el sentimiento de profunda vergüenza de ser como se es, con el añadido del sentimiento de injusticia, puesto que uno no es como quiere, sino como le han hecho.

El primer artículo publicado en inglés por Hay data de 1970. La esencia del trastorno fue clasificada no como miedo a volverse deforme, sino como la convicción irracional de ser anormal y un gran miedo a las reacciones de los demás (Raich, 2004).

Desde un punto de vista neurológico, la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona (Williamson, 1990). Las alteraciones de la imagen corporal serían resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical.

Una concepción más dinámica, define imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo (Fisher y Cleveland, 1968). Bemis y Hollon (1988) advierten de la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto. Esta acepción nos remite al componente afectivo-actitudinal a la hora del desarrollo de una alteración de la imagen corporal.

Los enfoques psicoanalíticos, entienden por imagen corporal el límite corporal percibido por cada sujeto. La alteración conllevaría a un desdibujamiento de los límites corporales, por el cual el individuo percibiría como propios otros objetos o personas.



Actualmente se ha definido la imagen corporal como un constructo con una estructura multidimensional que abarca autopercepciones, pensamientos, sentimientos y acciones referentes al propio cuerpo, principalmente a su apariencia. Diversos estudios han diferenciado dos dimensiones subyacentes en dicha estructura:

- La dimensión perceptiva, que hace referencia a los aspectos perceptivos de la estimación del tamaño corporal.
- La dimensión actitudinal que incluye las emociones o sensaciones que el individuo tiene asociadas a su apariencia corporal, y las evaluaciones cognitivas que hace de su propio cuerpo.

En los últimos años, numerosas investigaciones han documentado el papel que juega la imagen corporal, tanto en su dimensión perceptiva (sobrestimación) como en su dimensión emocional o afectiva (insatisfacción) en el desarrollo de los trastornos de la alimentación (Cooper y Goodyer, 1997, Cruz y Maganto, 2002, Grant, 2004). En este sentido, los estudios realizados indican también que las alteraciones en la imagen corporal pueden ser causa de problemas emocionales importantes en la adolescencia y primera juventud y que podrían actuar como un factor de riesgo predisponente, precipitante o mantenedor de patologías alimentarias. Además, diversos estudios sostienen la hipótesis de que los problemas de imagen corporal son problemas clínicos significativos en ausencia diagnosticable de trastornos de la alimentación. Por todo ello las investigaciones al respecto se han centrado en identificar los mecanismos subyacentes al desarrollo de alteraciones clínicamente relevantes de la imagen corporal.

Las aproximaciones teóricas que se han barajado acerca de la etiología de dichas alteraciones se circunscriben mayoritariamente entorno a las dos dimensiones constitutivas de la definición de imagen corporal (Thompson, 1992). Por una parte se destacan los factores subjetivos que conducen al descontento con el propio cuerpo, y por otra, se hace hincapié en los modelos que intentan ofrecer una explicación perceptiva de la sobreestimación del tamaño corporal (Gardner, 1996). A pesar de ésta distinción teórica, las investigaciones sobre la imagen corporal han señalado un solapamiento entre las dimensiones subjetivas y las perceptivas del constructo. Del mismo modo, se han puesto en evidencia en diversos estudios (Thompson, 1994) que los componentes subjetivos de la imagen corporal (afectivos, cognitivos y conductuales) muestran cierto grado de dependencia que vincula la insatisfacción corporal con los índices de distorsión de la imagen corporal.

Se pueden distinguir varias hipótesis en el desarrollo y/o mantenimiento de la insatisfacción corporal. En primer lugar, las que inciden en explicar el mayor riesgo de insatisfacción corporal a partir de la comparación social. Es decir, la frecuencia con que el individuo se compara con otras personas en términos de "*ser mas atractivo que*". Por ejemplo se ha constatado que la tendencia femenina de comparar su propio peso con el de otras

mujeres esta correlacionada con "*sentirse gordo*". En segundo lugar, las hipótesis socioculturales generalmente más extendidas sostienen que los factores sociales, particularmente aquellos que en los medios de comunicación tanto audiovisuales como impresos, ofrecen influyentes mensajes acerca de lo aceptable o inaceptable de ciertos atributos físicos, están estrechamente relacionados con la insatisfacción corporal. Apoyan esta hipótesis numerosos estudios que han remarcado una asociación entre los trastornos de la alimentación, el descontento con el propio cuerpo y los mensajes de los medios de comunicación referentes a dietas y a la delgadez como un ideal físico. Finalmente las hipótesis que inciden en la importancia de los mensajes verbales, sobre todo en la exposición temprana a los comentarios negativos acerca de la imagen, apariencia o peso, se han asociado con insatisfacción corporal, trastornos de la alimentación y con una afectación general del funcionamiento psicológico.

Todo lo hasta aquí expuesto hace perfectamente comprensible la aparición de alteraciones en la imagen corporal entre personas de diversas condiciones y grupos sociales. Las presiones sociales interiorizadas hacia una apariencia idealizada, sea real o no, generan una ansiedad que puede derivar en la aparición de un trastorno.

En el ámbito de los trastornos de alimentación, la imagen corporal es la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física y su alteración, el desequilibrio o perturbación de los mismos.

Existen múltiples síndromes que cursan con alteraciones de la imagen corporal dando lugar a manifestaciones muy heterogéneas: lesión cerebral, amputaciones de miembros, esquizofrenia, neurosis de despersonalización, etc. En ellos la fenomenología de la alteración, reviste caracteres muy diferentes en función de la etiología. En estos casos la alteración de la imagen corporal es secundaria a un trastorno de base.

Por el contrario, en el campo de los trastornos alimentarios, las alteraciones de la Imagen Corporal tienen una participación causal en el trastorno, en lugar de ser secundaria a él, lo que les confiere un status diferente que ha polarizado la investigación actual sobre alteraciones de la imagen corporal en trastorno Alimentario. Utilizando modelos causales de regresión múltiple (Hawkins, Fremouw y Clement, 1984; Maganto, Cruz y Etchevarría, 2003; Richards, Thompsom y Covert, 1990) se ha verificado que la relación entre Disfunción alimentaria y Alteración de la Imagen Corporal (insatisfacción corporal) es unidireccional (son las alteraciones de la imagen corporal las que contribuyen a un trastorno alimentario, y no la secuencia a la inversa). Existe evidencia correlacional de la asociación entre variables de la imagen corporal y alteraciones alimentarias (Altabe y Thompsom, 1992; Covert, Thompsom y Kinder, 1988, Grant, 2004; Gross y Rosen, 1988; Thompsom y Psaltis, 1988). Utilizando diseños longitudinales, se ha obtenido evidencia en la misma dirección (Attie y Brooks-Gunn, 1989,



Maganto et. al. 2008). Estos autores verificaron que solo las medidas en Insatisfacción corporal predijeron disfunción alimentaria.

La relación hallada entre variables de imagen corporal y disfunción alimentaria, no es patrimonio exclusivo de poblaciones clínicas. Todos aquellos grupos que por circunstancias diversas han experimentado cambios corporales (embarazadas, obesos, adolescentes) o donde por motivos profesionales se imponen unos estándares de peso bajo (modelos, bailarinas, deportistas) son poblaciones en riesgo de trastorno alimentario y muestran mayores alteraciones de la imagen corporal controles (Brooks- Jun, Burrow y Warren, 1988; Gargiulo et. al., 1987; McLaren y Kuh, 2004).

En los DSM se suprimió el sufijo “*fobia*” cuando se introdujo el trastorno dismórfico como un tipo de categoría diagnóstica (APA, 1987).

Cuando se habla de trastorno de la imagen corporal en el estudio de trastornos de alimentación se han utilizado una gran cantidad de expresiones distintas: distorsión de la imagen corporal, sobreestimación del tamaño del cuerpo, preocupación por el cuerpo o alguna de sus partes, insatisfacción corporal, etc. Cada uno de estos términos se refieren a otras tantas manifestaciones de la imagen corporal en los pacientes que presentan trastornos alimentarios, pero no recogen el problema en su totalidad. El problema de la imagen corporal es multidimensional. Por esto, si se usa el término “*trastorno de la imagen corporal*” queda claro:

1. Que se trata de una constelación de aspectos como un conjunto.
2. Que representa un grado de malestar e inhabilitación más severo que el expresado por otros términos o una simple alteración.

En este sentido Rosen (1997) propuso que el trastorno de la imagen corporal se defina como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún imaginario o extremado de la apariencia física.

Esto es lo que bajo la denominación “*trastorno dismórfico*” aparece en el DSM IV-R (American Psychiatric Association, 2004) y está incluido en los trastornos somatoformes. Ver Cuadro 1.

|   |
|---|
| <p><u>Trastorno dismórfico, DSM IV-R (APA, 2004)</u></p> <p>a) Preocupación por algún defecto imaginario del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.</p> <p>b) La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>c) La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).</p> |
| <p><i>Cuadro 1. DSM IV-R Trastorno dismórfico, DSM IV-R (APA, 2004)</i></p>   |

#### 1.4.1. Tipos de preocupaciones más frecuentes sobre la imagen corporal

Las quejas que mayormente se presentan sobre la imagen corporal suelen basarse en una anomalía totalmente imaginaria. En ocasiones las quejas pueden tener una base real y ser percibidas por las personas de su entorno, pero de ninguna manera con la forma e intensidad que el paciente imagina.

Cash (1997, 2004) en sus estudios muestra la evolución de las quejas sobre la imagen corporal recogida a través de una muestra de 30.000 personas en Estados Unidos. Según estos estudios la preocupación por diferentes partes del cuerpo ha ido empeorando más y más con los años, especialmente en mujeres. No obstante con hombres también se aprecia una progresión importante. En conjunto lo que más ha evolucionado es la insatisfacción con el peso, especialmente, y también el tono muscular. Si se hace una clasificación por torsos, el torso medio, correspondiente a estómago, cintura y culo es, con mucha diferencia, la parte del cuerpo que más preocupación produce.

En el estudio de Raich, Torras y Figueras (1996) realizado en España con muestras universitarias, los resultados mostraron que los estudiantes focalizaban sus preocupaciones en el peso y en la zona de cintura-estómago y a las estudiantes les preocupaba nalgas y muslos. Otros resultados de este mismo estudio indican que los hombres, en general, deseaban ganar peso (relacionado con la masa muscular) y las mujeres perderlo o mantenerse en un peso bajo. El 82% de las mujeres que estaban en un peso saludable y el 100% de las mujeres con sobrepeso deseaban perder peso, lo que da cuenta de las preocupaciones y los ideales estéticos dominantes en nuestra sociedad.

Actualmente la tendencia hacia la delgadez que muestran estos estudios se ha acentuado como lo muestra la evolución en la sociedad de los problemas relacionados con la



imagen corporal. Cada vez a nuestra sociedad le preocupa más el peso, la apariencia física y cada vez se castiga más a aquellos que no siguen este patrón estético dominante con una sutil marginación social.

#### **1.4.2. Problemas que se relacionan con una imagen corporal negativa**

Los problemas relacionados con una imagen corporal deficitaria tienen que ver con una gran cantidad de alteraciones o disgustos que se producen a la par de una forma regular. Se considerará en este apartado que los mayores problemas que se asocian a una imagen corporal insatisfactoria son la baja autoestima, los problemas con la identidad de género, la ansiedad interpersonal, los problemas en las relaciones sexuales, y por último, y asociado a los anteriores, la depresión.

Es muy común que una baja autoestima vaya relacionada con una imagen corporal poco positiva, la persona se autovalora, por lo tanto, muy poco. Los estudios confirman que por lo menos un tercio de la propia autoestima se refiere a lo positiva o negativa que resulta su autoimagen. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que tenga una buena impresión de sí mismo. Igualmente, es muy difícil que se sepa apreciar indistintamente cualidades de destreza o trabajo o incluso inteligencia, separadamente del aprecio por su cuerpo físico, especialmente en mujeres, que suelen asociar más frecuentemente estas cualidades a la apariencia.

También se relaciona la insatisfacción con la imagen corporal de la identidad de género, o los sentimientos de feminidad o masculinidad. Como dice Raich (2003), algunas personas creen que no poseen las cualidades que deberían por pertenecer a uno u otro género. O, por el contrario, creen que poseen unas características que son más propias del otro género que del que se tiene. Este tipo de creencias puede hacer disminuir la aceptación como persona. En una sociedad que define de manera muy concreta la feminidad o masculinidad, no es raro que una persona pueda preguntarse sobre ella en el momento en el que no reúna todos los requisitos que se supone que debería tener. Actualmente, una persona de "cierta edad" o debe estar todo el tiempo cuidándose en el gimnasio, o aparecer por los centros de estética a menudo, o no puede considerarse "femenina", ya que esta definición está confinada a mujeres jóvenes, gráciles, delgadas, saludables, etc. Por otra parte, un hombre, aunque no de manera tan exagerada como una mujer, si no es alto, tiene la espalda estrecha, las caderas algo anchas o pectorales desarrollados, especialmente, en la adolescencia, puede considerarse muy poco masculino y sufrir por ello (Raich, 2003).

También puede considerarse que una imagen corporal pobre puede causar ansiedad interpersonal. Si una persona no es capaz de aceptarse ante los demás creerá fácilmente que los demás tampoco lo harán y como resultado de esto no es de extrañar que la persona se sienta incómoda o inadecuada en las interacciones sociales. A veces podría suceder con

personas del mismo sexo y otras veces con personas del sexo opuesto. Tener miedo a la evaluación de los demás puede hacer que la persona deje de hacer muchas actividades y acudir a muchos lugares y con ello condicionar enormemente su vida, lo que a su vez confirma sus temores de no ser aceptado socialmente y refuerza su imagen negativa de sí mismo.

Estar continuamente preocupado por la propia apariencia puede causar también problemas de relación sexual, pues podría provocar miedos a mostrar el cuerpo desnudo, especialmente la parte que se considera más desagradable, lo que podría influir enormemente en la calidad de la relación. Las personas que están excesivamente preocupadas por esconder o disimular una parte de su cuerpo difícilmente podrían desarrollar una relación amorosa satisfactoria (Raich, 2001).

Se aprecia, por tanto, la importancia que tiene la imagen corporal sobre la vida de una persona, ya que condiciona enormemente el aspecto emocional de su vida y la interacción con los demás. Se podría decir, sin miedo a exagerar que una mala imagen corporal puede abocar a una persona directamente a sentirse insatisfecho consigo misma y con su vida.

### 1.4.3. Características clínicas del trastorno de imagen corporal

El trastorno de la imagen corporal debe comprender aspectos perceptuales, cognitivos, emocionales y conductuales, como la propia definición de la imagen corporal marca. Una buena explicación de los trastornos de la imagen corporal debe dar cuenta de la génesis de este constructo algo que, como se verá, no siempre es fácil.

#### Aspectos perceptivos

La característica que define la percepción de la propia apariencia en un trastorno de la imagen corporal es la distorsión perceptual. Habitualmente, las personas que presentan problemas de imagen corporal o trastorno asociado sobreestiman o subestiman partes de su cuerpo. Especialmente notable es el caso de la anorexia nerviosa, donde la distorsión perceptiva del propio peso es el rasgo más llamativo del trastorno (Raich, Mora, Sánchez y López 2005).

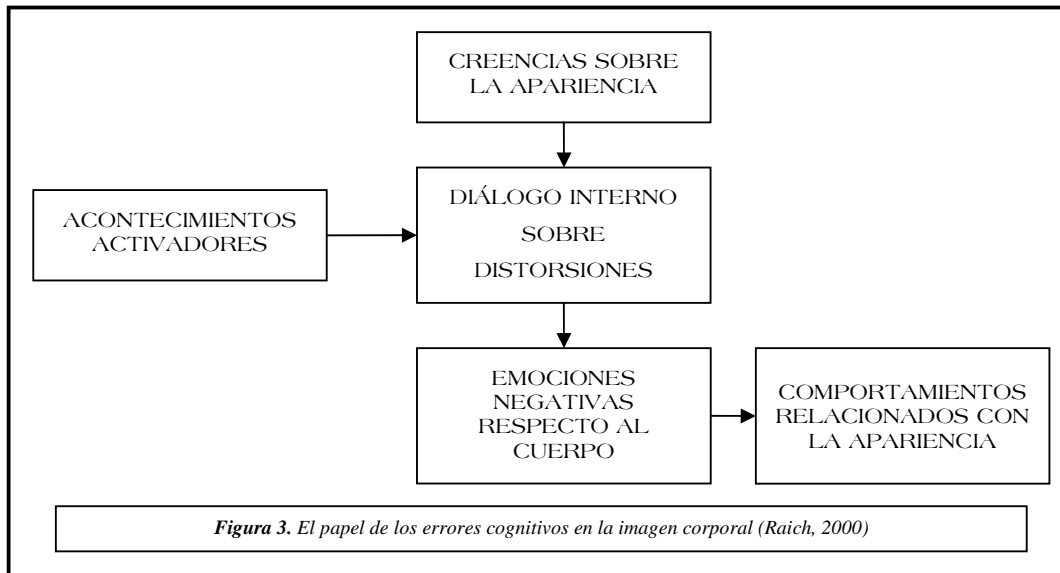
Evidentemente una mala percepción corporal ejerce una gran influencia sobre la génesis de un trastorno de imagen corporal porque puede derivar en actitudes y conductas exageradas respecto a su apariencia, algo en lo que se profundizará más adelante.

#### Aspectos cognitivos

Una errónea interpretación de la apariencia suele ser el rasgo más relevante del trastorno de la imagen corporal. Las personas con una imagen corporal negativa o patológica



suelen extraer conclusiones desacertadas y desproporcionadas sobre su apariencia que les lleva hacia emociones y actitudes negativas sobre sí mismos, que derivan en comportamientos inadecuados sobre la apariencia que les perjudican en el futuro. Ver figura 3.



Las cogniciones sobre la apariencia pueden formar parte de “sesgos o errores cognitivos”, tal y como lo plantea Beck, “creencias irracionales” como plantea Ellis, expectativas desafortunadas, atribuciones, etc. Todas estas maneras de interpretar los acontecimientos y de prever cómo será el futuro a partir de la observación de la realidad.

Basándose en las teorías terapéuticas de la imagen corporal basadas en la interpretación de los acontecimientos, Cash (1997, 1999) elaboró lo que denominó la “Docena Sucia”, en referencia a la película del mismo nombre en inglés “*Dirty Dozen*” (1968), mal titulado en nuestro país como “Los doce del patíbulo”. La docena sucia se trata de la teoría sobre los pensamientos distorsionados o errores cognitivos respecto a la apariencia, más creativa e importante de los últimos años, la cuál tiene reflejo sobre esta investigación cómo se especificará en apartados posteriores.

La “*Docena Sucia*” son los doce errores del pensamiento más comunes sobre la apariencia, y sobre los que se debería trabajar terapéuticamente para superar un trastorno de imagen corporal. Los doce errores o sesgos comunes del pensamiento son:



*“La bella y la Bestia”*

Se trata de pensamientos dicotómicos sobre la apariencia, una exageración donde no hay tonos intermedios y que condena irremediabilmente a la fealdad si no se está en la más estricta belleza. Esta distorsión es muy frecuente y lo que hace es polarizar el pensamiento entre dos contrarios absolutos. Ejemplos de este error son: “Mientras no adelgace 10 Kilos voy a parecer una vaca”, “Si me sale un grano en la cara soy horrible”, etc.

*“El ideal irreal”*

Consiste en evaluar la apariencia a partir de un estándar irreal. Cuando se perciben desajustes entre su apariencia y ese ideal se centran en sus defectos. Ejemplos: “Soy demasiado baja y gorda (mirando la foto de una modelo)”, “no soy guapa (comparándose con una actriz famosa)”.

*“La comparación injusta”*

Consiste en comparar la propia apariencia con la gente atractiva que nos rodea o considerarla más atractiva que nosotros. Nos fijamos en algún aspecto atractivo de alguien y nos comparamos con él. Las comparaciones se hacen siempre con gente real. Ejemplos de éstas son: “Me sentí fatal en aquel bar con gente tan joven y delgada, a su lado yo era un adefesio”, “Odio probarme ropa en tiendas, las vendedoras son todas muy monas y me miran como si yo fuera un horror”, “Me siento muy incómodo hablando con chicas guapas, para ellas yo soy muy feo”.

*“La lupa”*

Consiste en centrarnos en aspectos de nuestra apariencia que no nos gustan y exagerar su importancia. A las personas que lo practican les resulta complicado pensar en la propia apariencia sin centrarse en ese aspecto desagradable. Tienden a creer que este aspecto representa la totalidad de la apariencia.

Es un error cognitivo llamado “atención selectiva”. Esta distorsión está íntimamente relacionada con la siguiente.

*“La mente ciega”*

Se trata de ignorar o minimizar aspectos favorables de la apariencia física. Cómo nos sentimos bien con ellos, no pensamos en ellos. Por ejemplo: Mujer muy atractiva obsesionada con una cicatriz en la barbilla, hombre muy atractivo obsesionado con tener muchas entradas.



### *“La fealdad radiante”*

La insatisfacción con un aspecto de la apariencia se generaliza a otras características físicas. El descontento por un aspecto lleva a encontrar defectos en otros. Por ejemplo, una persona de 50 años ve algunas de sus arrugas y piensa “¡Qué viejo soy!”, y busca otras evidencias de su vejez: Probablemente encontrará lo que busca: signos de fealdad por todas partes, y llegará a la conclusión de que está horrible.

### *“El juego de la culpa”*

Atribuir decepciones, rechazos u otros acontecimientos negativos a un aspecto de la apariencia con el que se está insatisfecho. Por ejemplo: Pensar que alguien te ha rechazado por un aspecto de tu apariencia. En las chicas jóvenes esta explicación es más común porque les ayuda a explicar sus fracasos sentimentales. Ello hará que se sientan mucho peor y con muchos más problemas en sus siguientes citas.

### *“La mala interpretación de la mente”*

Este error consiste en que la creencia o suposición de que se es poco atractivo hace suponer a la persona que los demás piensan así. Por ejemplo, un hombre que se está quedando calvo puede llegar a pensar que los demás le miran la coronilla cuando está de espaldas y evita ir con alguien conocido detrás de él.

### *“Prediciendo desgracias”*

Consiste en suponer que una desagradable apariencia física tendrá consecuencias negativas en el futuro. Implica una mala interpretación de la mente (suposiciones sobre lo que los demás pueden pensar), pero no es sobre lo que una persona en concreto pensó o piensa, sino sobre lo que un grupo de gente en general pensará y hará en consecuencia. Por ejemplo: Un hombre obeso puede pensar “Con esta pinta nadie me tomará en serio como vendedor”, o “Como tengo este aspecto, ninguna mujer se enamorará de mí”. Lo peor es lo que esto supone para su actitud y sus conductas, ya que estas personas terminan consiguiendo aquello que temen, como predice el Efecto Pigmalión o la Profecía Autocumplida.

### *“La belleza limitadora”*

Restringir o limitar el comportamiento a las preocupaciones por la apariencia. Se mantienen creencias de que no se pueden hacer ciertas actividades por culpa de la apariencia. Por ejemplo: “No puedo salir a la calle sin maquillarme”, “No iré al gimnasio hasta que pierda 5 kilos”.

La creencia de la belleza limitadora (no poder hacer ciertas cosas por la apariencia) puede deberse a predicciones catastróficas (*“prediciendo desgracias”*). Esta prohibición está motivada por las reacciones negativas que piensa que tendrá otra gente. Una paradoja habitual es la de no realizar acciones que solucionen problemas hasta que se hayan solucionado (por ejemplo no ir al gimnasio hasta que se esté en forma). La situación se convierte en un bucle sin salida para la persona y se frena la solución a su problema.

*“Sentirse feo”*

La interpretación de sentirse feo la persona la termina convirtiendo en certeza. Si la persona se preocupa por su fealdad, entonces comienza a justificarla, mirándose y pensando: *“Con razón me siento fea, mira que mala impresión doy, que pinta tengo”*. La persona confunde una impresión subjetiva sobre su aspecto con una verdad universal.

*“El reflejo del mal humor”*

El mal humor, por razones no relacionadas con la apariencia, se desborda sobre la apariencia física criticándola y explayándose en ella. Por ejemplo: una persona con un trabajo muy estresante, sale de éste tensa, disgustada y malhumorada, pasa media hora delante del espejo criticando su cuerpo y probándose vestidos sin estar satisfecha. El mal humor, en busca de víctima, convierte al cuerpo en blanco de las críticas.

Estas doce distorsiones cognitivas de Cash son las más frecuentes. A veces adoptan formas de obsesiones, y la preocupación por la imagen corporal no sólo es exagerada, sino que ocupa una gran cantidad de tiempo diario e interfiere con las actividades de la vida diaria.

Las distorsiones cognitivas nos predisponen a sentirnos de una determinada manera. Nadie es capaz de creer seriamente que es una persona horriblemente fea y despreciable y estar pensándolo alegremente. Todas las distorsiones colaboran en procurar emociones negativas y todo el conjunto lleva a actuar de manera errónea.

Las creencias y pensamientos que presentan las personas con trastorno de la imagen corporal se han descrito como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios. Es difícil distinguir entre ellos y parece que no existe un único patrón de pensamientos. Phillips y McElroy (1993) presentan casos que van desde pacientes que estaban absolutamente convencidos de que no existía un defecto real, hasta los que creían firmemente en su defecto, pero que no preguntaban sobre ellos para que no se les considerase locos. Estos autores concluyen que el pensamiento varía en un continuo que va desde una ligera convicción hasta el delirio. El delirio en el trastorno de la imagen corporal está confinado al defecto que se atribuye. El pensamiento obsesivo en el trastorno de la imagen corporal se refiere a los pensamientos repetitivos e intrusivos acerca de la apariencia. Pueden reconocer que su preocupación es



excesiva aunque están convencidos del defecto de su apariencia. Esta ideación sobrevalorada representa el aspecto cognitivo de este trastorno (Raich, 2001).

### Aspectos emocionales

Aunque la insatisfacción corporal es muy frecuente, sobre todo en mujeres, no se puede considerar suficiente para definir el trastorno de imagen corporal. Las personas que presentan este tipo de preocupaciones devalúan su apariencia intensamente, imaginan lo que los demás piensan, creen que se interesan por su defecto, ponen mucho énfasis en su defecto de aspecto físico y cuando realizan una jerarquía de valores personales, lo suelen colocar en primer lugar de importancia, con lo que tienden a subestimarse. Creen que su defecto físico es una prueba fehaciente de su imposibilidad de ser queridos o apreciados y una muestra de debilidad, pereza o alguna falla de carácter. Aunque esta preocupación podría presentarse en cualquier momento, es mucho más intensa en situaciones sociales en las que la persona se siente autoconsciente y espera ser evaluada por otras personas de valor.

Queda claro, por tanto, que ninguna persona puede autodevaluarse y subestimarse intensamente sin sentir emociones desagradables acompañando a esos pensamientos. Lo más común es que sean sentimientos de enfado, tristeza, desesperación, malestar, que pueden desencadenarse sólo con mirarse de soslayo en un espejo o solamente con pensar en el defecto, o debido a una mala interpretación de una situación o acontecimiento (por ejemplo: Las risas de un grupo de gente en la misma habitación ignorando el motivo por el cual ríen). La duración de la emoción o el sentimiento, así como su intensidad, puede ser muy variable, aunque hay personas a las que les puede durar días enteros.

El trastorno de imagen corporal puede funcionar de la misma forma que una fobia, ya que se puede tratar de un estímulo (en este caso el cuerpo o una situación social) que despierta un intenso miedo y ansiedad asociada, por lo que en ocasiones se ha descrito a este trastorno como una "fobia al propio cuerpo". Lo cual es muy severo, ya que uno puede dejar de subir en aviones o ascensores para evitar una fobia, pero no puede escapar de su propio cuerpo.

### Aspectos conductuales

Las personas que desarrollan una preocupación patológica por su imagen corporal tienden a organizar sus vidas en torno a sus preocupaciones corporales y realizan o evitan actividades y situaciones que pudieran llevarles malestar.

Las conductas destinadas a la preocupación corporal tienden, por un proceso de reforzamiento negativo, a mantener e incrementar la ansiedad por su apariencia. Es decir, cuando haciendo cualquier cosa puedo evitar o huir de una consecuencia aversiva (sentirme

observado en mi defecto, sentirme criticado, sentirme mal), lo realizo y esto inmediatamente me reforzará mucho, pues habré evitado algo tan desagradable como la ansiedad, y como resulta efectivo inmediatamente, tenderé a repetirlo cada vez que una ocasión lo aconseje.

Algunas de las conductas asociadas a este trastorno pueden tener un marcado carácter obsesivo. Por ejemplo, estas personas pueden pasarse una gran cantidad de horas al día comprobando su defecto ante el espejo, o un hombre que está preocupado por la pérdida de cabello puede girarse repentinamente para ver quien le mira la coronilla cada 5 minutos durante el día.

Las conductas pueden ser de evitación o rituales, es decir, conductas repetitivas, constantes, que en ocasiones parecen automáticas, o las que estas personas se sienten “obligadas” a realizar. Las conductas más realizadas por las personas por las personas que padecen un trastorno dismórfico han sido investigadas por Phillips (1996) y sus resultados se exponen en la siguiente figura. Ver tabla 1.

**Tabla 1.** Conductas comunes en personas con trastorno dismórfico (Phillips, 1996)

| CONDUCTAS   | PORCENTAJE DE PERSONAS QUE SUFREN TRASTORNO DISMÓRFICO CON ESTA CONDUCTA |
|---|--|
| Comparar el propio cuerpo con el de otros / escudriñar la apariencia de los otros   | 91   |
| Comprobar la apariencia en espejos y otras superficies reflejantes  | 84   |
| Camuflar:   | 84   |
| - Con ropas   | 48   |
| - Cambiando la posición   | 44   |
| - Con maquillaje  | 35   |
| - Con la mano   | 23   |
| - Con un sombrero   | 16   |
| Con cirugía estética, dermatología u otros tratamientos médicos.  | 72   |
| Preguntando o buscando confirmación de que no es evidente o bien convenciendo a los demás de que el supuesto defecto es importante. | 42   |
| Arreglo excesivo: Peinarse, ponerse maquillaje, afeitarse, cambiarse de ropa, etc.  | 35   |
| Evitar mirarse en el espejo   | 35   |
| Tocar el defecto  | 33   |
| Apretar o tocarse la piel   | 27   |
| Otros comportamientos repetitivos   | 27   |



Muchas personas con trastorno dismórfico aseguran que escudriñar su defecto tampoco les produce una gran tranquilidad, sino que en ocasiones esto les hace sentirse peor. Se podría preguntar ¿Por qué, si se sienten peor, siguen mirándose al espejo? Pero algunas personas te cuentan que porque en ocasiones se han visto mejor de cómo se ven o no tan mal cómo imaginaban. Este procedimiento se conoce desde el condicionamiento operante como reforzamiento positivo de intervalo variable, el tipo de reforzamiento más poderoso a la hora de repetir una conducta, y en el que se basa, por poner un ejemplo, el funcionamiento de las máquinas tragaperras.

#### **1.4.4. Diagnóstico diferencial del trastorno de la imagen corporal**

Las alteraciones de la imagen corporal se sitúan en el marco de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), el trastorno dismórfico y los trastornos obsesivo compulsivos (TOC). Las características propias del trastorno dismórfico son en ocasiones tan parecidas a las de los TOC (trastornos obsesivos compulsivos) que se han llegado a proponer los trastornos de la imagen corporal como una variante de éstos (Neziroglu y Yaryura-Tobías, 1983; Phillips, 1993). La diferencia estriba en que las obsesiones y compulsiones de los que padecen el trastorno dismórfico recaen en su aspecto físico y no en orden, contaminación o impulsos incontrolables. Otros argumentos importantes a la hora de categorizar el trastorno dismórfico bajo el TOC son la alta comorbilidad de ambos trastornos y el hecho científico de que los recaptadores de serotonina y la exposición con prevención de respuesta (dos de los tratamientos a elegir de los TOC) parecen ser eficaces en los trastornos de la imagen corporal.

También aparece emparentado con otros trastornos como la fobia social, al que aparece asociado incluso más frecuentemente que con el TOC. La fobia social se define como un temor persistente a una o más situaciones sociales o de actuación en público en las que la persona se expone a desconocidos o a la posible evaluación de los demás. Aquella persona que sufre por su imagen corporal es especialmente consciente de su situación en las reuniones sociales, por tanto, es muy frecuente que deje de asistir a determinadas situaciones sociales, que las evite, o incluso que las soporte pero con gran ansiedad, cuando pueda ser escudriñada y/o criticada por su posible defecto.

Por lo que respecta a los trastornos de la alimentación tienen como característica más relevante el trastorno de la imagen corporal. El parecido entre ambos trastornos es evidente en los criterios diagnósticos: Preocupación persistente con el peso y la silueta (APA, 2000) o La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta (APA, 2000). De hecho una gran proporción de personas con diagnóstico de trastornos dismórficos, tienen una historia o presentan los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno de la alimentación. Los trastornos alimentarios en personas con una apariencia normal son esencialmente trastornos dismórficos más anomalías de la conducta alimentaria (Rosen, 1997, 2006). Las conductas purgativas son equiparables a los remedios de belleza utilizados

por las personas con trastorno dismórfico. Asimismo las personas con trastornos alimentarios tienen otras preocupaciones corporales que las estrictamente referidas al peso y la silueta (Cash 2004; Rosen, Reiter y Ortosan, 1994,).

El trastorno dismórfico presenta paralelismos con el trastorno hipocondríaco, en el sentido de que las personas que sufren uno u otro trastorno presentan la convicción de que tienen un defecto corporal que es inexistente o exagerado. En ambos casos el pensamiento provoca ansiedad que se trata de aliviar con rituales de comprobación corporal y de búsqueda de opiniones externas que les tranquilicen. Así como los pacientes hipocondríacos utilizan excesivamente los servicios médicos en busca del diagnóstico o de la curación, los de trastorno dismórfico buscan remedios de belleza (Raich, 2003).

#### 1.4.5. Prevalencia del trastorno de imagen corporal

El trastorno de la imagen corporal tiene una prevalencia muy confusa debido a varios factores como la comorbilidad con otros trastornos, la confusión de diagnósticos, o la poca hospitalización y diagnóstico de pacientes debido a la vergüenza de acudir a especialistas debido a estos motivos. Según Rosen (1997) usando los criterios incluidos en el DSM-IV-R, el que se explicita que se deberían excluir a las personas que pudiesen ser mejor clasificadas bajo otro trastorno (como por ejemplo anorexia o bulimia nerviosa), podrían incluirse como pacientes con trastorno de la imagen corporal aproximadamente un 1,29% de la población general y menos de un 1% de hombres (Rosen y Reiter, 1994). Afirman estos autores que parece ser más común entre las mujeres que entre los hombres, justo lo contrario que afirma la APA (1994) para los que es aproximadamente igual entre ambos sexos. De todas formas, hay que tomar estos datos con mucha distancia por los factores que se han apuntado al inicio del párrafo. Por otro lado Raich (2003) afirma que en España se hallan unos datos más elevados que los anteriores aunque apunta que se deben hacer más estudios adaptados a nuestra población.

#### 1.4.6. Desarrollo del trastorno de la imagen corporal

Un trastorno relacionado con la imagen corporal no se genera aleatoriamente, sino que se va gestando desde la infancia de la persona. En el desarrollo del trastorno en una persona están implicados muchos factores que hacen que su formación sea sumamente compleja. Para empezar a describir estos factores de desarrollo se debe comenzar haciendo una división simple entre los factores históricos, que influyen en la base de la personalidad y las expectativas de la persona, y los factores actuales que, por llamarlo de alguna forma, precipitan el trastorno de imagen corporal.



## Factores históricos

Se dividirán los factores históricos en cuatro subgrupos para dar una idea global de éstos: La socialización en una cultura, las experiencias interpersonales, las características personales, y el desarrollo físico y el Feedback social.

### *La socialización en una cultura*

La idea de belleza en una cultura enseña a la sociedad lo que es feo y lo que es bello. En nuestra sociedad existe una presión clara hacia la identificación de la belleza con juventud y esbeltez, asimismo se estigmatiza la obesidad y la vejez. Esta presión es un determinante claro para el desarrollo de un trastorno de imagen corporal en las personas, como lo demuestran la mayoría de los estudios que se han realizado en este campo hasta la fecha. A los niños se les muestra desde pequeños cuáles son los ideales de belleza deseados y qué tipos de premios se asocian a tales patrones a través de la TV, de cuentos, etc. Se suele mostrar de forma más frecuente la asociación entre belleza, bondad y felicidad, y la asociación entre fealdad, infelicidad y maldad que en sentido inverso. Como consecuencia de esta socialización el niño crece con un ideal de belleza deseado muy interiorizado y, lo que es más importante, la creencia en las recompensas sociales derivadas de la adaptación a estos ideales.

Pese a la fuerza de este factor, es evidente que esta presión social hacia este ideal de belleza por si solo no puede justificar la aparición de un trastorno de imagen corporal. Será necesario, por lo tanto, la intervención de otros factores.

### *Las experiencias interpersonales*

Aparte de la presión de la sociedad hacia un determinado patrón de belleza, existe otro tipo de presiones hacia la belleza que tienen su origen en las personas cercanas. Estas voces de personas significativas para la persona pueden tener tanta o más fuerza que la presión social, o pueden erigirse en su estilete y recordatorio de este patrón.

La familia enseña al niño desde temprana edad, de forma implícita y explícita, formas de ser, de comportarse, qué es bello y qué no lo es, ofrece premios y castigos por la apariencia, etc. Además hay que considerar el aprendizaje del niño a través del modelado, es decir, si el niño convive con una persona que se preocupa en exceso por su apariencia, el niño lo más probable es que crezca pensando que la belleza es una cualidad valiosa en la vida. Otro tipo de influencias es la comparación social con hermanos o familiares teniendo en cuenta solamente la apariencia física de cada uno, estos generan envidias y celos por las cualidades físicas que el otro posee considerándolas como sinónimo de éxito social.



La influencia de la familia en los trastornos de imagen corporal se ve claramente a través de los pacientes de los trastornos de alimentación, los cuales, prácticamente en su totalidad, presentan esta característica en el desarrollo histórico de su trastorno.

También los grupos de pares y las amistades juegan un gran papel en el desarrollo de este trastorno. Al igual que la familia amplifican la influencia de la sociedad en torno a la belleza y además sirven de modelos claros de cómo se ha de ser para ser aceptado en la sociedad.

Ser objeto de críticas y burlas a causa de la apariencia en la infancia repercute directamente en la imagen corporal de una persona en la edad adulta. Insultos como “gorda”, “Dumbo”, etc. Recibidos de forma repetida durante la infancia o adolescencia tienen un efecto de lastre sobre la imagen corporal de una persona en su madurez. Thompson (1990) encontró relación directa entre estas burlas en la infancia y la aparición de trastornos de la imagen corporal. Tom Cash (1996) en su estudio concluyó que el 72% de la muestra que había sido ridiculizado en la infancia afirmaba que este hecho les influía en la actualidad.

#### *Las características personales*

A pesar de que muchas personas comparten la misma sociedad, circunstancias y entorno, no por ello responden igual, esta circunstancia da idea de la importancia que tienen también los factores personales para el desarrollo del trastorno.

Algunas personas demuestran que no les afectan, ni la presión cultural (o no en la medida que a otros), ni las burlas que han sufrido, ni la presencia de algún defecto físico desfigurador importante. Lo que hace a estas personas tan resistentes es, en primer lugar, una sólida autoestima (lo que indica su importancia). Las personas que tienen una cierta seguridad en sí mismas y se creen dignas de ser amadas, competentes y que se enfrentan a sus problemas, poseedoras de esperanza en el futuro y en la vida, no suelen caer en problemas de imagen corporal como las que no poseen una buena autoestima, que tienden a sentirse inadecuadas y sucumben fácilmente a las presiones sociales o de las personas de su entorno (Cash, 2004; Robinson, 2005).

La idea básica de que una imagen corporal negativa se asocia a una baja autoestima y a sentimientos de ineficacia parece correlacionar con los estudios científicos realizados hasta la fecha.

Las personas con trastorno de la imagen corporal desarrollan creencias acerca de la apariencia física y de las implicaciones de sí mismos que influyen sus pensamientos, emociones y conductas. Estas creencias se forman durante la primera adolescencia cuando la autoidentidad y el desarrollo físico están cambiando rápidamente (Raich, 2001).



Pese a todo lo mostrado, no existen las personas “predeterminadas” a desarrollar trastornos de imagen corporal. Aprender a apreciarse más es posible, y por lo tanto, es posible aprender a mejorar la propia autoestima y la imagen corporal, como se pretende con el diseño de este programa en esta Tesis Doctoral.

#### *El desarrollo físico y el Feedback social*

Los cambios físicos, sobre todo aquellos que se dan en la pubertad, crean alerta y preocupación en la persona. En esa época de la vida la persona puede llegar a creer que es más importante tener buen tipo y ser atractivo socialmente que los resultados escolares o la situación familiar.

En lo que respecta a las chicas, las que se desarrollan antes suelen ver sus cambios corporales como grotescos y que les engordan, y sufren por ello, las que tardan en desarrollarse se sienten acomplejadas y diferentes a las demás, y también sufren.

Por lo que respecta a los chicos, los que tardan más en crecer suelen ser marcados por los pares como “bajitos”, de no ser masculinos y no ser “hombres” (Markey, 2005; Strong, 2005).

Los cambios corporales generan un feedback por parte del grupo de pares y de las personas cercanas. Estos comentarios y opiniones influyen decisivamente en la valoración corporal y la autoestima en un momento de la vida tan decisivo para el desarrollo emocional de la persona.

Los estudios de algunos autores muestran que los niños desarrollan preferencias por determinadas apariencias físicas a muy temprana edad y formulan juicios negativistas acerca del valor social de las personas con sobrepeso. Muchísimos estudios muestran cómo las personas más atractivas son consideradas más populares, deseables, ajustadas psicológicamente y tienden a tener más éxito en el trabajo y en la escuela. En España, Caballo (1993) concluyó en un estudio que existía una clara relación entre la habilidad social y el atractivo físico.

La gente atractiva genera mayor atención por parte de los demás, es decir, la belleza genera diferencias conductuales. Al presentar diferentes características físicas en una situación, un niño o un adolescente está afectando a cómo los demás reaccionan y le proporcionan feedback, y esto, a su vez, afecta al desarrollo psicológico individual de la persona.

Striegel-Moore (1993) desarrolla un teoría sobre la más alta aparición de trastornos de la alimentación en mujeres jóvenes a través de plantearse qué elementos definen la

feminidad. A partir de diversos estudios observa que los más característicos son la orientación interpersonal y la belleza. En la adolescencia, época de cambio físicos importantes y época de adaptación al mundo de los adultos, las personas comienzan a establecer relaciones interpersonales (orientación interpersonal) y a seguir los cánones de belleza de la moda del momento (patrón de belleza), estos sucesos pueden explicar la aparición más frecuente de los trastornos de la alimentación en las chicas adolescentes.

Cabe señalar que no solamente el cambio físico genera feedback y percepción de diferencias con el momento anterior y los pares, a veces solamente hace falta que la persona lo sienta, juzgue, o note que lo que le dicen y cómo le tratan los demás se dirige en tal dirección, aunque sea una percepción incorrecta. Existe evidencia clínica de que en ocasiones han existido incidentes críticos en la adopción de una autoevaluación distorsionada, como por ejemplo, tener una madre perfeccionista con el aspecto corporal, sufrir burlas en infancia y adolescencia, o pesar más que los compañeros.

#### Factores actuales

Pese a que en multitud de ocasiones una persona con una imagen corporal negativa puede justificar completamente sus preocupaciones a través de las causas históricas, esto no significa que éstas sean las únicas causas, la imagen corporal negativa tiene factores que justifican y complementan las causas históricas.

Las personas tienden a “encontrar lo que buscan” cuando rebuscan en su pasado para encontrar motivos que justifiquen sus preocupaciones actuales pero no es cierto que todo haya sido negativo, rebuscar en el pasado puede servir para sentar unas buenas bases para justificar la actual insatisfacción pero nunca justificar por sí solas todo el problema. Para solucionar sus problemas la persona debe tomar conciencia de las causas actuales del problema, si no lo hace así el problema tiene difícil solución.

El mayor factor actual que influye en la imagen corporal es, sin duda, la interpretación propia de los acontecimientos, las propias creencias y expectativas que nos creamos de las situaciones sociales como afirma el autor clásico Ellis en su terapia racional emotiva.

Extensa literatura justifica como una errónea interpretación de una situación puede fomentar precisamente las consecuencias temidas. Por ejemplo, una chica que se ve fea y no se atreve a hablar con chicos recibirá muy poca atención de éstos que confirma sus teorías de gustarle poco a los chicos. Por un lado, las personas se comportan en arreglo a cómo creen que son (aunque su idea de sí mismos esté distorsionada), y probablemente, por otro lado, los demás respondan de acuerdo a cómo se muestre esa persona.



Rosen (1997, 2006) cita tres tipos de mecanismos de mantenimiento de una imagen corporal negativa: La atención selectiva hacia las partes o partes que les preocupan, las conductas de evitación, como no llevar determinadas prendas o asistir a algunas reuniones sociales, y los rituales de comprobación y confirmación, como preguntar reiteradamente por su apariencia, o por un defecto, o mirarse a menudo en el espejo.

La atención selectiva vendría determinada por poner todo el interés en aquellas partes del cuerpo que son las que menos agradan. Dedicar mucho tiempo a pensar en ellas y llevar a cabo posibles “remedios de belleza” servirá eficazmente para mantener esta preocupación.

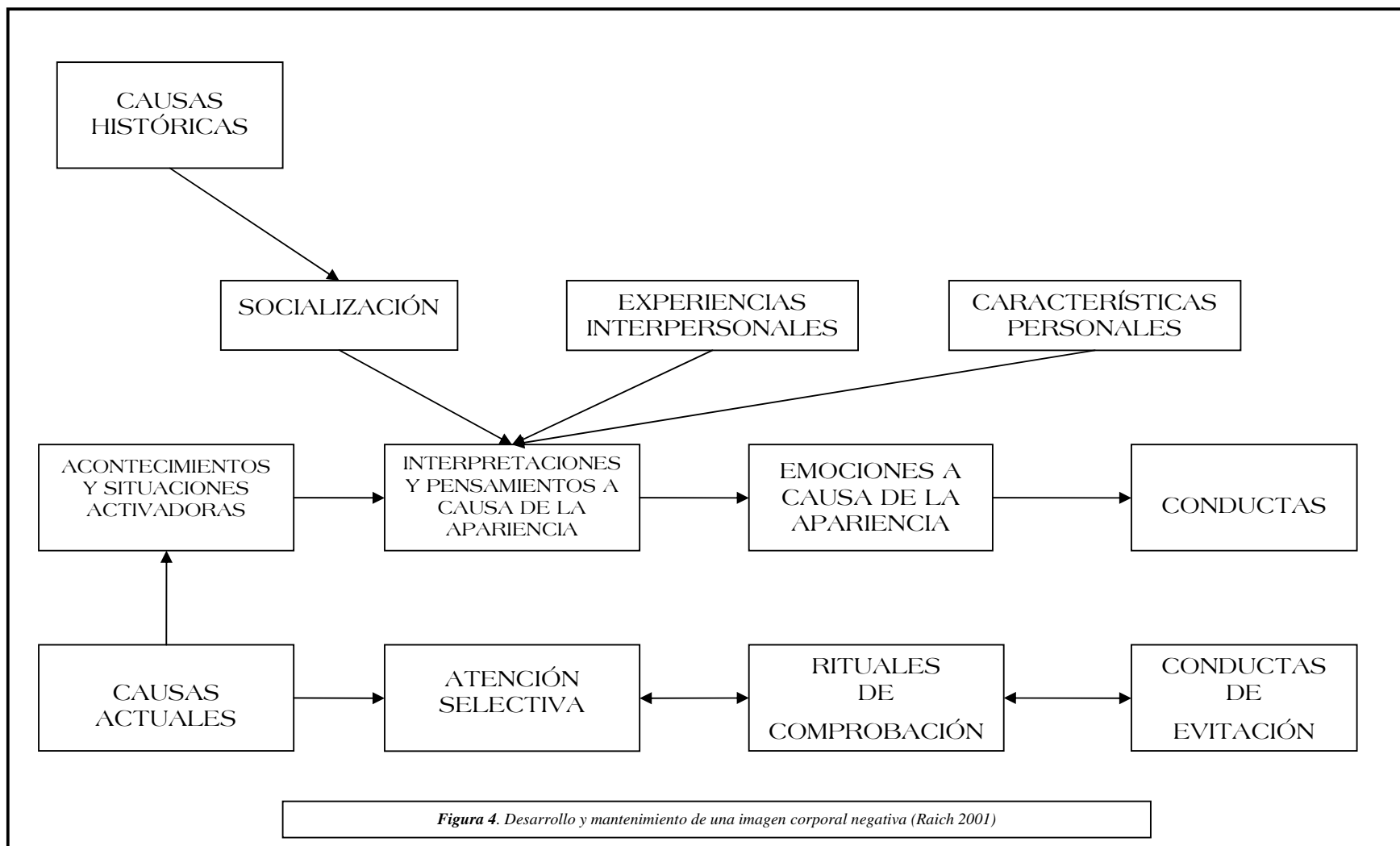
Las conductas de evitación son muy eficaces a corto plazo para paliar o detener el malestar. Esto las hace altamente peligrosas. Si la persona tiene miedo de asistir a una reunión donde se le juzgará por su aspecto físico y no va, inmediatamente sentirá un gran alivio. A largo plazo es una mala solución porque la próxima vez sentirá más miedo y la misma solución será aún más probable.

Los rituales de comprobación, como preguntar muchas veces por la apariencia, o por un defecto físico, o mirarse continuamente en el espejo, cambiarse repetidamente de ropa por la mañana o pesarse 10 veces a lo largo de un día producen un efecto parecido. Cada vez es más necesario llevar a cabo tales rituales y cada vez la inseguridad y el desconcierto es mayor.

#### Conclusiones a los factores de desarrollo de una imagen corporal negativa

Como se ha podido apreciar, la confluencia de todos estos factores determina una imagen corporal negativa o positiva. La importancia de cada uno de estos factores variará de una persona a otra, lo que produce que para algunas personas sea de importancia el historial de burlas en la infancia, y para otras lo sea las malas interpretaciones de las situaciones sociales en la actualidad.

La Figura 4 representa el modelo de formación de una imagen corporal negativa diseñado por Raich (2001), en el que intervienen todos los factores que se han presentado en este apartado y en el que se puede apreciar cómo la confluencia de varios factores, históricos y actuales, son los que confluyen sobre la imagen corporal de la persona.





### **1.4.7. Modelos explicativos de las alteraciones de la imagen corporal**

Se ha pretendido explicar los trastornos de imagen corporal desde distintos modelos en distintas escuelas y enfoques. Muchos de ellos se basan en la aparición de los trastornos de la alimentación como inspiración de sus teorías, no obstante, un buen modelo explicativo de los trastornos de la imagen corporal debe explicar tanto la imagen corporal patológica de algunas personas, como la imagen corporal sana de otros y explicarla en todas las edades, desde la infancia y adolescencia hasta la madurez y la vejez, la cual es objeto de esta investigación. Siguiendo a Raich se expondrán aquí los principales modelos explicativos sobre la imagen corporal (Raich, 2001).

#### Teorías Socioculturales

Las teorías socioculturales preconizan que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad y vehiculado por los medios de comunicación y los agentes de socialización, es interiorizado por la mayoría de las mujeres de una cultura, debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y atractivo físico. El modelo estético corporal imperante en la actualidad, es artificialmente delgado. Esto facilita la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal internalizado, derivando en insatisfacción corporal (el componente cognitivo-actitudinal de la imagen corporal).

Nuestra sociedad ha evolucionado tendiendo a promocionar, cada vez más, ideales más delgados y jóvenes aumentando considerablemente la disonancia cognitiva entre el físico percibido de la mayoría de la población con los ideales estéticos deseados. Varios estudios, como los de Garner et. al. (1980) o los de Wiseman et. al. (1992) han confirmado esta evolución analizando los ideales estéticos predominantes a través de estudios longitudinales con el peso y la silueta de las "Misses".

Debido a la influencia de estos medios de comunicación, las diferentes sociedades occidentales actuales comparten unos valores culturales muy similares respecto a criterios de belleza y éxito social, lo que hace que se refuercen aún más, si cabe, estos ideales en la población. Mientras un aborigen de Indonesia puede verse influido de manera no formal por los ideales de belleza de su sociedad y éstos mezclarse con sus gustos y creencias personales, una persona de una sociedad occidental actual es bombardeada desde la infancia por unos valores determinados hasta que sus preferencias personales prácticamente desaparecen. Debido a este proceso se reducen las diferencias interindividuales respecto a los ideales de belleza y se estrecha el cerco sobre las personas que no cumplen los requisitos exigidos en forma de una sutil marginación social y unos prejuicios asociados. Es justificable por tanto que multitud de personas se obsesionen en las sociedades occidentales con el cumplimiento de estos requisitos sociales de belleza, y éstas a su vez refuercen en su entorno y a las personas cercanas los propios requisitos de los que son prisioneros.

Estas teorías explicarían parcialmente el fenómeno, dan cuenta de las alteraciones actitudinales de la imagen corporal, pero no de las alteraciones perceptivas (sobre/subestimación) ni del tipo de vínculo existente entre estos dos componentes con el constructo de Imagen Corporal.

#### Teoría de la discrepancia entre el yo real y el yo ideal

Esta teoría y la anterior son complementarias: la presión sociocultural hacia un modelo corporal delgado potencia preocupación por el peso. Esto conduce a un buen número de mujeres a compararse con el ideal socialmente sancionado e internalizado. La probable discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal genera insatisfacción corporal. Esta teoría al igual que la anterior es reduccionista, explica el componente actitudinal de las alteraciones de la imagen corporal, pero no el perceptivo.

#### Teoría del desajuste adaptativo

Según esta formulación (Slade y Fisher, 1986) la percepción del tamaño no cambia de forma concurrente con los cambios reales operados en el tamaño (por ganancia o pérdida de peso). Esto implica que la Imagen Corporal está dotada de cierta estabilidad, de manera que los cambios recientes en el tamaño corporal no se incorporan de una manera inmediata, persistiendo durante cierto tiempo la representación mental anterior.

Esto sería parcialmente congruente con los hallazgos de Shontz (Fisher, 1986), quien concluyó, a partir de una serie de experimentos con estudiantes, que la percepción de objetos neutros, está poco influenciada por la información sensorial.

Una explicación alternativa, bastante obvia, es la necesidad de cierta dosis de inputs sensoriales de los cambios operados, para la incorporación de éstos en la representación corporal. Durante este intervalo de resintetización de datos, prevalecería el esquema mnémico del tamaño corporal anterior.

En este contexto, la sobreestimación observada en anoréxicas se explicaría fácilmente: la pérdida de peso y el tamaño corporal disminuido, no se habrían integrado todavía en la imagen corporal, persistiendo la representación de las dimensiones corporales previas a la pérdida de peso.

Slade (Thompson, 1990) intentó probar esta hipótesis en mujeres embarazadas, evaluando la estimación del tamaño corporal a los 4 y a los 8 meses de embarazo. Si la hipótesis es correcta, las mujeres embarazadas deberían emitir estimaciones similares a las que harían antes de estar embarazadas. Se obtuvo que eran más precisas a los 8 meses que a los 4, lo cual es congruente con la hipótesis. Al no disponer de medias previas de precisión



perceptual, los resultados podrían atribuirse a que las mujeres eran ya imprecisas antes del embarazo. No obstante, la mejora operada en el curso del tiempo, da pistas en la dirección predicha por la hipótesis.

Trabajos realizados con obesos que pierden peso, arrojan resultados mixtos: a veces indican verse gordos a pesar de la pérdida y otras veces no.

Gorham y Hunleby (1988), obtuvieron evidencia contraria a la hipótesis. Estos autores evaluaron la percepción del tamaño corporal en mujeres universitarias que perdieron peso utilizando varios índices de pérdida de peso y varios parámetros de estimación del tamaño. No hallaron correlación entre los índices de precisión perceptual y los índices de pérdida de peso. Las mujeres que perdieron más peso no fueron necesariamente más imprecisas como es presumible a partir de la hipótesis. Al no disponer de medidas intrasujeto, las diferencias individuales pueden explicar este resultado.

Parece necesario, por lo tanto, la realización de más estudios que controlen el nivel de precisión perceptual previo a la pérdida de peso o al embarazo para verificar esta hipótesis.

#### Hipótesis de la sensibilización Anormal

Como alternativa a la hipótesis anterior, Slade (Fisher, 1986), planteó que la sobrestimación en las anoréxicas, de las dimensiones horizontales del cuerpo (ya no sobreestimaron la altura), podría reflejar su intenso miedo a engordar. En otras palabras, la sobrestimación sería una proyección a nivel perceptual, de las preocupaciones por el tamaño y el peso. Intentó probar esta hipótesis comparando mujeres anoréxicas, embarazadas y controles normales. Se obtuvo que las anoréxicas sobreestimaron más que las embarazadas y estas más que los controles. Interpretó este resultado a favor de esta hipótesis y en contra de la hipótesis del desajuste adaptativo, según la cual, era predecible un resultado de subestimación, tanto en embarazadas como en anoréxicas.

La principal dificultad de esta hipótesis estriba en la falta de explicitación del mecanismo por el cual las variables cognitivo-afectivas interactúan con los procesos sensoriales para dar lugar a un juicio de sobrestimación del tamaño.

Es evidente que las motivaciones afectivas en anoréxicas y en embarazadas son muy diferentes, posiblemente las embarazadas han elegido tener un hijo y las anoréxicas en ningún momento han elegido trastornarse, solo bajar su peso. En las embarazadas se da un aumento real del peso, y en trastornos de alimentación no tiene por qué ser real el aumento de peso, en ocasiones, la percepción de la tripa hinchada, de partes de su cuerpo que considerar "gordas" les lleva a creer en un aumento de peso que no existe.



### Hipótesis del artefacto perceptual

No es una teoría explicativa de las alteraciones de la imagen corporal, simplemente intenta demostrar que la sobreestimación obtenida en laboratorio por anoréxicas, se puede explicar por los aparatos o fórmulas matemáticas utilizadas para calcular la sobreestimación.

La fórmula empleada para calcular el grado de sobrestimación se obtiene dividiendo el tamaño corporal estimado por las medidas reales del sujeto.

Se ha comprobado que anoréxicas y sujetos de dimensiones corporales reducidas sin trastorno alimentario, sobrestiman más que controles de tamaño corporal normal. Parece que un tamaño corporal reducido, independientemente de la existencia o no de un trastorno alimentario, induce niveles de sobrestimación superiores a los observados en sujetos de tamaño corporal normal.

Penner, Thompsom, y Coovert (1990) obtuvieron este resultado construyendo grupos control igualados en dimensiones corporales, que fueron comparados con un grupo de anoréxicas a comparar con un grupo control normal. No hallaron diferencias significativas en sobrestimación entre anoréxicas y controles igualados en tamaño, pero ambos diferían significativamente del grupo control de tamaño corporal que sobrestimó menos.

Coovert, Thompsom y Kinder (1988), demostraron también relación entre niveles de sobrestimación elevados y tamaño corporal reducido.

Las razones por las que sucede esto se desconocen, pero se especula (Thompsom 1990) que existe un intervalo óptimo de tamaños, que se percibe con precisión, amplitudes corporales superiores o inferiores se perciben imprecisamente.

### Modelo de Williamson

Williamson (1990) elabora un modelo compuesto por tres variables principales, el cuál aunque ya ha sido expuesto en un apartado anterior, resulta interesante reexponer en este apartado:

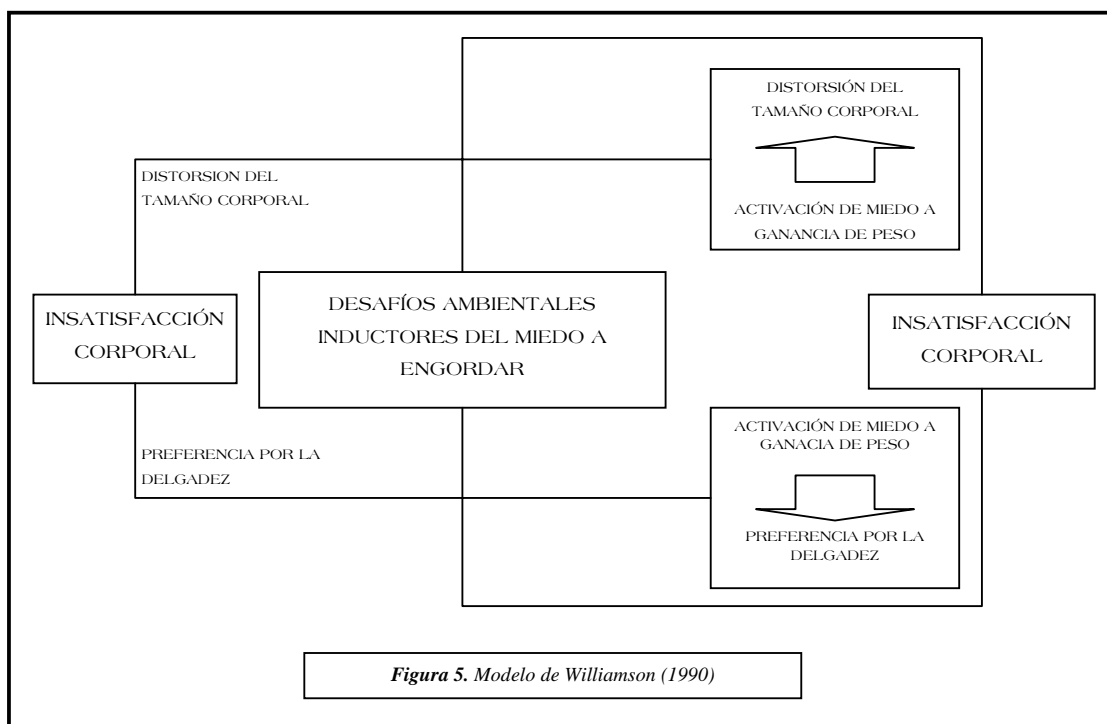
- Distorsión perceptual del tamaño: Este parámetro se obtiene al dividir la estimación que el sujeto hace de su tamaño corporal por el tamaño real.
- Preferencia por la delgadez: Puede conceptualizarse como el tamaño corporal ideal, utilizado como estándar para juzgar el propio cuerpo y el de los demás. De la misma manera que se le pide al sujeto que estime el tamaño corporal que cree tener, se le pide que haga una estimación del tamaño corporal que desearía.



- insatisfacción corporal: Se ha empleado como índice de insatisfacción corporal, la discrepancia entre el tamaño corporal estimado y el tamaño corporal ideal, una gran divergencia entre tamaño estimado e ideal es síntoma de gran insatisfacción.

El modelo propone que la Distorsión de la imagen corporal, la preferencia por la delgadez y la insatisfacción corporal, interactúan con el miedo a la ganancia de peso, para producir alteraciones estables y reactivas de la Imagen Corporal.

La insatisfacción corporal no es un fenómeno estático, sino que se nutre de estímulos ambientales que afectan a la distorsión del tamaño y a la preferencia por la delgadez, activando el miedo a la ganancia de peso. Ver figura 5.



La parte izquierda de la figura muestra un nivel basal de insatisfacción corporal visto en anoréxicas y bulímicas. El grado de Insatisfacción corporal depende de la Distorsión del Tamaño y del deseo de delgadez

La parte derecha muestra los efectos reactivos sobre las alteraciones de la Imagen Corporal de los eventos ambientales, tales como comer demasiado o pesarse, que activan el

miedo a la ganancia de peso, incrementando la Distorsión de la imagen corporal y/ o preferencia por la delgadez. El resultado es una mayor Insatisfacción corporal.

Las mujeres sin trastorno alimentario parten de menos distorsión de la imagen corporal y/ o preferencia por la delgadez, y menos miedo a la ganancia de peso. Como consecuencia muestran menos trastornos estables de la Imagen corporal y son menos vulnerables a los desafíos ambientales.

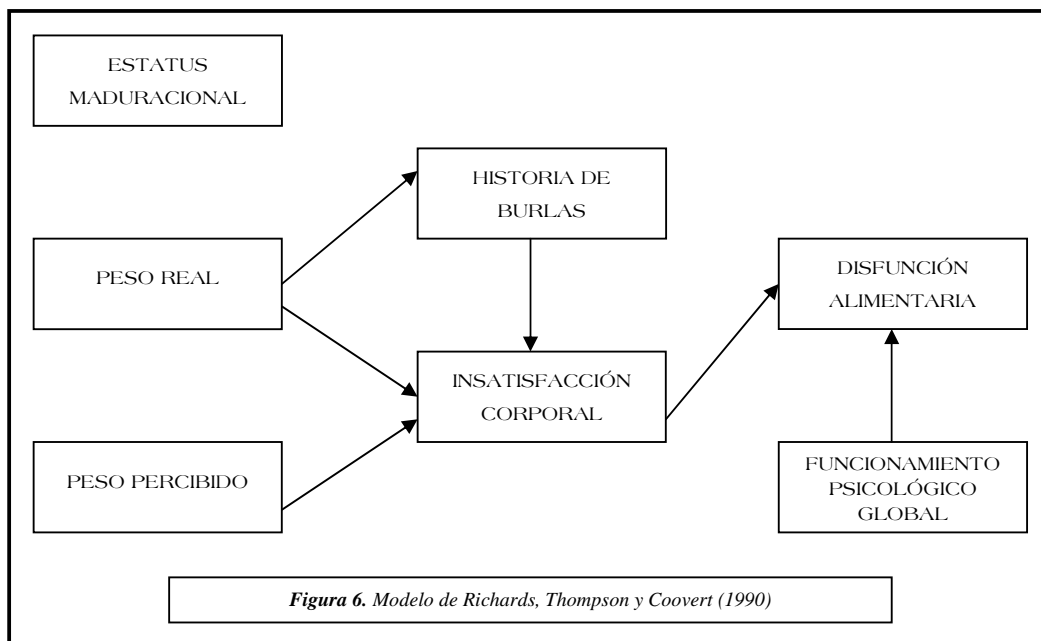
Este modelo pese a ser más integrativo que los anteriores, dado que incorpora, tanto alteraciones actitudinales, como perceptivas de la Imagen corporal, es vulnerable a varias críticas:

- Por un lado no clarifica qué produce la mayor Distorsión perceptiva del tamaño corporal y la mayor preferencia por la delgadez, que dan lugar a un sustrato previo de insatisfacción corporal, observado en Anoréxicas y Bulímica.
- No explica de que forma se relacionan la Distorsión perceptiva y la mayor preferencia por la delgadez para producir Insatisfacción Corporal.

#### Modelo de Richards, Thompson y Coovert (1990)

Richards, Thompson y Coovert (1990), utilizando un procedimiento de modelo causal, construyeron un modelo que incorpora variables hipotéticamente generadoras de una imagen corporal negativa y la conexión de éstas con disfunción alimentaria. En este modelo las variables que resultaron relevantes fueron: El peso objetivo en el momento actual, historia de burlas por la apariencia física, y peso percibido. Sin embargo, una variable que en literatura anterior mostró indicios de estar relacionada con una pobre imagen corporal, un estatus de maduración temprano (menarquia antes de los 11 años), no resultó ser relevante en la verificación posterior del modelo en una muestra de mujeres adolescentes de 10 a 15 años de edad.

El modelo predice que un sobrepeso provocaría un incremento de burlas emitidas por los pares derivando en una más pobre imagen corporal. Sin embargo, existiría un efecto directo del status de peso sobre una imagen corporal negativa, independientemente de haber recibido burlas o no de los pares. El peso percibido, al margen del peso real, tiene también una influencia causal sobre una imagen corporal negativa. En un estudio de Cash, Winstead y Janda (1986) se obtuvo que un 47 % de mujeres de peso normal se consideraron en sobrepeso. Esto muestra que no siempre existe correlación entre peso real y peso percibido y que este último puede conducir a una imagen corporal negativa sin que existan razones objetivas para ello. Ver figura 6.



Un resultado interesante es que una historia de burlas por la apariencia física tuvo una incidencia causal sobre una imagen corporal negativa y sobre una disfunción psicológica general (autoestima devaluada y depresión). Sin embargo una imagen corporal negativa no estuvo causalmente relacionada con disfunción psicológica general. McCarthy (1990) ha mostrado relación entre insatisfacción corporal y variables como depresión o autoestima.

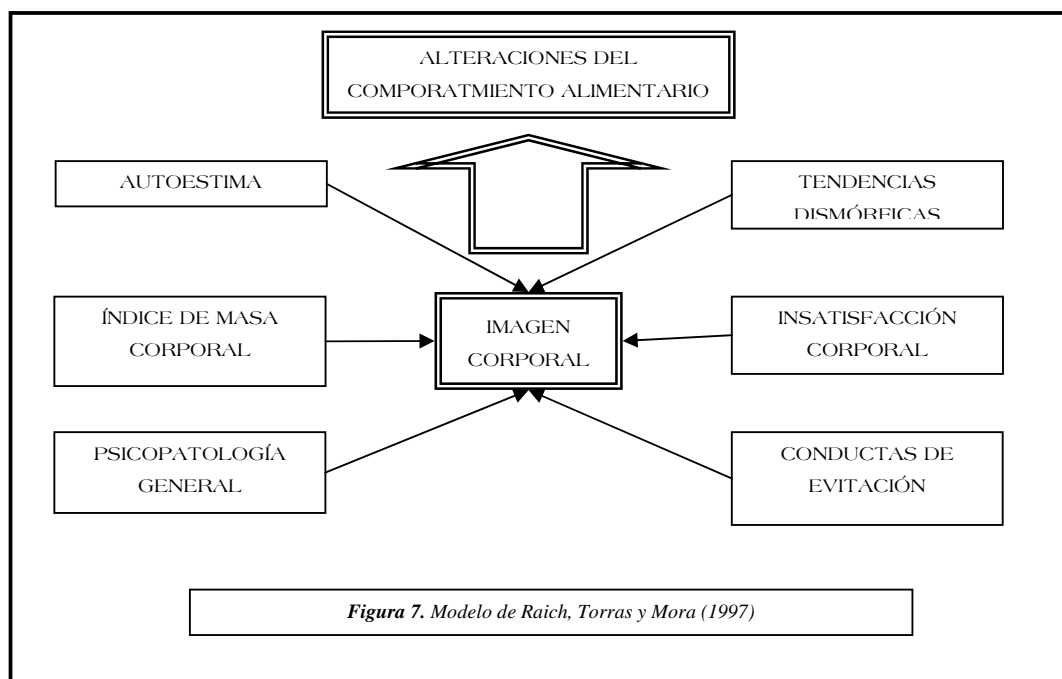
Este modelo se focaliza únicamente en las alteraciones actitudinales de la imagen corporal y su propósito principal no reside en dar una explicación exhaustiva de los factores causales de las alteraciones de la imagen corporal, sino de la conexión de éstas con los trastornos alimentarios.

Modelo de Raich, Torras y Mora (1997)

Raich, Torras y Mora (1997) estudiaron la relación de diferentes variables con la imagen corporal, así como la relación de la insatisfacción corporal con los trastornos alimentarios. En la Figura 7 se muestra cómo existe una relación directa entre la autoestima, el índice de masa corporal (IMC) y la psicopatología general con la insatisfacción corporal. Es decir, en la amplia muestra de estudiantes universitarias que se estudiaron, las más equilibradas y que tenían mejor autoestima, así como un índice de masa corporal menor, presentaban una buena imagen corporal y muy poco peligro de presentar trastornos alimentarios, mientras que a mayor psicopatología, más peso con relación a la altura (IMC) y

menor autoestima, correspondía una mayor insatisfacción corporal, tendencias dismórficas y conductas de evitación debidas a la imagen corporal. Asimismo, era mucho más frecuente que presentasen alteraciones del comportamiento alimentario.

De todas maneras este modelo está probado únicamente con análisis estadísticos y se hace necesario un estudio en laboratorios y estudios longitudinales para poder probar de manera mucho más precisa estos hallazgos (Raich, 2001, 2005).



### Otras Formulaciones

Algunos autores no han elaborado modelos formalizados sobre las alteraciones de la imagen corporal, pero han propuesto hipótesis o formulaciones.

Rosen (1997), revisa y discute varios de los factores invocados tradicionalmente como contribuyentes de las alteraciones de la imagen corporal. Discute sobre los siguientes tópicos:

- Influencias culturales
- Dificultades en el establecimiento de la identidad
- Sentimientos de ineffectividad
- Miedos sexuales



- Abuso sexual
- Identificación con el rol sexual
- Autoestima devaluada

Admite que las influencias culturales, en la medida que proporcionan un modelo ideal delgado como rasgo deseable, ejerce una influencia negativa sobre la imagen corporal. Esta influencia es más impactante en mujeres con sobrepeso, más proclives a recibir un feedback negativo por su desajuste respecto al ideal estético imperante. Sin embargo, los factores culturales no pueden explicar por sí mismos, las alteraciones de la imagen corporal, ni la presencia de trastornos alimentarios. La mayoría de las mujeres están expuestas a estas influencias pero sólo una minoría desarrolla trastorno alimentario. No obstante la influencia sociocultural provee un trasfondo para la gestación de estas alteraciones, siendo además necesaria la confluencia de otros factores.

Rosen (1997, 2006) discute el rol de las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineffectividad como fuentes de alteración de la imagen corporal.

Concepciones de tipo dinámico conciben el trastorno alimentario como un mecanismo de defensa contra la madurez y las responsabilidades que conlleva. Existe evidencia correlacional de la propuesta conexión entre sentimientos de ineffectividad e insatisfacción corporal, pero no entre ésta última variable y el miedo a la madurez. Además la correlación hallada entre insatisfacción corporal e ineffectividad no implica direccionalidad causal, ya que puede haber otra variable no identificada que pueda ser causa de estas dos (Ej. una baja autoestima).

VARIABLES COMO MIEDO A LA EMERGENCIA DE LA MADUREZ SEXUAL, CONFLICTOS SEXUALES, ABUSO SEXUAL, NEGACIÓN DEL ROL SEXUAL, POSTULADAS COMO PREDISPONENTES PARA UN TRASTORNO ALIMENTARIO Y ASOCIADAS POSIBLEMENTE A LAS PREOCUPACIONES IDIOSINCRÁSICAS DE ALGUNAS PARTES DEL CUERPO, TAMPOCO HAN SIDO PROBADAS SUFICIENTEMENTE.

Lo que parece cierto es que una sociedad que pone tanto énfasis en la apariencia física, hace que ésta pueda pasar a ser un atributo preponderante del autoconcepto y es posible que muchas mujeres se valoren exclusivamente en términos de su apariencia externa. También es posible que algunas mujeres intenten compensar déficits personales internos a través de una mejora en su apariencia externa. En este caso existiría un déficit de autoestima previo que intentaría paliarse a través de una mejora de la imagen física.

## 1.5. Instrumentos de evaluación de la imagen corporal

Como se ha apuntado ya en varias ocasiones, la imagen corporal tiene que ver con aspectos perceptivos, emocionales, cognitivos y comportamentales, y una buena evaluación de la imagen corporal, tiene que tener en cuenta todos estos factores.

Hasta el momento actual la mayoría de las medidas de evaluación de la imagen corporal tienen que ver con la estimación de dos de los factores anteriormente citados, el componente perceptivo y el subjetivo. Recientemente se han construido además instrumentos para evaluar los aspectos conductuales y emocionales.

El trastorno de la imagen corporal es una condición multidimensional que está asociada con un gran malestar subjetivo y puede ser perturbador para las relaciones sociales. Las personas que presentan este trastorno están en un rango clínico en cuanto a Psicopatología y diferentes medidas de autoestima.

La prevalencia de este trastorno se desconoce, pero según Rosen (1997), podrían incluirse en él a todas las personas con trastornos alimentarios, las mujeres que sin alcanzar los criterios diagnósticos de TCA tiene graves preocupaciones por su imagen. A esto habría que añadir sujetos con amputaciones, postmastectomía, quemados, lesiones de espina dorsal... que presentan trastorno de imagen corporal. Podría incluirse un pequeño porcentaje de sujetos con preocupaciones exageradas acerca de aspectos específicos de su propio cuerpo.

A continuación se presenta un pequeño recopilatorio de los instrumentos de evaluación de la imagen corporal, describiéndolos a través de los factores que analizan hasta formar seis grupos: Instrumentos de estimación perceptiva, de evaluación de las emociones ligadas a la imagen corporal, de evaluación de las cogniciones, de evaluación de las conductas, procedimientos de evaluación de la ansiedad asociada a la imagen corporal, y, por último, la autoobservación y autoregistro como método de evaluación.

### Estimación perceptiva

Son los más numerosos, pretenden captar la distorsión perceptiva a la hora de valorar el cuerpo. Se engloban en dos categorías:

1. Métodos de estimación de partes corporales: Métodos analógicos y el trazado de imagen.
2. Métodos de estimación corporal global: Métodos de distorsión de la imagen y siluetas.



Los Métodos para la estimación de las partes corporales requieren que las personas estimen la anchura o tamaño de una parte de su cuerpo entre dos puntos. La forma más sencilla es la de hacer la estimación y luego medir con un cordel o un metro. A mayor diferencia entre estimación y realidad mayor distorsión como es lógico.

Slade y Rusell (1973) construyeron la técnica del calibrador corporal móvil, que consiste en una barra horizontal con dos luces móviles. La persona evaluada debería ajustar la anchura de sus caderas, cintura, etc. En este espacio. Se compara la estimación realizada con la que se lleva a cabo sobre el propio sujeto con un calibrador corporal.

Askevold (1975) diseñó el procedimiento de marcado de imagen, requiere que el sujeto marque la anchura de las partes de su cuerpo en un papel colgado en la pared. Este procedimiento tiene la ventaja de que la comparación puede hacerse con la misma persona, ya que se le sitúa enfrente a la silueta que hemos dibujado a partir de las estimaciones. Se ve de una manera gráfica la comparación entre realidad y estimación. En multitud de ocasiones puede haber una diferencia de más de 20 cm.

Ruff y Barrios (1986) diseñaron el Body Image Detection Device (BIDD) que proyecta un haz de luz sobre la pared donde el sujeto sitúa su estimación. Thompson (1986), lo modificó presentando a la vez cuatro haces de luz que deberían representar la anchura de las mejillas, cintura, caderas y muslos, y lo llamó Light Beam Apparatus (ALBA).

Entre los métodos de estimación corporal global destacan los métodos de distorsión de la imagen, en los que el sujeto se ve confrontado a una foto real de su cuerpo y es posible manipularla y seleccionar la figura que más se adapta a la suya, como en el espejo distorsionador o la técnica de la distorsión fotográfica, y también destacan los métodos basados en siluetas como el de Bell, Kirkpatrick, y Rin, (1986), adaptada por Maganto et. al. a la versión española (2002, 2008).

La conclusión más generalizada a estos métodos de estimación corporal es que no existe actualmente un método óptimo de evaluación de la precisión perceptual, aunque los métodos de estimación global presentan mayor fiabilidad.

#### Procedimientos de evaluación de las emociones ligadas a la imagen corporal

Los procedimientos de evaluación de las alteraciones de la emoción ligadas a la imagen corporal evalúan básicamente satisfacción o insatisfacción corporal. Existen dos categorías básicas, los Autoinformes y medidas de discrepancia real e ideal.



Los Autoinformes miden el grado de malestar o ansiedad que causan diferentes partes del cuerpo o el encontrarse en diferentes situaciones sociales. Los más importantes y actuales son:

- Escala de satisfacción de áreas corporales de Cash (1990).
- Distressing Situations Test (DST, Cash, 1990), Inventario situacional de ansiedad ante la imagen corporal.
- Multidimensional Body Self-Relation Questionnaire (MBSRQ, Cash, 1994) o el Cuestionario Multidimensional de relación con el propio cuerpo, adaptado al español por Raich et. al. (1996).
- Subescala de insatisfacción corporal del Eating Disorder Inventory (EDI) de Garner, Olmstead y Polivy, 1983.
- El autoinforme BSQ (Body Shape Questionnaire) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Este cuestionario mide insatisfacción corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y deseo de perder peso. Se refiere únicamente a población femenina, aunque se ha aplicado también a muestras de hombres y ha sido adaptado por Raich y colaboradores (1996).
- Ben-Tovim Walter Attitudes Questionnaire (BAQ) de Ben-Tovim et. al., (1988).
- El autoinforme RSS (Rosenberg, Self-Esteem Scale) de Rosenberg (1979), Demo (1985). Es una escala de medida de la autoestima.
- Body Image Scale (Sands, et. al., 1997).
- Body Satisfaction Scale (Siegel, Yancey, Aneshensel y Schuler, 1999).
- Escala de Satisfacción Corporal (Maganto et. al., 2002).

Por lo que respecta a los autoinformes: entrevistas, se debe decir que es a través de entrevistas semiestructuradas cómo podemos hacer una evaluación más potente y se podría establecer un diagnóstico. Para la medición de los aspectos emotivos y actitudinales el único instrumento que está validado, que presenta estudios psicométricos controlados y permite diagnosticar el trastorno dismórfico es el propuesto por Rosen: BDDE. La entrevista estructurada BDDE, Body Dysmorphic Disorder Examination (Examen del Trastorno Dismórfico) de Rosen (Rosen y Reiter, 1995) ha sido realizada especialmente para evaluar la imagen corporal y los síntomas del trastorno dismórfico. Es adecuada tanto para hombres como para mujeres, evalúa, tanto aspectos cognitivos como conductuales y no valora solamente la insatisfacción corporal, sino que discrimina sobre las ideas sobrevaloradas acerca de la apariencia (Raich, 2001).



Otro modelo de entrevista es la realizada por Phillips (1996), creada a partir de la Escala Yale-Brown para evaluar el trastorno obsesivo compulsivo, denominada Escala Yale-Brown Modificada para el diagnóstico del Trastorno Dismórfico.

#### Evaluación de las cogniciones

Cash y Deagle (1997), en un metaanálisis realizado sobre más de 60 investigaciones sobre métodos de evaluación del trastorno dismórfico concluyeron que los procedimientos más eficaces son los que valoran la insatisfacción corporal a través de los métodos cognitivo evaluativos o de alteraciones actitudinales. Es decir, son los que mejor discriminan entre grupos de control y muestras patológicas.

El mejor instrumento de evaluación del aspecto cognitivo del trastorno de imagen corporal es el desarrollado por Cash en 1990, que propone una manera didáctica de valorar las distorsiones cognitivas a causa del aspecto físico a través del Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ).

Otro instrumento de interés científico es el PSDQ (Physical self-description questionnaire). Es un instrumento multidimensional de evaluación del autoconcepto físico basado en el modelo jerárquico del autoconcepto propuesto por la teoría de Shavelson (1992)

#### Evaluación de las conductas

Algunos aspectos conductuales relacionados con la imagen corporal se evalúan en algunos ítems del BSQ y del MBSRQ. También se miden con amplitud en el BDDE y en el apartado de conductas de la Escala Yale-Brown modificada para el trastorno dismórfico, pero el mejor instrumento creado para tal efecto es el autoinforme BIAQ (Body Image Avoidance Questionnaire) de Rosen, Sreibrik, Salberg y Went (1990). Es una medida de las conductas de evitación activa y pasiva de situaciones relacionadas con la imagen corporal. Consta de cuatro subescalas: Vestimenta, actividades sociales, restricción alimentaria y pesarse y acicalarse. Por desgracia actualmente no existen otras escalas del aspecto conductual de la imagen corporal con la suficiente consideración científica.

#### Procedimientos de evaluación de la ansiedad asociada a la imagen corporal

En otros instrumentos de medida de la imagen corporal se suelen encontrar ítems que hacen referencia a la ansiedad asociada a ella, pero el instrumento creado para tal efecto es el Body Image Anxiety Scale (BIAS) de Reed, Thompson y Brannick, 1990. Evalúa ansiedad rasgo y ansiedad estado relacionada con el peso y con zonas corporales no relacionadas con el peso. Este instrumento tiene buena consistencia interna y buena estabilidad temporal y validez.

### La auto-observación y el autoregistro como método de evaluación

Es muy importante la obtención de una información diaria real a través de la autoobservación y el autorregistro aparte de la obtenida con entrevistas y cuestionarios ya que el propio registro de la conducta ayuda al control de la misma. Este tipo de obtención de información será muy útil a la hora del tratamiento de un trastorno de imagen corporal, como se verá en el siguiente apartado, ya que sirve para localizar aquellas circunstancias que generan malestar con el cuerpo y la forma e intensidad como la que ésta se da en la persona.

Para terminar con los métodos de evaluación de la imagen corporal se presenta una tabla de clasificación de instrumentos actuales. Véase Cuadro 2.



**Cuadro 2. Instrumentos de evaluación de la imagen corporal**

| ÁREA A EVALUAR | MÉTODO DE EVALUACIÓN  |
|----------------|---|
| Percepción     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Métodos de estimación corporal global                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espejo Distorsionador, Técnica de distorsión fotográfica</li> <li>- Test de Siluetas para adolescentes TS-A. (Maganto y Cruz 2008)</li> </ul> </li> <li>- Métodos de estimación de partes corporales                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica del calibrador corporal móvil de Slade y Rusell (1973)</li> <li>- Procedimiento de marcado de imagen de Askevold (1975)</li> </ul> </li> <li>- Body Image Detection Device (BIDD) de Ruff y Barrios (1986)</li> <li>- Light Beam Apparatus (ALBA) de Thompson (1986)</li> </ul>   |
| Emoción        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BPSS-Body Parts Satisfaction Scale (Cash, 1990)</li> <li>- DST-Distressing Situations Test (Cash, 1990)</li> <li>- Subescala del EDI de Insatisfacción Corporal (Eating Disorders Inventory, Garner, Olmstead y Polivy 1983)</li> <li>- Entrevista BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination) de Rosen, Reiter y Ortosan, 1995)</li> <li>- Escala Yale-Brown modificada para el trastorno dismórfico (Phillips, 1996)</li> <li>- BSQ-Body Shape Questionnaire (Cooper, Fairburn, Cooper y Taylor, 1987)</li> <li>- CIMEC-Cuestionario de influencia del Modelo Estético corporal de Toro (Salamero y Martínez, 1994)</li> <li>- MBSRQ-Multidimensional Body Shape Relation Questionnaire (Cash, 1990)</li> <li>- BCS-Body Cathexis Scale (Secord y Jourard, 1953)</li> <li>- BAQ-Ben-Tovim Walker Attitudes Questionnaire</li> <li>- OSIQ-Offer Self Image Questionnaire (Offer, Ostrov y Howard, 1982)</li> <li>- Body Steem Scale (Mendelson y White, 1982)</li> <li>- SCWT The Stroop Colour-Wrd Test (Ben-Tovim et. al. 1988)</li> <li>- Body Image Scale (Sands et. al. 1997)</li> <li>- Body Satisfaction Scale (Siegel, Yancey, Aneshensel y Schuler, 1999)</li> <li>- Escala de Satisfacción Corporal (Maganto, Cruz, del Río, y Roiz, 2000)</li> </ul> |
| Cognición      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario de pensamientos relacionados con el cuerpo (Cash, 1990)</li> <li>- Entrevista BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination) de Rosen, Reiter y Ortosan, 1995)</li> <li>- Escala Yale-Brown modificada para el trastorno dismórfico (Phillips, 1996)</li> <li>- Autoobservación y autorregistro</li> </ul>   |
| Conducta       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario BIAQ-Body Image Avoidance Questionnaire (Rosen, Salzberg, Srebnik y Went, 1990)</li> <li>- Entrevista BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination) de Rosen, Reiter y Ortosan, 1995)</li> <li>- Escala Yale-Brown modificada para el trastorno dismórfico (Phillips, 1996)</li> <li>- Autoobservación y autorregistro</li> </ul>   |





## 1.6. Tratamiento de los trastornos de imagen corporal

Según los estudios y autores de referencia en el campo (Fingeret y Gleaves, 2004; Raich, 2003; Rosen, 2006) la diferencia entre las personas con una imagen corporal muy negativa o positiva no estriba en aspectos cualitativos de la vivencia de su apariencia física, sino más bien en aspectos cuantitativos, en el sentido de mayor grado de insatisfacción corporal y mayor intensidad de las emociones negativas que despierta el aspecto propio. Por ello, una parte importante de los tratamientos eficaces para mejorar imagen corporal es el desarrollo de programas preventivos que tengan como objetivo el colectivo de personas de riesgo, como el que se desarrolla a lo largo de esta investigación. Evidentemente, al reducir el grado de severidad de los síntomas de las personas que reciben tratamiento sobre la imagen corporal se debe reducir también la intensidad de algunas intervenciones del tratamiento en algunos casos, o variar sustancialmente las intervenciones en otros, para que parte del contenido del tratamiento sobre imagen corporal pueda ser reutilizado como parte de un programa preventivo sobre la imagen corporal.

En este apartado, se profundiza, por una parte, en los aspectos generales de los tratamientos sobre imagen corporal, y por otra, se revisa en profundidad aquellos tratamientos específicos que resultan ineficaces para mejorar la imagen corporal de personas con patología asociada, con el fin de no repetir errores de planteamientos anteriores.

Se desarrolla esta exposición en tres subapartados, el primero dedicado a la prevención, el segundo dedicado a los tratamientos ineficaces y el último dedicado al tratamiento eficaz actual que se aplica en España.

### 1.6.1. La prevención de problemas de imagen corporal

El tratamiento de los problemas relacionados con una imagen corporal negativa conlleva intervenciones complejas y costosas, que se pueden alargar varios años o incluso cronificarse, originando secuelas para el resto de la vida de una persona, como se suelen dar numerosos casos de sujetos con trastornos de la alimentación (Maganto y Cruz, 2008). Es fácil suponer, por lo tanto, que la prevención de estos problemas puede resultar muy útil e incluso necesaria para poblaciones de riesgo.

Un buen programa preventivo, bien sea social, educativo o clínico, que pretenda mejorar la imagen corporal de una persona considerada con alto riesgo en problemas debe incidir en aquellos factores relacionados más directamente con el desarrollo de una imagen corporal negativa. Se pueden considerar como aspectos imprescindibles para intervenir: la interiorización de los ideales de belleza de la sociedad, la autoestima, la percepción del propio

cuerpo, las emociones y los pensamientos relacionados con el propio cuerpo, las habilidades para el afrontamiento de problemas, temores o dificultades, los hábitos de alimentación, la interiorización de prejuicios sociales, la historia vital personal en relación a la imagen corporal, entre otros.

El ser la imagen corporal un concepto con mucho significado social resulta muy útil el trabajo en grupo en los programas preventivos, ya que las muestras de afecto, el intercambio de opiniones positivas o la apertura emocional, contribuyen de forma decisiva para el abandono de ideales estéticos rígidos y actitudes negativas hacia la propia apariencia, en mayor medida que la propia reflexión personal guiada por un especialista. En los programas preventivos con niños, adolescentes y jóvenes, estas condiciones hacen particularmente interesante el entorno escolar para la aplicación de los programas preventivos de aplicación colectiva sobre la imagen corporal. Por lo que respecta a los adultos y mayores, un entorno que promueva la dinámica relacional social también podría resultar de gran utilidad terapéutica.

Existen numerosos programas de sensibilización y prevención respecto a la imagen corporal (Maganto et. al , 2008; O'Brien y Lebow, 2007; Smith, 2006; Zabinski, 2003), aunque la inmensa mayoría de estos programas se centran en un sector de la población solamente, los adolescentes y jóvenes, y en un tipo de problemas, los trastornos de la alimentación, que aunque son los trastornos más severos y extendidos relacionados con la imagen corporal, no son los únicos. Otros problemas, como el trastorno dismórfico, y otros sectores de riesgo, como el sector de la madurez y la vejez, apenas reciben programas y campañas de prevención, cuestión que seguramente se solucionará en el futuro debido a la progresión del estudio de las cuestiones sociales de los mayores fruto de la tendencia al envejecimiento de la población en España y la mayoría de los países industrializados.

Por lo que respecta a la población mayor, actualmente no existe ningún programa preventivo específico para este sector de población en las bases de datos informatizadas de psicología (PsycInfo, sociological abstract), lo que apoya la hipótesis de que el desarrollo de programas de este tipo se encuentra a día de hoy en las fases iniciales del desarrollo científico. Lo más cercano que se puede adaptar a la población mayor son programas preventivos más generales como el desarrollado por Cash (1997), o relacionados con aspectos más concretos de la imagen corporal como el desarrollado por O'Brien y Lebow (2007) para reducir las conductas desadaptativas en relación con el mantenimiento del peso corporal. Sin embargo, la población mayor posee unas características diferenciales propias muy importantes respecto a la población general, como pueden ser características de generación, de cohorte, habilidades psicológicas reducidas, problemas de discriminación social, cercanía de la muerte, etc. que obligan a una transformación de tal magnitud de estos programas que impiden considerarlos equivalentes a los originales.



El objetivo último de la investigación de esta Tesis Doctoral es el diseño y evaluación de un programa de prevención y de mejora en imagen corporal para personas en periodo de madurez y mayores como población. Al no existir referencias claras de programas de este tipo es de sumo interés la revisión a partir del desarrollo de los programas existentes para jóvenes y adolescentes, especialmente los desarrollados para muestras españolas.

El mejor programa preventivo desarrollado para muestras españolas es el diseñado por Maganto et al. (2002) llamado PICTA (Programa Preventivo de Imagen Corporal y Trastornos de la Alimentación). Consta de ocho sesiones de aproximadamente dos horas de duración con aplicación grupal. Este programa es la más clara referencia e inspiración para el diseño del programa objeto de este estudio. PICTA se trata de un programa que trata la imagen corporal desde un punto de vista muy emocional y cognitivo, con cuestiones muy generalizables a otros tipos de población, tanto es así que algunas de las actividades que se han diseñado para esta investigación son adaptaciones de actividades del programa PICTA de Maganto et. al. (2002) para muestras de personas mayores, como por ejemplo, la Escala de Satisfacción de Partes Corporales y el Test de siluetas para adolescentes (Maganto y Cruz, 2008).

Desde el programa se pretende trabajar la imagen corporal con grupos de adolescentes o jóvenes, haciendo especial énfasis en los trastornos de la alimentación. Una cualidad muy positiva en este programa es que diluye el carácter “moralizante” que suelen presentar los programas preventivos de los trastornos de la alimentación planteando actividades que buscan la reflexión de los jóvenes sobre temas de actualidad, prejuicios y valoración de ideales estéticos utópicos. Gracias a este enfoque se reduce en gran medida la reactancia de los jóvenes a actividades que los adolescentes y jóvenes consideran como “moralizantes”, que supone el gran hándicap de la mayoría de los programas de este tipo, además de lograr motivar con los temas que se plantean a los jóvenes y adolescentes que presentan un bajo interés y motivación por la imagen corporal, los cuales suelen ser en su mayoría chicos.

El programa consta de actividades individuales, actividades grupales y exposiciones teóricas del monitor. Al final de cada sesión se pasan cuestionarios de valoración de las actividades que faciliten un control sobre el proceso de aplicación del programa. En el siguiente cuadro (Cuadro 3) se presentan las ocho sesiones del programa PICTA y sus objetivos de sesión.



Cuadro 3. Sesiones y objetivos PICTA

| SESIÓN  | OBJETIVOS  |
|---|--|
| SESIÓN 1. Presentación. Cohesión grupal             | Presentación del taller. Conocer a los participantes y lograr cohesión grupal. Trabajar la percepción de la imagen corporal real e ideal                     |
| SESIÓN 2. Salud, alimentación y nutrición           | Conocer el patrón alimenticio personal, sus preferencias alimenticias y el patrón más saludable. Compararlos y sacar conclusiones                            |
| SESIÓN 3. Imagen Corporal I. Modelos sociales       | Analizar la influencia que los medios sociales y de comunicación ejercen en nuestra forma de vida y en nuestra (in)satisfacción corporal                     |
| SESIÓN 4. Imagen Corporal II. Satisfacción corporal | Análisis e incremento de la satisfacción corporal y personal. Aceptar y querer nuestro cuerpo  |
| SESIÓN 5. Expresión de emociones                    | Expresar y analizar las emociones referidas hacia su imagen corporal. Conocer, aceptar y posibilitar un cambio de las más negativas                          |
| SESIÓN 6. Anorexia                                  | Explicar los principales síntomas y consecuencias de personas bulímicas  |
| SESIÓN 7. Bulimia                                   | Explicar los principales síntomas y consecuencias de personas bulímicas<br>Vivenciar y comprender esta problemática  |
| SESIÓN 8. Stop, ¿Qué hacer?                         | Orientar sobre cómo actuar y a quién acudir ante estos trastornos alimenticios<br>Recopilar las principales conclusiones del taller<br>Evaluación del taller |

La primera sesión del programa PICTA está centrada en fomentar un buen ambiente de grupo que facilite el intercambio emocional positivo entre iguales e introducir al grupo en la temática del programa iniciando las actividades sobre la imagen corporal.

En la segunda sesión se pretende ofrecer información real sobre la nutrición que ayude a desechar mitos negativos comúnmente aceptados entre los jóvenes y fomentar hábitos de alimentación saludables.

En la tercera sesión se abordan los modelos sociales que forman los ideales estéticos dominantes, facilitando la reflexión sobre la arbitrariedad e injusticia de esta presión social hacia la belleza y provocando el abandono de prejuicios negativos relacionados.

La cuarta sesión se dedica a mejorar la satisfacción corporal de los participantes al programa, ya que la insatisfacción corporal es el factor más asociado con la aparición de los trastornos de la alimentación en jóvenes y adolescentes. Se fomenta una percepción real del propio cuerpo y se favorece el descubrimiento y abandono de las emociones negativas asociadas a la percepción de la apariencia física.



La quinta sesión tiene como eje central la expresión de emociones, ya que el desarrollo de esta habilidad conlleva la interacción positiva entre iguales y mejora la autoeficacia y la autoestima de la persona, factores muy relacionados con una imagen corporal positiva.

La sexta y séptima sesión se dedica a exponer la enfermedad de la anorexia y bulimia nerviosa explicando toda la información útil para prevenirla en los participantes y para convertir a los participantes en agentes positivos a la hora de combatir la enfermedad en su entorno cercano.

Finalmente, la última sesión sirve para elaborar las conclusiones y evaluar el programa. Se termina repasando todos los contenidos y clarificando las actitudes y forma de actuar que los participantes han adoptado a partir de su participación en el programa.

A través del análisis de las sesiones se aprecia cómo la alimentación y sus trastornos son los objetivos de base de la mayoría de las sesiones, aunque se abordan de forma indirecta para reducir el rechazo de los jóvenes, todo un acierto y un ejemplo a seguir por los programas preventivos actuales.

### **1.6.2. Tratamientos ineficaces**

Para ejercer un cambio sustancial sobre la imagen corporal de una persona, ya sea patológica o ligeramente negativa, es necesario un programa previamente planificado, ya que, como se ha visto en esta Tesis Doctoral, se puede considerar a la imagen corporal como un constructo complejo fuertemente arraigado en multitud de aspectos psicológicos y sociales de la vida de una persona. Es decir, haciendo una analogía científica, para tener garantías de éxito se necesita ejercer algún tipo de control e influencia sobre multitud de variables implicadas en el constructo de imagen corporal. Si no es así, la intervención corre amplio riesgo de no obtener los resultados esperados. Según Phillips (1996), seis son los tratamientos ineficaces más extendidos para cambiar la imagen corporal patológica en una persona. Se trata de los siguientes:

- Dietas
- Remedios naturales
- Descubrimiento y superación de un posible trauma
- Recibir comentarios de que uno /a no es feo /a o de que no se tiene ese defecto
- Hipnosis
- “Esforzarse mucho” en superar el problema sin buscar ningún tipo de ayuda

El uso de dietas de adelgazamiento provoca un gran sufrimiento a la persona y una gran insatisfacción con los resultados obtenidos en la mayoría de ocasiones. Por otra parte debido al punto de peso óptimo de la persona, es fácil que cuando se abandona el régimen gane esos kilos perdidos y empeore la situación emocional inicial con sentimientos de poca autoeficacia y fuerza de voluntad. Este tipo de intervención que pretende mejorar el objeto de insatisfacción (el propio cuerpo), al igual que otras intervenciones con el mismo objetivo (cirugía estética, uso de productos de estética, cambio de vestuario, etc.) suelen fallar al no tener en cuenta todo el proceso circular sistémico por el cual una persona llega a sentirse insatisfecha con su cuerpo. Además como suele haber idealización de los resultados esperados la persona puede terminar más insatisfecha con su cuerpo que al inicio de la dieta de adelgazamiento.

Los remedios naturales como algunos tratamientos homeopáticos no han dado resultado eficaces más que como efecto placebo en infinidad de estudios.

El descubrimiento de un presunto trauma que hubiera sido el causante inicial del trastorno dismórfico no es eficaz, como tampoco lo es su superación. No todas las personas que tienen trastorno dismórfico o trastorno de la imagen corporal presentan traumas que hayan influido en la aparición del trastorno y tampoco su descubrimiento facilita su superación. En el caso de que éste existiera, no sería suficiente conocerlo y controlarlo, sería necesario modificar las conductas, pensamientos y emociones que la persona ha asociado a lo largo de su vida a ese trauma.

Recibir comentarios positivos en contra del defecto físico percibido no suele ayudar a resolver el problema ya que la persona es consciente del objetivo de esos comentarios. Para conseguir un posible efecto positivo de tales comentarios la persona debe apreciar la sinceridad y objetividad de la persona y éste tratamiento debería formar parte de un programa más amplio, con otras medidas que reforzaran los logros obtenidos. No obstante, para personas con trastorno dismórfico esta medida aislada podría provocar el efecto contrario al pretendido si perciben un pretendido engaño hacia ellas por parte de esas personas.

Los pacientes de trastornos dismórficos se suelen sentir demasiado tensos y ansiosos para que la hipnosis funcione, una dificultad añadida al controvertido método de intervención psicológica.

Los estudios científicos demuestran que las personas que padecen un trastorno de la imagen corporal necesitan de la ayuda profesional y un plan estructurado previamente planificado a sus características para superar su problema, no basta con la intención y el esfuerzo en superar sus problemas. No obstante, sin esfuerzo personal también será muy difícil salir del problema, incluso con ayuda profesional y un programa estructurado.



### **1.6.3. El tratamiento estandarizado de imagen corporal**

Hasta el día de hoy son pocos los estudios científicos realizados para validar tratamientos efectivos sobre la imagen corporal. Los dos autores más representativos en este aspecto son, sin duda alguna, Rosen (2006), y, en nuestro país, Raich (2001, 2006). El siguiente cuadro (Cuadro 4) muestra una recopilación de los principales estudios realizados sobre los tratamientos de imagen corporal realizada por Raich (2001).

**Cuadro 4. Principales tratamientos de imagen corporal (Raich, 2001)**

| AUTOR / AÑO                           | POBLACIÓN  | EVALUACIÓN   | TÉCNICAS   | RESULTADO   | GRUPO CONTROL | SEGUIMIENTO            |
|---------------------------------------|--|--|--|---|---------------|------------------------|
| Hutchingson (1982)                    | Mujeres de 20-40 años peso normal                        | Body Cathexis Scale<br>Self Cathexis Scale   | Visualización e imaginación guiada<br>Desensibilización sistemática  | Mejora de la autoestima y de la autoimagen  |               |                        |
| Wooley, Kearney y Cooke (1986)        | Mujeres bulímicas (con una larga historia de bulimia)    | Body Cathexis Scale<br>Self Cathexis Scale<br>Color Person Test <sup>o</sup>           | Terapia Cognitivo Conductual<br>Terapia Individual y grupal (6 a 8 horas diarias durante un mes)   | Mejora de la autoestima<br>Disminución de preocupación por la apariencia  |               | 1 año                  |
| Butters y Cash (1987)                 | Estudiantes Universitarias de peso normal                | Body Shape Relation Questionnaire (Cash 1986)  | 6 sesiones individuales de 1 hora con reestructuración cognitiva, relajación DS, inoculación del estrés  | Dism. Preocupación<br>Aum. Satisfacción<br>Aum. Autoestima<br>Aum. Interés sexual<br>Mejor evaluación física. Más precisión en la evaluación                | Sí            |                        |
| Dworlin y Kerr (1987)                 | Estudiantes universitarios de peso normal                | Body Cathexis Scale<br>Self Cathexis Scale   | 3 grupos<br>Terapia cognitiva<br>Terapia cognitivo conductual<br>Terapia "refleja"   | Aum. Autoconciencia<br>La más eficaz<br>Aum. Autoconcepto   |               |                        |
| Rosen, Sazberg y Srebnik (1989)       | Estudiantes universitarias de peso normal                | Aspectos perceptivos, cognitivos y conductuales  | 6 sesiones de grupo de 2 horas<br>Entrenamiento en percepción de talla y peso<br>Modificación de pensamientos negativos, autoafirmaciones positivas<br>Exposición          | Aum. Perceptual<br>Aum. Cognitivo<br>Aum. conductual  | Sí            | Sí, al cabo de 2 meses |
| Rosen, Cado, Silberg y srebnik (1990) | Estudiantes universitarias de peso normal                | Evaluación de la percepción, cognición y conductas relacionadas con la imagen corporal | 6 sesiones de 2 horas<br>2 grupos<br>Ambos terapia cognitivo conductual y uno de ellos entrenamiento en estimación de talla y peso   | No hubieron diferencias entre los dos grupos en sobreestimación, insatisfacción y evitación conductual<br>Aum. Autoestima<br>Aum. Síntomas psicopatológicos |               |                        |
| Orosan, Rosen y Reiter (1992)         | Obesas   | BDDE, BSQ, BIAQ<br>Estimación de partes del cuerpo<br>RSS, BSI                         | 8 sesiones de 2h<br>2 grupos, Información educacional, Entrenamiento en percepción correcta, Desensibilización sistemática, Reestructuración del pensamiento<br>Exposición | Aum. De satisfacción corporal<br>Aum. autoestima<br>Dism. Psicopatología<br>Diferencias significativas en todas las medidas                                 |               | Sí, en tres meses      |
| Orosan, Rosen y Reiter (1993)         | 54 mujeres de población general con trastorno dismórfico | BDDE, BSQ, BIAQ<br>Estimación de partes del cuerpo<br>RSS, BSI                         | 8 sesiones de 2h<br>2 grupos, Información educacional, Entrenamiento en percepción correcta, Desensibilización sistemática, Reestructuración del pensamiento<br>Exposición | Diferencias significativas en todas las medidas   | Sí            | Sí, en 3 meses         |



El primer estudio científico sobre los tratamientos de imagen corporal data de principios de los 80 y es el realizado por Huchtington (1982). Presenta buenos resultados globales aunque su eficacia no se compara con grupos de control. A partir de entonces los estudios científicos mejoran considerablemente, como se aprecia en la cuadro 3.

Grant y Cash (1995, 2004) analizan dos formas de impartir la terapia cognitivo conductual para la imagen corporal. La primera de ellas consiste en la aplicación en grupo de la terapia establecida por Cash (1991) y la otra forma se trata de utilizarla en un formato de autoayuda. Los resultados indican que ambas formas de aplicación pueden ser útiles.

Rosen, Reiter y Orosan (1995) analizan los resultados obtenidos con su tratamiento cognitivo conductual en 22 mujeres con un sobre peso superior a un índice de masa corporal de 27,3. Las diferencias entre pre y post test son significativas mejorando la autoimagen desde un rango patológico al normal.

Actualmente, el tratamiento más extendido y aceptado para estos trastornos es la intervención cognitivo-conductual que incide en los tres componentes de la imagen corporal: perceptivo, cognitivo-afectivo y conductual desarrollada por Rosen (1989, 1990, 1997, 2006) y Cash (1990, 1997, 2004). La adaptación a la cultura española es la desarrollada por Raich (2001, 2006). A continuación se analiza en profundidad el modelo de Raich (2001, 2006).

### **1.6.3.1. El modelo de tratamiento de problemas relacionados con la imagen corporal de Raich (2001)**

Se trata de un tratamiento para pacientes de trastorno dismórfico. La aplicación de un programa de mejora de la imagen corporal a la población general utilizará algunas de estas medidas de una forma más ligera, otras, no serán necesarias o incluso contraproducentes. Este tratamiento, como ya se ha apuntado, es una intervención cognitivo-conductual que incide en los tres componentes de la imagen corporal: perceptivo, cognitivo-afectivo y conductual. Se trata de una terapia que se suele llevar a cabo en grupos pequeños (tres, cuatro pacientes), bajo el control psicólogos terapeutas. Consta de:

- Entrenamiento en percepción corporal correcta, haciendo énfasis en aquellas áreas que más preocupan al sujeto, que generalmente son las que más distorsionan.
- Desensibilización sistemática, primero en imaginación y después en vivo, tanto en áreas corporales concretas como de situaciones que producen sentimientos negativos con la apariencia física.
- Reestructuración cognitiva: se entrena a los sujetos a detectar pensamientos negativos o distorsionados relacionados con la apariencia física, examinar la evidencia a favor y en contra y construir pensamientos más adaptados, basados en la objetividad.

- Exposición a todas aquellas situaciones que producen malestar y control de las conductas de evitación.
- Exposición con prevención de respuesta para la eliminación de los rituales de comprobación del cuerpo: pesarse frecuentemente, mirarse repetidamente al espejo, compararse con otras personas y búsqueda de confirmación, como pedir insistentemente opinión a los otros acerca del aspecto corporal que preocupa.
- Prevención de recaídas: Se les hace especificar las situaciones de alto riesgo de malestar con la imagen corporal y ensayar pensamientos racionales que puedan emplear, así como técnicas de relajación para hacer frente a la situación.

El tratamiento da comienzo presentando los objetivos de la terapia. Según Raich (2001) el objetivo final de la terapia en imagen corporal es que “la persona que se sienta, se vea, piense y se comporte de manera desfavorable hacia su cuerpo o hacia partes de su cuerpo, aprenda a verse con mayor objetividad, a sentir menos malestar, a pensar más favorablemente de sí misma y a comportarse de acuerdo a una forma más gratificante de verse”. En cuadro que puede observarse en la página siguiente (Cuadro 5) se puede ver una distribución de procedimientos por objetivos del procedimiento de Rosen y cash adaptado por Raich.

Este tratamiento de imagen corporal desarrollado por Raich consta de siete partes para ser elaborado. A continuación se describen estas siete partes.

*Cuadro 5. Objetivos y procedimientos de la terapia de Imagen Corporal (Raich 2001)*

| OBJETIVOS   | PROCEDIMIENTOS  |
|---|---|
| Llegar a conocer qué es la imagen corporal<br>Descubrir cómo la hemos construido<br>Conocer qué nos hace mantener esa imagen corporal | Información de la psicología de la apariencia<br>Historia de la apariencia personal<br>Análisis de la historia personal<br>Influencia de la moda en nuestro propio concepto personal<br>Ejercicios de autorregistro |
| Analizar la distorsión perceptiva<br>Mejorar en la percepción de diferentes partes del cuerpo o de su totalidad                       | Información<br>Visualización<br>Mediciones repetidas hasta ajustar la percepción<br>Ejercicios de comparación social  |
| Mejorar la manera de pensar acerca del cuerpo   | Autoobservación y autorregistro<br>Interrogación socrática<br>Pruebas de realidad<br>Técnica de las tres columnas   |
| Mejorar los sentimientos que nos produce la percepción y los pensamientos que tenemos acerca del cuerpo                               | Desensibilización sistemática en cada una de las partes del cuerpo, frente al espejo, con ropa y sin ropa   |
| Cambiar los comportamientos de evitación y rituales   | Exposición preparada a las situaciones temidas  |
| Prevenir las recaídas   | Técnicas de prevención de recaídas  |



*Primera parte: "Información"*

Se hace necesaria para la intervención que el paciente esté informado sobre cuestiones importantes sobre la imagen corporal. En esta primera parte de la terapia se intentará dar respuesta a seis preguntas básicas:

- ¿Por qué tantas personas están tan insatisfechas con su peso y línea? Esta pregunta se responderá a través de información de carácter social y estudios sociológicos y psicológicos sobre el funcionamiento y objetivos de los ideales de belleza y la presión social.
- ¿cómo se ha desarrollado esta preocupación por el peso? Raich los explica a través de diez motivos:
  1. La sociedad castiga psicológicamente a aquellos que no se ajustan al ideal de belleza.
  2. Los medios de comunicación promueven constantemente el ideal de belleza y ofrecen métodos para ajustarse a él (dietas, cirugía estética, cremas, maquillaje, etc.)
  3. La autoestima de las mujeres depende mucho del atractivo físico.
  4. La sociedad premia a las personas atractivas (esto refuerza el motivo anterior)
  5. La sociedad entrena a las personas a preocuparse constantemente de su apariencia física incluso en situaciones en las que no les repercute ninguna ventaja social.
  6. Se asocia la obesidad con mala salud por lo que se puede identificar delgadez con salud. Esto es una falacia ya que la longevidad se asocia con un peso ligeramente superior a la media.
  7. Cambio en los roles sexuales. Las mujeres y los hombres se están equiparando en varias esferas, a las mujeres se les está comenzando a exigir laboralmente e independencia económica y a los hombres se les presiona por la mejora de la apariencia física.
  8. El cuidado del cuerpo sirve para reafirmar la identidad femenina en la mujer.
  9. La persona profesional y ambiciosa debe preocuparse por su apariencia física que es el reflejo de su éxito.
  10. El control del propio cuerpo, de la alimentación y de la figura genera sensación de autocontrol, poder y confianza que se generaliza a otros



dominios. La pérdida de peso sustituye a otros métodos más sanos de mejorar la autoimagen.

- ¿Cuáles son las consecuencias de seguir una dieta? Según Raich (2001), seis son las consecuencias del seguimiento de una dieta:
  1. la pérdida de peso no sólo depende de la fuerza de voluntad o del esfuerzo.
  2. Las personas tienen un punto de peso óptimo que genera grandes dificultades para adelgazar o engordar a voluntad. Existen defensas metabólicas que ayudan a mantener la estabilidad del peso. Por ejemplo, una persona a dieta aprovecha mucho mejor los nutrientes que ingiere.
  3. El cuerpo de una persona que está por debajo de su peso habitual tiende a ganar peso con el tiempo, esto genera sensación de fracaso en la persona cuando realmente se trata de un hecho biológico.
  4. Las personas que no logran sus objetivos de pérdida de peso tienden a tomar medidas más drásticas (vómitos autoinducidos, usos de laxantes, etc.) en vez de plantearse objetivos más realistas.
  5. Los atracones suelen ser resultado de la lucha del cuerpo contra la dieta.
  6. La dieta repetida aumenta la facilidad para engordar del propio cuerpo ya que éste se acostumbra a sobrevivir con pocas calorías.
- ¿Cuál es la influencia de las personas cercanas a la persona? La familia suele fomentar las preocupaciones sobre el aspecto físico en la persona y pueden confirmar las sospechas y reforzar las insatisfacciones. Por otra parte, los compañeros y amigos de la infancia y adolescencia marcaron a la persona con sus comentarios, tanto positivos como negativos, y en la actualidad la opinión de los amigos tiene una gran influencia sobre la consideración de la persona.
- ¿Cuáles son las motivaciones psicológicas de una dieta? Las personas pueden llegar a pensar que si pierden peso para ajustarse a un ideal social serán más respetadas y admiradas. Piensan que pueden compensar su baja autoestima y sus sentimientos de inferioridad adelgazando y ofreciendo una imagen más acorde con lo que está de moda. De hecho la delgadez ha sido asociada con cualidades positivas y multitud de recompensas sociales, y esto es cierto, no son ideas distorsionadas.
- ¿Qué es la imagen corporal? Se debe explicar a la persona qué es y cómo funciona.



*Segunda Parte: "Autoobservación y autorregistro"*

Para conocer las circunstancias que mantienen una imagen corporal negativa en la persona el mejor método es la autoobservación. Se ha estudiado y demostrado en numerosos estudios como la autoobservación y el autorregistro ayudan a superar numerosos problemas de conducta de las personas ya que facilitan que la persona explore las circunstancias bajo las cuáles ocurre la conducta problema y aumente el control sobre su comportamiento.

Los autorregistros deben llevarse a cabo de forma sistemática para que estos funcionen. En imagen corporal conviene que tengan el siguiente formato. Ver Cuadro 6.

|  |
|--|
| <i>Cuadro 6. Autorregistro diario de imagen corporal</i>   |
| <b>Antecedentes:</b> Eventos y situaciones desencadenantes |
| Creencias y pensamientos                                   |
| Consecuencias  |
| Tipos de emociones   |

*Tercera parte: "Cambiando la percepción"*

Es habitual apreciar cómo los que presentan imágenes corporales negativas distorsionan la imagen que ven de sí mismos de una forma muy negativa. Es esencial que la persona aprenda a verse correctamente de una forma realista para que supere su problema. Este método concibe cinco tipos de ejercicios:

1. Visualizaciones: Se trata de que a través del uso de la imaginación aprender a separar la percepción de algunas partes del cuerpo de las emociones negativas que despiertan y así poder verlas tal y como son.
2. Ejercicios de precisión perceptual: Utilizando algún instrumento de evaluación del tamaño corporal hacer estimaciones de tamaño cada vez más ajustadas a la realidad.
3. Ejercicios de corrección del tamaño: La persona deberá seleccionar una parte de su cuerpo que haya sobreestimado y realizará estimaciones de esa parte hasta que

realice dos estimaciones precisas de la misma, entonces pasará a otra parte de su cuerpo que sobreestime y repetirá el proceso.

4. Ejercicios para corregir distorsiones de peso y comparaciones sociales no realistas: Son ejercicios en los que la persona aprende a valorar su cuerpo objetivamente igual que lo hace con el de otras personas en su misma situación y reduzca las ocasiones en las que elige un modelo de comparación no equiparable (por ejemplo cuando una señora de 50 años compara su cuerpo con el de una modelo profesional de 20 años).
5. Ejercicios de afirmación positiva sobre el tamaño del cuerpo: Contrarrestar el dialogo interno negativo que mantiene la persona consigo misma sobre su aspecto con pensamientos positivos realistas. Estos pensamientos se volverán más reales a base de repetírselos con frecuencia.

#### *Cuarta parte: "Enfrentándose a los miedos y al malestar"*

Las personas han aprendido mediante condicionamiento a responder a determinadas situaciones que le generan ansiedad relacionadas con su aspecto con respuestas de evitación. Estas respuestas de evitación disminuyen la ansiedad rápidamente lo que hace que se repitan en ocasiones similares con más facilidad perpetuando el problema y evitando el enfrentamiento con la situación generadora de ansiedad necesaria para la superación del problema.

Las armas que este tratamiento usa para combatir estos miedos y enfrentarse al problema son tres y están interrelacionadas, se trata del contracondicionamiento, la relajación y la desensibilización sistemática.

Mediante contracondicionamiento se intentará romper la asociación entre ansiedad y sentimientos negativos con la apariencia, siguiendo el mismo proceso que se siguió en el condicionamiento original. Para ello será necesario realizar un entrenamiento en relajación previo. Una vez la persona domina la relajación, ésta se provoca en las situaciones y pensamientos generadores de ansiedad y, como relajación y ansiedad son incompatibles, poco a poco se irá rompiendo esa asociación entre sentimientos negativos y apariencia. El proceso por el cual se rompe esta asociación se hace a través de la desensibilización sistemática, que consiste en ir afrontando de forma gradual situaciones generadoras de ansiedad cada vez más fuertes, previamente clasificadas en una escala de 0 a 100 USAS.

#### *Quinta parte: "Cambiando los pensamientos"*

Los pensamientos automáticos negativos y las creencias devaluadas sobre la apariencia tienen un importante papel en el desarrollo de un problema asociado a la imagen



corporal. El hecho de pensar e interpretar de forma negativa hace pensar a la persona que esa es la opción más posible o incluso les hace pensar que es la única verdad sobre su aspecto físico. Raich propone una guía en siete pasos para realizar el cambio cognitivo en una persona con un problema relacionado con su imagen corporal. Los pasos son los siguientes:

1. En primer lugar, se debe detectar el pensamiento automático o la creencia devaluadora. En este punto es de vital importancia haber hecho correcta y constantemente los autorregistros diarios.
2. Observar los efectos del pensamiento en los sentimientos y conductas. Mediante la autoobservación en los autorregistros.
3. No por pensar una cosa ésta ha de ser cierta. La persona debe replantear el pensamiento analizando las fallas de éste. En este punto es importante el uso de la "Docena Sucia" de Cash (1990).
4. Buscar evidencias a favor y en contra del pensamiento. Usar el pensamiento científico generando una hipótesis nula que debe probarse.
5. Funcionalidad del pensamiento: ¿Me ayuda a conseguir mis objetivos? ¿Me ayuda a sentirme bien? ¿Hace que mi conducta sea más adaptada? ¿Me ayuda a desenvolverme mejor en una situación?
6. Buscar alternativas al pensamiento.
7. Evaluar las consecuencias: ¿Qué puedo hacer para cambiar la situación? ¿Qué consecuencias reales tien? ¿Qué es lo peor que podría ocurrir? ¿Es en realidad tan malo, tan insoportable?

#### *Sexta parte: "Cambiando el comportamiento"*

Dos son las conductas asociadas a los problemas de imagen corporal negativa sobre los que se hace necesario intervenir. Por un lado, las conductas de evitación asociadas a las situaciones generadoras de ansiedad relacionadas con la apariencia, y por otro lado, los comportamientos denominados "rituales" en los que la persona intenta comprobar y reasegurarse continuamente que su supuesto defecto no ha cambiado o no se hace visible a los demás.

Por lo que respecta a las situaciones generadoras de ansiedad Raich especifica el siguiente procedimiento de exposición:

1. Prever qué situaciones van a generar ansiedad mediante el repaso de los autorregistros.

2. Prever qué tipo de pensamientos pueden generarse. Qué tipo de errores cognitivos van a producirse.
3. Discutir los pensamientos negativos y generar otros nuevos y positivos
4. Adaptar la relajación y desensibilización sistemática a esta situación si resulta muy angustiante.
5. Enfrentarse a la situación.
6. Resistir en ella observando el nivel de ansiedad al inicio y al final de la situación.
7. Si es posible, porque es una situación habitual, enfrentarse a ella diariamente.

Por lo que respecta a los rituales se hace necesaria la prevención de respuesta. Para ello, el procedimiento se realiza en seis pasos:

1. Escribir consecuencias predichas de la eliminación de los rituales.
2. Escribir un plan paso a paso para eliminar el ritual.
3. Reforzarse el esfuerzo.
4. Examinar los resultados reales vs. los resultados predichos.
5. Identificar algún resultado positivo que no fuera acompañado de alguno negativo: Indagar que estrategias de afrontamiento se usaron.
6. Insistir en que cambiando la conducta se modifican las actitudes.

Además de generar cambios en estos tipos de conductas es necesario fomentar una serie de habilidades sociales que faciliten el mantenimiento de estos cambios y la adopción de conductas nuevas que influyan positivamente en la persona. Algunas habilidades sociales a fomentar son las siguientes:

- Sociabilidad
- Asertividad
- Tolerancia a la frustración
- Aprender a hacer y recibir cumplidos
- Empatía

Es muy importante enseñar a la persona a cuidar su salud y a vivir una vida sana, cuidar el propio cuerpo suele conseguir que la persona lo aprecie más. Por último, Raich (2001) añade una serie de “trucos” que permitan disfrutar del propio cuerpo:



- Escribir el ideal de apariencia, elegir un día y vivirlo como si fuese el ideal, ¿Qué sentirías? ¿Cómo actuarías?
- Pensar en el cuerpo como si fuera un amigo: si lo fuera, ¿Lo maltratarías, o lo ridiculizarías?
- Escribir una carta a tu cuerpo amigo comprometiéndote a cambiar tu relación negativa con él. Poner la carta en un lugar visible.
- Un día de la semana, centrarse en una parte del cuerpo y darle un tratamiento especial: las afirmaciones delante del espejo se dirigirán a esa parte; también las actividades de mejora corporal.
- Consecuencias positivas y negativas de haber realizado los ejercicios de incremento de las actividades corporales. Problemas habidos.

#### *Séptima parte: "Prevención de recaídas"*

No solamente es necesario aprender a utilizar estas técnicas y hacer desaparecer el problema, también es necesario hacer a la persona resistente a las adversidades que le traiga el futuro. Para ello, la persona debe acostumbrarse a utilizar estas técnicas de forma automática, no bajar la guardia y poseer habilidades sociales para hacer frente a las adversidades. Una habilidad social clave será la asertividad, la persona debe saber afrontar las situaciones y a las personas que le generan incomodidad y ser capaz de resolver estas situaciones pidiéndoles a las personas que les ofenden que dejen de hacerlo de forma asertiva.

También es preciso que a la persona se le capacita para aceptar las recaídas, para ello es necesario una alta autoestima y un "*locus de control interno*" que genere en la persona la creencia de controlar la situación y poder superar las crisis en el futuro próximo.

## **1.7. Conclusiones a la revisión del conocimiento científico actual en imagen corporal a la hora de afrontar la investigación**

Se ha realizado una extensa recopilación del conocimiento científico del campo de la imagen corporal. Extensa debido a que los axiomas y teorías del campo de la imagen corporal son las que deben sostener todo el conocimiento científico que se aporte desde la creación del programa de mejora de la imagen corporal que se diseña en esta investigación.

El conocimiento científico en imagen corporal resulta en su mayor medida aplicable a esta investigación, pero si se ha de destacar la importancia de algunos aspectos sobre otros, se

debe destacar el programa de tratamiento de trastornos de la imagen corporal de Rosen y Cash (1996), adaptado a muestras españolas por Raich, y el programa PICTA (Programa de Prevención de la Imagen Corporal y Trastornos de la Alimentación) de Maganto et. al. (2002) como principales fuentes de inspiración para el proyecto.

Del programa de Rosen y Cash (1996) surge la estructura de la intervención diseñada para influir positivamente sobre la imagen corporal y los objetivos de muchas actividades que se plantean en el programa diseñado en esta investigación. El programa diseñado, llamado *“Imagina”*, pretende mejorar la imagen corporal de los participantes, interviniendo en los mismos aspectos que Rosen y Cash (1996) consideran imprescindibles para mejorar la percepción del propio cuerpo, las emociones, las cogniciones y las conductas. Obviamente, la forma de enfocar las actividades no es la misma, debido a que el programa *“Imagina”* no es un proceso de intervención sobre alteraciones de imagen corporal, se trata de un programa preventivo sobre una población de riesgo.

Del programa PICTA de Maganto et. al. (2002), surge el enfoque de intervención en grupo y la idea de prevención con la que se diseña el programa, además, algunas de las actividades creadas son adaptaciones de las actividades del PICTA aplicadas para muestras de mayores. La principal diferencia entre ambos programas es la población objeto de atención, en PICTA (Maganto et. al., 2002) son los adolescentes y jóvenes, y en *“Imagina”* son las personas en proceso de madurez y los mayores. Esto influye en el cambio de algunas actividades destinadas a la prevención de trastornos de la alimentación y a la complejidad de algunas actividades, *“Imagina”* se centra más en la vivencia del propio cuerpo del mayor y el aprovechamiento de sus recursos sociales.

Es muy importante también para esta investigación la teoría de la *“Docena Sucia”* de Cash (1990, 2004), que sirve de inspiración para una actividad del programa que se ha diseñado (*“Gente sin Complejos”*), adaptándola, a la muestra a la que se aplica, para la cual se ha simplificado y adaptado los razonamientos aportados por Cash (1996) para explicar los pensamientos erróneos relacionados con la apariencia física.



## CAPÍTULO 2. Revisión del conocimiento científico actual en Psicología de la vejez

Para comprender como el cuerpo puede verse de forma diferente durante la vejez y que pueda tener diferentes significados dependiendo de la etapa de la vida en la que nos encontremos, se debe acudir a la psicología evolutiva y en concreto a sus teorías y modelos del desarrollo adulto. Este campo de la psicología que estudia los cambios psicológicos dependiendo de la etapa de la vida está lejos de tener un modelo claramente predominante que pueda ayudar a explicar los procesos que ocurren durante la vejez.

El estudio del desarrollo adulto y el envejecimiento se encuentra en pleno auge en la actualidad, después de que en los años 20 se encuentren los primeros estudios sobre la vejez y de que este campo sufriera un auténtico boom a comienzos de los años 60.

El estudio científico de la vejez y la psicogerontología ha sido debido a algunos posibilitantes sociales importantes. En especial a que la vejez se ha convertido en un problema relevante en las sociedades occidentales actuales, debido sobre todo a tres procesos:

1. Se da un declive físico al envejecer que conlleva necesidades de atención psicosocial y sanitaria a los mayores.
2. La jubilación suele significar una reducción de ingresos para el jubilado que conlleva una menor capacidad económica para hacer frente a la atención necesaria.
3. Los mayores ven reducida su capacidad de adaptación a situaciones nuevas lo que en una sociedad en permanente cambio como la nuestra es un importante lastre.

En España, las defunciones se han reducido considerablemente en los últimos años según datos del INE (2006) y la natalidad sigue su tendencia diminutiva. La sociedad española cada vez envejece más con una tendencia al alza de la media de edad de los españoles. Estos resultados son los más preocupantes de todos los países del mundo por lo que el interés en la gerontología ha ido en aumento en nuestro país como no podía ser de otra manera.

En cuanto a lo que se refiere a la investigación científica en el estudio de la vejez, como ya se apuntó antes, esta disciplina es muy novedosa y se encuentra en pleno auge de investigaciones y de importancia social. No existe demasiado acuerdo entre los investigadores de la materia en cuanto a situar el comienzo del estudio científico del envejecimiento. Birren



(1955) lo sitúa entre 1835 y 1918, pero otros, como Comfort (1956), lo hacen entre 1561-1626, con motivo de la publicación de Bacon "*History of life and death*". Los antecedentes históricos más importantes a los actuales estudios sobre el envejecimiento son los siguientes:

- En 1777, Tetens publicó un trabajo sobre el desarrollo humano donde se ofrece una perspectiva del ciclo completo de la vida, incluyendo en él la vejez.
- En 1808 Carus, trabajando en la misma dirección, completa una excelente introspección sobre muchos de los cambios de conducta asociados con la ontogenia de la persona, desde el nacimiento hasta la muerte. A Carus se debe la distribución del estudio del desarrollo humano en cuatro estadios, infancia, juventud, edad adulta y vejez.
- En 1874, Charcot imparte unas lecciones que impactan sobre la opinión pública, apuntando entre otras cuestiones, que la vejez también conlleva aspectos positivos.

En lo que se refiere al periodo entre los últimos años del siglo XIX y las primeras tres décadas del siglo XX, la principal contribución que se hace al estudio de la vejez es el énfasis por lograr medidas objetivables para extraer conclusiones de sus estudios, dotándolos, sin duda, de calidad científica. Los principales autores y estudios de esta época son los siguientes:

- A Quetelet (1839) se deben los primeros estudios empíricos en este campo. Su libro "*Sobre el hombre y el desarrollo de sus facultades*" ofrece una serie de medidas antropométricas desde la infancia hasta la vejez en hombres y mujeres. También es importante la posición de Quetelet en la relación existente entre los factores biológicos y ambientales que necesariamente influyen en todo proceso evolutivo, y por tanto, en el envejecimiento.
- Galton (1879), elaboró datos psicológicos a partir de una muestra de cerca de 10.000 personas de todas las edades y sus datos no apoyaban la existencia de un modelo deficitario en la vejez de procesos mentales superiores.
- Nascher (1909) es considerado el padre de la investigación médica de la vejez. Introdujo el término de geriatría y abre una nueva orientación dentro del campo de la ciencia médica dando una especial relevancia al aspecto medico-social del problema.

Sin embargo, a pesar de los múltiples avances a comienzos del siglo XX, hasta finales de los años 30 no aparecería un marco teórico para el estudio del desarrollo desde la perspectiva del ciclo de la vida, y sería en los años 60 y 70 cuando cobraría importancia real la orientación psicológica que tiene a la persona mayor como motivo de estudio sobre el cambio y el desarrollo, lo que es en la actualidad la orientación del ciclo vital.



Es interesante destacar algunos autores hasta los años 70 por su relevancia en la investigación científica actual. Algunos de los más importantes son los siguientes:

- Stainley Hail (1942) con su obra “Senescencia, la última parte de la vida” trató de conseguir una aproximación a los procesos psicológicos de la vejez. El libro puede considerarse como el primer estudio desde una perspectiva psicológica sobre la senectud.
- Yung (1933) es importante en esta época porque puso sus esfuerzos en poner énfasis en el estudio científico del mundo de los sujetos mayores.

En el contexto anglosajón las investigaciones se orientaron en un sentido experimental. Miles (1928) creó en la Universidad de Stanford en California el primer instituto especializado en el estudio de los problemas relativos a la vejez.

En el reino Unido se crea en 1946 el Nuffield Unif en Cambridge para la investigación de problemas asociados a la vejez, pero sus estudios estuvieron enfocados hacia la productividad de las personas mayores en el trabajo.

Birren (1947) comienza una serie de estudios que junto a los de Shoch el año anterior, darían lugar en 1953 a la sección dedicada al envejecimiento en el Instituto Nacional de Salud Mental. Miembros de esa asociación promovieron en 1955 la Asociación Americana de Psicología (APA), para organizar la conferencia sobre los aspectos psicológicos de la vejez en Bethesda.

Cowdry (1939) en “Problemas del envejecimiento” trata los aspectos médicos, psicológicos, psiquiátricos y sociales del envejecimiento. Por otra parte, Wisslesr et. al. (1942), trataron los aspectos culturales, sociales, psicológicos y específicos de la personalidad del individuo en el proceso del envejecimiento. Fruto de este proyecto surge el “U.S. Public Health Service” interesado en orientaciones fisiológicas y psicológicas en la vejez.

En Europa, la investigación en este campo se mostró menos sistemática y, concediendo menos valor a la metodología, se interesaron más por la interacción con las propias personas mayores. Ejemplo de ello fueron los estudios de Paulov con animales envejecidos, Petrouski con su espectro de la psicología evolutiva en Rusia, Bastay y Dogliote (1938) en Italia con su libro sobre la fisiopatología de la vejez. También se han de mencionar los trabajos de Maeder, de Marañón, o de Creer, aunque se refieren más al periodo comprendido entre los años 50 y 70.

En el año 1939 se fundó en Alemania la primera revista dedicada al estudio de la vejez, con el título de “Zeitschrift für Altersforschung”. En esta revista Grugle (1939) introdujo el planteamiento de ciertas cuestiones psicológicas en la discusión sobre los problemas relativos

al envejecimiento. Mucho después, en 1967, se logró una colaboración excelente entre las distintas disciplinas científicas. En aquel año también se constituyó en Alemania Occidental la Sociedad Alemana para la Investigación de la Vejez.

En las dos siguientes décadas Welford (1959) realizó sus estudios sobre las capacidades perceptivo-motoras en personas mayores. Pacaud estudió los índices de reacción y otras potencialidades psicológicas con trabajadores de la industria francesa. En 1966, 1969 y 1972 se celebraron los congresos internacionales de Viena, Washington y Kiev, más de 75 países representados en ellos, y donde también se trataron cuestiones biológicas, sociológicas, psicológicas y cuestiones de investigación aplicada y de asistencia social.

En aquellos momentos se puede advertir un cierto desplazamiento del centro de interés dentro de este campo hacia temas de la psicología de la personalidad y de la psicología social. Un gran impulso lo ofrecieron los estudios de Riegel (1975) con la evaluación de las capacidades en adultos a través del test de inteligencia de Weschler-Bellevue.

Pese a todo lo comentado, la psicología de la edad adulta y de la vejez permaneció en estado de latencia hasta la década de los 60, y de modo más claro, hasta los 70. A finales de los 70 estos estudios comienzan a considerarse como un campo científico claramente diferenciado.

A partir de 1970 han proliferado muchos centros de investigación para el estudio de la vejez, se han publicado en ellos multitud de estudios y su denominador común ha sido el de la psicología evolutiva del ciclo vital.

Por lo que respecta a España, apenas tienen repercusión este tipo de estudios. Beltrán Baguén (1947) imparte su primer curso de geriatría en la Facultad de Medicina de Valencia. En 1948 se funda la Sociedad Española de Geriatría y en 1950 se celebró el primer congreso en Barcelona.

En la actualidad la temática de interés, centrada en algunos momentos sobre procesos cognitivos, se desarrolla en todas las parcelas de la psicología científica. Focos tales como intereses, preferencias de valores, actitudes, rapidez de ejecución, dogmatismo, conservadurismo, actitud ante la vida, memoria, inteligencia, percepción, actividades motoras, motivación, etc. están presentes en los estudios de la actualidad. En el plano metodológico hay que incorporar además todas las alternativas científicas propias de la psicología científica, la psicología del ciclo vital está creando la suya propia, aunque su origen podría estar en otras ramas del saber científico como es el caso del efecto generacional tomado de los demógrafos.



Concluyendo, en la actualidad se acometen enumerables estudios sobre la vejez en multitud de aspectos que hacen la realidad de la investigación en este campo casi tan compleja como es la realidad.

Por lo que respecta al estudio de la imagen corporal desde la psicología de la vejez y la psicogerontología, antes de mostrar los resultados de la documentación bibliográfica he de apuntar la dificultad observada para encontrar investigaciones parecidas a la que es objeto de esta Tesis Doctoral en este campo científico. Tristemente, la mayoría de las investigaciones relativas a la imagen corporal se centran exclusivamente en adolescentes o adultos jóvenes, la mayoría de ellas incluso solamente sobre las mujeres y, para sorpresa desagradable, algunas de las investigaciones que pretenden ser generalizables a la mayoría de la población excluyen a los mayores de su rango de muestra.

Otra dificultad a la hora de encontrar investigaciones similares ha sido la definición concedida en algunas investigaciones a la imagen corporal cuando se relaciona con la vejez. Muchas de ellas incluyen en dicha definición la percepción de la salud de la persona por lo que cualquier referencia al aspecto físico suele desaparecer. Respetando a dichos investigadores, no creo que el término imagen corporal deba suscitar en el sujeto investigado la misma respuesta que preguntarle por su salud, porque si fuera así, ¿Qué sentido tendría usar ese término cuando otro más común y claro ya existe?

En el estudio de la percepción de la imagen corporal en los mayores los primeros trabajos importantes realizados resultan contradictorios. Por un lado Back y Gergen, en 1968, en su trabajo sostienen que la hipótesis de que en las personas mayores se producen más preocupaciones somáticas no solamente es falsa sino que invierte la realidad.

Por otro lado, cuatro años después, Thompson (1972) llega a la conclusión de que las personas de edad avanzada perciben de peor forma su aspecto físico que las personas más jóvenes. A partir de este momento histórico, a principios de los 70, las investigaciones se comienzan a centrar más sobre el estado de salud y a dejar más apartado las preocupaciones sociales sobre el aspecto físico en la vejez. Se produce una confusión de términos entre la imagen corporal y la percepción de salud.

Palmore y Luikart (1972) en sus investigaciones llegan a la conclusión de que es la percepción subjetiva de la salud física la que, no sólo correlaciona sobre los índices de satisfacción de la vida, sino que también aporta una información predictiva sobre la probabilidad de que soliciten mayor o menos intensidad y frecuencia de atención médica. Los estudios de Baur y Okun (1983), Wilenski (1983) y Philips y Murrell (1994) apoyan los resultados obtenidos por Palmore y Luikart.

En la investigación realizada por Beadoin (1974) llega a la conclusión de que estaría más consensuado que el estado de salud (presencia o no de enfermedades incapacitantes) ejerce una gran influencia sobre la percepción que pueda tener el sujeto de su propio aspecto físico, y no tanto la edad del sujeto. Así se justificaría el hecho, según Beadoin, de que fuese esperable que la imagen corporal se fuese convirtiendo en negativa a medida que fueran haciendo su aparición las enfermedades sobre el cuerpo.

Kalish (1975), en una revisión sobre investigaciones relativas a la preocupación a la apariencia física que pueden tener los mayores, concluye que los resultados que se ofrecen son claramente contradictorios. Kalish (1975) considera que esta preocupación por el aspecto físico no es función de la edad por sí sola, sino que obedece más bien a unas circunstancias especiales de la vida.

Una investigación en un ámbito distinto muy interesante es la de Gubrium en 1986, que describe que la mayoría de los sujetos consideran que tienen un ser interno esencial joven, preservado y distinto de lo que muestran, o de lo que los demás ven en él. Se trata de la idea de Gubrium del envejecimiento como máscara.

Volviendo a la tendencia actual de enfatizar los estudios científicos en la salud, Speake, Cowarty y Pellet (1989), concluyen en su estudio que la apreciación subjetiva de la salud física resulta más sensible a los cambios en el funcionamiento biológico y fisiológico que cualquier medida objetiva, lo que da idea de su importancia a la hora de la valoración del mayor.

Las personas se suelen preocupar más por las necesidades más urgentes antes de afrontar las demás, es por esta razón por la que si se pregunta a una persona mayor con problemas de salud sobre su cuerpo inmediatamente acudirá a su estado de salud, lo que no quiere decir que el deterioro de su aspecto físico no le preocupe, sino que en ese momento de su vida le preocupa menos que su salud, al igual que en una persona hambrienta sus preocupaciones se reducen a saciar su hambre hasta que la haya saciado. Por estas razones no se debe considerar que a los mayores no les preocupe su aspecto, simplemente, a veces, existen preocupaciones por aspectos más urgentes.

Los estudios realizados por Franco, Sanmartín y Antequera (1994) muestran que el ingreso en un centro hospitalario, motivado sobre todo por una agudización de alguna patología orgánica que pueda presentar la persona mayor, es el factor que afecta más drásticamente e intensamente al autoconcepto físico de los mayores. Estos autores concluyen además que la aparición de la enfermedad le hace a la persona mayor presentar un deterioro de la imagen de sí mismo y de su autoestima que hace que se despreocupe y desinterese por su aspecto físico.

Hetherington, Marion y Burnett (1994) realizaron un interesante estudio comparando las conductas y actitudes alimenticias entre dos grupos de mujeres, unos de ellos jóvenes y



otro de ellos de mujeres maduras y ancianas. Concluyeron que las mujeres maduras tenían más satisfacción por su cuerpo que las jóvenes y mostraban menos preocupación por el aspecto. Estos resultados muestran que no es precisamente la situación objetiva del aspecto físico la que hace preocuparse por su aspecto a una persona ya que de ser así los resultados de este estudio hubieran sido absolutamente diferentes.

El estudio de Donaldson y Boston (1995) sobre la imagen corporal de las mujeres en la mitad de la vida (45 años en el estudio) indicó que el criterio que más correlacionaba con la preocupación por el aspecto fue el aumento de talla y peso en la mujer, lo cual es indicio de cambio físico, seguido, también para la mujer, de la existencia de la separación marital.

Poole (1999) realizó un estudio sobre las mujeres mayores que realizaban ejercicio físico habitualmente durante la vejez. Llegó a la conclusión de que lo que las motivó a realizar el ejercicio diario fue la percepción de cambios en las tallas y en el físico debido a la edad, y que el ejercicio físico significó una lucha contra el envejecimiento. Las mujeres dicen sentirse ahora mucho más a gusto con su cuerpo por realizar ejercicio físico de manera habitual.

En el año 2003 se publicó el estudio de Sheehan, DuBrava y Fang (2003) que se basó en estudiar los cambios de peso de mujeres americanas adultas durante 20 años. Concluyeron que las mujeres americanas ganaban peso de forma progresiva hasta la mitad de su vida y que luego se estabilizaban en su peso para que después, a partir sobre todo de los 60 años y a causas seguramente debidas a la enfermedad, irlo perdiendo con la edad también paulatinamente. Este estudio muestra la existencia clara de la enfermedad y la vejez sobre el peso.

Existen varios modelos teóricos desde la psicogerontología y la psicología de la vejez que pueden interesar antes de afrontar esta investigación ya que pueden proporcionar claves interesantes, y existen también ciertas teorías que pueden explicar el desarrollo adulto y sus procesos. Será de sumo interés realizar una breve recopilación de ambos antes de profundizar en la revisión científico – histórica.

Antes de seguir se debe distinguir entre teorías del desarrollo y modelos del desarrollo. Una teoría intenta describir y explicar las evidencias empíricas sobre los cambios en la conducta con la edad, así como las diferencias en esos cambios entre individuos y grupos. Un modelo del desarrollo describe cómo se piensa que ocurre un proceso que se da en una etapa del desarrollo o cómo se organiza dicho proceso.

Se describirán primero las teorías del desarrollo adulto más importantes para luego describir los modelos más utilizados en psicología de la vejez y gerontología, terminaremos haciendo una recopilación de las aportaciones de diversos autores sobre la vivencia del aspecto físico en la vejez.

## 2.1. Teorías del desarrollo adulto

Una teoría del desarrollo adulto y maduro debe ser capaz de describir y explicar el curso del crecimiento o el declive intelectual de una persona durante la parte final de su vida. Debería ser capaz de hacerlo también para aquellos grupos a los que pertenece el sujeto, por ejemplo español, varón, andaluz, etc. Además, una buena teoría evolutiva debería ser capaz de explicar por qué dos personas pueden cambiar con la edad de forma diferente o a ritmos diferentes y por qué grupos que son diferentes podrían cambiar de igual forma. Resumiendo, una teoría del desarrollo debería ser capaz de ocuparse de los cambios que se dan con la edad.

A continuación se describirán las aproximaciones teóricas más importantes del desarrollo adulto que intentan explicar los procesos que se dan durante la vejez:

### 2.1.1. Aproximación conductual o del aprendizaje social

Bandura (1969) y Seligman (1977) son los autores más relevantes de esta aproximación teórica del desarrollo adulto. Los temas centrales de su propuesta son el del aprendizaje y la motivación.

En la aproximación del aprendizaje social, también llamada conductual, se define el desarrollo adulto y la vejez como determinada por el entorno y la conducta del sujeto. Se centra en concreto en las consecuencias del ambiente de la conducta, sus recompensas y sus castigos. Esta aproximación teórica también le da una importancia capital al modelado y a la imitación de la conducta de las personas con las que se mantiene fuertes vínculos de apego. Por ejemplo, se podría decir que un matrimonio maduro satisfactorio lo sería porque se ha llegado a una adaptación de cada miembro a las recompensas y castigos que le ofrece su cónyuge.

Desde esta teoría justificarían los cambios que se dan en el envejecimiento de una persona por los cambios en las expectativas, los refuerzos y los castigos, de esta forma, llegando a determinadas edades nuestro entorno nos refuerza y castiga distintas conductas y nos moldea hacia un tipo de comportamiento propio de nuestra edad.

No es difícil imaginar que esta teoría sirve para explicar multitud de conductas de cualquier persona tomadas aisladamente, pero a la hora de explicar los procesos evolutivos queda algo insuficiente y demasiado simple. Ayuda a explicar cómo los mayores llegan a alcanzar un comportamiento típico de su edad, pero no explica cómo se forma ese comportamiento típico, ni se pregunta por qué la sociedad exige ese tipo de comportamientos. En mi opinión personal para los temas evolutivos y gerontológicos se hace necesaria una visión



sociológica y biológica añadida a la visión estrictamente psicológica que desde aquí se propone.

### **2.1.2. Aproximación psicoanalítica**

Freud (1946) y Erikson (1961, 1969) son los autores más importantes de esta aproximación teórica del desarrollo adulto. Los temas centrales de su propuesta son la personalidad y la motivación.

La teoría psicoanalítica enfatiza en los procesos inconscientes y en los conflictos emocionales. Los conflictos emocionales están provocados por las obligaciones y responsabilidades sociales y a las realidades que no se ajustan a las necesidades egoístas del ello. Por tanto la teoría psicoanalítica es fácilmente aplicable a las principales transiciones de la vida como el matrimonio, tener hijos o la jubilación. Erikson además describió los conflictos existentes en las crisis de la vida en ocho estadios divididos por momentos de transición provocados por crisis existenciales.

Su visión teórica plantea revela conflictos psicológicos que suelen darse en las transiciones vitales, como la madurez, y sus postulados pueden ser útiles a la hora de comprender el sufrimiento y la insatisfacción de las personas que atraviesan esas crisis. Se puede considerar que una crisis ocurre porque se dan circunstancias vitales que impiden la satisfacción de ciertas necesidades narcisistas del "yo" y que ésta se supera cuando se encuentran otras formas de satisfacción o éstas dejan de ser imprescindibles. Por otra parte, este enfoque teórico carece del componente biológico y del componente social para comprender de forma completa tanto las crisis existenciales de madurez como los periodos de relativa estabilidad en la vejez. Así que la explicación que se ofrece debe ser forzosamente interesante pero incompleta.

### **2.1.3. Aproximación humanista**

Kohlberg (1973), Magnusson (1998) y Maslow (1970) son los autores más destacados de esta aproximación teórica del desarrollo adulto. Los temas centrales de su propuesta son la motivación, el desarrollo moral y una conceptualización holista.

Esta aproximación teórica se centra en las motivaciones más profundas del ser humano que diferencian a éste de los animales. Estas motivaciones son las basadas en el crecimiento personal y en la autorrealización, que se define en lograr llegar al mayor desarrollo personal posible. Conciben a la persona como un todo, que toma decisiones teniendo en cuenta todas sus circunstancias juntas, así, una persona que tenga éxito en una tarea muy difícil seguramente no lo volverá a intentar del mismo modo ya que sus aspiraciones serán más altas, algo que no es capaz de ver la teoría del aprendizaje social.



Bergman y Magnusson (1998) en una aproximación más actual consideran al sujeto como un todo organizado que funciona y se desarrolla de manera global. Se hace hincapié en los patrones de factores que influyen en el desarrollo en lugar de interesarse por variables explicativas aisladas.

Desde un punto de vista del desarrollo adulto y la vejez este enfoque es de gran utilidad ya que no considera una sola circunstancia la que afecta a una persona, sino la confluencia de ambas. Además, la búsqueda de la autorrealización de la persona puede ser un tema que tenga mayor importancia durante la madurez y la vejez ya que la visión de una muerte más cercana puede llevar al sujeto a valorar cuál ha sido su legado en la vida y angustiarse por ello debido a la pérdida de condiciones físicas que le ayuden a autorrealizarse. No obstante, en otros aspectos, es un enfoque en parte acertado ya que es necesario considerar condiciones las históricas o de cohorte para entender a la persona y pueden existir comportamientos y hábitos de la persona que no tengan nada que ver con la autorrealización personal.

#### 2.1.4. Aproximación de las diferencias individuales

Esta aproximación teórica proviene del estudio de las diferencias personales a través de la creación de múltiples pruebas psicométricas. Centra su atención en temas como la inteligencia, la personalidad, cognición, competencia diaria, aprendizaje y memoria. Varios autores son importantes en esta aproximación, como Salthouse (1999), Cattell (1971), Schaie y Willis (1999).

Según Salthouse (1999) las teorías sobre el envejecimiento cognitivo en esta propuesta se pueden clasificar según propongan que las influencias principales causales sean proximales o distales. Las teorías distales atribuyen el envejecimiento cognitivo a factores que influyeron en periodos anteriores de la vida, pero que repercuten, en los niveles actuales de competencia. Otras explicaciones de origen distal se centran en los cambios socioculturales que directamente afectan al rendimiento cognitivo. Estas explicaciones asumen efectos acumulativos de las cohortes que llevan a la obsolescencia de los mayores. Las teorías distales son muy útiles para especificar por qué surgen diferencias con la edad, ya que generalmente se acepta que el mero paso del tiempo no puede explicar estas diferencias.

Las teorías proximales, por otra parte, consideran que las influencias simultáneas en un momento dado determinan las diferencias relacionadas con la edad en la ejecución cognitiva. Estas teorías proximales del envejecimiento no especifican cómo se originan estas diferencias con la edad. Variaciones de estas teorías incluyen las diferencias de edad basadas en estrategias, las diferencias cuantitativas en la eficiencia del procesamiento de la



información que implican deficiencias en estadios específicos o una operación alterada de uno o más procesos cognitivos básicos.

### **2.1.5. Aproximación sociopsicológica**

Whitbourne (1986), Blanchard-Fields (1996), Baltes y Cartesen (1996), Heckhausen y Schulz (1995) son los autores más importantes de esta aproximación teórica del desarrollo adulto. Los temas centrales de su propuesta son el autoconcepto personal, el afrontamiento, los estilos atribucionales y el control.

Las aproximaciones sociopsicológicas son muy importantes a la hora de entender los numerosos efectos normales y perniciosos relacionados con el paso de los años. Estas formulaciones teóricas explican, cómo los procesos sociopsicológicos ejercen influencias normativas en el curso de los cambios vitales. Algunas teorías actuales destacadas son las teorías del control, que contrastan los controles primarios y secundarios, las teorías del afrontamiento, que distinguen entre afrontamiento acomodativo y asimilativo y las teorías sobre las diferencias de edad en los estilos atribucionales.

Según la teoría del control, en el control primario se incluye la creencia del sujeto de tener la capacidad para cambiar el mundo externo para ajustarse a sus necesidades y deseos. El control secundario está relacionado con la capacidad del individuo para adaptar sus metas, deseos o creencias para ajustarse a la situación existente (Heckhausen y Schulz 1995). Esta aproximación teórica se expandió como teoría del afrontamiento. Distinguen entre las personas mayores que aplican estrategias asimilativas para intentar prevenir más pérdidas o sustituyen actividades alternativas cuando se encuentran con cambios indeseados en la vida y los que aplican estrategias acomodativas que ajustan sus metas y expectativas para adecuarse a los cambios desfavorables en los recursos personales y las capacidades funcionales personales.

Las diferencias en la edad en los estilos atribucionales han sido fuente también de algunas formulaciones teóricas dentro de esta aproximación. Estas formulaciones predicen que en situaciones ambiguas, los mayores tienen más probabilidades que los jóvenes de atribuir la causa de un suceso a una combinación de causas externas e internas. Esto se considera el resultado de un pensamiento más maduro denominado orientación relativista.

La teoría de la selectividad emocional busca explicar la reducción de las interacciones sociales observada en nuestros mayores. Esta teoría es una alternativa psicológica a dos explicaciones sociológicas previas de este fenómeno que eran influyentes pero conflictivas, la teoría de la actividad, que consideraba que la inactividad era un problema socialmente inducido que tenía sus raíces en las normas sociales, mientras que la teoría del desenganche alternativa decía que la muerte inminente estimulaba una retirada psicológica mutua entre la

persona mayor y la sociedad. Por el contrario, la teoría de la selectividad emocional mantiene que la reducción de las redes sociales y la partición social de los mayores se pueden considerar una redistribución motivada de recursos por parte de las personas mayores. Así, los mayores no solamente reaccionaban a los contextos sociales sino que manejarían de forma reactiva su mundo social (Baltes y Cartensen 1999).

### 2.1.6. Aproximación dialéctica

Riegel (1975) y Baltes (1977) son los autores que mejor representan esta aproximación teórica del desarrollo adulto. Los temas centrales de su propuesta son el ciclo vital y la personalidad.

Esta aproximación teórica resulta muy indicada para el estudio del desarrollo humano porque se centra en el cambio, se centra en las oposiciones y contradicciones y su resolución y síntesis final. En su forma más conocida un proceso dialéctico implica tesis, antítesis y síntesis. Esto significa que en un razonamiento dialéctico, un pensamiento sugiere una contradicción y la verdad paradójica de esta tesis y su antítesis da como resultado una síntesis que combina la verdad de ambas.

En el desarrollo adulto y la vejez la aproximación dialéctica consideraría a la persona mayor como un organismo activo y cambiante en interacción continua con un entorno activo y cambiante. Los psicólogos que consideran la perspectiva dialéctica buscan incoherencias y conflictos. Pueden estar interesados en conceptos como la crisis de la madurez en la que algunas personas se dan cuenta de que sus esperanzas y sueños son incongruentes con sus vidas actuales. Estos psicólogos tendrían en cuenta el potencial de crecimiento, así como la amenaza de aislamiento, depresión o sufrimiento psicológico durante la crisis de la madurez.

La teoría de Baltes (1997) de la selección, optimización y compensación (SOC) del desarrollo adulto es un ejemplo reciente de este enfoque. Según Baltes en todos los estadios de la vida hay pérdidas y ganancias psicológicas, pero en la vejez las pérdidas sobrepasan por demasiado las ganancias. Baltes considera que el desarrollo evolutivo es incompleto justo en el último estadio de la vida, durante el cual los apoyos sociales no compensan lo suficiente el deterioro en la estructura física y las pérdidas en la funcionalidad de la conducta. La selección, optimización y compensación, sin embargo, se pueden considerar estrategias de organización de la vida, y así podrían ser indicadores de un envejecimiento más saludable para el mayor.



## 2.2. Modelos de desarrollo adulto

Las aproximaciones teóricas que antes se han mostrado están estructuralmente separadas de los modelos que se verán a continuación, pero fundamentalmente los modelos teóricos son parte de los axiomas de las teorías. Cualquier teoría se inserta en un modelo más general, en función del cual se formulan los conceptos teóricos.

A continuación se exponen los modelos teóricos más influyentes desde el punto de vista de la psicogerontología:

### 2.2.1. Modelo mecanicista

La metáfora usada por este paradigma es la de la máquina, compuesta por diversas partes de la misma que funcionan como un sistema operando en el mismo campo espacio-temporal. Las partes y sus relaciones son los elementos esenciales a los que puede reducirse todos los fenómenos complejos.

Como rasgos característicos de este modelo hemos de subrayar que trabaja sobre la base de lo que es externo y visible. Este enfoque implica una concepción reactiva del organismo, sin fuerzas externas en el organismo no hay actividad. Todo el cambio es producto en última instancia del aprendizaje.

Desde la psicogerontología lo más interesante de este modelo es considerar a la novedad como un epifenómeno reducible al cambio cuantitativo. A la aparición de cambios cualitativos se la considera reducible a cambios cuantitativos ya que un organismo no concibe el cambio cualitativo básico.

Este modelo ha sido el elegido por el conductismo en sus estudios. El conductismo ha sido aplicado a la psicogerontología para explicar el mantenimiento continuado de algunas conductas adaptadas durante la vejez, o de la inadaptación conductual como un problema de aprendizaje condicionado por la presencia de estímulos y refuerzos ambientales y sociales o la ausencia de los mismos. En el caso de inadaptaciones conductuales orientando las posibles medidas de intervención a incrementar los refuerzos para mantener las conductas deseadas.

En la actualidad se aplican algunas técnicas de intervención provenientes del modelo conductista como las técnicas de feedback aplicadas al entrenamiento a tareas de aprendizaje de conceptos. Honblum y Overton (1976) lograron entrenar a personas mayores en el concepto de observación, brindándoles un feedback contingente a sus respuestas correctas.

### 2.2.2. Modelo organicista

El modelo organicista vincula la evolución psicológica al crecimiento biológico y, más globalmente, establece correspondencias entre las estructuras físicas y químicas y los fenómenos vivos.

La característica básica del modelo organicista y de su aportación a la psicogerontología y a la psicología evolutiva es que supone la actividad espontánea, que lleva a la negación del determinismo causal y al rechazo de un control y predicción completos. Por otro lado, el cambio evolutivo es esencialmente un cambio estructural unidireccional, irreversible y orientado hacia los estados finales.

Desde la perspectiva organicista las teorías de la vejez hablan de una involución mental o declive intelectual, consecuencia directa del supuesto inicial que entiende el envejecimiento como un proceso de deterioro celular e involución orgánica. Muchos psicólogos y gerontólogos actuales critican la tesis que defiende este modelo, en la que el deterioro mental, la enfermedad, o los procesos involutivos, están exclusivamente ligados a la vejez, por lo que este modelo organicista puede considerarse válido para la psicogerontología solo de una forma parcial, puesto que no permite generalizar la modalidad de intervención psicogerontológica, geriátrica o farmacológica, por ejemplo, y la problemática de la plasticidad, de la variabilidad intracohorte, etc.

### 2.2.3. Modelo dialéctico contextual

A principios de los años sesenta, debido en gran medida a los estudios de Piaget, algunos psicólogos evolutivos buscan un tercer modelo teórico que les sea más útil en sus estudios, sirviendo de alternativa al modelo organicista y al conductismo, surge entonces el paradigma dialéctico contextual.

Este paradigma centra su interés en las actividades mentales, concebidas como operaciones y procesos, por las que los organismos se adaptan a los diferentes ambientes. Los llamados contextualistas, del modelo dialéctico contextual, centran su atención en el proceso de interacción entre el organismo y el medio ambiente, destacando dos características básicas que configuran el acontecimiento histórico, la temporalidad y el contexto. Entre ambos formarían la metáfora básica de este modelo. El suceso histórico, el sujeto y el ambiente social se influyen mutuamente, actuando el uno sobre el otro en una interacción dinámica (Dixon y Lerner 1984).

Algunos autores diferencian un modelo dialéctico y un modelo contextualista, que sería el anterior, para estos autores la metáfora básica del modelo dialéctico sería la contradicción o conflicto, una contradicción que supone en última instancia la interacción



dialéctica y las composiciones integrantes. Los principales elementos de este enfoque se centrarían en el cambio, la interacción dinámica, la causación mutua, la ausencia de un determinismo completo, y un interés conjunto, tanto por los procesos de cambio individuales como históricos. Como se ve, la descomposición de este modelo en dos no es demasiado clara y tienen muchos elementos en común por lo que no creo demasiado interesante crear un apartado para cada uno.

Para la psicogerontología el modelo dialéctico contextual es importante porque defiende la interdependencia entre organismo y medio, entre sujeto y sociedad, mediante una interacción entre el cambio individual y los cambios históricos culturales.

En los últimos años la psicología evolutiva ha redescubierto a una serie de autores dialécticos como Vigotsky, Riegel o Wallon, lo que demuestra que es conveniente estudiar los procesos evolutivos dentro de sus contextos y entender que las relaciones de los organismos con el medio son de naturaleza dialéctica, es decir, son relaciones recíprocas, en el sentido de que los organismos producen alteraciones en sus medios y son, al mismo tiempo, modificados por los cambios producidos por ellos mismos. Adquiere así importancia el ambiente de la cultura, que son los verdaderos artífices de la naturaleza humana.

#### **2.2.4. Modelo del ciclo vital (*life span*)**

El modelo del ciclo vital es considerado actualmente como uno de los principales enfoques sobre los procesos evolutivos por desarrollar importantes aportaciones teóricas y metodológicas. Este desarrollo teórico ha recibido un gran empuje con la publicación de una serie de volúmenes editados por West Virginia Conferences y promovida por autores como Baltes.

El ciclo vital o *life span* se ha entendido como una alternativa a las concepciones ahistóricas del desarrollo, que lo concebían como simples secuencias unidireccionales, irreversibles y universales, dirigidas hacia un estado final. En esta teoría, que se podría englobar en los modelos dialécticos, los factores internos (se incluyen conductas instintivas, características y estados fisiológicos) y los factores externos (aspectos del entorno físico y componentes culturales), se influyen continua y recíprocamente.

La teoría del ciclo vital ha sido particularmente importante en gerontología como se desprende de los estudios de Birren, Cunningham y Yamamoto (1983) que en su revisión encontraron más de 4.000 artículos publicados sobre la problemática del desarrollo en la madurez y la senectud.

Esta teoría destaca por enfatizar en la necesidad de estudiar al hombre en todos los periodos de su vida, y de recurrir a otras variables distintas de la mera cronología para describir y explicar el desarrollo.

Según este enfoque teórico el organismo psicológico no puede reducirse ni al organismo biológico, ni al organismo sociohistórico, sino abarcar a la vez la interacción de ambos. Entender la naturaleza de cada componente es un prerrequisito para poder comprender tal interacción.

Según los teóricos del ciclo vital existirían tres sistemas de influencias sobre el desarrollo de una vida, el grado de edad (determinantes biológicos y ambientales que correlacionan altamente con la edad cronológica), el grado histórico (acontecimientos y normas generales experimentadas por una unidad cultural en conexión con el cambio biocultural) y el grado no normativo (los determinantes ambientales y biológicos que tienen un efecto concreto sobre una vida particular sin tener en cuenta el grupo).

Los autores de este enfoque tienen en cuenta la multiplicidad de factores que influyen en el desarrollo humano, enfatizando la variedad de factores causales que se dan a lo largo de éste, lo que ha incidido en la búsqueda de nuevas metodologías para emprender sus estudios.

Este enfoque ha sido criticado por autores como Flavell (1970), que dice que la definición de desarrollo dado (el desarrollo es un cambio en el comportamiento a través del ciclo vital) no es un desarrollo auténtico, puesto que la evolución de la persona adulta no muestra la magnitud, dirección, universalidad e irreversibilidad del desarrollo del niño.

### 2.2.5. Modelo fenomenológico existencial

El modelo fenomenológico existencial ha tenido una influencia limitada sobre la psicología pero una gran influencia sobre la psicogerontología. Parte de una concepción antropológica y humanista, dando especial importancia a los procesos internos. Según este modelo teórico, el desarrollo se entiende como un proceso cualitativo, en el que el individuo participa activamente en la estructuración de su propia personalidad, junto a influencias sociales y culturales.

El humanismo de este modelo asume una concepción psicosomática de la vejez, aceptando la variable edad como la variable que incluye procesos biológicos involutivos. Se destacan aún más las repercusiones psicológicas y sociales ajenas al proceso biológico, especialmente el aspecto preventivo de la higiene de la tercera edad. Son los factores psicosomáticos del envejecimiento y las enfermedades crónicas, junto con los factores biográficos, los que influyen en la enfermedad y los que a su vez influyen en la persona mayor.



Este modelo rechaza radicalmente el tratamiento experimentalista, entendiendo el envejecimiento como un periodo de cambio psicosomático, pero por encima de todo, como un periodo de desencanto, de pérdida de sentido de la existencia y conciencia de la finitud del ser humano, que el sujeto debe ir asumiendo en su vida.

## 2.3. Aportaciones científicas a la vivencia del aspecto físico en la vejez

Varios autores han desarrollado teorías y aportaciones a la vivencia de la apariencia en la vejez. Algunos de ellos lo desarrollan desde diferentes escuelas de la psicología de la vejez, otras teorías, en cambio, nacen en otros campos científicos como la psicología de la personalidad o la sociología pero sus conclusiones afectan a la vivencia del cuerpo en la vejez. Las aportaciones más importantes para el desarrollo de esta investigación son las siguientes:

### 2.3.1. El síndrome “*Dorian Grey*”

Esta teoría, en origen psicoanalítica, se basa inicialmente en algunos postulados psicoanalistas sobre la identidad aunque es extrapolable o cualquier otra escuela social o psicológica que estudie los fenómenos evolutivos en el ser humano.

Su nombre se debe a la famosa obra literaria de Oscar Wilde “*El retrato de Dorian Grey*” en el cual Dorian Grey se mantiene en un estado de eterna juventud mientras un retrato suyo es el que envejece por él y refleja el paso del tiempo. Esta obra es una metáfora del deseo del ser humano de la eterna juventud y el miedo a la muerte.

Sin entrar a desarrollar toda la teoría evolutiva del psicoanálisis y omitiendo puntos importantes de la misma, simplificaremos la cuestión diciendo que el ser humano desarrolla una identidad que se relaciona directamente con la propia visión de su cuerpo. A su vez también mantiene un “*yo ideal*” que es una fantasía de sí mismo que engloba sus deseos de realización y éxito. Esta confrontación entre el “*yo ideal*” y el “*yo real*” crea cierta tensión que el ser humano suele soportar más o menos exitosamente, la persona se adapta a su “*yo real*” y a sus diferencias con el ideal. En este punto es cuando el espejo nos traiciona y paulatinamente, cuando envejecemos, nuestro “*yo real*” cambia para mostrarnos una imagen que nos extraña y que no queremos reconocer de nosotros mismos, la de la vejez y la cercana muerte. Es cuando surge la figura contraria al “*yo ideal*”, el “*yo horror*”, que hace desaparecer la fantasía de eterna juventud y omnipotencia del “*yo ideal*” para hacer aparecer el miedo a la muerte, la indefensión y el fin de todo que representa. Este cambio psíquico genera angustia e inquietud por el parecido de la imagen que devuelve el espejo por alguno de nuestros progenitores ya fallecido o cercano a la muerte. La persona en cuestión suele negarse a



reconocer su nueva imagen como propia y siente que el espejo le ha robado su identidad. Esta actividad psíquica negativa genera desajustes que suelen conllevar vagos intentos por enfrentarse a ello hasta que la imagen del espejo vence a la persona y se acaba rindiendo a la evidencia en la mayoría de los casos.

Esta crisis de Dorian Grey también es conocida como Crisis existencial del envejecimiento y le sucede a la mayoría de la población en uno u otro momento de la vida, genera conductas respuesta a la tensión psíquica y conlleva una nueva reorganización de la identidad de la persona.

### 2.3.2. Los “*Sí mismos posibles*” de Markus (1977)

Según Markus, las personas disponemos de una serie de “*sí mismos posibles*” que contienen imágenes en las que la persona se ve en un estado emocional o cumpliendo una determinada tarea. Se refiere a aspectos concretos, deseados o temidos, del “*self*”, e incluyen informaciones concretas de las consecuencias de alcanzar estos selves.

Abarcan distintos dominios de la vida y se construyen y modifican para adaptarse a distintos contextos y etapas vitales. Suelen ser la versión personal de los selves deseados o temidos extraídos de la cultura, la familia o los amigos.

Son una especie de trajes que un día elegimos ponernos o que los demás nos adjudican que debemos llevar puestos y que determinan nuestra forma de pensar y actuar.

En una nuestra sociedad, en la que se infravalora a la persona mayor al ser prescindible para el funcionamiento económico, es fácil que la mayoría de la población desarrolle un “*self*” temido como el de envejecer. Se odia y desprecia a los mayores ignorando el hecho de que algún día serán el propio reflejo en el espejo y se tomará el rol de aquello que despreciamos, lo que genera un gran efecto sobre el estado emocional de una persona pudiendo provocar una crisis asociada a la edad.

### 2.3.3. Teoría psicosocial de Erikson (1963)

Erikson (1963), como psicólogo del ego decantado por la psicología evolutiva postuló que el desarrollo humano se produce a través de ocho estadios psicosociales a lo largo de la vida de una persona. Cada estadio marca un ajuste que deben efectuar las personas a su ambiente físico, psicológico y social y se fundamenta en todos los estadios anteriores, a este proceso se le conoce como el principio epigenético.

Cada estadio debe resolver una crisis o conflicto del desarrollo, éste es el factor crítico en el proceso ya que la superación de éste influye en el avance al siguiente estadio. En cada



estadio del ciclo de la vida de una persona el individuo lleva incorporado los temas psicosociales claves de épocas anteriores. Estos estadios son bipolares, uno de los polos propone una adaptación al mundo y el otro representa la inadaptación.

Erikson estableció cuatro periodos durante la infancia. El primer estadio es el de la confianza-desconfianza, si se cubren las necesidades del niño éste tendrá la sensación de que el mundo es un lugar seguro. El segundo estadio es el de la autonomía-duda, en el que los niños aprenden a explorar el mundo (entre los uno y tres años de edad). El tercer estadio es el de la iniciativa-culpa (entre los cuatro y cinco años), los niños desarrollan entonces su interés creativo en el juego social. El cuarto estadio es el de la laboriosidad- inferioridad (entre seis y once años), donde los niños aprenden a ser activos y trabajadores en sus tareas.

Cuando los niños pasan a ser adolescentes se enfrentan al periodo de identidad-difusión, en esta fase el adolescente busca saber quien es, integrando todas las identidades de fases anteriores.

El sexto estadio se da en los adultos jóvenes una vez superada la adolescencia, este es el estadio de la intimidad-aislamiento. En este estadio, una vez que se ha solucionado la batalla interior, el sujeto ya está preparado para enfrentarse al mundo y a encontrar su lugar en él, buscan desarrollarse como personas en la sociedad y encontrar pareja.

El séptimo estadio aparece cuando la persona alcanza la edad mediana, es el estadio de la fecundidad-estancamiento y en este estadio la persona busca la productividad, tanto en el trabajo como en la familia, formando la suya propia y teniendo hijos.

El último estadio de la vida según la teoría psicosocial de Erikson es el que más interesa en este proyecto, no sólo porque es el estadio que engloba a la población objeto de esta Tesis Doctoral, sino porque además Erikson engloba este estadio como función y producto de todos los anteriores. Erikson considera que lo que ha sido la persona condiciona su vejez, y esto es una parte muy importante de nuestra investigación, ya que consideraremos que la vivencia de la vejez en relación al físico propio está condicionada por el físico de la juventud. El octavo estadio se da en la ancianidad, cuando muchos de sus esfuerzos personales están cerca de cumplirse, este es el periodo de sabiduría-desesperación, la sabiduría o integridad significa la capacidad de aceptar los hechos de la propia vida y de afrontar la muerte sin gran temor. Sabiduría sería la virtud que permitiría a las personas mayores mostrar un tipo de preocupación informada y desprendida por la vida frente a la posible muerte.

Según Erikson, es mucho más probable que las personas salgan desesperanzadas de la crisis de la sabiduría frente a la desesperación, que en otros estadios de la vida. Si el sujeto no consigue llegar a la integridad del ego contemplarán su vida como una serie de oportunidades perdidas y caminos erróneos.

Las personas mayores que han conseguido una sensación de sabiduría o integridad contemplan sus vidas con satisfacción.

La imagen corporal podría llegar a ser un gran reflejo de esta crisis que Erikson nos comenta, ya que el cuerpo refleja como ninguna otra cosa lo que hemos perdido en el devenir del tiempo.

#### 2.3.4. El Envejecimiento como máscara (Gubrium 1978, 1986, 2005)

Gubrium (1986, 1986, 2005) a través de sus estudios con la imagen corporal de personas mayores llegó a la conclusión de que en la mayoría de las personas en proceso de madurez la persona deja de identificarse con la imagen que recibe del espejo y la percibe como una “máscara” de su “auténtico yo interior” que permanece joven y oculto detrás de la máscara de la vejez.

Esta teoría postula que la persona no solamente interiorizaría un “yo real” en relación con el cuerpo y un “yo ideal” al que intenta acercarse a lo largo de la vida. Existiría un “yo óptimo” que representaría aquella imagen que recibió del espejo en mejores ocasiones y que representa la mayor autorrealización de la persona, por decirlo de alguna forma, la forma más pura de sí mismo, ésta imagen es la que elige la persona para identificarse en la juventud y permanece relativamente estable en la madurez y la vejez, es decir, no se da una actualización completa de esta imagen con los años, solamente se daría una actualización funcional.

Un motivo por el que podría darse este efecto de envejecimiento como máscara es la gran importancia que tiene el aspecto físico para la formación del “yo” de una persona. La persona no identifica a su cuerpo como envoltorio o continente de su “yo” sino como una parte esencial de este “yo” que permanece inalterable a lo largo de su vida, y la persona acaba atribuyendo a la imagen de su “yo” las mismas características de inalterabilidad propias del “yo”.

#### 2.3.5. La “Ventana de Johari” de Luft e Ingham (1961)

Luft e Ingham (1961) desarrollaron la teoría de la “Ventana de Johari” para describir las lagunas existentes en la comunicación humana. Proponían hacer visibles aquellas áreas tradicionalmente ocultas para la persona y para los demás para mejorar la comunicación. Su papel para la vivencia de la vejez es el de explicar cómo al desconocimiento sobre la opinión de los demás sobre la persona mediatiza de forma negativa las posibilidades de comunicación y fomenta las expectativas negativas ante las interacciones sociales. Este modelo teórico pretende describir el proceso de la interacción humana a través de un cuadro de doble entrada con cuatro ventanas o casillas. Estas cuatro ventanas dividen el conocimiento personal en



cuatro tipos en cuatro cuadrantes: abierto, ciego, oculto, y desconocido. Ver Cuadro 7 que se presenta a continuación.

Cuadro 7. La ventana de Johari (Luft e Ingham, 1961)

| PARTE DE UNA PERSONA  | CONOCIDO POR UNO MISMO | NO CONOCIDO POR UNO MISMO |
|-----------------------|------------------------|---------------------------|
| CONOCIDO POR OTROS    | 1. ABIERTO             | 2. CIEGO                  |
| NO CONOCIDO POR OTROS | 1. OCULTO              | 4. DESCONOCIDO            |

En este modelo cada cuadrante describe un área de conocimiento de la persona:

1. El cuadrante "*abierto*" representa las cosas que todos conocen. Las que la persona sabe de sí misma y que el otro también conoce. Este cuadrante está vacío para personas que se acaban de conocer y se va llenando con la interacción social entre ellos.
2. El cuadrante "*ciego*" o "*no percatarse de*" representa las cosas que el otro sabe o cree saber sobre la persona, pero de las cuales ésta es inconsciente. En multitud de ocasiones las personas se angustian pensando en multitud de cosas negativas que cree que los otros piensan de ella, sin percatarse que también suelen existir cosas positivas.
3. El cuadrante "*oculto*" representa aquello que la persona conoce de sí misma y que el otro desconoce. Conforme dos personas ganan confianza entre ellas este cuadrante suele reducirse de contenidos pasando al cuadrante 1.
4. El cuadrante "*desconocido*" representa aquello desconocido para la persona y el interlocutor. Al colocarse las personas en situaciones nuevas se pueden revelar a ambos interlocutores información desconocida por ambos.

### 2.3.6. La Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962, 1975)

La Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962, 1975) es un modelo teórico cognitivo en el que se explica como el mantenimiento de creencias irracionales por una persona asociadas a sí mismo, al mundo y al futuro, pueden provocar, debido a la irrupción de un acontecimiento adverso, importantes problemas emocionales. En este modelo se refleja con claridad las

trampas a las que somete el pensamiento humano a la persona y la necesidad de aplicación de la lógica y el pensamiento racional para su superación. Las personas desarrollan creencias sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, disfuncionales, es decir, no son realistas, ni plausibles. Estas creencias forman parte del psiquismo de la persona hasta que un hecho disruptor hace que esas creencias pasen a tomar protagonismo y despierten en la persona expectativas sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro muy negativas, que le lleva a emociones negativas como la ansiedad o depresión. Las creencias disfuncionales se reconocen porque son: dogmáticas, absolutas y se expresan en forma de obligación, necesidad imperiosa o exigencia ("Tengo que", "Estoy obligado a", "Debería") y a través de la terapia propuesta por Ellis se transforman en creencias realistas, que se caracterizan por ser relativas, probabilísticas y se expresan en forma de deseos ("Me gustaría que", "Sería mejor si", "prefiero"). El modelo se muestra en la figura 10 que se presenta a continuación.

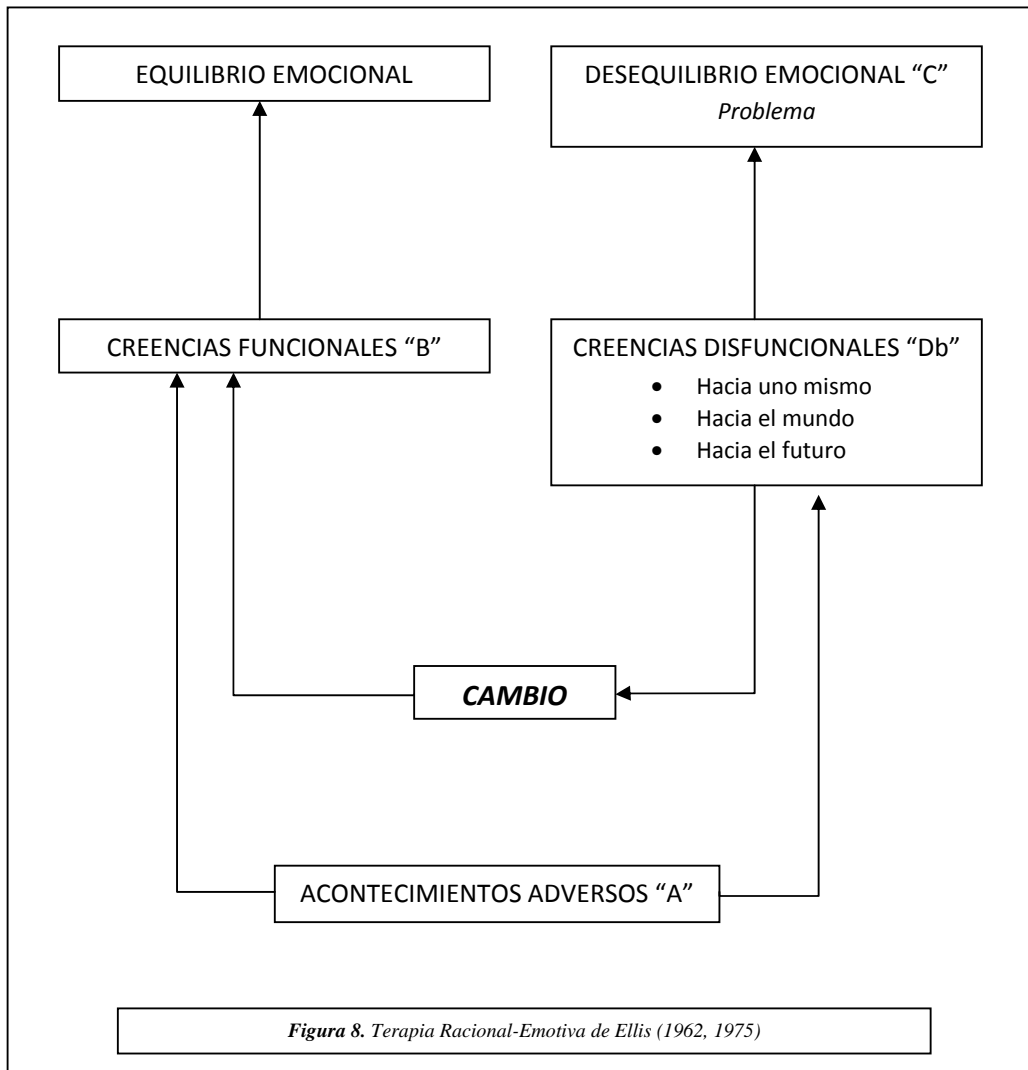


Figura 8. Terapia Racional-Emotiva de Ellis (1962, 1975)



La Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962, 1975) explica los problemas emocionales que aparecen en la vejez a través del cumplimiento de su proceso. El reconocimiento de la vejez propia enfrentaría a la persona con las creencias disfuncionales desarrolladas a lo largo de su vida con relación a la vejez y a los objetivos a cumplir con su vida derivando en los problemas emocionales que aparecen en esta etapa de la vida.

## **2.4. Conclusiones a la revisión del conocimiento científico actual en psicología de la vejez a la hora de afrontar la investigación**

La revisión del conocimiento científico actual de la psicogerontología y la psicología de la vejez sirve para hacer un correcto enfoque de la investigación y mejorar la validez del programa diseñado, ya que esta revisión garantiza que se tienen en cuenta todas las circunstancias y características de los mayores a la hora de desarrollar el proyecto.

Como primeras conclusiones a esta revisión del conocimiento científico relativo a la psicología de la vejez y la psicogerontología se debe exponer que todos los enfoques, incluidos los que ya están en desuso en la actualidad, tienen su parte de verdad científica y en algunos aspectos resultan muy útiles para la investigación, por lo que no se debe descartar ninguno a la ligera. El tipo de investigación que se llevará a cabo es muy ecléctica y en ella entrarán multitud de factores que necesitarán de la información que se pueda aportar desde diversos enfoques y desde distintas ciencias como lo serán la psicología, la sociología o la medicina. No obstante, por su amplio enfoque en diversas influencias que afectan a la vejez, por su actualidad, y por su complejidad a la hora de interpretar los resultados, algunos modelos y teorías resultarán más útiles que otros, entre ellos se debe destacar los siguientes.

Resulta sumamente interesante todo lo relativo a la aproximación teórica sociopsicológica, sobre todo porque esta investigación se centra en estos dos campos científicos, y en concreto la *Teoría del Afrontamiento* de Brandstädter y Grever (1994) y las teorías del control primario y secundario. Estas teorías postulan que la persona mayor ante las dificultades vistas como pérdidas debidas a la edad, intentará adaptarse a las nuevas situaciones mediante estrategias asimilativas o estrategias acomodativas, o intentan ejercer un control primario o secundario. Las primeras se dirigen a cambiar la situación negativa ya sea buscando otras fuentes de satisfacción alternativas o luchando contra la dificultad directamente y las estrategias acomodativas se dirigen a la moderación de las expectativas y las metas creadas para adecuarse a los cambios. Estas estrategias de afrontamiento y de control descritas serán manifestadas y usadas por los mayores que comienzan a ver como los signos de la edad comienzan a hacer mella en la imagen física de su cuerpo de manera inevitable.

También resulta muy interesante la teoría dialéctica de Baltes (1997) de SOC, ya que explica algunos motivos por los cuáles es vivida de forma negativa la vejez en algunas personas, y pone de manifiesto que estas personas deben reestructurar sus sistemas de compensación de pérdidas y ganancias durante la vejez para no sentirse perjudicados por su momento vital.

Por lo que respecta a los modelos teóricos, se podría decir algo muy similar a lo anterior, también se pueden considerar todos los modelos útiles en algún momento de la investigación, aunque el que podría resultar más importante, y en el cuál más se van a basar las conclusiones, será el *Modelo del Ciclo Vital o Life Span*. Este modelo postula que para entender el envejecimiento de un sujeto, grupo o sociedad, debemos tener en cuenta multitud de factores desde diversos ámbitos, como el factor biológico, el social, el psicológico o el histórico, por nombrar algunos de los más importantes, además de la interacción de los mismos. Esta estructura se adapta a la perfección a la complejidad del mapa de elementos que forma la imagen corporal de la persona mayor que funciona como sistema a la hora de valorar el aspecto físico.



## **CAPÍTULO 3. Revisión de la actualidad de la investigación científica en imagen corporal y psicología de la vejez**

Este capítulo consta de tres apartados principales dedicados a la investigación en imagen corporal, a la investigación de la imagen corporal en la vejez, y a la investigación en programas de intervención en mejora de la imagen corporal. Las razones de esta división se deben atribuir a que esta investigación se coloca en un ámbito poco transitado por la investigación científica, formado por la confluencia de los campos de la imagen corporal y de la psicología de la vejez. Se hace necesario tener en cuenta, tanto la forma de investigar, como la propia historia de la investigación en ambos campos para que podamos situar esta investigación en el lugar que le corresponde en los dos ámbitos a lo largo de los dos primeros apartados. El tercer apartado hace referencia a los aspectos que se deben tener en cuenta la forma de creación de los programas de mejora de la imagen corporal a la hora de diseñar y elaborar un programa válido y actual para mejorar la imagen corporal. Por último se cierra el capítulo con la elaboración de las conclusiones elaboradas a partir de la información expuesta en este capítulo sobre las investigaciones de actualidad.

La información de las investigaciones ha sido extraída de bases de datos informatizadas (PsycINFO, MedLine y Sociological Abstract) de los últimos cuatro años, es decir desde 2004 a 2007.

### **3.1. Actualidad de la investigación científica en Imagen Corporal**

Los estudios científicos de actualidad en imagen corporal se dividen en dos grandes categorías, por un lado los que están relacionados con el trastorno dismórfico y, por otro lado, los que se relacionan más con la satisfacción corporal. Esta clasificación es una división artificial para facilitar la comprensión ya que en muchos estudios ambos temas están interrelacionados.

#### **3.1.1. Estudios actuales relacionados con el trastorno dismórfico**

Sanchez-Carracedo et. al. (2004) decidieron analizar la utilidad del tratamiento cognitivo conductual para el trastorno dismórfico con estudiantes de la universidad Autónoma de Barcelona en España. Utilizaron el BSQ (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987), el



examen del trastorno dismórfico corporal (Rosen y Reiter, 1995), el examen de trastorno alimentario (Fairburn, Marcus y Wilson, 1993), la escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1979), las existencias de síntoma breves (Degoratis y Spencer, 1982) y las existencias de depresión de Beck (Beck et. al. 1961). El estudio analizó los pormenores del éxito o el fracaso del tratamiento en profundidad confirmando globalmente su eficacia valorando las medidas utilizadas. A través de este estudio se aprecia como el tratamiento cognitivo-conductual es el de mayor eficacia y más utilizado para los problemas relacionados con la imagen corporal.

Raich (2004), en su investigación *“Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal”* analiza algunas de las definiciones tradicionalmente utilizadas de la imagen corporal, las preocupaciones exageradas, y el Desorden dismórfico corporal. Analizó las características clínicas de este desorden así como las quejas más frecuentes acerca de la apariencia. Estudió la relación entre el Desorden dismórfico corporal y el nivel de amor propio, la identidad del género, la ansiedad y la depresión interpersonales. Finalmente presenta algunas perspectivas futuras del estudio de este desorden, después de que el análisis de los estudios llegue a la conclusión de que la presión hacia el ideal social de belleza es más grande en mujeres que en hombres. A través de este estudio se puede observar cómo los factores sociales tienen gran relevancia sobre el desarrollo de problemas relacionados con la imagen corporal.

Grant, Menard y Phillips (2006) hallaron una incidencia muy alta en pacientes con trastorno dismórfico de la alteración de rascarse la piel de forma patológica. Concluyen que este factor podría ser de gran relevancia para investigar el trastorno dismórfico y recomiendan prestarle la debida atención científica.

Bellino et. al. (2006) investigaron la relación entre trastornos de personalidad y síntomas dismórficos en un grupo de 66 pacientes de cirugía estética. Encuentran una relación estadísticamente significativa entre las personas que acuden a la cirugía estética a resolver problemas imaginarios y rasgos de personalidad paranoide. Este estudio se centra en las implicaciones sobre la preocupación corporal de los trastornos de personalidad, reflejando que la imagen corporal es una de las mayores preocupaciones sociales.

Grieve (2006) realiza en su investigación un modelo conceptual de desarrollo de la reciente subcategoría del trastorno dismórfico denominada como dismorfia muscular, se trata de una preocupación excesiva por el aspecto muscular, que se da más comúnmente en varones y que está en franca progresión en nuestra sociedad. Grieve establece relaciones entre nueve factores que explican su modelo. La importancia de este estudio radica en que muestra las nuevas tendencias sociales, que desarrollan nuevos patrones de enfermedades mentales relacionadas con la imagen corporal, a nuevos colectivos sociales que tradicionalmente estaban alejados de estas preocupaciones.



Phillips, Didie y Menard (2007), realizaron un estudio para profundizar en el conocimiento científico de las relaciones entre el trastorno dismórfico y el trastorno depresivo severo, que se presentan muy comórbidos. Concluyeron en su estudio que existe una gran relación entre el trastorno dismórfico y el trastorno depresivo severo en multitud de aspectos, lo que indica que tienen patrones de origen y desarrollo comunes. Este estudio carecía de grupo de control por lo que sus resultados se deben generalizar con sumo cuidado. La importancia de este estudio radica en que corroboran las importantes relaciones del estado de ánimo y la autoestima con la imagen corporal.

El estudio de Kittler, Menard y Phillips (2007) sobre las características de los pacientes de trastorno dismórfico con preocupaciones de peso concluyó que los pacientes de trastornos dismórfico con preocupaciones de peso tenían un perfil más joven, tenían más zonas corporales que les preocupaban, presentaban muchos más síntomas con un nivel mayor de ansiedad y presentaban síntomas más graves. Este estudio relaciona imagen preocupación corporal y juventud, considerando la edad como un factor decisivo para valorar la gravedad de los síntomas.

### **3.1.2. Estudios actuales sobre satisfacción corporal**

Annis, Cash y Hrabosky (2004) hicieron un estudio científico con el objetivo de analizar el papel de estigmatizar las experiencias relacionadas con la imagen corporal. Realizaron un estudio con 165 mujeres de peso medio estable, con sobrepeso y con historial de sobrepeso pero actualmente de peso medio. Los resultados indicaron que el grupo con mejor satisfacción corporal y autoestima era el de peso medio estable y el peor el de las mujeres obesas, las mujeres con historial de sobrepeso podrían arrastrar complejos y traumas de adolescencia y juventud como el de la *"grasa fantasma"* que las estigmatizaran en la actual vivencia de su cuerpo dados los resultados obtenidos. Este estudio refleja la importancia de los roles aprendidos y la baja autoestima en la infancia relacionada con la imagen corporal. Se muestra cómo es muy difícil desprenderse de los complejos corporales, mucho más allá de haber abandonado los rasgos que los originaron, sin ayuda especializada y sin seguir un programa psicológico destinado a tal efecto.

Pole, Crowther y Schell (2004) estudiaron la satisfacción corporal de las mujeres casadas teniendo en cuenta la influencia de su estado civil y la opinión de sus maridos. En sus conclusiones destacaron que los comentarios relativos al aspecto corporal de sus maridos hacia ellas y la impresión general de sus maridos hacia ellas eran los principales focos de insatisfacción corporal de las mujeres casadas. Este efecto se reducía considerablemente si la valoración del marido por parte de su esposa era predominantemente negativa. En este estudio se refleja con claridad como el estado civil, la vida cotidiana, y la opinión referente al aspecto corporal de las personas cercanas se revelan como factores de importancia sobre la imagen corporal.

Fingeret y Gleaves (2004) analizaron las influencias socioculturales, feministas y psicológicas sobre la insatisfacción corporal en mujeres revisando la manera en la que el conocimiento e interiorización de los ideales de belleza, la ideología feminista, y la autoestima afectan la insatisfacción corporal. Un objetivo principal del estudio era probar un modelo de mecanismos de defensa potenciales contra la interiorización de los ideales de belleza. El programa de LISREL 8.5 fue usado para efectuar los análisis de modelado estructurales sobre los modelos teóricos propuestos. Los resultados respaldaron las conclusiones previas respecto al papel influyente de variables socioculturales sobre la insatisfacción corporal en las mujeres. En particular, la interiorización mediaba la relación entre el conocimiento y la insatisfacción corporal. La ideología feminista y la autoestima no funcionaban como mecanismos de defensa contra la interiorización. Sin embargo, la autoestima parecía afectar a la insatisfacción corporal directamente. El estudio se realizó con mujeres de 18 a 64 años. En las conclusiones de este estudio se refleja la importancia de la interiorización de los modelos sociales de belleza, ya que es esta interiorización la que realmente distingue a las personas más obsesionadas con su imagen, mucho más allá de sus ideologías, estatus social o nivel educativo.

Según Kim (2004), el peso corporal, la imagen corporal, el uso de dietas, la ganancia de peso y la actividad física tienen papeles importantes en la salud mental y física, y en su investigación ha intentado comprender qué condiciones sociales ayudan a que estos factores prevengan la enfermedad y promuevan la salud teniendo en cuenta un factor poco estudiado, la religión. Los datos de encuesta de un estudio nacional de desarrollo de madurez (MIDUS, n = 3032) y de una muestra de la comunidad de Nueva York del norte del estado (n = 546) fueron analizados para revisar las relaciones entre los factores antes citados. Variables psicosociales, como el apoyo social, el estrés, y la autoestima también eran revisadas como mediadores o moderadores en estas relaciones. Las regresiones múltiples fueron dirigidas por separado por el sexo, controlador para las variables demográficas. En general, la mayoría de las relaciones entre religión y estos factores de salud relacionados no eran estadísticamente importantes. Sin embargo, hombres protestantes conservadores eran aproximadamente cinco libras más pesados que los hombres que no mostraban ninguna preferencia religiosa en la muestra nacional. Este factor, junto con el hábito de fumar, explican una gran parte de esta relación entre religión y el peso corporal. En mujeres la dedicación religiosa fue relacionada con una subestimación del peso corporal en la muestra, y la adopción de ateísmo o agnosticismo estaba relacionada con la satisfacción corporal reducida y aumento del hábito de hacer dieta. Estas diferencias notables entre la religiosidad a favor y en contra en sus relaciones con la satisfacción corporal y hacer dieta enfatizaron la naturaleza multifacética de la religión. La religión redujo la magnitud de la relación entre la autoestima y la satisfacción corporal en la muestra, indicando que la religión puede promocionar y promover una elección diferente de modelos corporales a adoptar. Yendo más lejos, en mujeres, la dedicación religiosa más intensa fue relacionada con más actividad física. También había diferencias importantes en el peso según la secta religiosa a la que se perteneciera. El estudio concluye que la religión es un



factor importante a la hora de valorar la imagen corporal, la satisfacción corporal y la autoestima de una persona.

El estudio del matrimonio Markey (2004) sobre la satisfacción corporal de las mujeres casadas, teniendo en cuenta el papel que cumplen sus maridos, analizó a 172 mujeres estadounidenses y europeas (edad media = 37.53 años). Los resultados indicaron que las esposas estaban mucho más insatisfechas con sus cuerpos que sus maridos y que las esposas pensaban que sus maridos estaban mucho más insatisfechos con sus cuerpos de lo que los maridos en realidad pensaban de ellas. Este estudio parece reflejar que la preocupación por el aspecto es un aspecto desconocido por otras personas, incluso por las más cercanas. Parece ser un factor muy personal y privado. Por otra parte este estudio refleja, al igual que la mayoría de estudios similares, que el sexo y estado civil son factores de gran interés a considerar para una investigación sobre imagen corporal.

McCabe, Ricciardelli y de Lina (2004) realizaron una revisión de las investigaciones anteriores sobre la satisfacción corporal de los hombres a lo largo de su ciclo vital. Según esta revisión la insatisfacción corporal masculina ha sido relacionada con ajuste psicológico deficiente, los trastornos alimentarios, el uso de esteroides, la dependencia de ejercicio, tanto como otros comportamientos relacionados con la salud. Es por lo tanto importante comprender el nivel de la insatisfacción corporal, tanto como los factores que están relacionados con este concepto. La evaluación se divide en tres secciones: la insatisfacción corporal entre niños, adolescentes y adultos. Los resultados indican que hay semejanzas poderosas en los niveles de la insatisfacción corporal de niños y niñas, con la mayoría de los niños mostrando altos niveles de satisfacción corporal. Durante la adolescencia, los niños están aproximadamente divididos entre querer perder el peso y ganar peso, pero hay pocos estudios que han revisado el deseo de ganar músculo en adolescentes. En la vida adulta los hombres en cambio desean en su gran mayoría perder peso a través de la revisión de la mayoría de estudios, aunque hay un porcentaje significativo de hombres satisfechos con su peso y su cuerpo. Este estudio valora la preocupación corporal masculina en un estudio longitudinal con datos secundarios, arrojando luz sobre la evolución de la preocupación corporal de los hombres a lo largo de su vida, aspecto tradicionalmente poco estudiado desde el ámbito científico.

En el estudio de Hawkins et. al. (2004) el propósito fue revisar los efectos de la exposición al ideal de belleza basado en la delgadez corporal sobre las emociones de mujeres, la autoestima, la satisfacción corporal, síntomas de trastorno alimentario, y nivel de la interiorización del ideal de belleza basado en la delgadez experimentalmente. Se expuso al azar a mujeres universitarias (n = 145) a las revistas populares que contenían fotografías con ideales de belleza delgados o fotografías neutras. La exposición a fotografías con ideales de belleza delgados incrementó la insatisfacción corporal, el aumento de emociones negativas y el empeoramiento de la autoestima, aunque no causó más interiorización del ideal de belleza

basado en la delgadez. Según este estudio, la exposición a fotografías con ideales de belleza basado en la delgadez podría colaborar en el desarrollo de los trastornos alimentarios causando la insatisfacción corporal, los cambios de humor negativos, la baja autoestima, y síntomas de trastornos alimentarios entre mujeres. El mayor interés de este estudio para esta Tesis Doctoral radica en la consideración de que la interiorización del ideal de belleza basado en la delgadez es muy estable y poco dependiente de las observaciones de la actualidad, pero influye decisivamente en el desarrollo de los problemas psicológicos relacionados con la imagen corporal. Parece determinante intervenir sobre la imagen corporal antes de que se genere la interiorización del ideal de belleza porque después la intervención será mucho más compleja.

Markey (2005) en su estudio estadístico con hombres jóvenes halló que la adopción de una dieta sana o poco saludable indistintamente se asocia a una baja imagen corporal al igual que sucede con las mujeres, aunque también encontraron que los motivos para realizar la dieta eran distintos. Este estudio refleja las diferentes socializaciones existentes entre sexos en la sociedad occidental actual y la fuerte conexión existente entre baja autoestima, mala alimentación e imagen corporal negativa.

Dittmar (2005), realiza una amplia revisión de estudios científicos de psicología social y clínica sobre imagen corporal. Dittmar muestra como se trata de un campo de estudio en franco avance y de gran actualidad, donde la hipótesis más reflejada en los estudios es la hipótesis de la presión sociocultural hacia un ideal de belleza basado en la delgadez. Este estudio refleja que el campo de estudio de la imagen corporal es un campo de actualidad científica y que las nuevas tendencias abren nuevas vías de investigación como la que ocupa el estudio que se realiza en esta Tesis Doctoral. Por otro lado, la presión sociocultural sobre el ideal de belleza basado en la delgadez se confirma como de gran importancia para la investigación científica actual.

Lebovitz (2005), elaboró un estudio en el que analizó varios aspectos de las personas que participaban en programas de pérdida de peso a largo plazo de edades comprendidas entre 30 y 75 años, analizando varias variables de personalidad y sociales encontró que las emociones positivas y la satisfacción corporal se relacionaban positivamente con la pérdida de peso mucho más que las emociones negativas con la ganancia de peso. Las conclusiones de este estudio llevan a la necesidad de profundizar en la etiología y factores implicados en la conexión entre pérdida de peso y emociones positivas desde diversas áreas científicas.

McKinley y Randa (2005) realizan un complejo estudio con 133 mujeres de diferentes edades. Las prepararon para recibir relaciones de amistad o relaciones amorosas con amigos. Concluyeron que en ambos casos mejoraba la apreciación de su aspecto con las relaciones, no obstante la única variable que mejoraba la imagen corporal por separado en las mujeres donde se fomentaba la relación romántica era el control constante de las proporciones de su



silueta. Las conclusiones de este estudio llevan a interpretaciones complejas sobre el rol social que esconde el control del peso en las mujeres, ya que si solamente se cumpliera un objetivo social y de interacción afectiva se debería mejorar la imagen corporal en tales condiciones. Parece más bien que el control de la silueta se aleja de la función social y entra, al menos en parte, en terreno propio de la identidad y del autoconcepto, situación que suele darse en el caso de los trastornos de la alimentación severos como la anorexia y bulimia nerviosas, aunque es necesario profundizar mejor en estas ideas.

Lattimore y Caswell (2005), para confirmar la tesis de Pietrowsky, Straub y Hachl (2003), según la cual las personas con insatisfacción corporal se sienten más insatisfechas con su aspecto después de comer que antes de comer, realizó su estudio a través de valoraciones con siluetas corporales. Encontró apoyo parcial a la tesis de Pietrowsky et. al. (2003) en lo que respecta a que la insatisfacción corporal es mayor después de la ingesta de la comida, aunque no apreciaron diferencias en la discrepancia entre el cuerpo apreciado y la silueta deseada, lo que aconseja un estudio en mayor profundidad para aclarar la cuestión.

En el estudio cualitativo desde una óptica dinámica de Lener (2005), sobre la incidencia de la relación madre-hija sobre la percepción del propio cuerpo femenino, se analizaron nueve variables sobre pacientes de trastornos alimentarios. Se concluyó que la variable más influyente sobre la percepción del cuerpo de la hija es la interiorización del reflejo que aprecia en sí misma de su madre. Lener valora que estos resultados deberán ser evaluados cuantitativamente y recomienda a su vez un estudio transcultural de la cuestión. Este estudio parece reflejar la importante influencia de la familia y la identificación con sus miembros superiores para valorar el propio cuerpo e hipotetizar sobre su posible evolución.

Hinkamper (2005) analizó la hipótesis contraria a la más aceptada y extendida de que los ideales de belleza promovidos desde los medios de comunicación tenían una influencia negativa sobre la apreciación del cuerpo de las mujeres, al hacer con esos cuerpos ideales contraste con el propio. Hinkamper (2005) hipotizó que estos ideales provocaban una asimilación de los mismos en las mujeres que favorecía que mejorara la visión de su cuerpo. En su estudio concluyó que la valoración en ámbitos confidenciales (en contra de los ámbitos públicos) apoyaba su hipótesis y lo argumentó justificando que está cambiando la forma de comparar el cuerpo propio con estos ideales de las mujeres de hoy en día y que la elección de la comparación que realizan las mujeres suele reflejar sus virtudes y preferencias. Este estudio refleja un punto de vista distinto al tradicional para enfocar una investigación sobre imagen corporal, valorando, no las preocupaciones, sino las estrategias que suelen utilizar las personas para hacer frente a sus propias preocupaciones y miedos.

El estudio de Strong (2005) investigó la satisfacción corporal de 110 hombres expuestos a fotos de ideales de belleza masculinos delgados y musculados. El estudio concluyó que la satisfacción corporal global, la satisfacción con el tono muscular y la satisfacción por el

aspecto de algunas partes de cuerpo se redujeron considerablemente en presencia de estos modelos masculinos de belleza provenientes de medios de comunicación.

El estudio de Robinson (2005) analizó la forma de vestir, la catexis corporal y el manejo de la apariencia de mujeres enroladas en un programa de pérdida de peso comercial, concluyendo que a mayor pérdida de peso, mayor catexis del cuerpo y mayor uso de ropas ceñidas. El uso de ropas ceñidas se asociaba a una mejora de la satisfacción corporal, con lo que se concluye que el éxito de una dieta de adelgazamiento contribuye indirectamente a la mejora de la satisfacción corporal. Este estudio refleja cómo las conexiones existentes entre la satisfacción provocada por el éxito de una dieta influyen sobre el estado de ánimo de una persona y cómo esta influencia puede no ser directa sobre la satisfacción corporal.

Cash (2005) realizó un estudio titulado *“La influencia de los factores socioculturales en la imagen corporal: Buscando constructos”* pretendiendo Investigar los determinantes del desarrollo de la imagen corporal, su funcionamiento y sus implicaciones con otros aspectos de bienestar psicosocial. Cash, tomando como referencia el metanálisis realizado por Cafri, Yamamiya, Brannick, y Thompson (2005), valoró la influencia de las variables socioculturales en la imagen corporal concluyendo que tienen correlación con la dimensión básica de la evaluación de la imagen corporal. Su trabajo levanta y refuerza las preguntas importantes acerca de la definición y la medida de la influencia de los constructos socioculturales en la imagen corporal.

Frederick, Peplau y Lever (2006) realizaron un estudio estadístico descriptivo sobre la satisfacción con el propio cuerpo de más de 50.000 personas centrando su estudio en la preocupación con la silueta en traje de baño. En este estudio se apreciaron numerosas diferencias entre sexos, edades e índices de masa corporal, respondiendo de forma muy distinta hombres y mujeres. La percepción corporal en traje de baño es importante porque es la situación más temida por aquellas personas preocupadas por la imagen corporal, al ser una situación de exposición evidente del propio cuerpo ante los demás. Este estudio refleja aquellos los factores más importantes a la hora de la satisfacción corporal, como el sexo la edad.

Willinge, Touyz y Charles (2006) realizaron un estudio para evaluar que era lo que determinaba que las mujeres y los hombres se sintieran satisfechos con su cuerpo. Los sujetos experimentales valoraron la delgadez de las celebridades. Descubrieron cómo las personas insatisfechas valoraban a las celebridades como más delgadas de lo que eran en realidad, mientras que las personas más satisfechas con su aspecto eran más exactas y tendían a sobreestimar la silueta de las celebridades. Estos autores concluyeron que las malas percepciones de las medidas de las celebridades partían de una insatisfacción corporal previa. En este estudio se muestra cómo en multitud de ocasiones una imagen corporal negativa



conlleva una mala percepción de las medidas corporales propias y ajenas que refuerzan su propia preocupación corporal.

El estudio de Bottamini y Ste-Marie (2006) examinó la imagen corporal de once hombres jóvenes a través de sus percepciones, motivaciones y conductas desde un punto de vista cualitativo. Utilizaron dos entrevistas semiestructuradas utilizando fotografías de cuerpos de hombres como inspiración para las respuestas de la entrevista. El estudio concluye que el ideal sexual y el cruce de géneros influye decisivamente en la valoración del cuerpo del hombre. Este estudio refleja la importancia del rol de género para la imagen corporal, de tal manera que la identificación de una imagen o acción a un determinado género hace que la persona lo acepte o rechace.

En el estudio del matrimonio Markey (2006), en el que analizaron a 95 parejas heterosexuales jóvenes, concluyeron que las mujeres insatisfechas con su aspecto tendían a pensar más fácilmente que sus parejas las querrían ver más delgadas de lo que realmente querían verlas, además hallaron correlación positiva entre el tiempo de relación y la distorsión perceptiva con la opinión de sus parejas. Estas conclusiones reflejan cómo la imagen corporal no es un tema que se comparta en una relación, e incluso correlaciona positivamente con el mayor conocimiento de la pareja. Las influencias de estas conclusiones sobre esta investigación son claras ya que los problemas relacionados con la imagen corporal no parecen resolverse con una relación de pareja positiva ya que suele ser un tema que no se aborda en la relación.

Kim (2006) realizó encuestas sobre religión, satisfacción corporal y la adopción de dietas a más de 500 coreanos. Este estudio encontró una relación estadísticamente significativa entre la baja satisfacción corporal con personas menos religiosas. Este estudio es una réplica del desarrollado en Nueva Cork dos años atrás por este mismo autor. La explicación a estos resultados parece estar en que la adopción de los valores propios de la religión por encima de la presión social hacia la belleza física ayuda a que estos valores ejercen de freno ante las presiones sociales y ayudarían a la persona a preservar una imagen corporal positiva de sí mismo y a no valorar cómo importante su aspecto físico.

Jakatdar, Cash y Engle (2006) realizaron un estudio sobre las distorsiones del pensamiento en relación a la imagen corporal. Según estos autores ningún instrumento valora específicamente las deformaciones cognoscitivas relacionadas a la imagen del cuerpo per se, a pesar de su significado teórico y clínico. La mayoría de las escalas cognoscitivas de la deformación pertenecen a la depresión, a la ansiedad, o a los desórdenes alimenticios. Por consiguiente, la Evaluación de 37 ítems de la *Assessment of Body-Image Cognitive Distortions* (ABCD) fue desarrollado y fue validado en este estudio con una muestra de 263 mujeres colegiales. El ABCD prueba ocho tipos del pensamiento distorsionado relacionado a cómo las personas procesan información acerca de su apariencia física. Dos formas paralelas de 18



items de la medida unidimensional fueron construidas también. Todas las formas fueron en suma internamente coherentes y liberan relativamente de responder de manera socialmente deseable. La validez convergente para todas formas de ABCD fue establecida al utilizar varias medidas estandarizadas de la imagen corporal y las actitudes alimenticias. El análisis de regresión múltiple mostró que el ABCD fue útil en la evaluación de la imagen corporal, de la inversión, y de preocupación excesiva por el peso. El ABCD predijo extraordinariamente bien la imagen corporal, la calidad de la vida y los problemas alimenticios mucho más allá de otros pronosticadores de la imagen corporal. Las mujeres más pesadas y las mujeres blancas fueron más proclives a las deformaciones cognitivas de la imagen corporal que mujeres más delgadas y mujeres negras.

## 3.2. Actualidad de la investigación científica de Imagen Corporal en la Vejez

En este apartado se pretende reflejar las investigaciones desde la psicología de la vejez y la psicogerontología en imagen corporal. Para facilitar la comprensión se dividirán los estudios entre los que están relacionados con la satisfacción corporal en la vejez y los que se centran en la satisfacción con la vejez en sí misma. Al igual que en apartado anterior, se debe insistir que estas dos categorías están creadas artificialmente ya que la mayoría de los estudios abordan ambas cuestiones.

### 3.2.1. Estudios actuales sobre satisfacción corporal en la vejez

El estudio de Callow (2005) con mujeres heterosexuales de entre 50 y 80 años concluyó que la satisfacción corporal a esas edades se puede predecir a través de la evaluación del control primario de la edad (control de la edad a través de la apreciación de señales directas como el físico, DNI, etc.) que tengan esas mujeres y a través del control secundario de la edad (control derivado de la apreciación de síntomas indirectos de la edad, como la apreciación de los otros, etc.). Solamente si tienen un control primario alto, valorando el control primario y secundario a través de la subescala dedicada a tal cuestión de Thompson et al. (1998). También se concluyó en este estudio que las creencias feministas de estas mujeres no tenían influencia sobre la satisfacción corporal.

Davison y McCabe (2005) estudiaron las relaciones entre la imagen corporal, y el funcionamiento social, psicológico y sexual de hombres y mujeres a lo largo de toda su vida (18-85 años) con una muestra de casi 500 personas. Sus resultados indican que la imagen corporal fue relacionada con la autoestima para todos los grupos de edad, aunque hubo excepciones. Las perturbaciones en imagen corporal se relacionaban con problemas sexuales entre hombres maduros y con depresión entre las personas mayores de ambos sexos. Por otra



parte, las perturbaciones de imagen corporal en hombres se asociaban más con problemas de relaciones interpersonales afectivas que en las mujeres. Para estos autores los resultados obtenidos demuestran que los aspectos sociales de la imagen corporal son importantes para comprender el funcionamiento psicológico en las últimas fases de la vida. Esta investigación refleja como las diferencias sociales entre géneros para la imagen corporal se mantienen durante la vejez, siendo la imagen corporal femenina más ligada a la belleza y a la comparación entre iguales, y la masculina más asociada a la fuerza física y al vigor sexual. Si ambos sexos se comportan igual durante la vejez en los temas relacionados con la imagen corporal, una intervención en imagen corporal durante la vejez no debe ser cualitativamente muy distinta que a otras edades.

Kozar (2005) realizó un interesante estudio sobre la evaluación de la relación de las actitudes hacia las imágenes de la publicidad y las autopercepciones en mujeres de edades avanzadas. Los datos fueron reunidos de 163 mujeres de 60 a 80 años. El estímulo presentado eran fotos de modelos de mediana edad y mayores a todo color. Los tratamientos de la edad fueron aplicados digitalmente a cada uno de los modelos, manipulándolos para que parecieran más jóvenes. Esta manipulación creó dos versiones de la edad de cada modelo. Los cuestionarios utilizados en este estudio fueron diseñados para medir los sentimientos de los participantes acerca de sí mismos, inclusive su autodiscrepancia de la apariencia y la satisfacción corporal, y sus creencias acerca de la atracción del aspecto del modelo. Los resultados indicaron que la muestra de mujeres más mayores tuvo una menor discrepancia entre su apariencia idealizada y su físico real. Los participantes tampoco parecieron ser influidos por ideales de los medios en su aceptación de sí mismos. En términos generales, las mujeres mayores estuvieron bastante satisfechas con sus cuerpos y mostraron menos preocupación por el aspecto. Los participantes que percibieron más similitud a los modelos indicaron una probabilidad más alta para comprar la ropa llevada por los modelos y valoraron la ropa del modelo como más de moda que los que percibieron menos similitud. Este estudio refleja una reducción en la preocupación por el aspecto físico en la vejez, aunque deja entrever algunos matices importantes para no considerar esta afirmación a la ligera. La discrepancia con el ideal físico pretendido y la valoración de su cuerpo como cercano a tal ideal es un factor muy importante. Si la persona no se percibe demasiado lejos del ideal que considera como más adecuado para sí mismo, seguramente tendrá mayor preocupación por la apariencia física, lo que parece reflejar que no es la edad la que hace abandonar las preocupaciones sobre su apariencia física, sino el prolongado deterioro físico que provoca la pérdida de las expectativas de mantenerse cerca a su ideal. En definitiva, la función que cumple el factor edad en edades avanzadas sobre la imagen corporal es imposible de comprender sin tener en cuenta otros factores interrelacionados.

### 3.2.2. Estudios actuales sobre la satisfacción con la propia vejez

Mares y Fitzpatrick (2004) en su estudio por capítulos, dedicaron todo un capítulo a la satisfacción con la vejez de los mayores. Este capítulo examina varios aspectos de comunicación interpersonal en las relaciones cercanas de personas mayores. La discusión se enfoca en los temas siguientes: las implicaciones del estado civil, la calidad marital en la vejez y el impacto de transiciones importantes en la vida posterior, influencias de la jubilación en la relación de pareja, el efecto de niños que marchan del hogar (y los efectos de la falta de hijos en la vejez), y el cuidado prolongado de un esposo dependiente. La actividad y la satisfacción sexual en la vejez y comunicación dentro de la relación de la pareja mayor fueron también consideradas. Se trata de un estudio descriptivo en profundidad de la realidad de la población anciana donde se refleja que los factores anteriores se combinan de formas diferentes para derivar en el estado emocional de la persona mayor, pero que su forma de valorar su situación persona no difiere cualitativamente de la de una persona de menor edad.

Gubrium y Holstein (2004), en su reflexión sobre el curso de la vida, concluyen a través del estudio de los enfoques científicos, sociales y convencionales sobre el interaccionismo social, que las etapas de la edad y la vida pueden llevar múltiples significados, esos significados surgen de la interacción social y los significados de la edad y que en el curso de la vida son refinados y son reinterpretados a la luz de las definiciones sociales de las situaciones que apoyan a la experiencia a través del tiempo. A través de este estudio se observa cómo los roles concedidos a las personas mayores en la sociedad occidental actual tienen su reflejo sobre su estado anímico, ya que basan sobre estos significados la valoración de su estado actual, incluyendo la valoración corporal y de apariencia física.

El propósito del estudio de Aberg et. al. (2005) era el estudio de los factores relevantes en las personas mayores personas para la mejora de su satisfacción vital, durante y después de la rehabilitación por problemas que requieran pérdida de independencia. Quince personas de entre 80-94 años fueron entrevistadas en el hospital y en 2 ocasiones de seguimiento después de la baja. La valoración de la función motora fue usada para los propósitos descriptivos. Tres temas resultaron de gran relevancia para la satisfacción vital: la actividad, la independencia y la adaptación. Actividad e independencia fueron consideradas como las más importantes para la satisfacción vital. Las preferencias de actividad básicas estaban relacionadas con el cuidado del cuerpo propio y a los contactos sociales. El control y la influencia sobre la ayuda y los servicios sociales fueron también valorados como importantes. Las estrategias que fueron usadas para la adaptación a las consecuencias de la enfermedad fueron: la reorganización, la interacción con cuidadores la adaptación mental y las actividades mentales (el pasatiempo y el escape). Aquellos con funciones motoras deficientes limitaron sus preferencias de actividad. Una conclusión clave es que los buenos recuerdos fueron recordados activamente en un esfuerzo de conseguir la satisfacción vital en curso. Esta estrategia de adaptación creó un sentido de la satisfacción vital, no obstante refleja un riesgo potencial para ocultar la



insatisfacción con las condiciones vitales. Los autores sugieren, según los resultados, estrategias para mejorar la satisfacción vital entre personas mayores en la rehabilitación. La importancia de este estudio radica en la valoración que se aprecia de la utilidad de la reminiscencia de épocas mejores para mejorar la satisfacción vital de la persona mayor.

Schilling (2006) en su investigación estudió la paradoja relacionada con que pruebas empíricas muestren la no disminución debido a la edad de la satisfacción de vida en la vejez que contrastan con las disminuciones frecuentemente observadas en la calidad objetiva de las vidas de personas mayores. El desarrollo de la satisfacción vital en madurez y vejez fue analizado longitudinalmente en este estudio usando datos de paneles socioeconómicos. Los resultados indicaron que es cierto que existe una estabilidad en la satisfacción vital vista de forma monótonica, pero que también existe una ligera disminución en la satisfacción vital si tomamos medidas divididas en distintos factores, con lo cual se confirman ambas argumentaciones aparentemente contradictorias, cada uno con un tipo de análisis de la realidad. En este estudio se refleja la complejidad de los factores implicados en la satisfacción vital de la persona mayor, lo que puede derivar en unos resultados u otros si no se tienen en cuenta todos los factores relevantes implicados.

Gubrium y Holstein (2006) hicieron un trabajo biográfico y con expectativas para el futuro de la identidad de la edad en mayores, se plantearon cómo se desarrolla y se mantiene la identidad a lo largo de la vida, concluyendo que la mayor parte del “*self*” se mantiene estable durante toda la vida, incluso partes del “*self*” que teóricamente deberían cambiar como la parte relacionada con la imagen corporal. No obstante, estos autores sí que plantean pequeñas modificaciones o actualizaciones que se incluyen en el “*self*” al envejecer. Esta investigación muestra cómo los cambios físicos producidos en la vejez no provocan una readaptación a la realidad física de la identidad corporal de la persona, al menos con una intensidad similar al deterioro físico objetivo. Las causas de este mantenimiento de la identidad corporal, como de sus posibles influencias positivas o negativas sobre la persona, no están claras y requieren de un análisis en profundidad de la cuestión en futuras investigaciones científicas.

### **3.3. Actualidad de la investigación en programas de mejora de la imagen corporal**

A continuación se exponen los estudios que tienen más circunstancias en común con la investigación objeto de estudio de esta Tesis Doctoral. Estos estudios tienen el objetivo de desarrollar y evaluar instrumentos y programas que trabajen la imagen corporal. Como se puede apreciar son escasos pero la tendencia es a realizarse más a cada año que pasa al ser una rama científica de interés en la actualidad.

Según Zabinski (2003), después de diseñar una intervención psicoeducativa para mujeres en riesgo de trastorno de la alimentación, las preocupaciones sobre la apariencia están sumamente generalizadas en nuestra sociedad y están conectadas con los problemas psicológicos tanto como con el desarrollo de los trastornos alimentarios. Una dificultad al tratar estas preocupaciones es que las personas evitan exponerlas a los profesionales debido a la vergüenza. Debido a este problema, un medio potencialmente eficaz para descubrir y tratar estos problemas es a través de intervenciones anónimas e informatizadas ofrecidas vía *Internet*. Son muy pocos los estudios que abordan este tema utilizando *Internet* pero sus resultados son alentadores. Sin embargo, hasta este estudio ningún estudio ha valorado la eficacia de la comunicación simultánea sistemáticamente, y nada ha sido evaluado dentro del dominio de trastorno alimentario. Este estudio valoró la eficacia de una intervención sincronizada para la universidad con 60 mujeres con altas preocupaciones sobre la apariencia y riesgo de contraer un trastorno alimentario. Fueron asignadas al azar a la intervención (n = 30), a la espera, o a grupos de control (n = 30) de la lista. Todas las semanas entraron a una sala de chat privada y participaron durante una hora en una charla sobre imagen corporal y comportamientos alimenticios con moderadores. Los componentes del tratamiento incluían las interpretaciones psicoeducativas, el soporte sincronizado en las sesiones del chat, soporte asíncrono (emails), las tareas escolares, y los resúmenes de los debates. Los participantes mostraron una alta satisfacción con el modo de intervención propuesto. Los participantes de la intervención mejoraron más que los participantes de la lista de espera-control en varios aspectos como la autoestima o la imagen corporal a través de la valoración de varias escalas. Variables del proceso relacionadas con las destrezas cognitivas y conductuales eran pronosticadores importantes de mejores resultados y mediaron la relación entre grupo y resultado. Estas conclusiones indican que la tecnología informatizada es un modo aceptable de la entrega de tratamiento y puede ser aplicado a la prevención de trastorno alimentario con éxito entre mujeres universitarias y mayores.

En relación con el programa PICTA, en el que se basa el diseño de este programa, Maganto et. al. (2003) realizaron una evaluación de un taller sobre prevención de trastornos de alimentación en adolescentes (PICTA). El propósito de este taller era prevenir desórdenes alimenticios en adolescentes y jóvenes. Los objetivos marcados fueron advertir la importancia creciente de este desorden, conocer las variables asociadas a desórdenes alimenticios y orientar acerca de las acciones más recomendables. Los temas se relacionan con las pautas al comer, la presión hacia un ideal de belleza, imagen sociocultural del cuerpo, amor propio emocional, y las variables relacionadas de este desorden. Se propuso un modelo de acción para adolescentes. La metodología es activa y participativa por medio de la reciprocidad y técnicas grupales. La evaluación del taller consiste en dos partes, la evaluación Pre y Posterior del programa, que valora el impacto del Taller y la evaluación durante el proceso, por medio de pruebas y autoinformes. Los resultados que obtuvieron indicaron una proporción de 8 a 2 chicas-chicos en asistencia. Las atribuciones de la atracción física y social se asocian con delgadez en 94% de los casos. 68,8% percibe su imagen como normal, y 62,4% deseaban estar



más delgados. 30% percibe esta presión hacia un ideal estético desde dentro de la familia. 60% de los sujetos tiene amigos o miembros de la familia con algún desorden alimenticio. Los resultados del examen posterior confirman los beneficios de aplicar este taller en centros no clínicos. La bondad de los resultados obtenidos por el programa preventivo PICTA demuestran que la intervención psicoeducativa grupal de corta duración sobre imagen corporal puede resultar muy beneficiosa para muestras no clínicas como es el principal objetivo de esta Tesis Doctoral.

Da Costa et. al. (2005) analizaron la utilidad de la terapia narrativa como tratamiento efectivo para el trastorno dismórfico corporal con un estudio de caso único. Estos autores valoran muy positivamente el uso de este tipo de terapia para este trastorno a través de los resultados obtenidos. Este estudio muestra como la intervención psicológica desde el tratamiento cognitivo conductual puede ofrecer buenos resultados para los trastornos basados en alteraciones de la imagen corporal.

Nye y Cash (2006) valoraron los resultados de la terapia cognitivo conductual sobre chicas con trastorno dismórfico corporal dentro de una clínica privada. Según este estudio el cambio de la imagen corporal es un componente importante del tratamiento de desórdenes alimenticios, y la terapia cognitiva conductual de la imagen corporal tiene un apoyo empírico sustancial de su eficacia en la mejora de dificultades de imagen corporal y desórdenes asociados. La mayoría de las evidencias vienen de muestras aleatorizadas y controladas con estudios del resultado y no examinan la eficacia para personas con desórdenes alimenticios clínicos en el contexto de escenarios "*usuales de tratamiento*". Esta investigación fue realizada en una consulta privada y se valoró a 30 mujeres con un diagnóstico de desorden alimenticio. El tratamiento se basó en el *Cuaderno de imagen corporal* de Cash (1997). Los clientes redujeron la disforia corporal, aumentaron la satisfacción corporal y la satisfacción con la apariencia en varias dimensiones, redujeron la distorsión psicológica de su apariencia, y evaluaron mejor su salud. El estudio concluye que el tratamiento de Cash es muy efectivo para este tipo de muestras clínicas.

Krysanski (2006) realizó un estudio para comparar una intervención de disonancia cognitiva con efectividad probada para trastornos de la alimentación, con un programa psicoeducativo sobre la alimentación como placebo, ya que estos programas se habían demostrado ineficaces para ayudar a muestras clínicas de los trastornos de la alimentación. La muestra fueron 75 mujeres de la universidad que habían obtenido puntajes elevados en una medida de la interiorización del ideal de belleza basado en la delgadez, con riesgo para contraer un trastorno alimentario. Fueron distribuidas al azar en una intervención de un programa psicoeducativo (n = 35) o a una intervención de disonancia cognitiva (n = 40). Las medidas dependientes incluían la interiorización del ideal de belleza basado en la delgadez, patología alimenticia, adopción de dietas restrictivas, la insatisfacción corporal, y las emociones negativas. Además, niveles iniciales de preocupación, la depresión, el apoyo social

percibido, la expresividad emocional, el uso de tabaco, y los problemas familiares fueron revisados para apreciar su influencia en el resultado. Los resultados indicaron que no había ninguna diferencia importante entre los dos grupos sobre las medidas de la insatisfacción corporal, emociones negativas, hacer dieta, y negativa o patología relacionada con la nutrición. La intervención de disonancia fue ligeramente mejor en el grupo de intervención psicoeducativa en la reducción de la interiorización del ideal de belleza basado en la delgadez, sin embargo, esta diferencia no era estadísticamente importante. Todos los participantes mostraron reducciones importantes en la interiorización del ideal de belleza basado en la delgadez, la insatisfacción de cuerpo, las emociones negativas, y la patología de comer, pero no en los comportamientos hacer dieta. Los resultados demostraron que niveles bajos de preocupación pronosticaron las mayores mejoras en la reducción de la adopción de dietas restrictivas. Los resultados revelaron que niveles de depresión más altos eran indicadores de las ganancias más grandes en la satisfacción corporal, y la preocupación baja era indicadora de las mayores ganancias en la satisfacción corporal. Aunque la el grupo de disonancia cognitiva no superó al grupo del programa psicoeducativo. Éstos resultados indican que tanto la disonancia cognitiva como las intervenciones psicoeducativas son eficaces, y apropiadas para el uso a mujeres de riesgo en la universidad para reducir la interiorización del ideal de belleza basado en la delgadez, la insatisfacción corporal, las emociones negativas, y las patologías alimenticias. Esta investigación no apreció ningún efecto perjudicial en los participantes que recibieron la intervención psicoeducativa. En este estudio se confirma que los programas psicoeducativos preventivos son eficaces para muestras no clínicas tanto como las terapias psicológicas y que en ningún caso podrían ocasionar consecuencias negativas a los participantes, algo de sumo interés para el diseño del programa que se pretende en esta investigación.

Smith (2006) desarrolló un programa escolar comprehensivo para mejorar la imagen corporal de las chicas adolescentes. Este programa fue desarrollado después de la revisión cuidadosa de programas previamente implementados que intentaron modificar los trastornos alimentarios y/o la satisfacción del cuerpo. A través del examen de literatura anterior e investigación, se determinó que la imagen corporal es influida tanto por los factores individuales (autoestima, personalidad, etc.), como por factores socioculturales más amplios. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue desarrollar un programa que incrementaría la imagen corporal segura en el adolescente de sexo femenino concentrándose en la autoestima mientras se desarrollaba una relación consultiva con la familia y el sistema educativo de las mujeres simultáneamente. Fue esperado que, incluyendo tanto la familia como el sistema educativo en este programa, se crearía un ambiente que continuaría promoviendo imágenes corporales seguras en cuanto el programa terminara. Los resultados confirmaron el éxito del programa diseñado. Este estudio aporta más confirmación empírica de la utilidad de los programas preventivos para mejorar la imagen corporal.



O'Brien y LeBow (2007) desarrollaron un programa de intervención psicoeducativa para reducir las conductas desadaptativas en relación con el mantenimiento del peso corporal. Realizaron dos grupos, un grupo de control y otro al que se le impartió el programa psicoeducativo. Obtuvieron resultados excelentes y concluyeron que la formación en hábitos relacionados con el peso contribuye de manera importante a la prevención de los trastornos de la alimentación. No obstante ponen una pega a sus resultados y es que por motivos de alcance del estudio no pudieron realizar un seguimiento a largo plazo. Este estudio muestra que la intervención psicoeducativa es útil para intervenir sobre la imagen corporal más allá de los trastornos de la alimentación, colaborando en problemas como la obesidad y los malos hábitos alimenticios.

### **3.4. Conclusiones a la revisión del conocimiento científico actual aplicable a esta investigación**

La investigación en imagen corporal está en estos momentos en auge en el ámbito científico, así lo demuestra que cada año sean más los estudios dedicados a algún aspecto relacionado con la vivencia del propio cuerpo. Uno de los motivos más importantes de este auge se relaciona con que se están abriendo nuevas posibilidades de investigación en este campo debido a nuevas circunstancias y tendencias sociales. Entre estas nuevas tendencias destaca el ámbito de los mayores y la promoción de la sociedad del bienestar, en el que existe, a día de hoy, mucha oscuridad científica sobre los procesos psicológicos que afectan a la imagen corporal de una persona cuando envejece. Esta circunstancia se ve reflejada en los últimos estudios científicos sobre imagen corporal que se muestran en esta revisión. La mayoría de los estudios científicos elige muestras de personas de todas las edades, hasta la vejez, y gran parte de ellas utilizan al menos muestras de personas en periodo de madurez (de 40 a 60 años).

La mayoría de las investigaciones son descriptivas a través de entrevistas personales individualizadas o la utilización de algún instrumento específico de imagen corporal, normalmente comparan varios grupos experimentales diferentes según las variables independientes que intervienen en ellos y algunos de ellos utilizan grupos control para mejorar la fiabilidad y validez de la investigación. La media de la muestra utilizada en las investigaciones está en un rango de 30-70 participantes y se suele hacer entre 2 y 4 grupos experimentales para extraer las conclusiones.

Sin duda el tema estrella actualmente en la investigación en imagen corporal es la satisfacción corporal, que interviene en una amplia mayoría de estudios, normalmente como variable dependiente, aunque en algunos de ellos también interviene como variable



independiente. Otros temas recurrentes suelen ser las dietas alimenticias y la influencia de los ideales estéticos propuestos por los medios de comunicación.

En el desarrollo de programas e intervenciones para mejorar la imagen corporal se ha podido apreciar cómo el sector de la madurez y la vejez no recibe apenas ningún estudio específico y los estudios de amplios rangos de edad presentan dificultades claras de generalización a las personas mayores, en el sentido de simplicidad de contenidos o aplicación a las circunstancias de cohorte. Esto refuerza la idea inicial de esta investigación de diseñar un programa específico para este sector de población, ya que sería muy útil en un ámbito hasta ahora virgen de investigación científica.

A través de estos estudios de actualidad se confirma la hipótesis de que los programas preventivos de aplicación colectiva de corta duración tienen un efecto beneficioso en relación a la imagen corporal para muestras no clínicas. También se ha podido observar cómo las distintas muestras de edad (jóvenes, adultos, mayores) comparten unos factores psicosociales muy similares y perciben de igual forma la presión social hacia los patrones de belleza sociales. Un programa que aúne las técnicas actuales de intervención sobre imagen corporal y su necesaria adaptación a la población madura y mayor, tiene mayores probabilidades de tener efectos beneficiosos significativos sobre la imagen corporal sobre los participantes.

Por lo que respecta a la investigación que se realiza a través de esta Tesis Doctoral, se puede considerar acorde a la mayoría de las investigaciones similares desarrolladas en la actualidad ya que:

- El tema desarrollado está en plena actualidad.
- El diseño de investigación garantiza la obtención de resultados, al igual que en otros estudios similares (varios grupos experimentales + grupos de control).
- No existe saturación científica en este campo, más bien existe una clara carencia de investigaciones científicas en este campo y bajo estas circunstancias.
- La forma de intervención planteada es la más lógica en una investigación de este tipo, es decir, intervención grupal en varias sesiones cortas a través de un programa preventivo ya que no se abordan muestras clínicas.
- La muestra elegida es representativa de la población objeto de estudio y el número de participantes supera a la media de participantes en investigaciones similares.

Por todo lo expuesto se puede considerar a esta investigación como plausible e interesante desde un punto de vista científico y lo suficientemente complementaria, que no redundante, con otras investigaciones similares de la actualidad científica.

*PARTE SEGUNDA:*  
*Metodología y Diseño*  
*del Programa*





## *Índice de la Parte Segunda: Metodología y diseño del programa*

### **CAPÍTULO 4. Procedimiento metodológico para el diseño del programa de mejora de la imagen corporal *"Imagina"***

- 4.1. Población objeto de estudio
- 4.2. Acercamiento a la realidad social de la población objeto de estudio a través de la realización de la técnica cualitativa *Grupos de Discusión*

### **CAPÍTULO 5. Diseño del programa *"Imagina"***

- 5.1. Objetivos e hipótesis del diseño del programa *"Imagina"*
- 5.2. Bases teóricas y conceptuales para el diseño del programa
- 5.3. Criterios y técnicas metodológicas para la elección de las actividades y rol del monitor
- 5.4. Estructura del programa
- 5.5. Estructura de las sesiones
- 5.6. Descripción de las actividades

### **CAPÍTULO 6. Procedimiento metodológico para la valoración experimental de la eficacia del programa *"Imagina"***

- 6.1. Objetivos e hipótesis para la valoración experimental del programa *"Imagina"*
- 6.2. Análisis de las variables intervinientes en la investigación
- 6.3. Modelo de investigación
- 6.4. Elección de la muestra de investigación
- 6.5. Lugar y ámbito de actuación
- 6.6. Recursos necesarios





## CAPÍTULO 4. Procedimiento metodológico para el diseño del programa de mejora de la imagen corporal “*Imagina*”

El título que da nombre a esta Tesis Doctoral “*Diseño y Evaluación de un Programa para la Mejora de la Imagen Corporal en personas mayores de 50 años*” refleja claramente los dos objetivos principales de esta investigación. El primer objetivo principal es diseñar un programa que mejore la imagen corporal de personas mayores y en proceso de madurez, el segundo objetivo principal trata de evaluar la eficacia del programa, es decir, en qué medida el programa diseñado sirve para lo que se creó a través de su aplicación a una muestra representativa de la población a la que va destinado.

De acuerdo a estas premisas, esta parte segunda de la Tesis Doctoral dedicada a los procedimientos metodológicos de la investigación, distribuye los contenidos en tres capítulos:

- Un primer capítulo (Capítulo 4 de la Tesis Doctoral) destinado a los procedimientos metodológicos seguidos a la hora de diseñar el programa de mejora de la imagen corporal para personas en proceso de madurez y vejez “*Imagina*”.
- Un segundo capítulo (Capítulo 5 de Tesis Doctoral) dedicado a la creación específica del programa “*Imagina*”.
- Finalmente, el tercer capítulo (Capítulo 6 de la Tesis Doctoral) está destinado a los procedimientos metodológicos seguidos para la valoración experimental de la eficacia del programa “*Imagina*”. La valoración experimental de la eficacia del programa, propiamente dicha, forma parte del estudio de campo de la investigación, que se incluye en la tercera parte de esta Tesis Doctoral.

Antes de comenzar con el desarrollo de los contenidos de este capítulo es conveniente ponerle un nombre al programa científico que se va a crear que lo identifique y distinga del resto de programas preventivos similares ya existentes en el panorama científico. El nombre que se elija para el programa debe cumplir los siguientes requisitos:

- Debe hacer referencia al objetivo que se plantea respecto a la mejora de la imagen corporal en personas mayores, evocando con su nombre una referencia visible a su temática y colectivo objetivo.

- Debe hacer referencia al programa en el que se inspira, el programa PICTA de Maganto et. al. (2002) para mejora de la imagen corporal de los adolescentes.
- No es imprescindible, pero sí recomendable, que el nombre elegido tenga algún rasgo distintivo que facilite su recuerdo y refleje creatividad.

El nombre elegido es el de “*Imagina*”, ya que cumple los requisitos planteados al evocar la temática de la imagen corporal, hacer referencia al programa PICTA de Maganto et. al. (2002) con la similitud lingüística y, a través del doble juego semántico de “*Imagen*” e “*Imaginación*”, facilita el recuerdo de su nombre y la perspectiva de un cambio de actitud en los participantes al evocar el desarrollo de la imaginación como analogía de los procesos psicológicos (razonamiento, actitudes, emociones, conductas) necesarios para cambiar la imagen corporal.

## 4.1. Población objeto de estudio

Este apartado se dedica a la descripción en profundidad de la población objeto de estudio, es decir, a las personas mayores de 50 años en proceso de madurez y sin problemas de salud severos. Dicha descripción abarca las características demográficas, psicológicas y sociales de la población citada que se describen en este apartado, ya que el constructo de imagen corporal que maneja este estudio tiene profundas interrelaciones con la realidad social de este colectivo, en el sentido de ideal de belleza grupal, conciencia social de imagen corporal asociada a los mayores como colectivo social. Para el logro de este objetivo se utiliza la técnica cualitativa del *Grupo de Discusión* que se describe en el siguiente apartado de este capítulo (4.2) ya que es la técnica de investigación que mejor describe realidades sociales.

Dentro de la población objeto de estudio elegida, personas mayores de 50 años sin problemas graves de salud, se pueden diferenciar dos grupos según la edad, personas menores de 65 años, que se denominarán en este estudio “*personas maduras*” y personas mayores de 65 años, que se denominarán “*personas mayores*”. Se establece esta edad como punto de corte debido a que es la edad que marca la jubilación laboral en el territorio español, lo que significa que es la edad que psicológicamente más se identifica con el inicio de la vejez, y la edad que más cambios vitales supone para una persona dentro del rango de edad comprendido. Por otro lado también significa una mayor cantidad de estudios demográficos dedicados a describir este grupo social, lo que supone que el grupo de personas mayores se describa mucho mejor y sus características y preocupaciones estén mucho mejor definidas.



La mayor parte de los datos mostrados en este apartado están extraídos de los informes del IMSERSO que se realizan cada dos años, basados en los datos estadísticos del INE. El último informe data del año 2006 y los datos estadísticos del INE son de 2005.

Este apartado se aborda valorando tres tipos de datos para definir la población objeto de estudio, es decir, datos demográficos, datos sociales y datos psicológicos de la población objeto de estudio como grupo social distintivo.

#### **4.1.1. Características demográficas**

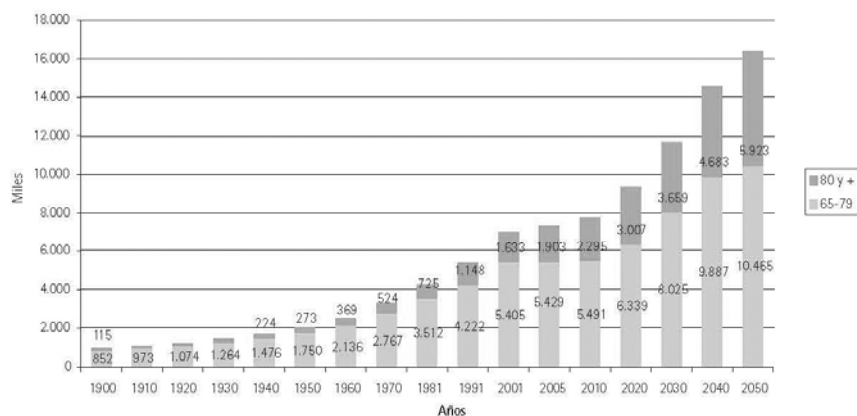
En España, según el último padrón municipal (INE, Instituto Nacional de Estadística, 2005), hay 44.108.530 habitantes, de los cuáles 7.332.267 son personas mayores de 65 años, lo que supone un 16,6% de la población total. La edad mediana de la población española era de 38 años en 2005, lo que supone que prácticamente la mitad de la población española es mayor de 40 años y se encuentra en proceso de madurez física.

Si acudimos a estimaciones de evolución futuras de la población española, la población estimada por la proyección realizada por el INE publicada en Agosto de 2004, con datos del censo de 2001, considera que en España en el año 2050 habrá unos 16.387.874 personas mayores de 65 años, lo que corresponde al 30,8% de la población total. Por otra parte, la edad mediana (que divide a la población en dos partes iguales por encima y debajo de esa cifra) se situará por encima de los 47 años en el año 2050 (ver figuras 9 y 10).

Valorando la posición de España en el mundo, según las proyecciones realizadas por Naciones Unidas (United Nations: World Population Prospects: The 2004 Revision) indican que España será el tercer país más viejo del mundo en 2050 con un 34,1% de población mayor, estando detrás de Japón (35,9%) e Italia (35,5%), aunque una revisión anterior de 2002 indicaba que España sería el país más viejo del mundo en 2050, y la evolución de los diferentes indicadores implicados retocaron la proyección en 2004 (ver tabla 2). La previsión futura de la estructura por edades indica que en los próximos años se acentuará el desequilibrio por edades, de cada 100 personas en edad de trabajar (16 – 65 años actualmente) hace tres décadas había 16 mayores de 65 años, actualmente son 25 mayores cada 100 personas en edad de trabajar, pero se espera que en 2050 se hayan duplicado los porcentajes hasta 56 mayores por cada 100 personas en edad de trabajar.

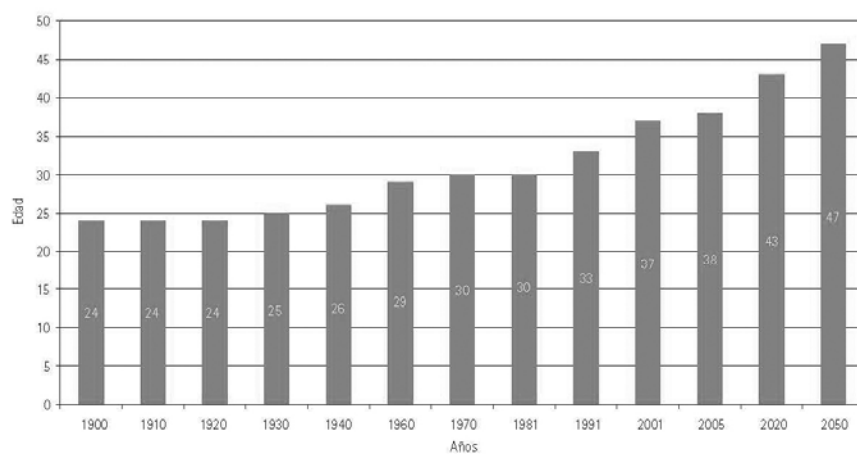


Figura 9.  
Evolución de la población mayor, 1900-2050 (miles)



\* De 1900 a 2005 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones; desde 1970, población de derecho.  
Fuente: 1900-1991: INE: INEBASE: Cifras de población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 1991. INE, consulta en junio de 2006.  
2001-2005: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2001 y 2005. INE, consulta en junio de 2006.  
2010-2060: INE: INEBASE: Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001. Escenario 1. INE, consulta en junio de 2006.

Figura 10.  
Edad mediana, España 1900-2050



Fuente: INE: INEBASE: Cifras de población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 1991. INE, 2006.  
INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2001 y 2005. INE, consulta en junio de 2006.  
INE: INEBASE: Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001. INE, consulta en junio de 2006.



Tabla 2  
Países con mayor envejecimiento, 2000-2050

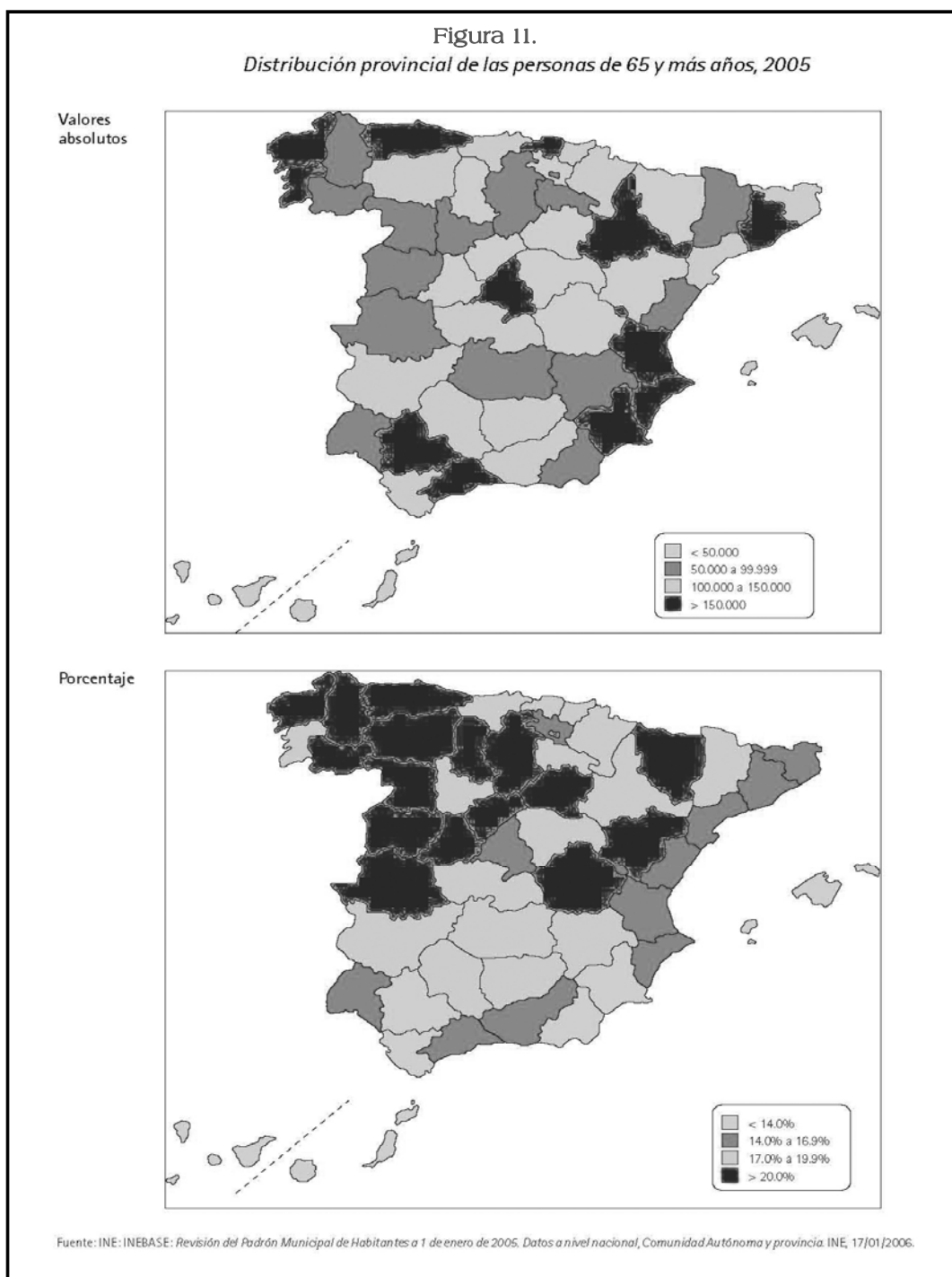
|                           | Población de 65 y más años |             |                |             |               | Población de 80 y más años |            |                |             |
|---------------------------|----------------------------|-------------|----------------|-------------|---------------|----------------------------|------------|----------------|-------------|
|                           | 2000                       |             | 2050           |             |               | 2000                       |            | 2050           |             |
|                           | Número (miles)             | %           | Número (miles) | %           |               | Número (miles)             | %          | Número (miles) | %           |
| Italia                    | 10.525                     | 18,2        | 18.090         | 35,5        | Reino Unido   | 2.390                      | 4,1        | 5.885          | 8,8         |
| Japón                     | 21.862                     | 17,2        | 40.269         | 35,9        | Italia        | 2.309                      | 4,0        | 7.756          | 15,2        |
| <b>España</b>             | <b>6.797</b>               | <b>16,7</b> | <b>14.504</b>  | <b>34,1</b> | Francia       | 2.341                      | 3,9        | 6.863          | 10,9        |
| Alemania                  | 13.483                     | 16,4        | 22.376         | 28,4        | Japón         | 4.812                      | 3,8        | 17.159         | 15,3        |
| Francia                   | 9.669                      | 16,3        | 17.114         | 27,1        | Alemania      | 2.859                      | 3,5        | 9.585          | 12,2        |
| Reino Unido               | 9.306                      | 15,9        | 15.558         | 23,2        | <b>España</b> | <b>1.413</b>               | <b>3,5</b> | <b>5.213</b>   | <b>12,3</b> |
| Ucrania                   | 6.863                      | 14,0        | 7.689          | 29,1        | EEUU          | 9.138                      | 3,2        | 28.725         | 7,3         |
| Rusia                     | 18.081                     | 12,3        | 25.747         | 23,0        | Ucrania       | 1.107                      | 2,3        | 2.075          | 7,9         |
| EEUU                      | 35.078                     | 12,3        | 81.547         | 20,6        | Rusia         | 2.935                      | 2,0        | 6.588          | 5,9         |
| China                     | 87.228                     | 6,8         | 329.103        | 23,6        | Brasil        | 1.624                      | 0,9        | 13.989         | 5,5         |
| Vietnam                   | 4.251                      | 5,4         | 21.712         | 18,6        | China         | 11.373                     | 0,9        | 100.551        | 7,2         |
| Brasil                    | 9.457                      | 5,4         | 48.693         | 19,2        | México        | 854                        | 0,9        | 8.002          | 5,8         |
| Indonesia                 | 10.236                     | 4,9         | 49.670         | 17,4        | Vietnam       | 671                        | 0,9        | 5.082          | 4,4         |
| India                     | 50.054                     | 4,9         | 236.513        | 14,8        | India         | 6.761                      | 0,7        | 52.915         | 3,3         |
| México                    | 4.759                      | 4,8         | 29.371         | 21,1        | Egipto        | 320                        | 0,5        | 3.077          | 2,4         |
| Egipto                    | 3.027                      | 4,5         | 16.727         | 13,3        | Indonesia     | 1.092                      | 0,5        | 9.492          | 3,3         |
| Paquistán                 | 5.261                      | 3,7         | 31.119         | 10,2        | Paquistán     | 652                        | 0,5        | 5.651          | 1,9         |
| Bangladesh                | 4.370                      | 3,4         | 28.240         | 11,6        | Bangladesh    | 479                        | 0,4        | 4.595          | 1,9         |
| Nigeria                   | 3.495                      | 3,0         | 14.726         | 5,7         | Nigeria       | 359                        | 0,3        | 1.910          | 0,7         |
| Posición de <b>España</b> | <b>13ª</b>                 | <b>3ª</b>   | <b>18ª</b>     | <b>3ª</b>   |               | <b>11ª</b>                 | <b>6ª</b>  | <b>14ª</b>     | <b>3ª</b>   |

Fuente: N.U.: *World Population Prospects: The 2004 Revision*. N.U., consulta en junio de 2006.

La primera interpretación de estos datos estadísticos lleva a considerar a la vejez en España como la principal preocupación social actual y futura de investigación científica, ya que esta evolución de la población tendrá un fuerte impacto social de consecuencias, a priori, imprevisibles en todos los ámbitos sociales. Adelantarse a las posibles consecuencias negativas de esta tendencia de población es una tarea de gran interés e importancia para paliar los posibles efectos negativos.

Realizando un análisis territorial de la distribución de los mayores en el estado español se aprecia como apenas se ha modificado la estructura territorial del envejecimiento en España en los últimos años. Las comunidades con más personas mayores de 65 años siguen siendo Cataluña, Andalucía y Madrid, las dos primeras con más de un millón de mayores empadronados en su comunidad (INE 2005). Teniendo en cuenta una valoración proporcional, Castilla y León (22,6%), Asturias (21,9%), Galicia (21,35) y Aragón (20,5%) son las comunidades

con mayor índice de población mayor relativo. En lo que respecta a la distribución por provincias, Zamora es la provincia española con mayor índice relativo de personas mayores del estado español alcanzando el 28% de la población total según datos del censo de 2001 (ver figura 11).





Según estos resultados, la provincia española más recomendable para realizar estudios sociológicos o sociopsicológicos sobre la vejez, en el sentido de representar de forma más clara la más que posible evolución futura de la población española en los próximos años, es sin lugar a dudas Zamora, lo que justifica sobradamente la realización de esta investigación en esta provincia. Los resultados obtenidos en esta Tesis Doctoral representan más fielmente las tendencias futuras españolas que si se realizaran en cualquier otra provincia del estado español.

Los motivos por los que estas zonas de España presentan índices más altos de personas mayores son los siguientes:

- Tasas de natalidad bajas (las comunidades con menores tasas de fecundidad son Asturias y Castilla y León).
- Emigración de la juventud hacia las zonas industrializadas en busca de trabajo (las mayores oportunidades laborales se presentan en las Comunidades de Madrid, Cataluña, Euskadi y las zonas costeras, por lo que los jóvenes de comunidades como Castilla y León emigran para encontrar trabajo).
- Bajos índices de inmigración laboral extranjera.

En cuanto al perfil de la persona mayor en España, la distribución por edades se puede apreciar en la tabla de estructura por sexo y edad, y en las pirámides de población (tabla 3 y figura 12), y la distribución por sexos se aprecia claramente en la estructura por sexo y edad (tabla 3) y más visualmente en la figura 13 de diferenciación de sexo por edades. Se aprecia como a partir de los 50 años comienza a ser más predominante la presencia de mujeres en España hasta que el porcentaje de mujeres duplica al de hombres al llegar a la edad de 85 años.

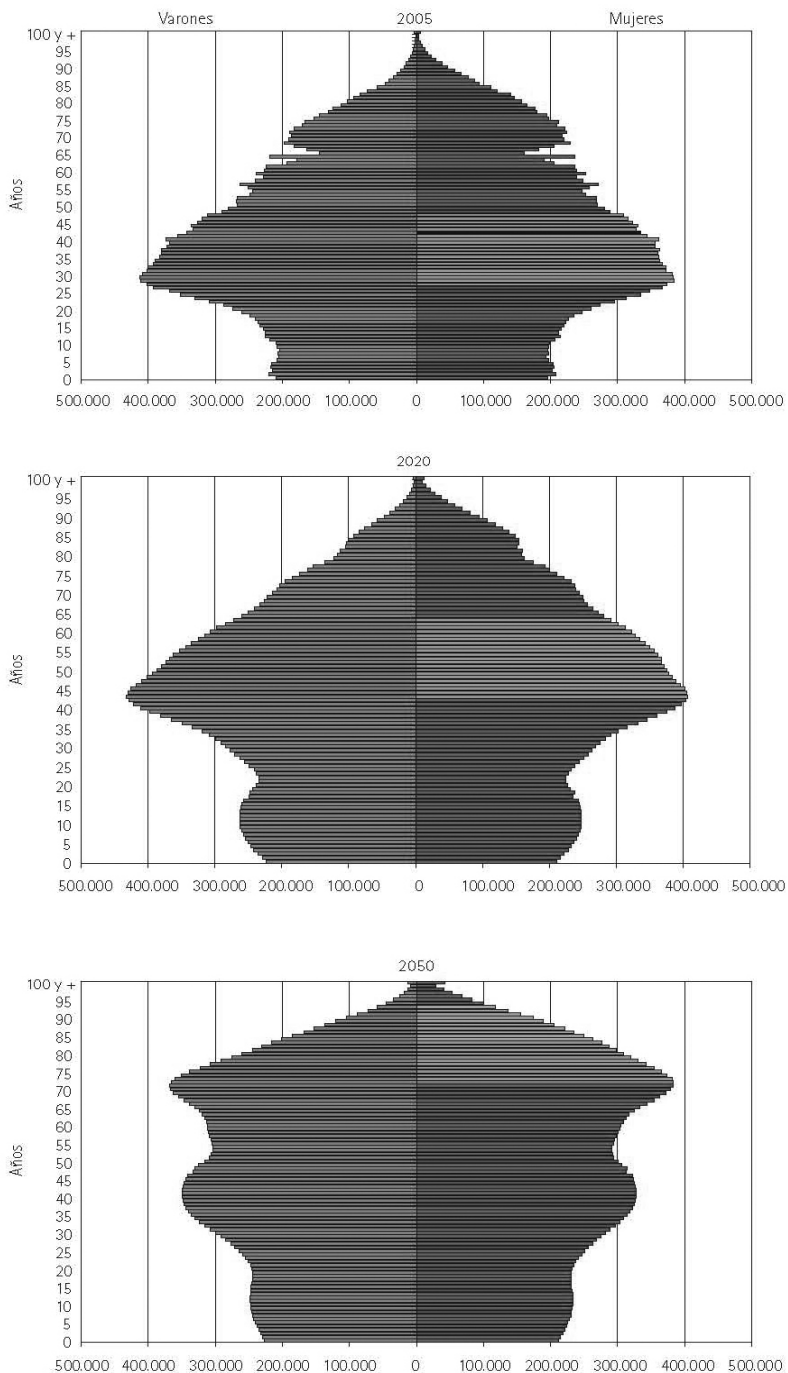
**Tabla 3**  
*Estructura por sexo y edad, 2005*

|              | Total             | Varones           | Mujeres           |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>44.108.530</b> | <b>21.780.869</b> | <b>22.327.661</b> |
| 0-4 años     | 2.094.582         | 1.079.294         | 1.015.288         |
| 5-9 años     | 2.013.087         | 1.033.173         | 979.914           |
| 10-14 años   | 2.157.484         | 1.108.850         | 1.048.634         |
| 15-19 años   | 2.371.423         | 1.218.199         | 1.153.224         |
| 20-24 años   | 3.031.633         | 1.553.976         | 1.477.657         |
| 25-29 años   | 3.842.364         | 1.986.840         | 1.855.524         |
| 30-34 años   | 3.850.837         | 1.993.837         | 1.857.000         |
| 35-39 años   | 3.682.374         | 1.885.715         | 1.796.659         |
| 40-44 años   | 3.443.083         | 1.742.996         | 1.700.087         |
| 45-49 años   | 3.046.559         | 1.528.427         | 1.518.132         |
| 50-54 años   | 2.601.811         | 1.295.100         | 1.306.711         |
| 55-59 años   | 2.491.301         | 1.221.934         | 1.269.367         |
| 60-64 años   | 2.149.725         | 1.041.541         | 1.108.184         |
| 65-69 años   | 1.874.237         | 876.918           | 997.319           |
| 70-74 años   | 1.979.735         | 894.842           | 1.084.893         |
| 75-79 años   | 1.575.076         | 663.303           | 911.773           |
| 80-84 años   | 1.087.466         | 411.735           | 675.731           |
| 85 y más     | 815.753           | 244.189           | 571.564           |
| 65+          | 7.332.267         | 3.090.987         | 4.241.280         |
| 80+          | 1.903.219         | 655.924           | 1.247.295         |

Fuente: INE: INEBASE; Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2005. INE, 17/01/2006.

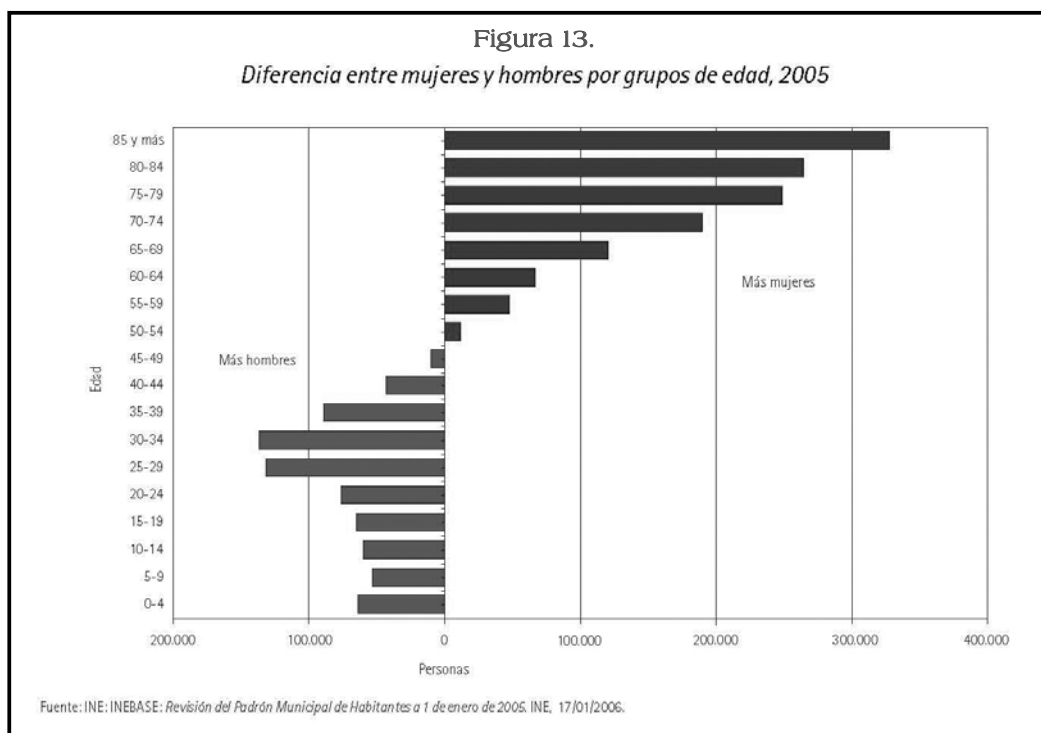


Figura 12.  
Población según sexo y edad, 2005, 2020 y 2050



Nota: Posición de la generación del baby-boom.

Fuente: INE: INEBASE: *Proyecciones de la Población de España a partir del Censo de Población de 2001. Escenario 1*. INE, consulta en junio de 2006.  
2005: INE: INEBASE: *Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2005*. INE, 17/01/2006.



Los motivos por los cuales la población mayor de mujeres es superior a la de los hombres son variados:

- Los varones presentan peores hábitos de alcohol y tabaco que las mujeres.
- Los varones se preocupan menos por su salud que las mujeres.
- Los varones tienen peores hábitos alimenticios que las mujeres.
- Los varones a partir de los 65 años son un 24% más sedentarios que las mujeres.
- Otros

La mayor longevidad femenina es un fenómeno mundial que se acentúa en países industrializados como España. En el año 2005 en España 4.241.280 mujeres mayores y 3.090.987 varones mayores, lo que indica claramente esta superioridad con importantes implicaciones sociales (viudez predominantemente femenina, dependencia predominantemente masculina, etc.).

En mayor medida las personas mayores se concentran en núcleos urbanos, el 71,7% de los 7.232.267 mayores residen en municipios urbanos y se espera que siga aumentando esa proporción y esas cifras absolutas, con un 17,3% en municipios rurales intermedios y un 11,0% en municipios propiamente rurales (INE, 2005), aunque en términos porcentuales se invierten



los resultados ya que uno de cada cuatro personas de las localidades de entre 2.000 - 10.000 habitantes es mayor, y en localidades propiamente rurales (Menos de 2.000 habitantes) esta proporción se eleva a uno de cada tres, proporción que se acentúa en localidades del interior de España poco industrializadas como en la provincia de Zamora, Palencia, Asturias, etc.

Algunos de los motivos de esta distribución de la población mayor son los siguientes:

- Muchos jóvenes buscan trabajo en núcleos de población grandes y abandonan las localidades pequeñas.
- Muchos trabajadores vuelven a sus localidades de origen una vez alcanzada la jubilación laboral a los 65 años.
- Las localidades pequeñas reciben escaso flujo de inmigración extranjera.
- La esperanza de vida y la probabilidad de llegar a edades avanzadas es significativamente mayor en medios rurales que urbanos.

El indicador estadístico más fiable del estado de salud es la esperanza de vida. Pero se trata de un indicador que refleja no sólo el nivel de salud, sino el nivel social, económico y sanitario de un lugar concreto. Los nuevos datos sobre la esperanza de vida al nacer en España (promedio de años que se espera que viva un individuo desde el nacimiento hasta su muerte) posicionan a las mujeres de nuestro país en los primeros lugares de la Unión Europea. Las mujeres españolas tienen una esperanza de vida de 83,0 años, frente a los 76,4 años de los varones en la misma situación, según las cifras pendientes de análisis del Instituto Nacional de Estadística (INE) para 2002 (IMSERSO, 2006). Por lo que respecta a la esperanza de vida en el umbral de los 65 años, una persona mayor de 65 años vive una media de 18,9 años adicionales, que serían 16,8 si es varón y 20,7 si es mujer. Otro estadístico importante es la EVLI (esperanza de vida libre de incapacidad), según el Ministerio de Sanidad y Consumo en el Informe de Salud publicado en 2005, en España la EVLI al nacer en el año 2000 era de 70,7 años (69,0 en hombres y 72,4 en mujeres), lo que inversamente supone que una persona en España llega a vivir unos ocho años con incapacidad.

El matrimonio es el estado civil más común entre los mayores en España. Un 59,7% estaban casados, según datos del último Censo de población de 2001, un 30,9 eran viudos, un 8,0 solteros y un 1,4% separados o divorciados (ver Tabla 4). En la distribución se observa una pérdida de peso, en los últimos diez años, de los solteros y de los viudos y un aumento de los casados, que junto a los divorciados o separados es el grupo que más crece en cifras relativas, y en el caso de los casados también en efectivos. Los divorciados y separados crecen en fuerte proporción pero sus cifras absolutas son muy bajas. Esta distribución del estado civil refleja las consecuencias de una reducción de las tasas de mortalidad masculina en las edades maduras y superiores, lo que da mayor estabilidad en la composición del hogar y tiene repercusiones en



otros órdenes de la vida como convivencia, consumo, dependencia, cuidados de larga duración (IMSERSO, 2006).

La mayoría de los varones mayores están casados (78,6%), por sólo un 45,8% entre las mujeres mayores, en cambio, la viudez está más extendida entre las mujeres (44,2% son viudas). Las mujeres tienen menos probabilidad de vivir en familia que los varones. A partir de los 80 años muchas mujeres son viudas (71,2%) y tienen una mayor probabilidad de vivir solas, en cambio, el 64,2% de los octogenarios varones siguen casados y viven con sus esposas.

El porcentaje de casados disminuye lentamente con la edad. Entre 55-59 años, que es el rango de proporción más elevada, el 84,2% de los varones está casado. A los 65 años, aún lo está el 83,8. A los 80 años, el 71,0 está casado, y sólo a partir de los 90 existen más varones viudos que casados. Sin embargo el descenso es más rápido entre las mujeres: a los 55-59 años el 77,6% están casadas, y a los 80 sólo un 24,8 está en la misma situación (INE 2005, IMSERSO, 2006).

La viudez sigue el camino inverso y aumenta con la edad. Los varones pasan de proporciones de 5,9% a los 65 años, hasta 30,0 entre los octogenarios. Las mujeres, en cambio, a los 65 años una de cada cuatro ya es viuda (24,3%), y entre las octogenarias la proporción ha aumentado a más de dos de cada tres mujeres (71,2%). Estas proporciones vuelven a reflejar la mayor supervivencia femenina y la mayor mortalidad masculina. La viudez afecta a las mujeres en proporciones que triplican a los varones. Entre los mayores, el 12,9% de los varones son viudos y el 44,2 de las mujeres.

La forma de convivencia más común en las personas mayores en España es la vida en pareja con o sin hijos, un 57,4% de las personas mayores de 65 años españolas vive en pareja, de las cuales un 40,4% viven sin hijos en el hogar. Según datos del censo de población de 2001, 1.358.937 personas mayores viven en soledad, de los que 1.043.471 son mujeres y 315.466 varones. La proporción de personas mayores que viven en soledad es por tanto de 19,5%, una de cada cuatro, un 25,9% de las mujeres de edad viven solas y sólo un 10,8% de los varones. Estos datos se reflejan en la figura 14.



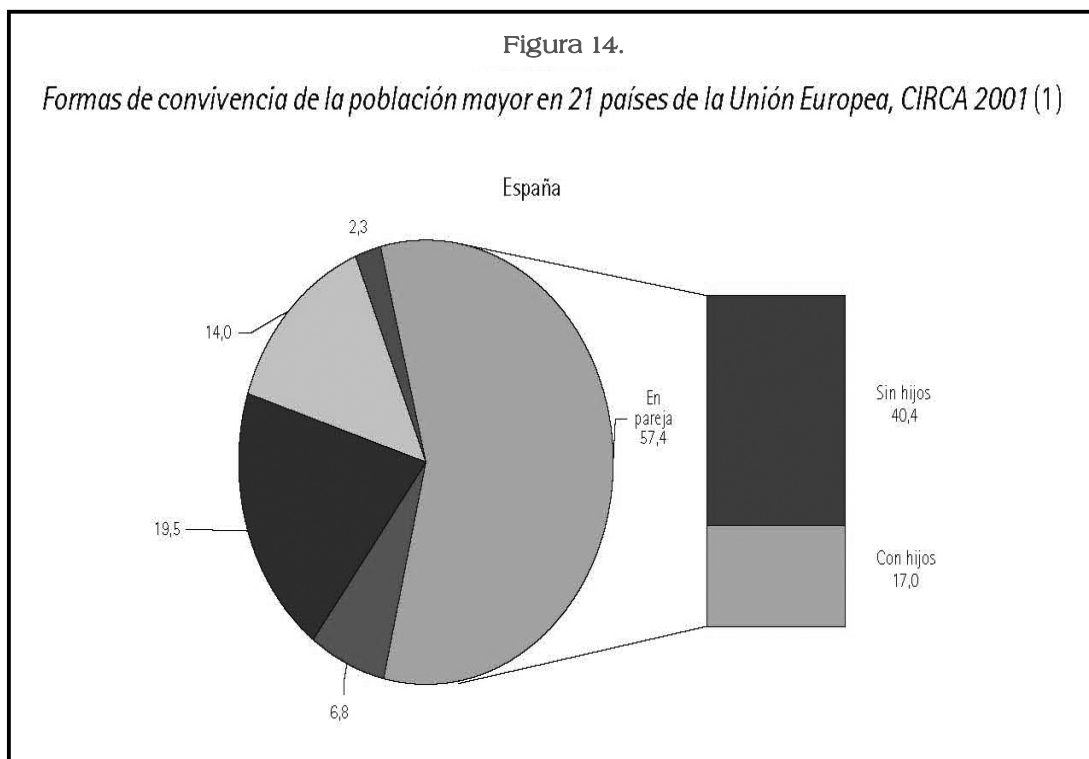
**Tabla 4**  
*Estado civil de la población de edad, 2001 (Porcentaje)*

| <b>Ambos sexos</b> | <b>Total</b> | <b>Soltero</b> | <b>Casado</b> | <b>Viudo</b> | <b>Sep./Div.</b> |
|--------------------|--------------|----------------|---------------|--------------|------------------|
| 65-69 años         | 2.071.821    | 7,6            | 74,5          | 15,7         | 2,2              |
| 70-74 años         | 1.823.131    | 8,1            | 66,8          | 23,6         | 1,5              |
| 75-79 años         | 1.410.131    | 8,1            | 56,1          | 34,9         | 0,9              |
| 80-84 años         | 841.808      | 8,4            | 41,9          | 49,2         | 0,6              |
| 85-89 años         | 446.662      | 8,7            | 27,7          | 63,2         | 0,4              |
| 90-94 años         | 165.685      | 8,9            | 16,0          | 74,9         | 0,3              |
| 95-99 años         | 34.108       | 9,2            | 8,6           | 82,0         | 0,3              |
| 100 ó más          | 3.590        | 10,4           | 3,0           | 86,2         | 0,3              |
| 65 ó más           | 6.796.936    | 8,0            | 59,7          | 30,9         | 1,4              |
| 80 ó más           | 1.491.853    | 8,5            | 33,9          | 57,1         | 0,5              |
| 65 ó más (1991)    | 5.370.252    | 10,4           | 55,9          | 33,2         | 0,6              |
| <b>Varones</b>     | <b>Total</b> | <b>Soltero</b> | <b>Casado</b> | <b>Viudo</b> | <b>Sep./Div.</b> |
| 65-69 años         | 967.324      | 8,1            | 83,8          | 5,9          | 2,2              |
| 70-74 años         | 816.247      | 7,6            | 81,8          | 9,0          | 1,6              |
| 75-79 años         | 589.125      | 6,1            | 78,2          | 14,7         | 1,0              |
| 80-84 años         | 310.830      | 5,2            | 71,0          | 23,1         | 0,7              |
| 85-89 años         | 144.200      | 5,0            | 59,2          | 35,2         | 0,6              |
| 90-94 años         | 47.622       | 5,2            | 42,3          | 52,0         | 0,5              |
| 95-99 años         | 8.434        | 5,8            | 26,7          | 66,9         | 0,5              |
| 100 ó más          | 808          | 6,3            | 9,2           | 83,3         | 1,2              |
| 65 ó más           | 2.884.590    | 7,0            | 78,6          | 12,9         | 1,5              |
| 80 ó más           | 511.894      | 5,2            | 64,2          | 30,0         | 0,6              |
| <b>Mujeres</b>     | <b>Total</b> | <b>Soltero</b> | <b>Casado</b> | <b>Viudo</b> | <b>Sep./Div.</b> |
| 65-69 años         | 1.104.497    | 7,2            | 66,3          | 24,3         | 2,2              |
| 70-74 años         | 1.006.884    | 8,5            | 54,7          | 35,4         | 1,4              |
| 75-79 años         | 821.006      | 9,5            | 40,3          | 49,4         | 0,9              |
| 80-84 años         | 530.978      | 10,2           | 24,8          | 64,5         | 0,5              |
| 85-89 años         | 302.462      | 10,5           | 12,7          | 76,5         | 0,3              |
| 90-94 años         | 118.063      | 10,4           | 5,3           | 84,1         | 0,2              |
| 95-99 años         | 25.674       | 10,3           | 2,6           | 86,9         | 0,2              |
| 100 ó más          | 2.782        | 11,6           | 1,2           | 87,1         | 0,1              |
| 65 ó más           | 3.912.346    | 8,8            | 45,8          | 44,2         | 1,2              |
| 80 ó más           | 979.959      | 10,3           | 18,1          | 71,2         | 0,4              |

Fuente: INE: INEBASE: Censo de Población y Viviendas 2001. Resultados definitivos. INE, 17/02/2004.

1. Tablas nacionales > 1. Personas > 1. Características demográficas básicas.

Población en viviendas familiares según sexo y estado civil por edad.



#### 4.1.2. Características sociales

El análisis en profundidad de las cuestiones sociales de los mayores en España lleva a la conclusión lógica de que muchas de ellas son el resultado de las cuestiones demográficas y de salud anteriormente vistas en mayor medida.

Una preocupación social creciente en cualquier área que tenga que ver con la población mayor es el aumento de la demanda sanitaria y de servicios sociales, esta demanda seguramente aumentará en el futuro en el territorio español debido al aumento de personas mayores y sobre todo al aumento de mayores de otras nacionalidades no registrados actualmente en España.

El desequilibrio entre géneros entre personas mayores y en el estado civil tiene repercusiones en el apoyo social, emocional o económico que puedan recibir o dar en el hogar o en la familia, pues ésta sigue siendo la principal fuente de ayuda. Vivir con el cónyuge resulta un factor decisivo para mantener la independencia de la persona mayor de los servicios sociales. La soledad, más frecuente entre las mujeres de edad, suele ser más temida por los varones, por la dificultad en el manejo de actividades domésticas, al menos en estas generaciones de personas mayores en los que los papeles productivos y los domésticos han



estado muy diferenciados entre géneros (ver tabla 5). Una conclusión lógica sobre esta situación del estado civil es que, en la mayoría de las personas mayores, los varones tendrán quien les atienda si caen en dependencia cuando la salud falle y las mujeres no. La cifra de esposas cuidadoras es muy superior al de varón cónyuge cuidador, y en caso de viudez femenina, obviamente se debe acudir a sus descendientes, hijas en su mayoría, y a otros familiares, si los tienen, lo que significa una profunda diferenciación entre sexos en el estado español en estas cuestiones.

**Tabla 5**  
**Personas en soledad, (2001)**

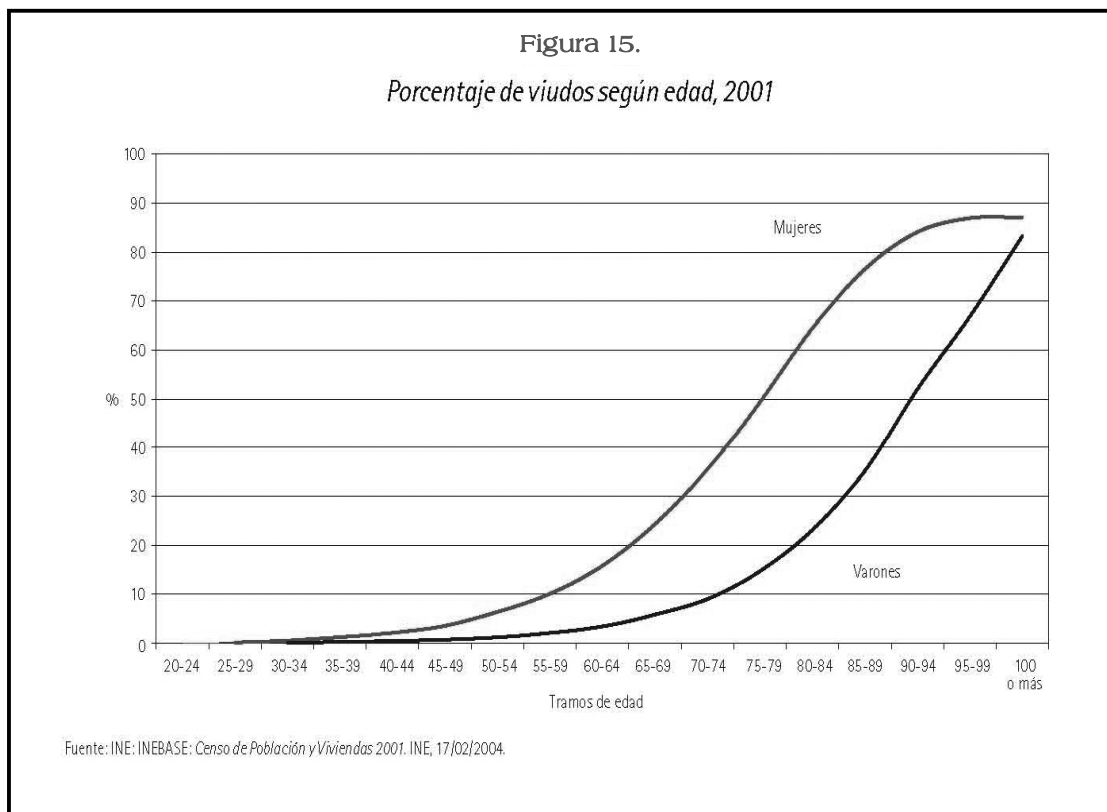
|                            | Personas   | % en soledad |
|----------------------------|------------|--------------|
| Población total            | 40.595.861 |              |
| Personas en soledad        | 2.876.572  | 100          |
| Una mujer de 16 a 64 años  | 652.306    | 22,7         |
| Un hombre de 16 a 64 años  | 865.329    | 30,1         |
| Una mujer de 65 o más años | 1.043.471  | 36,3         |
| Un hombre de 65 o más años | 315.466    | 11,0         |
| 65+ en soledad             | 1.358.937  | 47,2         |
|                            | Personas   | % en soledad |
| Población 65+              | 6.958.516  | 19,5         |
| Varones                    | 2.930.563  | 10,8         |
| Mujeres                    | 4.027.953  | 25,9         |

Fuente: INE: INEBASE: *Censos de población y vivienda 2001*. INE, 17/02/2004.

Por otro lado, la viudez femenina puede tener consecuencias económicas importantes para ellas mismas y para los sistemas de Seguridad Social, pues las viudas suelen experimentar un declive en sus condiciones materiales de vida como consecuencia del menor importe de las pensiones de viudedad. Este menor nivel económico es un factor de riesgo importante de padecer una posible enfermedad y caer en una situación de dependencia en el futuro. Ver figura 15.

Debido al aumento de la esperanza de vida de los mayores, la vejez es ahora más importante, estadísticamente hablando, pues a los 65 años a una persona aún le queda un 23,7% de su vida por vivir (22,0 si es varón, 24,9 si es mujer), es decir, casi una cuarta parte de

su vida total (INE, 2005). Estos datos suponen, a nivel social, que sea necesario replantear el papel de la personas mayores en nuestra sociedad, ya que no es lógico, ni recomendable, dejar al margen del funcionamiento social a la cuarta parte de la población española la cuarta parte de su vida, y cobran muchísima importancia los programas de sensibilización, de aprovechamiento del tiempo y, sobre todo, los programas de voluntariado entre las personas mayores, como primer paso para la futura integración total de los mayores socialmente.



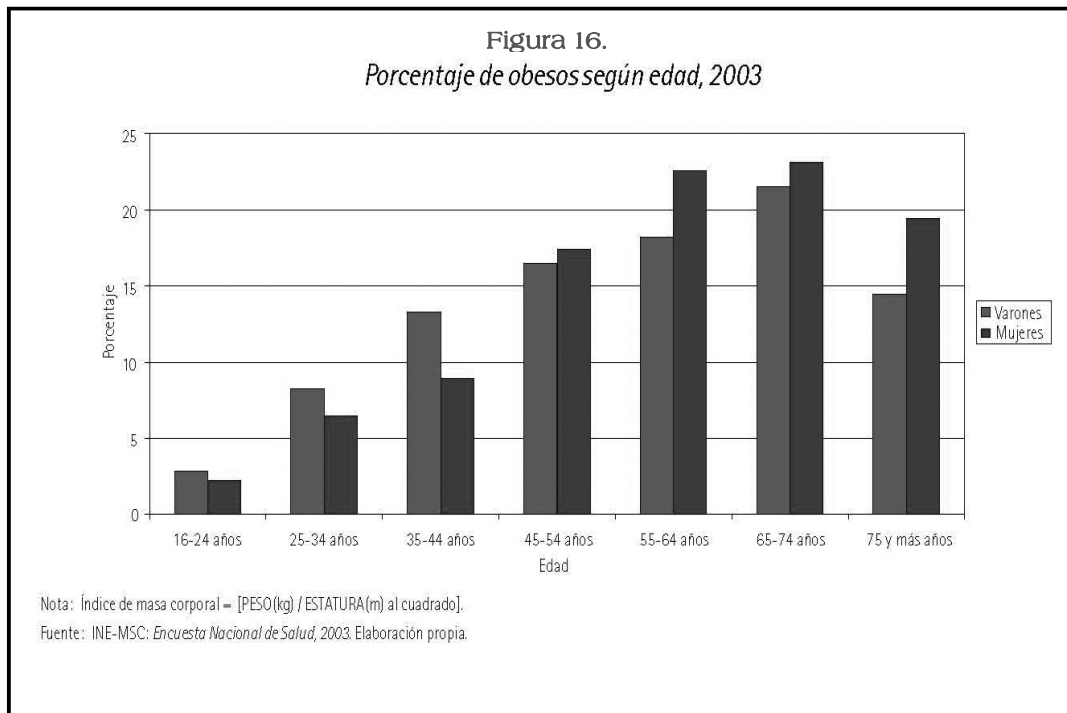
La alimentación y la sedentariedad son grandes indicadores de salud en la vejez, ya que una dieta incorrecta, unida a la falta de ejercicio físico diario puede provocar serios problemas de salud a medio y largo plazo como problemas vasculares, obesidad, diabetes, demencias, etc. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud reflejan que la dieta de los mayores españoles es más equilibrada que la del resto de la población. Pero el peligro existe en edades previas con hábitos nutricionales inapropiados, pues la cronicidad de enfermedades motivadas por dietas insanas se arrastra hasta la vejez, aunque en ésta se modifiquen algunos hábitos. Un 84,2% de los mayores toman fruta fresca a diario, y sólo lo hace el 55,2% de los que tienen 16-44 años. El 14% de las personas de edad come carne a diario, aunque la cifra



alcanza el 21,8% en jóvenes y adultos, de los que más de la mitad declaran consumirla tres o más veces a la semana y no a diario. Los mayores también ingieren más verdura y hortalizas y mucho menos embutidos y fiambres, que se suelen caracterizar por su alto contenido en grasas y sal (IMSERSO, 2006).

La obesidad en España lleva más de una década aumentando. Entre 1993 y 2003 el porcentaje ajustado por edad de población obesa de 20 y más años pasó de 9,9 a 14%, siendo evidente este incremento tanto en hombres (9,4% en 1993 y 13,7 en 2003) como en mujeres (10,4 y 14,3), y en todos los grupos de edad. El porcentaje de obesos aumenta con la edad, superando el 20% a partir de los 55 años en 2003. (La Salud de la Población Española en el Contexto Europeo y del Sistema Nacional de Salud, Indicadores 2005, Ministerio de Sanidad y Consumo.) En 2003, casi un 70% de la población con edades comprendidas entre los 65 y 74 años presentaba un índice de masa corporal superior a 25 kg/m<sup>2</sup>, es decir, lo que se entiende por sobrepeso. Hasta los 75 años se puede observar cómo el porcentaje de personas obesas o con un índice de masa corporal de 30 o superior aumenta, pero en las personas mayores de 75, la obesidad desciende y el peso insuficiente aumenta ligeramente (Ver figura 16. Por tanto, hasta alcanzar edades en las que la mayor fragilidad física hace cambiar la tendencia, se da una correlación positiva entre edad e índice de masa corporal. Esto puede parecer una paradoja atendiendo a los datos mostrados anteriormente, en los que se detectaban una dieta más saludable entre la población de edad, se justifica perfectamente a través de la biología. En los adultos jóvenes, como consecuencia del cese de actividad de la hormona del crecimiento, se inicia un descenso en la masa muscular que a edades avanzadas se hace evidente, y que provoca una importante reducción no sólo de fuerza, sino también de motilidad. La solución adaptativa que ofrece el cuerpo ante el consiguiente descenso en el gasto energético es el aumento del panículo adiposo, que provoca un incremento de masa y volumen. Esta es la razón por la que habitualmente el índice de masa corporal aumenta en la madurez.

El patrón de obesos varía según sexos. Hasta los 44 años la obesidad es un problema más frecuente en hombres. En el tramo de 35 a 44 años la obesidad masculina supera en un 49% a la femenina, probablemente debido a hábitos de vida menos saludables (consumo de alcohol y dieta más desequilibrada). A partir de esa edad, y coincidiendo con una etapa de cambios hormonales en la mujer, el porcentaje femenino de obesidad se duplica, llegando a superar, entre los 55 y lo 64 años de edad, en un cuarto a la de los hombres. En edades avanzadas se produce un descenso de la obesidad en ambos sexos motivado por los factores biológicamente comentados anteriormente.



Por lo que respecta al tabaco y alcohol, son dos sustancias que rara vez perdonan en la madurez y la vejez por lo que a edades avanzadas terminan perdiendo adeptos por problemas físicos y de salud o recomendación médica.

Actualmente existe una gran diferenciación entre sexos en el consumo del tabaco y el alcohol, aunque la tendencia está evolucionando hacia la igualdad de sexos en generaciones futuras en esta cuestión. Actualmente el 14,8% de los varones de 65 o más años fuma diariamente (19% los de 65-74 años, 8,6 los de 75 y más), y sólo lo hacen menos de dos mujeres de cada cien (1,7%).

El alcohol, por su parte, no se trata de un factor solamente asociado al índice de salud de las personas mayores ya que su consumo en grandes dosis está también asociado a importantes cuestiones sociales como la violencia en el hogar, problemas familiares, etc. También existen notables diferencias en el consumo de alcohol atendiendo a la edad y sexo. En 2003, entre las personas menores de 65 años, un 40,3% declara no haber consumido alcohol en los últimos 12 meses. Uno de cada cuatro lo ha hecho con una frecuencia menor de un día al mes, y el 7,5% declara tomar alcohol cuatro o más días a la semana. Entre las personas mayores de 60 años aumenta el número de abstemios en 18 puntos porcentuales (58,5%), pero también aumenta el número de personas que beben alcohol cuatro o más días a la semana, pasando a representar, en este tramo de edad, un 16. El consumo ocasional, o



menos de un día al mes, tiene menos importancia entre los mayores de 65 años que entre los más jóvenes (16,3%). Pero las diferencias más significativas se encuentran al analizar los datos por sexo. Más de la mitad de las mujeres (55,9%) no consumieron alcohol durante los últimos doce meses. Por lo que respecta a los hombres, los abstemios no llegan a un tercio (31,3%). Los varones presentan índices más elevados de consumo de alcohol, con cualquiera que sea la frecuencia con la que lo hacen. El número de personas que no consumen alcohol es alto en los primeros tramos de edad, desciende en edades intermedias y vuelve a aumentar a partir de los 55 años, siendo este patrón válido para ambos sexos. El aumento de personas que no toman bebidas alcohólicas a edades avanzadas posiblemente se deba, al igual que ocurre con el consumo de tabaco, a recomendaciones médicas por el riesgo para la salud de la persona mayor.

Multitud de investigaciones epidemiológicas han demostrado de forma consistente la relación que existe entre el nivel de actividad física y la reducción del riesgo de morbimortalidad por enfermedades coronarias, diabetes mellitus, cáncer de colon o hipertensión arterial (*La Salud de la Población Española en el Contexto Europeo y del Sistema Nacional de Salud, Indicadores 2005*, Ministerio de Sanidad y Consumo). La actividad física beneficia, por tanto, a la salud de las personas, ayuda a regular el peso y evita la pérdida de masa ósea en la vejez y, por lo tanto es muy recomendable evitar el sedentarismo. Aproximadamente el 35% de los españoles (36,8 de los hombres y 33,4 de las mujeres) pasa sentada la mayor parte del día. La realización de la actividad principal de casi dos tercios de las mujeres (65,3%) conlleva un ejercicio físico moderado (estar de pie o caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos que no requieran gran esfuerzo). En el caso de los varones el porcentaje desciende hasta el 53%, sin embargo éstos realizan tareas de gran esfuerzo físico 8,2 veces más que las mujeres. Entre las personas de 65 y más años se aprecian notables diferencias por género y edad. En el tramo de 65 a 74 años las mujeres son un 24% menos sedentarias que los varones y una mayor proporción de ellas realiza tareas de esfuerzo moderado durante su actividad principal, superando a los varones en casi un 10% (72,1 y 62,9% respectivamente). A partir de los 75 años la actividad principal de hombres y mujeres se torna más sedentaria, pero son ahora los hombres los que superan en un 6,5% a las mujeres en tareas de esfuerzo moderado a diario. Tres de cada cinco mujeres de más de 75 años pasan sentadas la mayor parte del tiempo mientras realizan su actividad principal, pudiendo estar esto relacionado con peores estados de salud y mayores índices de discapacidad.

La percepción de la propia salud de las personas mayores (salud subjetiva frente a la salud objetiva que se refleja en enfermedades y fallecimientos) es un dato importante para esta investigación porque refleja una parte de la satisfacción de la persona mayor con ella misma y su cuerpo. En la población española la evolución de la autovaloración positiva de la salud ha ascendido ligeramente: desde un 68,8% de población que se consideraba en buen o muy buen estado de salud en 1993, el 69,8 en 2001, al 71,3 en 2003. En 2003, el 75,2% de los hombres consideraban tener buena o muy buena salud, frente al 67,1 de las mujeres.



La edad aparece como la principal variable asociada a diferencias en la percepción de la salud. Casi el 40% de los mayores consideran tener un estado de salud bueno o muy bueno, con ligera tendencia creciente a lo largo del tiempo. Una de cada cinco (21,2%) personas mayores lo declara malo o muy malo, si bien con una ligera tendencia descendente. Son los más jóvenes quienes mejor estado declaran, situándose el umbral a partir del que empieza a disminuir con fuerza la valoración positiva de la salud en torno a los 45 años. El sexo es otro factor diferenciador de la salud subjetiva, y este contraste se acentúa en las edades más avanzadas. El 45% de los varones mayores valoraron su estado de salud como bueno o muy bueno. Las mujeres de la misma edad sólo lo hacen en un 33,0%. Por otro lado, éstas obtienen mayores puntuaciones en estados de salud mala o muy mala. Un cuarto de ellas la han definido así, frente a un 15,3% de varones. Por tanto, según avanza la edad, las percepciones negativas aumentan y también aumentan las diferencias entre sexos.

Por lo que respecta a las principales enfermedades y causas de muerte durante la vejez, claramente se destacan las enfermedades circulatorias como las principales preocupaciones sanitarias a estas edades. Nueve de cada diez ingresos y fallecimientos debido a problemas circulatorios se dan en personas mayores de 65 años. Otras enfermedades importantes durante la vejez por su epidemiología son, entre otras, el cáncer (de mama, de pulmón, de próstata, de colón, etc.), la osteoporosis, diabetes tipo II, la gota, insuficiencias renales, etc. y a nivel de enfermedades mentales se destacan las demencias y la depresión mayor.

Un primer análisis de estos datos sociales y de salud sobre las personas mayores refleja la notable diferenciación entre sexos en la mayoría de las circunstancias, tanto médicas, como de actitud y comportamiento, lo que parece reflejar que en esta generación de personas mayores las diferencias entre géneros en socialización, comportamiento y actitudes están muy marcadas, lo que provoca que a la hora de plantear una investigación como la de que es objeto esta Tesis Doctoral se necesite ser sensible a estas circunstancias y reflejarlo en los *Grupos de Discusión* y en el planteamiento dual de las actividades del programa diseñado "*Imagina*".

#### 4.1.3. Características psicológicas

Las características demográficas y sociales vistas en los subapartados anteriores tienen su reflejo sobre el perfil psicológico de las personas mayores de 50 años en conjunto. La llamada "Madurez" y "Vejez" de una persona implica una identificación con un grupo social, un conjunto de roles que la sociedad establece y una serie de metas y expectativas de vida, como ya en 1963 postulaba Erikson, cuando habló de los ocho estadios de vida con sus procesos y sus crisis existenciales a superar. Para Erikson (1963) las personas mayores de 50 años formarían los dos últimos estadios de ciclo vital, llamados precisamente periodo de madurez y de vejez.



Dentro de la población mayor de 50 años, la edad de 65 años se presenta como el punto de inflexión más importante por todos los cambios sociales que supone para una persona. Es la edad en la que se ha establecido en nuestra sociedad la jubilación laboral y el inicio de las pensiones y ayudas sociales a las personas mayores. Estas circunstancias implican cambios importantes también a nivel psicológico en una persona ya que se produce un vuelco en el rol social que cumple la persona y una seria reestructuración de las actividades diarias debido a la jubilación laboral. Se puede hacer por lo tanto una subdivisión de esta población, entre personas menores de 65 años que se considerarán en este apartado como “personas en proceso de madurez”, y personas mayores de 65 años, que se considerarán como “personas en proceso de vejez”.

Por lo que respecta a las personas menores de 65 años o personas en proceso de madurez, las circunstancias más importantes en las que se ven implicadas socialmente en la actualidad son las siguientes:

- Llegada de la menopausia en la mujer, lo que implica el fin de la función reproductiva de la familia y la conformación final de la misma.
- Aparición de las primeras señales físicas de vejez (arrugas, canas, disminución importante de la fuerza física, etc.).
- Cercanía de la jubilación laboral, lo que implica una preparación y previsión de la misma.
- Es habitual una gran estabilidad laboral, económica y social, que hace el entorno cercano más previsible y seguro, pero a su vez menos emocionante y retador.
- Emancipación o abandono del nido de los primeros hijos de la familia.

Estas circunstancias sociales provocan que la familia y las relaciones íntimas pasen a ser prioridad por encima del trabajo. (Se comienza a temer el paso del tiempo, lo que implica que se preocupen más por cuidar su alimentación, hacer ejercicio, etc.

Estas personas deben aceptar la evolución de su cuerpo, lo cual no es fácil porque es el reflejo de aquel rol social que temen, el de personas envejecidas (Teoría de los sí mismos posibles de Markus, 1975), y muestra claramente como se alejan paulatinamente de la imagen de juventud ideal que siempre han deseado. Es fácil que una persona de esta edad centre sus preocupaciones sobre el paso del tiempo y el cambio de rol social sobre su cuerpo pretendiendo cambiarlo para frenar el paso del tiempo a través de cirugía estética, productos estéticos, balnearios, etc.

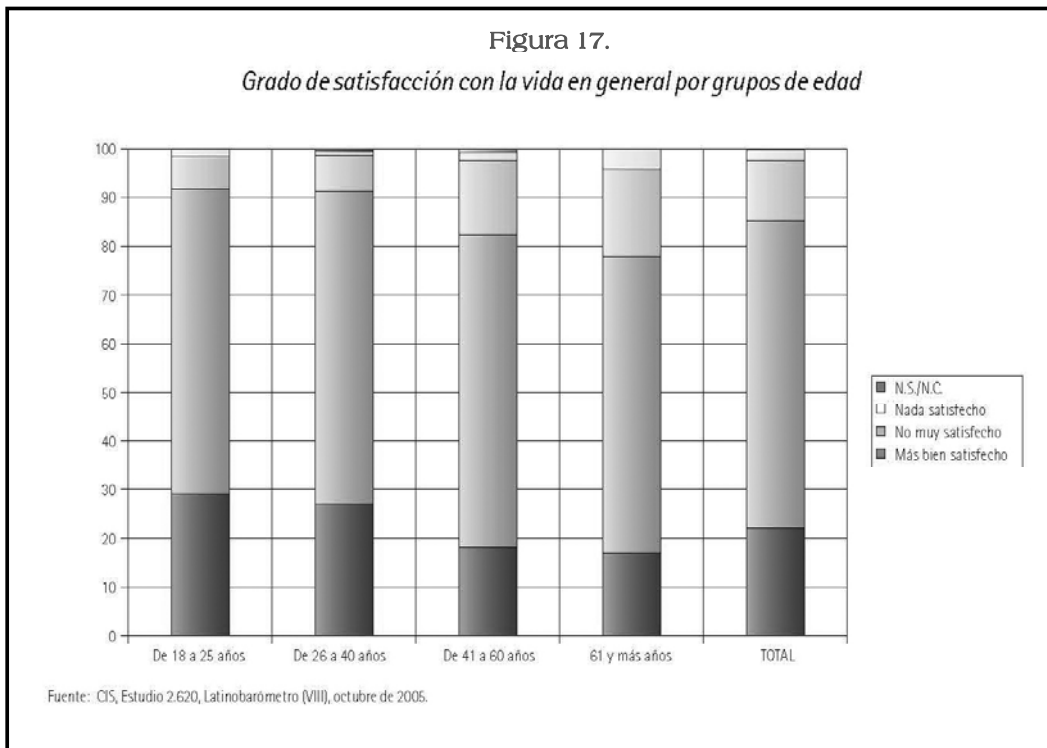
Por lo que respecta a las personas mayores de 65 años o personas en proceso de vejez, las circunstancias más importantes en las que se ven implicadas socialmente en la actualidad son las siguientes:

- Jubilación laboral. Implica un gran cambio vital a todos los niveles, nueva organización del tiempo, identificación con un grupo social habitualmente temido (personas envejecidas), disminución de recursos económicos, etc.
- Achaques físicos habituales.
- Cambio de rol en la familia, pasan a ser abuelos.
- Cambio de rol social. El rol del pensionista es el de beneficiario.

Estas circunstancias sociales provocan que estas personas necesiten una readaptación profunda a su nueva vida. Necesitan aprender a aprovechar un tiempo diario para ellos mismos que antes ocupaba el trabajo, necesitar reconfigurar su rol social y lo que es más importante, aceptarlo. La percepción de la muerte próxima se hace más clara y convierte a la salud en la principal preocupación. Se preocupan de hacer los preparativos necesarios y terminar o cerrar aquellas cuestiones que no quieren dejar incompletas como herencias, relaciones familiares, legado que dejan a los descendientes, logros de vida, etc. Las personas mayores de 65 años afrontan numerosos cambios en sus vidas de forma negativa por lo que agradecen la estabilidad y la seguridad y evitan los cambios bruscos en sus vidas.

Por lo que respecta al cuerpo y la imagen corporal, al igual que en el proceso de madurez, éste es el mayor reflejo del paso del tiempo y sus preocupaciones asociadas, refleja el estado de salud y cuando ésta no es la preocupación principal de sus vidas refleja la vejez temida. La imagen en el espejo se ve como una máscara del auténtico yo (Vejez como máscara, Gubrium, 1988, 1996).

Los datos estadísticos sobre la experiencia de envejecer reflejan importantes cuestiones sobre el perfil psicológico de las personas mayores y su satisfacción con la vida. Por lo general los mayores resultan estar bastante satisfechos con la manera en que transcurren sus vidas, se puede comprobar en el indicador de sentimientos generales ante la vida de los mayores de 60 años en comparación con otros grupos de edades (IMSERSO 2006). Se debe apuntar, no obstante, que el grado de satisfacción con la vida disminuye con la edad, las diferencias entre los mayores y el conjunto de la población no son significativas: el 77,9% de las personas mayores de 60 años está muy o bastante satisfechos con sus vidas, frente al 85,2% de las personas de todas las edades (ver figura 17).



Tampoco existen diferencias severas en la importancia de los aspectos vitales más importantes: para los mayores como para el conjunto de los españoles, la familia, seguida del trabajo y de los amigos. En la encuesta no se ha preguntado sobre la salud, si se hubiera hecho también ocuparía uno de los primeros lugares en la lista de prioridades de los mayores. Quizás la diferencia más notable se refiere a la consideración de la importancia de la religión que, entre los mayores, resulta bastante más importante que para el conjunto de la sociedad española. No parece, sin embargo, que sea éste un efecto de la edad, sino más bien uno de carácter generacional (ver tabla 6).

**Tabla 6.**  
*Importancia concedida a distintos aspectos vitales por grupos de edad*

|   | 18 a 24 años | 25 a 34 años | 35 a 44 años | 45 a 54 años | 55 a 64 años | 65 y más años | Todas las edades |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|------------------|
| <b>La familia</b>   |              |              |              |              |              |               |                  |
| Media   | 9,4          | 9,6          | 9,6          | 9,6          | 9,7          | 9,7           | 9,6              |
| Desv. típica  | 1,1          | 1,0          | 1,0          | 0,9          | 1,1          | 0,9           | 1,0              |
| N   | 276          | 537          | 470          | 377          | 309          | 512           | 2.481            |
| <b>Los amigos</b>   |              |              |              |              |              |               |                  |
| Media   | 8,5          | 8,4          | 8,0          | 7,9          | 7,9          | 7,9           | 8,1              |
| Desv. típica  | 1,7          | 1,6          | 1,9          | 1,8          | 2,1          | 2,1           | 1,9              |
| N   | 276          | 536          | 470          | 376          | 301          | 491           | 2.450            |
| <b>El tiempo libre</b>  |              |              |              |              |              |               |                  |
| Media   | 8,3          | 8,4          | 8,2          | 7,9          | 7,6          | 7,3           | 8,0              |
| Desv. típica  | 1,7          | 1,6          | 1,7          | 1,9          | 2,1          | 2,2           | 1,9              |
| N   | 273          | 537          | 469          | 372          | 300          | 474           | 2.425            |
| <b>La política</b>  |              |              |              |              |              |               |                  |
| Media   | 3,8          | 4,6          | 4,3          | 4,6          | 4,2          | 3,8           | 4,2              |
| Desv. típica  | 2,8          | 2,8          | 2,8          | 2,9          | 3,0          | 3,0           | 2,9              |
| N   | 275          | 530          | 463          | 373          | 293          | 485           | 2.419            |
| <b>El trabajo</b>   |              |              |              |              |              |               |                  |
| Media   | 8,3          | 8,6          | 8,7          | 8,8          | 8,8          | 8,3           | 8,6              |
| Desv. típica  | 2,0          | 1,7          | 1,7          | 1,7          | 1,9          | 2,6           | 2,0              |
| N   | 275          | 536          | 470          | 377          | 302          | 482           | 2.442            |
| <b>La religión</b>  |              |              |              |              |              |               |                  |
| Media   | 3,6          | 3,9          | 4,3          | 4,7          | 5,9          | 6,8           | 4,9              |
| Desv. típica  | 3,1          | 2,9          | 3,1          | 3,1          | 2,9          | 2,9           | 3,2              |
| N   | 273          | 531          | 466          | 371          | 303          | 496           | 2.440            |
| <b>Las asociaciones, clubes y otras actividades asociativas</b> |              |              |              |              |              |               |                  |
| Media   | 5,1          | 5,3          | 5,2          | 5,2          | 5,0          | 4,7           | 5,1              |
| Desv. típica  | 2,7          | 2,4          | 2,4          | 2,4          | 2,7          | 2,9           | 2,6              |
| N   | 268          | 524          | 459          | 357          | 277          | 415           | 2.300            |

Fuente: CIS, Estudio 2.633, Barómetro de enero de 2006.

Un dato asociado a los anteriores es la percepción de los mayores de los principales problemas en España, por regla general no existen grandes diferencias entre edades, las primeras diferencias empiezan a aparecer alrededor del cuarto problema, para el conjunto de los españoles este lugar lo ocupa la vivienda, pero para las personas mayores, esta preocupación está bastante retrasada respecto a otras como el terrorismo. A la inversa sucede con las pensiones, por ejemplo, que es objeto de una cierta preocupación por parte de los mayores, que lo sitúan como el sexto problema de España, mientras que para el conjunto de los españoles apenas aparece en el lugar duodécimo. Más diferencias se aprecian en las clasificaciones cuando se cuestiona por los problemas que más les afectan personalmente. Para las personas mayores las pensiones son la mayor preocupación, para el resto de



población es el paro. El capítulo se cierra con un indicador de la importancia de la edad y de la medida en que este dato biológico puede condicionar la vida personal y social de los mayores. Precisamente a juicio de los más mayores, la edad, «ser viejo» aparece como el motivo principal de discriminación entre personas en nuestro país. Para las personas más jóvenes este obstáculo es bastante menos evidente (IMSERSO, 2006). Ver tablas 7 y 8.

Tabla 7.  
*Motivos de discriminación*

|                                      | De 18 a 25 años | De 26 a 40 años | De 41 a 60 años | 61 y más años | Todas las edades |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|------------------|
| Por ser discapacitado                | 3,8             | 2,5             | 5,3             | 2,9           | 3,6              |
| Por no tener suficiente educación    | 3,1             | 3,2             | 5,6             | 4,7           | 4,3              |
| Por ser viejo                        | 0,9             | 0,6             | 2,1             | 13,8          | 4,5              |
| Por no ser nadie                     | 7,0             | 5,4             | 4,8             | 3,8           | 5,0              |
| Por el color de la piel              | 9,2             | 5,3             | 5,4             | 3,9           | 5,5              |
| Por ser pobre                        | 4,1             | 7,8             | 6,1             | 8,2           | 6,9              |
| Por no tener contactos               | 13,9            | 12,4            | 6,4             | 3,9           | 8,6              |
| Por ser inmigrante                   | 11,5            | 11,9            | 11,1            | 8,0           | 10,6             |
| Por ser mujer                        | 12,1            | 17,1            | 11,9            | 4,1           | 11,4             |
| En España se trata a todos por igual | 3,2             | 4,2             | 5,0             | 5,3           | 4,6              |
| Ninguna de estas razones             | 26,4            | 23,4            | 27,2            | 27,9          | 26,1             |
| N.S.                                 | 4,2             | 3,8             | 7,3             | 11,6          | 6,9              |
| N.C.                                 | 0,4             | 2,4             | 2,0             | 1,9           | 1,9              |
| (N)                                  | 446             | 903             | 898             | 784           | 3.033            |

Fuente: CIS, Estudio 2.620, Latinobarómetro (VIII), octubre de 2005.

**Tabla 8.**  
*Problemas que más afectan a España y que más le afectan personalmente: diez problemas principales*

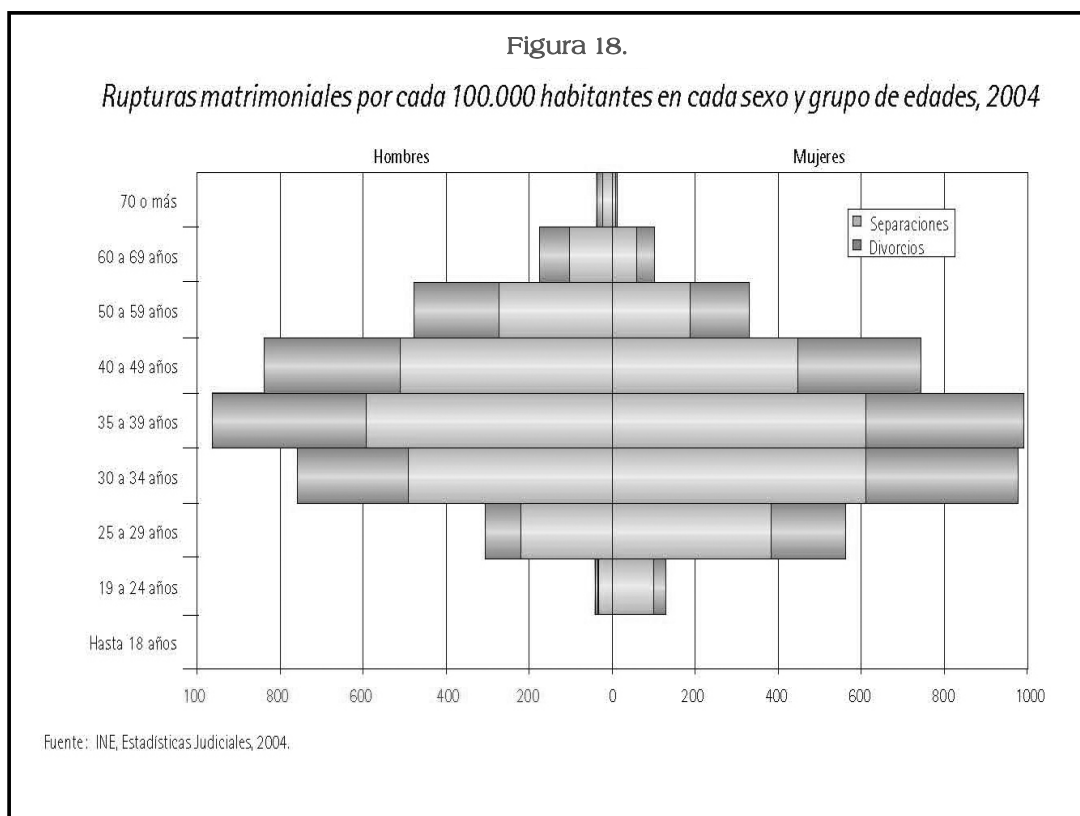
|  | 65 y más años |  | Todas las edades |
|--|---------------|--|------------------|
| <b>España</b>  |               |  |                  |
| La inmigración                                       | 35,7          | El paro  | 46,1             |
| El paro  | 31,4          | La inmigración                                       | 43,6             |
| La inseguridad ciudadana                             | 31,2          | La inseguridad ciudadana                             | 26,3             |
| El terrorismo, ETA                                   | 19,0          | La vivienda  | 25,9             |
| Los problemas de índole económica                    | 15,7          | El terrorismo, ETA                                   | 18,5             |
| Las pensiones  | 12,6          | Los problemas de índole económica                    | 17,2             |
| La vivienda  | 11,6          | La clase política, los partidos políticos            | 8,2              |
| Las drogas   | 5,8           | Los problemas relacionados con la calidad del empleo | 7,2              |
| La clase política, los partidos políticos            | 5,2           | Las drogas   | 5,4              |
| Los problemas relacionados con la calidad del empleo | 3,3           | La sanidad   | 4,1              |
| N.S.   | 10,5          | N.S.   | 4,9              |
| N.C.   | 0,8           | N.C.   | 0,8              |
| Ninguno  | 0,8           | Ninguno  | 0,2              |
| <b>Problemas personales</b>                          |               |  |                  |
| Las pensiones  | 24,6          | El paro  | 22,2             |
| La inseguridad ciudadana                             | 19,8          | Los problemas de índole económica                    | 22,1             |
| Los problemas de índole económica                    | 19,2          | La vivienda  | 21,4             |
| Las preocupaciones y situaciones personales          | 12,4          | La inseguridad ciudadana                             | 18,4             |
| La inmigración                                       | 11,6          | La inmigración                                       | 14,9             |
| La sanidad   | 6,8           | Los problemas relacionados con la calidad del empleo | 8,5              |
| El paro  | 5,6           | Las pensiones  | 6,6              |
| El terrorismo, ETA                                   | 3,9           | Las preocupaciones y situaciones personales          | 4,8              |
| La vivienda  | 2,9           | La sanidad   | 4,7              |
| Los problemas de índole social                       | 1,9           | El terrorismo, ETA                                   | 4,3              |
| N.S.   | 19,6          | N.S.   | 12,2             |
| N.C.   | 4,7           | N.C.   | 3,9              |
| Ninguno  | 6,4           | Ninguno  | 5,7              |
| (N)  | 516           | (N)  | 2.490            |

Fuente: CIS, Estudio 2.644. Barómetro de mayo de 2006.

Del análisis global de los datos estadísticos anteriores se puede concluir que los datos extraídos de la población mayor española no reflejan circunstancias muy especiales con respecto al resto de población, ante lo que se puede inferir alguna de las siguientes dos causas de estos resultados, o bien las circunstancias diferenciales que les rodean no son lo suficientemente importantes como para provocar un cambio sustancial en las valoraciones que realizan sobre sus vidas en las encuestas, o, por otra parte, estas encuestas no son adecuadas para discriminar adecuadamente esas circunstancias diferenciales en la población mayor. En el



caso de que el motivo tenga que ver con la segunda opción planteada se debería acudir a estadísticos más objetivos que reflejen datos indicadores de alguna diferenciación entre edades importante. Algunos de los tipos de datos que podrían resultar reveladores sobre el estado emocional y la satisfacción vital de las personas mayores, acudiendo a las estadísticas elaboradas por el INE (2006), son los que se derivan de las rupturas matrimoniales y los intentos de suicidio, ya que son indicadores de problemas emocionales y relacionales. Ver figura 18 y tabla 9.



Por lo que respecta a las rupturas matrimoniales el periodo de edad comprendido entre los 30 y 60 años es el periodo donde se dan más rupturas matrimoniales se dan, aunque el periodo de edad comprendido entre los 35 y 39 años supera claramente a cualquier periodo posterior a los 50 años. Este índice es importante porque refleja situaciones familiares, previas a la ruptura, conflictivas y malos ambientes familiares.



Tabla 9.  
Mayores que han sido víctimas de delitos y suicidios, 2005

|   | 65 o más años |            | Total  |
|---|---------------|------------|--------|
|   | Víctimas      | Porcentaje |        |
| Delitos contra el patrimonio                  | 5.714         | 6,6        | 86.582 |
| Asesinatos                                    | 8             | 0,8        | 994    |
| Homicidios                                    | 81            | 0,7        | 11.193 |
| Lesiones                                      | 579           | 4,2        | 13.748 |
| Otros   | 2.483         | 5,0        | 50.100 |
| Abuso sexual                                  | 17            | 0,7        | 2.498  |
| abuso con penetración                         | 1             | 0,4        | 259    |
| Agresión                                      | 23            | 0,9        | 2.630  |
| Agresión sexual con penetración               | 14            | 0,8        | 1.665  |
| Otros   | 4             | 0,2        | 2.671  |
| Detención ilegal                              | 29            | 2,3        | 1.241  |
| Malos tratos habituales en el ámbito familiar | 517           | 5,8        | 8.918  |
| Secuestro                                     | 2             | 1,2        | 171    |
| Tortura                                       | -             | -          | 9      |
| Trato denigrante                              | 21            | 6,3        | 331    |
| Delitos de orden público                      | 108           | 0,8        | 12.945 |
| Suicidio                                      | 1.114         | 16,7       | 6.669  |

Fuente: Ministerio del Interior, Anuario Estadístico, 2005.

Por lo que respecta a los suicidios entre personas mayores, como se aprecia en la tabla anterior las personas mayores tienen un índice muy elevado comparado con el resto de la población (16,7%), es decir, el índice más alto de muertes por suicidio de la población, aunque no el más alto de intentos de suicidio que pertenece a la población de adolescentes. El suicidio es un indicador del mayor grado de desesperanza y desconfianza en el futuro que puede llegar a tener una persona. El que la población mayor supere ampliamente al resto de la población indica claramente como la desesperanza, la desconfianza en el futuro y la depresión mayor pueden formar parte de sus vidas más fácilmente que en el resto de población.

Finalmente, una circunstancia psicológica de interés para la investigación es la disminución significativa del rendimiento mental a edades avanzadas. Esto supone que las personas de edades avanzadas se fatigan antes, razonan peor y les cuesta más esfuerzo desarrollar los razonamientos abstractos y complejos. El posible reflejo que esta circunstancia tenga sobre la investigación es la disminución del rendimiento evidente si se plantean tareas largas y/o complejas, algo que se debe evitar en el desarrollo de las actividades.



## 4.2. Acercamiento a la realidad social de la población objeto de estudio a través de la realización de la técnica cualitativa *Grupos de Discusión*

La imagen corporal es un constructo psicológico que tiene importantes connotaciones sociales. Se genera a lo largo de la vida y está muy interrelacionado con la socialización en una cultura. Cuando se plantea el análisis en profundidad de la imagen corporal de un grupo social, como el de los mayores y las personas que han entrado en un proceso de madurez física y social, se debe describir la realidad social que percibe este colectivo en torno al concepto de imagen corporal, ya que si no se realiza así, se corre el riesgo de confundir los constructos y conceptos que manejan los investigadores con la impresión que de ellos tienen la población objeto de estudio, ya que muchos de los factores implicados en la investigación, como lo pueden ser los efectos de generación y de cohorte, pueden permanecer ocultos a la investigación y se ve seriamente comprometida la validez ecológica de la investigación que se realiza.

Para describir realidades sociales y descubrir los discursos sociales que realiza un determinado colectivo se debe acudir a las técnicas de investigación cualitativas, en especial a los *Grupos de Discusión* ya que es la técnica cualitativa que mejor desvela los discursos sociales y describe las realidades sociales implicadas de un grupo social. Gracias al desarrollo de estos *Grupos de Discusión* se descubren los discursos sociales que mantienen las personas mayores de 50 años en torno a la imagen corporal, esta información es clave a la hora de desarrollar un programa de mejora de la imagen corporal para este colectivo, ya que se debe adaptar las técnicas y actividades que se planteen, a la forma de vivir esta realidad social que tienen los mayores de 50 años como grupo diferenciado.

Los *Grupos de Discusión* son una técnica que se utiliza en la investigación sociológica y sociopsicológica, principalmente, basada en la creación de un espacio artificial. Se junta a un grupo de entre 6-10 personas para que discutan sobre un tema previamente planteado por el investigador, porque se considera que esas personas son una muestra representativa de la población de la que se pretende descubrir el discurso social. El grupo no existe antes, no cuenta con una historia común, no hay lazos internos previos, los investigadores son los encargados de generar los lazos durante la sesión, para que en una sola sesión se genere una dinámica que favorezca una comunicación fluida. Está condicionado por dos factores: debe ser lo suficientemente pequeño como para que tengan la oportunidad de exponer su punto de vista todos los participantes, y lo suficientemente grande para que exista diversidad de puntos de vista.

Los *Grupos de Discusión* tienen la gran virtud de validar la viabilidad de programas de intervención psicosociales o asistenciales, sobre todo aquellos que por su novedad presentan lagunas en su conceptualización ante la población objeto de estudio, como es el caso de esta investigación. Al obtener un importante volumen de información, permiten evaluar los programas que se vayan a desarrollar o que se estén desarrollando. Por otra parte esta técnica también sirve para descubrir problemas de relación en grupos antes de que se enquisten.

En los *Grupos de Discusión* la homogeneidad es el punto de partida, deben de estar compuestos por personas similares entre sí. Se trata de personas desconocidas totalmente o con mínimas relaciones, no lo suficientemente importantes como para que existan lazos previos entre ellos, ya que la familiaridad tiende a impedir que salgan a la luz ciertas valoraciones y rompe la confidencialidad.

En los *Grupos de Discusión* se hace uso de los datos cualitativos disponibles, es decir, actitudes, percepciones y opiniones de los participantes, como datos de observación. Es muy importante que el discurso se plantee con el vocabulario propio del colectivo, para que no se genere confusión de contenidos.

Los participantes mantienen una discusión guiada, hacia el tema objeto de investigación sin presiones por parte del monitor. Más que el consenso se persigue crear un espacio donde aparezcan los procesos mentales en virtud de los cuales llegan los participantes cuando producen una discusión. Los *Grupos de Discusión* validan la interacción que se provoca a través de la propia dinámica y a partir de la misma surgen los emergentes o unidades de contenido sobre las que se discute. La eficacia del grupo de discusión reside en recoger el discurso social directamente, sin mediadores, a través de sus portavoces, los que otorgan sentido a los distintos hechos sociales.

Para diseñar los *Grupos de Discusión* que se pretenden crear se debe definir cuatro cuestiones que se abordan a continuación: Se debe definir el objeto de estudio clarificando el mapa de elementos que interviene en la cuestión, se debe elegir la muestra representativa de la población objeto de estudio, se deben plantear unos objetivos e hipótesis plausibles y, por último y más importante, se debe utilizar toda esta información desarrollada para pormenorizar todo el diseño y el proceso a seguir en el desarrollo de los *Grupos de Discusión* a fin de que ningún factor quede al azar.

Antes de terminar esta introducción a los *Grupos de Discusión* realizados, cabe apuntar que el vocabulario utilizado para su exposición en este apartado es en ocasiones coloquial. Se ha mantenido este lenguaje coloquial para la transcripción de los contenidos con el objetivo de no reducir la riqueza de los contenidos expuestos, que tan importantes son para el análisis de las técnicas cualitativas.

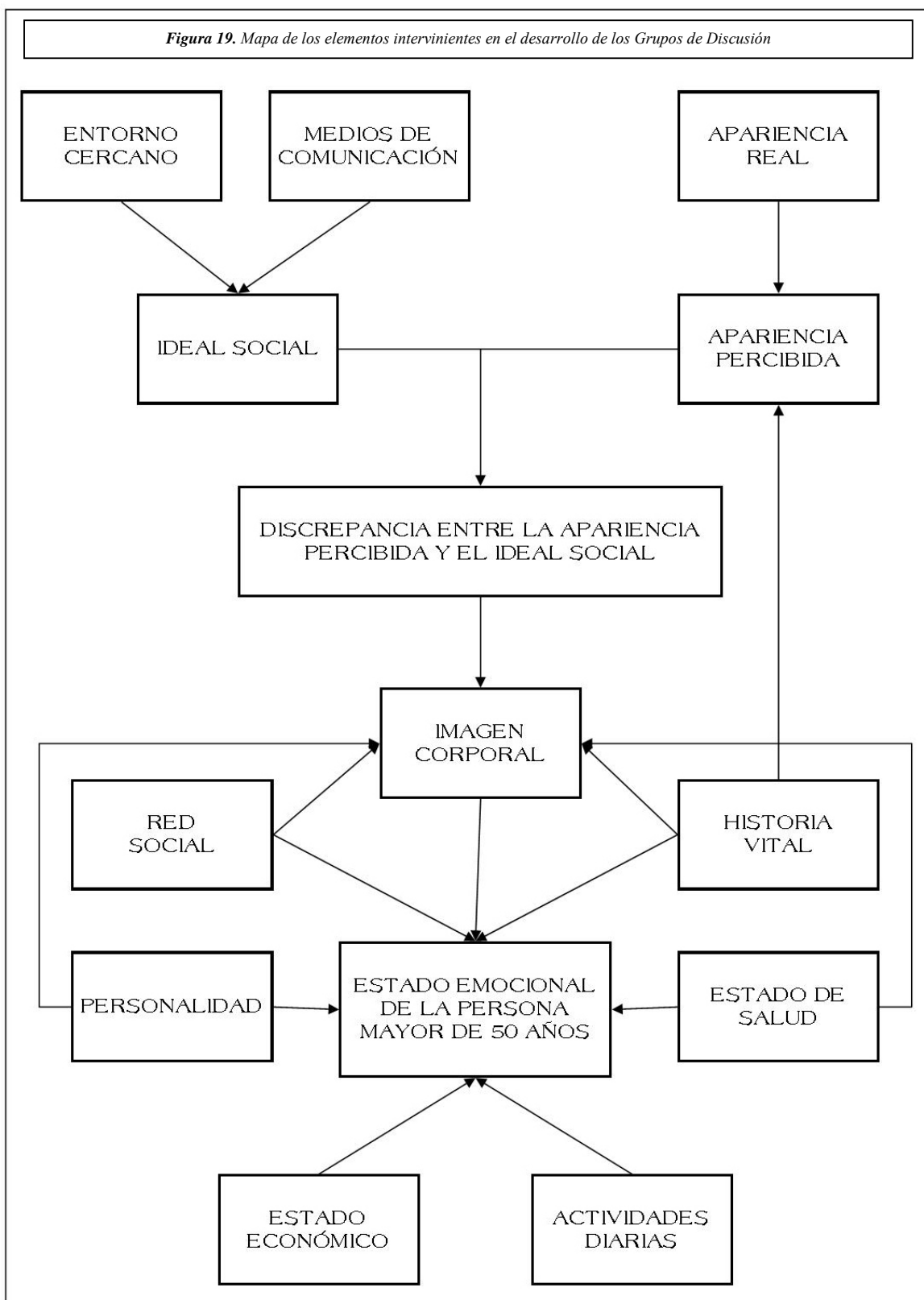


#### 4.2.1. Objeto de estudio

Como se ha mostrado anteriormente, los *Grupos de Discusión* se utilizan para describir realidades sociales, es decir, como un grupo social aborda o percibe un determinado tema en el que se ven implicados. En este caso concreto el objeto de estudio es describir la realidad social de la imagen corporal de las personas mayores de 50 años residentes en España.

Existen factores o variables intervinientes, importantes implicados en cómo las personas mayores de 50 años perciben su cuerpo. Estos factores se interrelacionan entre sí formando un mapa de elementos que funciona a modo de sistema. La resolución de este sistema en este colectivo es lo que se conoce como la realidad social que se pretende describir con los *Grupos de Discusión*. Un mapa de elementos bien elaborado ayuda a diseñar los *Grupos de Discusión* para que el discurso generado en el grupo describa la realidad social pretendida, si el mapa de elementos es incompleto o inexacto es probable que al investigador se le escapen detalles esenciales a la hora de dirigir el discurso social hacia el objetivo planteado.

El mapa de los elementos intervinientes en el desarrollo de estos *Grupos de Discusión* se presenta en la siguiente figura (ver figura 19). En este mapa de elementos se reflejan los factores que, a priori, se plantea que influyen en la impresión que tienen los participantes del grupo de la realidad social por la que se les pregunta de los *Grupos de Discusión*. Este mapa de elementos es funcional para estos *Grupos de Discusión*, por lo que el grado de verdad en los conceptos y sus relaciones hay que entenderlo en función de la utilidad que tiene esta distribución a la hora de desarrollar los grupos. A continuación se describe, uno a uno, los elementos que conforman este mapa y las relaciones más importantes que se plantea que existen entre ellos. Posteriormente se plantean los indicadores más importantes a tener en cuenta en los *Grupos de Discusión* y las preguntas derivadas de este mapa de elementos para el desarrollo de los *Grupos de Discusión*.





Los elementos y sus relaciones:

- *Entorno cercano:* Hace referencia al entorno social más próximo de la persona mayor de 50 años, en el que realiza la convivencia diaria cotidiana. Se incluye por lo tanto a las personas e instituciones públicas con las que se relaciona de forma intensa u ocasional cotidianamente. Este elemento es importante porque nuestro entorno forma nuestra identidad social y es fuente de comparación constante con nuestro aspecto. Se supone que entre menos exigente sea el entorno menores serán las posibilidades de desarrollar una imagen corporal negativa. Por ejemplo sería menor en una residencia de mayores que viviendo entre gente joven.
- *Medios de comunicación:* Se trata de los medios de comunicación de masas como la televisión, la prensa, Internet, etc. Son relevantes para esta investigación porque muestran lo que es deseable y atractivo socialmente e influyen, junto con nuestro entorno, en el ideal social de lo que “*debe gustar*” o “*se debe ser*”. Gran parte de los problemas de nuestra sociedad derivados del aspecto físico se deben a los modelos estéticos que se utilizan en dichos medios, que poco o nada tienen que ver con la realidad a la que hacen referencia.
- *Ideal social:* Hace referencia a la imagen física a la que una persona quiere parecerse por tratarse de lo aceptado socialmente. Es importante porque entre más disonancia entre la apariencia percibida y el ideal social existirán mayores posibilidades de desarrollar una imagen corporal negativa. Por ejemplo, la gente que se plantea parecerse a un ideal muy atractivo socialmente lo suelen tener más difícil para llegar a acercarse a él y la disonancia suele ser mayor, lo que suele derivar en una imagen corporal negativa con más facilidad.
- *Apariencia real:* Se trata del aspecto físico de la persona en comparación con los demás y con sus grupos sociales en particular. Su importancia reside en que es fuente de comparación constante con el aspecto de los demás de nuestro entorno. Incluye factores sociales como la edad, el sexo, etc. Que influyen mucho en la presión social hacia la apariencia física.
- *Apariencia percibida:* Suele ser el resultado entre la comparación de la propia apariencia y la de los demás pero también influyen el tipo de personalidad que se tenga y la historia de vida que tenga el sujeto. La apariencia percibida debido a los muchos factores que le afectan puede tener incluso poco que ver con el físico real, por ejemplo, personas muy atractivas que menosprecian su físico, por tener una mentalidad perfeccionista, o un entorno de demasiada exigencia o el recuerdo de haber sido más atractiva en el pasado.
- *Discrepancia entre la apariencia percibida y el ideal social:* Comparación entre el ideal social y la apariencia percibida. Si está disonancia es alta creará cierto malestar que puede derivar en una imagen corporal negativa.

- *Red social:* Se trata del conjunto de personas que son fuente de apoyo a la persona, suelen ser familiares y amigos. Su cantidad y calidad es moduladora de problemas emocionales. La opinión de la red social influye tanto en la imagen corporal como en el estado emocional de la persona directamente. Por ejemplo, si se tienen muchos amigos es probable que se tenga una imagen corporal más positiva ya que seguramente la persona se valore positivamente independientemente de su apariencia, además, el contacto con otras personas indica que la apariencia propia no es desagradable, por lo que también es una fuente de información de cómo se percibe la apariencia por los demás y se nos valora como personas.
- *Historia vital:* Se trata del recuerdo que tiene la persona de quién es y las cosas que ha vivido. Influye en cómo percibe su cuerpo, en el valor que le dé a la imagen corporal y en su estado emocional, aunque también se podría decir por ende que influye en todos los aspectos de la vida. Por ejemplo, si una persona se recuerda como muy atractiva para los demás puede llegar a llevar la vejez de forma más negativa que si su aspecto físico no fue nunca importante en su vida.
- *Estado de Salud:* El estado de salud es un criterio muy importante a la hora de valorar la imagen corporal ya que también afecta directamente al estado emocional. Por ejemplo, una persona que se siente fuerte puede llegar a valorar menos su atractivo físico y una persona que se ve débil o más débil que antes puede llegar a menospreciar su cuerpo.
- *Personalidad:* La personalidad influye en todas las valoraciones que se realizan durante la vida. En este mapa de elementos su influencia será clave a la hora de percibir la apariencia física, en la forma de desarrollar una imagen corporal y en nuestro estado emocional. Por ejemplo, una alta extraversión puede hacernos más atractivos a los demás, o un alto grado de neuroticismo hará que nos preocupe más la opinión de los demás.
- *Estado económico:* El nivel económico de una persona modula, no solo el estilo de vida que llevamos, sino muchas otras cosas con menos relación aparente como la relación con los demás, la clasificación en un estrato social u otro, el entorno social habitual, etc. Todas estas cuestiones suelen repercutir sobre nuestro estado emocional.
- *Actividades diarias:* Las actividades diarias influyen directamente sobre el autoconcepto, la autoestima y el estado emocional. Por ejemplo, el ejercicio físico puede hacer sentir a las personas sanos y mejorar nuestra autoestima, o el sentirse útiles puede aminorar las consecuencias de percibirse envejecidos.
- *Imagen corporal:* Dentro de estos Grupos de Discusión se define como “el juicio de valor que una persona tiene sobre la representación que se hace de sí misma”, es decir la valoración que hace de la discrepancia entre su ideal social y su apariencia percibida teniendo en cuenta sus circunstancias. Sus circunstancias son todos los elementos del mapa que hemos visto y sus relaciones. La imagen corporal influye directamente en el



estado emocional de la persona, el cómo influye esta imagen corporal en la vida de la persona mayor de 50 años es el objetivo de estos *Grupos de Discusión*.

- *Estado emocional de la persona mayor de 50 años:* Se trata del estado de ánimo y la salud mental de la persona teniendo en cuenta sus emociones y pensamientos relacionados con su aspecto físico. Es fruto de muchas circunstancias de la persona y de todos los elementos del mapa y la realización de los *Grupos de Discusión* determinará el tipo de relación que guarda con una imagen corporal negativa en la madurez y la vejez.

### Los Indicadores

El diseño de unos *Grupos de Discusión* recomienda el planteamiento de distintos indicadores que nos lleven a averiguar cuáles son los ideales de belleza de las personas mayores de 50 años, en qué medida les afectan a la hora de desarrollar una imagen corporal positiva o negativa y en cómo la imagen corporal es interpretada. A priori se plantean los siguientes indicadores para el desarrollo de los *Grupos de Discusión*:

- *Alta o baja discrepancia entre el ideal social y la apariencia percibida:* Es un indicador de que existe un ideal social demasiado alto o rígido, o una percepción del propio cuerpo negativa, o una conjunción de ambas cosas si esta discrepancia es alta y genera cierto grado de frustración social.
- *Historia vital con mayor o menor importancia de la belleza:* Si a lo largo de la vida el atractivo físico es básico en la autoestima y las habilidades de la persona, al envejecer esa persona perderá gran parte de su fuente de satisfacción social.
- *Cantidad y calidad de la red social:* La cantidad y calidad de la red social de la persona puede ser el mayor indicador de atractivo hacia los demás. Una persona que tenga numerosas muestras de afecto habitualmente difícilmente desarrollará una imagen corporal muy negativa o problemas emocionales derivados de ello. Puede ser de suma importancia la presencia de pareja y la opinión de la misma en este punto.
- *Personalidad:* Determinados rasgos de personalidad pueden contribuir decisivamente en el desarrollo de la imagen corporal. Por regla general se podría decir que las personas con rasgos de personalidad más rígidos tenderían a envejecer peor en este sentido y las personas con rasgos de personalidad más flexibles envejecerían mejor.
- *Actividades cotidianas:* El tipo de vida que lleva la persona, si le agrada o no, es un gran indicador del estado emocional actual de la persona. Por ejemplo, una persona con un estado de ánimo depresivo o melancólico tenderá a reducir sus actividades sociales.



Las Preguntas:

Se conceptualizan las variables del estudio en preguntas para el grupo de discusión, dichas preguntas podrían ser las siguientes:

*En relación a la Discrepancia entre el ideal social y la apariencia percibida:*

- ¿Cuál es el modelo social al que os gustaría pareceros?  
Con esta pregunta se conseguiría ver los ideales sociales, cuáles son los medios que le influyen y cómo ven ellos su sociedad en este sentido.
- ¿Cómo os gustaría que fuera vuestro cuerpo?  
Serviría para averiguar las partes de su cuerpo con las que menos satisfechos se sienten, valorar el grado de aceptación de la realidad y a que apariencia aspiran (ideal social y físico percibido).
- ¿Qué le falta a vuestro cuerpo para ser así?  
Esta pregunta se formularía en forma de actitudes, conductas y posibilidades de cambio real, lo que indicaría cómo la preocupación por el cuerpo les afecta en la vida cotidiana, qué hacen para solucionarlo y da idea de sus posibles frustraciones al respecto.
- ¿Estáis muy alejadas/os de cómo debería ser vuestro cuerpo?  
Esta pregunta pretende reflejar la disonancia entre el ideal social y el físico percibido de los participantes.

*En relación a la importancia del aspecto físico en la historia vital:*

- ¿Habéis notado, al haceros mayores, que vuestro atractivo para los demás disminuía?  
Se utiliza esta pregunta para que la persona haga consciente sus pensamientos sobre cómo se le trata ahora al hacerse mayor con respecto a cómo se le trataba cuando era más joven.
- ¿En qué lo habéis notado?  
Especifica más la cuestión anterior del uso de habilidades sociales relacionadas con la imagen que despertamos en el otro.
- ¿Es un hándicap importante?  
Esta pregunta les emplazará a hacerse una valoración personal sobre lo que han perdido socialmente por el deterioro físico propio de la vejez.



*En relación al apoyo social percibido:*

- ¿Qué creéis que opinan las personas más allegadas a vosotros de vuestro físico?  
Nos serviría para saber que tipo de apoyo en relación a su cuerpo recibe esa persona, si recibe apoyo positivo de las personas de su entorno o por el contrario recibe indiferencia o rechazo hacia su apariencia.
- ¿Es importante para vosotros esas opiniones?  
Para ver a quién tienen en cuenta para valorar su cuerpo y lo importantes que son para ellos tanto las opiniones negativas como positivas dependiendo de quién las diga.
- ¿Cómo valoráis el apoyo que recibís de los demás en este sentido?  
Esta pregunta se refiere a si creen que reciben el suficiente apoyo de los demás o ellos creen que no reciben la suficiente atención al respecto.

*En relación a la personalidad:*

- ¿Es muy importante para vosotros el aspecto físico de una persona?  
Esta pregunta sirve para indagar si es un rasgo importante de una persona y cómo lo valoran.
- ¿Cómo valoráis a una persona alejada de ese modelo que buscáis?  
Indica su actitud y sus conductas ante las personas que se sienten menos presionadas en relación con el aspecto o la belleza física.
- ¿Qué creéis que ocurriría si no tuvierais tanta preocupación por el aspecto?  
Se indaga qué tipo de ideas tienen sobre lo que ocurriría si alguna vez se saltan las reglas que ellos mismos se autoimponen.

*En relación al estado emocional:*

- ¿Cómo se encuentra ahora vuestro estado de ánimo?  
Para que valoren como se sienten actualmente en su vida cotidiana y en su relación con los demás.
- ¿En qué medida se debe a vuestra imagen corporal?  
Como valoran ellos mismos que su estado emocional se debe en parte a su imagen corporal y que grado de importancia le dan.

#### 4.2.2. Muestra

La muestra elegida para los *Grupos de Discusión* debe ser representativa de la población a la que hace referencia, por este motivo responde a las siguientes características:

- Personas mayores de 50 años.
- Personas sin problemas graves de salud que no sean los puramente asociados a la edad.
- Personas sin minusvalías físicas.
- Residentes en España

La muestra se ha extraído de las siguientes localidades provenientes del medio urbano o rural de la provincia de Zamora:

- Localidades de más de 10.000 habitantes: Zamora, Benavente y Toro.
- Localidades de menos de 10.000 habitantes: Alcañices, Pobladura del Valle, Valcabado y Villalube.

La muestra se extrajo de la participación de las en actividades sociales en su localidad y de la colaboración con Cruz Roja Española en Zamora. Como requisito previo imprescindible para formar parte de los *Grupos de Discusión* se requirió rellenar a todos los participantes unos cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas sobre datos personales y cuestiones referidas a la imagen corporal, que resultan muy importantes en el análisis de los resultados y la elaboración las conclusiones.

#### 4.2.3. Objetivos e hipótesis

Con el desarrollo de los *Grupos de Discusión* se pretende: *“Conocer la realidad psicosocial de la imagen corporal de las personas mayores de 50 años españolas y su relación con los ideales de belleza sociales de actualidad basados en la delgadez y la juventud”*. Se pretende lograr este objetivo porque es necesario conocer como es la vivencia de la apariencia física de este colectivo de primera mano para poder diseñar un programa psicosocial que sea capaz de mejorar la imagen corporal de las personas que participen en él activamente, sin que este programa parta de nociones de imagen corporal y supuestas preocupaciones que no se ajusten a su realidad, es decir, se pretende mejorar la validez ecológica del programa que se diseñe.



Para lograr llegar a alcanzar este objetivo general son necesarios una serie de objetivos específicos a modo de pasos o condiciones indispensables para llegar al objetivo final. Los principales objetivos específicos son:

- Conocer el ideal de belleza de las personas mayores de 50 años en España.
- Conocer la forma que tienen de percibir su cuerpo las personas mayores de 50 años en España.
- Conocer la relación existente entre la red social de las personas mayores de 50 años en España y su imagen corporal.
- Conocer la relación existente entre la historia vital de las personas mayores de 50 años en España y su imagen corporal.
- Conocer la relación existente entre el género de las personas mayores de 50 años en España y su imagen corporal.
- Conocer la relación entre determinadas características de personalidad en las personas mayores de 50 años en España y su imagen corporal.
- Conocer la problemática asociada a la imagen corporal de las personas mayores de 50 años en España.
- Conocer las formas de influencia de la imagen corporal sobre el estado emocional de las personas mayores de 50 años en España.

Partiendo de la información científica existente sobre imagen corporal se infieren las siguientes hipótesis relacionadas con los objetivos de los *Grupos de Discusión*:

- El ideal de belleza de los las personas mayores de 50 años en España será un modelo adaptado del ideal de belleza propio de la juventud.
- La percepción de su cuerpo las personas mayores de 50 años en España será predominantemente negativa.
- La presencia de una red social amplia y de calidad se relacionará con una imagen corporal más positiva.
- La presencia de pareja y la buena opinión de ésta será decisiva para que las personas mayores de 50 años en España tengan una imagen corporal más positiva.
- Las personas con una historia vital más relacionada con la belleza física tendrán durante la vejez una imagen corporal más negativa.
- Las mujeres, al tener más presión social sobre el aspecto, tenderán a tener una imagen corporal más negativa que los hombres.

- Modelos de personalidad más rígidos tendrán más relación con imágenes corporales más negativas durante la vejez.
- Las personas mayores de 50 años con una imagen corporal negativa padecerán más estados emocionales negativos, menos estabilidad emocional, más problemas psicológicos y menos adaptación al medio.

#### 4.2.4. Diseño de los *Grupos de Discusión*

El número de *Grupos de Discusión* a desarrollar depende de la variedad de posturas discursivas existentes enfrentadas o demasiado heterogéneas para juntarse en un mismo grupo de discusión, ya que difícilmente llegarían a un acuerdo. Debido a la información previa disponible vista en apartados anteriores se plantea que dos variables dicotómicas son las que más heterogeneidad en las opiniones pueden crear en los *Grupos de Discusión*, por lo que es conveniente dividir los grupos según estas variables para evitar posturas demasiado enfrentadas que impidan que el grupo de discusión funcione. Las variables dicotómicas a las que nos estamos refiriendo son las siguientes:

- *Género*: Debido a la diferente socialización entre sexos y las importantes diferenciaciones sociales y culturales que la sociedad dispone para las personas de ambos sexos, las posturas serían tan diferentes que no sería conveniente juntar en el mismo grupo de discusión a hombres y mujeres.
- *Presencia / ausencia de pareja sentimental*: La presencia de pareja supone la convivencia e intimidad emocional entre dos personas de forma profunda, por lo que es un factor muy importante en el mantenimiento de una imagen corporal positiva o negativa. Aislar este factor en los *Grupos de Discusión* ayudará a determinar cuál es esta influencia sobre la imagen corporal y como se refleja, si no se realiza de este modo, se corre un riesgo importante de que este factor, por sí solo, genere un discurso totalmente diferente en el grupo y provoque posturas muy enfrentadas.

La división de los *Grupos de Discusión* según estas variables dicotómicas determina que sea necesario crear cuatro *Grupos de Discusión* diferentes que serán los siguientes:

- Grupo I: Mujeres con pareja estable.
- Grupo II: Mujeres sin pareja estable.
- Grupo III: Hombres con pareja estable.
- Grupo IV: Hombres sin pareja estable.



Se organizan *Grupos de Discusión* de pares con relaciones lo más simétricas posibles. Estos grupos además tienen cierta heterogeneidad que fomente la discusión dentro del grupo pero no imposibilite llegar a un acuerdo. Al ser una investigación cualitativa, la realización de estos *Grupos de Discusión* no pretende comparar grupos experimentales y de control sino correlacionar distintas variables para el grupo social de las personas mayores y en proceso de madurez personal, y poder llegar a extraer conclusiones en términos de correlación de variables, no de causalidad.

El moderador del grupo de discusión se encarga de garantizar la correcta fluidez de la conversación garantizando que exista un respeto por el otro y que surjan todos los discursos sobre el tema posibles dentro del grupo. Estos *Grupos de Discusión* sirven para conocer como se articulan en nuestra sociedad los diversos discursos existentes sobre la belleza y la imagen corporal, para luego poder llegar a realizar un mapa conceptual sobre el tema que garantice la validez ecológica del programa de mejora de la imagen corporal de las personas mayores de 50 años que se pretende diseñar.

A la hora de formar los grupos se establece un posible sociograma de simpatías y enfrentamientos entre los distintos participantes que favorezca la discusión en el mismo previendo el resultado del mismo. Antes de profundizar en la creación de los *Grupos de Discusión* se reflejan las cuestiones previas tenidas en cuenta para garantizar su adecuado desarrollo, señalando diferentes medidas dependiendo del momento en el que estén los *Grupos de Discusión*.

*Cuestiones previas tenidas en cuenta para realizar los Grupos de Discusión:*

*“Antes del desarrollo del grupo de discusión”*

Debe estar adecuadamente limpia e iluminada la sala, libre de ruidos o de elementos de distracción. Debe haber agua o alguna bebida de refresco, perchero, buena temperatura, sillas cómodas y todo lo que resulte necesario.

En cuanto al moderador, debe llevar bien interiorizado y aprendido la lista de temas a tratar en el grupo. Estos temas serán los siguientes:

- Ideal de belleza social: El prototipo de la sociedad y el aplicable a su edad.
- Percepción de su propio cuerpo.
- Presión social existente sobre la belleza física.
- Historia vital y la influencia de la belleza en la misma.
- Importancia del entorno.

- Importancia de la personalidad
- Influencia de la imagen corporal sobre la estabilidad emocional

Cada uno de estos temas se desarrollan con preguntas similares a las apuntadas en el apartado referido al objeto de estudio, intentando en la medida de lo posible que estas preguntas sean comprensibles y no sean capciosas.

A la hora de realizar la convocatoria del grupo se informa a los participantes el objeto de la reunión de tal forma que anticipe lo suficiente lo que se van a encontrar sin mostrar todo el contenido y sin asustar o predisponer ninguna fijación previa sobre el mismo. Es adecuado decirles algo como que van a conversar con personas similares a ellos sobre la belleza y la vejez diciéndoles el título del trabajo y para qué va a servir.

Es conveniente tener preparada una frase que incite a la conversación y ayude a romper el hielo. Una frase que podría servir sería preguntarles: ¿Cuál creéis que es el modelo de belleza física de nuestra sociedad actual? Y emplazarles a que respondan todos a dicha cuestión.

#### *“Iniciando el grupo”*

Es muy importante reducir la artificialidad de la situación mediante una buena acogida. Se les da la bienvenida de una forma agradable y se les da las gracias por acudir.

Si algunos participantes llegan juntos o se cree que quieren crear una alianza previa en algún sentido al sentarse próximos se les sentará distantes. Si fuera posible se asignará previamente un asiento a cada persona para evitar estas situaciones y favorecer la conversación.

#### *“El proceso del grupo”*

Se realizará una introducción al grupo por parte del moderador para romper el hielo. La presentación que se realiza es la siguiente:

*“Estamos aquí reunidos para debatir cómo influye la percepción que tenemos de nuestro cuerpo y el deseo de adecuarnos a una imagen ideal en nuestro estado emocional para las personas mayores de 50 años. Por eso os hemos reunido hoy aquí, ya que creemos que vuestro perfil se adecua a lo que opina la mayoría de las personas como vosotros en nuestra sociedad. Se trata de que converséis sobre este tema diciendo lo que realmente pensáis cada uno de vosotros sobre esta cuestión con la única regla de no descalificar a los demás. Como veis, esto es una cámara de vídeo que nos grabará. Las imágenes que se graben no servirán para ninguna otra cosa que no*



*sea esta investigación y vuestra intimidad está garantizada. Yo me llamo \_\_\_\_\_, soy \_\_\_\_\_, y voy a intentar coordinar un poco el grupo, ahora quiero que nos presentemos todos (...). Si no os importa, querría que comenzaseis comentando esto: ¿Cuál creéis que es el modelo de belleza física de nuestra sociedad actual?"*

Una vez dicho esto se deja que el grupo hable, si les cuesta romper el hielo se intenta ser un poco más explícito con alguna pregunta más concreta que reduzca su incertidumbre.

Durante el desarrollo del grupo de discusión las siguientes cuestiones deben ser tenidas en cuenta:

- Es mejor que sus opiniones se basen en experiencias y no en opiniones construidas previamente.
- El moderador se centra en las intervenciones más dirigidas hacia la tarea.
- Si se desvían el moderador recauza la conversación.
- Se deja que se llegue a un consenso global de cada tema.
- Cuando se llegue a un consenso sobre un tema el moderador introduce el siguiente de la forma menos artificial posible.
- Antes de terminar un tema se le recuerda a los participantes que digan todo lo que crean conveniente, que no se lo queden dentro.
- Se comentan todos los temas previstos.
- Se finaliza agradeciendo la participación y preguntándoles qué les ha parecido la experiencia.

#### Creación de los Grupos de Discusión

Se pretende recoger a través de estos *Grupos de Discusión*, con la máxima exactitud posible, los distintos discursos sociales relativos a la belleza física de las personas en proceso de madurez o vejez (mayores de 50 años) españolas, sin problemas graves de salud o discapacidades físicas. Para ello será importante considerar los siguientes ejes discursivos para la composición de los grupos:

- GÉNERO: Dadas las grandes diferencias entre la opinión de los dos sexos en este tema será aconsejable que los *Grupos de Discusión* sean exclusivamente de hombres o de mujeres (dos de cada tipo).
- ESTADO CIVIL: Se pueden suponer grandes diferencias entre las personas que dispongan de pareja sentimental y las que no, así que se dividen los *Grupos de*



*Discusión* entre personas con pareja sentimental y los que carezcan de ella (dos de cada tipo).

Además de los ejes discursivos principales planteados se considera que existen otras variables que pueden influir en el discurso de los participantes del grupo de discusión y que deberán ser consideradas a la hora de formar los grupos. Las más importantes son las siguientes:

- ESTADO CIVIL: Se pueden suponer diferencias entre las personas con pareja estable y las que carezcan de pareja por viudedad, por divorcio, por soltería o por propia decisión, así que sería recomendable que se incluya al menos una persona de cada tipo en cada uno de los grupos.
- OPINION DE LA PAREJA: La opinión de la pareja será en muchos casos decisiva para el desarrollo de una imagen corporal negativa o positiva, así que se deben incluir personas de los dos tipos en los dos grupos.
- MEDIO RURAL O URBANO: Será un factor que podría influir de forma importante así que cada grupo debe incluir al menos dos personas de cada tipo.
- EDAD: Se recogen los discursos de las personas españolas mayores de 50 años, pero a mayor edad más deterioro físico y también menos presión social, así que se debe incluir en cada grupo personas con edades cercanas a los 50 años y personas que superen los 70 años.

Por lo tanto, la composición de los cuatro grupos teniendo en cuenta los dos ejes discursivos y las variables influyentes será necesariamente la siguiente:

- Grupo mujeres con pareja (Grupo 1): Este grupo estará formado por entre 6 y 10 personas, de las cuales al menos 2 reciben un apoyo positivo de su pareja y al menos dos reciben poco o escaso apoyo de su pareja, al menos dos serán de un medio urbano y al menos dos de un medio rural, y por último, al menos una entre 50 y 60 años, otra entre 60 y 70 años y otra mayor de 70 años.
- Grupo de mujeres sin pareja (Grupo 2): Este grupo estará formado por entre 6 y 10 personas, de las cuales al menos una es divorciada, al menos una es viuda y al menos una es soltera, al menos dos serán de un medio urbano y al menos dos de un medio rural, y por último, al menos una entre 50 y 60 años, otra entre 60 y 70 años y otra mayor de 70 años.
- Grupo de hombres con pareja (Grupo 3): Este grupo estará formado por entre 6 y 10 personas, de las cuales al menos 2 reciben un apoyo positivo de su pareja y al menos dos reciben poco o escaso apoyo de su pareja, al menos dos serán de un medio urbano



y al menos dos de un medio rural, y por último, al menos uno entre 50 y 60 años, otro entre 60 y 70 años y otro mayor de 70 años.

- Grupo de hombres sin pareja (Grupo 4): Este grupo estará formado por entre 6 y 10 personas, de las cuales al menos una es divorciado, al menos una es viudo y al menos una es soltero, al menos dos serán de un medio urbano y al menos dos de un medio rural, y por último, al menos uno entre 50 y 60 años, otro entre 60 y 70 años y otro mayor de 70 años.

#### 4.2.5. Desarrollo de los *Grupos de Discusión*

Una vez grabado los *Grupos de Discusión* en vídeo se han realizado las tres lecturas de los *Grupos de Discusión* aconsejadas. En una primera lectura se apuntó las impresiones y la participación de los asistentes, en una segunda lectura se analizaron los temas tratados y los acuerdos alcanzados, y en la lectura final se extrajeron las oportunas conclusiones. Para todo este trabajo se necesitó visualizar los vídeos en repetidas ocasiones enfatizando en diversos aspectos. Se describen uno a uno los cuatro grupos especificando los siguientes puntos: Características del grupo, construcción de la realidad, análisis de los temas tratados y valor científico del grupo. Cabe apuntar como todos los nombres reflejados de los participantes a los *Grupos de Discusión* han sido creados exclusivamente para este análisis y no se corresponden con la realidad de la muestra seleccionada. El uso de nombres reales para los sujetos facilita al lector a identificar las posturas adoptadas por cada sujeto en los diversos temas planteados.

##### 4.2.5.1. GRUPO I. Grupo de mujeres con pareja:

###### "Características del grupo"

Este grupo es el de las mujeres mayores de 50 años, con pareja (están todas casadas). El grupo lo forman 9 señoras, de las cuales, dos tienen entre 50 y 60 años, cuatro entre 60 y 70 años y 3 son mayores de 70 años. Por otra parte 4 son de medio rural y 5 son de medio urbano y 5 de ellas reciben poco apoyo de su pareja a su aspecto y 4 reciben un apoyo que consideran suficiente.

Fue un grupo muy revoltoso, muy tendente a discutir de dos en dos y a hablar a la compañera que tenían al lado por lo que en numerosas ocasiones se tuvo que parar el grupo y poner orden. No obstante se plantearon conflictos muy interesantes. Su duración fue cercana a los 40 minutos.

A continuación nombraré por el nombre de pila a todas las participantes y todos sus datos importantes extraídos de la entrevista previa y de algunos comentarios en el grupo de discusión.

- **Ernes:** Ernes está casada, tiene 63 años, vive en la localidad de Villaralbo en Zamora, recibe poco apoyo a su físico por parte de su marido y recuerda haber sido muy guapa de joven. Su participación en el grupo ha sido notable, no tanto en cantidad, pero sí en calidad, ya que ha sido muy sincera al mostrarse preocupada por su aspecto al envejecer y al considerar la existencia de personas mayores guapas.
- **Nieves:** Nieves tiene 63 años, casada, vive en la localidad de Villalube en Zamora, recibe poco apoyo a su físico por parte de su marido y dice que ella cuando era joven era “normal”, ni guapa, ni fea. Su participación en el grupo ha sido puntual, confirmó muchas de las afirmaciones de sus compañeras y se mostró poco preocupada por su físico y más preocupada por la enfermedad.
- **Visi:** Visi tiene 50 años y vive en Zamora, está casada y dice recibir mucho apoyo de su marido a ella en todos los sentidos. Dice que cuando era más joven era como las demás pero que siempre le ha preocupado mantener un buen aspecto. Visi ha sido la más participativa en el grupo, quiso imponer su criterio pero fue cayendo en algunas contradicciones que se analizarán mas tarde. Insistió mucho en las operaciones de estética pese a decir sentirse satisfecha con su propio cuerpo. Sacó muchas contradicciones sociales a relucir en su discurso.
- **Rosa:** Rosa tiene 70 años y vive entre Villaralbo y Zamora, se trata de una “falsa” casada ya que la comunicación con su marido es inexistente desde hace muchos años aunque viven juntos. Dice que se casó muy joven y que nunca le ha preocupado demasiado el verse guapa. Rosa llegó tarde al grupo y se perdió el principio del mismo. Su participación fue notable ya que fue la principal aleccionadora de las demás enfatizando en que la belleza no debe ser importante para nadie cada vez que alguna decía que era un tema que le preocupaba, también dijo que las personas se limitan más por su carácter que por su edad o atractivo físico.
- **Mónica:** Mónica tiene 50 años y vive en Zamora desde hace 30 años, es de nacionalidad colombiana, está casada y dice que a su marido su aspecto físico a veces le parece bien y otras veces regular. Dice que siempre le ha preocupado mucho su aspecto “Como a todo el mundo aunque no lo reconozcan”. Mónica participó mucho en el grupo y con mucha sinceridad, dijo que en nuestra sociedad es muy importante el aspecto para todo, que a ella le preocupa y dijo que normalmente la gente se preocupa menos de su aspecto cuando se casa.
- **Lidia:** Lidia tiene 66 años y vive en Zamora, está casada y comenta que la opinión de su marido es variable ya que tienen otros problemas más importantes que el aspecto físico. Dice haber sido guapa cuando era joven. Su participación en el grupo fue corta pero sirvió para sacar a relucir temas importantes. Dice no sentirse satisfecha con algunas partes de su cuerpo (los pechos) y llevar muy mal las canas, aunque dice que últimamente no es un tema que le preocupe porque tiene otros problemas más graves.



- Julia: Julia tiene 73 años, vive en Zamora, está casada y dice recibir un apoyo regular de su marido pero es que “ya son mayores para eso”. De joven dice que fue normal y que se casó joven. Julia participó sólo en momentos puntuales, insistió mucho en su preocupación por la vejez y la enfermedad y dijo que a partir de los 60 años todo va a peor.
- Feli: Feli tiene 70 años, vive en Zamora está casada y dice no recibir ningún apoyo a su físico por parte de su marido, que dice que se preocupa por otras cosas como su finca. Dice haber sido muy guapa de joven pero que no le preocupó nunca demasiado su aspecto. Feli tuvo una participación discreta pero fue la que con mayor interés confirmaba o desmentía las afirmaciones de sus compañeras, dijo que a ella siempre le ha gustado arreglarse pero por el mero hecho de verse ella guapa.
- Petri: Petri tiene 60 años y vive en Tábara, está casada, dice recibir poco apoyo de su marido a su aspecto físico, le da igual dice. De joven dice haber sido normal, ni guapa, ni fea. Petri fue la que menos participó ya que le costaba hacerse oír, dijo que las personas guapas de jóvenes son las que más se preocupan por su aspecto de mayores y decía que le angustia hacerse mayor.

#### “Construcción de la realidad”

Éste parece ser un tema muy complejo y controvertido, en el grupo se han dado numerosas contradicciones, muchos acuerdos, acuerdos con matices, enfrentamientos, etc. No parece fácil hacer una idea global del significado que le atribuye el grupo social de las mujeres mayores de 50 años casadas al aspecto físico. La idea general del significado aplicable a este grupo podría ser la que se describe a continuación.

Se puede dividir el discurso que realiza el grupo en dos tipos, lo manifiesto (lo que cuenta el grupo directamente) y lo latente (lo que influye sobre lo que dicen o lo que sin darse cuenta están diciendo), a continuación se muestra lo que significan ambos.

- Discurso manifiesto:
  - El aspecto físico tiene muy poca importancia en sus vidas.
  - El aspecto físico no tiene ninguna consecuencia de tipo psicológico para ellas.
  - No han perdido ningún recurso social por hacerse mayores y ver reducido su atractivo físico.
  - La preocupación por el aspecto es un tema exclusivo de la juventud.
- Discurso Latente:
  - Pese a manifestar que el aspecto físico tiene muy poca importancia en sus vidas realizan numerosas acciones dirigidas exclusivamente a mejorar o a

mantener su aspecto físico como llevar dietas muy restrictivas, usar productos antiarrugas, usar maquillaje, usar tintes de pelo, y se visten con ropas que disimulen defectos físicos como barrigas o anchura de caderas. Por todo ésto se supone que en realidad sí que es un tema importante para ellas.

- Pese a manifestar que el deterioro físico no les afecta psicológicamente dicen que se deprimen un poco cuando se notan mayores, al verse las canas, o al verse arrugas, que les angustia el paso del tiempo y envejecer, y que ya no tienen humor para hacer algunas cosas que hacían de jóvenes. Por todo ésto se supone que aunque no tiene una importancia decisiva sobre el estado de ánimo de la persona si que es un motivo de insatisfacción constante que mezclado con otros problemas o situaciones puede desencadenar más fácilmente que en otra persona en la misma situación un problema de carácter psicológico-emocional.
- Aunque dicen no haber perdido ningún tipo de ventaja de tipo social por hacerse mayores sí que manifiestan que, aunque los demás las ven guapas, las ven “mayores” y se enorgullecen al afirmar que “la que tuvo, retuvo”, si a ésto le unimos la melancolía que muestran al recordar su aspecto físico de jóvenes, indica que no han perdido ninguna facilidad social básica o importante pero sí que parece que han perdido cierta forma de influencia o beneficio habitual en su autoestima por perder parte de su atractivo social con la evolución de su físico.
- Cuando manifiestan que la preocupación por el aspecto es un tema exclusivo de la juventud más parece un deseo o una imposición social que una realidad, ya que ellas también presentan preocupación por su alimentación, el peso y el aspecto físico como las jóvenes, aunque sí que existe cierta represión social a tal preocupación para que no se haga ni consciente, ni evidente.

Llegados a este punto la pregunta que se plantea es clara: ¿Por qué se dan dos discursos paralelos y contradictorios en este tema?

La respuesta a la anterior pregunta no es sencilla y no parece tener una respuesta única, parece más bien que una confluencia de factores de origen diverso (social, psicológico, etc.) influye y las lleva a esta encrucijada cognitiva que vemos. La teoría de la comunicación del doble vínculo de Bateson (1968), puede ayudar en este sentido. Según Bateson (1968), los trastornos psicológicos más disociativos como la esquizofrenia se daban por la reiteración de una forma comunicativa contradictoria que se daba de forma recurrente, se trataba, simplificando mucho, de ofrecer una elección obligatoria entre dos acciones y castigar cualquier respuesta sin posibilidad de omitir la respuesta. En esta situación particular se daría algo parecido a nivel social. Por un lado la sociedad hace obligatorio poner énfasis en la belleza y castiga socialmente a quien se salte esta norma implícita. Por otro lado estipula que al llegar



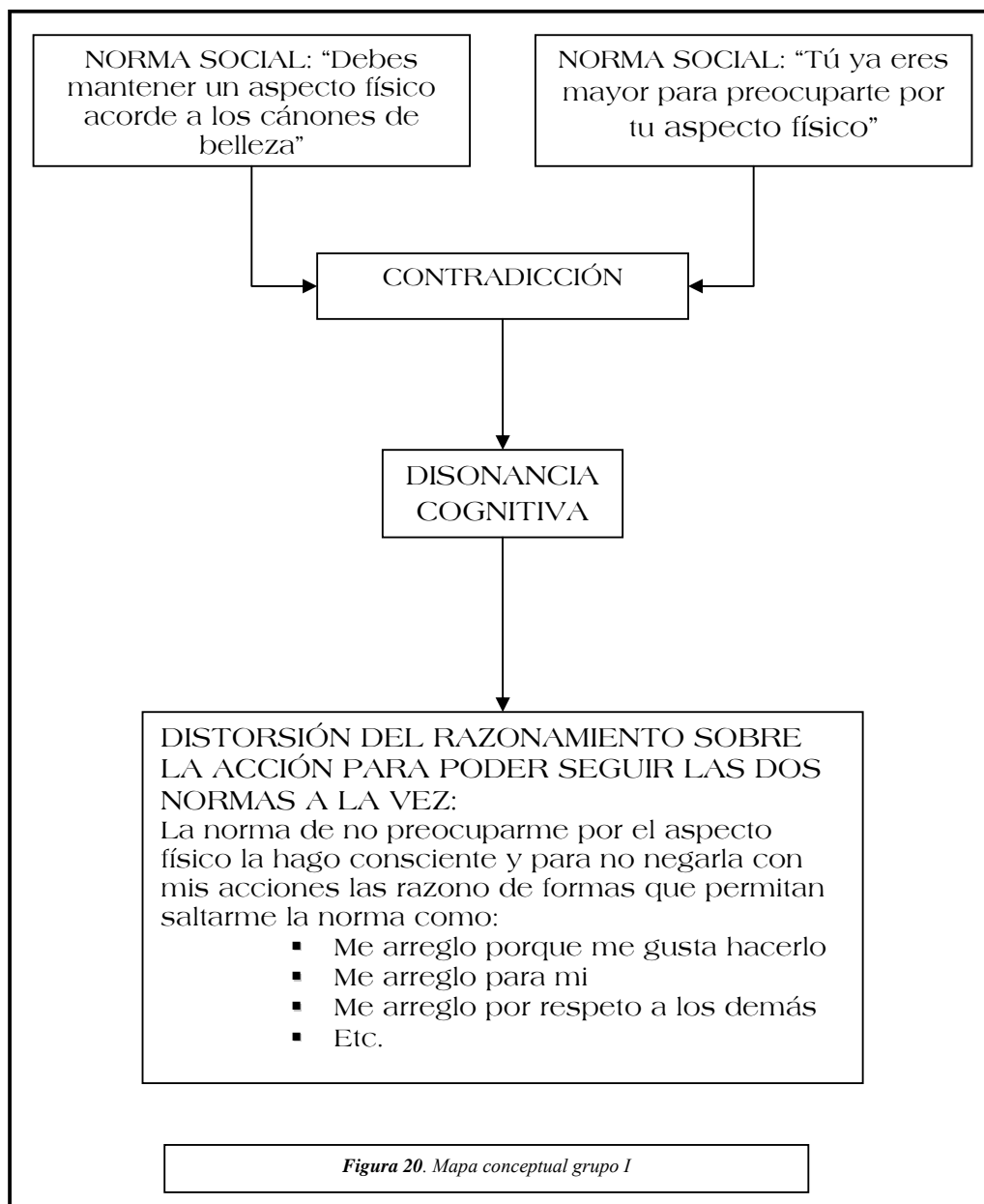
a una edad determinada la persona debe dejar de preocuparse por el aspecto físico y continuar con esta preocupación está mal visto, pero también continúa la norma anterior y por lo tanto, se da represión social a la preocupación social por el aspecto y se castiga al que no se preocupa. Aunque parezca una reflexión retorcida y compleja, esto explica por qué se mantiene un discurso social y se actúa de forma opuesta, y en ocasiones se llega a negar incluso esta contradicción, ya que es la única forma de seguir ambas reglas contradictorias y no mantener una alta disonancia cognitiva.

Así frases como *“yo me arreglo porque me gusta arreglarme”*, *“yo me arreglo para mi misma, no para los demás”* serían racionalizaciones que hace la persona para no hacer consciente su preocupación por el aspecto y no caer en contradicciones conscientes que le lleven a una disonancia cognitiva alta.

Esta no deja de ser una explicación demasiado simplificada de la realidad ya que como se expuso con anterioridad la realidad es mucho más compleja e influyen múltiples factores de diversos orígenes que en este análisis no se consideran.

#### *“Mapa conceptual”*

El mapa conceptual pretende expresar de forma gráfica como funcionaría para una mujer mayor de 50 años casada su construcción psicológica sobre la preocupación por el aspecto mostrando el razonamiento anterior. Ver figura 20.



"Análisis de los temas tratados"

- Belleza y vejez:

Se abrió el grupo pidiendo a las participantes que dijeran cuál era el ideal de belleza de la sociedad para romper el hielo y en seguida acudieron al ideal de belleza en una persona



joven (Visi: *"90-60-90, joven alta y con el pelo largo..."*). No tardaron en acudir a debatir los desajustes que se crean alrededor de estas cuestiones y a imponer lo que debería ser más importante en nuestra sociedad. Para ellas se debería dar más importancia a la manera de ser de las personas y no a su aspecto físico (Mónica: *"La primera impresión es que sea guapo pero luego lo que cuenta es la persona"*), aunque reconocen que el aspecto físico da muchas ventajas en nuestra sociedad como para conseguir empleo (Visi: *"La presencia impone mucho"*), existe acuerdo en el grupo en este sentido, aquí se comienza a ver una dicotomía clara entre el discurso social correcto e institucionalizado y lo que cada una siente o piensa al respecto. El primero parece aplicar un doble vínculo al segundo, es decir, impone las normas de conducta, obliga a incumplirlas y castiga al que se rebela contra ellas. La teoría del doble vínculo de Bateson (1968) intenta explicar el desarrollo de una personalidad esquizofrénica a través de este sistema de comunicación antes descrito, aquí parece verse su funcionamiento a nivel social.

A la hora de valorar como el aspecto físico les afecta o condiciona la siguiente transcripción literal del discurso de Visi es muy clarificadora: *"No nos arreglamos para nadie, ni para nuestra pareja. Para nosotras mismas, para mirarnos en el espejo y decir, oye, que tengo 50 años, tengo una tripa que no me gusta, y de aquí también (refiriéndose a las caderas), el pecho se me ha caído, y yo quiero arreglármelo. Pero para mi misma ¡Eh!"*. La frase muestra contradicciones, propias de la mezcla de lo que es, lo que quiere que sea y lo que debería ser, es decir, le preocupa el deterioro de su aspecto ante los demás, quiere pensar que se siente satisfecha con cómo es y que no le preocupa lo que los demás piensen, porque no debería preocuparse de esas cosas ya que no es correcto socialmente preocuparse por esas cuestiones. Esto es solamente una interpretación, pero hay que tener en cuenta que cuando una persona comienza afirmando que no le preocupa lo que piensen los demás, para continuar reconociendo que le disgusta ciertas partes de su aspecto sólo estéticamente, es porque existe un discurso social interiorizado opuesto a la opinión real de la persona y que los dos son mezclados por la persona hasta el punto de confundirlos.

Las demás se muestran de acuerdo al argumento de arreglarse para sentirse bien consigo misma (Mónica: *"Yo me arreglo para sentirme bien con mi misma"*). Ramona: *"Yo me arreglo porque me gusta arreglarme"*) y a la vez reconocen que estando solas o en casa, prefieren estar cómodas que guapas.

La frase de Visi también sirvió para sacar a relucir temas asociados a este como son el de la cirugía estética o los tintes del pelo y el maquillaje. Todas reconocen que si fuera gratuito se operarían de estética y cada una lleva mal alguna cosa distinta (Ernes: *"Yo me quitaría unas arruguitas"*). Lidia: *"Yo lo que llevo mal son las canas"*), Ernes saca a relucir una afirmación que las demás ni rechazan, ni apoyan (Ernes: *"Cuando uno es joven vale la pena hacerse la cirugía pero cuando se es mayor ya no"*), denota cierto deseo de juventud en la cirugía que las demás



anhelan y temen, el silencio parece significar que es algo que no creen falso pero que no les gustaría reconocer.

Julia afirma ante este reconocimiento general de la preocupación por el aspecto que lo que a ella realmente le preocupa es la enfermedad y la vejez (Julia: *“Cuando llegas a los 60 todo va a peor”*), lo afirma dirigiéndolo a las más jóvenes del grupo, esta afirmación parece ser en parte revelación personal sincera y parte un intento de imponer la norma social implícita en estas preocupaciones, o sea, que son preocupaciones de segundo nivel frente a otras preocupaciones más importantes, como la salud, el dinero, etc.

Otro tema que no recibió ni apoyo ni rechazo fue lo que dijo Mónica sobre el matrimonio (Mónica: *“Cuando nos casamos nos arreglamos menos”*), debe tener algo de verdad pero no toda, parece ser que nunca se dejan de arreglar durante su vida pero sí que existió un punto de inflexión importante al respecto con el matrimonio.

Un tema de gran importancia en este apartado lo constituye la existencia de una belleza mayor diferente a la joven. El grupo considera que sí existe una belleza mayor y que esta es sustancialmente diferente de la joven, se da el caso de que alguien puede ser más atractivo de mayor que cuando fue joven (Ernes: *“Algunas son más guapas de mayores que de jóvenes”*), aunque consideran que ese modelo sigue siendo dependiente del modelo joven y que es una *“belleza de segunda”* (Rosa: *“La familia nos ve guapas pero nos ve como somos”*).

- Entorno:

Este es un tema menos largo y complejo que el anterior pero también importante ya que muestra la primera forma de contrastar sus hipótesis sobre su envejecimiento en la realidad. Fue el segundo tema tratado en el grupo.

En cuanto se les preguntó por la opinión de las personas de su entorno ninguna reconoció que recibiera poco apoyo de los demás, parece que lo que más les preocupe son las cosas que no les dicen a ellas, se ve en frases de varias de ellas (Rosa: *“Nos ven guapas pero nos ven como somos...Mayores”*), (Petri: *“A mi me dicen que bien...Otra cosa es lo que piensen”*). También manifiestan que las personas con las que tratan valoran más cosas de ellas que la belleza y sobre la opinión de los demás hacia ellas manifiestan un rotundo *“La que tuvo retuvo”*, mostrando que hay cosas en ellas importantes que no se pierden con el paso de los años, aunque esta frase es típica de las personas retiradas de una actividad en la que tuvieron éxito, en la que al volver a ellas siguen manteniendo cierta habilidad pese al paso de los años y la pérdida de rendimiento en la actualidad.



- Historia de la juventud:

Este es un tema importante porque puede ser la referencia para estas personas para valorar sus pérdidas en atractivo para la sociedad con el paso de los años, y que variarán considerablemente en su respuesta dependiendo de lo sucedido durante su juventud.

La primera respuesta del grupo es un rotundo *“La que tuvo retuvo”* ante esta cuestión pero parece más un *“grito de guerra”* o de reivindicación personal hacia la adversidad que su auténtica opinión sobre el tema. Dicen preocuparse al verse más mayores en el espejo (Ramona: *“Yo cuando me miro en el espejo y veo otra arruguita me hundo un poco”*) y algunas hasta reniegan de su actual aspecto (Ernes: *“A veces no parezco yo”*). La discusión no va a más porque siempre surge alguna intentando aleccionar a las demás sobre lo que es y no es importante (Rosa: *“Lo que te debe preocupar es verte enferma, no verte guapa”*).

Parece ser que aunque manifiestan no haber perdido ningún recurso social al hacerse mayores guardan la belleza en su juventud con nostalgia y anhelo, ya que la frase *“La que tuvo retuvo”* les coloca en la cara una sonrisa de orgullo.

Dentro de otras cuestiones de discusión se oyen afirmaciones muy clarificadoras para este aspecto como son (Ramona: *“Hasta la más guapa se pone fea”*), (Visi: *“con lo delgada que yo he sido...”*), es decir, toman como referencia para su identidad corporal su aspecto de jóvenes.

- Relación del aspecto con el estado de ánimo:

Cuando se les pregunta sobre si la pérdida de atractivo en la madurez y vejez les afecta anímicamente la respuesta es un sí tajante, aunque ninguna manifiesta hundirse debido a ello y todas manifiestan tener preocupaciones mayores. Si alguna manifiesta que es un tema importante o que le preocupa, otra del grupo trata de intentar recordarle lo que es importante.

Ernes manifiesta algo que postula la teoría del síndrome de Dorian Grey al manifestar que a veces reconoce a su madre en el espejo y dice una frase tan clarificadora como *“A veces no parezco yo”*, dice que ésto a veces la deprime un poco, a lo que Rosa le responde con que le debería preocupar más la enfermedad. Ramona también manifiesta deprimirse un poco al ver en el espejo una arruga nueva.

Parece ser que este tema no tiene tanta importancia como para lograr una depresión por sí solo pero si demuestra ser un gran ingrediente en la depresión durante la madurez y la vejez en algunos de los casos, y una preocupación y un inconveniente para la mayoría de las personas mayores de 50 años.

- Características de personalidad:

Cuando se las pregunta sobre esta cuestión no piensan en ningún rasgo de personalidad concreto que pueda hacer tender a tener este tipo de preocupaciones sino a la historia de juventud. Es curioso cómo no reconocen haber perdido nada al hacerse mayores y como ven rápidamente que la belleza en la juventud es la que más hace deprimirse cuando te haces mayor. Manifiestan con rotundidad que a las personas que más les preocupa la belleza de mayores son las guapas de jóvenes (Ramona: *"Hasta la más guapa se pone fea de mayor"*).

Parece ser que sí les preocupa su aspecto, sobre todo porque no dejan de compararlo con el que tuvieron ya que este no les gusta y aunque manifiestan que no es una preocupación importante si consideran muy probable que una persona se angustie mucho por hacerse mayor.

- Importancia del aspecto:

Este es un tema "flotante" en el grupo de discusión, con se pretende decir que estaba siempre presente en la discusión aunque quizás en la mayoría de casos de forma encubierta o secundaria a otro tema.

Existe una importancia manifiesta del aspecto físico en sus vidas que es de tipo menor y otra importancia latente real más grande y que las lleva a actuar de diversas formas socialmente establecidas. Por ejemplo todas manifiestan teñirse el pelo en cuanto ven la más mínima cana, preocuparse por su peso y por lo que comen, llevar ropas que no las hagan gordas, acudir a reuniones sociales arregladas, etc. Manifiestan que todas estas cosas las hacen por normas sociales, aunque muchas de ellas no tienen ningún tipo de presión social para ejercerlas, por ejemplo no existe ninguna presión social para comprar una crema antiarrugas.

Todo parece obedecer al doble juego que se mantiene en nuestra sociedad sobre el aspecto físico y la belleza manifestando una comunicación en la sociedad sobre el aspecto de doble vínculo como ya manifestamos anteriormente.

Para ejemplificar más claramente esta impresión sobre este tema se transcribe parte de una discusión dentro del grupo:

- Rosa: *"No nos preocupa la belleza, lo que nos preocupa realmente es la enfermedad, el vernos mayores no nos preocupa"*.
- Ramona: *"A mi sí. Verme arruguitas nuevas me deprime"*.
- Visi: *"Pues yo uso cremas, y si sale una nueva que dicen que es mejor me la compro, cueste lo que cueste"*.



- Nieves: *"A mi me afecta más la enfermedad"*.

*"Valor científico del grupo"*

Para considerar el valor científico del grupo se debe valorar según los objetivos e hipótesis que se plantearon antes del comienzo del mismo. Según estas condiciones las conclusiones que se pueden considerar son las siguientes:

Se puede considerar que se han logrado todos los objetivos de este grupo de discusión que se habían planteado a priori por lo que se puede considerar la realización de este grupo como todo un éxito. Según las hipótesis planteadas se concluye que:

- Existe un ideal de belleza mayor para estas personas al cual les gustaría acercarse, aunque se nota mucho la influencia de un ideal de belleza joven en el mismo, y mantienen en la memoria un ideal de belleza utópico que es representado por la autoimagen de juventud idealizada. Podemos concluir que se cumple esta hipótesis en este grupo.
- Perciben su cuerpo actual como la distorsión de su cuerpo de juventud, que consideran como más suyo que el actual, aunque han llegado a un punto en que se han resignado a ser como son actualmente.
- La presencia de una red social amplia se relaciona con más preocupación con el aspecto. Esta conclusión del grupo de discusión se muestra contrario a la hipótesis formulada.
- La opinión de la pareja es muy importante pero en cuanto al aspecto la opinión de los iguales se muestra, si cabe, más importante para el desarrollo de una imagen corporal positiva o negativa.
- La historia de juventud tiene una importancia decisiva en la vivencia del cuerpo de mayor ya que será el espejo al que comparar el paso del tiempo y hará que este, en cuanto al aspecto físico, se muestra como un deterioro continuado.
- No valoran mucho las características de personalidad como definitorias de la preocupación por el aspecto físico.

En cuanto a las conclusiones extraídas teniendo en cuenta la composición del grupo se considera que:

- Con edades cercanas a los 50 años se preocupan mucho más por el deterioro del aspecto físico estéticamente, a medida que se acercan a los 70 años se preocupan más por motivos de salud que de estética.

- No parece ser muy concluyente que la persona viva en ciudad o pueblo, parece serlo más el nivel de vida que tenga y su estatus.
- No parece ser un factor decisivo la opinión positiva o negativa de la pareja ya que se muestran más preocupadas por la gente de fuera de su casa y los iguales que por la opinión de su marido.

Resultan muy interesantes para el objetivo final de los *Grupos de Discusión* algunas de las respuestas que se han dado a muchas preguntas que no se esperaban. Creo que tiene un valor científico importante el que reconozcan más como su imagen la de juventud, que ya no existe, y rechacen la actual. También el que se mantenga una doble moral encubierta hasta para ellas mismas sobre este tema y que muestren un más desagrado por su cuerpo que las personas sin una red social amplia o sin pareja, son igualmente temas muy interesantes que merecen ser tratados con más profundidad debido a su potencial científico.

#### 4.2.5.2. GRUPO II. Grupo de mujeres sin pareja:

##### “Características del grupo”

Este grupo es el de las mujeres sin pareja mayores de 50 años. El grupo lo forman 6 mujeres, cuatro de ellas son de medio rural y dos de medio urbano. Tres de ellas son viudas, dos son solteras y una es divorciada. En cuanto a las edades, tres tienen edades entre 50 y 60 años, dos entre 60 y 70 años y una es mayor de 70 años de edad.

Este grupo fue muy tranquilo, todas se respetaron a la hora de hablar y estuvieron totalmente de acuerdo en todas las cuestiones por lo que la duración del grupo no llegó a los 20 minutos. No presentaron dudas, ni contradicciones y cualquier afirmación de cualquiera de ellas era enseguida ratificada por las demás. Podría pensarse que el aspecto físico no les preocupa en demasía aunque podrían estar mostrando más bien una realidad que quieren creer, que la que realmente viven, no obstante parece más realista pensar que es un tema que no les preocupa mucho, al menos en menor medida que el grupo de las casadas.

A continuación se nombra por el nombre de pila a todas las participantes y todos sus datos importantes extraídos de la entrevista previa y de algunos comentarios en el grupo.

- Carmen: Carmen es natural de Cazorra del Vino, es viuda desde hace cinco años y tiene 65 años de edad. Fue de todas las participantes de este grupo la que menos participó, aunque todas en este grupo participaron bastante. Dice no salir demasiado pero porque no le apetece, no porque no pueda ya que tiene familia y amigas. Su profesión fue la de maestra de escuela pero ahora está jubilada. Insistió bastante en confirmar las afirmaciones de sus compañeras y apuntó que ella sí que controla su alimentación, aunque no por estética sino por salud.



- Aurora: Aurora es natural de Villafafila, tiene 52 años y su estado civil es de soltería. Dice tener contacto habitual satisfactorio tanto con amigas como con familia. Participó bastante en el grupo para mostrar al grupo que existen cosas mucho más importantes que la belleza de las que preocuparse en lo que todas estuvieron de acuerdo.
- Isabel: Isabel vive en Zamora, tiene 51 años y es viuda desde hace tan sólo uno, dice llevarlo más o menos bien aunque lo ha pasado muy mal durante este año. Tiene a su cargo sus dos padres enfermos y sus tres hijos por lo que dice estar siempre muy atareada. Su vida social la define como buena. Participó bastante en el grupo para mostrar claramente su razonamiento. Se mostró contraria a toda esta vorágine de énfasis en el aspecto y dice que eso con ella no va, pero que de joven tampoco iba con ella. Afirmó que “La edad no te la va a quitar nadie”.
- Agustina: Agustina es viuda desde hace 13 años, vive en Villaralbo (localidad muy cercana a Zamora) y tiene 70 años. Dice tener buena familia y amigas de las que disfrutar. Ahora está viviendo una época de más libertad debido a que ha pasado más de 10 años cuidando de sus padres que ahora permanecen en una residencia. Agustina fue de las que menos participó en el grupo, pero apuntó cosas importantes como que “Por mucho que queramos ya no es igual que hace 40 años”, enfatizó sus intervenciones en que el paso del tiempo pesa.
- Vicen: Vicen vive en Algodre desde que se jubiló hace un año. Era profesora de primaria en Málaga. Es soltera y tiene 66 años. Tiene toda la familia en la provincia de Zamora y mucha y buena relación con todos ellos. Es hermana de Nieves (participante del grupo I). Vicen fue junto a Isabelita la que más participó en el grupo. Dijo cosas muy interesantes como que para ella existe un tipo de belleza más importante que la física, también afirmó que existe un patrón de belleza para cada edad y que aunque en nuestra sociedad se da demasiada importancia a la belleza la gente normal pasa un poco de este tema.
- Isabelita: Isabelita está divorciada hace tres años. Tiene 52 años y vive en Zamora. Dice mantener una vida social satisfactoria y vivir “a su aire”. Trabaja como auxiliar de clínica para la Cruz Roja en Zamora. Fue junto a Vicen la que más participó en el grupo aunque sus intervenciones son distintas. Isabelita apostilló que la sociedad quiere gente delgada y joven y que se le da excesiva importancia eso. Dijo que a ella la belleza física es un tema que “No me lastra” y afirmó que “La madurez tiene su encanto”. Sus compañeras estuvieron totalmente de acuerdo con ella.

#### “Construcción de la realidad”

La construcción de la realidad de este grupo parece más sencilla que el anterior, aunque solamente lo parece, ya que detrás de las opiniones de estas personas aparecen algunos procesos psicológicos complejos significativos.

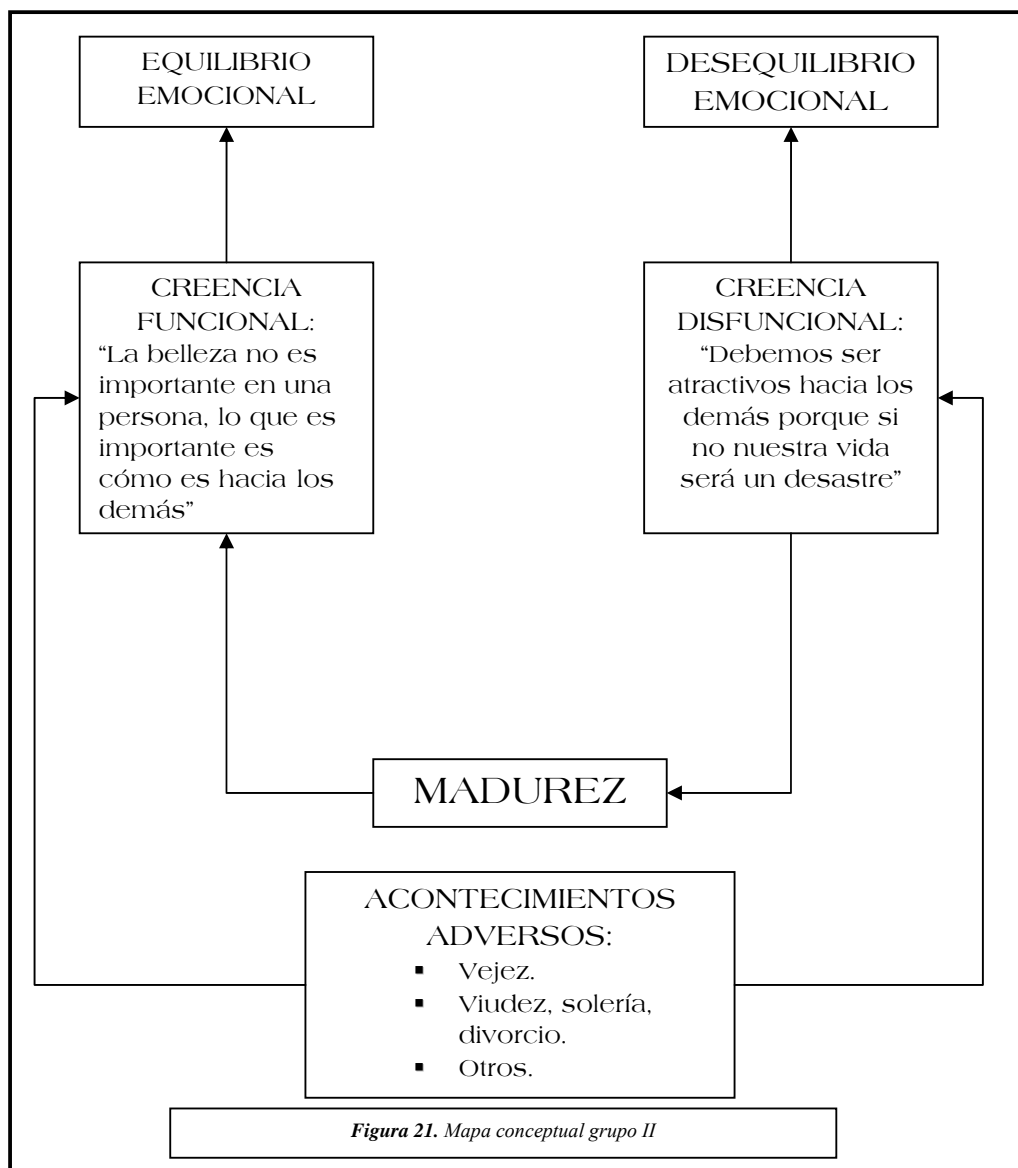
A primera vista diríamos que el aspecto físico es algo que no les preocupa demasiado, pero la concepción negativa de las personas que se preocupan por su aspecto físico parece indicar que hay algo más. Reconocen que en la sociedad prima la belleza física demasiado aunque no debería ser así, pero las personas que se preocupan por su aspecto (sobre todo a su edad) son vistas como “Inmaduras”, definición de personas que se usa socialmente para definir a las personas que todavía no han aprendido algo o que no tienen las habilidades suficientes para superar una situación negativa, lo que refleja que se han desligado de la preocupación por el aspecto físico al llegar a un momento de su vida anterior a este, y que este cambio fue positivo para ellas en sus vidas, hasta el punto, que consideran que es un paso de madurez personal que todas las personas deben afrontar algún día para llegar a un madurez.

El grupo defiende que las personas no se deben valorar por el aspecto físico aunque reconocen que en nuestra sociedad se hace y que la preocupación por el aspecto físico debe estar limitada a las personas con vida pública y a gente joven, o, según como se mire, “Inmaduras”.

El proceso de “madurez” podría guardar relación con el funcionamiento de la terapia racional - emotiva de Ellis (1975). Según Ellis una persona puede desarrollar ciertas creencias sociales que pueden ser disfuncionales, en el sentido de que si ocurre algo contrario a las mismas (algo que puede ser muy probable) este suceso puede hacer desmoronar a la persona y crearle problemas psicológicos. Según Ellis la solución es cambiar esas creencias disfuncionales por otras creencias que sean funcionales y que valoren el suceso de una forma no tan catastrofista. Este proceso se asemeja mucho al concepto de “madurez” del que habla el grupo. La preocupación por el aspecto sería una creencia disfuncional que ante un suceso negativo, como lo puede ser la vejez, quedarse sin pareja, no ser atractiva físicamente, etc., desencadene estrés psicológico o cierta incomodidad en la persona. El proceso de madurez funcionaría como la terapia racional-emotiva de Ellis desligándose de la preocupación por el aspecto y consiguiendo gracias a ello una imagen de sí mismo más satisfactoria y positiva.

#### “Mapa conceptual”

Las conexiones en los razonamientos de este grupo con el proceso racional-emotivo de la terapia de de Ellis hace que el esquema original de Ellis para el proceso de las creencias disfuncionales sea compatible a la hora de mostrar esquemáticamente el discurso elaborado por el grupo, ya que la preocupación por el aspecto funciona como un ejemplo de la misma y sigue multitud de similitudes con lo desarrollado en el grupo de discusión. Ver figura 21.



"Análisis de los temas tratados"

- Belleza y vejez:

A la hora de valorar el modelo de belleza que se impone en la actualidad en nuestra sociedad el grupo lo tiene muy claro, se trata de un modelo delgado y joven (Isabelita: "El ideal que nos meten es la delgadez y... joven"), todas se mostraron de acuerdo a la definición de este patrón.



En cuanto a como ese modelo de belleza les afecta en sus vidas, la respuesta es cualitativamente distinta a la que presentó el grupo de las mujeres mayores de 50 años casadas, no las valoran mínimamente importantes en sus vidas, dicen que no tiene mucho valor para ellas (Isabelita: *“A mi ese ideal de la sociedad no me lastra”*), aunque sí que consideran que es un tema de gran preocupación en nuestra sociedad (Vicen: *“Sí se le da mucha importancia”*), todas se muestran de acuerdo con esta opinión.

En cuanto a cómo las ven los demás manifiestan que la gente que les rodea no les preocupa si ellas son o no son bellas o atractivas (Vicen: *“La gente normal y corriente no se preocupa de esas cosas”*). Consideran que la gente que se preocupa por esas cuestiones son personas “inmaduras” (Aurora: *“Como vas a preocuparte por esas cosas con lo que hay fuera...”*) (Isabel: *“Como vayas nada más a lo físico estás perdido”*) y muestran total consenso en este tema.

Consideran que existe un ideal de belleza mayor diferente al joven, aunque éste sigue influyendo ((Isabel: *“Cuando llegas a cierta edad tienes otro tipo de belleza distinto, que no tiene que ver con el físico”*), se muestran de acuerdo cuando dicen que cada edad tiene su tipo de belleza y te vas ajustando, aunque ese ajuste a veces tiene fisuras (Vicen: *“Cada edad tiene su belleza”*).

Se muestran contrarias a las operaciones de cirugía estética, sirva de muestra la siguiente afirmación por parte de Isabel: *“A mi no me preocupa nada el patrón ese de estirarte, de ponerte,..., conmigo no va. Llegas a cierta edad que tienes otra belleza distinta, no la física. Tienes que aceptarte como eres según la edad que tienes ¿Qué ganas con estar despampanante si la edad no te la van a quitar? Como primeras conclusiones sobre el discurso generado en el grupo parece que el aspecto físico es muy poco importante para ellas. Reconocen cuál es el modelo de belleza que pide la sociedad e intentan no mantener una disonancia evidente con los demás en cuanto al aspecto físico, pero el objetivo es más “pasar desapercibida”, o no llamar la atención, que parecer atractiva o bella ante los demás.*

El que definan a los “esclavos de la belleza” a su edad como “inmaduros” podría significar que en la juventud tuvieron preocupación por el aspecto físico como la mayoría de las personas en esta sociedad, pero en algún momento de sus vidas siguieron un proceso de desapego a esos ideales estéticos que han dado como resultado su actual forma de pensar.

Los motivos del desapego de los ideales estéticos sociales serán analizados en apartados posteriores de esta Tesis Doctoral, pero el que tenga todo el grupo un pensamiento tan uniforme en este sentido, hace pensar que el estar sin pareja puede haber tenido que ver para el desarrollo de una autoimagen y autoestima positiva fuera de los ideales de belleza sociales.



- Entorno:

La opinión de los demás fue un tema importante en el grupo. Mostraron un gran consenso dentro del grupo también en este tema. Afirmaron que la gente que las conoce las ve bien, pero que el aspecto físico no tiene nada que ver con eso ya que se valora más el cómo es la persona que su apariencia (Vicen: *"Nos ven como somos y los que nos conocen valoran más cosas que la belleza"*).

Ante la pregunta que piensan sobre las personas que las vean de una determinada forma por su aspecto físico responden que cualquier persona que tenga en cuenta el aspecto físico para tratar con los demás comete un error (Isabel: *"Como vayas nada más a lo físico estás perdido"*) y dicen que la mayoría de la gente corriente no tiene en cuenta el aspecto para interactuar con los demás (Vicen: *"La gente normal y corriente no se preocupa"*).

- Historia de la juventud:

Quizás sea esta la única cuestión en la que no estuvieron totalmente de acuerdo ya que hubieron dos opiniones contrarias, por un lado Carmen y Agustina reconocieron que al envejecer han visto reducidos sus recursos (Agustina: *"Ahora no estamos como hace 40 años"*) (Carmen: *"Ahora hay muchas cosas que ya no puedo comer"*), aunque no tipo estéticos, y por otro lado el resto del grupo ven su situación actual como mejor que antes (Vicen: *"Hemos cambiado para bien"*) (Isabelita: *"La madurez de la vida tiene su encanto"*).

A la hora de valorar este apartado es correcto el preguntarse por qué parte del grupo considera que ha mejorado con el tiempo. Ante la multiplicidad de hipótesis resulta interesante una que ya se utilizó en el apartado anterior, puede ser que estas señoras hayan llegado a un punto de sus vidas en el que saben muy bien lo que les conviene y lo que no y lo que debe preocuparles, parece que se han quitado algunas preocupaciones de encima que no le convenían y una de ellas es sin duda la preocupación por el aspecto.

- Relación del aspecto con el estado de ánimo:

Existen dos aspectos a valorar en este apartado, por un lado ante la pregunta de si la preocupación por el aspecto influye a nivel emocional responden que sí tiene influencia (Isabelita: *"Si te ves guapa te anima"*) y por otro lado consideran que la preocupación excesiva es de personas inmaduras y que la gente corriente no lo tiene en cuenta (Vicen: *"la gente normal y corriente no se preocupa"*).

Muestran consenso al afirmar que a ellas el aspecto físico no les quita el sueño, y si lo hace es para bien (Isabelita: *"Si te ves guapa te anima"*).

- Características de personalidad:

Este es un apartado clave por lo característica de su respuesta. Ante la pregunta de que rasgos de personalidad podrían estar relacionados con la preocupación excesiva con el aspecto su única respuesta es: "Personas Inmaduras".

El que ignoren todos los demás aspectos, tanto de personalidad como de historia personal, y que pasen a un segundo plano, indica que la preocupación por el aspecto es una preocupación de la que la gente debe deshacerse llegados a un momento en la vida, y solamente las personas con trabajos de cara al público, o personas famosas y personas públicas tienen motivos para no deshacerse de esa preocupación, en cuyo caso sí que lo consideran adecuado.

Estas respuestas parecen confirmar la hipótesis de que las personas de este grupo por alguna u otra razón se han desligado de la preocupación por el aspecto y que además no tienen la menor duda de haber hecho lo correcto, ya que es algo que consideran perjudicial. En apartados posteriores se analiza más en profundidad esta cuestión.

- Importancia del aspecto:

Después de todo lo dicho parece evidente considerar que para ellas la preocupación por el aspecto no es importante, al menos en este momento, ya que las opiniones negativas hacia esta preocupación indican que hubo un tiempo en el que tuvo más importancia y que no les trajo nada positivo, por lo cual han considerado adecuado desligarse de tal preocupación y, según comentan, les va mejor.

Las grandes diferencias encontradas con el grupo de mujeres mayores de 50 años casadas reflejan que puede tener mucho que ver en este sentido la presencia de pareja sentimental. Estas cuestiones se analizan en el apartado de conclusiones a los *Grupos de Discusión* para no repetir cuestiones y conclusiones..

#### "Valor científico del grupo"

Para considerar el valor científico del grupo se debe valorar según los objetivos e hipótesis que se plantearon antes del comienzo del mismo, según estas condiciones las conclusiones que se pueden considerar son las siguientes:

Se han logrado todos los objetivos de este grupo de discusión que se habían planteado a priori, por lo que se puede considerar la realización de este grupo como todo un éxito. Según las hipótesis planteadas se puede afirmar que:



- Para este grupo sí existe un ideal de belleza mayor distinto al joven, con el que tiene poco que ver ya que el ideal de belleza mayor incluye otras cosas que se consideran más importantes que el atractivo físico como es el carácter de la persona o el trato con los demás, por lo que no se cumple en este grupo la primera hipótesis.
- Este grupo percibe de forma positiva su cuerpo, conocen sus limitaciones y las aceptan y tienen una imagen corporal por lo general muy positiva por lo que no se cumple tampoco esta hipótesis.
- La presencia de una red social amplia se relaciona con una visión más positiva de sí mismas por lo que sí se cumple esta hipótesis.
- La presencia de pareja según la comparación con el otro grupo de mujeres casadas se muestra como un buen indicador de más preocupación por el aspecto por lo que esta hipótesis ha resultado ser totalmente contraria a lo esperado.
- La historia de juventud de estas señoras parece ser un espejo del que aprender más que un espejo al cual compararse, su juventud es vista como muestra clara de errores de juventud y percepciones inadecuadas de lo realmente importante en la vida.
- En este grupo sí se cumple la hipótesis de menos preocupación por el aspecto de hombres que de mujeres, ya que su preocupación, aunque pequeña, es cualitativamente más alta que la de los grupos de hombres.
- Este grupo cree muy importante la intervención de la personalidad en la preocupación por el aspecto y su actitud, más abierta que la de las mujeres casadas, es muestra de ello.
- Este grupo considera que el verse “guapa o fea” influye mucho en el estado emocional de la persona y aunque dicen que este efecto sobre ellas no es grande sí que reconocen que a veces lo tienen.

En cuanto a las posibles conclusiones extraídas teniendo en cuenta la composición del grupo se expone lo siguiente:

- Con edades cercanas a los 50 años se preocupan mucho más por el deterioro del aspecto físico estéticamente, a medida que se acercan a los 70 años se preocupan más por motivos de salud que de estética.
- No parece ser muy concluyente que la persona viva en ciudad o pueblo, parece serlo más el nivel de vida que tenga y su estatus.
- Parece ser que las mujeres que permanecen en soltería a estas edades tienen menor preocupación por el aspecto físico y valoran más en sí mismas otras virtudes aunque la diferencia es poco apreciable y no me atrevo a certificarlo más allá de una

interpretación personal viendo y analizando el grupo. De todas formas la diferencia entre ambas no es grande.

Antes de concluir este apartado se debe apuntar como muy relevante que los resultados obtenidos son totalmente contrarios a las hipótesis planteadas, lo que sugiere algún tipo de interiorización opuesta a la inicialmente planteada en los *Grupos de Discusión*

Viendo y comparando ambos grupos de mujeres (con pareja y sin pareja) parece mostrarse evidente que la presencia de pareja correlaciona positivamente con mayor preocupación por el aspecto y peor imagen corporal. Esto podría ser debido a múltiples razones aunque una de las que se muestra más relevante, puede ser la de la propia adaptación al medio que muestran estas personas a lo largo de su vida. Podría ser que la preocupación por el aspecto llega a hacerlas sentir mal o no traerlas ningún beneficio, por lo que con el paso de los años la han ido retirando paulatinamente de sus vidas y el cambio les ha sido beneficioso, por lo que ahora lo consideran como un proceso de madurez.

#### 4.2.5.3. GRUPO III. Grupo de hombres con pareja

Este grupo es el de los varones casados mayores de 50 años. El grupo se realizó el domingo 16 de Mayo de 2004 por la mañana en Zamora.

Siete hombres participaron en este grupo, cuatro de medio urbano y tres de medio rural. Cuatro de ellos tenían edades comprendidas entre 50 y 60 años, dos entre 60 y 70 años y uno mayor de 70 años. Tres de los siete participantes manifestaron recibir poco o escaso apoyo de sus parejas a su aspecto físico aunque no le concedieron importancia a esta cuestión.

Se trató de un grupo que se respetó mucho la palabra y comentaron su opinión con cordialidad aunque alguno de los participantes se quedó en un segundo plano frente a los que más tomaron la iniciativa.

A continuación nombraré por el nombre de pila a todas las participantes y todos sus datos importantes extraídos de la entrevista previa y de algunos comentarios en el grupo.

##### "Características del grupo"

- Pepe: Pepe tiene 68 años, está jubilado y de joven fue encofrador y camarero. Vive actualmente en Zamora. Es el marido de Ernes (Grupo I) y manifiesta que a su mujer le preocupa mucho su aspecto, pero más por cuestiones de salud que por cuestiones de aspecto. En el grupo tuvo una participación media, aunque se preocupó más en ser "gracioso" y agradar a los demás que en decir algo interesante para el grupo, no obstante contó cosas interesantes como se mostrarán más adelante.



- Domingo: Domingo tiene 62 años y es músico de banda. Vive en Zamora y manifiesta que con su mujer tiene una buena relación y que ambos se aceptan como son el uno al otro. Fue sin duda el líder del grupo, el que habló más y reflejando las opiniones más interesantes, habló en todos los temas y los demás apoyaron sus manifestaciones.
- Fidel: Fidel tiene 67 años y está jubilado. En su juventud trabajó en el campo, es el marido de Nieves (grupo I) y actualmente reside en Villalube en Zamora. Dice que su mujer no le apoya a su físico en nada pero *“ni falta que le hace”*. Su participación en el grupo fue escasa, cada vez que intentó participar hubo alguien que habló mas alto, no obstante si dijo algunas cosas interesantes como después se refleja en el posterior análisis en profundidad.
- Claudio: Claudio tiene 50 años y es residente de la localidad de Valcabado en Zamora. Se dedica a la construcción y actualmente comienza a ejercer como empresario. Dice que lleva una buena relación con su mujer aunque no recibe ningún apoyo de ella a su físico, ya que dice que no le gusta que esté tan gordo. Su participación en el grupo fue de menos a más, empezó participando poco pero terminó siendo uno de los principales discursores del grupo. Se mostró despreocupado por su aspecto.
- Fermín: Fermín tiene 71 años y actualmente está jubilado. En su juventud trabajó para RENFE, actualmente vive en Zamora. Es el marido de Rosa (grupo I) y dice no recibir apoyo ninguno por su parte, ni en este, ni en otros temas, ya que mantienen una relación bastante fría. Participó poco en el grupo aunque habló con mucha sinceridad, se mostró preocupado por su aspecto, sobre todo por la pérdida de cabello, con el peso y con el hecho de hacerse mayor.
- Darío: Darío tiene 50 años y reside en Zamora, era maestro de escuela pero está prejubilado por enfermedad. Dice llevarse muy bien con su mujer y mantener una relación muy estable. Darío fue uno de los principales discursores del grupo. Su participación fue notable tanto en cantidad como en el interés de las opiniones que mostró. Dijo no preocuparle en nada su aspecto ya que él se conformaba con lo que tenía.
- Felipe: Felipe tiene 53 años y se dedica a la construcción, antes como trabajador y ahora como empresario, es residente de Valcabado en Zamora. Dice que tanto a su mujer como a él no les preocupa el aspecto ya que se han acostumbrado. Participó muy poquito en el grupo y siempre llevo una postura de apoyar lo que decían los demás y permanecer él en un segundo plano, aunque sí dijo cosas interesantes para el grupo como se verá en el siguiente apartado.

#### *“Construcción de la realidad”*

Es evidente que en nuestra sociedad la construcción que hacen los hombres en los temas relacionados con la belleza es cualitativamente distinta a la que hacen las mujeres en

casi cualquier edad y época, pero esto no es debido a razones de tipo biológico, hormonales o sexuales, sino a razones de tipo cultural, ya que los niveles de exigencia social son muy diferentes entre hombres y mujeres.

Las mujeres suelen tener más presión de la sociedad a mostrarse lo más bellas posible ante los demás, algo que suelen reconocer los mismos hombres, como este mismo grupo ha mostrado. Esta presión no viene tanto de los hombres como de las propias mujeres, que suelen ser a la vez verdugo y víctima.

Los hombres de este grupo no le dan mucha importancia a su aspecto físico, no les importa lucir canas o barriga delante de los demás. Conciben la preocupación por la belleza como algo propio de la juventud y de las mujeres, como ellos mismos han mostrado en el grupo de discusión. Para ellos la belleza tiene una función clara que es la función sexual, la belleza les sirvió en su vida para encontrar pareja en su momento y ahora su importancia es muy reducida.

La diferencia básica que veo entre los grupos de mujeres y este grupo de hombres casados es que para las mujeres la función sexual o de atracción al sexo opuesto y la función social, que busca la aceptación de los otros está regulada por la belleza física, mientras que para los hombres la belleza física sólo regula la primera función, la función sexual, y la función de aceptación social estaría regulada por otras cuestiones que ellos consideran más varoniles como podría ser la fuerza física o el poder social, reflejado a través del poder económico, territorial, etc.

Por los motivos antes dichos es más complicado que un hombre mayor se preocupe en exceso por la pérdida del atractivo físico relacionada con la edad, ya que la función de dicho atractivo ya fue cumplida al encontrar pareja en su juventud y gozar en la actualidad de un matrimonio estable. Por el contrario si se agobiará más por la pérdida asociada a la edad de otras capacidades que considera más masculinas como la fuerza física, la resistencia, los reflejos, o la capacidad sexual.

El tema es mucho más complejo de lo que aparece aquí y esta es una interpretación simplista de la situación por lo que no debe considerarse más que como meramente orientativa, para simplificar una construcción social tan compleja como la que nos ocupa. Aunque sí se debe apuntar que, aunque simplista y obviando muchos elementos importantes, la auténtica realidad de esta construcción social no debe estar muy alejada de lo considerado en estas líneas.

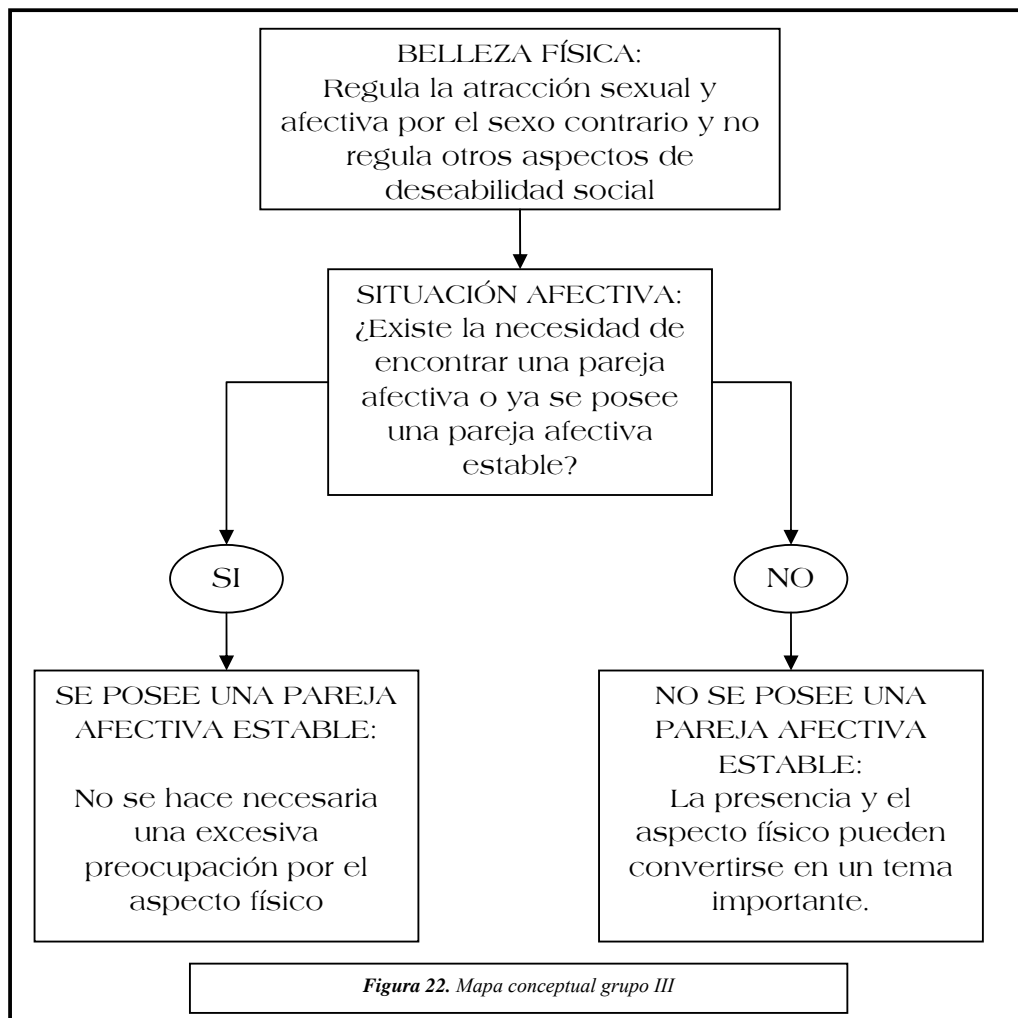
Un fuerte elemento defensor de que estos significados atribuidos a la belleza física son usados por estas personas en su vida cotidiana es el hecho de que a ellos cuando se les pregunta sobre su preocupación por el aspecto inmediatamente acuden a momentos



anteriores a contraer pareja o matrimonio con sus respectivas mujeres, conciben la preocupación por el aspecto solamente en aquel momento de sus vidas y les cuesta imaginárselo en momentos posteriores o más actuales.

“Mapa conceptual”

Con el siguiente mapa conceptual se pretende explicar algunas de las conjeturas sobre los motivos por los que los varones mayores de 50 años casados dejan de preocuparse por el aspecto físico. Ver figura 22.





“Análisis de los temas tratados”

▪ Belleza y vejez:

Se comenzó preguntando cuál es el modelo de belleza que creen que se mantiene en nuestra sociedad y hablaron de un modelo delgado (Darío: *“El modelo es el delgado”*), pero sobre todo dijeron que era un modelo artificial (Domingo: *“Es una belleza ficticia totalmente”*), (Pepe: *“Es un modelo antinatural, si tienes pelo en el pecho te tienes que depilar”*), que no se ajustaba a la realidad. Manifestaron que los problemas que hay ahora en nuestra sociedad con la alimentación y otros relacionados, como depresiones y demás, están relacionados con el modelo de personas que se lleva actualmente en la televisión, en la cual prima excesivamente un modelo de belleza exterior con un interior “feo”. El grupo manifestó que aunque la situación no era la correcta era difícil que llegue a cambiar.

Dicen que ha cambiado mucho la sociedad ya que antes ni se daba tanta importancia al aspecto, ni el modelo que se primaba era tan artificial como el modelo actual (Domingo: *“Es que ha cambiado mucho el sistema”*), (Domingo: *“Antes el modelo era normal, personas normales”*).

En cuanto a cómo este modelo de belleza que exige la sociedad les llegaba a afectar a ellos el grupo se mostró tajante al afirmar que con ellos esa tendencia no iba y que no era una de sus preocupaciones principales, que era más una preocupación de las mujeres (Domingo: *“Esta pregunta se la tienes que hacer a mujeres”*), (Claudio: *“La mujer siempre se ha preocupado de estar guapa y el hombre menos”*). Se mostraron más preocupados por pérdidas físicas que pérdidas estéticas (Pepe: *“Yo no tengo problema con que me vean la barriga”*), (Darío: *“A mí a veces me dicen, con el pelo que tienes tan blanco porque no te lo tiñes, janda!, déjame de potingues”*) y en problemas de salud, haciendo incidencia en problemas de sobrepeso y de colesterol (Domingo: *“A mí lo que me preocupa es cuando voy al médico y me dice que tengo el colesterol alto y que tengo que hacer más ejercicio”*).

En cuanto a si existe un modelo de belleza para ellos al cual quieran parecerse el grupo se mostró contrario, consideraron que si quisieran parecerse a lo que no son tendrían problemas y manifestaron que se aceptan tal y como son y que no tienen ningún problema en ese sentido (Claudio: *“¡Ahora nos vamos a parecer! Ahora nos tenemos que quedar con lo que somos”*).

Para ellos no está clara la existencia de un modelo de belleza mayor, para unos existe y para otros no (Claudio: *“Igual que hay guapos y feos jóvenes, mayores también”*), (Fidel: *“Cuando llegas a 50 la belleza se va acabando”*), creen que por mucho que se arregle una persona mayor no deja de tener la edad que tiene y así la verán los demás, creen que con la edad la belleza se pierde irremediamente.



En cuanto a si existen cosas de su cuerpo que no les gusten el grupo considera que no les gusta engordar y perder pelo (Fermín: *“A mí lo que me da pena es que se me vaya cayendo el pelo, tenía un pelo ondulado más bonito”*) pero que le preocupa más perder fuerza física, resistencia, reflejos o salud.

Ninguno de los participantes acudiría a una clínica para que le operaran de estética (Claudio: *“Sólo por no entrar en el medico no me operaba de nada”*) y se muestran contrarios a teñirse el pelo, maquillarse y hacer otras cosas relacionadas con la estética que ellos relacionan como más propio de mujeres.

- Entorno:

La primera respuesta a la pregunta de cómo les ven los demás es un “bien”, para luego añadir “como somos”. Analizándolo más profundamente ellos mismos te dicen que los demás de su entorno no los valoran a ellos en términos de belleza, sino más bien en términos de bondad, sabiduría, inteligencia, etc.

Con los demás se suelen referir a sus mujeres (Domingo: *“A mi mujer le gusta mi pelo en el pecho”*), (Claudio: *“Las mujeres se acostumbran”*), ya que no conciben que sus amigos o familiares puedan llegar a verlos guapos o feos. Para ellos la belleza está relacionada con la atracción hacia el otro sexo exclusivamente y más específicamente a momentos de cortejo en la juventud, por lo que parecen “jubilados” en cuanto a criterios de belleza o deseabilidad de estética social.

Manifiestan que a ellos el ser mayores y parecerlo hacia los demás no les impide ni les perjudica en nada (Pepe: *“Yo no tengo problema con que me vean la barriga”*).

- Historia de la juventud:

Para considerar la preocupación de algunas personas de su edad por el aspecto consideran muy importante su historia de juventud, ya que determina a lo que se hayan dedicado ellos. Profesiones como actor, presentador de televisión, etc. las consideran como más proclives a desarrollar preocupación por el aspecto que otras profesiones más comunes en la sociedad que le dan menos valor al aspecto y sí a la fuerza física, que les preocupa más.

Consideran que la sociedad ha cambiado mucho con respecto a la sociedad que vivieron ellos mismos cuando eran más jóvenes, ahora se enfatiza mucho más en la belleza física (Domingo: *“Antes el modelo era normal, personas normales”*), (Felipe: *“Es diferente la juventud nuestra a la que se lleva ahora”*) y existen métodos más eficaces de modificación del aspecto que en épocas anteriores como la cirugía o las operaciones de reducción de peso.

El grupo considera que la belleza física se va en una gran parte (Pepe: *“Todo lo trae el tiempo y todo se lo lleva”*) y que no tiene sentido preocuparse por lo que se era, como se suele considerar (Pepe: *“Ahora oímos decir, con lo que yo era”*). Dicen que en la juventud si que las personas se preocupan por el aspecto al ser una época en la que se adquiere pareja para casarse y que una vez que esto pasa la preocupación se reduce, solamente se suelen arrastrar ciertas preocupaciones o complejos pero de forma muy difuminada (Domingo: *“Yo siempre he sido bajo pero nunca he tenido complejo”*).

Consideran que el paso del tiempo les ha otorgado más sabiduría y respeto por parte de los demás. Según ellos no han perdido recursos sociales sino que los han ganado gracias a esa sabiduría y respeto ganados (Darío: *“la gente mayor siempre lo que dice tiene más peso”*), (Fidel: *“A mí ahora me hacen más caso que antes”*).

Lo único que han extrañado con el paso de los años y que consideran importante es la fuerza física y todo lo relacionado con ella como la resistencia, rapidez, reflejos, etc. (Felipe: *“Sabemos más, pero ya no tenemos los mismos recursos de antes, eso es lo que hemos extrañado”*).

- Relación del aspecto con el estado de ánimo:

Ante esta importante cuestión este grupo considera en términos generales que el aspecto físico sí que influye en el estado de ánimo de la gente aunque en su caso no demasiado. Manifiestan alegrarse cuando se ven bien pero no se agobian si se ven peor que antes.

Consideran que si alguien no se conforma con lo que tiene al llegar a su edad no va por un buen camino ya que tiene pocas posibilidades de cambiarlo y la actitud adecuada es la que llevan ellos (Felipe: *“Cada uno tiene que estar conforme con lo que tiene porque si no sería muy infeliz”*), (Darío: *“Hay que ser más natural”*).

Lo que consideran normal es que la persona vaya madurando y sea más tolerante consigo misma al hacerse mayor (Fidel: *“Te vas haciendo a ello”*), (Pepe: *“Aunque te veas gordo te ves normal”*), (Claudio: *“Se lo va uno llevando”*), (Pepe: *“Cuando llegas a mayor la tripa la llamamos la curva de la felicidad”*).

Sí creen que existen agobios en este sentido para la gente que basó todo su atractivo en su aspecto físico de joven como los actores de cine (Domingo: *“Toda esa gente que eran actores guapos de antes como Marlon Brando, lo deben estar pasando mal ahora”*).



- Características de personalidad:

Para este grupo la preocupación por el aspecto le corresponde a las mujeres (Claudio: *“La mujer siempre se ha preocupado de estar guapa y el hombre menos”*), a los jóvenes y a la gente famosa (Darío: *“Los de la pantalla de antes ahora lo deben estar pasando mal”*). Según ellos los hombres mayores no deben preocuparse por el aspecto así que si algún hombre de su grupo se preocupa por el aspecto es una persona que se sale de la norma por sus características personales, sobre todo lo acusan a falta de inteligencia (Domingo: *“Los que se preocupan son personas con mucho cuerpo y poca inteligencia”*).

Consideran que para que un hombre mayor se preocupe de esas cuestiones debe llevar un tipo de vida pública que se vea afectada y lo achacan en la mayoría de ocasiones a la historia de juventud de esa persona como la causante de esa preocupación, aunque sí que consideran otras razones, pero mucho menos probables.

Consideran que las personas como ellos se van haciendo con el tiempo a los cambios de su cuerpo y los van aceptando (Fidel: *“Te vas haciendo a ello”*), (Claudio: *“Se lo va uno llevando”*), y que ese proceso no genera más angustia de la necesaria y que no es ni mucho menos un proceso que pueda agobiarles.

- Importancia del aspecto:

Considerando como objeto la sociedad el grupo considera que se le da excesiva importancia a la belleza física en nuestra sociedad, y se muestran preocupados por la evolución de la sociedad y en concreto de sus hijos (Domingo: *“Nos están implantando unas normas hacia nuestros hijos que nuestros hijos se revelan porque ven que no son verdad”*), consideran el modelo actual de belleza como *“ficticio”*, según sus propias palabras, ya que se valora a la gente antes de conocerla y sin saber o son buenas o malas personas.

Dicen no darle ninguna importancia al aspecto comparándolo con sus propias mujeres a las que consideran como ejemplos de excesiva preocupación por el aspecto (Claudio: *“La mujer siempre se ha preocupado de estar guapa y el hombre menos”*).

Ellos no tienen ningún problema a la hora de mostrar sus *“defectos físicos”* adquiridos con la edad ante los demás y reconocen con orgullo como los muestran, algo que parece indicar que consideran varonil el ser y mostrarse tal y como son (Pepe: *“Yo no tengo problema con que me vean la barriga”*).

“Valor científico del grupo”

Para considerar el valor científico del grupo se deben considerar el grado de cumplimiento de los objetivos e hipótesis que nos planteamos antes del comienzo del grupo de discusión, según estas condiciones las conclusiones que se pueden considerar son las siguientes:

Se han logrado todos los objetivos de este grupo de discusión que se habían planteado a priori por lo que se puede considerar la realización de este grupo como todo un éxito. Según las hipótesis planteadas se puede concluir que:

- Este grupo no tiene clara la existencia de un patrón de belleza al cual quieran parecerse. Se sienten satisfechos con como son en el aspecto físico y aceptan de buena forma sus limitaciones. El patrón de belleza que están seguros que exista es el joven y delgado, a su edad ellos consideran que la belleza les deja fuera.
- A este grupo no les preocupa su cuerpo en términos de belleza sino en cuestiones de rendimiento.
- La presencia de una red social amplia se relaciona con una visión más positiva de sí mismos por lo que sí se cumple esta hipótesis.
- La presencia de pareja estable y satisfactoria hace que desaparezca totalmente la preocupación por el aspecto físico por lo que esta hipótesis sí se cumple.
- La historia de juventud es el momento de sus vidas en el que se preocuparon por el aspecto y al que acuden a la hora de valorar su cuerpo en primera instancia, aunque manifiestan que los que basaron su atractivo en la belleza física en la juventud les afectará más que a ellos durante la vejez.
- No presentan ninguna preocupación por el aspecto como predijo la hipótesis, sobre todo si se compara con los grupos de mujeres (más con las casadas que con las solteras).
- Este grupo da bastante importancia a la personalidad a la hora de valorar la preocupación por el aspecto físico, ya que consideran inteligente y de personas adaptadas despreocuparse de ello.
- Este grupo considera que el verse “guapo o feo” no les influye en su estado emocional pero reconocen que a sus mujeres en particular y a la mayoría de ellas en general sí que les preocupa bastante.

En cuanto a las conclusiones extraídas teniendo en cuenta la composición del grupo:



- No existe apenas diferencia por edades en el sentido de la preocupación por el aspecto.
- No parece ser muy concluyente que la persona viva en ciudad o pueblo, parece serlo más el nivel de vida que tenga y su estatus.
- No parece importarles mucho el apoyo de su mujer porque no creen que mejore o empeore dependiendo de su aspecto físico, manifiestan que “ellas ya se han acostumbrado”.

Este grupo se mostró tal y como se predijo en la preparación del grupo de discusión, cumpliendo la mayoría de las hipótesis planteadas y preocupándose muy poco por el aspecto físico. No obstante fue muy interesante su manera de ver su situación y su manera de adaptarse a su entorno cercano.

Para los hombres en proceso de madurez y vejez de la actualidad existe una permisibilidad en cuanto al aspecto físico que les hace despreocuparse en términos de apariencia física, aunque se debe apuntar que las nuevas generaciones de varones en España ya comienzan a manifestar claras tendencias en acercarse más a la postura que mantienen actualmente las mujeres, debido al auge de tendencias como el “hombre metrosexual”.

#### **4.2.5.4. GRUPO IV. Grupo de hombres sin pareja**

Este grupo es el de los varones sin pareja mayores de 50 años. El grupo se realizó el jueves 10 de junio de 2004 por la mañana en la Sede de la Cruz Roja en Zamora.

Seis hombres participaron en este grupo, cuatro de medio urbano y dos de medio rural. Uno tenía edad comprendida entre 50 y 60 años, tres entre 60 y 70 años y dos mayores de 70 años. Solamente uno de ellos era soltero, otro era separado y los demás eran viudos.

El grupo en sí habló poco, se notaba que no era un tema que no les interesaba mucho a la mayoría de ellos. Fue un grupo muy cohesionado que se respetaron mucho entre ellos el turno de palabra y sus diferentes opiniones.

A continuación se nombra por el nombre de pila o mote a todos los participantes y todos sus datos importantes extraídos de la entrevista previa y de algunos comentarios en el grupo.

##### “Características del grupo”

- Clemente: Clemente tiene 71 años y reside en Zamora, ha tenido durante su etapa laboral multitud de empleos, todos de oficina. Es soltero, dice que actualmente no

para en casa nunca ya que continuamente sale a pasear, a jugar la partida o a tomar café con amigos. Clemente fue el principal discursor en el grupo de discusión y se erigió como líder, en todo momento tomo la iniciativa y los demás parecían apoyar sus conjeturas.

- Navarro: Navarro tiene 71 años y reside en la localidad de Fresno de la Ribera. Durante su etapa laboral era ferroviario. Es separado desde hace un año, aunque habitualmente sigue viendo a su mujer. Suele salir por las tardes a jugar la partida y a ver los hijos algunas noches. Navarro fue el más preocupado por el aspecto, aunque mostró muy poca preocupación por el aspecto. Se mostró preocupado por cuestiones puntuales del aspecto como la caída de pelo y la barriga.
- Luís: Luís tiene 53 años es empresario de la construcción y actualmente reside en Zamora. Esta viudo desde hace cuatro años. Reconoce no haberlo pasado bien los dos primeros años, pero ahora manifiesta tener una vida feliz y salir de casa a menudo. No mostró preocupación alguna por el aspecto físico. Manifestó que cada cual es como es y que si se preocupa por lo que no tiene considera que no será nunca feliz.
- Andrés: Andrés tiene 68 años y reside en Zamora. Es viudo desde hace seis años y antes de jubilarse era funcionario de correos. Dice salir poco de casa pero que sale todo lo que quiere. Vive con su hijo soltero en el domicilio familiar. Andrés presenta problemas de sobrepeso que reducen su movilidad y le cansan rápidamente, algo que se reflejó más tarde en el grupo de discusión.
- Lobo: Lobo tiene 68 años y reside actualmente en Zamora. Es viudo desde hace diez años, hasta hace tres años era empresario de hostelería pero ahora ha delegado sus empresas a sus hijos y vive retirado. Pasa la mayor parte del tiempo en una finca que posee dedicado a labores de granja y dice llevar una vida satisfactoria. No mostró preocupación alguna por el aspecto en el grupo y fue el más sincero de todos al manifestar que le gustaría encontrar una buena mujer. Su participación en el grupo fue notable.
- Juan: Juan tiene 68 años y es residente de Fresno de la Ribera. Es viudo desde hace once años, está jubilado pero aún se dedica a las labores del campo en sus tierras, pero ya no como antes debido a que dice verse mayor. Se muestra satisfecho con su vida. Juan fue seguramente el participante menos activo de todos, solamente se decidió a hablar para confirmar las respuestas de los demás y ha mostrar una total indiferencia por el aspecto físico, que considera un tema que es un “tontería” y “cosa de mujeres”.

#### “Construcción de la realidad”

Resulta significativo apreciar como en este grupo se mezclan factores que han afectado en otros grupos por compartir características. Por una parte, parece que el ser



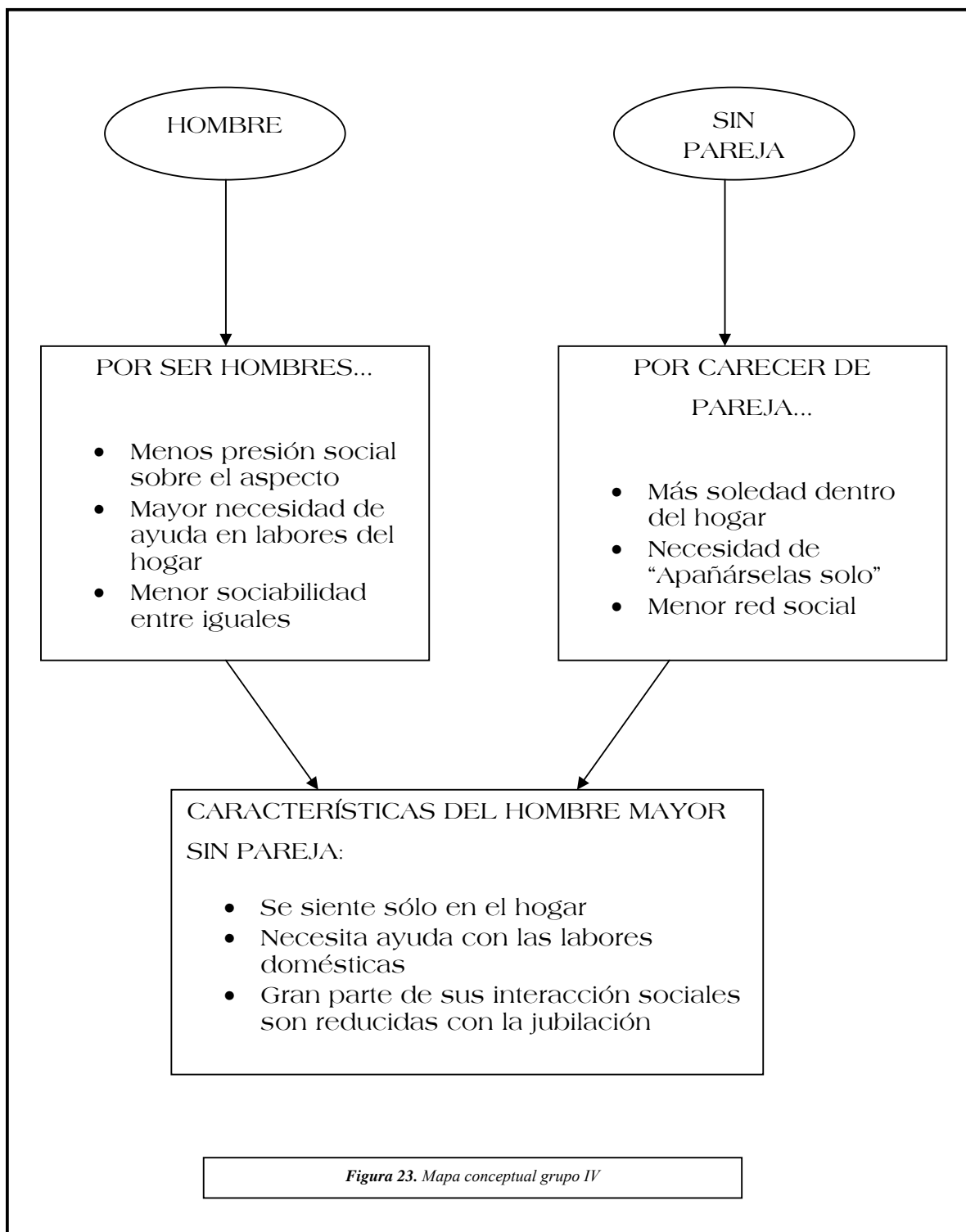
hombre les afecta en el sentido de tener muy poca demanda social sobre un físico determinado lo que hace que se reduzca considerablemente su preocupación por el aspecto físico. Pero, por otra parte parece ser que por carecer de pareja, al igual que el grupo de mujeres sin pareja, han pasado por un proceso de “madurez” que se refleja en este grupo en el focalización de las actividades de la vida cotidiana en vivir “a gusto” con su entorno y en la búsqueda de actividades sociales que les hagan sentir bien.

Pero este grupo no es la mezcla de características de los otros dos grupos, y sus circunstancias los hacen diferentes a la simple mezcla de características. Este grupo sí que presenta, al menos en los viudos, un deseo de vivir en pareja que les lleva a tener en cuenta su aspecto en determinadas circunstancias y en la selección de actividades sociales como la acudida a bailes sociales. Esta característica del grupo quizás venga precedida por la menor sociabilidad que presenta en términos generales el hombre maduro y mayor actual y la necesidad que suele presentar en el hogar (más acusada en hombres viudos). Estas características hacen que para este grupo social sea más palpable las sensaciones de soledad en su vida cotidiana y que le haga pensar en los beneficios que la compañía de una pareja les pueda presentar durante la vejez.

#### “Mapa conceptual”

En el mapa conceptual desarrollado se exponen las características diferenciales de este grupo de discusión según se ha comentado en el apartado anterior. Ver figura 23.







### "Análisis de los temas tratados"

- Belleza y vejez:

El grupo cree que el ideal de belleza de nuestra sociedad es joven y delgado, pero su primera respuesta es que ese ideal no va con ellos, que queda fuera de su mundo (Clemente: "A mi no me condiciona para nada el aspecto físico"). Si se preocuparan por algún ideal, según sus propias palabras, no sería el que ven en la televisión, sino el que ven en la calle.

En cuanto a cómo esa demanda social de belleza física les afecta, el grupo se muestra escéptico, no creen que haya ninguna influencia posible en sus vidas (Clemente: "Cada uno debe hacer lo que quiera"), creen que ello ya quedan fuera de tal demanda (Navarro: "La belleza ya pasó"), o que son cosas de mujeres (Juan: "Son cosas de mujeres").

Se muestran más preocupados por otros aspectos de su cuerpo como puede ser la salud (Andrés: "A mi lo que me preocupa es el peso, pero por salud"), pero sí que alguno de ellos tiene alguna preocupación asociada con el aspecto (Navarro: ").

No creen que exista un tipo de belleza mayor, es más bien una adaptación del joven. Comentan que al acercarse a alguien ya no se valora según criterios de belleza como se hacía de jóvenes y valoran más a la persona por cómo es.

Ninguno de ellos estaría dispuesto a pasar por el quirófano para modificar su aspecto físico por estética, sólo por salud. No obstante si pudieran cambiar cosas de su cuerpo lo harían, como la calvicie, arrugas, peso, etc.

- Entorno:

La idea general que tiene el grupo en este tema es que a la gente del entorno en el que se mueven no les preocupa en absoluto el aspecto que presenten (Lobo: "A los demás les da igual").

Según la opinión del grupo, el paso del tiempo les ha hecho mayores sin apenas darse cuenta. Dicen que en esencia son los mismos, que la mayor parte del tiempo se sienten igual y que normalmente es la forma que tienen los demás de tratar con ellos la que les hace darse cuenta de que se van haciendo mayores (Clemente: "Yo trato a todos igual, pero los demás te tratan de mayor"). Este cambio en el trato solamente se da en ciertas circunstancias y normalmente es positivo, ya que dicen que lo normal es que la gente les escuche más que antes y les traten con respeto.

Por lo que respecta a sus personas allegadas, manifiestan que estos valoran en ellos otras virtudes que no son las de la apariencia.

- Historia de la juventud:

Según la opinión manifestada, siempre se han preocupado bastante poco de su aspecto, pero reconocen que en su juventud lo hicieron más que ahora, aunque, según dicen, solamente en determinadas circunstancias, por ejemplo bodas, bailes, etc. (Luís: *"Hombre, de joven uno se preocupa más"*).

Ante la pregunta de que si creen que dependiendo de la vida que hayas llevado te preocuparás más o menos de tu aspecto físico en la vejez, ellos piensan que algo sí que influye, pero que no es un factor clave. Consideran que la mayoría de las personas pasan por un periodo de madurez en el que comienzan a valorar otras cuestiones ajenas a éstas, tan "frívolas", y que este proceso es más fuerte que la vida que hayas llevado (Clemente: *"No creo que se preocupen mucho"*).

Sí que son conscientes de que cuando se miran al espejo, se comparan con ellos mismos de jóvenes, que les sirve de referencia para apreciar el paso a la vejez.

- Relación del aspecto con el estado de ánimo:

Éste fue el tema en el que el grupo mostró más desacuerdo, ya que parte del grupo opinaba tajantemente que a sus edades el aspecto físico no les influía para nada en su estado emocional (Lobo: *"A nuestra edad eso no afecta"*), mientras que otros, como Clemente o Navarro, reconocían que el ver los cambios que el paso del tiempo producía en su cuerpo era síntoma de angustia para ellos (Clemente: *"Sí que no gusta verte mucho peor que cuando eras joven, con lo que yo era"*). El mayor motivo que alegan para que esta cuestión les afecte era que tenían recuerdos de ellos en la juventud y veían como al deteriorarse su imagen eran más conscientes de hacerse mayores.

- Características de personalidad:

El grupo sí que considera las características de personalidad como importantes para definir el grado de preocupación por el aspecto físico. Consideran que hay que ser fuertes mentalmente para que no se tengan en cuenta los mensajes en este sentido que te llagan desde los medios de comunicación (Navarro: *"Si se preocupan por el aspecto mal van"*).



También consideran muy importante el tipo de vida que llevas porque dicen que en sus trabajos (construcción, campo, etc.) lo importante era lo que trabajaras y no la presencia física (Navarro: *“Lo importante es que trabajes”*).

- Importancia del aspecto:

Este grupo considera que sí que nuestra sociedad insiste demasiado en la belleza exterior, que además ellos consideran errónea (Andrés: *“Ahora se prima mucho el aspecto físico y no debería ser así”*). Aunque consideran que este énfasis que se le da a la apariencia física no termina de cuajar en la gente corriente ya que ésta no se preocupa en exceso por estas cuestiones (Clemente: *“A la gente corriente les trae sin cuidado”*). No obstante aseguran que la tendencia actual es a preocuparse cada vez más por el aspecto físico y que seguramente en sociedades futuras se convertirá en un problema insostenible (Clemente: *“No sé donde vamos a llegar de seguir así”*).

#### *“Valor científico del grupo”*

La mayor importancia de este grupo radica en la confirmación de la importancia de ciertos factores que afectan a la preocupación por el aspecto, en concreto, el género y la presencia-ausencia de pareja. Se demuestra así que estos factores dan un enfoque completamente distinto a la situación personal de una persona y a como enfoca su vida en general.

Para considerar el valor científico del grupo debemos valorarlo según los objetivos e hipótesis que se han planteado antes del comienzo del grupo de discusión, según estas condiciones las conclusiones que se pueden considerar son las siguientes:

Se han logrado todos los objetivos de este grupo de discusión que se habían planteado a priori por lo que se puede considerar la realización de este grupo como todo un éxito. Según las hipótesis planteadas se puede afirmar que:

- Este grupo no tiene clara la existencia de un patrón de belleza al cual quieran parecerse. Se sienten satisfechos con como son en el aspecto físico y aceptan de buena forma sus limitaciones. El patrón de belleza que están seguros que exista es el joven y delgado, a su edad ellos consideran que la belleza les deja fuera.
- A este grupo no les preocupa su cuerpo en términos de belleza sino en cuestiones de rendimiento.
- La presencia de una red social amplia se relaciona con una visión más positiva de sí mismos por lo que sí se cumple esta hipótesis.

- La ausencia de pareja sí parece influir en la forma de enfocar la vejez, sobre todo en aquellos que algún día la tuvieron.
- La historia de juventud les ha servido como experiencia para madura y llevar una vida más satisfactoria.
- No presentan ninguna preocupación por el aspecto como predijo la hipótesis, sobre todo si se compara con los grupos de mujeres (más con las casadas que con las solteras).
- Valoran más la experiencia que la personalidad a la hora de influir en la preocupación por el aspecto físico.
- Este grupo considera que el verse “guapo o feo” no les influye en su estado emocional.

En cuanto a las conclusiones extraídas teniendo en cuenta la composición del grupo se debe considerar que:

- No existe apenas diferencia por edades en el sentido de la preocupación por el aspecto.
- No parece ser muy concluyente que la persona viva en ciudad o pueblo, parece serlo más el nivel de vida que tenga y su estatus.
- El aspecto les podría preocupar a la hora de conseguir una pareja en momentos puntuales, fuera de esas circunstancias no les preocupa en absoluto.

#### 4.2.5.5. Análisis global de todos los *Grupos de Discusión*

A la hora de analizar globalmente los *Grupos de Discusión* se deben analizar las variables controladas para ver, entre otras cuestiones, si realmente han sido variables que provocaban variaciones significativas en los sujetos en el objeto de estudio.

A la hora de analizar el género de los participantes, los hombres cumplen con la previsión mostrada y se preocupan bastante menos por el aspecto físico que las mujeres, aunque se preocupan más los que no tienen pareja que los casados.

En cuanto a las mujeres, parte de ellas (las casadas) cumplieron con las hipótesis planteadas a priori, y las mujeres sin pareja tuvieron resultados contrarios a las hipótesis planteadas, pero en ningún caso iguales a los de los hombres, por lo que se concluye que el sexo de la persona es una variable clave en nuestra sociedad a la hora de influir en la preocupación por el aspecto físico que hace que en el caso de las mujeres se tenga mucho más en cuenta que en los hombres.



En cuanto a las influencias de la pareja, éstas son contradictorias, ya que en el caso de las mujeres la presencia de pareja y su opinión no hace mejorar la imagen corporal, e incluso los resultados son interpretables en sentido contrario, y en el caso de los hombres se dan resultados opuestos. Cuestiones a valorar en este sentido son la sociabilidad de la persona y la necesidad de la pareja para llevar las tareas del hogar, más acuciada en el acaso de los hombres.

Haciendo referencia al entorno de vida, si es rural o urbano, no parece tener una influencia relevante, influye más la influencia de cuestiones como la sociabilidad y la vida social que realice la persona independientemente si su origen es rural o urbano.

En cuanto a la edad, parece ser que existe una relación relevante con los motivos de preocupación corporal de la persona en cuestión. A edades más avanzadas las personas se preocupan más por cuestiones de salud que por cuestiones de estética. Se puede suponer que la principal causa está relacionada con razones de urgencia. Es más urgente la salud, y por esta razón, mientras que no se goce de una salud de hierro, la persona no se preocupa en demasía por su aspecto físico ante los demás.

No se ha hallado en estos *Grupos de Discusión* una relación importante entre cuestiones relativas a la preocupación por el aspecto y la profesión ejercida durante sus vidas o en la actualidad, aunque bien es cierto que no era un objetivo de investigación. Según las valoraciones de los participantes de los *Grupos de Discusión*, las personas con puestos de trabajo de cara al público deberían tener más preocupación por el aspecto.

En cuanto al estado de salud, se trata de una variable clave, ya que determina claramente que una persona se preocupe o no por su aspecto. Las personas con mala salud no lo harán, las personas con buena salud, estará ligado a características más personales.

#### **4.2.6. Conclusiones para la investigación**

Las conclusiones que se pueden extraer de los resultados obtenidos en los *Grupos de Discusión* se van a exponer en tres partes. La primera parte dedicada al de los resultados obtenidos con las hipótesis planteadas, analizando lo que significa para la creación del programa de mejora de la imagen corporal la obtención de estos resultados. La segunda parte se dedica al análisis del ideal de belleza presente en las personas mayores de 50 años en España, teniendo en cuenta sus circunstancias y percepción de los ideales de belleza propios de otras edades. Finalmente, la tercera parte se dedica al análisis de la imagen corporal de las personas mayores de 50 años según los *Grupos de Discusión* desarrollados.

### Contraste de los resultados con las hipótesis

Los grupos mostraron algunos resultados que coincidían con las hipótesis previas y otros, más sorprendentes, totalmente opuestos a ellas. Por ejemplo, resultaron tener mejor imagen corporal y aceptación de sí mismas las mujeres sin pareja que las mujeres con pareja, con diferencias muy marcadas y evidentes. Se mostró claramente como las mujeres casadas perseguían un ideal de belleza joven que ya no podían poseer y reconocían más como su imagen la de las fotos de juventud que la actual.

La pareja, al menos en el caso de las mujeres mayores, no parece ayudar en nada a la imagen corporal de la mujer, con lo que se concluye que para las mujeres la deseabilidad del atractivo físico está desvinculada de la atracción sexual en gran medida. Parece ser que las mujeres mayores sin pareja se adaptan o conforman a su situación y dejan de preocuparse por su aspecto físico, potenciando otras cualidades. Podría ser debido a que esa preocupación no les trajo muchos aspectos positivos en el pasado o que esta actitud les crea más beneficio (todas reconocen haber tenido preocupación por el aspecto de jóvenes).

Los hombres, tanto casados como sin pareja, se preocupan mucho menos por el aspecto físico y no existen importantes diferencias además entre ambos grupos. En los hombres sí que parece más ligada la preocupación por el aspecto por necesidades afectivas y sexuales, por lo que al tener pareja estable, o no necesitarla, su preocupación desaparece. Esta conclusión parece clave en la diferenciación entre ambos sexos, ya que al estar la preocupación por el aspecto ligada, en el caso de las mujeres, por razones sociales y de interacción entre iguales, es difícil que esta preocupación cese con la edad.

A continuación, se realiza un análisis de los resultados obtenidos según las hipótesis planteadas a priori para comprobar si ha ocurrido lo que se esperaba en los grupos o se hace necesario retocar expectativas o el enfoque de la investigación:

- El ideal de belleza de las personas mayores españolas será un modelo adaptado del ideal de belleza propio de la juventud.

Esta hipótesis se ha cumplido en su totalidad. Para los participantes a los *Grupos de Discusión* el modelo de referencia física de la sociedad es el modelo joven, y a él se referían al hablar de belleza. Cuando consideraban un modelo al que parecerse, en el caso en el que consideraran parecerse a alguno ya sea por iniciativa propia o demanda del moderador del grupo, este modelo era totalmente una adaptación del joven, es decir, mujeres con pechos, caderas, piel, propios de la juventud y hombres sin barriga, sin pérdida de cabello, también propios de hombres jóvenes.



Estos resultados tienen dos posibles interpretaciones para la creación del programa de mejora de la imagen corporal de personas en proceso de madurez o mayores. Por una parte, se confirma que un programa de mejora de la imagen corporal para gente mayor puede basarse en uno previo para gente joven, con la evidente adaptación según la edad, ya que los ideales de belleza y la presión social hacia esos ideales son muy parecidos. Por otra parte, se puede considerar muy útil para mejorar la imagen corporal de la gente mayor enseñarles a compararse con gente de su edad y a adecuar sus ideales estéticos a siluetas e imágenes alcanzables.

- La percepción de su propio cuerpo en las personas mayores de 50 años en España, será predominantemente negativa.

Esta cuestión debería analizarse según los distintos *Grupos de Discusión*. En relación a las mujeres casadas, es efectivamente negativa o no es la deseada, aunque hay que considerar que no se trata habitualmente de una preocupación capital en sus vidas. Por lo que se refiere a las mujeres sin pareja, éstas tienen una visión de su cuerpo positiva y no se preocupan por su aspecto ante los demás, salvo por el hecho de mostrarse “*presentables*”, según sus propias palabras. Los hombres casados no están muy satisfechos con su cuerpo, pero no por cuestiones de belleza física, sino de rendimiento, ya que han percibido que sus capacidades físicas se han reducido. En cuanto a los hombres sin pareja los resultados no son concluyentes ya que su preocupación depende del momento en el que estén, y les preocupa su cuerpo siempre y cuando es un obstáculo para encontrar pareja si así lo desearan.

En los *Grupos de Discusión* se puede concluir de forma global que las personas en proceso de madurez personal o en proceso de vejez, por regla general, y siempre que no existan enfermedades importantes o problemas discapacitantes, no tienen una percepción predominantemente negativa de su cuerpo. Sí que lo perciben peor que cuando eran jóvenes, y sí que existe parte de la población a la que le preocupan y provocan ansiedad los cambios corporales, pero la mayoría de esta población se adapta y conforma con su situación y lo considera “*ley de vida*”, es decir, sí que existe preocupación, pero ésta no suele derivar en una percepción predominantemente negativa de su cuerpo.

Por lo que respecta al diseño del programa, estos resultados aventuran una gran utilidad a actividades que profundicen en las causas por las que se desarrolla una imagen corporal negativa en la madurez y la vejez en vista a desarrollar posibles antídotos o soluciones a las secuelas derivadas de ello para la parte de la esta población que presente una imagen corporal predominantemente negativa en la madurez y en la vejez.



- La presencia de una red social amplia y de calidad se relacionará con una imagen corporal más positiva.

Esta hipótesis no se ha cumplido. Se demostró claramente que no era una variable que pudiera determinar la preocupación por el aspecto físico de una persona. Fue una variable incluida como variable controlada en todos los grupos. En cada grupo había participantes con redes de distinto tamaño, desde muy amplias a más reducidas y todos los grupos mostraron una elevada consistencia en sus decisiones. Por lo general, las variables controladas en los *Grupos de Discusión* no influyeron por sí mismas ya que los grupos solían tomar decisiones por unanimidad.

Para el diseño del programa de mejora de imagen corporal estos resultados parecen indicar que no es tanto la opinión o la presencia de una red social rica lo que influye en la imagen corporal de forma positiva, sino la interpretación que de ella hace la persona. Así que puede resultar muy útil las actividades encaminadas a reflexionar sobre cómo se interpretan las circunstancias que rodean la vida de una persona para lograr obtener puntos de vista positivos.

- La presencia de pareja y la buena opinión de ésta será decisiva para que la persona mayor de 50 años tenga una imagen corporal más positiva.

Por lo que respecta a las mujeres este factor no era decisivo ya que parece que la preocupación por el aspecto está ligada a otras cuestiones sociales y en menor medida a la opinión de la pareja. Para ellas podría tener más influencia la opinión de amigas y vecinas, es decir, los grupos de pares.

En lo referente a los hombres, debido a que sus mujeres no les preocupa demasiado el aspecto de sus maridos, ellos muestran una postura más relajada en este aspecto, y parece ser que no les preocupa demasiado mientras no peligre su relación, ya que el atractivo físico lo asocian directamente con el sexual y con el de atracción al sexo opuesto.

Estos resultados indican que las actividades del programa deberán enfatizar más en las relaciones interpersonales con el entorno cercano, los amigos y los grupos de pares que en las relaciones de pareja, ya que a estas edades su influencia no es clave sobre la imagen corporal.

- Las personas con una historia vital más relacionada con la belleza física tendrán durante la vejez y madurez una imagen corporal más negativa.

Ninguna persona de las participantes a los *Grupos de Discusión* lo reconoció en sí misma, pero todos lo reconocieron en las personas que pudieran pasar por la situación



descrita. Opinaron que éste es un factor clave para aumentar la preocupación por el aspecto en la madurez y vejez. Además se vio como aquellas personas más preocupadas por su aspecto tenían una actitud de “con lo que yo era” y melancolía evidente sobre su juventud. Según estos resultados, el análisis de la historia vital de la persona en relación a la imagen corporal debe ser una tarea del programa de importancia.

- Las mujeres, al tener más presión social sobre el aspecto, tenderán a tener una imagen corporal más negativa que los hombres.

Más que una imagen corporal más negativa, las mujeres mostraron una preocupación más evidente por la apariencia física que los hombres. Estos resultados pueden ser debidos a que en las mujeres el aspecto físico está asociado a factores sociales que no lo están en el hombre. Como resultado de este proceso, por regla general, la imagen corporal de las mujeres suele tender a ser más negativa que la de los hombres. Estos resultados provocan que el diseño de este programa sea más indicado para mujeres y que deba tener un enfoque doble para ambos sexos ya que valoran su cuerpo de forma muy diferente.

- Modelos de personalidad más rígidos tendrán más relación con una imagen corporal más negativa durante la madurez y la vejez.

Cierto es que este punto no se ha podido comprobar científicamente con los *Grupos de Discusión*, pero se podría suponer que una forma de pensar más rígida estaba asociada con más rigidez en las opiniones y pensamientos más extremistas, en los dos extremos, se podría asociar con una preocupación excesiva por el aspecto y con una despreocupación exagerada por el aspecto e intolerancia por las personas opuestas a su opinión.

- Las personas mayores de 50 años con una imagen corporal negativa padecerán más estados emocionales negativos, menos estabilidad emocional, más problemas psicológicos y menos adaptación al medio.

Ésta es otra hipótesis de la que no se puede hacer una valoración científica con total seguridad, ya que no ha sido posible comprobarla a través de los *Grupos de Discusión*, aunque se debe apuntar que sí parece cierta, ya que las personas más preocupadas por su aspecto eran, por regla general, más inseguras.

Para el diseño de los *Grupos de Discusión* estos resultados indican que la autoestima, la autoeficacia y la confianza en uno mismo son conceptos que se deben tener en cuenta a la hora de desarrollara las actividades del programa.

### El ideal de belleza de los mayores españoles

Un modelo social de belleza es un patrón de apariencia personal, incluyendo forma del cuerpo, forma de vestir y forma de actuar, que debe resultar atractivo a la mayoría de personas de una sociedad. Este patrón suele representar las cualidades más valoradas de una sociedad y debe ser un modelo al cual fijarse de la juventud.

El modelo actual de belleza de la sociedad occidental, aunque no lo parezca, ni es estable en el tiempo, ni es el mismo para todo el mundo. Desde una concepción antropológica del ser humano, el ideal de belleza actual deriva de un modelo que representaba a hombres fuertes y mujeres con curvas con buena capacidad de ser madres. Este modelo pretendía enseñar a la sociedad quiénes eran los individuos más útiles para la supervivencia al grupo. Después de siglos de evolución los patrones han variado mucho, como se puede apreciar en imágenes de cine, TV o fotos antiguas, y el modelo actual de belleza se ha desvinculado claramente de la idea original de supervivencia del grupo. Este ideal de belleza social, que se reconoce a través de los medios de comunicación, es exclusivo de nuestra sociedad, en otras culturas y religiones es distinto, lo que ocurre es que este proceso de globalización gracias a las nuevas tecnologías (Internet, satélite, cine, etc.) está provocando que se unifiquen mucho los patrones de belleza. La unificación de los ideales de belleza de las diferentes culturas debido a la globalización de los medios de comunicación tiene consecuencias positivas y negativas para la sociedad occidental:

- Consecuencias positivas para la sociedad:
  - Los modelos de belleza dejan de ser raciales y pasan a ser accesibles para todas las razas.
  - Una persona puede llegar a saber lo que se espera de ella en cualquier lugar del mundo.
  - Se facilita la comunicación e el entendimiento entre diferentes culturas.
  - Otros.
- Consecuencias negativas para la sociedad:
  - Algunas razas quedan desfavorecidas.
  - El modelo de belleza choca con determinadas tradiciones de ciertas culturas.
  - Muchas culturas pierden parte de su riqueza artística, cultural, etc.
  - Otros.

Existen muchas diferencias en las diferentes culturas respecto a la preocupación por el aspecto. Existen culturas en las que la belleza está ligada exclusivamente al hombre, otras a la



mujer, otras asociadas a los adolescentes, otras a jóvenes, otras la asocian a las curvas, otras a la ausencia de curvas, etc. En algunas sociedades la belleza debe desaparecer con el matrimonio, otras con la presencia de hijos, etc. Si hablamos de nuestra sociedad actual, los patrones de belleza han variado mucho en los últimos 40 años, tiempo en el cual la población objeto de estudio de estos *Grupos de Discusión* han pasado de ser población joven a población mayor en su mayoría. Comparativa entre ambos patrones de belleza:

**Cuadro 8. Comparativa Modelos de belleza años 60 - actualidad**

| MODELOS DE BELLEZA   |   |
|--|---|
| AÑOS 60  | ACTUALIDAD  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ JUVENTUD</li> <li>▪ CURVAS</li> <li>▪ IMPORTANCIA DEL ROSTRO</li> <li>▪ PECHO VOLUMINOSO</li> <li>▪ POBLACIÓN CERCANA AL ASPECTO FÍSICO DEMANDADO (40-60%)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ADOLESCENCIA</li> <li>▪ DELGADEZ EXTREMA</li> <li>▪ IMPORTANCIA DE LA ALTURA</li> <li>▪ AUSENCIA DE PECHO</li> <li>▪ POBLACIÓN CERCANA AL ASPECTO FÍSICO DEMANDADO (3-5%)</li> </ul> |

Entre las causas que se podrían considerar responsables de este cambio, se pueden considerar: La incorporación de la mujer al mundo laboral, la influencia de los países nórdicos, el retraso en la edad de tener hijos, la influencia de la moda en la sociedad occidental actual y la obsesión por la salud.

Pese a todos estos factores, los motivos del cambio son en su mayoría desconocidos. El cambio se ha debido a múltiples factores que interactúan entre sí y que han dado este resultado, aunque gran parte de la responsabilidad recae sobre tres grupos íntimamente relacionados: Los medios de comunicación de masas, la publicidad y el mundo de la moda.

En relación con los medios de comunicación, aquellos que se basan en la imagen (TV, prensa, internet) son grandes promotores y creadores de modelos sociales. Su objetivo es transmitir y vender información (y no necesariamente por este orden). Para ello saben perfectamente que *“Una imagen vale más que mil palabras”* y por ello abusan de la imagen. Utilizan los modelos de belleza para llamar la atención de los usuarios de sus productos y consiguen tiranizar los modelos de belleza.

En la publicidad se utilizan los patrones de belleza de un modo similar a los medios de comunicación de los que se sirven pero ponen más énfasis, si cabe, en la belleza, debido a que deben simplificar más el mensaje y ser más directos. Además, asocian de forma intensa belleza con éxito. La publicidad bombardea constantemente y termina influyendo sobre la población.

Respecto al mundo de la moda, pretendiéndolo o no, marcan las tallas y las figuras socialmente bellas de las personas. No sólo dictan la ropa que ha de llevarse una temporada sino que dictan cómo ha de ser la persona que las lleve. Consiguen potenciar más si cabe, las tendencias de belleza de la sociedad.

En los *Grupos de Discusión* se han planteado cómo les han afectado todas estas cuestiones planteadas, tanto el ideal de belleza de la sociedad en general, como su ideal de belleza propio como grupo diferenciado, e incluso cómo han percibido el cambio a lo largo de sus vidas en los ideales de belleza sociales combinados con su propia evolución a través de distintos grupos sociales debido a la edad y a las características de cohorte y generación. Por lo que se ha visto en los *Grupos de Discusión*, las personas mayores de 50 años tienen una visión muy clara del ideal de belleza social general. Este patrón, inferido de lo percibido en los medios de comunicación, lo reconocen como joven, con facciones agraciadas, alto y delgado para las mujeres, y añadiendo el patrón musculado para los hombres. Para ellos, la característica clave en la que ponen el mayor énfasis es la de juventud, identificando belleza con juventud en gran parte, lo que indica una idealización clara de la juventud, tanto la propia, como la de las personas que consideran bellas. La visión del ideal de belleza social que tienen las personas mayores de 50 años refleja indicadores de posibles conflictos derivados que se podrían generar debido a esta visión, ya que la idealización de la juventud significa conceder una gran importancia a un factor que no se posee y que además se ha perdido sin posibilidad de recuperación. La sensación de pérdida suele derivar en la mayoría de ocasiones en pensamientos negativos recurrentes y una disminución considerable de la autoestima si la pérdida se valora como importante.

Por otro lado, la visión del ideal de belleza social que tienen las personas mayores de 50 años también refleja una dependencia clara de patrones de belleza propios de otras edades, lo que puede condenar, en una gran cantidad de casos, a la insatisfacción corporal permanente, con todo lo que esta situación significa para la autoestima, autoeficacia, autoconcepto, relaciones interpersonales, etc.

En los *Grupos de Discusión* se ha apreciado la existencia de patrones de belleza propios de la madurez y la vejez. Estos patrones serían adaptaciones más o menos exitosas del patrón de belleza joven en gente mayor con sus propias características diferenciales, ya que una persona puede considerarse atractiva en la madurez sin haberlo sido en la juventud y viceversa. Para los participantes en los *Grupos de Discusión* este tipo de belleza sería una belleza de “segunda clase” porque para las personas atractivas en la madurez y la vejez estaría vetada la característica más importante de la belleza, la juventud. Los patrones de belleza propios de la madurez y la vejez podrían ser útiles para intentar conseguir una sana independencia de las personas mayores respecto a ideales de belleza propios de la juventud ya que sus requisitos no son tan exigentes y ayudarían a las personas mayores a aceptarse mejor tal y como son. Sería necesario para lograr este objetivo mejorar la aceptación de la belleza



mayor como la más adecuada a esa edad y el abandono de la idealización de la belleza en la juventud mostrando como, ni mucho menos, juventud es sinónimo de belleza (todos los jóvenes no son bellos), y su idealización proviene de la añoranza de la juventud perdida en las personas maduras y de la idealización de un pasado que no siempre fue mejor.

Se han podido apreciar en los *Grupos de Discusión* algunos factores que pueden ser el origen de la idealización de la juventud y de la relativa estabilidad del patrón de belleza joven durante la madurez y la vejez. Los factores, algunos de los cuáles ya han sido apuntados, podrían ser los siguientes:

- El físico y la apariencia son las características más sobresalientes para identificar la edad de una persona. Una persona en proceso de madurez percibe en su cuerpo la juventud perdida, lo que suele asociar a la percepción de pérdida de atractivo social, por lo que infiere que la juventud es la característica más determinante en relación a la belleza. Se trata de un error cognitivo propio del pensamiento humano ya que la lógica no llega a la misma conclusión al inferir una causa de un resultado debido de un solo cambio, en un solo caso.
- Los medios de comunicación basados en la imagen contribuyen a propagar el ideal de belleza basado en la juventud y señalan como triunfo social el que una persona llegue a la madurez manteniendo características de belleza propias de la juventud.
- Socialmente, el rol de la persona mayor en nuestra sociedad es un papel temido por conllevar prejuicios y características sociales poco deseables. Al ser el aspecto físico el mejor indicador social de la edad, tener un aspecto propio de una edad más joven se valora como valioso y deseable en nuestra sociedad y el atractivo físico asociado a la juventud estaría asociado a este deseo.

Varios factores influyen sobre el ideal de belleza de las personas mayores de 50 años según lo visto en los *Grupos de Discusión*. Estos factores son el sexo, la edad, la presencia de pareja y la historia vital.

El *sexo* es el factor más influyente. Como regla general las mujeres tienen ideales de belleza más jóvenes que los hombres, que valoran como positivos algunos aspectos de la madurez en relación al atractivo físico. La *edad* también es un factor de gran importancia. Como regla general a mayor edad menores esperanzas y anhelos de juventud perdida y, por lo tanto, un ideal de belleza más realista y menores preocupaciones por el aspecto físico. En lo que se refiere a la presencia de pareja, parece un factor de carácter complejo que combinado con otras características particulares de la persona influye en el ideal de belleza. La *presencia de pareja* en la mujer parece indicar un ideal de belleza más joven que en mujeres sin pareja, en cambio en el hombre ocurre justamente lo contrario si el hombre sin pareja desea obtener pareja, y si no la desea los resultados son similares a los de las mujeres sin pareja. La *historia*

*vital* parece ser un factor decisivo en la adopción de un ideal de belleza determinado, ya que la historia vital de sociabilidad de la persona, estatus social, profesión, valoración en el grupo de iguales, etc. conllevan una serie de preocupaciones y expectativas que no varían en exceso en la madurez y la vejez.

Un aspecto de gran relevancia científica relacionado con la historia vital a la que se hace referencia, es la impresión personal de lo que ha supuesto la evolución del tiempo sobre sus cuerpos en relación con la apariencia para los participantes en los *Grupos de Discusión*, y el metaconocimiento que muestran sobre la evolución de sus expectativas e ideales de belleza al pasar por las distintas etapas de la vida. Los participantes de los *Grupos de Discusión* mostraron ideas muy claras del cambio cognitivo que han ido mostrando a lo largo de los años y lo han descrito como una disminución paulatina de las expectativas y un aumento paulatino de la insatisfacción por la apariencia de sus cuerpos con la edad, lo que parece indicar que la disminución de las expectativas con la edad es considerablemente menor a la evolución de su apariencia, lo que justificaría el aumento paulatino de la insatisfacción corporal. Por otro lado, parece ser que el modo de tomar conciencia del cambio físico y de las ventajas asociadas a la adecuación al ideal de belleza ha sido un aprendizaje que han realizado de forma negativa, es decir, se percatan de ello a través de la percepción de las pérdidas.

Una conclusión importante de estos resultados sobre la percepción de las pérdidas en la madurez y la vejez es que puede resultar un trabajo de gran interés reforzar la percepción de pérdidas y ganancias debidas a la edad de forma realista, para reducir la sensación global de pérdida debida a la edad y fomentar una visión más positiva y realista de sí mismo entre las personas maduras y mayores.

#### *Conclusiones sobre la imagen corporal de las personas mayores de 50 años*

Teniendo en cuenta el desarrollo de los *Grupos de Discusión* de forma global, se pueden destacar varias conclusiones sobre aspectos que pueden generar conflictos en una persona:

- La autopercepción del cuerpo propio puede ser más o menos exacta con la realidad dependiendo de la persona y de lo que ha vivido. Esto significa que la relación entre imagen corporal y el aspecto real es indirecta, el filtro sería la autopercepción de la persona. Por lo que no existe un físico determinado que libre de la preocupación por la apariencia, con lo que el cambio de aspecto, ya sea a través de ropa, peinados, o incluso cirugía estética, puede no resolver el problema.
- Esa percepción se compara con gustos y preferencias sociales y se le concede un valor más o menos positivo o negativo dependiendo de cómo quede la persona en la comparación que realice.



- La opinión que merezca la apariencia propia puede determinar la vivencia que tenga la persona de su apariencia y cómo esta vivencia se refleja en su comportamiento.
- Se puede apreciar cómo la gente que rodea a la persona puede reforzar o debilitar las ideas acerca de la apariencia propia, incluso aunque ésta no sea su intención, ya que depende de la interpretación que realice la persona.
- No es confirmable: Es difícil que cualquier persona llegue a contrastar la impresión que tiene de su cuerpo, por vergüenza, por miedo a la confirmación de los temores, etc.
- Otro problema asociado es lo que se conoce como "*Sesgo confirmatorio*": El sesgo confirmatorio es un error del pensamiento que dice que si un pensamiento se confirma una sola vez siempre será cierto. El pensamiento científico por el contrario postula que si una afirmación se rechaza una sola vez esa afirmación no es cierta. Es decir, si un desaprensivo llama a una persona gordo le afecta por el sesgo confirmatorio y la persona sufre al creer que esa opinión es cierta cuando esa opinión es una entre un millón y con que otra persona pensara lo contrario esa afirmación dejaría de ser cierta.

Existen algunos grupos sociales que por sus circunstancias presentan altas probabilidades de desarrollar imágenes corporales negativas, uno de estos grupos es el de las personas mayores. Algunos de los motivos por los que los mayores son considerados un grupo de riesgo son los siguientes:

- Los patrones de belleza sociales son patrones jóvenes.
- El cuerpo cambia con la edad y se aleja constantemente de ese patrón de belleza.
- Las circunstancias sociales cambian y surgen roles nuevos (abuelos, hijos independientes, jubilación, etc.).
- Preconcepciones sobre la forma de actuar de las personas maduras y mayores condicionan la conducta estas personas (asumen algunos roles y actividades que consideran adecuados para la gente de esta edad).

Por estos motivos se puede suponer fácilmente que gran parte de las personas maduras y mayores podrían desarrollar una imagen corporal negativa mucho más frecuentemente que una imagen corporal positiva, incluso gente que objetivamente tiene un aspecto envidiable, y se justificaría así el considerable aumento de la cirugía estética entre personas mayores de 50 años, el consumo de alimentos dietéticos y seguimiento de dietas de adelgazamiento, el uso los productos de belleza para prevenir los efectos físicos del envejecimiento, problemas emocionales asociados a la madurez, etc.



Estas nuevas circunstancias suelen condicionar a la persona y pueden llegar a afectarla psicológicamente. Quizás estos problemas no son tan alarmantes como la anorexia y bulimia de la adolescencia, pero sí que pueden causar problemas como los siguientes:

Consecuencias de una imagen corporal negativa durante la madurez:

- La persona deja de hacer ciertas actividades sociales que le gustan (Por ejemplo: salir a bailar, ir a la piscina, etc.), por el miedo al “¿qué dirán?”.
- Su forma de actuar con los demás cambia y su frecuencia se reduce.
- Deja de sentirse “guapa” más a menudo.
- Cambia la forma de vestir y arreglarse para disimular supuestos defectos físicos.

Todas estas conductas hacen que se reduzcan de una manera pronunciada las actividades que le hacen tener una vida satisfactoria y que le ayudan a salir adelante en momentos difíciles, con lo cual, la persona se vuelve más frágil en el aspecto psicológico, y por lo tanto también en el físico, y es más vulnerable a:

- Infartos y problemas vasculares (debido a la reducción de actividades).
- Problemas emocionales (depresión, ansiedad y estrés, distimia).
- Cáncer y tumores (guardan una importante relación con el aspecto anímico).
- Infecciones de tipo vírico (el estado de ánimo negativo reduce las defensas del organismo).

Muchos de los problemas físicos y anímicos de la madurez tienen relación con la imagen corporal aunque sea de una forma indirecta. Esto no significa que una imagen corporal positiva sea la solución a estos problemas, ni que una imagen corporal negativa provoque enfermedades como el cáncer. Simplemente se pretende decir que *una imagen corporal positiva es un factor importante de calidad de vida*, ya que una persona con una imagen corporal negativa es más frágil para multitud de problemas asociados.

En los *Grupos de Discusión* se han podido apreciar todas estas cuestiones, aunque existen diferentes factores que condicionan la imagen corporal de una persona al llegar a la madurez. El factor más importante es, sin duda alguna, el género de la persona, debido a la diferente presión social hacia los patrones estéticos entre hombres y mujeres. Por regla general la imagen corporal de los hombres es más positiva debido a que no reciben tanta presión y sus ideales de belleza son menos exigentes e importantes en sus vidas.



Otro factor de importancia es la edad, por regla general las personas maduras tienden a tener más preocupaciones sobre la apariencia física y las personas más envejecidas presentan menos preocupación sobre la apariencia y mayor sobre la salud. La salud se trata de un factor clave porque una mala salud provoca una reducción drástica de la preocupación por el aspecto físico en una persona y reduce la relevancia de la imagen corporal.

Otro factor relevante es la presencia de pareja: Según los *Grupos de Discusión*, la presencia de pareja en las mujeres se relaciona con una imagen corporal más pobre. En los hombres se dan resultados inversos, ya que la presencia de la pareja hace mejorar considerablemente la imagen corporal en el varón mayor de 50 años.

Se ha apreciado en las personas mayores de 50 años en los *Grupos de Discusión* como una circunstancia que influye de manera muy negativa sobre la imagen corporal es la comparación que realizan estas personas con la gente joven para valorar su apariencia. Esta circunstancia les condena a sentirse insatisfechos con su apariencia y a sentirse acomplejados en muchas situaciones sociales.

Según los resultados de estos *Grupos de Discusión* se podrían considerar posibles formas de mejorar la imagen corporal en la madurez y la vejez, a través del programa que se pretende diseñar y evaluar, como las siguientes:

- Una debilidad de la imagen corporal negativa es que se basa en pensamientos, o sentimientos que no se contrastan con la realidad, así que en algunos casos conocer la verdad podría ayudar.
- Otra forma podría ser ejercer control sobre los patrones de belleza sociales que se interiorizan y adecuarlos a las personas sobre las que se aplican, ya que no es nada conveniente que una persona mayor se compare con otra de 20 años.
- Mejorar las habilidades sociales asociadas al atractivo físico y sexual.
- Romper los prejuicios ante la madurez y la belleza.
- Aportar información verídica sobre la belleza y temas asociados a ella como la alimentación, la moda, etc.
- Mejorar la autoestima.
- Mejorar nuestro manejo de las emociones.
- Reforzar las relaciones sociales positivas.





## CAPÍTULO 5. Diseño del programa *“Imagina”*

Este capítulo está dedicado específicamente a la creación del instrumento científico para mejorar la imagen corporal de las personas en proceso de madurez personal o vejez que es objetivo principal de esta Tesis Doctoral. El instrumento se trata de un programa preventivo de aplicación colectiva formado por exposiciones teóricas, actividades en grupo y reflexiones individuales sobre la vivencia del cuerpo en la madurez y la vejez que se adjunta por completo en los ANEXOS a esta Tesis Doctoral.

A lo largo de este capítulo se describen y justifican los elementos y actividades que componen el programa *“Imagina”*, especificando su utilidad y función respecto a los objetivos planteados con su diseño, creación y posterior evaluación. El diseño del programa se aborda en este capítulo a través de seis apartados:

- El primer apartado se dedica a los objetivos e hipótesis planteados para el diseño del programa *“Imagina”*.
- El segundo apartado está dedicado a recopilar toda la información científica relevante para el diseño del programa elaborado en esta Tesis Doctoral formando las bases teóricas y conceptuales del programa.
- El tercer apartado aborda los criterios y técnicas metodológicas seguidas para el diseño de las actividades y se especifica el rol del monitor.
- En el cuarto apartado se aborda la distribución de los elementos principales del programa, con el fin de justificar la estructura desarrollada.
- El quinto apartado está destinado a la estructura de las sesiones de aplicación.
- Por último, el sexto apartado sirve para describir las actividades del programa.

### 5.1. Objetivos e hipótesis para el diseño del programa *“Imagina”*

A continuación se describen los objetivos que se plantean para el diseño del programa *“Imagina”* junto con la hipótesis previa que se deriva de cada objetivo. Cada objetivo e hipótesis conlleva una pequeña aclaración de su inclusión en el estudio.

- **OBJETIVO 1:** Diseñar actividades que influyan positivamente en todas las dimensiones de las que consta la imagen corporal, basándose en la forma de actuar de las intervenciones en imagen corporal para muestras clínicas, pero realizando una adaptación para personas maduras y mayores sin patología asociada a la imagen corporal.

Como se ha visto anteriormente la imagen corporal se puede dividir en las dimensiones: perceptiva, emocional, cognitiva y conductual. Una intervención completa sobre la imagen corporal debe trabajar todas estas dimensiones además de intervenir sobre la autoestima. Estas dimensiones se trabajan desde los procedimientos de intervención en imagen corporal para muestras clínicas de forma intensiva, como los de Rosen (1997) y Cash (1997) adaptado a muestras españolas por Raich (2001). Para trabajar la imagen corporal desde un programa preventivo como el que se pretende diseñar se deben utilizar algunas de las técnicas y actividades de probado efecto positivo sobre la imagen corporal, aunque su aplicación debería ser menos severa y centrarse más sobre los efectos del avance de la edad sobre el aspecto físico que sobre la delgadez.

- **HIPÓTESIS 1:** Las actividades e intervenciones para mejorar la imagen corporal, correctamente adaptadas a muestras de mayores sin patología asociada a la imagen corporal, tendrán un efecto positivo sobre la imagen corporal de los participantes.

Algunas de las actividades del proceso terapéutico de Rosen (1997) y Cash (1997) para trastornos de imagen corporal pueden ser aplicadas de forma más simple a muestras no clínicas con un efecto similar. Otras actividades no podrán ser utilizadas o requerirán de un cambio más profundo que las aleje de la actividad original. Este razonamiento se basa en la similitud existente entre muestras clínicas y sanas respecto a la imagen corporal, ya que la intensidad y severidad de los síntomas son los que diferencian en mayor medida a ambos grupos en la mayoría de los aspectos, por encima de diferencias cualitativas.

- **OBJETIVO 2:** Diseñar actividades en las que se facilite la reflexión personal y el intercambio de experiencias de una forma positiva, complementadas por exposiciones teóricas, en formato de programa preventivo sobre imagen corporal de aplicación colectiva.

Se pretende diseñar un programa estructurado en ocho sesiones de hora y media para aplicar a grupos de 10-30 personas con un monitor que presente y guíe las actividades que se planteen. Este formato típico de los programas preventivos de aplicación colectiva para cuestiones sociosanitarias ya se aplica con éxito en diversos ámbitos como la prevención de conductas violentas y la educación sexual en jóvenes, e incluso ya se aplica con éxito en programas de imagen corporal para jóvenes como el programa PICTA de Maganto et. al.



(2002), la novedad que se presenta en este estudio es su aplicación para personas de 50-75 años.

- **HIPÓTESIS 2: El formato de aplicación del programa garantizará la cohesión grupal, necesaria para algunas de las actividades, ayudará al mantenimiento de la atención por parte de los participantes y reducirá la mortalidad experimental sin reducir la intensidad del cambio pretendido.**

Las características propias de los mayores provocan que se beneficien de un formato de aplicación del programa de sesiones cortas (menor de dos horas), en las que además se realicen actividades dinámicas en las que prime su participación y compartan experiencias. El número de sesiones elegido provoca que la intervención posibilite cambios relativamente estables y reduzca la mortalidad experimental.

- **OBJETIVO 3: Aprender, desarrollar y practicar estrategias de actuación y habilidades sociales relativas a la imagen corporal aplicables a la vida cotidiana.**

El diseño del programa pretende, no solamente mostrar aquellos aspectos que deben mejorar los participantes en su vida cotidiana para sentirse más satisfechos con sus vidas, sino además ofrecer y ejercitarse en soluciones prácticas que les ayuden a realizar el cambio positivo pretendido por el programa. Para ello se realizarán *role playings* lo más cercanos a las vidas cotidianas de los participantes que sea posible.

- **HIPÓTESIS 3: El aprendizaje y puesta en práctica de las estrategias de actuación y las habilidades sociales desarrolladas en el programa contribuirán a la mejora de la satisfacción corporal y vital de los participantes al programa.**

Al realizar *role playings* cercanos a sus vidas cotidianas los participantes tendrán más facilidades para romper los esquemas de actuación negativos previos y generarán la confianza necesaria para afrontar estas situaciones sabiendo que tienen mayores posibilidades de éxito.

## 5.2. Bases teóricas y conceptuales para el diseño del programa

A la hora de diseñar y evaluar un programa de mejora de la imagen corporal para personas maduras o mayores se debe tener en cuenta la información científica actual disponible para poder garantizar un programa actualizado que no cae en errores de diseño y contenidos propios de otras épocas. Éste ha sido el objetivo de recopilar extensamente la

información científica de actualidad en los ámbitos de la imagen corporal y la vejez, y del repaso de los mejores programas preventivos y psicoeducativos que abordan el tema de la imagen corporal a lo largo de la primera parte de esta Tesis Doctoral.

A lo largo de este apartado se intenta recomponer la influencia de todo lo expuesto en la primera parte de esta Tesis Doctoral (fundamentación teórica) a la hora de diseñar el programa, tarea compleja y difícil que forzosamente quedará incompleta debido a la imposibilidad de explicitar todas las influencias que existen en el programa diseñado “*Imagina*”, algunas de ellas incluso implícitas o inconscientes. No obstante se realiza un recorrido lo más completo posible a través de una análisis de los tres capítulos de la primera parte de esta Tesis Doctoral.

A través de la revisión realizada en el Capítulo 1 sobre el conocimiento científico actual en el ámbito de la imagen corporal se ha tenido en cuenta las siguientes cuestiones a la hora del diseño y creación del programa “*Imagina*”:

- Se han utilizado las definiciones de imagen corporal y los términos asociados a ésta, como esquema corporal y autoconcepto corporal, para desarrollar las exposiciones teóricas que imparte el monitor y para el diseño concorde de las actividades según sus planteamientos. Por otro lado, se han tenido en cuenta las dimensiones de la definición de imagen corporal para la creación de actividades que influyan positivamente en todas las dimensiones de la imagen corporal en el programa.
- Se han desarrollado actividades que, a través de las interrelaciones más relevantes de la imagen corporal con otros factores demográficos como el género y la edad, fomenten una imagen corporal positiva en los participantes al programa mucho más robusta y resistente a las posibles amenazas provenientes de la vida cotidiana del participante.
- Se ha tenido en cuenta las mayores preocupaciones asociadas a la imagen corporal para crear actividades de interés para los participantes al programa y buscar soluciones a problemas cotidianos.
- Las características de los problemas que se asocian con una imagen corporal negativa han servido para ejemplificar en las exposiciones del monitor y en algunas de las actividades creadas los riesgos del desarrollo y mantenimiento de una imagen corporal negativa en la madurez y la vejez.
- La profundización en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la imagen corporal han servido para desarrollar un plan de acción que ejerza una influencia decisiva sobre la prevención de estos trastornos, como por ejemplo, rompiendo esquemas de interpretación de la silueta corporal errónea con actividades como la “Escala de Satisfacción Corporal” (Maganto y Cruz, 2000) o “El Test de Siluetas” (Maganto y Cruz, 2008).



- Los modelos explicativos del desarrollo de una imagen corporal negativa han servido para explicar a los participantes a través de las conclusiones de las actividades y las exposiciones teóricas del monitor, como distintos factores asociados llevan a una imagen corporal negativa y la importancia de prevenirlo.
- Debido a la revisión de los instrumentos de evaluación de la imagen corporal se ha elegido el *Body Shape Questionnaire* (en adelante BSQ) de Cooper et. al. (1987), adaptado a la población española por Raich et. al. (1996) como instrumento de evaluación para la investigación y se han diseñado los cuestionarios de evaluación del programa bajo la inspiración de los instrumentos científicos de imagen corporal revisados.
- Se ha tenido en cuenta la relación de tratamientos ineficaces para los trastornos de imagen corporal desarrollado por Cash (1997) y por Raich (2001) para no cometer los mismos errores. No obstante no se han tenido en cuenta al pie de la letra porque se describen como tratamientos ineficaces para personas con trastornos de la imagen corporal e *"Imagina"* es un programa preventivo para muestras normalizadas.
- La propuesta de tratamiento de imagen corporal de Raich (2001) sirve de inspiración y referencia a muchas actividades del programa *"Imagina"*.
- La teoría de los *"Dirty Dozen"* de Cash (1990, 2006) sirve de referencia para la actividad *"Gente sin Complejos del programa "Imagina" (Ver ANEXOS)*.

A través de la revisión realizada en el Capítulo 2 sobre el conocimiento científico actual en el ámbito de la psicología de la vejez se ha tenido en cuenta las siguientes cuestiones a la hora del diseño y creación del programa *"Imagina"*:

- Al ser *"Imagina"* un programa preventivo, las teorías sociopsicológicas sobre la vejez resultan de gran utilidad, como ya se apuntó en el Capítulo 3 de esta Tesis Doctoral. La *Teoría del Afrontamiento* de Brandstädter et. al. (1994) y las teorías del control primario y secundario postulan que la persona mayor ante las dificultades vistas como pérdidas debidas a la edad, intentará adaptarse a las nuevas situaciones mediante estrategias asimilativas o estrategias acomodativas, o intentan ejercer un control primario o secundario. Las primeras se dirigen a cambiar la situación negativa ya sea buscando otras fuentes de satisfacción alternativas o luchando contra la dificultad directamente y las estrategias acomodativas se dirigen a la moderación de las expectativas y las metas creadas para adecuarse a los cambios. Estas estrategias de afrontamiento y de control descritas serán manifestadas y usadas por los mayores que comienzan a ver como los signos de la edad comienzan a hacer mella en la imagen física de su cuerpo de manera inevitable. Desde el programa *"Imagina"* se desarrollan actividades destinadas a fomentar el uso de este tipo de estrategias de afrontamiento



hacia los cambios físicos aparecidos en la vejez, sobre todo la actividad denominada “La Balanza” (Ver ANEXOS).

- También resulta muy interesante la teoría dialéctica de Baltes (1997) de SOC, ya que explica algunos motivos por los cuáles es vivida de forma negativa la vejez en algunas personas, y pone de manifiesto que estas personas deben reestructurar sus sistemas de compensación de pérdidas y ganancias durante la vejez para no sentirse perjudicados por su momento vital. Esta teoría de Baltes también resultó inspiradora de actividades como “La Balanza”.
- El *Modelo del Ciclo Vital o Life Span* postula que para entender el envejecimiento de un sujeto, grupo o sociedad, debemos tener en cuenta multitud de factores desde diversos ámbitos, como el factor biológico, el social, el psicológico o el histórico, además de la interacción de los mismos. Este enfoque ha servido para configurar “*Imagina*” considerando todos los aspectos vitales de la persona mayor con intención de influir positivamente en ellos y que tengan su reflejo sobre la imagen corporal.
- La teoría del “*Envejecimiento como Máscara*” desarrollada por Gubrium (1989, 2006) desde la cual se considera que la mayoría de las personas mayores identifican su “Yo físico” como la imagen que recuerdan de su juventud y ven el estado de su cuerpo actual como una “máscara de su auténtico yo” ha servido para profundizar en la ruptura del ideal joven de belleza para la persona mayor como un importante paso hacia la aceptación positiva del propio cuerpo actual. Algunas de las actividades diseñadas para el programa “*Imagina*” buscan este objetivo, sobre todo aquellas basadas en la crítica a los mensajes recibidos desde los Mass Media.
- Los ocho estadios vitales de Eriksson (1968) y sus correspondientes crisis para avanzar a un estadio siguiente han servido para identificar y comprender mejor las dos crisis vitales que se dan en la madurez y la vejez, y comprender como las personas mayores pueden llegar a valorar la vejez como un estadio deficitario en cuestión de pérdidas y ganancias.

A través de la revisión realizada en el Capítulo 3 sobre la actualidad de la investigación científica en imagen corporal y psicología de la vejez se ha tenido en cuenta las siguientes cuestiones a la hora del diseño y creación del programa “*Imagina*”:

- La estructura y formato de las investigaciones y los programas para mejorar la imagen corporal de los estudios científicos actuales han servido de referencia para plantear el diseño de esta investigación, la metodología utilizada y el diseño final del programa “*Imagina*”. Gracias a la revisión de estas investigaciones se ha considerado la utilidad del diseño inter – intra para afrontar la investigación y se ha considerado la necesidad de los grupos de control para mejorar la fiabilidad y validez de los resultados obtenidos.



- El programa preventivo para mejorar la imagen corporal de los adolescentes de Maganto (1999) ha sido la gran referencia del diseño creado. Se podría considerar al programa diseñado “*Imagina*” como una evolución de PICTA de Maganto et. al. (2002) destinado a muestras de personas mayores de 50 años.

La realidad social de la población objeto de estudio en esta investigación ha sido presentada en este Capítulo 4 de esta Tesis Doctoral a través de dos tipos de acercamientos. Por un lado se ha producido un acercamiento a través de los datos estadísticos y demográficos actuales de la población mayor en España, la cual refleja de manera objetiva las condiciones vitales y la situación social de este colectivo (apartado 5.1). Por otro lado, se ha realizado un acercamiento más subjetivo y profundo a esta realidad social a través de la realización de cuatro *Grupos de Discusión* (Apartado 5.2). Gracias a los *Grupos de Discusión* se ha podido apreciar cómo las circunstancias demográficas y sociales descritas en las estadísticas elaboradas por el INE (2006) afectan a nivel personal y psicológico a las personas mayores de 50 años en España.

Los resultados obtenidos en los *Grupos de Discusión* deben servir para realizar un programa “*Imagina*” más cercano y útil para esta población. Para ello se deben tener en cuenta las siguientes cuestiones a la hora de elaborar el programa y diseñar las actividades:

- Las actividades deben incidir en las mayores preocupaciones físicas para este colectivo. Estas preocupaciones son:
  - Para las mujeres: Arrugas, aumento de peso, decoloración y pérdida de cabello, pérdida de dientes, pérdida de firmeza muscular, manchas e imperfecciones en la piel
  - Para los hombres: Aumento de la acumulación de la grasa en la zona abdominal, olor corporal, pérdida de fuerza y resistencia física, pérdida de cabello, pérdida de dientes, arrugas.
- La pérdida del atractivo físico lo consideran como importante pero asumible a su edad. Cobra más importancia en el caso de las mujeres o en el de los hombres sin pareja pero que la buscan. Las actividades diseñadas deben ahondar en esta facilidad de asunción del deterioro estético debido a la edad y a la vez hacer visibles las ventajas proporcionadas por el aumento de la edad.
- Las mujeres identifican la preocupación por la belleza a su edad como reflejo de un estatus social y económico, los hombres la identifican con el miedo a la soledad y la búsqueda de pareja. El programa “*Imagina*” debe romper prejuicios previos hacia la preocupación por el aspecto físico para evitar que las personas no sientan un doble rechazo, hacia su cuerpo y hacia su preocupación.

- Sentirse guapa es una sensación muy placentera y positiva para las mujeres y para la mayoría de los hombres, aunque reconocen sentirla cada vez menos. Se debe favorecer la frecuencia de esas sensaciones a través de aumentar las ocasiones en las que se sienten así, ya sea realizando las conductas que llevan a ese punto o rebajando el nivel exigible para llegar a esas sensaciones.
- Idealizan a la juventud como fuente de belleza sin valorar otras circunstancias igualmente importantes, como por ejemplo el acné, las facciones físicas, la condición física, etc. Conviene que el programa “*Imagina*” rompa la idealización de la juventud recordando a los participantes todos aquellos inconvenientes que sufrieron en su juventud o que se sufren en la actualidad.
- La mayoría de los razonamientos realizados respecto a la apariencia física reciben la propia autocensura de la misma persona debido a sus prejuicios hacia la madurez o la vejez. El programa “*Imagina*” debe favorecer una imagen de la madurez y la vejez realista y positiva para desterrar los prejuicios negativos que impidan a la persona sentirse satisfecha con la vida que lleva.
- Los prejuicios que tienen las personas maduras y mayores hacia su edad incluyen formas de actuar placenteras que suelen considerar propias de otras edades, como por ejemplo vestir de una determinada forma, realizar opiniones hacia cuestiones sexuales, etc. Esta autocensura les limita en exceso su forma de actuar e impide sus posibilidades de satisfacción vital.
- Las personas más mayores presentan limitaciones físicas y psicológicas hacia las actividades largas y complejas, lo que puede derivar en una disminución del rendimiento o desinterés si excede sus posibilidades. Conviene realizar actividades cortas y sencillas que desarrollen conclusiones fáciles de entender.
- El nivel educativo de una gran mayoría de personas mayores de 50 años en España es bastante bajo y no practican habitualmente la escritura, por lo que las actividades deben de requerir la menor escritura posible y facilitar la comunicación verbal sobre la reflexión escrita.
- Las personas mayores de 50 años suelen ser atentas y agradecidas con las personas que trabajan con ellos, esta situación facilita el desarrollo del programa en el grupo, pero se debe tener cuidado con la valoración al alza del programa o la temida aquiescencia en las respuestas a los cuestionarios.



### 5.3. Criterios y técnicas metodológicas para la elección de las actividades y rol del monitor

El programa “*Imagina*” debe seguir una metodología didáctica clara que favorezca la asimilación de los contenidos y la obtención de los resultados pretendidos en las actividades basándose en los criterios de la pedagogía y la psicología de la educación para los programas preventivos. Para obtener un programa preventivo eficiente, el programa se desarrolla a partir de tres estilos de trabajo básicos. Cada actividad se enfocará de forma distinta dependiendo de los tres estilos de trabajo que se contemplan en el programa. Los tres estilos de trabajo son los siguientes:

- ***Trabajo individual:*** Se ofrece a través de tareas de lectura, visionado de vídeos y razonamiento en los que a los participantes se les hará reflexionar sobre aspectos sociales que le influyen en su vida cotidiana. Normalmente este trabajo se coronará de una de dos formas posibles, o a través de la exposición teórica del monitor o mediante la confrontación con los demás miembros del grupo con trabajos en equipo, debates o tareas de toma de decisiones.
- ***Trabajo en equipo:*** Se realiza a través de actividades en pequeños grupos (de 4 a 6 personas) o en gran grupo (normalmente debates y juegos), unas veces parten del trabajo individual previo y otras tienen al grupo como forma de trabajo único.
- ***Exposiciones teóricas del monitor:*** Sirven para informar y aclarar cuestiones necesarias para el desarrollo del programa. Normalmente se busca el propio *insight* del participante evitando en la medida de lo posible el estilo directivo en las sesiones, de tal forma que si alguna exposición se puede evitar o complementar con un debate con los miembros del grupo el monitor deberá adaptarse a las circunstancias. Las exposiciones están colocadas en las sesiones para que surjan junto con las dudas de los participantes o les sirvan para prepararles para las actividades posteriores. Debido al grupo social al que van dirigidas, la información teórica expuesta se ha simplificado para que el grupo sea capaz de entender las cuestiones que se planteen fácilmente. Además, se presentan de una forma coloquial y cercana para que vean las conexiones entre lo que se expone y sus vidas cotidianas, y se motiven e interesen en el programa.

El monitor es el elemento clave para el buen funcionamiento del programa y, en gran medida, el éxito o el fracaso del programa dependen de su labor. El monitor, antes de comenzar el programa debe estar convenientemente formado (Licenciatura en Psicología o Pedagogía recomendables), debe realizar una formación previa y conocer en profundidad la temática de la imagen corporal y de la vejez relacionada con este programa para lo que debe conocer en profundidad el “Manual del Monitor” (Ver ANEXOS).

Las funciones del monitor del programa son las siguientes:

- Presentar las actividades y garantizar su correcto cumplimiento por parte de todos los participantes.
- Solventar las dudas que presenten los participantes.
- Impartir las “Exposiciones teóricas” de forma clara y amena.
- Moderar la participación en debates y extracción de conclusiones a las actividades.
- Manejar el ritmo del programa, es decir, participación, horario, extracción de conclusiones, etc.

El monitor debe tener en cuenta las siguientes cuestiones para abordar su labor correctamente en el programa:

- Antes de comenzar una sesión y cualquier actividad, debe conocer perfectamente su funcionamiento. El monitor debe consultar y conocer previamente los cinco documentos de los que consta el programa “*Imagina*” (Manual de Monitor, Cuadernillo de actividades, Láminas de trabajo, Transparencias de apoyo y Material de Evaluación).
- Para conocer el funcionamiento de algunas actividades es necesario tener en cuenta el Manual de Monitor, el Cuadernillo de actividades, las Láminas de trabajo y las Transparencias de apoyo, ya que están interrelacionados, y la ausencia de alguno de ellos puede suponer lagunas a la hora de abordar la actividad.
- El primer día repartirá un cuadernillo de actividades a cada participante y presentará las láminas de trabajo para las actividades que lo requieran.
- Al final de cada sesión pasará al grupo una hoja de evaluación de las actividades realizadas en ese día para que las evalúen en tres aspectos: Utilidad según los objetivos planteados, duración de la actividad y entretenimiento.
- El monitor debe apuntar sus propias impresiones sobre las cosas que se deben mejorar y aquellas que funcionan bien.
- El monitor, aunque no lo considere oportuno, debe realizar todas las actividades preparadas para cada sesión en el orden establecido, si alguna no funcionara bien se mostrará al coordinador del proyecto para un futuro cambio. Es muy importante, por lo tanto, que controle la temporalidad de las actividades.
- Se debe prestar especial atención al estado de ánimo de los participantes, por lo que el programa debe tener cierto dinamismo para que todos se lo pasen bien.
- El monitor fomentará la participación de todos los participantes evitando que algunos de ellos queden marginados o marginen al resto.



A la hora del diseño y creación de las actividades del programa se deben tener en cuenta aquellas técnicas destinadas a mejorar la imagen corporal que existan en el ámbito científico, con la lógica traducción y adaptación al formato elegido de programa preventivo.

Desde el tratamiento a los problemas relacionados con la imagen corporal resultan útiles las siguientes técnicas de mejora de la imagen corporal:

- Ofrecer información real sobre los temas que resulten importantes para la imagen corporal de la persona que destierren mitos negativos asociados: Los temas de mayor relevancia en este sentido son: Imagen corporal, estereotipos sociales, medios de comunicación y publicidad, alimentación y nutrición, autoconcepto y autoestima, inteligencia emocional, etc.
- Entrenamiento en autopercepción: Fomentar buenas referencias visuales sobre nuestro cuerpo y favorecer la comparación adecuada con personas similares.
- Enfrentamiento a los miedos y al malestar: Entrenar situaciones sociales temidas y favorecer, mediante habilidades sociales, asertividad y técnicas de afrontamiento del estrés, la superación de estos momentos difíciles.
- Modificación del pensamiento: Trabajar rompiendo scripts previos y creencias irracionales a través de la reestructuración cognitiva y la inteligencia emocional en las siguientes cuestiones:
  - Creencias negativas sobre la imagen corporal
  - Creencias autodevaluadoras
  - Pensamientos correctores (para el desarrollo de esta parte se trabajan los Dirty Dozen de Cash (1990, 2006))
- *Modificación del comportamiento*: Cambiar formas de actuar y actividades de la persona que le impidan desarrollar una imagen corporal positiva por otras que le resulten satisfactorias y con altas posibilidades de éxito social.

Existen técnicas y teorías específicas para trabajar algunos aspectos de la imagen corporal, desarrolladas desde el ámbito científico, que resultan útiles y de algún modo extrapolables al programa "*Imagina*" son el caso principalmente de estas tres obras:

- Dirty Dozen de Cash (1990, 2006)
- Aplicación al Autoconcepto Personal de la "Ventana de Johari" de Luft e Ingham (1961)
- Terapia Racional Emotiva de Ellis (1975)

Respecto a los pensamientos correctores denominados "*Dirty Dozen*" de Cash (1990, 2006), han sido tratados extensamente en el apartado 1.4.3. Del Capítulo 1 de esta Tesis

Doctoral. Esta teoría ha servido de base para la creación de la actividad *"Gente sin Complejos"* en la sesión dedicada a la inteligencia emocional y han padecido un recorte debido a la limitación del tiempo y a la excesiva complejidad de algunos de estos pensamientos correctores para la aplicación a muestras de personas mayores (ver ANEXOS).

La *"Ventana de Johari"*, de Luft e Ingham (1961), ha sido tratada en el apartado 2.3. del Capítulo 2 de esta Tesis Doctoral. Resulta muy útil para reflejar los aspectos ocultos para la persona de la imagen corporal cuando se angustia por la impresión que cree que los demás piensan sobre ella, y sirve de base teórica para las exposiciones del monitor sobre imagen corporal y de base técnica para las actividades de presentación en el inicio del programa y para la actividad *"La grilla de la autoestima"* (Ver ANEXOS).

La *Terapia Racional Emotiva* de Ellis (1962, 1975), también ha sido tratada en el apartado 2.3. del Capítulo 2 de esta Tesis Doctoral. En este modelo se refleja con claridad las trampas a las que somete el pensamiento humano a la persona y la necesidad de aplicación de la lógica y el pensamiento racional para su superación. Este tipo de terapia psicológica sirve de base para una exposición teórica del monitor (ver el apartado de este capítulo destinado a la descripción de las actividades) y de inspiración de la actividad denominada *"La Balanza"* (Ver ANEXOS).

Además de las cuestiones teóricas y metodológicas apuntadas, el programa debe tener un formato y estilo adecuado a la población de aplicación que favorezca la realización de las actividades representando el espíritu del programa. Este es el sentido de la utilización de elementos decorativos de las hojas y de la elección de un estilo de fuente grande y llamativo para el programa, ya que cumple los siguientes objetivos:

- Un tamaño de fuente grande facilita la lectura del material escrito por parte de los participantes con dificultades visuales.
- Un estilo llamativo e informal reducirá la reactancia experimental a la intervención psicológica por parte de los participantes y favorecerá la impresión en el grupo de entretenimiento y amenidad de las actividades del programa.
- La creación de un estilo propio del programa facilita la originalidad del proyecto y la implantación de un sello identificativo de las actividades del programa *"Imagina"*.



## 5.4. Estructura del programa

“*Imagina*” se desarrolla a partir de las cuestiones planteadas en los apartados anteriores con la siguiente estructura concreta:

- Ocho sesiones de aproximadamente una hora y media o dos horas de duración, con objetivos, contenido temático y actividades específicas para cada sesión.
- Duración de las sesiones y temporalización: Serán aproximadamente 16 horas totales de aplicación, es recomendable realizar una sesión semanal o quincenal del programa.
- Número variable de actividades por sesión debido a la diferencia temporal en la realización de las mismas.
- Evaluación de las actividades al finalizar cada sesión.
- Preferiblemente grupos de aplicación de 10 – 20 personas mayores de 50 años y sin ninguna condición negativa de salud incapacitante.
- Al menos un monitor por grupo para la impartición de las sesiones (este monitor debe estar previamente formado y conocer en profundidad la temática del programa. Ver Capítulo 6 de esta Tesis Doctoral en el apartado 6.6 destinado a los recursos humanos de la investigación).
- El programa consta de cinco documentos que son necesarios para impartir y comprender correctamente el programa. Cada documento tiene su utilidad y función específica y están interrelacionados entre sí. Los documentos son los siguientes: (ver ANEXOS de esta Tesis Doctoral):
  - Manual del Monitor: Dentro del manual del monitor están las instrucciones y las claves que debe seguir el monitor para impartir las actividades del programa correctamente.
  - Cuadernillo de Actividades: Se trata del documento de trabajo de los participantes. Se les entrega al inicio del programa y a través de él deben seguir las actividades que plantea el monitor.
  - Láminas de trabajo y vídeos: Se trata de material complementario para algunas actividades en las que no es suficiente con el cuadernillo de actividades. Se trata de fichas de trabajo en grupos, fichas complementarias y dos vídeos (“El reto de la Libertad (Acción Familiar 2002)” y “Cuerpos a la carta (RTVE 2006”).
  - Transparencias de Apoyo: Se trata de transparencias (aplicables también en formato .ppt de Microsoft Office PowerPoint) que refuerzan la información que proporciona el monitor a los participantes. Ayudan al discurso del monitor y a la comprensión de las ideas por parte de los alumnos.



- Material de Evaluación: Son cuestionarios para evaluar las actividades una vez finalizada cada sesión y una hoja de evaluación final incluida en el Cuadernillo de actividades al finalizar el programa. Sirven para que el monitor se asegure que el programa evoluciona según los objetivos planteados y que las actividades sirven para lo que se proponen.

A continuación se describe en profundidad los documentos que conforman el programa “*Imagina*” y se justifica la utilidad de su inclusión en el contenido del programa.

#### 5.4.1. Manual del monitor

Se hace imprescindible un *Manual del Monitor* para el programa “*Imagina*” ya que es necesario que el monitor sepa en todo momento que es lo que debe hacer y que es lo que se pretende con cada sesión y actividad. “*Imagina*” se trata de un programa preventivo corto en el que se presentan unas tareas a realizar por los participantes. Las actividades están dirigidas para que su realización provoque en los participantes un cambio relevante sobre la imagen corporal en el aspecto referido en los objetivos planteados. El monitor presentará las actividades tal y cómo se le muestran en el *Manual del Monitor* porque es la mejor forma de garantizar que se logran los objetivos que se plantean. Por otra parte, el *Manual del Monitor* recopila toda la información necesaria para el monitor para impartir el programa y solventar las dudas de los participantes. El *Manual del Monitor* consta de los siguientes contenidos (ver ANEXOS):

- Ficha del programa
- Cuestiones previas
- Objetivos del programa
- Estilos de trabajo en el programa
- Esquema de actividades
- La labor del monitor
- Análisis en profundidad de las sesiones

#### 5.4.2. Cuadernillo de actividades

El *Cuadernillo de Actividades* es el equivalente del *Manual del Monitor* para los participantes al programa. Ejerce de libro de texto para el programa ya que consta de todas las actividades del programa “*Imagina*” distribuidas por sesiones. La razón de que se distribuya en formato cuadernillo y no como actividades sueltas se debe a que la mayoría de las actividades de “*Imagina*” son sobre papel, lo que supone repartir las hojas de las actividades cinco o seis



veces por sesión, más las hojas de evaluación de las actividades y los tests y cuestionarios pre y post, esto supone demasiada pérdida de tiempo en el reparto, y se aumenta considerablemente la confusión entre los participantes. También se debe considerar que el reparto al inicio del programa de un cuadernillo a completar con la participación motiva al participante a completar el programa.

El *Cuadernillo de Actividades* está realizado con un estilo llamativo e informal para que provoque la expectativa de entretenimiento y diversión en los participantes que ayuda a combatir la mortalidad experimental y aumenta la motivación en el participante, lo que también colabora a reducir la amenaza de reactancia a la intervención experimental en el grupo. El Cuadernillo de actividades se complementa con un bolígrafo con el que escribir sobre él y cuenta con portada (con espacio para apuntar el nombre del participante). El *Cuadernillo de Actividades* sigue un orden temporal para distribuir las actividades, separadas por sesiones.

### 5.4.3. Láminas complementarias

Algunas de las actividades del programa “*Imagina*” requieren de *Láminas Complementarias* de trabajo extra para realizarse. Estas láminas suelen servir de referencia e inspiración para los alumnos y no se incluyen en el *Cuadernillo de Actividades* por los siguientes motivos: Porque su utilización es grupal y realizar una por alumno es un gasto excesivo para la investigación, y/o porque requieren de una impresión a color con gran definición y el gasto económico en la investigación no lo recomienda. En el caso de la actividad de “*Corazones*” el motivo es que se deben presentar recortadas a los alumnos y partidas por la mitad (consultar el *Manual del Monitor* para más información en los ANEXOS). Las actividades del programa “*Imagina*” que requieren de láminas complementarias son las siguientes:

- “*Corazones*” (Sesión 1. Actividad 1. )
- “*Arriba el telón*” (Sesión 6. Actividad 3.)
- “*Gente sin complejos*” (Sesión 6. Actividad 4.)

### 5.4.4. Transparencias de apoyo

Las Transparencias de Apoyo son de uso opcional del monitor y se pueden utilizar por dos motivos, para mejorar la claridad de las exposiciones del monitor a los participantes y para facilitar el recuerdo de los contenidos de la exposición teórica al monitor y evitar así olvidos inoportunos que afecten a los resultados obtenidos con ese grupo.

Se pueden presentar a los participantes en dos formatos, en transparencias con un proyector de transparencias, o en formato *.ppt* de Microsoft Office PowerPoint con un proyector RGB y un ordenador personal. Este segundo formato permite mayor riqueza en las

presentaciones aunque ambos son perfectamente válidos. El programa “*Imagina*” cuenta con *Transparencias de Apoyo* para todas las intervenciones del monitor en las que se deba realizar alguna aclaración a los participantes y su distribución es temporal según su momento de presentación al grupo, divididas por sesiones.

#### 5.4.5. Material auxiliar al programa “*Imagina*”

Se considera como *Material Auxiliar* del programa “*Imagina*” a aquel material no específicamente creado para este programa que sirve de complemento, como los vídeos utilizados o el test BSQ, o aquel material que aunque se ha creado específicamente para el programa “*Imagina*” no cumple una función específica dentro de los objetivos planteados con la aplicación del programa, sino con la evaluación de la funcionalidad científica del mismo, como los cuestionarios diseñados ad hoc en esta investigación.

##### Videos

Se utilizan dos vídeos en el programa “*Imagina*”. Sirven para proporcionar variabilidad a las actividades a realizar y mostrar algunas de las cuestiones que se plantean en el programa “*Imagina*” a través de ejemplos. Los vídeos que se presentan son:

- “*El reto de la Libertad*” Programa de Acción Familiar 2002. Se proyecta en la SESIÓN 3. Solamente se proyectan los primeros 15 minutos del vídeo, los que tienen que ver con la manipulación de la publicidad, ya que la segunda parte del vídeo está dedicada al tema de las drogas y no es relevante para el programa.
- “*Cuerpos a la Carta*” Documental de RTVE en 2006. Se proyecta en la SESIÓN 8. Solamente se proyectan los primeros 25 minutos del vídeo porque resulta suficiente para cumplir con el objetivo que se propone y para no alargar en exceso la duración de la sesión.

##### Otros

Se hace referencia a los tests y cuestionarios de evaluación del programa, estos cuestionarios se analizan en profundidad en el apartado 6.3.2. del Capítulo 6, dedicado a la recogida de datos. Los tests y cuestionarios tienen utilidad científica en la evaluación del programa “*Imagina*”, pero en una posterior aplicación del programa, cuando el programa esté ya validado, podrán ser prescindibles.



## 5.5. Estructura de las sesiones

La estructura de las sesiones en el programa está pensada para promover cambios cualitativos acumulables en los participantes que deriven en una mejora significativa de su imagen corporal al finalizar el programa. Cada sesión está diseñada para cumplir unos objetivos concretos y trata de abordar un tema distinto dentro del ámbito de la imagen corporal, aunque esta diferenciación no es estricta ya que en ocasiones algunas actividades precederán a otras para reforzar sus conclusiones o predisponer al grupo hacia la reflexión. Las sesiones comenzarán con una introducción al tema de la sesión y se presentará cada actividad antes de realizarse. Al finalizar cada sesión se realizará una evaluación de cada actividad realizada según el cuestionario diseñado ad hoc (ver ANEXOS). Los temas y los objetivos principales de las sesiones son los siguientes:

- **SESIÓN 1: Presentación del programa y de la temática a trabajar, y fomento de la cohesión grupal**

En esta sesión se desarrollarán actividades que pretenden introducir a los participantes al programa y a la temática de la Imagen Corporal. Por otra parte también se pretende que los participantes rompan el hielo e interaccionen positivamente entre sí, algo de capital importancia para las siguientes sesiones.
- **SESIÓN 2: La Imagen Corporal: Cómo me veo, cómo me siento**

El objetivo es que los participantes sepan que es la imagen corporal y exploren la suya propia rompiendo viejos esquemas negativos que podrían tener de sí mismos.
- **SESIÓN 3: Influencia de los medios de comunicación en los valores sociales que se fomentan en la sociedad**

Se pretende que los participantes tomen conciencia de la influencia que ejercen los medios de comunicación como promotores de valores sociales, para que puedan tener una actitud crítica hacia sus imposiciones.
- **SESIÓN 4: Mitos y falsas creencias asociadas a la belleza, la alimentación y la vejez**

El objetivo de esta sesión es informar sobre la realidad de muchos mitos y creencias sociales que pueden influir negativamente en la vida cotidiana de los participantes.
- **SESIÓN 5: La autoestima**

El objetivo es mejorar la autoestima de los participantes al programa. En esta sesión se refuerzan las actividades destinadas a este fin, que también es uno de los objetivos principales del programa.

- **SESIÓN 6: Inteligencia emocional**

Se pretende profundizar con los participantes en este tipo de inteligencia, que es la que más correlaciona con la satisfacción con la vida, y ayudarles a ser más inteligentes emocionalmente.
- **SESIÓN 7: Reajuste de expectativas y objetivos de vida**

Se busca que los participantes reenfoquen sus objetivos y expectativas sobre sí mismos para hacerlos más realistas con sus vidas cotidianas y consigan plantearse metas alcanzables.
- **SESIÓN 8: Conclusiones y evaluación final**

El objetivo es extraer conclusiones personales sobre el programa y tomar conciencia del aprendizaje cognitivo y emocional que se ha desarrollado y que nos servirá en nuestra vida cotidiana. Por otra parte, la evaluación tiene como objetivo reflexionar sobre el programa en sí mismo para mejorarlo y hacer feedback de la propia adecuación del responsable del programa.

las actividades están distribuidas según los objetivos planteados para cada sesión y siguiendo una distribución temporal según su duración, para no descompensar demasiado las distintas sesiones. Se sigue la siguiente estructura de presentación de las actividades por sesión para reflejar todos los pormenores de cada actividad:

1. Título de la sesión: Se refleja de qué sesión se trata, el orden en el que se imparte y el tema al que se dedica la sesión.
2. Introducción a la sesión: Justificación de la sesión y cuestiones de interés.
3. Objetivos de la sesión: Que se pretende conseguir en los participantes con esta sesión.
4. Duración de la sesión: Tiempo aproximado de duración de la sesión.
5. Material necesario: Se especifica el material que se va a utilizar en la sesión.
6. Nº de actividades: De cuantas actividades consta la sesión para lograr los objetivos planteados.
7. Descripción de las actividades:
  - a. Justificación: Justificación de la actividad y cuestiones de interés
  - b. Duración: Duración aproximada de la actividad.
  - c. Material necesario: Se especifica el material que se va a utilizar en la actividad.



## 5.6. Descripción de las actividades

Para no repetir excesivamente el material presentado en esta Tesis Doctoral se obviará el procedimiento de aplicación de cada actividad que debe consultarse para su perfecta comprensión en los ANEXOS de esta Tesis Doctoral, en la parte correspondiente al *Manual del Monitor*. Es recomendable para la perfecta comprensión de cada actividad la revisión de todo el material necesario para su impartición presente en los ANEXOS correspondientes al programa “*Imagina*”, tanto el Cuadernillo de Actividades, como las Láminas Complementarias, las Transparencias de Apoyo y el Material Auxiliar. La descripción de las actividades se realiza siguiendo un orden temporal de aplicación en el programa agrupándolas por sesiones. Las actividades de la misma sesión tienen unos objetivos comunes aunque varíen en la forma de obtenerlos.

### **“1ª SESIÓN”**

1. **Título:** SESIÓN I: Presentación del programa y de la temática a trabajar, y fomento de la cohesión grupal.
2. **Introducción a la sesión:** Un buen inicio del programa en el grupo resuelve muchos de los problemas que se podrían ocasionar en el programa y que podrían afectar a la investigación como la mortalidad experimental, la reactancia experimental, o la baja motivación de los participantes. Por estos motivos conviene comenzar con actividades con un carácter marcadamente lúdico que reduzcan la tensión, faciliten la interacción positiva y motiven a la participación activa de todos los participantes. Éste es el objetivo principal de las actividades de presentación y la razón por la cual su diseño es tan benévolo. Por otra parte, la primera sesión es el momento de clarificar todas las dudas que presenten los participantes sobre el proyecto en el que participan y frenar así confusiones que podrían derivar en posibles conflictos en sesiones posteriores y en la manipulación de los resultados de la investigación. Por último, haciendo una equivalencia de la primera sesión del programa y la primera sesión de un programa de intervención terapéutico, conviene que los participantes terminen la sesión con la impresión subjetiva de que el programa les ha aportado algo, no sólo anímicamente, sino también en información relacionada con la imagen corporal, y perciban un cambio en sí mismos debido a la participación en el programa. Esto se conseguirá finalizando con la primera actividad que trate el tema de la imagen corporal, ofreciendo información real relativamente novedosa para los participantes.
3. **Objetivos de la sesión:**
  - Introducir a los participantes en el programa: Horario, monitor, objetivos, estilo de trabajo, etc.

- Fomentar la interacción social entre los participantes, siendo ésta amena y positiva.
- Fomentar la cohesión grupal entre los participantes.
- Motivar a los participantes a continuar en el programa hasta su término.
- Facilitar la participación activa en el programa de todos los miembros del grupo.
- Introducir a los participantes en la temática del programa y fomentar el interés en la profundización en los temas relacionados con la IC.

4. **Duración de la sesión:** 115 minutos aproximadamente

5. **Material necesario:**

- Sesión I del Cuadernillo de actividades
- Cartulinas recortables (una por cada dos participantes)
- Transparencias de la Sesión I
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

6. **Nº de actividades:** 6 + evaluación de actividades

7. **Descripción de las actividades**

**Actividad 1. Presentación del programa, del material de trabajo y del monitor**

- a. Justificación: Se debe ofrecer a los participantes del programa información sobre lo que es el programa, el tipo de actividades que van a realizar y sobre todas las cuestiones importantes de inicio. También es necesario presentar unas sencillas normas de actuación en el programa que eviten conflictos y favorezcan la participación de todos los participantes.
- b. Duración: 10 minutos.
- c. Material necesario:
  - No es necesario ningún material

**Actividad 2. Mi media naranja**

- a. Justificación: Se trata de la primera actividad del programa, por lo que debe incitar a la participación activa de los participantes y fomentar el interés en el desarrollo del programa al completo además del objetivo principal de su diseño, que es el de realizar la primera presentación de los participantes y



favorecer la ruptura de las tensiones iniciales. El hecho de obligar a moverse a los participantes para encontrar la otra mitad de su corazón impide desde el primer momento del programa que ningún participante desarrolle el rol de espectador u oyente a lo largo de las sesiones.

- b. Duración: 20 minutos
- c. Material necesario:
  - Lámina de la actividad usada para fotocopiar sobre cartulinas.
  - Cartulinas en forma de corazón previamente recortadas por el monitor y partidas a la mitad de forma diferente, una mitad por participante.

Actividad 3. ¿Qué hace una chica como tú en un lugar como éste?

- a. Justificación: Desde esta actividad se continúa la tendencia iniciada en la actividad anterior favoreciendo el movimiento de los participantes alrededor de la sala de aplicación del programa y añadiendo la petición de la interacción verbal entre los participantes para completar las cuestiones demandadas. Estas situaciones facilitan la ruptura de tabúes previos que intimiden a los participantes a interactuar verbalmente entre ellos, además de aumentar el conocimiento informal.
- b. Duración: 20 minutos.
- c. Material necesario:
  - Página 2 del cuadernillo de actividades.

Actividad 4. Mi otro yo sería...

- a. Justificación: Esta es la última actividad de presentación y está diseñada para favorecer un primer acercamiento a la personalidad de los participantes. A través de la identificación con los animales los participantes mostrarán aspectos claves de su carácter a los demás miembros del grupo. Esta actividad tiene la virtud de ser compleja y profunda teóricamente y presentarse de una forma amena y sencilla que reduce considerablemente la reactancia y la tendencia a “aparentar” por parte de los participantes, cuando se les indaga sobre su forma de ser.
- b. Duración: 30 minutos
- c. Material necesario:
  - Página 3 del cuadernillo de actividades.



- Transparencias de la actividad.

#### Actividad 5. En línea

- a. Justificación: Se trata de la primera actividad sobre la temática del programa y tiene la importantísima función de lograr que los participantes sientan que el programa les ha aportado algo que no sabían y que les será útil en su vida cotidiana. Se ha elegido cómo tema a desarrollar el consumo de productos “light” porque la mayoría de la población desconoce el funcionamiento psicológico que conllevan para la mayoría de los compradores y los resultados paradójicos que se dan con su consumo, a pesar de ser un éxito de ventas y estar tan popularizados.
- b. Duración: 15 minutos.
- c. Material necesario:
  - Páginas 4 y 5 del cuadernillo de actividades.

#### Actividad 6. La Verdad

- a. Justificación: Esta actividad sirve de coronación a la actividad anterior. Una vez que los participantes están abiertos al engaño de los productos destinados al adelgazamiento es el momento de revelarles aquellas cuestiones o efectos secundarios de algunos de los productos que encuentran en el mercado destinados al adelgazamiento a través de la exposición del monitor del grupo ya que estarán más sensibilizados con la cuestión.
- b. Duración: 15 minutos.
- c. Material necesario:
  - Página 5 del cuadernillo de actividades.
  - Transparencias de la actividad.

#### Evaluación de las actividades de la primera sesión

- a. Justificación: La evaluación de las actividades se realiza siempre al finalizar la sesión correspondiente aclarando los objetivos de cada actividad si fuera necesario. Es una forma adecuada de que el monitor reciba un feedback importante sobre el funcionamiento del programa en el grupo.
- b. Duración: 5 minutos.



- c. Material necesario:
- Hojas de evaluación de la sesión.

## **"2ª SESIÓN"**

1. **Título:** SESIÓN II: Imagen Corporal: Cómo me veo, cómo me siento.
2. **Introducción a la sesión:** En esta segunda sesión se debe abordar la base teórica que los participantes al programa deben conocer necesariamente para realizar el programa adecuadamente y no generar en ellos confusión. La información que deben conocer es la relativa a la definición y funcionamiento de la imagen corporal en las personas maduras y mayores, y como la participación en el programa puede ayudarles a mejorarla. No solamente esta sesión debe informar, sino que además las actividades que se desarrollen deben dejar un poso claro sobre la imagen corporal de los participantes que generen en ellos la firme creencia de que el programa cumple con los objetivos que se propone.
3. **Objetivos de la sesión:**
  - Proporcionar información verídica y útil sobre la imagen corporal.
  - Reconocer y modificar la imagen corporal negativa de los participantes.
  - Combatir complejos relacionados con algunas partes del cuerpo.
  - Desconformar las teorías catastrofistas sobre el aspecto de los participantes.
  - Apreciar diferencias entre la imagen corporal percibida por uno mismo y por los demás.
  - Proporcionar información sobre ideales sociales de belleza de hombres y mujeres y cómo nos afectan.
4. **Duración de la sesión:** 105 minutos
5. **Material necesario:**
  - Sesión II del Cuadernillo de actividades
  - Transparencias de la Sesión II
  - Material de evaluación de actividades de la sesión.
6. **Nº de actividades:** 3 + evaluación de actividades
7. **Descripción de las actividades**

Actividad 1. Escala de satisfacción con zonas corporales

- a. Justificación: Esta actividad aborda la dimensión perceptiva de la imagen corporal y la dimensión emocional a la hora de puntuar las partes corporales. La comparación con las impresiones de los demás miembros del grupo debe generar la reflexión en los participantes de que sus impresiones sobre lo que los demás piensan de su cuerpo pueden no ser tan acertadas como ellos creían y les predispone a aceptar más fácilmente los contenidos que el monitor expone en la actividad 3 de esta sesión. Con esta actividad se debilitan los complejos corporales más absurdos y se mejorará la satisfacción corporal al romper con antiguos prejuicios que se han mantenido desde mucho tiempo antes a la participación en el programa.
- b. Duración: 40 minutos.
- c. Material necesario:
  - Páginas 6 y 7 del cuadernillo de actividades.

Actividad 2. Siluetas

- a. Justificación: Desde esta actividad se aborda la impresión corporal global, es decir la estimación del tamaño corporal que tan frecuentemente se distorsiona entre las personas que tienen una imagen corporal deficiente. La finalidad de esta actividad es mostrar a los participantes cómo sus propias valoraciones que consideran objetivas están llenas de prejuicios que hacen que no interpreten correctamente lo que ven en su cuerpo. Si con la actividad anterior se abordaba la distorsión local de algunas partes corporales ligadas a emociones negativas, en esta actividad se aborda la distorsión global en relación al propio cuerpo.
- b. Duración: 40 minutos.
- c. Material necesario:
  - Páginas 7 y 8 del cuadernillo de actividades.

Actividad 3. EXPOSICIÓN TEÓRICA: La Imagen Corporal

- a. Justificación: Esta exposición teórica del monitor debe explicar las incorrecciones perceptivas y las falsas interpretaciones de la opinión de los demás respecto al cuerpo propio que han sido evidentes en las actividades de esta sesión. La información que se proporciona en esta exposición del monitor



será utilizada en varias ocasiones a lo largo del programa.

- b. Duración: 20 minutos.
- c. Material necesario:
  - Transparencias de la actividad.

#### Evaluación de las actividades de la segunda sesión

- a. Justificación: La evaluación de las actividades se realiza siempre al finalizar la sesión correspondiente aclarando los objetivos de cada actividad si fuera necesario. Es una forma adecuada de que el monitor reciba un feedback importante sobre el funcionamiento del programa en el grupo.
- b. Duración: 5 minutos.
- c. Material necesario:
  - Hojas de evaluación de la sesión.

#### "3ª SESIÓN"

1. **Título:** SESIÓN III: Influencia de los medios de comunicación en los valores sociales que se fomentan en la sociedad.
2. **Introducción a la sesión:** Los medios de comunicación basados en la imagen ejercen una influencia decisiva sobre la adopción de unos valores estéticos en relación con la apariencia física en nuestra sociedad. Estos medios transmiten una imagen física ideal bajo la que la sociedad debe basarse, sin considerar ningún tipo de condicionante como la edad, la procedencia, o las circunstancias sociales. No se puede pretender mejorar la imagen corporal de un colectivo a través de un programa preventivo, sin proveer a los participantes de recursos para afrontar la presión social a la que se ven sometidos en su vida cotidiana, y en especial a las presiones que ejercen los valores estéticos promovidos desde medios de comunicación como la TV. Esta sesión se dedica a descubrir los auténticos objetivos de la publicidad, la moda, o la TV, fomentar una visión crítica en los participantes al programa e iniciar el aprendizaje de los primeros recursos de afrontamiento hacia estas presiones.
3. **Objetivos de la sesión:**
  - Mostrar la manipulación de la realidad que utiliza la publicidad y los medios de comunicación para lograr sus objetivos.
  - Fomentar la visión crítica de los participantes a su entorno, que no se

conviertan en “esponjas” de lo que les rodea.

- Conocer la influencia ejercida sobre la sociedad por patrones de belleza artificiales.
- Conseguir que los participantes tomen cierta distancia hacia las exigencias de los patrones ideales de belleza de la sociedad.

4. **Duración de la sesión:** 110 minutos

5. **Material necesario:**

- Sesión III del Cuadernillo de actividades
- Transparencias de la Sesión III
- Vídeo: “El reto de la Libertad” 15 primeros minutos.
- Anuncios de revistas recortados previamente por su interés para la actividad “El código oculto”
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

6. **Nº de actividades:** 5 + evaluación de actividades

7. **Descripción de las actividades**

**Actividad 1. Vídeo: El Reto de la Libertad**

- a. Justificación: Este vídeo muestra de forma clara la manipulación de la que hace gala la publicidad con el único objetivo de vender el producto. Se aprecia cómo detrás de la imagen de perfección que muestra la publicidad no se encuentra la verdad sino el engaño en el que nada es lo que parece. Gracias a la visualización de este vídeo se provocará la duda sobre los anuncios de TV o la propia TV en sí misma fomentando una actitud crítica en los participantes al programa hacia la información que le transmite este medio. Fomentar la actitud crítica en los participantes es importante porque la mayoría de los problemas asociados a una imagen corporal deficiente tienen en común el seguimiento de unos valores e ideales estéticos sin la mínima reflexión sobre la adecuación o la actitud crítica hacia ellos.
- b. Duración: 30 minutos
- c. Material necesario:
  - Vídeo: “El reto de la Libertad” 15 primeros minutos.
  - Página 9 del Cuadernillo de actividades.



Actividad 3. EXPOSICIÓN TEÓRICA: Medios de Comunicación y publicidad

- a. Justificación: Esta exposición teórica parte de la desarrollada con anterioridad para completar la información sobre los medios de comunicación la publicidad y el mundo de la moda. Esta exposición debe ser participativa y enriquecerse con las experiencias de los participantes con el objetivo de que los participantes puedan al fin “quitarse la venda” sobre las intenciones y los medios utilizados por la publicidad, la TV o la moda.
- b. Duración: 15 minutos
- c. Material necesario:
  - Transparencias de la actividad.

Actividad 4. Se vende...

- a. Justificación: En esta actividad se enseña y se practica a ser crítico con la publicidad y los medios de comunicación. En las actividades anteriores se ha mostrado la manipulación de los medios de comunicación y la necesidad de tomar una actitud crítica ante ellos, ahora se trata de desarrollar y practicar esa actitud crítica con los ejemplos que se exponen y que son habituales en nuestra sociedad, esto facilita que los participantes puedan aprovechar lo aprendido en esta sesión en su vida cotidiana.
- b. Duración: 30 minutos
- c. Material necesario:
  - Páginas 10 y 11 del cuadernillo de actividades.

Actividad 5. El Código oculto

- a. Justificación: Esta actividad complementa a la actividad anterior mejorando la rapidez de los participantes en desarrollar la visión crítica sobre los anuncios presentados y valorando la mejora en la ejecución grupal.
- b. Duración: 15 minutos
- c. Material necesario:
  - Anuncios de revistas previamente recortados por el monitor por su interés en la actividad.

Evaluación de las actividades de la tercera sesión

- a. Justificación: La evaluación de las actividades se realiza siempre al finalizar la sesión correspondiente aclarando los objetivos de cada actividad si fuera necesario. Es una forma adecuada de que el monitor reciba un feedback importante sobre el funcionamiento del programa en el grupo.
- b. Duración: 5 minutos.
- c. Material necesario:
  - Hojas de evaluación de la sesión.

**“4ª SESION”**

1. **Título:** SESIÓN IV: Mitos y falsas creencias asociadas a la belleza, la alimentación y la vejez.
2. **Introducción a la sesión:** El tema de la alimentación está muy ligado a la imagen corporal, no solamente en la adolescencia, donde es más evidente, sino también a otras edades como en la madurez y la vejez. Las personas maduras y mayores suelen culpar a su alimentación del deterioro de su aspecto físico y achacan a su “baja voluntad” el aumento de peso y la imposibilidad de seguir una dieta alimenticia estricta, que en raras ocasiones está recomendada por un dietista. La realidad del deterioro del aspecto físico y del aumento de peso suele estar más relacionada con el cambio del metabolismo debido a la edad y por hábitos sedentarios, que por la alimentación. La falta de información específica sobre la alimentación provoca que circulen por la sociedad multitud de mitos sobre la alimentación, los cuales la mayoría de ellos son infundados e incluso poco saludables. Proporcionar información real y útil sobre la alimentación desterrará mitos desaconsejables, favorecerá una dieta alimenticia sana y favorecerá una mayor comprensión de su cuerpo en los participantes que tiene su reflejo positivo sobre la imagen corporal. El formato de presentación de esta información es el de “concurso con premios” porque favorece el *insight* en el aprendizaje de los participantes al contrastar con su opinión personal del mito, resulta ameno y otorga mayor dinamismo al programa “*Imagina*”. Otra ventaja de este formato de presentación de información es que permite tratar a continuación otros mitos populares relacionados con la belleza y la vejez para desterrar completamente los mayores falsos mitos que afectan a la imagen corporal.
3. **Objetivos de la sesión:**
  - Proporcionar información verídica sobre lo que significa la madurez y la alimentación.



- Desterrar los mitos negativos asociados que hacen que la madurez sea temida y una vez identificada en uno mismo que sea vivida de forma exclusivamente negativa.
- Desterrar mitos que asocian la delgadez a la belleza a todas las edades.
- Contrastar opiniones sobre la belleza en la madurez para relativizar su importancia.

**4. Duración de la sesión:** 105 minutos

**5. Material necesario:**

- Sesión IV del Cuadernillo de actividades.
- Transparencias de la Sesión IV.
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

**6. Nº de actividades:** 3 + evaluación de actividades

**7. Descripción de las actividades**

**Actividad 1. Mitos de la alimentación**

- a. Justificación: Se abordan algunos de los más populares mitos de la alimentación en formato de concurso por grupos para favorecer la participación activa de todos los participantes al programa.
- b. Duración: 30-40 minutos
- c. Material necesario:
  - Página 12 del cuadernillo de actividades.
  - Transparencias de la actividad.
  - Pequeños regalos para los ganadores de la actividad (OPCIONAL).

**Actividad 2. Mitos sobre la madurez**

- a. Justificación: Aprovechando el tirón de la competición y la obtención de premios se aborda un nuevo concurso en el que la única diferencia es el origen de los mitos, ya que éstos abordan la madurez y la vejez en su temática.
- b. Duración: 30 minutos
- c. Material necesario:
  - Páginas 12 y 13 del cuadernillo de actividades.



- Transparencias de la actividad.
- Pequeños regalos para los ganadores de la actividad (OPCIONAL).

Actividad 3. DEBATE: “Mitos de la belleza. El Micrófono mágico”

- a. Justificación: Con el fin de no repetir por tercera vez el mismo formato y añadir dinamismo y participación activa, se abordan los mitos sobre la belleza en formato debate. El debate enfrentará posturas y forzará reflexiones en los participantes sobre la relatividad y dualidad de todas las cuestiones relacionadas con la belleza física.
- b. Duración: 25 minutos
- c. Material necesario:
  - Página 13 del cuadernillo de actividades.

Evaluación de las actividades de la cuarta sesión

- a. Justificación: La evaluación de las actividades se realiza siempre al finalizar la sesión correspondiente aclarando los objetivos de cada actividad si fuera necesario. Es una forma adecuada de que el monitor reciba un feedback importante sobre el funcionamiento del programa en el grupo.
- b. Duración: 5 minutos.
- c. Material necesario:
  - Hojas de evaluación de la sesión.

**“5ª SESIÓN”**

1. **Título:** SESIÓN V: La autoestima.
2. **Introducción a la sesión:** Según los estudios científicos de actualidad sobre autoestima e imagen corporal, aproximadamente un tercio de la autoestima está íntimamente relacionada con la imagen corporal. Esta relación se da en ambos sentidos ya que una buena autoestima influye decisivamente sobre el mantenimiento de una imagen corporal positiva y viceversa. Mejorar la imagen corporal debe ir unido a una mejora de la autoestima y el autoconcepto para que esa mejora sea significativa y estable ante las posibles adversidades que los participantes se puedan encontrar en sus vidas cotidianas, por lo que dedicar en exclusiva toda una sesión a la mejora de la autoestima está perfectamente



justificado. La forma más efectiva y sencilla de mejorar la autoestima en un grupo es fomentando la intimidad y la interacción positiva entre sus miembros, ya que aumenta los sentimientos de valía personal y mejora la imagen de uno mismo al provocar la sensación de sentirse aceptado y valorado positivamente en un grupo que se valora como importante. No obstante, se debe apuntar que la mayor parte del programa “*Imagina*” en sí influye positivamente sobre la autoestima, más allá de los contenidos incluidos en esta sesión.

**3. Objetivos de la sesión:**

- Proporcionar información sobre lo que es la autoestima, su importancia y cómo se puede mejorar.
- Aumentar la autoestima de los participantes.
- Fomentar la interacción positiva entre los participantes.
- Conseguir que los participantes tomen conciencia de las cualidades positivas que atesoran.
- Fomentar la confianza en el grupo de los participantes.
- Fomentar la sensación en los participantes de que ejercemos control sobre nuestros problemas, ya que ejerce una gran influencia la interpretación que hagamos de ellos.

**4. Duración de la sesión: 110 minutos**

**5. Material necesario:**

- Sesión V del Cuadernillo de actividades.
- Transparencias de la Sesión V.
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

**6. Nº de actividades: 4 + evaluación de actividades**

**7. Descripción de las actividades**

**Actividad 1. Las dos caras de la moneda**

- a. Justificación: Esta actividad está destinada a provocar una apertura emocional de los participantes ante el grupo y la respuesta positiva del grupo hacia esta apertura, para que cada participante pierda el miedo a la implicación emocional y al rechazo social en el grupo. Por este motivo es muy importante la participación del monitor como moderador de la actividad ya que debe favorecer las respuestas positivas de aceptación y comprensión de los participantes entre sí y mantener un clima de buen humor y distensión en el

grupo. Esta actividad generará el clima necesario para afrontar con éxito las demás actividades de esta sesión.

- b. Duración: 15 minutos
- c. Material necesario:
  - Página 13 del cuadernillo de actividades.

### Actividad 2. Subirse a la parra

- a. Justificación: A través de esta actividad se provoca una sensación de deuda emocional positiva colectiva entre los miembros del grupo gracias al comentarse entre sí aquellas cosas que les gustan, aprecian o envidian de sus compañeros de grupo. Se coloca a cada participante ante un escenario temido de fuerte evaluación social del que salen completamente airosos y reforzados, sintiendo una importante subida de la adrenalina y una sensación de triunfo considerablemente grande. Esta sensación provocada por la actividad, rara vez es sentida por cualquier persona en su vida cotidiana por lo que suelen valorar la experiencia como altamente gratificante y positiva dejando un poso para el futuro muy difícil de borrar.
- b. Duración: 45 minutos
- c. Material necesario:
  - Página 14 del cuadernillo de actividades.

### Actividad 3. Grilla de autoestima

- a. Justificación: Esta actividad supone una profundización en la valoración social positiva del grupo hacia cada participante e incluye una pequeña consideración negativa en forma de crítica positiva como “algo a mejorar” por la persona. El clima del grupo es totalmente favorable hacia esta actividad debido a los resultados cosechados en la actividad anterior. Al mejorar el conocimiento sobre sí mismo en lo que se conoce como el “*área oculta*” para la persona de lo que opinan los demás de ella desde la teoría de de la *Ventana de Johari* de Luft e Ingham (1961). Se favorece que un autoconcepto personal más realista y libre de interpretaciones catastrofistas por lo que el beneficio provocado sobre la autoestima será más estable y resistente al estar fundamentado en un mejor conocimiento de uno mismo.
- b. Duración: 50-60 minutos
- c. Material necesario:



- Página 15 del cuadernillo de actividades.

#### Actividad 4. EXPOSICIÓN TEÓRICA: “Querernos más”

- a. Justificación: A través de esta actividad el monitor fundamenta las actividades realizadas en esta sesión. Mostrar los fundamentos de la autoestima ayudará a que los participantes no sientan la sensación de ser manipulados emocionalmente en el programa para que mantengan la sensación de autenticidad de las emociones vividas.
- b. Duración: 15 minutos
- c. Material necesario:
  - Transparencias de la actividad.

#### Evaluación de las actividades de la quinta sesión

- a. Justificación: La evaluación de las actividades se realiza siempre al finalizar la sesión correspondiente aclarando los objetivos de cada actividad si fuera necesario. Es una forma adecuada de que el monitor reciba un feedback importante sobre el funcionamiento del programa en el grupo.
- b. Duración: 5 minutos.
- c. Material necesario:
  - Hojas de evaluación de la sesión.

#### “6ª SESIÓN”

1. **Título:** SESIÓN VI: Inteligencia Emocional.
2. **Introducción a la sesión:** La dimensión emocional de la imagen corporal es la que influye más directamente sobre la satisfacción o insatisfacción corporal de una persona. Un factor de gran importancia para mejorar la satisfacción corporal es el desarrollo de la inteligencia emocional, imprescindible a la hora de mejorar el manejo e interpretación emocional propia o de los demás. El entrenamiento en inteligencia emocional contribuirá de forma decisiva en el control de pensamientos y emociones, aunque el tiempo de dedicación en el programa está lejos de ser el óptimo para tal objetivo. No obstante, lo que se pretende con esta sesión es ofrecer las nociones básicas de inteligencia emocional y promover el autoentrenamiento entre los participantes al programa.

**3. Objetivos de la sesión:**

- Mostrar información relevante sobre la inteligencia emocional.
- Introducir a los participantes en el entrenamiento adecuado para mejorar su inteligencia emocional.
- Mejorar la regulación y el manejo emocional de los participantes.
- Desterrar creencias utópicas sobre el amor y otras emociones en los participantes.
- Desarrollar habilidades y recursos para afrontar situaciones de alto estrés emocional.

**4. Duración de la sesión: 105 minutos**

**5. Material necesario:**

- Sesión VI del Cuadernillo de actividades.
- Transparencias de la Sesión VI.
- Láminas de la actividad “Arriba el telón”.
- Láminas de la actividad “Gente sin Complejos”.
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

**6. Nº de actividades: 4 + evaluación de actividades**

**7. Descripción de las actividades**

Actividad 1. Metáfora del amor

- a. Justificación: Esta actividad pretende crear un clima propicio para la exposición teórica del monitor sobre la inteligencia emocional, provocando la reflexión sobre la importancia de las expectativas previas de las emociones sobre la interpretación de los sucesos en la vida cotidiana. La idea de amor es un gran tema para conseguir este objetivo de forma sencilla ya que es fácil averiguar qué idea de amor tiene una persona, pero rara vez ésta se da cuenta de cómo esta idea sobre el amor le está influyendo. Las metáforas propuestas por el monitor y los ejemplos para explicarlas son un instrumento útil para provocar la reflexión de los participantes independientemente de su veracidad y ajuste teórico.
- b. Duración: 15 minutos
- c. Material necesario:
  - Página 16 del cuadernillo de actividades.



- Transparencias de la actividad.

Actividad 2. Exposición Teórica: La Inteligencia Emocional

- a. Justificación: Se exponen de una forma básica pero completa las nociones básicas de la inteligencia emocional para provocar la reflexión y el debate posterior. La idea es proporcionar toda la información necesaria para que los participantes desarrollen su inteligencia emocional a través del entrenamiento en su vida cotidiana y provocar un cambio de actitud que perdure en el tiempo.
- b. Duración: 15 minutos
- c. Material necesario:
  - Transparencias de la actividad.

Actividad 3. Arriba el telón

- a. Justificación: En esta actividad se practica la inteligencia emocional a través de las habilidades sociales y la asertividad. El monitor debe ayudar a los grupos para desarrollar representaciones lo más fieles posibles a una situación real con respuestas auténticas y realistas ante la situación. Esta práctica debe resolver las dudas de los participantes ante la aplicación práctica del cambio de actitud que han desarrollado.
- b. Duración: 50 minutos
- c. Material necesario:
  - Página 16 del cuadernillo de actividades
  - Laminas de la actividad (1 por grupo)

Actividad 4. Gente sin complejos

- a. Justificación: Esta actividad está inspirada en los *Dirty Dozen* de Cash, convenientemente reducidos y adaptados a la población a la que se aplica. Los participantes se verán reflejados en las situaciones propuestas y apreciarán cómo una debida reflexión racional soluciona la mayoría de estas confusiones de pensamiento típicas de una imagen corporal negativa.
- b. Duración: 20-30 minutos

- c. Material necesario:
- Página 17 del cuadernillo de actividades
  - Laminas de la actividad (1 por grupo)

Evaluación de las actividades de la sexta sesión

- a. Justificación: La evaluación de las actividades se realiza siempre al finalizar la sesión correspondiente aclarando los objetivos de cada actividad si fuera necesario. Es una forma adecuada de que el monitor reciba un feedback importante sobre el funcionamiento del programa en el grupo.
- b. Duración: 5 minutos.
- c. Material necesario:
- Hojas de evaluación de la sesión.

**"7ª SESION"**

1. **Título:** SESIÓN VII: Reajuste de expectativas y objetivos de vida.
2. **Introducción a la sesión:** Esta sesión está diseñada para que los participantes se concienten de que la mejora que quieren en sus vidas parte de ellos mismos, de cómo plantean sus metas y sus expectativas, y cómo manejan sus emociones o son manejados por ellas. Además de concienciarse. los participantes deben tomar decisiones razonadas que provoquen mejoras en su vida cotidiana y desarrollar aquellos valores que consideran importantes y que quieren fomentar en sus vidas. Este reenfoque es necesario desarrollarlo en esta sesión porque los participantes ya tienen una idea clara de aquellos errores de pensamiento, emociones o conducta que solían cometer y están dispuestos a solucionarlo. Es importante insistir en que el cambio no es para darlo en el programa sino en sus hogares y en sus vidas.
3. **Objetivos de la sesión:**
  - Tomar conciencia de las influencias explícitas e implícitas que nos afectan a la hora de tomar decisiones.
  - Percibir las ventajas de tomar decisiones razonadas y no dejarnos llevar por las emociones.
  - Desarrollar expectativas y objetivos cotidianos realistas.
  - Romper con las autoexigencias irracionales que nos afectan



cotidianamente.

- Crear una escala de valores en nuestra vida que le dé más valor a aquellas cosas más importantes.

**4. Duración de la sesión:** 105 minutos

**5. Material necesario:**

- Sesión VII del Cuadernillo de actividades.
- Transparencias de la Sesión VII.
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

**6. Nº de actividades:** 5 + evaluación de actividades

**7. Descripción de las actividades**

*Actividad 1. La sopa de los por qué*

- a. Justificación: Los participantes pueden identificarse en algunas de las conductas que muestra esta actividad en algún momento de sus vidas, pero ahora verán con mayor claridad los motivos implícitos en sus conductas y actitudes y serán capaces de aventurar posibles soluciones que serán proyecciones de sus propias soluciones cotidianas a partir de la conclusión de este programa.
- b. Duración: 15 minutos
- c. Material necesario:
  - Página 18 del cuadernillo de actividades.

*Actividad 2. La Lavadora*

- a. Justificación: A través de esta actividad los participantes pueden apreciar con claridad como el nivel de exigencia que tienen sobre las personas de su edad es bastante inferior respecto al que se proponen para ellos mismos, evidenciando así la irracionalidad de sus razonamientos y la inadecuación de sus expectativas para sí mismos. Con la resolución de esta actividad, junto con la anterior, los participantes estarán preparados para abordar la profunda reflexión sobre sus vidas que se propone en la próxima actividad.
- b. Duración: 25 minutos
- c. Material necesario:



- Página 19 del cuadernillo de actividades.

Actividad 3. La Balanza (1ª PARTE)

- a. Justificación: La primera parte de esta actividad se destina a realizar dos escalas que ayudan a que los participantes diferencien entre los valores y cuestiones que consideran importantes en sus vidas y todas aquellas cosas cotidianas que suelen afectar a su estado de ánimo y que les preocupan día a día, para que sean ellos mismos los que aprecien las posibles incongruencias en sus vidas.
- b. Duración: 20 minutos
- c. Material necesario:
  - Páginas 20 y 21 del cuadernillo de actividades.

Actividad 4. EXPOSICIÓN TEÓRICA: Modelo cognitivo de Ellis

- a. Justificación: El modelo teórico de Ellis fundamenta la importancia de modificar las creencias inapropiadas en las vidas de los participantes e inspirará posibles formas de cambio futuro, información fundamental para finalizar la actividad de “La Balanza”.
- b. Duración: 15 minutos
- c. Material necesario:
  - Transparencias de la actividad.

Actividad 3. La Balanza (2ª PARTE Y FINAL)

- a. Justificación: Esta actividad simboliza el punto álgido del programa ya que se pretende operativizar los principales cambios en las vidas cotidianas de los participantes fruto de su participación en el programa. El monitor tiene en esta actividad un importante papel de focalizador de los cambios y quejas que manifiesten los participantes. Se debe tener en cuenta que los modelos simples y claros serán más fáciles de cumplir, por lo que el monitor debe incitar hacia la sencillez y facilidad de cumplimiento de los modelos que desarrollen los participantes por encima de los objetivos más idealistas y utópicos.
- b. Duración: 25 minutos



- c. Material necesario:
  - Página 21 del cuadernillo de actividades.

*Evaluación de las actividades de la séptima sesión*

- a. Introducción: La evaluación de las actividades se realiza siempre al finalizar la sesión correspondiente aclarando los objetivos de cada actividad si fuera necesario. Es una forma adecuada de que el monitor reciba un feedback importante sobre el funcionamiento del programa en el grupo.
- b. Duración: 5 minutos.
- c. Material necesario:
  - Hojas de evaluación de la sesión.

**"8ª SESION"**

1. **Título:** SESIÓN VIII: Conclusiones y evaluación final.
2. **Introducción a la sesión:** Esta última sesión del programa debe facilitar la elaboración de conclusiones por parte de los participantes y debe servir para que aprecien el cambio producido por su participación. Por estos motivos se realizan actividades donde los participantes hacen gala de los recursos desarrollados en el programa para que sean conscientes de su progreso. Se termina evaluando el programa y debatiendo sus posibles mejoras para sucesivas aplicaciones.
3. **Objetivos de la sesión:**
  - Apreciar algunos de los problemas relacionados con una IC negativa, como pueden ser: Baja autoestima, depresión, deficiente toma de decisiones, etc.
  - Percibir el riesgo real de modificar nuestro cuerpo de forma artificial a través de la cirugía estética.
  - Tomar conciencia del cambio producido debido a la participación en este programa.
  - Extraer conclusiones sobre la utilidad de este programa para el fin al que se creó.
  - Participar en la mejora de este programa para sucesivos grupos.
4. **Duración de la sesión:** 105 minutos

**5. Material necesario:**

- Sesión VIII del Cuadernillo de actividades.
- Vídeo “Cuerpos a la carta” de RTVE.
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

**6. Nº de actividades: 4 + evaluación de actividades y evaluación final**

**7. Descripción de las actividades**

Actividad 1. VÍDEO: “Cuerpos a la carta”

- a. Justificación: En este vídeo los participantes a este programa podrán apreciar cómo los protagonistas son víctimas de sus propias expectativas desorbitadas, mal manejo emocional, baja autoestima, etc. En un nivel similar al que tenían ellos antes de la participación en este programa. Se aprecia cómo la solución intentada de modificar quirúrgicamente su cuerpo está condenada a no solucionar los mayores problemas de autoestima que tienen estas personas. Por otro lado, se trata de un vídeo ilustrativo de lo que son las operaciones de cirugía estética, frecuentemente idealizadas en nuestra sociedad.
- b. Duración: 25 minutos de vídeo + 25 minutos de actividad
- c. Material necesario:
  - Vídeo “Cuerpos a la carta” de RTVE.
  - Página 22 del cuadernillo de actividades.

Actividad 2. Corazón con razón

- a. Introducción: En este ejercicio los participantes podrán poner en marcha todos los recursos que han aprendido en este programa para proporcionar consejos a casos concretos, haciendo consciente el cambio producido por el programa sobre ellos mismos.
- b. Duración: 15 minutos
- c. Material necesario:
  - Página 23 del cuadernillo de actividades.



### Evaluación de las actividades de la última sesión

- a. Justificación: La evaluación de las actividades se realiza siempre al finalizar la sesión correspondiente aclarando los objetivos de cada actividad si fuera necesario. Es una forma adecuada de que el monitor reciba un feedback importante sobre el funcionamiento del programa en el grupo.
- b. Duración: 5 minutos.
- c. Material necesario:
  - Hojas de evaluación de la sesión.

### Actividad 3. EVALUACIÓN FINAL

- a. Justificación: Se trata de evaluar distintos aspectos del programa y de la propia participación activa de todos los que han estado implicados en su elaboración de una forma crítica.
- b. Duración: 10 minutos
- c. Material necesario:
  - Página 24 del cuadernillo de actividades (ésta será la única hoja del cuadernillo que recogerá el monitor).

### Actividad 4. Debate final

- a. Justificación: De una manera distendida se plantea un debate global entre todos los miembros del grupo valorando lo que ha supuesto el programa en sus vidas, debatiendo tanto los aspectos positivos como los negativos que ellos mismos aprecien.
- b. Duración: 20 minutos
- c. Material necesario:
  - Página 23 del cuadernillo de actividades.

### Actividad 5. Despedida y cierre.

- a. Justificación: Cada monitor y grupo decidirá cómo afrontar esta actividad. El monitor debe agradecer la participación de todos los miembros del grupo y debe procurar que todos ellos terminen con una impresión positiva del tiempo que han pasado en el programa.

- b. Duración: 10 minutos
- c. Material necesario:
  - No es necesario material.



## CAPÍTULO 6. Procedimiento metodológico para la valoración experimental de la eficacia del programa *“Imagina”*

Este capítulo profundiza en el procedimiento metodológico para llevar a cabo este objetivo especificando todos los pasos a completar y teniendo en cuenta todos los detalles necesarios. Este es un paso previo al abordaje del estudio de campo en el que se realiza la evaluación experimental que corresponde a la 3ª Parte de esta Tesis Doctoral. Los pasos a seguir en el procedimiento metodológico de la evaluación experimental del programa *“Imagina”* se distribuyen a través de los siguientes apartados de este capítulo:

1. *Objetivos e hipótesis de la evaluación experimental del programa “Imagina”*: Donde se aclara lo que se pretende y lo que se espera conseguir con esta evaluación experimental.
2. *Análisis de las variables intervinientes en la investigación*: Se especifican cuáles son los factores de influencia en la investigación.
3. *Modelo de investigación*: Cuál es el diseño experimental y qué procedimientos estadísticos se seguirán para analizar los resultados obtenidos.
4. *Elección de la muestra de la investigación*: Con qué tipo de muestra se trabaja que sea representativa de la población objeto de estudio.
5. *Lugar y ámbito de actuación*: Dónde se obtiene la muestra, dónde se aplican los programas y en qué ámbitos de estos colectivos se trabaja.
6. *Recursos necesarios*: Es necesario realizar una recopilación de los recursos que son necesarios para llevar a cabo esta investigación a fin de garantizar que esta sea posible.

### 6.1. Objetivos e hipótesis para la evaluación del programa *“Imagina”*

A continuación se describen los objetivos que se plantean para la evaluación experimental del programa *“Imagina”* junto con la hipótesis previa que se deriva de cada objetivo. Cada objetivo e hipótesis conlleva una pequeña aclaración de su inclusión en el

estudio ya que algunos de ellos cobran sentido en el conjunto de todo el procedimiento metodológico de la evaluación que se aborda en esta Tesis Doctoral.

- o **OBJETIVO 1:** Valorar la mejora producida por el programa “*Imagina*” sobre la satisfacción corporal y la satisfacción vital, como indicadores efectivos de la mejora en imagen corporal, con respecto a tratamientos de control con similares condiciones.

Este objetivo pretende valorar si el programa diseñado “*Imagina*” responde a las expectativas de su creación de influir positivamente sobre la imagen corporal, para ello es necesario tener en cuenta la imagen corporal previa de los participantes de los grupos en ambas condiciones y las mejoras debidas a la maduración experimental producidas por el mero hecho de intervenir en los grupos, es decir, la diferencia entre ambas condiciones experimentales debe obedecer solamente a la diferencia de tratamientos. Para evaluar de forma cuantitativa la satisfacción corporal y la satisfacción vital se deberá usar instrumentos diseñados para tal efecto, haciendo una valoración pre y post tratamiento y comparar las puntuaciones obtenidas con grupos de control dentro de un procedimiento típicamente experimental.

- o **HIPÓTESIS 1:** La media global de la mejora producida en satisfacción corporal y satisfacción vital post tratamiento en los grupos experimentales será estadísticamente superior a la media global de la mejora producida en satisfacción corporal y satisfacción vital post tratamiento en los grupos de control.

Todos los grupos (experimentales y control) mejorarán en sus puntuaciones con los tratamientos debido a la estrecha relación entre imagen corporal y autoestima, ya que la mejora de la autoestima es una consecuencia inherente a la interacción positiva entre iguales que se da en estos cursos preventivos o psicoeducativos. La principal diferencia estribará en el enfoque sobre imagen corporal del programa “*Imagina*” para los grupos experimentales que mejorarán la satisfacción vital y la satisfacción con el propio cuerpo más allá del tercio relacionado con la autoestima, ya que en los grupos de control la puntuación final será igual a la puntuación previa (debida a la persona), más la maduración experimental, y en los grupos experimentales la puntuación será igual a la puntuación previa, más maduración experimental, más la influencia del tratamiento.

- o **OBJETIVO 2:** Valorar la utilidad de las actividades diseñadas con respecto a las dimensiones de la imagen corporal sobre las que intervengan a través de la valoración de los participantes al programa.

Se planteará una evaluación de las actividades realizadas a los participantes a través de un cuestionario al final de las sesiones. En este cuestionario se valorará la utilidad de las



actividades según el objetivo planteado y el grado de satisfacción con su realización para comprobar su funcionamiento en áreas no previstas y en aspectos de ejecución. Esta medición permitirá mejorar el diseño del programa en posteriores rediseños del mismo y garantizará la coherencia interna de su estructura. A través de estas evaluaciones se consigue realizar la valoración del proceso del programa.

- o **HIPÓTESIS 2:** Los participantes considerarán, al menos, el 80% de las actividades como útiles para los objetivos planteados.

Esta hipótesis es formulada de manera muy optimista debido a la cuidadosa elección de actividades y a la tendencia de las personas mayores a valorar positivamente aquellas actividades que requieran interacción social positiva con el grupo de pares, más allá del objetivo final de la actividad, algo que ocurre en todas las actividades que se plantean en el programa.

- o **OBJETIVO 3:** Valorar el grado de covariación entre satisfacción corporal y satisfacción vital en ambas condiciones experimentales tanto en valoraciones pre como post tratamiento, como en la mejora producida debido al tratamiento.

Se pretende valorar la influencia de la imagen corporal sobre la satisfacción vital en las personas maduras y mayores a fin de valorar la importancia de la mejora de la imagen corporal en la vida cotidiana de la población objeto de estudio. Si esta asociación no existiera o fuera débil significaría que la mejora en imagen corporal no conlleva mejoras significativas sobre la calidad de vida en esta población.

- o **HIPÓTESIS 3:** El programa "Imagina" mejorará la covariación directa entre satisfacción corporal y vital en mayor medida que los programas de control.

Esto debe ser producido por la fuerte asociación que debe provocar el programa "Imagina" sobre la mejora de las condiciones de vida asociadas a una imagen corporal positiva ya que se refuerzan aspectos importantes que no están presentes en las condiciones de control.



## 6.2. Análisis de las variables intervinientes en la investigación

Las variables son elementos dentro de una investigación que pueden tomar distintos valores, de ahí su nombre de “*variable*”. Existen varios criterios de clasificación de las variables de una investigación. Teniendo en cuenta un criterio de clasificación teórico se diferencian estos tres tipos de variables:

1. *Variables de estímulo*: Cualquier aspecto medible de las condiciones físicas o sociales, presentes o pasadas, que pueden afectar a la conducta.
2. *Variables de respuesta*: Manifestaciones medidas de distintos aspectos de la conducta.
3. *Variables orgánicas*: Características medibles biológicas, fisiológicas o psicológicas del organismo. Estas variables permiten hacer constructos teóricos inobservables en una investigación.

Si se considera un criterio manipulativo de las variables, existen dos tipos:

1. *Variables activas*: Directamente manipulables.
2. *Variables atributivas*: Atributos no manipulables de los sujetos.

Por último, como criterio más importante para una investigación, sobre el cual se basa la exposición de las variables implicadas en esta investigación, está el criterio metodológico, en el cual se distinguen tres tipos de variables:

1. *Variables de bloqueo o de control (VB)*: Lo que varía como consecuencia de la clasificación y selección de sujetos basada en distintos valores de atributos de los sujetos experimentales. Si no se controlan se convierten en variables extrañas (VE) y se trata de una seria amenaza a la validez y fiabilidad de la investigación.
2. *Variables Independientes o tratamientos (VI)*: Aquella variable cuya variación es aislable en una situación determinada de las posibles variaciones de otras variables, y que es únicamente dependiente de las manipulaciones de que sea objeto en la investigación.
3. *Variables dependientes*: Lo que varía en una situación determinada de las variaciones de una u otra variable manipulada.

Según el criterio metodológico se deben controlar las variables atributivas de los sujetos a través de la selección de los sujetos y los grupos, convirtiéndolas en variables de



bloqueo o de control, para que la variación en las variables independientes o tratamientos determinen las variables dependientes, permitiendo la extracción de las conclusiones estadísticas de la investigación.

Para lograr un completo análisis de las variables intervinientes en este estudio este apartado se divide en tres subapartados:

El primer subapartado está destinado a la descripción pormenorizada de las variables utilizadas en la investigación teniendo en cuenta los criterios anteriores y distribuyendo las variables según el criterio metodológico.

El segundo subapartado se dedica al desarrollo de las relaciones previstas entre las variables implicadas en esta investigación, por último

El tercer subapartado está dedicado a la creación de un mapa de relaciones entre las distintas variables que sirva para reflejar la intervención prevista en la investigación.

### **6.2.1. Descripción de las variables intervinientes**

Se pretende diseñar un programa de mejora de la imagen corporal de las personas mayores de 50 años y evaluar su eficacia y eficiencia. Para ello el primer paso a la hora de valorar las variables intervinientes en la investigación es analizar las variables atributivas que pueden llegar a influir en el estudio y convertirlas en variables de control o de bloqueo. El segundo paso sería describir los tratamientos a aplicar a la muestra elegida, lo que se conoce como variables independientes y, por último, se describen los factores que varían debido a variaciones en los tratamientos, lo que se conoce como variables dependientes. A la hora de la selección de las variables intervinientes ha resultado clave el desarrollo de los *Grupos de Discusión* previos.

Cada variable se describirá dentro de la clasificación a la que pertenezca (variables de control, variables independientes y variables dependientes) y se describen respondiendo a las siguientes cuestiones:

1. *Definición:* Cómo se define dentro de la investigación.
2. *Influencias:* Cómo influye este factor en la investigación.
3. *Tipo de Control:* Cómo se controlan, cómo varían, o cómo se miden.

Variables de bloqueo o de control:

“Edad”

- *Definición:* La edad es una variable atributiva que hace referencia a la edad de los participantes en el momento de participación en el programa. Para operativizar su tratamiento se divide en los siguientes tres grupos de edad teóricos:
  - 50 - 60 años: Periodo de madurez personal.
  - 60 - 70 años: Periodo de transición entre madurez y vejez.
  - Más de 70 años: Periodo de vejez.

Para su posterior análisis esta variable se categoriza en periodos de edad de cinco años, subdividiendo los grupos anteriores en 6 categorías.

- *Influencias:* Se espera que la edad influya en la respuesta mostrada a la participación al programa, por lo que las personas maduras estarán más preocupadas por su apariencia física y las señales que indican el comienzo de la vejez en su cuerpo, por otro lado las personas en proceso de vejez personal estarán más preocupadas por cuestiones relativas a la salud que por el aspecto físico. El grupo de transición se espera que muestre una respuesta intermedia entre los dos grupos. Por otra parte la edad de 65 años será un punto de inflexión importante al tratarse de la edad a la que se produce la jubilación laboral
- *Control:* Se convertirá este factor en variable de control a través de la selección de la muestra, es decir, todos los grupos tendrán sujetos experimentales de los tres grupos de edad con una aportación significativa de sujetos al grupo total.

“Sexo”

- *Definición:* En cuestiones relacionadas con la imagen corporal el género/sexo es una variable atributiva clave a tener en cuenta debido a la muy diferente socialización en nuestra sociedad de hombres y mujeres y a la existencia de distintas presiones sociales hacia el aspecto físico según el sexo.
- *Influencias:* Se espera un comportamiento muy distinto según el sexo del participante. Las mujeres mostrarán un mayor interés y preocupación y los hombres sentirán más indiferencia hacia los temas planteados.
- *Control:* Se convertirá este factor en variable de control a través de la selección de la muestra, es decir, todos los grupos tendrán sujetos experimentales de ambos sexos con una aportación significativa de sujetos al grupo total, aunque



la aportación de mujeres tenderá a ser superior a la de hombres por razones de interés del programa para ellas.

#### *“Estado civil”*

- *Definición:* Por lo visto en los *Grupos de Discusión* el estado civil es un factor clave a controlar en la investigación. Se define cómo la presencia o ausencia de pareja explicando la causa de la ausencia de pareja. Se diferencian los siguientes grupos:
  - Casados /as y personas con pareja estable.
  - Viudos /as.
  - Divorciados /as y separados /as.
  - Solteros /as.
- *Influencias:* Las influencias de esta variable de control son complejas debido a las posibles combinaciones y diferentes resultados posibles con otras variables en esta investigación (por ejemplo el sexo o la edad). Por regla general se define la presencia de pareja como una fuente apoyo o estrés emocional y la ausencia de pareja como una oportunidad de mostrar autonomía o soledad para la persona, depende de la interpretación que haga la persona de sus propias circunstancias y del comportamiento de su entorno cercano.
- *Control:* Se convertirá este factor en variable de control a través de la selección de la muestra, es decir, todos los grupos tendrán sujetos experimentales de todos los grupos, con una aportación significativa de sujetos al grupo total.

#### *“Salud”*

- *Definición:* Para la realización de la investigación la salud se considera en sentido negativo cómo un estado con carencia de enfermedades severas o incapacitantes, tanto físicas como mentales.
- *Influencias:* La salud es importante en este estudio porque según toda la información disponible (base teórica de esta Tesis Doctoral y *Grupos de Discusión* realizados) la presencia de problemas de salud serios reduce considerablemente la preocupación por el aspecto hasta el punto de convertir tal preocupación en trivial para la persona, por lo que resulta incompatible con esta investigación.
- *Control:* Este factor se convierte en una variable de bloqueo o control a través de la selección de la muestra, ya que todos los participantes a los grupos de

impartición del programa “*Imagina*” deben cumplir la condición de carecer de enfermedades severas o incapacitantes, tanto físicas como mentales.

#### “Estado anímico”

- *Definición:* Se define el estado anímico para este estudio como “*las emociones generalizadas y persistentes que influyen en la percepción del mundo y de las circunstancias que rodean a la persona*”. Son ejemplos claros de los estados de ánimo más generales la tristeza, la alegría, la cólera o la ansiedad. Los estados de ánimo son fruto de las circunstancias que rodean a la persona y de la interpretación que de éstas haga la persona a través del filtro que supone su personalidad y su historia vital.
- *Influencias:* El estado de ánimo funciona a modo de lente para responder al programa “*Imagina*” en los participantes. Un estado de ánimo depresivo reduce la energía para realizar las actividades y provoca un enfoque pesimista del “*self*” de la persona, de sus circunstancias, y del futuro, que pueden condicionar los resultados obtenidos. Por el contrario, un estado de ánimo alegre u optimista provoca el efecto contrario y favorece que el programa funcione y puedan extraerse de su resolución conclusiones más reales.
- *Control:* Es conveniente para la investigación evitar los estados de ánimo negativos, como la ansiedad o la tristeza, por lo que la mejor forma de convertir esta variable en una variable de bloqueo o de control sería a través de la selección de la muestra, seleccionando muestras para el estudio altamente motivadas para realizar el programa.

#### “Entorno”

- *Definición:* El entorno se define dentro de la investigación cómo la zona cercana donde los participantes hacen la convivencia cotidiana. Según esta clasificación está variable se dicotomiza entre entorno rural y urbano.
  - *Entorno rural:* Localidades de menos de 10.000 habitantes.
  - *Entorno urbano:* Localidades de más de 10.000 habitantes.
- *Influencias:* Se espera que el entorno rural o urbano influya en la investigación mostrando diferente grado de interés en la apariencia física debido a la diferencia de la interacción social cotidiana en ambos entornos. La interacción social en entornos rurales es más intensa (los vecinos se conocen más) pero más esporádica, en cambio en entornos más urbanos la interacción social es más frecuente y menos intensa lo que se refleja en una mayor importancia de



la primera impresión que refleja la persona para los demás, por lo tanto, en entornos urbanos debería existir mayor preocupación por la apariencia física.

- *Control:* Como para la investigación interesa la respuesta de ambos colectivos como grupos, se controla este factor a través de la selección de la muestra en el muestreo por conglomerados, es decir, se desarrollan grupos eminentemente rurales y grupos eminentemente urbanos para la aplicación del programa “*Imagina*”, esta medida garantiza que los diferentes entornos estén representados en la investigación.

#### “Personalidad”

- *Definición:* Se define la personalidad en este estudio cómo las características psicológicas propias de la población objeto de estudio que conducen a respuestas individuales relativamente coherentes y duraderas en su propio ambiente.
- *Influencias:* El tipo de personalidad de los participantes al programa condicionará de manera importante el resultado obtenido. Se supone que personas más extrovertidas, sociables, dependientes de la opinión de los demás o inestables emocionalmente mostrarán más preocupación por la apariencia física.
- *Control:* Sería muy complejo realizar un control de la muestra elegida que refleje los distintos tipos de personalidad en los grupos de aplicación al programa, por lo que el tipo de control más lógico, útil y eficaz es la aleatorización de la muestra elegida bajo esta variable, aplicando la condición de que la muestra elegida no sea muestra clínica o presente patologías graves tanto mentales como físicas.

#### “Historia vital”

- *Definición:* Esta variable hace referencia a las circunstancias vitales históricas que ha vivido una persona que pueden tener reflejo en la imagen corporal actual. Por ejemplo la profesión que ha ejercido durante su vida laboral, la consideración de su apariencia por su entorno cercano, el tipo y cantidad de estudios realizados, etc.
- *Influencias:* Se espera que éste sea uno de los factores que más relevancia tengan para la investigación ya que la imagen corporal actual proviene de la formada en la infancia y adolescencia, y de la mantenida durante la juventud, y porque el recuerdo de la apariencia y su importancia en el pasado sirve de

comparación para interpretar como positivo o negativo el aspecto físico de la actualidad.

- *Control:* Sería muy complejo, controvertido y poco plausible realizar un control de la muestra elegida que refleje distintos tipos de historia vital en los grupos de aplicación al programa, por lo que nuevamente el tipo de control más utilizado es la aleatorización de la muestra bajo el formato de muestreo por conglomerados.

#### *“Aspecto físico real”*

- *Definición:* Se trata del que es objetivamente el aspecto físico de la persona en relación a su entorno y sus circunstancias personales (edad, sexo, estatus social, etc.), es decir si esa persona se diferencia mucho del prototipo para sus circunstancias o se trata de un ejemplo de cómo debería ser.
- *Influencias:* El aspecto físico real tiene una gran influencia sobre la imagen corporal evidentemente, aunque no toda la influencia que se supone que debería tener porque es tanto o más importante el cómo la persona perciba su aspecto. La relación entre imagen corporal y aspecto físico real estaría mediatizada, por lo tanto, por todas las variables intervinientes en la interpretación del aspecto (personalidad, historia vital, etc.).
- *Control:* La aleatorización dentro del muestreo por conglomerados es el método elegido para que la respuesta del grupo no se vea distorsionada por una distribución adulterada de la muestra según esta variable.

#### *“Aspecto físico percibido”*

- *Definición:* Se trata del resultado de la interpretación del aspecto físico real que hace la persona teniendo en cuenta sus características singulares (medidas a través de otras variables en el estudio, como la historia vital, el sexo, etc.).
- *Influencias:* El aspecto físico percibido forma la primera dimensión de la imagen corporal, es decir, la dimensión perceptiva, e influye y es influenciada por la segunda dimensión, la dimensión actitudinal. Estas influencias tienen un reflejo importante en la investigación ya que una percepción negativa del aspecto físico genera una imagen corporal también negativa y una mayor preocupación e interés por la apariencia física.
- *Control:* La aleatorización dentro del muestreo por conglomerados es el método elegido para que la respuesta del grupo no se vea distorsionada por una distribución adulterada de la muestra según esta variable.



### *“Ideal físico personal”*

- *Definición:* Se define cómo aquella apariencia física ideal que a la persona le gustaría tener teniendo en cuenta sus circunstancias. Normalmente la persona lo suele definir eliminando los que considera defectos físicos de su aspecto y corrigiendo características que percibe cómo deficientes.
- *Influencias:* Este ideal de apariencia física hace contraste con el físico percibido y, si la discrepancia es alta, la persona puede sentirse poco satisfecha de su aspecto físico y tener una imagen corporal pobre. Por el contrario si este ideal no es muy exigente o se percibe a la apariencia como cercana a este ideal, es probable que la satisfacción corporal y la imagen corporal sean valoradas como positivas.
- *Control:* La aleatorización dentro del muestreo por conglomerados es el método elegido para que la respuesta del grupo no se vea distorsionada por una distribución adulterada de la muestra según esta variable.

### *“Red social”*

- *Definición:* Se define para la investigación cómo el conjunto de personas que son fuente de apoyo para la persona. Suelen ser familiares y amigos. Su cantidad y calidad es moduladora de problemas emocionales.
- *Influencias:* La opinión de la red social influye tanto en la imagen corporal como en el estado emocional de la persona directamente. Por ejemplo, si se tienen muchos amigos es probable que se tenga una imagen corporal más positiva ya que seguramente la persona se valore positivamente independientemente de su apariencia, además, el contacto con otras personas indica que la apariencia propia no es desagradable, por lo que también es una fuente de información de cómo se percibe la apariencia por los demás y se nos valora como personas.
- *Control:* Este factor se convierte en una variable de control a través de la aleatorización dentro del muestreo por conglomerados.

### *“Jubilación laboral - Actividades diarias”*

- *Definición:* La jubilación laboral, que normalmente se produce a los 65 años de edad, es un punto de inflexión importante porque habitualmente cambia radicalmente la estructura de las actividades diarias de una persona, y en personas que no estén en el mundo laboral remunerado, cambia a su vez las posibilidades percibidas de actividades a realizar. Esto se debe a numerosas



circunstancias asociadas, como lo pueden ser las pensiones económicas, el aumento del tiempo libre, el aumento de posibilidades de actividades sociales, etc.

- *Influencias:* Las actividades sociales tienen gran influencia sobre la imagen corporal porque provocan que la persona se sienta aceptada por las personas de su entorno. Estas actividades sociales se promueven en las personas jubiladas con el ofrecimiento a bajo coste o de manera gratuita, por parte de las instituciones sociales, de viajes, cursos, talleres, etc. por lo que se supone que personas jubiladas más activas mejoran su imagen corporal por la participación en actividades sociales, justo el proceso inverso que las personas que se dejen llevar por la reducción de actividades y demandas cotidianas debida a la jubilación laboral.
- *Control:* Debido a la aleatorización, dentro del muestreo por conglomerados, este factor pasa a ser una variable de bloqueo o de control en la investigación.

#### *“Monitor del programa”*

- *Definición:* El monitor de los programas impartidos a los distintos grupos experimentales o de control es la cara visible del programa que realiza y condiciona los resultados obtenidos a su buena labor, debe ser eficiente y saber transmitir las demandas necesarias del programa, saber llevar el ritmo del grupo y solventar las dudas que presenten los participantes.
- *Influencias:* El monitor de los programas impartidos a los distintos grupos experimentales o de control ejercerá una influencia decisiva, ya sea positiva o negativa, sobre el resultado del programa en los grupos en los que participe, ya que los sujetos experimentales fácilmente atribuirán virtudes o defectos al programa a través la evaluación que realicen del monitor.
- *Control:* Para poder concluir que el programa diseñado influye significativamente sobre la imagen corporal de los participantes se debe reducir la influencia que generen los monitores sobre los resultados, es decir, el programa debe cumplir lo que se propone independientemente del monitor que lo imparta. La forma de controlar esta variable interviniente es a través de la utilización de monitores distintos para la impartición de los programas en los distintos grupos y valorar la varianza obtenida. Los monitores cumplirán los requisitos mínimos que se especifican en el apartado 6.6.3. de este capítulo para garantizar que la variable monitor no ejerza una influencia negativa sobre los resultados.



### *“Tiempo”*

- *Definición:* El tiempo es un factor de importancia clásico de las investigaciones psicológicas ya que se la mayoría de estas investigaciones, sobre todo en las que influye el factor aprendizaje, tienen la obligación de considerar variables temporales en su planteamiento científico. En esta investigación se considera desde una perspectiva triple, es decir, periodo de tiempo en el que se aplican todos los programas, periodo de tiempo total de cada programa aplicado a cada grupo y periodo de tiempo de cada sesión diaria.
- *Influencias:* El tiempo puede influir en los resultados de la investigación tanto de forma positiva, facilitando la asimilación de los contenidos por parte de los participantes, como de forma negativa, a través de factores asociados como la mortalidad experimental o la fatiga.
- *Control:* El establecimiento de periodos de tiempo concretos para la aplicación de todos los programas, para la aplicación de cada programa y para la aplicación de cada sesión, ayuda a reducir la posible influencia de factores históricos en la investigación, controlar la fatiga en los participantes y evitar la mortalidad experimental. Por otro lado, para poder establecer un periodo de tiempo óptimo del programa es recomendable aplicar distintas combinaciones temporales dentro del margen que se considera adecuado de acuerdo a los criterios que se establecen en esta Tesis Doctoral.

### *“Época del año de aplicación del programa”*

- *Definición:* Multitud de estudios confirman la importancia de la época del año sobre la imagen corporal debido a que la temperatura y el clima interviene de forma decisiva sobre el tipo de ropa que se debe llevar. La primavera y el verano debido al buen tiempo, suelen ser las épocas en las que se da una mayor preocupación por el aspecto físico al llevarse prendas más ajustadas y cortas que permiten apreciar las formas corporales y enseñan más partes del cuerpo.
- *Influencias:* Se puede considerar cómo la época del año y la temperatura ambiental tienen una gran importancia sobre la preocupación por el aspecto y facilitan la comparación social entre iguales, por lo que se vería reflejada su influencia también en la propia percepción del aspecto físico al compararlo con las demás personas del entorno cercano.
- *Control:* El establecimiento de diferentes épocas del año para la aplicación de los programas a los distintos grupos reducirá la influencia de esta variable sobre los resultados de la investigación.

Se puede apreciar tres tipos de control ejercido para convertir estas variables intervinientes en variables de bloqueo o de control. Se utiliza la selección de la muestra con las siguientes variables: Edad, Sexo, Estado Civil, Salud, entorno y estado anímico, se utiliza la aleatorización a través del muestreo por conglomerados con las siguientes variables intervinientes: Personalidad, Historia vital, Aspecto Físico Real y Percibido, ideal físico personal, Red Social y Jubilación Laboral – Actividades diarias. Por último, se utiliza la variabilidad de monitores y la variabilidad de las condiciones temporales para reducir la influencia de distintas amenazas a la validez sobre los grupos de aplicación, ya que la utilización de un solo monitor confundiría en el grupo la influencia del tratamiento con la influencia ejercida con el monitor.

Variables independientes o tratamientos:

*“Tratamiento experimental (“Imagina”) – Tratamiento Control”*

- *Definición:* Se trata de una variable inter de comparación entre grupos o categorías. El programa experimental “Imagina” es el programa preventivo de mejora de la imagen corporal de las personas mayores o en proceso de madurez que es objeto de diseño y evaluación en esta Tesis Doctoral. Esta investigación se fundamenta en la aplicación colectiva a varios grupos de sujetos de este programa y compara los resultados con grupos de control o grupos placebo.
- *Influencias:* Se pretende investigar cuáles son los efectos de la aplicación de este programa sobre los participantes. Se espera que esta participación provoque cambios sustanciales sobre la imagen corporal y los aspectos asociados a ella en los participantes relativamente estables.
- *Variación:* Se trata de una variable independiente dicotómica o de dos grados, es decir, dos posibles variaciones, tratamiento (programa “Imagina”) o ausencia del tratamiento (programa “placebo”).

*“Antes y después tratamiento”*

- *Definición:* Se trata de una variable intra, ya que son las mismas unidades experimentales las que se miden antes y después del tratamiento. Tanto la satisfacción corporal como la satisfacción vital, no nacen del tratamiento ni parten de cero, sino que cada sujeto experimental parte de una puntuación inicial distinta. Los dos grados de esta variable independiente simbolizan dos momentos temporales separados por el tratamiento aplicado (AZB).
- *Influencias:* La mejora provocada por el tratamiento será igual a la diferencia de la puntuación final con la puntuación inicial, siempre y cuando el intervalo



de tiempo entre ambas puntuaciones no provoque efectos de maduración o de fatiga.

- *Variación:* Se trata de una variable independiente dicotómica o de dos grados, es decir, dos posibles variaciones, antes y después tratamiento.

La combinación de ambos factores da como resultado una investigación con diseño mixto inter–intra con ambas variables categóricas dicotómicas de dos grados. En el apartado relativo al diseño de investigación se ahonda en esta cuestión.

### Variables Dependientes

#### *“Satisfacción corporal”*

- *Definición:* A lo largo de esta Tesis Doctoral se ha definido la imagen corporal en profundidad porque es el eje de la investigación y el objetivo de cambio del programa diseñado, para definirla como variable dependiente de esta investigación se toma la siguiente definición simplificada pero completa: *“el conjunto de ideas, autopercepciones, pensamientos, sentimientos y acciones referentes al propio cuerpo, principalmente a su apariencia”*, esta definición se valora en dos dimensiones, una perceptiva y otra actitudinal, solamente la actitudinal, que incluye pensamientos, sentimientos y conductas, es el objetivo a cambiar en esta investigación y por lo tanto la satisfacción corporal, sería definida como la variable dependiente. No obstante la dimensión perceptiva está ligada a la actitudinal y los cambios de una tendrán reflejo en la otra, por lo que la dimensión perceptiva también es tenida en cuenta para influir en la satisfacción corporal a través del programa diseñado *“Imagina”*.
- *Influencias:* Todas las variables intervinientes en este estudio están interrelacionadas con esta variable dependiente al tratarse del constructo clave de la investigación, unas serán controladas (variables de bloqueo) y otras serán modificadas a voluntad para averiguar sus efectos sobre la imagen corporal – satisfacción corporal (variables independientes).
- *Medición:* Las variaciones en esta variable dependiente se medirán a través de la respuesta de los participantes al estudio en instrumentos validos y fiables para medir la satisfacción corporal (BSQ, Body Shape Questionnaire de Cooper y Taylor, 1987, adaptación española de Raich y Mora 1996) y a través de cuestionarios de evaluación personal pre y post tratamiento diseñados ad hoc para la investigación.

### *“Satisfacción Vital”*

- *Definición:* Se trata de un concepto asociado al constructo de Imagen Corporal anterior que refleja hasta que punto mejora la satisfacción con las condiciones de vida actuales de los participantes, antes y después de la participación en el programa *“Imagina”*. Se trata de un índice subjetivo.
- *Influencias:* Todas las variables intervinientes en este estudio están interrelacionadas con esta variable dependiente, íntimamente relacionada con la imagen corporal de manera directa, es decir, una buena imagen corporal se asocia con mayor satisfacción vital y viceversa.
- *Medición:* Las variaciones en esta variable dependiente se medirán a través de la respuesta de los participantes a cuestionarios de evaluación personal pre y post tratamiento diseñados ad hoc para la investigación.

## 6.2.2. Relaciones entre las distintas variables

A continuación se reflejan las relaciones más importantes entre las variables intervinientes, a priori más relevantes para la investigación. Para cada relación se reflejan las consecuencias que se supone tendrá esa asociación para el estudio. Cabe resaltar que las relaciones reflejadas no son todas las relaciones posibles, sino las más relevantes para el estudio.

- *Aspecto físico real + estado anímico + personalidad + historia vital – aspecto físico percibido:*

Esta relación pretende reflejar la dimensión perceptiva de la imagen corporal, es decir cómo un determinado físico se percibe por la propia persona y es interpretado por ella. Algunas circunstancias de la persona funcionan a modo de filtro para que el físico percibido se distancie del físico real comparado con las circunstancias propias de la persona. Algunas de las circunstancias más importantes son la personalidad (personalidades más perfeccionistas pueden ser más exigentes y críticos con su físico, o personalidades más aprehensivas pueden tender a darle mayor importancia a supuestos defectos físicos), el estado anímico (un estado anímico triste o melancólico puede centrar su atención sobre los supuestos defectos físicos mientras que un estado de ánimo alegre puede minimizar su importancia), o la historia vital (el recuerdo de una apariencia atractiva en la juventud para una persona mayor supone una sensación de pérdida con la apariencia actual y una valoración más negativa del deterioro físico debido a la edad).

Por lo que respecta al diseño y desarrollo del programa, esta relación indica que el programa debe influir positivamente en el estado de ánimo y ayudar a interpretar



correctamente las dimensiones del cuerpo propio para poder mejorar el físico percibido de los participantes al programa.

- Entorno + medios de comunicación, cultura y socialización + red social + estado civil + historia vital + personalidad – Ideal físico:

Esta relación pretende reflejar cómo se forman los ideales sobre la apariencia que simbolizan metas utópicas para muchas personas y son fuente de la mayoría de las frustraciones asociadas al aspecto físico. Estos ideales se generan a través de varias circunstancias implicadas, las más importantes son: los factores culturales y los medios de comunicación. A través de estos medios las personas aprenden implícitamente cuáles son los patrones físicos aceptados y admirados en la sociedad y hasta qué punto pueden llegar a resultar claves para triunfar en la sociedad. El entorno cercano, ya que es la primera fuente de aceptación o rechazo para la persona y su imagen, además de ser también la primera fuente de comparación social, la red social de la persona, ya que una persona con una red social fuerte se siente aceptada por los demás y siente su físico validado, el estado civil, ya que la presencia de pareja supone una intimidad emocional que filtra la mayoría de los aspectos vitales de la persona, la historia vital, ya que la profesión o el tipo de vida llevado llevan implícitos distintos ideales físicos sobre los que triunfar socialmente, y la personalidad, ya que, como se ha mostrado anteriormente, personalidades más perfeccionistas pueden ser más exigentes y aspirar a un mejor físico, o personalidades más aprehensivas pueden necesitar tener físicos más exigentes con el que sentirse seguras ante los demás.

Por lo que respecta al diseño y desarrollo del programa, esta relación indica que el programa debe tener en cuenta los aspectos sociales a la hora de plantear las actividades. Esto se traduciría en relativizar la influencia de los medios de comunicación en relación al aspecto, desarrollar habilidades sociales para mejorar las relaciones interpersonales y mejorar la interpretación y crítica de los sucesos sociales por parte de la persona.

- Aspecto físico percibido – Ideal físico:

La discrepancia existente entre el ideal físico pretendido y el físico percibido es clave en esta investigación, ya que una discrepancia alta conlleva mayor insatisfacción corporal y viceversa. Si el programa “*Imagina*” logra reducir esta discrepancia mejorará la imagen corporal de la persona y su satisfacción vital con gran probabilidad.

Por lo que respecta al diseño y desarrollo del programa, reducir la discrepancia entre estos dos factores debe ser una parte importante de las actividades planteadas para garantizar el éxito de la intervención.

- Red social + actividades diarias + estado civil + personalidad + historia vital – estado anímico:

Otra relación importante para la investigación es la que se establece entre los distintos factores sociales (red social, actividades diarias, estado civil) con el estado anímico de la persona. Esta relación es importante porque el estado de ánimo es clave a la hora de valorar la apariencia y el cuerpo propio y porque tiene un reflejo importante, positivo o negativo, sobre la satisfacción con la vida. La personalidad y la historia vital ejercen de factores mediadores entre los factores de carácter social y el estado de ánimo modulando la interpretación de los hechos sociales por parte de la persona. Las razones de por qué los factores sociales influyen sobre el estado de ánimo pueden atribuirse a que las personas en proceso de madurez y vejez están en una fase de la vida en la que se valoran como mucho más importantes las relaciones interpersonales y afectivas que en otras épocas de la vida.

Por lo que respecta al diseño y desarrollo del programa, esta relación de factores refuerza la idea de que este programa debe tener un carácter eminentemente social y afectivo en la mayoría de sus actividades, y se hace necesario plantear actividades cooperativas de resolución colectiva para fomentar la cohesión grupal dentro de los grupos de aplicación.

- Estado de salud – imagen corporal:

Esta relación ya ha sido apuntada en diversos puntos de esta Tesis Doctoral y los resultados obtenidos en los *Grupos de Discusión* refuerzan la idea de la existencia de una fuerte conexión entre el estado de salud de las personas mayores de 50 años y su imagen corporal. La imagen corporal es una cuestión secundaria a la preocupación por la salud siempre y cuando ésta sea valorada por muy importante para la persona, cuestión que se da cuando la salud falla en la madurez o vejez de forma grave. Es por este motivo por lo que las personas que cumplan esta condición no deben formar parte de la muestra de este estudio, ya que existen altas posibilidades de considerar las cuestiones que se plantean como triviales y descalificar a sus compañeros y adulterar los resultados. Por regla general se multiplican exponencialmente las probabilidades de tener una mala salud a edades avanzadas, por lo que las personas muy mayores (más de 85 años) tampoco deben participar en este estudio. Las personas que mejor responderán al programa serán aquellas que no tengan problemas serios de salud en la actualidad.

Por lo que respecta al diseño y desarrollo del programa, se considera necesario dejar muy claro a los participantes que la valoración corporal que se plantea en el programa “*Imagina*” se relaciona con la apariencia física, no con la salud física, aunque muchas de las actividades favorezcan y promuevan la salud física en la persona, sobre todo en cuestiones relacionadas con la alimentación.



- *Estado anímico + estado de salud – satisfacción vital:*

La relación entre el estado de salud, el estado anímico y la satisfacción vital, como resultado de los dos primeros factores, se trata de una simplificación del porqué una persona se siente satisfecha con su vida que no refleja la realidad que representa por completo, ya que existen otros factores muy importantes para la obtención de la satisfacción vital como la personalidad, la consecución de metas, etc. No obstante, un buen estado de salud y un estado de ánimo positivo se relacionan con una más alta satisfacción por la vida más allá de muchos otros factores más secundarios, por lo que esta relación resulta sumamente importante para este estudio.

Por lo que respecta al diseño y desarrollo del programa, esta relación entre estado de ánimo y satisfacción vital refuerza la idea del planteamiento afectivo del programa.

- *Satisfacción corporal – satisfacción vital:*

Numerosos estudios científicos sobre la imagen corporal asocian estos dos factores en sus conclusiones, lo que demuestra que se trata de dos factores fuertemente ligados. Ambos factores forman las variables dependientes del estudio y son los objetivos a mejorar en los participantes con su participación en el programa. Si una persona valora cómo muy importante la imagen corporal en su vida, ya sea consciente o inconscientemente, la relación directa entre ambos factores se supone más fuerte, como ocurre habitualmente entre los adolescentes. Para las personas mayores y en proceso de madurez la importancia de la imagen corporal en sus vidas no está tan clara, aunque circunstancias como la discriminación social por el aspecto y la sensación de pérdida asociada al deterioro físico y estético que son comunes en nuestra sociedad actual pueden reforzar esta conclusión.

Por lo que respecta al diseño y desarrollo del programa, esta relación implica que las actividades del programa estén dirigidas a mejorar la vida cotidiana del participante más allá de su participación en el programa. El cambio debe ser consistente, relativamente estable en el tiempo y además debe ser consciente por la persona para que sea posible la transformación positiva en su vida cotidiana.

### *6.2.3. Mapa de relaciones entre variables*

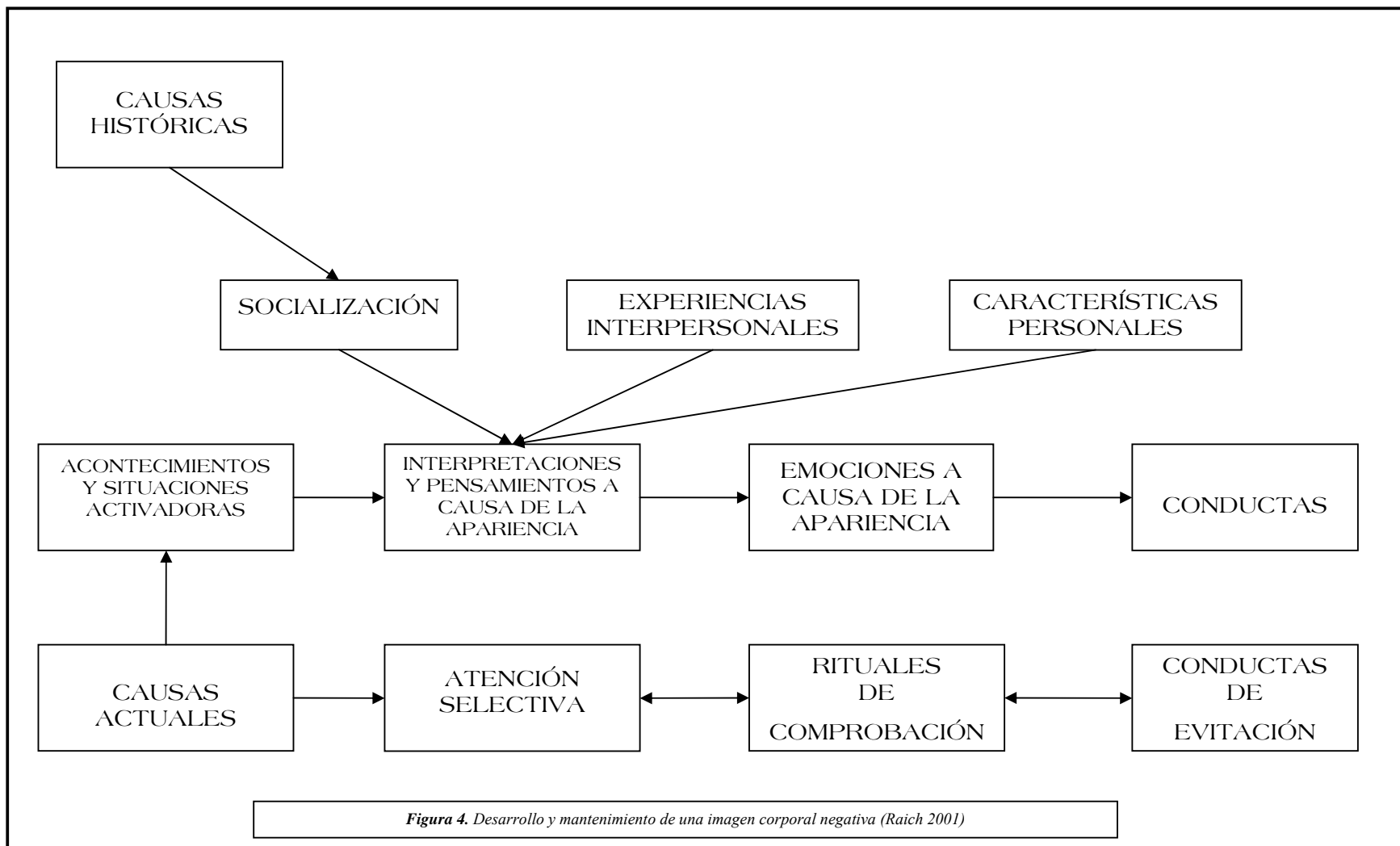
El mapa de relaciones entre las variables de la investigación refleja todo el conjunto de relaciones mostrado en el apartado anterior en forma de sistema sobre el que el programa pretende intervenir para provocar cambios sustanciales que deriven sobre la mejora de la imagen corporal. Se debe apuntar que las relaciones entre las distintas variables implicadas en la imagen corporal de las personas mayores de 50 años son tan complejas y enrevesadas que suponen un mapa de relaciones entre variables muy complicado de reflejar sobre las dos

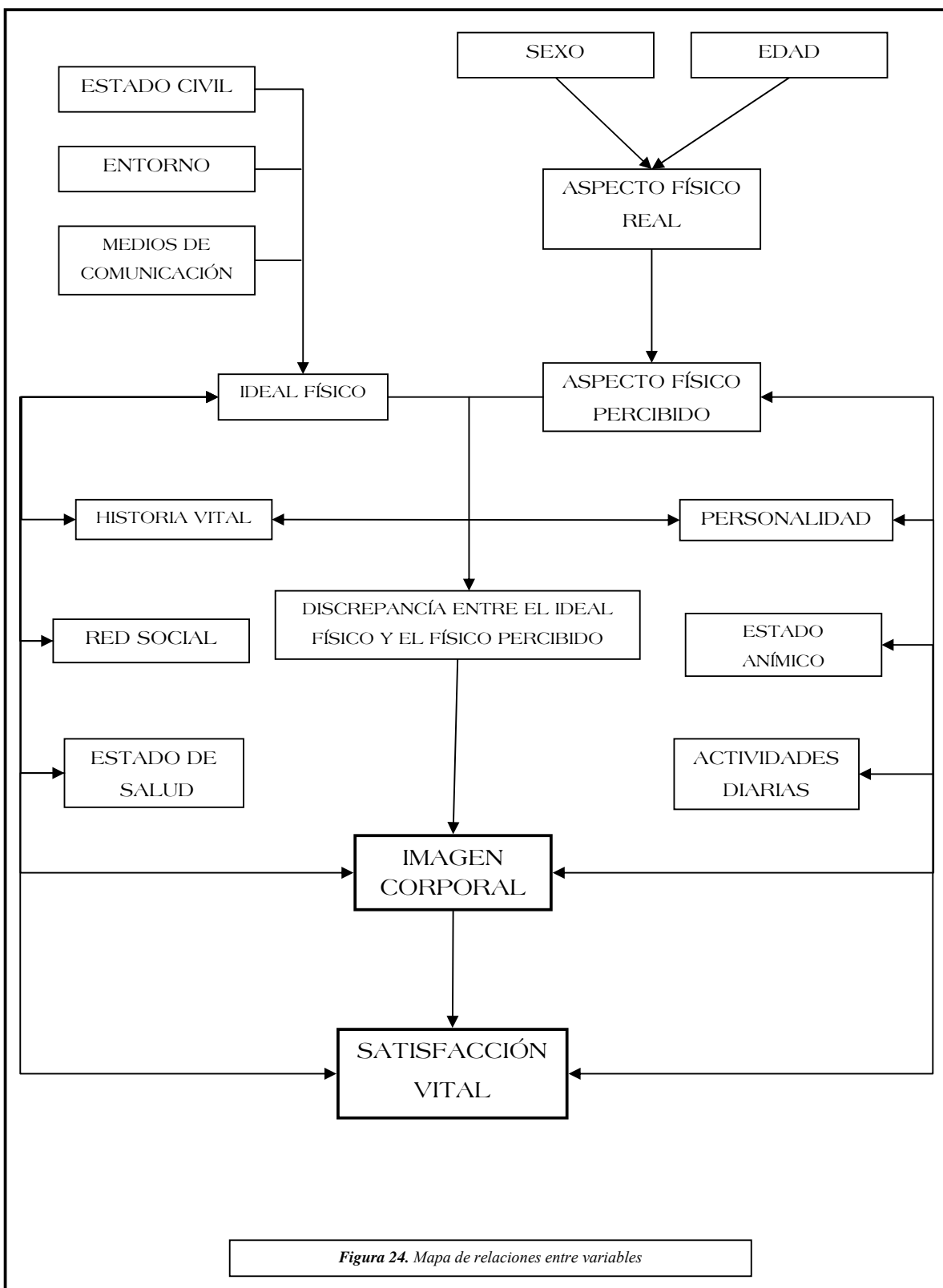


dimensiones del papel, así, por ejemplo, resulta difícil reducir las influencias de algunas variables que pueden relacionarse, de manera más o menos intensa, con la mayoría de las demás variables, como son las variables atributivas y de percepción del aspecto. El mapa de relaciones mostrado supone una aproximación general a las relaciones entre las variables más importantes que podrían darse, pero supone sólo un mapa aproximado del territorio que refleja, no debe confundirse con el total del territorio ocupado por la imagen corporal. Antes de mostrar el mapa de relaciones definitivo resulta relevante mostrar de nuevo el esquema visto en el Capítulo 1 de esta Tesis Doctoral, desarrollado por Raich (2001), el cuál refleja cómo se desarrolla y mantiene una imagen corporal negativa. Ver figura 4.

El esquema de Raich hace hincapié en las causas históricas y actuales que influyen en el sistema derivando en el aumento de la preocupación por la apariencia. Las causas históricas y actuales influyen en los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales de la persona como se refleja en el sistema.

El mapa de relaciones entre las variables diseñado para esta investigación tiene analogías con el esquema desarrollado por Raich, pero tiene modificaciones evidentes debido a la población a la que se dirige y a la finalidad de este estudio. La figura 24 muestra el mapa de relaciones de esta investigación, donde la imagen corporal es el centro del sistema desarrollado influido por el resto de las variables intervinientes.







## 6.2. Modelo de investigación

Dentro del campo de la psicología existen tres métodos científicos generales, el método experimental, el método correlacional y el método observacional.

Bajo el método experimental se manipula un fenómeno (la realidad que se considera como causa de los fenómenos que se pretenden comprender) para observar los cambios que dicha manipulación provoca en los fenómenos que quiere comprender (que en esa medida serán sus efectos). Se utilizan grupos de control para descartar la influencia de variables extrañas en la investigación que vayamos a realizar (variables que podrían influir en la investigación no previstas por el investigador). El grupo de control debe tener las mismas características que el grupo experimental diferenciándose sólo en la carencia de la variable independiente (tratamiento). El efecto del tratamiento se tendrá que observar en el grupo experimental (en él podremos comprobar si se cumplen las predicciones, pues en él se tendrán que manifestar los efectos de la manipulación de la variable independiente (la causa). El método experimental deriva en dos tipos de diseños, los diseños experimentales y los diseños cuasiexperimentales, cuando existen amenazas a la aleatorización o a la manipulación de las variables.

En lo que respecta al método correlacional, con este método se mide la relación entre variables mediante el coeficiente de correlación, que describe el grado en que dos variables varían de modo concomitante. Si lo hacen en el mismo sentido (más de una viene acompañado de más de otra, o menos de una menos de otra) la correlación será positiva, si lo hacen en sentido contrario (más de una menos de otra, menos de una más de otra) la correlación será negativa. La existencia de correlación entre dos variables (entre dos fenómenos) no implica relación causal entre ellas, para ello debe darse manipulación de las variables independientes y aleatorización de la muestra. El método correlacional se usa cuando no es posible aplicar el método experimental porque las variables no son directamente manipulables al ser constructos hipotéticos (realidades no observables) como la mayoría de los constructos psicológicos (inteligencia, personalidad, etc.). El método correlacional emplea la técnica matemática de análisis factorial y es habitual su manejo desde la psicología diferencial.

El método observacional se basa en la observación sistemática y activa de los fenómenos a estudiar y excluye la manipulación de variables propia del método experimental. La fuerza de las conclusiones obtenidas bajo este método depende de la validez y fiabilidad de los datos obtenidos provenientes de las observaciones.

Pese a que la variable dependiente de esta investigación (imagen corporal) se trata de un constructo psicológico hipotético, éste sí es un constructo manipulable a través de la experimentación, por lo que el método experimental, que garantiza las conclusiones

científicamente más válidas, es un método plausible de utilizar para la investigación objeto de esta Tesis Doctoral, que se realiza bajo la metodología propia del método experimental. No obstante, se utiliza también el método correlacional a la hora de correlacionar distintas variables intervinientes.

Para especificar el diseño experimental de esta investigación debemos abordar una serie de pasos sucesivos. El primer paso tiene que ver con el modelo de investigación, lo que supone la elección del tipo de investigación a desarrollar y la elección de la muestra para llevar a cabo la investigación en el primer apartado. La segunda parte de este capítulo está relacionada con la recogida de los datos de investigación, ya que el tipo de investigación conlleva una forma necesaria de recolección de datos, que a su vez requiere un análisis específico de los datos obtenidos, lo que supone la tercera y última parte de este capítulo.

Existen distintos tipos de investigaciones según diferentes clasificaciones. Según el tipo de datos recogidos se distinguen dos tipos de investigaciones:

- *Diseños de campo*: Los datos son recogidos de forma directa de la realidad mediante el trabajo concreto del investigador y su equipo. Los datos que se recogen se denominan “*datos primarios*” porque no existe ninguna interpretación ni manipulación de los mismos desde la fuente al investigador, es decir, son datos originales provenientes de la experiencia empírica, lo que proporciona garantía de reflejo de la realidad que se pretende describir al investigador.
- *Diseños bibliográficos*: Los datos se recogen del papel escrito, recogidos, manipulados, e interpretados por otros investigadores, por lo que se conocen como “*datos secundarios*”. Estos diseños de investigación recopilan datos de diversas investigaciones para extraer conclusiones más generales. La mayor desventaja de estos diseños es que dependen de la manipulación original de los investigadores que extrajeron esos datos, por el contrario, este tipo de investigación permite incluir una amplia gama de fenómenos que se pueden alargar en el tiempo y en el espacio más allá del alcance de un solo equipo de investigadores.

Otra forma de clasificar las investigaciones científicas es según el número de variables independientes intervinientes en la investigación. Según esta clasificación existen los siguientes tipos:

- *Diseño bivariado o simple*: se estudia el efecto de una sola variable independiente o tratamiento en la variable dependiente. Puede ser diseño de grupos (una variable independiente) o diseño de bloques (a los efectos de una variable independiente se suma la distribución de los grupos según una o más variables de bloqueo, que suelen ser variables atributivas).



- *Diseño multivariado o factorial:* se manipulan varias variables independientes. Pueden ser diseños cruzados (se valoran todas las posibles interacciones entre las variables independientes), diseños anidados (se valoran solamente algunas de las posibles interacciones entre las variables independientes) o diseños confundidos (se utiliza una estrategia de eliminación de grupos y no se forman todas las posibles combinaciones, ciertos efectos se confundirán dependiendo de los grupos que se usen, se utiliza este diseño cuando se carece de interés por algunos efectos).

En función del tipo de aplicación utilizada en la investigación se distinguen los siguientes tipos como los más importantes:

- *Diseño con grupos de sujetos distintos o diseños intersujetos:* se estudia el efecto de las variables independientes sobre muestras distribuidas al azar en los grupos experimentales y de control.
- *Diseño intrasujeto o de medidas repetidas:* Se mide el tratamiento antes y después, funcionando las primeras medidas como grupo de control.
- *Diseño mixto o diseño inter – intra:* Se combinan los dos diseños anteriores habiendo una variable independiente intersujeto y otra variable independiente intrasujeto. Los datos recogidos por cada sujeto del grupo experimental se comparan con los datos obtenidos por el grupo de control y por sus datos antes del tratamiento.

La investigación abordada en esta Tesis Doctoral se trata de una investigación de campo porque extrae datos primarios para su posterior evaluación, aunque hace uso de investigaciones bibliográficas para su fundamentación teórica y metodológica. Se trata de un diseño simple o bivariado porque solamente hace uso de un tratamiento de dos grados (presencia y ausencia de tratamiento), valorando otras variables intervinientes como variables de bloqueo. Por último, esta investigación se basa en un diseño mixto inter – intra porque compara los resultados del tratamiento antes y después, y los compara con un grupo de control con un tratamiento placebo.

Las características del diseño experimental elegido para esta investigación se pormenorizan en el apartado dedicado al diseño experimental, después de profundizar en la elección de la muestra.

### **6.3.1. Diseño experimental**

Winer, Brown y Michels (1991) definieron el diseño experimental con a través de la siguiente argumentación: *“la ciencia se dedica a comprender la variabilidad en la naturaleza, la estadística se dedica a la toma de decisiones sobre la naturaleza en presencia de la variabilidad y el diseño experimental se dedica a la reducción y el control de la variabilidad de forma que*

haga aplicable la teoría estadística a las decisiones que se pueden tomar sobre la naturaleza”, es decir, el diseño experimental sería el lazo que une a la naturaleza con la ciencia a través de la estadística. En términos operativos Kirk (1995) ofreció una definición más funcional “Plan de asignación de sujetos a condiciones experimentales y análisis estadístico asociado a un plan”, definición que concreta el diseño experimental como la proposición de un plan estructurado para actuar científicamente en la investigación.

El diseño experimental de esta investigación se ha ido desarrollando a lo largo de todo este capítulo ya que la elección del muestreo por conglomerados y la selección de la muestra también forma parte de este plan que supone el diseño experimental. Existen diversos tipos de diseños experimentales en psicología puros sobre los cuáles se basan las investigaciones científicas actuales, cada investigación suele tener un diseño exclusivo y optimizado, que es el que más se ajusta a las propias necesidades que presenta el estudio en cuestión. Para la elección del diseño experimental propio de esta investigación se define a la investigación según diversas cuestiones que se especifican en el siguiente cuadro. Ver cuadro 9.

*Cuadro 9. Clasificación del diseño experimental de la investigación según diversas tipologías*

| TIPO DE CLASIFICACIÓN   | DISEÑO EXPERIMENTAL   |
|---|---|
| Tipo de unidades experimentales (casos o grupos)                      | Diseño de grupos  |
| Presencia o ausencia de grupos de control                             | Diseño con grupos de control y experimentales   |
| Distribución de la muestra  | Diseño con muestreo por conglomerados   |
| Presencia o ausencia de manipulación experimental                     | Diseño con manipulación de las variables  |
| Tipo de obtención de datos  | Diseño de campo   |
| Número de variables independientes                                    | Diseño bivariado o simple con una variable independiente o tratamiento (programa “ <i>Imagina</i> ”)                        |
| Control de las variables de fondo                                     | Diseño con control de variables de fondo a través de la selección de la muestra y de la aleatorización de los conglomerados |
| Tipo de aplicación del tratamientos                                   | Diseño mixto inter – intra, una variable independiente con comparaciones intersujetos e intrasujetos                        |
| Presencia o ausencia de variables de bloqueo (generadoras de bloques) | Diseño con variables de bloqueo pero no diseño de bloques   |

La unidad experimental de esta investigación es el grupo, a través de sus estadísticos descriptivos, la media aritmética ( $\mu$ ) y la varianza ( $\sigma^2$ ), no como en los estudios de casos en los que la unidad experimental es el sujeto. La ventaja de este diseño es que reduce considerablemente el error debido a las diferencias interindividuales y aumenta la generalización y la fiabilidad de los resultados obtenidos.



Se desarrollan grupos experimentales y grupos de control para realizar contrastes estadísticos y disminuir el error típico en la investigación que se incrementaría si no se aplican los grupos de control para el análisis estadístico. Esta medida es imprescindible si se pretende realizar un diseño basado en la metodología experimental y reduce considerablemente el error debido a la maduración experimental diferenciándolo correctamente del tratamiento.

El muestreo se realiza por conglomerados, circunstancia analizada en profundidad en el apartado anterior. Como ya se ha apuntado, este tipo de muestreo propone garantías científicas y facilidad de uso para la investigación. Cada grupo de aplicación está formado por grupos de 15 – 20 participantes, que conforman un número de participantes para cada una de las dos condiciones experimentales de 80 – 90 participantes a través de diez grupos de aplicación. El número (n) para cada condición de la variable independiente será el mismo para favorecer la ortogonalidad del estudio.

Se realiza manipulación de las variables propia de la investigación experimental de laboratorio, ésta es una de las dos condiciones de la metodología del diseño experimental. Sin la manipulación experimental no se pueden extraer conclusiones de causalidad en la investigación debido a la interferencia de variables intervinientes extrañas y las conclusiones serían exclusivamente correlacionales.

El tipo de obtención de datos en la investigación es a través de un diseño de campo, aunque se utilizan también datos bibliográficos para la base teórica de la Tesis Doctoral como se ha apuntado con anterioridad. Los datos obtenidos directamente de los sujetos experimentales garantizan que no han sido manipulados previamente, ni han recibido influencia alguna que pueda verse reflejada en los resultados.

Se utilizan variables de bloqueo para aumentar la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos debido a la influencia del tratamiento, no obstante, ninguna de las variables controladas crean bloques de investigación porque su influencia podría no ser decisiva en los resultados, condición “sine qua non” de los diseños de bloques.

Sin lugar a dudas las clasificaciones más relevantes son las referentes a las variables de investigación, ya que son las que definen el cuadro de intervención del diseño experimental. Esta investigación se define según las variables intervinientes en diseño mixto (inter – intra) con variables de control o de bloqueo, ya que se aplica un tratamiento o variable independiente de dos grados (programa “*Imagina*” o programa control), controlando distintas variables de bloqueo a través de la selección de la muestra y la aleatorización. El diseño cuenta con dos variables dependientes medidas en dos momentos (pre y post tratamiento). El cuadro de investigación del diseño experimental sería el que se muestra en el cuadro 10.



Cuadro 10. Cuadro de investigación del diseño experimental

| VARIABLE INTER (TRATAMIENTO) | GRUPOS   | VARIABLE INTRA PRE BSQ (SATISFACCIÓN CORPORAL) | VARIABLE INTRA POST BSQ (SATISFACCIÓN CORPORAL) | VARIABLE INTRA PRE CUESTIONARIO (SATISFACCIÓN VITAL) | VARIABLE INTRA POST CUESTIONARIO (SATISFACCIÓN VITAL) |
|------------------------------|----------|--|---|--|---|
| TRATAMIENTO                  | GRUPO 1  |  |   |  |   |
|                              | GRUPO 2  |  |   |  |   |
|                              | GRUPO 3  |  |   |  |   |
|                              | GRUPO 4  |  |   |  |   |
|                              | GRUPO 5  |  |   |  |   |
| CONTROL                      | GRUPO 6  |  |   |  |   |
|                              | GRUPO 7  |  |   |  |   |
|                              | GRUPO 8  |  |   |  |   |
|                              | GRUPO 9  |  |   |  |   |
|                              | GRUPO 10 |  |   |  |   |

El diseño mixto inter – intra es aquel en el que se mezclan los efectos de variables intersujetos como en el diseño de grupos y los efectos de variables intrasujetos como en el diseño de medidas repetidas, en este diseño se realiza un diseño mixto inter – intra simple, con una variable independiente inter, una variable independiente intra y dos variables dependientes (satisfacción vital y satisfacción corporal). Se desarrollan diez grupos de 15 – 20 sujetos experimentales, distribuyéndolos para preservar la ortogonalidad, es decir, cinco grupos control y cinco grupos experimentales. La Elección del diseño mixto (inter – intra) para esta investigación obedece a los siguientes motivos:

1. Se hace necesario un diseño de medidas repetidas (intra), ya que se pretende diseñar un programa que mejore la imagen corporal de sus participantes, para apreciar si la



mejora es estadísticamente significativa en los participantes es necesario evaluar la imagen corporal antes y después del tratamiento, ya que la población elegida no cuenta con un baremo establecido en anteriores investigaciones científicas y los cambios evolutivos en las tendencias sociales de la población en relación a la imagen corporal aconsejan no tomar valores de otras épocas, para evitar que el efecto cohorte y generación invaliden las comparaciones realizadas.

2. También es necesario un diseño de comparación entre grupos experimental y de control para evaluar si la mejora producida se debe al tratamiento o es producto de la maduración experimental, si no hubiera grupos de control la fiabilidad de la utilidad del programa para mejorar la imagen corporal no podría ser evaluada en términos de causalidad, es decir, la mejora se debe al programa, solamente en términos correlacionales, es decir, se da por cierto que la imagen corporal correlaciona positivamente con el tratamiento, situación que no resulta suficiente para considerara al programa como válido y fiable para lo que fue diseñado.

La elección del diseño mixto inter–intra presenta las siguientes ventajas metodológicas en esta investigación:

1. Se reduce considerablemente el posible error debido a las diferencias interindividuales entre los participantes (error inter) debido a las mediciones pre y post tratamiento, reduciendo, por lo tanto, el posible error producido por la selección de la muestra.
2. Se reduce considerablemente el posible error debido a las diferencias intrasujeto (error intra) debido a las comparaciones entre grupos de control y grupos experimentales.
3. La reutilización de sujetos debido a las medidas repetidas de la variable dependiente reduce el número de sujetos experimentales necesarios para realizar la investigación.
4. El diseño mixto mejora la fiabilidad experimental de los resultados obtenidos con el tratamiento ya que libera a los resultados de las contaminaciones producidas por otras variables intervinientes, ya sean variables inter, intra o de control.
5. Este modelo permite cuantificar la mejora en imagen corporal debido al tratamiento, lo que supone una mayor transparencia experimental que permite que las posibles mejoras aplicadas al programa en el futuro puedan ser evaluadas como significativas comparándolas con los resultados obtenidos en esta investigación.

No obstante, el diseño mixto inter – intra también presenta inconvenientes para su uso, el más importante es el aumento considerable de los tipos de error a analizar, pese a que la suma de todos ellos es menor al error que se encuentra en los diseños de grupos simples o los diseños intrasujetos, cuyas conclusiones no son tan robustas, pero sí menos complejas para su análisis estadístico.

Respecto a la validez, el diseño planteado para esta investigación se trata de un diseño robusto que ofrece garantías en los distintos tipos de validez:

1. *Validez interna:* Hace referencia al grado de confianza con que puede inferirse si una relación causa – efecto entre dos o más variables es o no interpretable en el sentido apuntado por el experimentador. Para asegurar una adecuada validez interna se debe controlar los siguientes factores:
  - 1) *Historia:* Se trata de sucesos incontrolados que han tenido lugar en el transcurso de la investigación y que pueden afectar a los resultados. En esta investigación dado el pequeño paso de tiempo entre las medidas pre y post, y el escaso periodo en el que se llevan a cabo todos los programas es ciertamente improbable que ningún factor histórico pueda interactuar con el tratamiento afectando a la imagen corporal como variable dependiente.
  - 2) *Maduración:* Hace referencia a los cambios producidos en los participantes debido al paso del tiempo. En esta investigación se controlan los procesos madurativos a través de la comparación con los grupos de control y a través de un periodo de tiempo insuficiente como para producir cambios propios de estudios longitudinales.
  - 3) *Repetición de las medidas:* Posibles efectos debido a la práctica o el recuerdo de la anterior medida. La comparación de los grupos experimentales y de control solucionan este problema, por otra parte, al medir valoraciones subjetivas hace que la práctica no tenga una influencia tan importante en el resultado.
  - 4) *Instrumentación:* Si el instrumento de medida no es adecuado. En esta investigación se usa un instrumento de medida validado y baremado científicamente para evitar este problema.
  - 5) *Regresión hacia la media:* Ocurre cuando dos variables no correlacionan de forma perfecta. Este factor es particularmente relevante cuando se seleccionan sujetos en función de una puntuación extrema, que no es el caso de este estudio.
  - 6) *Selección:* Hace referencia a cuando no es posible asignar sujetos al azar a los grupos definidos por la variable independiente como en los diseños cuasiexperimentales. La distribución aleatoria de los conglomerados soluciona en gran medida esta cuestión.
  - 7) *Mortalidad experimental:* Se refiere a la pérdida de sujetos o unidades experimentales durante el estudio, ya que la pérdida no suele ser aleatoria. Se soluciona a través del compromiso de los participantes de



permanencia en el estudio hasta el final y participación activa en el mismo.

Este diseño separa eficientemente los efectos de las variables atributivas con el diseño de medidas repetidas, aísla los efectos debidos a la maduración con la comparación entre grupos experimentales y de control – placebo, y controla otras variables intervinientes a través de la selección de la muestra y la aleatorización. Se puede decir que tiene una alta validez interna equiparable a un diseño cuasiexperimental de laboratorio.

2. *Validez externa o ecológica:* Conciernen al grado de confianza o credibilidad con que puede concluirse si una relación causa – efecto encontrada entre dos o más variables es o no representativa, es decir, se puede ser generalizada a otros contextos distintos al utilizado por el investigador. El planteamiento previo al diseño del programa de los *Grupos de Discusión* favorecieron la validez ecológica del programa porque acercaron las teorías sobre la imagen corporal sobre las que se basa el programa a las vidas cotidianas de la población objeto de estudio. Otra circunstancia que favorece la validez ecológica es la creación de distintos grupos experimentales y de control en distintas localidades de la provincia de Zamora, lo que favorece que los resultados sean similares en otras replicaciones de la investigación.
3. *Validez de constructo:* Hace referencia a si el instrumento de medida mide con exactitud el constructo teórico que se pretende. El uso de un instrumento científico (BSQ adaptado por Raich y Mora, 1996) correctamente validado y baremado científicamente, favorece la validez de constructo de la investigación. Por otro lado, al basarse el programa diseñado (*“Imagina”*) en el programa PICTA (Maganto et. al. 2002) correctamente validado y baremado científicamente, también se favorece la validez de constructo del instrumento diseñado en esta investigación.

Para llevar a cabo este diseño se deben realizar los siguientes pasos sucesivos:

1. Seleccionar los conglomerados (localidades) y seleccionar las muestras elegidas para cada conglomerado teniendo en cuenta las variables y las circunstancias a controlar especificadas en el apartado referido a la selección de la muestra.
2. Distribución al azar de los conglomerados entre grupos experimentales y de control.
3. Realizar una evaluación pretratamiento de las variables dependientes.
4. Aplicación de los programas experimental y de control – placebo.
5. Realizar una evaluación postratamiento de las variables dependientes.
6. Realizar el análisis estadístico de los resultados obtenidos.
7. Extraer conclusiones de los resultados.

Cada diseño experimental lleva consigo la elección de un modelo matemático, y de recogida y análisis de datos, que optimice las conclusiones estadísticas a obtener, se profundiza en estas cuestiones en los siguientes apartados de este capítulo.

### 6.3.2. Instrumentos de recogida de datos

En el ámbito científico de la psicología experimental habitualmente suelen clasificarse las técnicas de recogida de datos entre técnicas observacionales y técnicas de autoinforme. Esta clasificación sirve para discriminar entre fuentes de datos verificables públicamente u objetivas y fuentes privadas de datos o subjetivas. Evidentemente resulta imposible o extremadamente complejo obtener datos observacionales de esta investigación que hagan referencia a la imagen corporal, al ser la imagen corporal un constructo psicológico complejo, por lo que esta investigación sigue un modelo de recogida de datos basado en las técnicas de autoinforme.

El principal problema que presentan las técnicas de autoinforme es precisamente la característica que las define, la subjetividad, esta subjetividad mejora usando técnicas contrastadas empíricamente y baremadas a la población objeto de estudio. En esta investigación se hace uso de dos técnicas de autoinforme definidas en los instrumentos de recogida de datos, el cuestionario, en el cual los sujetos experimentales responden sobre el papel a una serie de cuestiones relevantes para la investigación, y el test, en el cual las respuestas de los sujetos experimentales se combinan matemáticamente para obtener una o más puntuaciones indicativas de un constructo. Los tests mejoraran la objetividad de los datos recogidos y los cuestionarios aumentarán la riqueza de estos datos.

A la hora de la recogida de datos se debe tener en cuenta el control sobre dos posibles sesgos que amenazan la validez de los datos recogidos. Por un lado se debe controlar el “sesgo de reactividad”, que consiste en la generación de respuestas diferentes de los sujetos experimentales debido a la presencia de los experimentadores, y por otro lado se debe controlar el “sesgo de la expectancia”, producido por la generación de respuestas diferentes debido a las expectativas de los investigadores. La reactividad se combate a través de las comparaciones de los grupos de control con los grupos experimentales, ya que la reactividad en ambas condiciones será la misma y las puntuaciones se diferenciarán solamente en el cambio producido por el tratamiento. En lo referente a la expectancia está se combate a través de dos medidas:

- Autoinformes personales, anónimos y privados.
- Recordatorio por parte del monitor y de las instrucciones del test de la importancia de la sinceridad en la respuesta.



En cuanto a la fiabilidad de los datos recogidos, esta se garantiza a través de la utilización de varios monitores y la concordancia de sus puntuaciones, tanto en los grupos experimentales como de control.

Son utilizados dos instrumentos de autoinforme para este estudio, un test sobre satisfacción corporal que mejora la validez y la fiabilidad de los datos recogidos (Body Shape Questionnaire de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987, y adaptado a la población española por Raich, Torras y Figueras, 1996), y un cuestionario expresamente diseñado para esta investigación que otorga profundidad a los datos recogidos y facilita un análisis detallado en la investigación.

La medición de la satisfacción corporal (primera variable dependiente) se realiza a través de la medición pre y post tratamiento del test de insatisfacción corporal BSQ y de la primera parte del cuestionario pre y post tratamiento (Items 1-5), la medición de la satisfacción vital (segunda variable dependiente) se realiza a través de la segunda parte del cuestionario pre y post tratamiento (Items 6-10). Los cuestionarios de valoración de las actividades proporcionan criterios para la aceptación de la funcionalidad de las actividades dentro del programa.

En los subapartados siguientes se describen estos instrumentos de evaluación que pueden ser visionados en los ANEXOS incluidos en esta Tesis Doctoral.

### **6.3.2.1. BSQ**

Es necesaria la utilización de un instrumento científico correctamente validado y baremado para medir la satisfacción corporal en esta investigación debido a los siguientes motivos:

- Se debe mejorar la validez interna de la investigación y de los instrumentos diseñados para evaluarlo a través del contraste de los resultados obtenidos con un instrumento validado científicamente para medir la satisfacción corporal, esto ofrece garantías de que los instrumentos diseñados (cuestionarios de evaluación) miden la satisfacción corporal como se pretende y son sensibles a las variaciones en satisfacción corporal.
- La utilización de un instrumento con un baremo previamente establecido mejorará la fiabilidad de las medidas en las variables dependientes ya que proporcionan un criterio válido para considerar las preocupaciones por el aspecto de los sujetos experimentales como normales, bajas o excesivas.

Teniendo en cuenta estas circunstancias, el instrumento elegido para realizar una evaluación pre y post tratamiento en la investigación es el BSQ (Body Shape Questionnaire) de

Cooper et. al. (1987) y adaptado a la población española por Raich, Torras y Figueras (1996). La decisión de utilizar este instrumento por encima de otros instrumentos a priori más adecuados y completos se fundamentó en las siguientes cualidades que presenta el BSQ:

- *Se trata de un test corto (34 items).* Esta es una cualidad fundamental porque la población objeto de estudio (personas de 50 a 75 años) requiere de un test corto que no les provoque fatiga al realizarlo que pueda invalidar los resultados.
- *Está adaptado a la población española.* Esta cualidad supone más grado de generabilidad y comprensión del mismo para la muestra elegida y presencia de un baremo adecuado, por encima de otros instrumentos solamente traducidos al idioma español.
- *Se trata de una prueba específica para valorar la insatisfacción corporal.* Por lo que no requiere de analogías entre diversos indicadores.
- *Presenta gran facilidad de aplicación.* Se responde en una escala de frecuencia de seis puntos (1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = A veces, 4 = A menudo, 5 = Muy a menudo, 6 = Siempre), de modo que el rango de la prueba es 34 – 204. Esta cualidad es importante ya que debido las características propias de la población objeto de estudio los tests que requieran razonamientos complejos o abstractos podrían presentar dificultades de aplicación a esta población.
- *La fiabilidad de este cuestionario ha quedado asegurada con los altos índices de consistencia interna.* Obtenidos en el estudio de adaptación realizado por Raich, Torras y Figueras (alfa de Cronbach entre 0,95 y 0,97).
- *El BSQ presenta una elevada validez concurrente con otros instrumentos similares.* Como el *Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire* (MBSRQ) y la subescala de insatisfacción corporal del *Eating Disorders Inventory* (EDI) (Raich et. al. 1996).

El BSQ es un test muy fácil y rápido de cumplimentar, y otorga una única puntuación elaborada a partir de cuatro factores asociados a la satisfacción corporal. Los factores que evalúa son: Insatisfacción corporal, Miedo a engordar, Sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y Deseo de perder peso. Está especialmente diseñado para muestras de mujeres pero también se ha aplicado sobre hombres.

La adaptación española de Raich et. al. (1996) cuenta con un baremo establecido que diferencia las siguientes categorías de insatisfacción corporal:

- Insatisfacción Inexistente: Puntuaciones entre 0 y 80.
- Insatisfacción Leve: Puntuaciones entre 81 y 110.
- Insatisfacción Moderada: Puntuaciones entre 110 y 140.



- Insatisfacción Extrema: Puntuaciones más altas de 140.

### 6.3.2.2. Cuestionarios de evaluación

Los cuestionarios de evaluación utilizados en este estudio han sido diseñados ad hoc para el programa. De este modo los cuestionarios logran ajustarse más fácilmente a las demandas de la investigación. Las posibles deficiencias en validez y fiabilidad derivadas de la no validación previa de estos cuestionarios se subsanan en gran parte gracias a la utilización del BSQ (versión española de Raich et. Al., 1996), como test complementario que valida los resultados obtenidos en los cuestionarios en la medida en que sus resultados covarían.

Se han desarrollado dos tipos de cuestionarios para la investigación. Por un lado los cuestionarios pre y post tratamiento pretenden evaluar las dos variables dependientes de la investigación a través del planteamiento de cuestiones que provoquen respuestas relacionadas con la satisfacción corporal (parte que relaciona estos cuestionarios con el BSQ) y la satisfacción vital. Por otra parte, los cuestionarios de actividades tienen la función de evaluar internamente el funcionamiento de las actividades del programa con el objetivo de validar la funcionalidad de todas las actividades planteadas y desarrolladas en el programa diseñado para mejorar la imagen corporal "*Imagina*". A continuación se presenta de manera pormenorizada las características del cuestionario pre – test, los cuestionarios de evaluación de las actividades y el cuestionario post – test, expuestos en este orden cronológico de aplicación en el programa "*Imagina*".

#### *Cuestionario pre-test*

Este cuestionario forma parte de la inscripción como participante al programa experimental o de control. En este cuestionario se valoran datos personales del participante como sexo, edad, localidad de residencia o estado civil. Consta de diez cuestiones a valorar en una escala de 0 a 10 (se ha elegido esta escala para facilitar a las personas de avanzada edad un modelo sencillo de valoración de las actividades, similar al sistema de evaluación escolar tan popular), la mitad de estas cuestiones están relacionadas con la primera variable dependiente del estudio, la satisfacción corporal, la segunda mitad de estas cuestiones tiene que ver con la segunda variable dependiente del estudio, la satisfacción vital. A mayor puntuación menor satisfacción corporal y vital. No se han incluido ítems en sentido inverso para evitar la aquiescencia porque las dobles negaciones confunden a las personas de edades más avanzadas.

Este cuestionario se aplica antes de realizar cualquier actividad del programa, incluso antes de explicar los objetivos de la investigación, con el propósito de reflejar la puntuación desde la que parten los participantes antes de iniciar el programa en las cuestiones que se plantean.



### *Cuestionarios de evaluación de las actividades*

Los cuestionarios de las actividades tienen la función de evaluar la utilidad y el grado de satisfacción de los participantes a los programas “*Imagina*”, por lo que solamente se aplican a los grupos experimentales.

Debido a la información proporcionada se podrá, en posteriores versiones del diseño del programa, eliminar, añadir, o modificar actividades que mejoren el resultado final del programa “*Imagina*” y se mejoren los resultados.

Otra función de estos cuestionarios es evaluar el funcionamiento del grupo en el programa y subsanar posibles errores de ejecución de las actividades antes de que éstos pudieran invalidar los resultados obtenidos. Por ejemplo, proporcionan información sobre la motivación de los participantes, la fatiga acumulada, o el grado de comprensión de las actividades más complejas.

Estos cuestionarios no ejercen influencia sobre el modelo matemático de análisis de los resultados pero mejoran la validez y la fiabilidad de la aplicación del tratamiento, al servir de sistema activo de control de calidad de aplicación del tratamiento al grupo.

Los cuestionarios se aplican una vez finalizada cada sesión y las cuestiones versarán sobre la satisfacción de los participantes con las actividades realizadas en funcionalidad, entretenimiento y duración de la actividad en una escala de 0 – 10. Se ha elegido esta escala para facilitar a las personas de avanzada edad un modelo sencillo de valoración de las actividades, similar al sistema de evaluación escolar tan popular.

El monitor del grupo tiene la obligación de inspeccionar los cuestionarios de las actividades de todos los participantes al programa “*Imagina*” una vez finalizada cada sesión con el objetivo de subsanar errores de aplicación lo antes posible.

### *Cuestionario post-test*

Este cuestionario forma parte de la evaluación final del programa “*Imagina*” y en los programas de control es un documento anexo a la evaluación final del programa que se realice. Consta de diez cuestiones a valorar en una escala de 0 a 10 (se ha elegido esta escala para facilitar a las personas de avanzada edad un modelo sencillo de valoración de las actividades, similar al sistema de evaluación escolar tan popular), la mitad de estas cuestiones están relacionadas con la primera variable dependiente del estudio, la satisfacción corporal, la segunda mitad de estas cuestiones tiene que ver con la segunda variable dependiente del estudio, la satisfacción vital. A mayor puntuación menor satisfacción corporal y vital. Al igual que en el cuestionario pre tratamiento no se han incluido items en sentido inverso para evitar



la aquiescencia porque las dobles negaciones confunden a las personas de edades más avanzadas. La principal diferencia con el cuestionario pre tratamiento es que las cuestiones evalúan la mejora percibida a través de la participación en el programa a través de cuestiones, lo más equivalentes posible a las cuestiones del cuestionario pre tratamiento.

Este cuestionario se aplica al finalizar el tratamiento y muestra la mejora debida al tratamiento a través de valorar la diferencia con la medida del cuestionario pre tratamiento.

### 6.3.3. Modelo de análisis de datos

Una vez desarrollado el diseño experimental de la investigación y propuesto el modelo de recogida de datos, el paso siguiente es especificar el modelo de análisis de datos. A través del modelo de análisis de datos se tratan los datos recogidos en la investigación para contrastar las hipótesis planteadas a priori con la realidad y se comprueba si las hipótesis planteadas se pueden considerar como ciertas o falsas con un grado de confianza elevado (no se debe olvidar que se habla de estadística).

El modelo de análisis de datos requiere del planteamiento de pruebas estadísticas que se concretan en una ecuación matemática. En este estudio, al tratarse de un diseño mixto inter–intra dentro del modelo lineal general con dos variables dependientes, es decir multivariado y multivariable o doblemente multivariante, la ecuación matemática saliente es doble, la misma ecuación para cada variable dependiente. La ecuación concreta es la siguiente:

$$Y_{ijk} = \mu + \alpha_j + \beta_k + (\alpha\beta)_{jk} + \pi_{i/j} + (\beta\pi^2)_{ik/j} + \varepsilon_{ijk}$$

La traducción teórica de los símbolos matemáticos es la siguiente:

- $Y_{ijk}$  = La puntuación en la variable dependiente de un sujeto (i) en función de la variable independiente intra (j) y la variable inter (k). Es decir, la puntuación obtenida por un sujeto experimental en función del tratamiento aplicado (“*Imagina*” o control) y en función de la medida (pre o post tratamiento).
- $\mu$  = Media total del grupo (nivel del que parte el sujeto experimental). Es decir, la puntuación de nivel en satisfacción corporal o satisfacción vital de la que parte el sujeto experimental por pertenecer al grupo de las personas mayores de 50 años en España.
- $\alpha_j$  = Efecto del tratamiento intra. Es decir, efecto del momento de medida (pre y post tratamiento) sobre la satisfacción corporal o la satisfacción vital.

- $\beta_k$  = Efecto del tratamiento. Es decir, efecto del programa “*Imagina*” o control sobre la satisfacción corporal o la satisfacción vital.
- $(\alpha\beta)_{jk}$  = Efecto de la interacción de la variable inter e intra sobre la variable dependiente.
- $\pi_{i/j}$  = Efecto del sujeto como fuente de variación sobre la variable dependiente.
- $(\beta\pi^2)_{ik/j}$  = Efecto de la interacción de la fuente de variación debida al sujeto y el tratamiento sobre la variable dependiente.
- $\epsilon_{ijk}$  = error residual de la investigación, bajo el diseño elegido este error es debido solamente a posibles irrelevancias aleatorias y posibles errores de medida.

La técnica de análisis de datos que mejor se adecua a este modelo matemático de investigación es el *ANOVA de medidas repetidas*, ya que nos ofrece las siguientes ventajas:

- Permite estudiar el efecto de factores intrasujetos.
- Permite además estudiar el efecto combinado de varios factores intersujetos (análisis multivariable) asociados a los factores intrasujetos.
- Permite la inclusión de varias variables dependientes (análisis univariado y multivariado en el mismo análisis).

No obstante, el *ANOVA de medidas repetidas* también requiere del cumplimiento de tres supuestos del modelo, el supuesto de normalidad, el supuesto de independencia y el supuesto de esfericidad. El supuesto de normalidad requiere que las observaciones de cada unidad de análisis sean extraídas de una población con distribución normal multivariada, condición que cumple este estudio. El supuesto de independencia supone la independencia entre las observaciones correspondientes a los distintos sujetos, situación que se garantiza con la privacidad de las respuestas extraídas de la reflexión personal de los participantes en el estudio. Por último, el supuesto de esfericidad implica la igualdad de varianzas de las diferencias entre los tratamientos, es decir, la matriz de covarianzas debe tener igual varianza de diferencia entre todos los pares de puntuaciones, situación que cumple este estudio ya que con solo dos mediciones intra (pre y post tratamiento) obviamente la covarianza es igual a sí misma (Huynh y Feldt, 1970, Rouanet y Lepine, 1970, Mena, 2003).



También es necesario prestar atención a las siguientes recomendaciones:

- Es recomendable mantener la ortogonalidad del estudio, ya que facilita los cálculos estadísticos. Esta cuestión se cumple a través de la distribución del mismo número de sujetos y grupos a cada una de las dos condiciones experimentales.
- En los diseños con variables intra la validez interna y de constructo deben ser exquisitas, lo mismo que la fiabilidad en las variables de registro.
- En lo referente a la validez de la conclusión estadística se ha de cuidar el tamaño de la muestra, ya que ha sido ampliamente demostrada la baja potencia de todos los estadísticos con grupos menores de 30 sujetos. Tras un análisis exhaustivo de los resultados de investigación Keselman (1998) recomienda, para garantizar la potencia, que  $n_{j(min)}$  debe ser 3 ó 4 veces mayor que  $(q-1)$  para poner a prueba el tratamiento y la interacción respectivamente bajo distribución normal. Estos dígitos deben ser mayores (5 ó 6) si la distribución es no normal. Mena (2004) y Vallejo (2002) entre otros, también apoyan esta advertencia. En este estudio 5 + 5 grupos es más que suficiente para cumplir esta recomendación.
- Se debe mimar la arquitectura de la muestra: cuidar que no exista pérdida de sujetos experimentales, de ocasiones de medida o de registro de las mismas durante el desarrollo de la investigación, además de hacerlo en intervalos regulares si es posible, todo ello con ánimo de que el diseño esté convenientemente balanceado (Vallece y Green, 2002). Como el diseño elegido no es longitudinal es más sencillo conseguir que el diseño sea balanceado u ortogonal, incluyendo el mismo número de sujetos por grupo, que en los longitudinales, ya que en éstos se produce con más frecuencia pérdidas de sujetos a lo largo de los distintos puntos temporales.
- El grado de confianza de la investigación es recomendable que sea de al menos un 95% ( $\alpha = .05$ ). No es necesario que sea superior ya que la investigación no lo requiere para tomar decisiones difíciles.

El proceso de análisis de los datos obtenidos en una investigación en el ámbito de la psicología científica suele requerir del uso de lo que se conoce instrumentos estadísticos informatizados de análisis de datos, debido a la complejidad de las operaciones estadísticas a realizar. Estas técnicas informatizadas de análisis de datos permiten el análisis simultáneo de las complejas relaciones entre múltiples variables sin incrementar la tasa de error de la investigación. Existen numerosos instrumentos de análisis de datos que varían en complejidad, profundidad, rango de operaciones a realizar, etc. Sin duda el más popularizado de todos estos instrumentos es el *SPSS*, instrumento elegido en esta investigación.

El *SPSS (Statistical Product and Service Solutions)* es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias psicosociales y empresas de investigación de mercado. Originalmente *SPSS* era el acrónimo de *Statistical Package for the Social Sciences*. En la

actualidad la sigla designa tanto el programa como la empresa que lo produce. Para describir este amplio paquete informático sobre estadística para la investigación se utiliza la información disponible en la enciclopedia libre informatizada Wikipedia (2007).

Fue creado en 1968 por Norman H. Nie, C. Hadlai (Tex) Hull y Dale H. Bent. Entre 1969 y 1975 la Universidad de Chicago por medio de su National Opinión Research Center estuvo a cargo del desarrollo, distribución y venta del programa. A partir de 1975 corresponde a SPSS Inc. Originalmente el programa fue creado para grandes computadores. En 1970 se publica el primer manual de usuario del SPSS por Nie y Hall. Este manual populariza el programa entre las instituciones de educación superior en EE.UU. En 1984 sale la primera versión para computadores personales.

Como programa estadístico es muy popular su uso debido a la capacidad de trabajar con bases de datos de gran tamaño. En la versión 12 es de 2 millones de registros y 250.000 variables. Además, de permitir la recodificación de las variables y registros según las necesidades del usuario. El programa consiste en un módulo base y módulos anexos que se han ido actualizando constantemente con nuevos procedimientos estadísticos. Actualmente, compete no solo con softwares licenciados como lo son SAS, MatLab o Stata, sino también con software de código abierto y libre, de los cuales el más destacado es el Lenguaje R, no obstante SPSS es el programa más usado y popularizado en la investigación en el ámbito de la psicología. La última versión disponible es el SPSS 16 salido al mercado en 2006.

Los motivos por los que se ha elegido este programa para esta Tesis Doctoral son la gran amplitud de opciones que ofrece, la multiplicidad de la salida de datos, que facilita la presentación de los resultados en tablas o gráficas, y a su gran facilidad de manejo teniendo en cuenta la gran amplitud de recursos disponibles

El SPSS se compone de un sistema de módulos adicionales a la base principal. Algunos de los módulos disponibles son (Wikipedia 2007):

- Modelos de Regresión
- Modelos Avanzados
  - Reducción de datos: Permite crear variables sintéticas a partir de variables colineales por medio del Análisis Factorial.
  - Clasificación: Permite realizar agrupaciones de observaciones o de variables (*cluster analysis*) mediante tres algoritmos distintos.
  - Pruebas no paramétricas: Permite realizar distintas pruebas estadísticas especializadas en distribuciones no normales.



- *Tablas:* Permite al usuario dar un formato especial a las salidas de los datos para su uso posterior. Existe una cierta tendencia dentro de los usuarios y de los desarrolladores del software por dejar de lado el sistema original de TABLES para hacer uso más extensivo de las llamadas CUSTOM TABLES.
- *Tendencias.*
- *Categorías:* Permite realizar análisis multivariados de variables normalmente categorías. También se pueden usar variables métricas siempre que se realice el proceso de recodificación adecuado de las mismas.
- *Análisis Conjunto:* Permite realizar el análisis de datos recogidos para este tipo específico de pruebas estadísticas.
- *Mapas:* Permite la representación geográfica de la información contenida en un fichero.
- *Pruebas Exactas:* permite realizar pruebas estadísticas en muestras pequeñas.
- *Análisis de Valores Perdidos:* Regresión simple basada en imputaciones sobre los valores ausentes.
- *Muestras Complejas:* permite trabajar para la creación de muestras estratificadas, por conglomerados u otros tipos de muestras.
- *SamplePower* (cálculo de tamaños muestrales)
- *Árboles de Clasificación:* Permite formular árboles de clasificación y/o decisión con lo cual se puede identificar la conformación de grupos y predecir la conducta de sus miembros.
- *Validación de Datos:* Permite al usuario realizar revisiones lógicas de la información contenida en un fichero .sav. y obtener reportes de los valores considerados extraños. Es similar al uso de sintaxis o scripts para realizar revisiones de los ficheros. De la misma forma que estos mecanismos es posterior a la digitalización de los datos.
- *SPSS Programmability Extension* (SPSS 14 en adelante). Permite utilizar el lenguaje de programación Python para un mejor control de diversos procesos dentro del programa que hasta ahora eran realizados principalmente mediante scripts (con el lenguaje SAX Basic). Existe también la posibilidad de usar las tecnologías .NET de Microsoft para hacer uso de las librerías del SPSS. Aunque algunos usuarios han cuestionado sobre la necesidad de incluir otros lenguajes, la empresa no tiene esto entre sus objetivos inmediatos.

## 6.4. Elección de la muestra

Cuando es imposible realizar un censo de población objeto de estudio para realizar la investigación, por amplitud y dispersión de sujetos experimentales, como en esta investigación, se debe elegir una muestra que simbolice un extracto representativo de la población objeto de estudio. Si la muestra no está correctamente elegida no representa adecuadamente a dicha población y las conclusiones que se pueden extraer de la investigación nunca se pueden generalizar a la población objeto de estudio y la investigación al completo carece de sentido y utilidad científica. Esta argumentación justifica la importancia de una elección escrupulosa de la muestra que forma parte de la investigación de campo desarrollada.

La población objeto de estudio de esta investigación son las personas mayores de 50 años en proceso de madurez personal o vejez, sin impedimentos físicos o problemas serios de salud. La investigación pretende evaluar cómo funciona el programa de mejora de la imagen corporal diseñado para esta población, y la muestra elegida debe tener estas características generales. Por otra parte, la muestra debe ser concorde con las tendencias demográficas y sociales de la población española y las tendencias previstas de evolución futuras para que los resultados obtenidos no se invaliden con el paso de unos pocos años. Según estas circunstancias y los objetivos de la investigación la muestra elegida debe tener las siguientes características:

- Edades comprendidas entre 50 y 75 años con distribución normal de la población (curva de Gauss).
- Los grupos estarán formados por personas de ambos sexos, con ligera desproporción a favor de las mujeres. Tal y como se da en la distribución de la población española por sexos a esas edades.
- Distribución normal de las siguientes variables en los grupos a través de la aleatorización: Personalidad, Historia vital, Aspecto Físico Real y Percibido, ideal físico personal, Red Social, Jubilación Laboral – Actividades diarias
- El estado de salud de los participantes debe ser aceptable (carecer de enfermedades graves o crónicas importantes y carecer de deficiencias físicas asociadas a la edad), ya que una mala salud es una variable de alta contaminación en el estudio porque trivializa la preocupación por la apariencia física, que es el constructo psicológico sobre el que interviene el programa diseñado.
- El estado anímico de los participantes debe ser positivo, evitando estados anímicos como el triste y el ansioso o preocupado en mayor medida.
- Deben haber grupos de distintos extractos sociales (ambiente rural y urbano) para que esta variable no contamine la investigación.



- Los distintos estados civiles generales (casados, solteros, viudos, divorciados – separados) deben estar presentes en todos los grupos de aplicación.

Una vez elegida la muestra cumpliendo todas las condiciones anteriores llega el momento de la distribución de los sujetos experimentales, circunstancia de gran importancia para la investigación porque el método científico experimental que se pretende aplicar exige cómo segunda condición necesaria la aleatorización (la primera condición es la manipulación). La aleatorización supone la distribución aleatoria de los sujetos a los grupos experimental o de control, es decir, todos los sujetos experimentales tienen las mismas posibilidades de participar en un grupo de control o experimental. Dentro de esta investigación esta condición se cumple a través de un muestreo por conglomerados en el que los conglomerados experimentales o de control tienen una distribución al azar en la investigación. La distribución de los conglomerados no es aleatoria pura, sino que se garantiza que ambas condiciones (experimental y control) estén equilibradas, y tengan en mismo número de muestra (n) para que el estudio pueda considerarse ortogonal y favorecer así el posterior análisis estadístico, esta circunstancia puede considerarse cómo una amenaza a la aleatorización de la muestra por lo que el estudio debe considerarse cómo diseño cuasiexperimental.

Pese a que el muestreo aleatorio simple es la mejor distribución para garantizar la aleatorización de la muestra en la investigación, se ha optado por el muestreo por conglomerados debido a los siguientes motivos:

- La variable de bloqueo “*entorno*” implica el desarrollo de los distintos grupos de aplicación según los dos grados de la variable (ambiente rural y urbano) en localidades distintas, ya que es imposible encontrar un lugar de aplicación que sea a la vez urbano y rural. Esta circunstancia conlleva la imposibilidad de que todos los sujetos puedan distribuirse al azar en los grupos de aplicación según ordena el muestreo aleatorio simple y tampoco se distribuyen según una variable atributiva como en el muestreo estratificado. Por el contrario, el muestreo por conglomerados permitiría la distribución de los sujetos en grupos dentro de sus conglomerados rurales o urbanos y seguiría permitiendo la aleatorización de los sujetos en los grupos experimental o de control a través de una distribución al azar de los conglomerados experimentales o de control.
- La aplicación del programa “*Imagina*” implica la participación de los sujetos experimentales a lo largo de varias horas, en varias sesiones de trabajo. Esta circunstancia supone que la cercanía al lugar de aplicación sea un aspecto esencial para evitar la mortalidad experimental, que sucede si la participación en la investigación se vuelve costosa para el sujeto experimental. Crear grupos según un conglomerado artificial en una localidad concreta facilita el compromiso de los sujetos experimentales a desarrollar todas las actividades.



- El muestreo por conglomerados facilita la obtención rápida de una muestra experimental ya que son los mismos vecinos y amigos los que se animan mutuamente a la participación inicial en el programa “*Imagina*” y los que fomentan la continuidad de la participación en el programa de todos los participantes, en mayor medida que si los grupos se forman artificialmente sin tener nada en común.
- El programa “*Imagina*” requiere de la participación activa y de la interacción social entre los sujetos experimentales para completar la mayoría de las actividades planteadas, estos requisitos se cumplirán con más facilidad en grupos que comparten características sociales comunes como estar empadronados en la misma localidad y ser vecinos.

Los motivos anteriores justifican la elección del muestreo por conglomerados como el elegido para esta investigación, no obstante la elección de este tipo de muestreo no está exenta de dificultades a superar en la investigación. Las más relevantes son las siguientes:

- El error estándar es mayor que en el muestreo aleatorio simple o estratificado.
- El cálculo del error estándar en este tipo de muestreo es más complejo.

## 6.5. Lugar y ámbito de actuación

El objetivo de este apartado es situar esta investigación que en un lugar y ámbito concreto que permita extraer unas conclusiones lo más generalizables posibles. Para lograr este objetivo no resulta suficiente situar la investigación en un lugar específico de la geografía española que sea representativo de la población y condiciones que se investigan, lo que proporcionaría una adecuada validez ecológica al estudio, sino que también se hace necesario localizar la investigación en el ámbito correcto desde el cual se desarrolle el estudio de campo de la forma más aconsejable posible para garantizar la fiabilidad de los resultados que se obtengan. Son estos motivos los que justifican la dualidad de este capítulo entre la localización física, que garantice la validez ecológica, representada por el primer apartado dedicado a los lugares de actuación, y la localización referente al ámbito de actuación, que garantice la fiabilidad de los resultados obtenidos, representada por el segundo apartado dedicado al ámbito de actuación.

### *Lugares de actuación*

Para la investigación realizada, teniendo en cuenta los objetivos planteados, se han elegido lugares de actuación que garanticen encontrar las condiciones necesarias para aplicar el programa diseñado para mejorar la imagen corporal de las personas mayores de 50 años



con una adecuada validez de los resultados que se obtengan. Las condiciones que debían cumplir los lugares de actuación eran las siguientes:

- Las localidades deben representar la proyección demográfica futura de la población española, en la que el porcentaje de personas mayores respecto a la población de personas de otras edades está en considerable aumento, llegando a índices que generen preocupación social.
- Las localidades deben de tener unas adecuadas comunicaciones con el resto de la comunidad española, en el sentido de TV, radio, fiestas patronales, y una adecuada vida social dentro de la localidad.
- La población residente en la localidad deberá ser variable entre localidades propias del medio rural con buenas comunicaciones con el exterior y localidades urbanas.
- La localidad no deberá estar inmersa en alguna otra preocupación social de gran relevancia que impida centrarse en el trabajo elaborado a los participantes al programa, es decir, no deben tener grandes crisis sociales, estar amenazados por desastres naturales, etc.
- La proporción de hombres y mujeres será cercana al 50% de la población total del municipio.
- La localidad deberá tener suficientes personas mayores de 50 años como para formar un grupo heterogéneo, con hombres y mujeres de diferentes edades y condiciones sociales, para desarrollar el programa de mejora de la imagen corporal de personas mayores de 50 años en su comunidad.

Se han elegido localidades de la provincia de Zamora que cumplen todos los requisitos planteados para desarrollar la investigación. La elección de la provincia de Zamora está relacionada con la primera condición que deben cumplir todas las localidades donde se desarrolle el programa ya que las características demográficas de la provincia de Zamora son un fiel reflejo de la proyección futura de la población española a nivel estatal. A continuación se describen de forma general las características más significativas de la provincia de Zamora.

#### Provincia de Zamora

Zamora, situada en el noroeste del estado español, en la cuenca del río Duero, limita con León y Orense al Norte, con Portugal al Oeste, con Valladolid al Este y con Salamanca al sur. Su clima es de estilo continental no sufriendo, ni inviernos, ni veranos especialmente duros. La provincia se encuentra en la zona norte de la meseta central y no cuenta con terrenos elevados que formen cordilleras altas que limiten las comunicaciones debido a posibles temporales. Se trata de la provincia española que tiene el índice más alto de población mayor de toda España, el 28% de los 197.492 habitantes de la provincia son

mayores de 65 años, cuenta con una capital de provincia de 69.280 habitantes (datos extraídos de Instituto Nacional de Estadística el 1 de Enero de 2006) y con dos urbes, capitales de comarca, con más de 10.000 habitantes (Benavente: 18.675, Toro: 10.120). La proporción de mujeres y varones es de 51% mujeres y 49% hombres (datos extraídos de Instituto Nacional de Estadística el 1 de Enero de 2006). Todos estos datos referidos a la provincia de Zamora llevan a la conclusión de que se trata de la mejor provincia para realizar estudios con personas mayores de todo el territorio español y la más adecuada para llevar a cabo esta investigación.

Se han elegido para desarrollar el programa diseñado para mejorar la imagen corporal de las personas mayores de 50 años siete localidades de la provincia de Zamora. Las localidades elegidas han sido Zamora (capital de provincia), Benavente, Fuentesauco (capitales de comarca), Villarrín de Campos, San Juan del Rebollar, Muga de Sayago y morales del Vino (pequeñas localidades). De esta forma el programa experimental y de control se habrá desarrollado a través de dos grupos en una gran urbe de más de 50.000 habitantes, en una localidad mayor de 10.000 habitantes, una localidad de entre 1.000 y 2.000 habitantes y dos pequeñas localidades inferiores a 1.000 localidades. A continuación se realiza una pequeña descripción de cada localidad.

#### *“Zamora”*

Zamora está situada en la zona central de la provincia (ver figura 25), según datos a 1 de enero de 2006 (INE, 2006) consta de 66.135 habitantes, aunque las últimas estimaciones relativas al censo de población sitúan la población de Zamora en cifras cercanas a los 70.000 habitantes. Es la capital de la provincia por lo que se trata del centro económico e industrial de la provincia y su población virtual (población que no está empadronada en la localidad pero que reside o pasa la mayor parte del día en ella) es mucho mayor que su población real. Se realizan dos grupos de aplicación para cada condición experimental (experimental y control).

#### *“Benavente”*

Benavente está situada en la zona norte de la provincia (ver figura 25), por su localización, situada a medio camino de Zamora y León y atravesada por la autovía A6 y la ruta del AVE que une Madrid y La Coruña, se trata de una localidad de gran importancia económica y social en Castilla y León. Se trata de la localidad más grande de la zona norte de la provincia y segunda en importancia y tamaño en la provincia detrás de Zamora capital. Es capital de la comarca del mismo nombre y tiene 18.675 habitantes empadronados a 1 de enero de 2006 (INE 2006). Se realiza un grupo de aplicación para cada condición experimental.



#### *“Morales de Toro”*

Morales de Toro está situada en la zona Este de la provincia en la comarca de Toro, a 37 km. (20 minutos de trayecto) por la autovía A11 de Zamora capital de provincia (ver figura 25). Es una localidad adosada a la localidad de Toro (10.120 habitantes). A 1 de enero de 2006 tiene 1.075 habitantes empadronados (INE 2006) pero su población virtual debido a la producción de vino con denominación de origen “Toro” y a su cercanía con esta localidad es mucho mayor.

#### *“Fuentesaúco”*

Fuentesaúco está situado en la zona Sureste de la provincia (ver figura 25), es capital de la comarca del mismo nombre, comarca productora de los garbanzos de Fuentesaúco, los más famosos y de mayor calidad del territorio español, que centran la economía de la comarca. Se trata de la localidad más grande de la zona sur de la provincia con 1.918 habitantes empadronados a 1 de enero de 2006 (INE 2006).

#### *“Villarrín de Campos”*

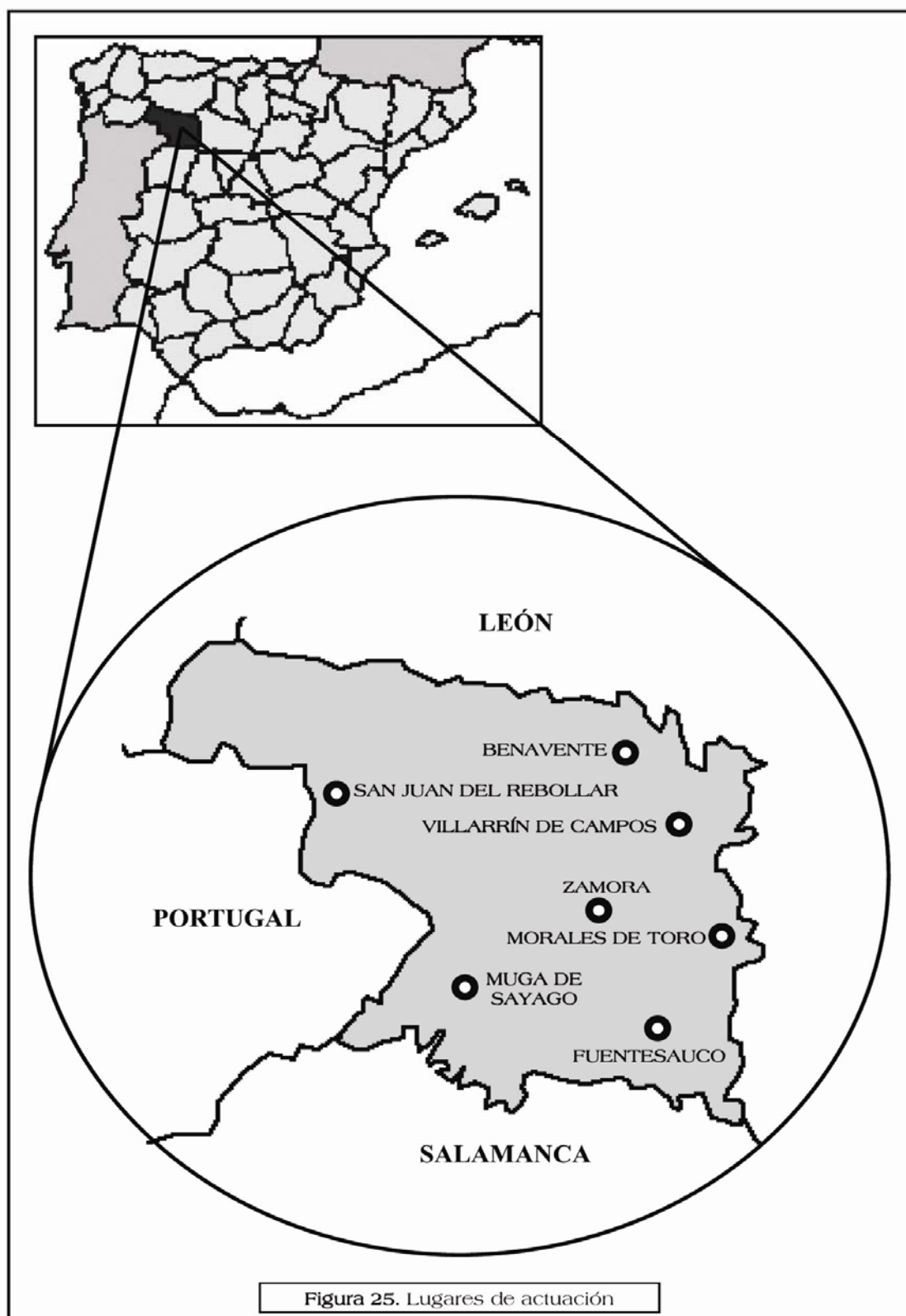
Villarrín de Campos está situado en la zona Noroeste de la provincia en la comarca de Villalpando (ver figura 25), dentro del entorno natural protegido, patrimonio de la humanidad por su riqueza avícola, de las Lagunas de Villafafila, por lo que se la puede considerar una localidad típicamente rural dentro de un entorno natural de gran riqueza. A 1 de enero de 2006 cuenta con 587 habitantes empadronados (INE 2006).

#### *“San Juan del Rebollar”*

San Juan del Rebollar es una pequeña localidad situada en la zona Oeste de la provincia de Zamora en la comarca de Aliste a 70 Km. De la capital de la provincia de Zamora (ver figura 25). Se trata de una localidad típicamente rural en la que su principal medio económico es la agricultura y el ganado. A 1 de enero de 2006 cuenta con 312 habitantes empadronados (INE 2006).

#### *“Muga de Sayago”*

Muga de Sayago es una pequeña localidad situada en la zona Suroeste de la provincia de Zamora en la comarca de Sayago a 50 Km. de la capital de la provincia de Zamora (ver figura 25). Se trata de una localidad típicamente rural en la que su principal medio económico es la agricultura y el ganado. A 1 de enero de 2006 cuenta con 495 habitantes empadronados (INE 2006).





## Ámbito de actuación

El programa diseñado pretende mejorar la imagen corporal de los participantes. Para lograr este objetivo el programa provoca un cambio en la persona que derive en la mejora sustancial de sus condiciones de vida cotidianas en los aspectos de su vida relacionados con la imagen corporal, es decir, el programa se enfoca sobre una serie de circunstancias y características personales relacionadas con la imagen corporal, lo que se conoce como el ámbito de aplicación del programa. Se define, por lo tanto, como ámbito de aplicación, al conjunto de áreas personales de los participantes que se pretende mejorar con su participación en el programa. Este ámbito de aplicación estaría configurado por las siguientes áreas:

- Área de autoconocimiento personal: Percepción del propio cuerpo, percepción de las características, limitaciones y posibilidades propias.
- Área de valoración personal: Autoestima, autoconcepto, autoeficacia.
- Área de las relaciones interpersonales: Inteligencia emocional, habilidades sociales.
- Área educativa: Formación e información útil y real sobre cuestiones sobre las que influyen mitos negativos.
- Área cognitiva: Planteamiento de expectativas y metas realistas, correcta interpretación del entorno, razonamiento lógico, creencias racionales.

Los cambios provocados sobre los participantes debido a su participación en el programa deberían encuadrarse en algunas, o en todas, estas áreas, lo que supondría que el ámbito de aplicación planteado en esta investigación estaría acertado. A continuación se describen con más detalle la configuración de estas áreas del ámbito de aplicación.

- Área de autoconocimiento personal: Se trata de un área de conflicto permanente en relación a la imagen corporal porque suele ser origen y final de los problemas que se desarrollan. Según multitud de estudios científicos una gran mayoría de personas con problemas relacionados con la imagen corporal presentan deficiencias en la percepción de su cuerpo y de las características y limitaciones personales, siendo la dismorfia una característica distintiva de los trastornos de la imagen corporal más importantes (Anorexia y bulimia nerviosa, vigorexia, trastorno dismórfico). Es muy importante, por lo tanto, que el programa diseñado promueva el autoconocimiento personal y la buena percepción del cuerpo propio y que esta área reciba una importante atención a lo largo de todo el programa para que los participantes mejoren sensiblemente su autoconocimiento y la percepción corporal a través de las actividades realizadas en el programa.

- Área de valoración personal: Según la investigación científica un tercio de la autoestima de una persona está íntimamente relacionada con su imagen corporal. Por otra parte, la apariencia física es uno de los componentes más importantes del autoconcepto. Ambos constructos, autoestima y autoconcepto, regulan la autoeficacia percibida por la persona. Se infiere a través de estos datos que la autoestima, el autoconcepto y la autoeficacia tienen fuertes lazos con la imagen corporal, lo que significa que la mejora en estos conceptos para la persona conlleva una mejora en la imagen corporal y viceversa, por lo que esta área debe ser un área importante dentro del programa de mejora de la imagen corporal y la mejora de estos conceptos formará parte de los objetivos planteados a priori para la creación del programa.
- Área de las relaciones interpersonales: El cuerpo de una persona representa la imagen sobre la que se muestra ante los demás, a partir de esa imagen se infieren multitud de características de personalidad, estatus social, edad, sexo, intereses, etc. en una persona, por lo que es fácil comprender la interrelación existente entre imagen corporal y las relaciones interpersonales. La mejora en las habilidades relacionadas con las relaciones interpersonales, como lo pueden ser la inteligencia emocional o las habilidades sociales, tendrá un claro reflejo sobre la imagen corporal, así como sobre la autoestima, la autoeficacia, etc. por lo que esta área de relaciones interpersonales debe ser un área de intervención importante dentro del programa diseñado para mejorar la imagen corporal de las personas mayores o en proceso de madurez.
- Área educativa: Considerando los tres estilos de educación típicos: educación formal (reglada institucionalmente, obligatoria, dirigida a un fin), educación no formal (intencionada y reglada, pero fuera de la institucionalización obligatoria y por lo tanto voluntaria) y educación informal (no intencional y no planificada, en la propia interacción cotidiana), la mayoría de los aprendizajes sobre la imagen corporal se dan bajo la educación informal, esto supone que a los aprendizajes relacionados con la imagen corporal le afectan todas las circunstancias positivas y negativas de la educación informal, que en el caso de la imagen corporal derivan en una serie de circunstancias de riesgo para la salud física y mental de la persona. Por ejemplo, se aprenden cómo son las apariencias más atractivas socialmente a través de la TV y los grupos de iguales sin que se regule si estas apariencias son sanas o plausibles para una persona en concreto, o se dan por ciertos mitos muy alejados de la realidad sobre circunstancias como la alimentación que pueden tener consecuencias muy negativas a largo plazo sobre la salud. Por lo tanto, se hace necesario para obtener una mejora sustancial sobre la imagen corporal relativamente estable en el tiempo desarrollar una educación no formal, como la que se da en este programa preventivo de aplicación grupal, en la que se combatan mitos y presiones sociales ocultas con hechos científicos demostrados y con conductas y actitudes basadas en la lógica y en las consecuencias positivas de su adopción por parte de la persona.



- **Área cognitiva:** Gran parte de los axiomas de la imagen corporal tienen que ver en última instancia con un juicio de valor sobre la apariencia física que hace la persona, es decir cómo llega a interpretar su cuerpo ante los demás, lo que en muchas ocasiones es independiente de su aspecto real. De esta forma pueden tener una imagen corporal más negativa personas atractivas socialmente que personas menos atractivas. La forma de razonar un suceso, extraer conclusiones, tomar decisiones, plantear expectativas y metas a conseguir por una persona en la vida cotidiana, tienen una importancia definitiva sobre la imagen corporal. Un buen programa preventivo dirigido a mejorar la imagen corporal necesita, por lo tanto, trabajar con los participantes los aspectos cognitivos relacionados con la imagen corporal y fomentar un mejor funcionamiento global del razonamiento e interpretación de los sucesos sociales.

## 6.6. Recursos necesarios para la investigación

Desarrollar una investigación científica supone gestionar un presupuesto económico limitado y aprovechar bien los recursos posibles para obtener un buen rendimiento de ellos. Si la gestión no es buena se corre el riesgo de poner en peligro la investigación porque puede faltar algo imprescindible en el peor momento. Por este motivo es necesario planificar con antelación los recursos necesarios para la investigación especificando su coste y su forma de obtención.

Los recursos necesarios se distribuyen en este capítulo en cuatro subapartados que se presentan a continuación. Estos cuatro subapartados son recursos estructurales, recursos materiales, recursos humanos y finalmente recursos temporales. Cada uno de los recursos necesarios se valoran a través de tres cuestiones:

- ¿Cómo se utilizan?
- ¿Dónde se obtienen?
- ¿Cuál es su coste?

### 7.6.1. Estructurales

Con el término de recursos estructurales se hace referencia a la infraestructura necesaria para llevar a cabo este proyecto científico, es decir, aquellos recursos inventariables de los que se hace uso en la investigación y que al finalizar la investigación serán usados para otros menesteres. Se hace referencia a salas, vehículos de traslado, etc. Los recursos estructurales necesarios se presentan a continuación:



### “Salas acondicionadas”

- *Uso en la investigación:* Para la impartición de las sesiones del programa “*Imagina*” y del programa placebo - control es necesaria una sala acondicionada en los lugares de impartición. La sala debe presentar las siguientes características:
  - Poder acoger al menos 20 personas.
  - Presentar buenas condiciones de luminosidad ventilación e higiene.
  - Tener amplitud para que los participantes se puedan mover.
  - Tener espacio para presentar transparencias – presentaciones con PowerPoint.
  - Tener sillas y mesas para todos los participantes.
  - Tener electricidad y calefacción.
- *Obtención:* Se solicitan las salas a las entidades públicas de la localidad donde se imparta. También se hace uso de las salas acondicionadas de las asambleas locales de Cruz Roja Española en Toro, Benavente y Zamora.
- *Coste:* La consecución de las salas de impartición no presenta coste económico ya que se solicitan gratuitamente, no obstante es necesaria la coordinación previa con las entidades públicas locales.

### “Vehículo para el traslado del monitor”

- *Uso en la investigación:* Debido a la localización de la impartición del programa “*Imagina*” en distintas localidades de la provincia de Zamora, es necesario un vehículo para que el monitor realice los traslados.
- *Obtención:* Siempre que sea posible será el aportado por el monitor del curso.
- *Coste:* No es necesaria la compra de un vehículo para la labor de esta Tesis Doctoral por lo que el coste del vehículo será equivalente al gasto realizado en combustible para traslados y el mantenimiento del vehículo, aproximadamente 500 €.

### “Teléfono”

- *Uso en la investigación:* El teléfono es necesario para realizar la coordinación con las entidades públicas locales para la obtención de las salas y los permisos, y para la obtención de la muestra experimental.
- *Obtención:* Se hará uso del teléfono móvil personal del investigador.



- *Coste:* No es necesaria la compra de un teléfono móvil para la labor de esta Tesis Doctoral por lo que el coste será equivalente al gasto en llamadas telefónicas realizadas. Se calcula en un valor aproximado a 100 € de gasto en llamadas telefónicas, aunque la cifra del gasto final puede ser muy variable-

## 6.6.2. Materiales

Con el término de recursos materiales se hace referencia al material no inventariable y fungible para la impartición de los programas previstos y al material necesario para el análisis de los resultados obtenidos. Los recursos materiales necesarios se presentan a continuación:

*“Fotocopias de los cuadernillos de actividades”*

- *Uso en la investigación:* Cada sujeto experimental hace uso de un cuadernillo del monitor fotocopiado en blanco y negro, salvo aquellas partes que sean imprescindibles en color.
- *Obtención:* Se debe acudir a un establecimiento especializado en fotocopias previamente a la impartición de los programas en las distintas localidades.
- *Coste:* El coste económico será de aproximadamente 1€ por participante al curso.

*“Fotocopias complementarias para los participantes a los programas”*

- *Uso en la investigación:* Son necesarias otras fotocopias aparte de los cuadernillos de actividades para la impartición de los programas. Algunas de las cuales son las siguientes:
  - Material de los cursos de control.
  - Láminas complementarias del programa *“Imagina”*.
  - Material de evaluación.
- *Obtención:* Se debe acudir a un establecimiento especializado en fotocopias previamente a la impartición de los programas en las distintas localidades.
- *Coste:* El coste económico será de aproximadamente 1€ por participante al curso.

#### *“Bolígrafos”*

- *Uso en la investigación:* Cada sujeto experimental requiere de un bolígrafo para completar en su cuadernillo de actividades las actividades que se planteen y responder a los instrumentos de medida de la investigación.
- *Obtención:* Se realizará la compra de bolígrafos en una librería previo al comienzo de los programas.
- *Coste:* El coste económico será de aproximadamente 0,50 € por participante al curso.

#### *“Ordenador personal”*

- *Uso en la investigación:* Es necesario su uso para la impartición de los programas (presentación de PowerPoint, presentación de vídeos en proyector), para la elaboración de la Tesis Doctoral y para los análisis estadísticos de los resultados obtenidos a través de programas informáticos de estadística.
- *Obtención:* Se hará uso del ordenador personal propio del investigador.
- *Coste:* No se requiere la compra de un nuevo ordenador personal para la realización de esta Tesis Doctoral, por lo que este recurso no tendrá coste económico reflejado en la investigación.

#### *“Proyector”*

- *Uso en la investigación:* Se usa para proyectar la imagen de un ordenador portátil en una pantalla con el fin de proyectar presentaciones en PowerPoint y vídeos para los programas impartidos.
- *Obtención:* Se hace uso del proyector de Cruz Roja Española en Zamora que tiene el gran detalle de prestarlo para la investigación realizada.
- *Coste:* El préstamo que realiza Cruz Roja Española en Zamora provoca que la obtención de este recurso no tenga coste económico.

### 6.6.3. Humanos

Una variable interviniente que puede generar gran influencia sobre los resultados del estudio, y por lo tanto debe convertirse en variable de control, es el monitor que imparte el programa *“Imagina”*. La variable *“Monitor”* se controla a través de la elección de varios monitores con características diferentes pero adecuadas para aplicar los programas a los distintos grupos. El programa *“Imagina”* debe obtener resultados significativos independientemente del monitor elegido partiendo de unas características mínimas que debe



presentar. Las características mínimas que debe presentar el monitor del programa son las siguientes:

- *Formación adecuada:* Titulación universitaria de nivel medio o superior en áreas de educación, salud, psicología, ciencias sociales o personas mayores.
- *Formación específica en la didáctica del programa “Imagina”:* Deben superar una formación previa que garantice que saben impartir las actividades y que conocen en profundidad el área de la imagen corporal y su problemática en la vejez.
- *Experiencia en el trabajo con personas mayores.*
- *Experiencia en la aplicación de cursos o charlas a grupos.*
- *Habilidades didácticas y de comunicación.*

Para la aplicación de los programas en los grupos experimentales y de control se hace necesaria la participación de monitores especializados y preparados previamente para la aplicación de estos programas, también se hace necesaria la participación de un formador de monitores y coordinador del proyecto, que podría ser fácilmente la misma persona. Los monitores deben participar en una formación especializada previa para garantizar la correcta aplicación del programa “Imagina”, no todas las personas son aptas para impartir el programa “Imagina”. En la formación previa se muestran los entresijos de la aplicación del programa “Imagina” y se proporciona la profundidad de conocimientos sobre vejez e imagen corporal para la correcta aplicación del programa.

Cuatro es el número de monitores elegidos para la implementación de los grupos de evaluación del programa “Imagina”. Todos ellos cumplen el perfil demandado de experiencia y formación mínima y superan la formación previa necesaria. Dos de ellos son mujeres, y los otros dos hombres, para asegurar el adecuado equilibrio entre sexos para las cuestiones sobre imagen corporal, ya que la imagen corporal está muy ligada a los roles de género.

#### **6.6.4. Temporales**

El tiempo es una variable de gran influencia en toda investigación psicológica y cobra especial relevancia en investigaciones relacionadas con el aprendizaje o el cambio producido por una determinada enseñanza, como en el estudio que en esta Tesis Doctoral se realiza.

La variable tiempo debe ser controlada de varias formas en esta investigación según la interpretación que se haga de ella en cada momento. Por una parte, se debe considerar un tiempo máximo para la realización de los programas experimentales y de control para que todos los grupos cuenten con similares condiciones históricas. Por otra parte también es importante considerar un margen razonable de tiempo en el cuál se desarrolla cada programa

que garantice la correcta asimilación de los contenidos por parte de los participantes. Por último, también se debe considerar un margen de tiempo para establecer las sesiones de intervención del programa en el que se favorezca la asimilación de contenidos controlando la influencia de la posible fatiga.

Por lo que respecta al periodo de tiempo máximo en el que se deben realizar todos los programas a los distintos grupos, se considera cómo un margen temporal que respeta la influencia del factor histórico el periodo comprendido de dos años entre el principio del primer programa y la finalización del último, considerando que, aunque es recomendable la aplicación simultánea de los programas, la limitación de los recursos disponibles lo hace inviable.

Para la aplicación de cada programa a cada grupo, se considera un periodo de tiempo adecuado para la asimilación de los contenidos del programa el periodo de aplicación comprendido entre dos y cuatro meses desde la primera sesión a la finalización del programa en el grupo, ya que un tiempo inferior podría dejar una menor impronta sobre los participantes y un periodo superior a cuatro meses podría favorecer la mortalidad experimental.

En lo referente al tiempo dedicado a cada sesión del programa, la psicología educativa considera que el tiempo comprendido entre una hora, y hora y media por sesión, es un periodo de tiempo óptimo para realizar de forma continuada antes de realizar un descanso de la actividad, considerando a su vez que la cantidad máxima recomendada de actividad diaria será de tres horas en total para reducir la influencia de la fatiga. No obstante, no se realizará más de una sesión semanal.

*PARTE TERCERA:*  
*Estudio de Campo*





## *Índice de la Parte Tercera: Estudio de Campo*

### **CAPÍTULO 7. Análisis de los resultados obtenidos**

- 7.1. Datos de la implementación de la investigación
- 7.2. Análisis de homogeneidad de las muestras estudiadas
- 7.3. Análisis inter-intrasujetos de los resultados
- 7.4. Análisis correlacional de los resultados
- 7.5. Cuestionarios de valoración de las actividades realizadas
- 7.6. Interpretación y discusión de los resultados

### **CAPÍTULO 8. Conclusiones, limitaciones y nuevas líneas de investigación**

- 8.1. Conclusiones en relación a los objetivos y las hipótesis planteadas
- 8.2. Conclusiones en relación a las variables intervinientes
- 8.3. Limitaciones de la investigación
- 8.4. Nuevas líneas de investigación
- 8.5. Consideraciones finales a la investigación







## CAPÍTULO 7. Análisis de los resultados obtenidos

En este capítulo se abordan los resultados obtenidos en la implementación de la evaluación experimental del programa “*Imagina*”. Para realizar este análisis será necesario abordar el capítulo a través de los siguientes apartados:

- *Datos de la Implementación de la investigación:* Se especifican las condiciones sobre las que se realizó la investigación, es decir, cómo, cuándo y donde se ha realizado el estudio de campo. Para lograr este objetivo, es necesario mostrar las condiciones en las que se ha realizado la elección de la muestra, reflejar con exactitud los lugares donde se han aplicado los programas y especificar la temporalidad de aplicación de los programas.
- *Análisis de homogeneidad de las muestras estudiadas:* Se valora si la muestra elegida está correctamente distribuida entre las dos condiciones experimentales. Este análisis sirve para confirmar que no existen variables extrañas relevantes que pudieran influir en los resultados, aparte de las controladas por el investigador.
- *Análisis inter-intrasujetos de la investigación:* Este apartado conforma el grueso de los análisis estadísticos realizados para la investigación, porque analiza la influencia de las variables independientes y de control sobre las variables dependientes observadas, con el fin de extraer conclusiones sobre la eficacia y eficiencia del programa.
- *Análisis correlacional:* Se trata de investigar la covariación existente entre las dos variables dependientes consideradas (satisfacción corporal y vital), y entre los instrumentos de medida, para garantizar la fiabilidad de los instrumentos y extraer conclusiones sobre la interrelación de las variables estudiadas.
- *Cuestionarios de valoración de las actividades realizadas:* El análisis de las valoraciones aportadas por los participantes al programa “*Imagina*” mostrarán el grado de satisfacción (en términos cualitativos) de los participantes con el programa. La satisfacción de los participantes es un gran indicador del éxito de la implementación y de aceptación de los contenidos diseñados.

Es necesario considerar algunas cuestiones necesarias para la adecuada aplicación de los programas. Además, las siguientes decisiones han sido tomadas para la realización del estudio de campo de esta investigación:

- Se debe tener en cuenta que el objetivo principal de la aplicación colectiva a distintos grupos del programa “*Imagina*” es la evaluación de su diseño, así que el modelo de

actividades debe ser exactamente el mismo al que se refleja en los ANEXOS de esta Tesis Doctoral.

- A fin de que los objetivos del investigador no influyan sobre las valoraciones previas de los participantes, se debe realizar la aplicación pretratamiento del test BSQ y de los cuestionarios de evaluación previos tanto en los grupos experimentales como de control.
- Los programas de control para comparar resultados con el programa “*Imagina*” deben ser programas psicosociales para mayores que se hayan aplicado o se apliquen con éxito con anterioridad, a fin de que los resultados que se obtengan no difieran de los obtenidos fuera del proceso evaluativo de esta investigación y garantizar una correcta validez ecológica y externa.
- La duración y condiciones de los grupos en los que se apliquen los programas de control deben ser lo más parecidos posibles a la aplicación del programa “*Imagina*”.

## 7.1. Datos de la implementación de la investigación: Tiempo, lugar y descripción de la muestra

La implementación del estudio de campo se ha realizado siguiendo las consideraciones planteadas en el Capítulo 6 de esta Tesis Doctoral. La adecuación de la investigación a tales condiciones teóricas permite que no puedan existir diferencias significativas entre las condiciones experimentales de implementación de los programas preventivos en la investigación y su implementación en las condiciones reales encontradas.

La temporalidad global de la implementación de los programas desarrollados para esta investigación es la siguiente:

- 134 horas de aplicación de los programas a las muestras. De las cuales 69 horas son de aplicación del programa diseñado “*Imagina*” y 65 horas de aplicación de los programas psicoeducativos de control.
- Aproximadamente 150 horas de formación previa de los monitores. Tomando como referencia una media estimada de 15 horas de formación previa por cada programa.
- El tiempo comprendido entre Agosto de 2006 y Diciembre de 2007 (aproximadamente 18 meses) ha sido el periodo en el cual se han desarrollado todos los programas, tanto experimentales como de control. Este periodo garantiza las mismas condiciones temporales para todos los grupos de aplicación.



Para obtener los grupos de aplicación experimental y de control se ha seguido un muestreo por conglomerados realizado en cada localidad y seleccionado para cada programa a realizar, ya sea el programa *“Imagina”* o los programas de control. La forma de llegar hasta los conglomerados ha sido mediante programas sociales de *Cruz Roja Española* en Zamora, unas veces a través del acercamiento a la muestra mediante un curso psicosocial para mayores (*“Curso de Voluntariado de y para Personas Mayores”* o *“Programa de Envejecimiento Saludable”* de Cruz Roja Española), y otras veces a través de los programas sociales de *Cruz Roja Española* en Zamora (por ejemplo *“Programa de Apoyo al Cuidador de Personas Mayores”* y el *“Programa de Paseos saludables”*). La aplicación de un *“Programa de Envejecimiento Saludable”* o un *“Curso de Voluntariado de y para Personas Mayores”* ha servido para ofrecer al conglomerado la participación voluntaria en la investigación con sus datos como grupo de control durante el curso que reciben por parte de *Cruz Roja Española*, o con su participación en el posterior programa *“Imagina”* impartido en la localidad bajo circunstancias similares al programa impartido por *Cruz Roja Española*. Otros grupos han sido formados a través de la petición de participación en programas sociales de *Cruz Roja Española*, por lo que no han pasado previamente por ningún curso de formación psicosocial previo. La tabla 10 muestra los distintos grupos formados en las distintas localidades de la provincia de Zamora.

Respecto a los programas de control estos han sido de dos tipos. Se han realizado *“Cursos de Voluntariado de y para Personas Mayores”*, de 10 horas de duración, en los grupos de las localidades de Benavente Morales de Toro y San Juan del Rebollar, y de 18 horas de duración en el grupo de Muga de Sayago. En la localidad de Zamora se ha realizado el *“Programa de Envejecimiento Saludable”* de 15 horas de duración. Las circunstancias de estos cursos han sido las más similares posibles a los grupos experimentales donde se ha aplicado el programa *“Imagina”*.

En las tablas 10, 11 y 12 se pueden observar las frecuencias y distribuciones de la muestra utilizada en la investigación según variables atributivas y según diversas variables intervinientes en la investigación que podrían afectar a la aplicación de los programas en los grupos.

**Tabla 10.** Distribución de la muestra según distintos factores

| Condición    | Grupos de aplicación (monitores) | Entorno | Época    | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|----------------------------------|---------|----------|------------|------------|
| Control      | Zamora Control (Rob /Cris)       | Urbano  | Invierno | 22         | 12.5       |
|              | Benavente Control (Raq)          | Urbano  | Invierno | 21         | 11.9       |
|              | Morales (Rob/Cris)               | Urbano  | Verano   | 16         | 9.1        |
|              | Muga (Rob/Raq)                   | Rural   | Verano   | 14         | 8.0        |
|              | San Juan del Rebollar (Rob)      | Rural   | Verano   | 15         | 8.5        |
|              | Total                            |         |          | 88         | 50.0       |
| Experimental | Benavente (JC/Raq)               | Urbano  | Invierno | 15         | 8.5        |
|              | Zamora 2 (Rob/Raq)               | Urbano  | Invierno | 19         | 1.8        |
|              | Zamora 1 (Rob/Raq)               | Urbano  | Verano   | 20         | 11.4       |
|              | Fuentesauco (Rob)                | Rural   | Verano   | 19         | 10.8       |
|              | Villarrín de Campos (Rob/JC)     | Rural   | Verano   | 15         | 8.5        |
|              | Total                            |         |          | 88         | 50.0       |
| Total        |                                  |         | 176      | 100.0      |            |

*Rob=Roberto Sánchez, Raq=Raquel Prieto, JC= José Carlos Vidal, Cris=Cristina González*

La tabla 10 muestra cómo la distribución de los participantes en los grupos de aplicación y la variabilidad de los monitores es adecuada (el rango de participación de los grupos oscila entre 14 y 22 participantes y existen 6 combinaciones de monitores de aplicación para 10 grupos de aplicación), aunque también se puede observar cómo la distribución de las variables dicotómicas “Entorno” y “Época del año de aplicación” no completa todas las diversas combinaciones con la variable independiente “Programa”. Esta circunstancia podría enmascarar la influencia de estos factores en el posterior análisis de los resultados.

**Tabla 11.** Distribución de la muestra según variables atributivas

| Grupos de edades | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| De 50 a 54       | 30         | 17.0       |
| De 55 a 59       | 22         | 12.5       |
| De 60 a 64       | 31         | 17.6       |
| De 65 a 69       | 47         | 26.7       |
| De 70 a 74       | 27         | 15.3       |
| De 75 o +        | 19         | 10.8       |
| Sexo             | Frecuencia | Porcentaje |
| Varón            | 30         | 17.0       |
| Mujer            | 146        | 83.0       |
| Total            | 176        | 100.0      |
| Estado civil     | Frecuencia | Porcentaje |
| Matrimonio       | 118        | 67.0       |
| Separación       | 7          | 4.0        |
| Soltería         | 15         | 8.5        |
| Viudez           | 36         | 20.5       |
| Total            | 176        | 100.0      |



La tabla 11 muestra una adecuada distribución de los participantes según la variable atributiva “Edad” y según el “Estado civil” ya que sus distribuciones no se diferencian en exceso de las medias poblacionales. Por otra parte, la distribución según sexo en los grupos de aplicación en las distintas localidades está lejos de ser equitativa. No solamente en porcentajes puros (83% de mujeres frente al 17% de varones), sino también en proporción de sexos según edad (ver Capítulo 4 de esta Tesis Doctoral en el apartado sobre “Datos demográficos”). La razón es el escaso interés que suscita este tipo de programas psicoeducativos sobre los varones mayores. En la mayoría de los grupos sería imposible transformar el grupo de una forma proporcional, así que una adaptación razonable es reducir el porcentaje de varones mínimo para la aplicación del programa, tal y como se ha efectuado.

**Tabla 12.** Distribución combinada de frecuencias de la muestra según variables atributivas

| Grupos de edades | Sexo  | Estado civil |            |          |        | Total |
|------------------|-------|--------------|------------|----------|--------|-------|
|                  |       | Matrimonio   | Separación | Soltería | Viudez |       |
| De 50 a 54       | Varón | 1            | 0          | 2        | 0      | 3     |
|                  | Mujer | 19           | 1          | 3        | 4      | 27    |
|                  | Total | 20           | 1          | 5        | 4      | 30    |
| De 55 a 59       | Varón | 3            | 1          | 0        | 0      | 4     |
|                  | Mujer | 11           | 1          | 3        | 3      | 18    |
|                  | Total | 14           | 2          | 3        | 3      | 22    |
| De 60 a 64       | Varón | 2            | 0          | 0        | 0      | 2     |
|                  | Mujer | 24           | 1          | 2        | 2      | 29    |
|                  | Total | 26           | 1          | 2        | 2      | 31    |
| De 65 a 69       | Varón | 5            | 0          | 0        | 1      | 6     |
|                  | Mujer | 28           | 2          | 2        | 9      | 41    |
|                  | Total | 33           | 2          | 2        | 10     | 47    |
| De 70 a 74       | Varón | 6            | 1          | 1        | 1      | 9     |
|                  | Mujer | 9            | 0          | 2        | 7      | 18    |
|                  | Total | 15           | 1          | 3        | 8      | 27    |
| DE 75 o +        | Varón | 4            |            |          | 2      | 6     |
|                  | Mujer | 5            |            |          | 8      | 13    |
|                  | Total | 9            |            |          | 10     | 19    |

En la tabla 12 se puede observar cómo la distribución combinada de frecuencias según variables atributivas muestra gran solidez para el posterior análisis de los resultados. Solamente 16 de las 120 combinaciones posibles entre estos factores no tienen representación alguna en la distribución muestral combinada, lo que supone que solamente un 13.3% de todas las posibles combinaciones no tienen representación en el estudio, pese a que la baja frecuencia de algunas de estas combinaciones en la población general imposibilita la obtención de sujetos suficientes en algunas de estas combinaciones.

La representación visual de las observaciones realizadas sobre la distribución de la muestra según los factores valorados se puede observar en las figuras 26 y 27 que se presentan a continuación a través de las gráficas derivadas de las tablas 1, 11 y 12.

Figura 26. Gráficos de barras de la distribución de la muestra según distintas variables

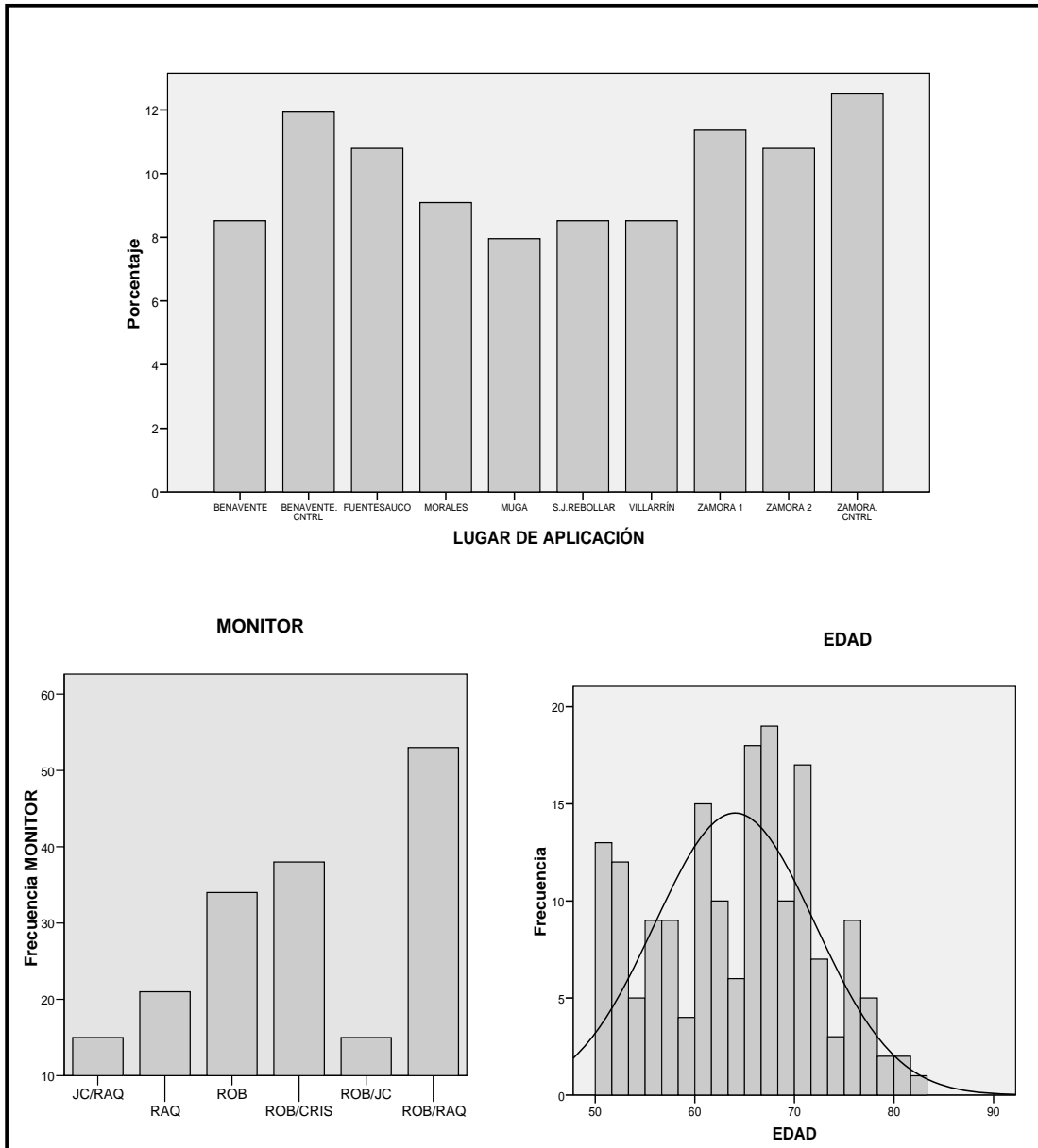
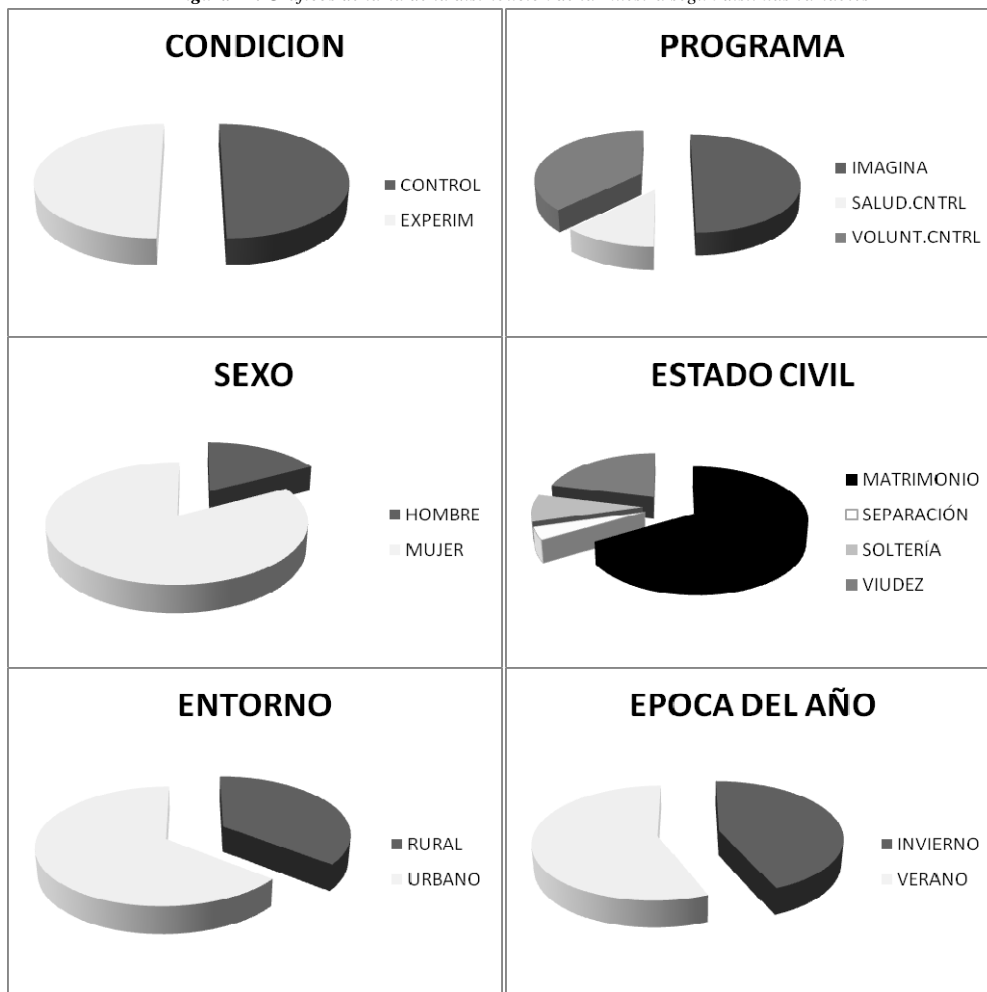




Figura 27. Gráficos de tarta de la distribución de la muestra según distintas variables



## 7.2. Análisis de homogeneidad de las muestras estudiadas

Es necesario valorar la homogeneidad de las muestras previamente a participar en los programas, para descartar que las diferencias obtenidas entre las condiciones experimentales en las mediciones postratamiento sean debidas a variables extrañas que están afectando a una sola condición experimental, o que están afectando a las condiciones experimentales de forma diferencial. Un resultado favorable a la homogeneidad de las muestras en este análisis garantiza que los resultados se deban al tratamiento o a la maduración experimental. Por otra parte, el diseño inter-intra de la investigación evita que los resultados se deban a la



maduración experimental, aumentando considerablemente la robustez del diseño de investigación.

Para abordar el análisis de la homogeneidad de las muestras se realiza un análisis estadístico inferencial intersujetos de la condición intra pretratamiento. El contraste estadístico elegido ha sido un *Contraste de Diferencia de Medias para Muestras Independientes*, que permite valorar como hipótesis nulas la igualdad de medias y varianzas entre los grupos experimentales. La satisfacción corporal y vital se valora a través de las medidas tomadas, *Body Shape Questionnaire (BSQ)*, *el Cuestionario de Satisfacción Corporal (CU.SC)* y *el Cuestionario de Satisfacción Vital (CU.SV)*. Los resultados de este análisis se muestran en la tabla 13 que se presenta a continuación.

**Tabla 13.** *Contraste de diferencia de medias para muestras independientes de los grupos control y experimental en la medición pretratamiento*

|                            |                                     | Prueba de Levene para la igualdad de varianzas |      | Prueba T para la igualdad de medias |       |                  |                      |                             |
|----------------------------|-------------------------------------|--|------|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------|-----------------------------|
|                            |                                     | F  | Sig. | t                                   | gl    | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia |
| Puntuación BSQ             | Se han asumido varianzas iguales    | .074   | .785 | -7.48                               | 174   | .455             | -2.65                | 3.54                        |
|                            | No se han asumido varianzas iguales |  |      | -7.48                               | 173.3 | .455             | -2.65                | 3.54                        |
| Puntuación Cuestionario SC | Se han asumido varianzas iguales    | .145   | .703 | .795                                | 174   | .428             | .81                  | 1.02                        |
|                            | No se han asumido varianzas iguales |  |      | .795                                | 173.5 | .428             | .81                  | 1.02                        |
| Puntuación Cuestionario SV | Se han asumido varianzas iguales    | 1.102  | .295 | .010                                | 174   | .992             | .01                  | 1.11                        |
|                            | No se han asumido varianzas iguales |  |      | .010                                | 172.3 | .992             | .01                  | 1.11                        |

*BSQ = Body Shape Questionnaire, SC = Satisfacción Corporal, SV = Satisfacción Vital*

En la tabla 13 se puede observar la significación de la *Prueba de Levene* sobre la homogeneidad de varianzas de ambas condiciones experimentales. Al ser la significación considerablemente superior al 95% ( $\alpha = .05$ ) para esta prueba en las tres medidas (BSQ = .785; CU.SC = .703; CU.SV = .295) se puede aceptar la hipótesis nula de igualdad de varianzas, y por lo tanto en la *Prueba “t” para la Igualdad de Medias* se debe tomar la significación bilateral relativa a la fila encabezada por “*Se han asumido varianzas iguales*”. La significación bilateral en la *Prueba “t” para la Igualdad de Medias* (BSQ=.455; CU.SC=.428; CU.SV=.992) es sustancialmente mayor al nivel de confianza mínimo planteado ( $\alpha = 0.05$ ) para todas las medidas, por lo que se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias entre ambas condiciones experimentales y se puede concluir que las muestras tomadas para ambas condiciones experimentales son esencialmente equivalentes respecto a las medidas tomadas, por lo que los resultados que se observen en las mediciones postratamiento no estarán influidas por una inadecuada distribución de la muestra y se deberán propiamente a circunstancias derivadas de los diferentes tratamientos.



### 7.3. Análisis inter-intrasujetos de los resultados

En los resultados que se muestran a continuación se realizan dos tipos de pruebas estadísticas inferenciales teniendo en cuenta las necesidades de un estudio inter-intra. Por un lado se utiliza el contraste de diferencia de medias para muestras relacionadas, utilizando la “*t*” de Student como estadístico de contraste, siempre y cuando se valore una sola muestra con medidas repetidas. Pero como en esta investigación se utilizan varias variables dependientes e independientes, y se utilizan varias medidas, es recomendable realizar contrastes multivariados a través del ANOVA de medidas repetidas. Este análisis sirve para analizar la interacción de varios factores combinados en una investigación cuando al menos uno de ellos es una variable intrasujetos, permitiendo además la combinación con variables inter y varias medidas al mismo tiempo. Se utiliza la Traza de Pillai, Lambda de Wilks, Traza de Hotelling y Raíz Mayor de Roy, como estadísticos de contraste por ser los más adecuados para realizar contrastes multivariados en un ANOVA de medidas repetidas. Los resultados obtenidos en ambos tipos de pruebas estadísticas serán complementarios, ya que el contraste de diferencias de medias es más específico y conservador, y el ANOVA de medidas repetidas tiene mayor poder análisis para relacionar la combinación de varios factores aunque se disminuya sensiblemente el poder de contraste de sus conclusiones. No será necesario valorar la esfericidad de las varianzas y covarianzas en los contrastes multivariados al contar solamente con dos niveles intra y ser obviamente la covarianza igual a sí misma.

Se valoran dos niveles de significación estadística 95% ( $\alpha = .05$ ) y 99% ( $\alpha = .01$ ) para describir adecuadamente el grado de significación y su confianza. Se parte de los análisis más generales de los resultados para después ir especificando la influencia de la combinación de distintas variables intervinientes en la investigación.

#### **Análisis de la mejora producida por el programa “Imagina” sobre las distintas medidas comparando solamente las condiciones experimentales**

En la tabla 14 se muestran las medias aritméticas y desviaciones típicas de las distintas medidas tomadas en los momentos pretratamiento y postratamiento, y la “*t*” de Student y su significación estadística de la diferencia de medias pre-post según las condiciones experimentales (experimental y control) y en las medidas totales sin especificar la condición experimental.

**Tabla 14.** Medias y desviaciones típicas de los instrumentos de evaluación según la condición experimental en las fases pretest, postest y en la diferencia pretest - postest

|              | Grupo Experimental (n = 88) |      |         |      |               | Grupo Control (n = 88) |      |         |      |            | Total (n = 176) |      |         |      |               |
|--------------|-----------------------------|------|---------|------|---------------|------------------------|------|---------|------|------------|-----------------|------|---------|------|---------------|
|              | Pretest                     |      | Postest |      | PRE - POST    | Pretest                |      | Postest |      | PRE - POST | Pretest         |      | Postest |      | PRE - POST    |
|              | M                           | DT   | M       | DT   | "t"           | M                      | DT   | M       | DT   | "t"        | M               | DT   | M       | DT   | "t"           |
| <b>BSQ</b>   | 71.9                        | 24.2 | 65.1    | 21.4 | <b>6.78**</b> | 69.2                   | 22.7 | 68.5    | 20.9 | .88        | 70.5            | 23.4 | 66.8    | 21.1 | <b>5.42**</b> |
| <b>CU.SC</b> | 21.3                        | 6.6  | 16.1    | 5.6  | <b>8.15**</b> | 22.1                   | 6.9  | 21.8    | 6.0  | .68        | 21.7            | 6.7  | 18.9    | 6.4  | <b>6.06**</b> |
| <b>CU.SV</b> | 20.9                        | 7.7  | 17.6    | 6.3  | <b>3.89**</b> | 20.9                   | 7.0  | 20.1    | 6.1  | 1.85       | 20.9            | 7.3  | 18.9    | 6.3  | <b>4.23**</b> |

\*\* = Significación inferior a .01 en el contraste t de Student      \* = Significación inferior a .05 en el contraste t de Student

BSQ = Body Shape Questionnaire, CU.SC = Cuestionario de Satisfacción Corporal, CU.SV = Cuestionario de Satisfacción Vital

En la tabla 14 se observa cómo la mejora debida al programa "Imagina" siempre es considerablemente mayor respecto a la de los programas de control (BSQ = 6.8 frente a .8; CU.SC = 5.3 frente a .4; CU.SV = 3.2 frente a .8). Esta diferencia entre condiciones experimentales es indicativa de que esta mejora pudiera no deberse al azar, cuestión que se corrobora a través de la significación de los contrastes "t" de diferencia de medias (BSQ = 6.78; CU.SC = 8.15; CU.SV = 3.89), que muestran cómo la diferencia de medias pre-post para todas las medidas en la condición experimental tiene una significación mayor al 99% ( $\alpha = .01$ ), rechazando la hipótesis nula de igualdad de medias bajo estas condiciones. Este resultado refleja que la influencia del programa "Imagina" sobre los participantes provoca una mejora estadísticamente significativa sobre la satisfacción corporal y vital valoradas a través de estas medidas. Mejora que en el caso de la condición control no es significativa, lo que es indicador de una considerable mejora del programa "Imagina" respecto a los programas de control, cuestión que se debe confirmar como significativa mediante contrastes multivariados con el ANOVA de medidas repetidas, donde se valora el grado de significación estadística de los efectos de la variable "Condición experimental" sobre la mejora en satisfacción corporal y vital de los programas.

En la tabla 15 se muestran los contrastes multivariados de los efectos del factor "Condición experimental" sobre la mejora en satisfacción corporal y vital a través del ANOVA de Medidas repetidas.



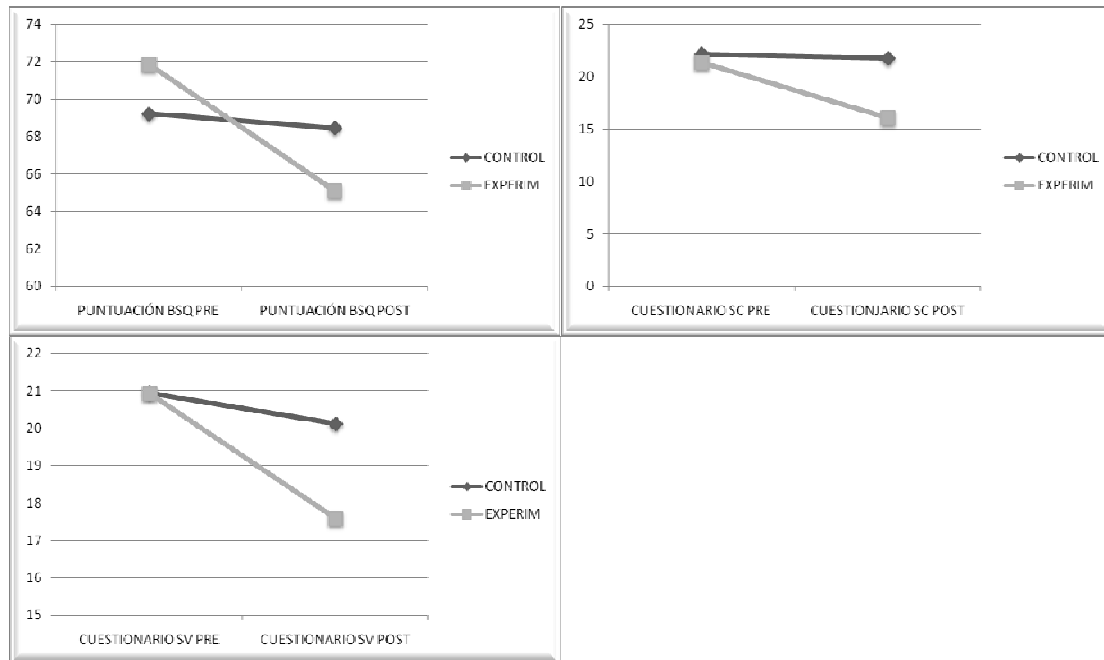
**Tabla 15.** Contrastes multivariados de los efectos de la variable “Condición” a través del ANOVA de Medidas repetidas

| Efecto   | Estadísticos       | Valor | F     | Gl. hip. | Gl error | Significación |
|--|--------------------|-------|-------|----------|----------|---------------|
| Diferencia en la medida PRE y POST tratamiento del test BSQ (Intra)  | Traza de Pillai    | .16   | 32.84 | 1        | 174      | .00           |
|  | Lambda de Wilks    | .84   | 32.84 | 1        | 174      | .00           |
|  | Traza de Hotelling | .19   | 32.84 | 1        | 174      | .00           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .19   | 32.84 | 1        | 174      | .00           |
| Influencia de la variable Condición (inter) sobre la medición PRE y POST tratamiento del test BSQ (intra)                              | Traza de Pillai    | .11   | 21.02 | 1        | 174      | .00           |
|  | Lambda de Wilks    | .89   | 21.02 | 1        | 174      | .00           |
|  | Traza de Hotelling | .12   | 21.02 | 1        | 174      | .00           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .12   | 21.02 | 1        | 174      | .00           |
| Diferencia en la medida PRE y POST tratamiento del Cuestionario de satisfacción corporal (Intra)                                       | Traza de Pillai    | .20   | 43.31 | 1        | 174      | .00           |
|  | Lambda de Wilks    | .80   | 43.31 | 1        | 174      | .00           |
|  | Traza de Hotelling | .25   | 43.31 | 1        | 174      | .00           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .25   | 43.31 | 1        | 174      | .00           |
| Influencia de la variable Condición (inter) sobre la medición PRE y POST tratamiento del Cuestionario de satisfacción corporal (intra) | Traza de Pillai    | .16   | 32.27 | 1        | 174      | .00           |
|  | Lambda de Wilks    | .84   | 32.27 | 1        | 174      | .00           |
|  | Traza de Hotelling | .18   | 32.27 | 1        | 174      | .00           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .18   | 32.27 | 1        | 174      | .00           |
| Diferencia en la medida PRE y POST tratamiento del Cuestionario de satisfacción Vital (Intra)  | Traza de Pillai    | .10   | 18.62 | 1        | 174      | .00           |
|  | Lambda de Wilks    | .90   | 18.62 | 1        | 174      | .00           |
|  | Traza de Hotelling | .11   | 18.62 | 1        | 174      | .00           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .11   | 18.62 | 1        | 174      | .00           |
| Influencia de la variable Condición (inter) sobre la medición PRE y POST tratamiento del Cuestionario de satisfacción Vital (intra)    | Traza de Pillai    | .04   | 6.48  | 1        | 174      | .00           |
|  | Lambda de Wilks    | .96   | 6.48  | 1        | 174      | .00           |
|  | Traza de Hotelling | .04   | 6.48  | 1        | 174      | .00           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .04   | 6.48  | 1        | 174      | .00           |

En la tabla 15 se puede observar cómo todos los contrastes multivariados son significativos en todos los estadísticos para un nivel de significación superior al 99% ( $\alpha = .01$ ) para todas las medidas, por lo que se puede rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias en la diferencia entre las mediciones pretratamiento y postratamiento (intra), y entre los grupos obtenidos con la variable independiente “Condición experimental” (inter). Estos resultados son indicativos de que el programa “Imagina” provoca una mejora en satisfacción corporal y vital, valorada a través de las medidas presentadas, significativamente superior a la provocada por los programas de control.

La figura 28 representa de manera visual, a través de gráficos distintos según las medidas, la diferencia entre las dos condiciones experimentales respecto a la mejora producida en satisfacción corporal y satisfacción vital sobre las que se han extraído las conclusiones estadísticas.

Figura 28. Gráficos de las medidas pre-post según la condición experimental



BSQ = Body Shape Questionnaire, CU.SC = Cuestionario de satisfacción corporal, CU.SV = Cuestionario de satisfacción vital

La figura 28 muestra con claridad el comportamiento diferencial de los participantes del programa "Imagina" respecto a los programas de control, evidenciando una mejora significativa debida a la participación en el programa, superior a la de los programas de control en todos los casos, y que se ha comprobado estadísticamente.

**Análisis de la mejora producida por el programa "Imagina" sobre las distintas medidas comparando las condiciones experimentales y la variable atributiva "Sexo de los participantes"**

En la tabla 16 se muestran las medias aritméticas y desviaciones típicas de las distintas medidas tomadas en los momentos pretratamiento y postratamiento, y la "t" de Student y su significación estadística de la diferencia de medias pre-post según las condiciones experimentales (experimental y control) y según la variable atributiva "Sexo".



**Tabla 16.** Medias y desviaciones típicas de los instrumentos de evaluación según la condición experimental y según la variable "Sexo" en las fases pretest, postest y en la diferencia pretest-postest

|                           |              | Grupo Experimental (n = 88) |      |         |      |               | Grupo Control (n = 88) |      |         |      |              |
|---------------------------|--------------|-----------------------------|------|---------|------|---------------|------------------------|------|---------|------|--------------|
|                           |              | Pretest                     |      | Postest |      | PRE - POST    | Pretest                |      | Postest |      | PRE - POST   |
|                           |              | M                           | DT   | M       | DT   | "t"           | M                      | DT   | M       | DT   | "t"          |
| <b>MUJER</b><br>(n = 146) | <b>BSQ</b>   | 71.9                        | 25.2 | 65.3    | 22.0 | <b>5.76**</b> | 72.3                   | 21.4 | 71.3    | 19.8 | 1.09         |
|                           | <b>CU.SC</b> | 21.1                        | 5.9  | 16.0    | 5.4  | <b>7.42**</b> | 23.1                   | 6.3  | 22.2    | 6.1  | 1.55         |
|                           | <b>CU.SV</b> | 21.2                        | 7.9  | 17.3    | 6.1  | <b>4.30**</b> | 21.6                   | 7.1  | 20.5    | 6.1  | <b>2.38*</b> |
| <b>VARÓN</b><br>(n = 30)  | <b>BSQ</b>   | 71.5                        | 18.8 | 63.9    | 18.2 | <b>4.65**</b> | 55.2                   | 24.0 | 55.9    | 21.6 | -.43         |
|                           | <b>CU.SC</b> | 22.6                        | 9.4  | 16.4    | 6.5  | <b>3.32**</b> | 17.8                   | 8.0  | 19.8    | 4.9  | -1.31        |
|                           | <b>CU.SV</b> | 18.8                        | 6.8  | 16.8    | 7.8  | .65           | 17.8                   | 5.9  | 18.4    | 6.3  | -.48         |

\*\* = Significación inferior a .01 \* = Significación inferior a .05

BSQ = *Body Shape Questionnaire*, CU.SC = Cuestionario de Satisfacción Corporal, CU.SV = Cuestionario de Satisfacción Vital

Al comparar los resultados observados en la tabla 14, en la que se valoraba exclusivamente la influencia de la condición experimental sobre las medidas tomadas, con la tabla 16, en la que se añade el factor "Sexo" al análisis, no se observa una tendencia claramente diferente en el comportamiento del programa "Imagina" sobre la muestra, al mostrar siempre mayor mejora la condición experimental que la condición de control, lo que es indicativo de que la diferencia existente entre sexos pudiera deberse al azar.

Los contrastes "t" de Student son significativos tomando un nivel de confianza del 99% ( $\alpha = .01$ ), para la diferencia de medias pre-post en la condición experimental, en el caso de las mujeres en todas las medidas (BSQ = 5.76; CU.SC = 7.42; CU.SV = 4.30), y en los varones en BSQ y CU.SC (BSQ = 4.65; CU.SC = 3.32). En el caso de la condición control, solamente el contraste "t" de la diferencia de medias pre-post de CU.SV para las mujeres es significativa (CU.SV = 2.38) tomando un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = .05$ ), rechazando la hipótesis nula de igualdad de medias bajo estas condiciones.

En el programa "Imagina" se puede observar un ligero incremento de la mejora de la medida POST respecto a la medida pre, de varones en satisfacción corporal y de mujeres en satisfacción vital (En mujeres BSQ = 6.6. CU.SC = 5.1. CU.SV = 3.8. y en varones BSQ = 7.6. CU.SC = 6.2. CU.SV = 2.0). En cambio, los programas de control muestran una ligera tendencia a que la participación de varones en estos programas podría generar un empeoramiento en su satisfacción corporal y vital, dado que las puntuaciones de las mujeres son positivas, aunque bajas (BSQ = 1.1; CU.SC = .9; CU.SV = 1.1), y las de los varones son negativas (BSQ = -.7; CU.SC =

-2.0; CU.SV = -.6). No obstante, esta tendencia no es valorada como significativa a través del análisis de la significación de los contrastes “t” de diferencia de medias.

Parece confirmarse la hipótesis de que no existen diferencias significativas entre los tratamientos debidas a la variable “Sexo”, ya que todos los contrastes del grupo experimental son más significativos que en la condición de control, lo que es indicador de que el factor “Sexo” no genera diferencias importantes entre los grupos en la mejora debida al tratamiento, al ser similares los contrastes, con y sin tener en cuenta este factor, lo que se aprecia claramente en las medidas de satisfacción corporal *BSQ* y *CU.SC*. En el caso de *CU.SV* la relación de esta variable no es tan evidente, ya que si bien sigue siendo mayor la significación de la condición experimental, la diferencia entre ambas puntuaciones es mucho menor, por lo que se hace necesario valorar los resultados de los contrastes del análisis multivariado de medidas repetidas para comprobar si esta diferencia es, o no es, significativa.

En la tabla 17 se muestran los contrastes multivariados de los efectos del factor “Sexo” sobre la mejora en satisfacción corporal y vital teniendo, y no teniendo en cuenta, la variable independiente “Condición experimental” a través del ANOVA de Medidas repetidas.



**Tabla 17.** Contrastes multivariados de la variable "Sexo" sobre las medidas tomadas teniendo en cuenta la variable "Condición"

| Efecto  | Estadísticos       | Valor | F    | Gl. hip. | Gl. error | Significación |
|---|--------------------|-------|------|----------|-----------|---------------|
| Influencia de la variable <b>Sexo (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>test BSQ (intra)</b>  | Traza de Pillai    | .00   | .05  | 1        | 172       | .82           |
|   | Lambda de Wilks    | 1.00  | .05  | 1        | 172       | .82           |
|   | Traza de Hotelling | .00   | .05  | 1        | 172       | .82           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .00   | .05  | 1        | 172       | .82           |
| Influencia de la variable <b>Sexo (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>test BSQ (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b>                              | Traza de Pillai    | .00   | .61  | 1        | 172       | .44           |
|   | Lambda de Wilks    | 1.00  | .61  | 1        | 172       | .44           |
|   | Traza de Hotelling | .00   | .61  | 1        | 172       | .44           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .00   | .61  | 1        | 172       | .44           |
| Influencia de la variable <b>Sexo (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción corporal (intra)</b>   | Traza de Pillai    | .00   | .61  | 1        | 172       | .43           |
|   | Lambda de Wilks    | 1.00  | .61  | 1        | 172       | .43           |
|   | Traza de Hotelling | .00   | .61  | 1        | 172       | .43           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .00   | .61  | 1        | 172       | .43           |
| Influencia de la variable <b>Sexo (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción corporal (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b> | Traza de Pillai    | .02   | 3.17 | 1        | 172       | .08           |
|   | Lambda de Wilks    | .98   | 3.17 | 1        | 172       | .078          |
|   | Traza de Hotelling | .02   | 3.17 | 1        | 172       | .078          |
|   | Raíz mayor de Roy  | .02   | 3.17 | 1        | 172       | .078          |
| Influencia de la variable <b>Sexo (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción vital (intra)</b>  | Traza de Pillai    | .01   | 1.59 | 1        | 172       | .21           |
|   | Lambda de Wilks    | .99   | 1.59 | 1        | 172       | .21           |
|   | Traza de Hotelling | .01   | 1.59 | 1        | 172       | .21           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .01   | 1.59 | 1        | 172       | .21           |
| Influencia de la variable <b>Sexo (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción vital (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b>    | Traza de Pillai    | .00   | .01  | 1        | 172       | .92           |
|   | Lambda de Wilks    | 1.00  | .01  | 1        | 172       | .92           |
|   | Traza de Hotelling | .00   | .01  | 1        | 172       | .92           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .00   | .01  | 1        | 172       | .92           |

Tal y como se observa en la tabla 17, ninguno de los contrastes multivariados planteados son significativos en ningún estadístico para ninguna medida, por lo que se puede aceptar la hipótesis nula de igualdad de medias según el factor "Sexo", tanto para la mejora debida al tratamiento (intra), como si la mejora debida al tratamiento se combina con la variable independiente "Condición". Estos resultados confirman que el programa "Imagina" genera mejoras significativas para la satisfacción corporal y vital de sus participantes para ambos sexos, o dicho de otra forma, independientemente del sexo de los participantes.

Antes de proseguir se debe valorar el ajustado resultado de la significación de la "influencia de la variable sexo sobre la medición pre y post tratamiento del cuestionario de

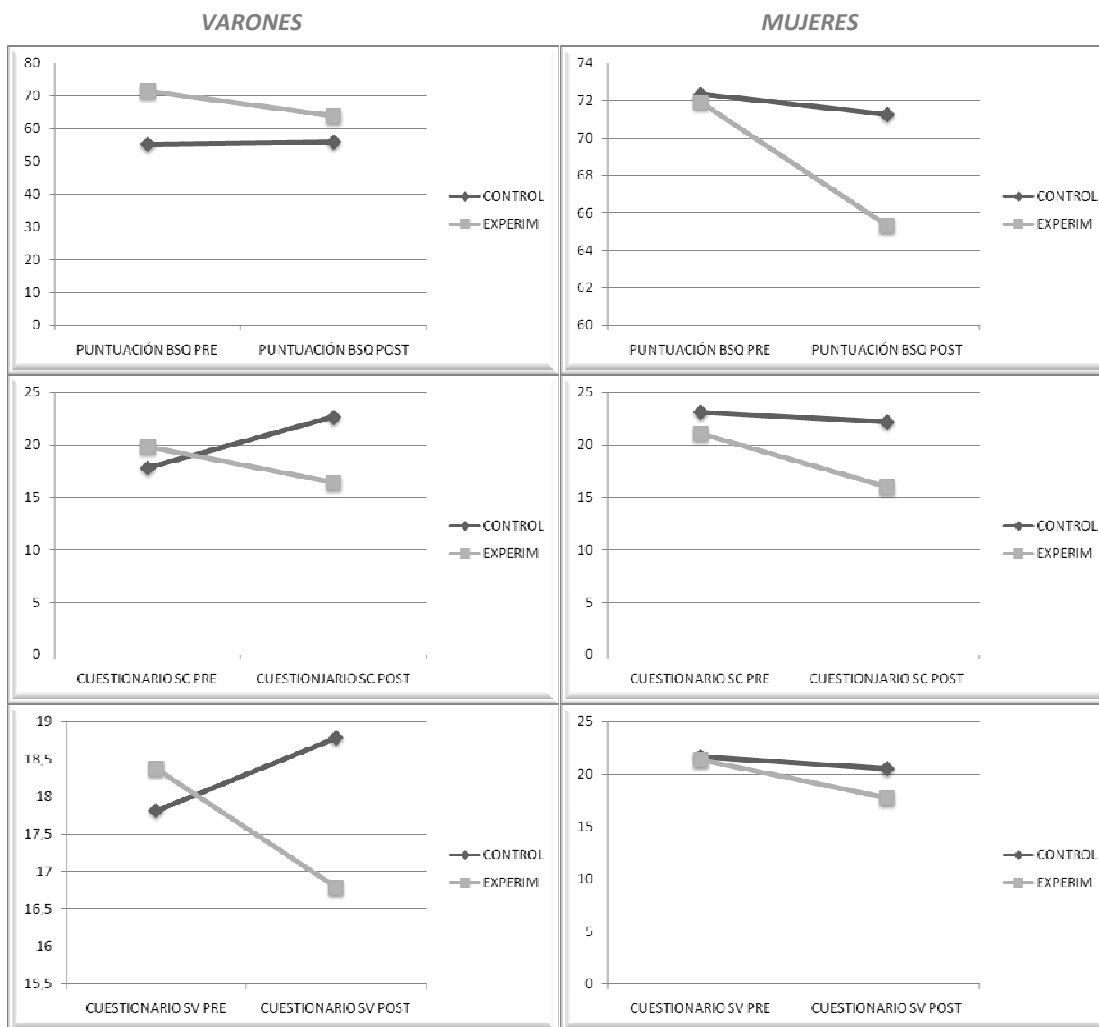


*satisfacción corporal (CU.SC) teniendo en cuenta la variable condición* (.08 en todos los contrastes), este resultado es debido a que existe una mayor diferenciación entre sexos, casi significativa, en esta medida en la condición de control respecto a la experimental, ya que, como se aprecia en la tabla 16, la diferencia en la mejora debida al tratamiento de control en puntuación CU.SC según sexo es de 2.9 puntos (resultado de comparar la puntuación .9 de las mujeres por -2.0 de los varones) con varianzas similares, mientras que para BSQ es de 1.8 y en CU.SV es de 1.7 y la diferencia entre condiciones experimentales es razonablemente alta teniendo en cuenta el sexo para CU.SC (8.2 para varones y 4.2 para mujeres, resultado de comparar condiciones experimentales). No obstante, si fuera esta diferencia significativa, no afecta a las conclusiones extraídas sobre la condición experimental.

La figura 29 representa de manera visual, a través de gráficos distintos según las medidas, la diferencia entre las dos condiciones experimentales respecto a la mejora producida en satisfacción corporal y satisfacción vital teniendo en cuenta el factor "Sexo", sobre las que se han extraído las conclusiones estadísticas.



Figura 29. Gráficos de las medidas PRE-POST según la variable "Sexo"



BSQ = Body Shape Questionnaire, CU.SC = Cuestionario de satisfacción corporal, CU.SV = Cuestionario de satisfacción vital

Se puede apreciar visualmente en la figura 29 cómo los varones presentan una mayor satisfacción corporal (menores puntuaciones) y menor insatisfacción vital que las mujeres al valorar las medias globales en la condición PRE sin tener en cuenta el factor condición (en los varones BSQ = 62.8; CU.SC = 2.1 y CU.SV = 18.2, en las mujeres BSQ = 72.1; CU.SC = 22.1 y CU.SV = 19.0). Este resultado indica que globalmente los varones se sienten más satisfechos con sus cuerpos y sus vidas, seguramente debido a la diferente socialización y presión social que se produce en la sociedad actual según sexos.

Los resultados también parecen confirmar que la participación de varones en programas preventivos de aplicación colectiva que no intervengan directamente sobre la imagen corporal provoca un considerable aumento en la insatisfacción corporal y vital, ya que

la diferencia de medias PRE-POST en todas las medidas para los varones es negativa (BSQ= -.7; CU.SC = -2.0 y CU.SV = -.6) mientras que en las mujeres esta diferencia es en todas las medidas positiva (BSQ = 1.1; CU.SC = .9 y CU.SV = 1.1). Es posible que este resultado se deba a que el aumento de la interacción social en los varones les hace más conscientes de su físico disminuyendo su satisfacción corporal sensiblemente e indirectamente la satisfacción vital. El motivo por el cual esta tendencia en los varones en los programas de control no se ve reflejada en los contrastes multivariados es porque el aumento de la insatisfacción corporal y vital ocurrida en los programas de control no es estadísticamente significativo.

**Análisis de la mejora producida por el programa "Imagina" sobre las distintas medidas comparando las condiciones experimentales y la variable atributiva "Edad de los participantes"**

En la tabla 18 se muestran las medias aritméticas y desviaciones típicas de las distintas medidas tomadas en los momentos pretratamiento y postratamiento, y la "t" de Student y su significación estadística de la diferencia de medias pre-post según las condiciones experimentales (experimental y control) y según la variable atributiva "Edad de los participantes", valorada a través de 6 grupos de edades, con periodos de edad de 5 años salvo el último, obviamente abierto.



**Tabla 18.** Medias y desviaciones típicas de los instrumentos de evaluación según la condición experimental y según la variable “Edad” en las fases pretest, postest y en la diferencia pretest-postest

|                               |              | Grupo Experimental (n = 88) |      |         |      |               | Grupo Control (n = 88) |      |         |      |            |
|-------------------------------|--------------|-----------------------------|------|---------|------|---------------|------------------------|------|---------|------|------------|
|                               |              | Pretest                     |      | Postest |      | PRE - POST    | Pretest                |      | Postest |      | PRE - POST |
|                               |              | M                           | DT   | M       | DT   | “t”           | M                      | DT   | M       | DT   | “t”        |
| <b>De 50 a 54</b><br>(n = 30) | <b>BSQ</b>   | 78.3                        | 28.6 | 66.6    | 23.3 | <b>4.70**</b> | 80.1                   | 25.9 | 78.0    | 23.0 | 1.14       |
|                               | <b>CU.SC</b> | 23.5                        | 6.7  | 15.7    | 6.2  | <b>4.68**</b> | 24.9                   | 7.9  | 24.7    | 7.7  | .12        |
|                               | <b>CU.SV</b> | 17.4                        | 9.5  | 16.2    | 6.7  | .60           | 23.3                   | 7.7  | 22.7    | 8.6  | .38        |
| <b>De 55 a 59</b><br>(n = 22) | <b>BSQ</b>   | 87.9                        | 25.1 | 80.1    | 2.9  | 2.01          | 72.9                   | 20.9 | 73.3    | 23.2 | -.20       |
|                               | <b>CU.SC</b> | 21.6                        | 3.1  | 15.9    | 7.1  | <b>2.61*</b>  | 24.3                   | 6.2  | 24.1    | 4.2  | .16        |
|                               | <b>CU.SV</b> | 23.7                        | 4.3  | 22.4    | 4.9  | .43           | 22.3                   | 6.6  | 21.9    | 4.5  | .40        |
| <b>De 60 a 64</b><br>(n = 31) | <b>BSQ</b>   | 72.8                        | 23.1 | 68.5    | 19.5 | <b>2.29*</b>  | 75.0                   | 25.5 | 76.3    | 20.7 | -.59       |
|                               | <b>CU.SC</b> | 22.2                        | 8.0  | 15.7    | 6.3  | <b>3.27**</b> | 22.4                   | 6.6  | 20.8    | 6.1  | 1.09       |
|                               | <b>CU.SV</b> | 21.6                        | 5.9  | 18.0    | 6.7  | 1.94          | 20.1                   | 5.5  | 19.7    | 4.2  | .39        |
| <b>De 65 a 69</b><br>(n =47)  | <b>BSQ</b>   | 72.1                        | 24.8 | 65.5    | 24.5 | <b>3.88**</b> | 72.0                   | 20.5 | 69.2    | 17.9 | 1.43       |
|                               | <b>CU.SC</b> | 20.9                        | 4.7  | 17.0    | 5.0  | <b>4.88**</b> | 23.1                   | 6.6  | 21.8    | 5.6  | 1.01       |
|                               | <b>CU.SV</b> | 21.3                        | 7.8  | 18.0    | 6.6  | 1.85          | 21.1                   | 7.6  | 19.5    | 6.3  | 1.77       |
| <b>De 70 a 74</b><br>(n = 27) | <b>BSQ</b>   | 64.9                        | 15.8 | 59.3    | 15.1 | 2.05          | 57.6                   | 18.6 | 58.4    | 15.4 | -.34       |
|                               | <b>CU.SC</b> | 18.4                        | 6.3  | 16.7    | 3.5  | <b>2.45*</b>  | 18.7                   | 6.8  | 21.0    | 6.2  | -1.88      |
|                               | <b>CU.SV</b> | 22.7                        | 7.6  | 17.1    | 5.6  | <b>3.23**</b> | 18.3                   | 7.9  | 17.1    | 6.2  | .94        |
| <b>75 ó +</b><br>(n = 19)     | <b>BSQ</b>   | 56.1                        | 16.6 | 53.6    | 16.7 | 1.04          | 49.2                   | 12.4 | 48.1    | 12.1 | .52        |
|                               | <b>CU.SC</b> | 20.6                        | 8.8  | 16.1    | 6.9  | <b>2.57*</b>  | 17.1                   | 5.0  | 16.7    | 3.5  | .35        |
|                               | <b>CU.SV</b> | 20.4                        | 7.1  | 16.1    | 5.9  | 2.12          | 20.7                   | 6.2  | 20.7    | 6.6  | .00        |

\*\* = Significación inferior a .01 \* = Significación inferior a .05

BSQ = *Body Shape Questionnaire*, CU.SC = Cuestionario de Satisfacción Corporal, CU.SV = Cuestionario de Satisfacción Vital

Al comparar los resultados observados en la tabla 14, en la que se valoraba exclusivamente la influencia de la condición experimental sobre las medidas tomadas, con la tabla 18, en la que se añade el factor “Edad de los participantes” al análisis, no se observa una

tendencia claramente diferente en el comportamiento del programa “*Imagina*” sobre la muestra, ya que, para todas las edades, las medias de la diferencia pre-post en las tres medidas son superiores en la condición experimental y no se observa un comportamiento diferencial en algún grupo de edad o a partir de un grupo de edad en el funcionamiento de los programas aplicados, en el sentido de mayores diferencias entre condiciones experimentales o diferencias pre-post negativas, lo que es indicativo de que las diferencias existentes entre grupos de edades pueden deberse a azar.

Los contrastes “*t*” de Student son significativos, tomando un nivel de confianza del 99% ( $\alpha = .01$ ), para la diferencia de medias pre-post en la condición experimental en el caso del grupo de edad de 50 a 54 años en las medidas BSQ (4.70) y CU.SC (4.68), en el grupo de edad de 60 a 64 años para la medida CU.SC (3.27), en el grupo de edad de 65 a 69 años en las medidas BSQ (3.88) y CU.SC (4.88) y en el grupo de edad de 70 a 75 años en las medidas CU.SV (3.26). También son significativos para la condición experimental tomando un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = .05$ ) en el grupo de edad de 55 a 59 años la medida CU.SC (2.61), en el grupo de edad de 60 a 64 años la medida BSQ (2.29) y en los grupos de edades de 70 a 74 años y 75 o más años en la medida CU.SC (2.45 y 2.57), rechazando la hipótesis nula de igualdad de medias bajo estas condiciones y concluyendo que el programa “*Imagina*” provoca mejoras estadísticamente significativas en las medidas que corresponden con estos grupos de edades.

En la condición de control, por el contrario, ninguna de las medidas tomadas en ningún grupo de edad se pueden considerar significativas por lo que se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias para toda la condición de control en todos los grupos de edades, lo que significa que ninguno de los programas de control genera mejoras significativas en satisfacción corporal y vital en ninguno de los grupos de edades considerados. Las diferencias de medias entre ambas condiciones experimentales para algunas de las medidas CU.SV en algunos grupos de edades no son muy elevadas, por lo que es necesario valorar los contrastes multivariados mediante un ANOVA de Medidas Repetidas para realizar una valoración estadística de si estas diferencias son o no son estadísticamente significativas.

En la tabla 19 que se muestran los contrastes multivariados de los efectos del factor “*Edad de los participantes*” sobre la mejora en satisfacción corporal y vital teniendo, y no teniendo en cuenta, la variable independiente “*Condición experimental*” a través del ANOVA de Medidas Repetidas.

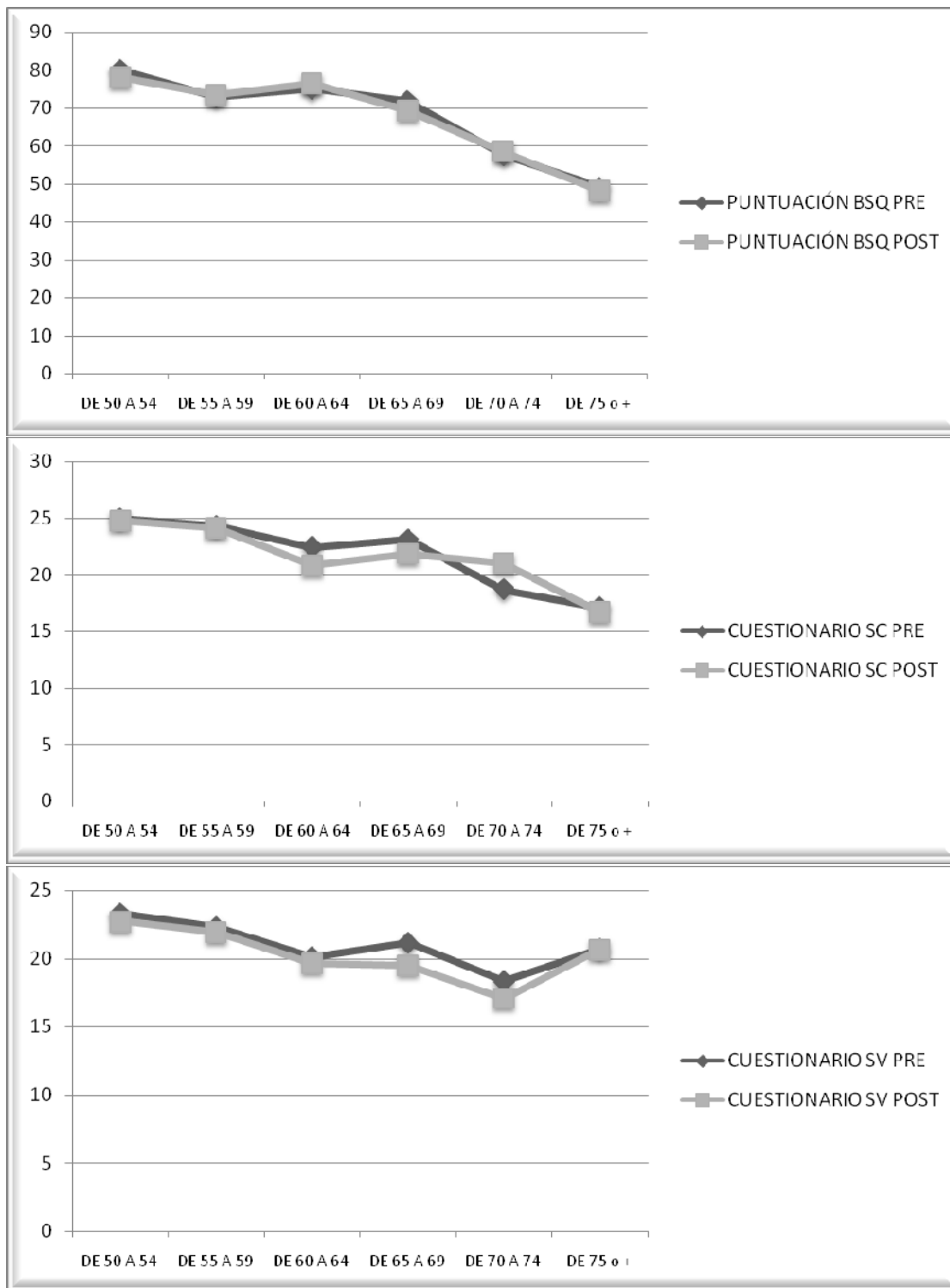
**Tabla 19.** Contrastes multivariados de la variable "Edad" sobre las medidas tomadas teniendo en cuenta la variable "Condición"

| Efecto  | Estadísticos       | Valor | F    | Gl. hip. | Gl. error | Significación |
|---|--------------------|-------|------|----------|-----------|---------------|
| Influencia de la variable <b>Edad (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del test <b>BSQ (intra)</b>  | Traza de Pillai    | .05   | 1.60 | 5        | 164       | .16           |
|   | Lambda de Wilks    | .95   | 1.60 | 5        | 164       | .16           |
|   | Traza de Hotelling | .05   | 1.60 | 5        | 164       | .16           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .05   | 1.60 | 5        | 164       | .16           |
| Influencia de la variable <b>Edad (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del test <b>BSQ (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b>                              | Traza de Pillai    | .02   | .72  | 5        | 164       | .61           |
|   | Lambda de Wilks    | .98   | .72  | 5        | 164       | .61           |
|   | Traza de Hotelling | .02   | .72  | 5        | 164       | .61           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .02   | .72  | 5        | 164       | .61           |
| Influencia de la variable <b>Edad (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción corporal (intra)</b>   | Traza de Pillai    | .05   | 1.68 | 5        | 164       | .14           |
|   | Lambda de Wilks    | .95   | 1.68 | 5        | 164       | .14           |
|   | Traza de Hotelling | .05   | 1.68 | 5        | 164       | .14           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .05   | 1.68 | 5        | 164       | .14           |
| Influencia de la variable <b>Edad (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción corporal (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b> | Traza de Pillai    | .02   | .70  | 5        | 164       | .62           |
|   | Lambda de Wilks    | .98   | .70  | 5        | 164       | .62           |
|   | Traza de Hotelling | .02   | .70  | 5        | 164       | .62           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .02   | .70  | 5        | 164       | .62           |
| Influencia de la variable <b>Edad (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción vital (intra)</b>  | Traza de Pillai    | .02   | .62  | 5        | 164       | .68           |
|   | Lambda de Wilks    | .98   | .62  | 5        | 164       | .68           |
|   | Traza de Hotelling | .02   | .62  | 5        | 164       | .68           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .02   | .62  | 5        | 164       | .68           |
| Influencia de la variable <b>Edad (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción vital (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b>    | Traza de Pillai    | .01   | .41  | 5        | 164       | .84           |
|   | Lambda de Wilks    | .99   | .41  | 5        | 164       | .84           |
|   | Traza de Hotelling | .01   | .41  | 5        | 164       | .84           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .01   | .41  | 5        | 164       | .84           |

Ninguno de los contrastes multivariados planteados en la tabla 19 son significativos en ningún estadístico para ninguna medida, por lo que se puede aceptar la hipótesis nula de igualdad de medias de las diferencias pre-post según el factor "Edad", tanto para la mejora debida al tratamiento (intra), como si la mejora debida al tratamiento se combina con la variable independiente "Condición". Se puede concluir, por lo tanto, que el programa "Imagina" genera mejoras significativas para la satisfacción corporal y vital de sus participantes independientemente de su edad.

Las figuras 30 y 31 representan de manera visual, a través de gráficos distintos según las medidas, la diferencia entre las dos condiciones experimentales respecto a la mejora producida en satisfacción corporal y satisfacción vital teniendo en cuenta el factor "Edad de los participantes", sobre las que se han extraído las conclusiones estadísticas.

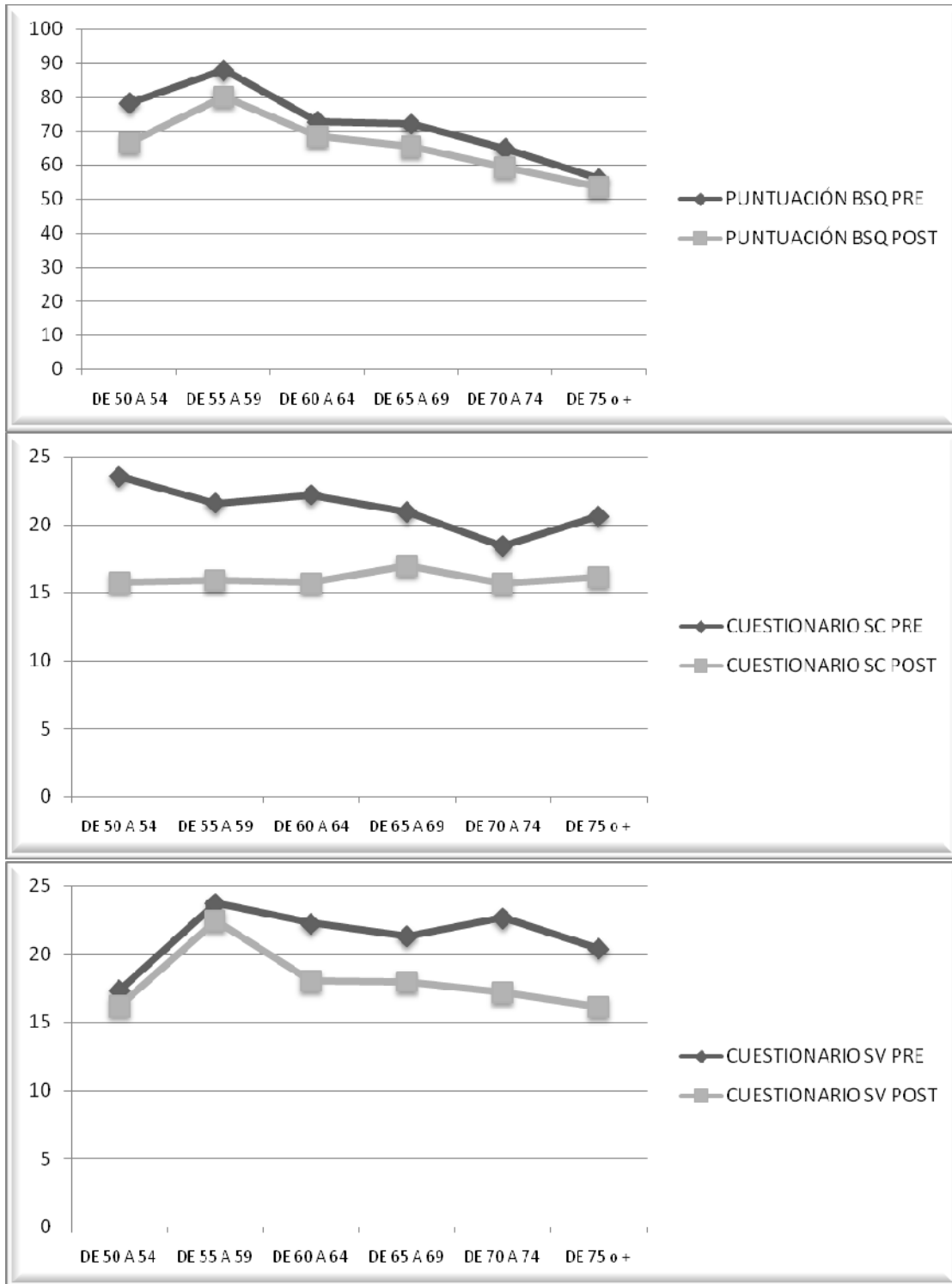
Figura 30. Gráficos de las medidas PRE-POST de los grupos de control según la variable "Edad"



BSQ = Body Shape Questionnaire, CU.SC = Cuestionario de satisfacción corporal, CU.SV = Cuestionario de satisfacción vital



Figura 31. Gráficos de las medidas PRE-POST de los grupos experimentales según la variable "Edad"



BSQ = Body Shape Questionnaire, CU.SC = Cuestionario de satisfacción corporal, CU.SV = Cuestionario de satisfacción vital



En las figuras 30 y 31 se puede apreciar una ligera disminución de la preocupación por el aspecto según avanza la edad en la condición pre. No obstante esta ligera tendencia no parece resultar lo suficientemente significativa como para llegar a la conclusión de que el aumento de edad conlleva una disminución de la preocupación por la apariencia física. Los posteriores análisis correlacionales del siguiente apartado de esta Tesis Doctoral aclararán esta cuestión estadísticamente.

En la figura 30 se ha podido observar cómo apenas existe diferencia entre las puntuaciones pre y post en la condición de control, tal y como se ha reflejado en los análisis estadísticos anteriores. En la figura 31 se puede observar con claridad cómo, para las personas en proceso de madurez (edades cercanas a los 50 años), la mejora producida por el programa "Imagina" es más considerable sobre la satisfacción corporal que sobre la satisfacción vital, tendencia que se invierte para las personas de avanzada edad, en proceso de vejez, para las que el programa "Imagina" les resulta más eficiente en la mejora de la satisfacción vital. Este resultado podría deberse a la diferencia de enfoque vital de los participantes al programa según su edad, las personas en proceso de madurez se preocuparían más por el progresivo deterioro físico y estético que sufre su cuerpo, mientras que las personas de avanzada edad podrían presentar mayores carencias afectivas y mayor necesidad de interacciones sociales positivas en su vida cotidiana. En el Capítulo 8 de esta Tesis Doctoral, dedicado a la discusión e interpretación de los resultados se profundizará en el análisis de esta hipótesis.

**Análisis de la mejora producida por el programa "Imagina" sobre las distintas medidas comparando las condiciones experimentales y la variable atributiva "Estado civil de los participantes"**

En la tabla 20 se muestran las medias aritméticas y desviaciones típicas de las distintas medidas tomadas en los momentos pretratamiento y postratamiento, y la "t" de Student y su significación estadística de la diferencia de medias pre-post según las condiciones experimentales (experimental y control) y según la variable interviniente "Estado civil".



**Tabla 20.** Medias y desviaciones típicas de los instrumentos de evaluación según la condición experimental y según la variable "Estado Civil" en las fases pretest, postest y en la diferencia pretest-postest

|   |              | Grupo Experimental (n = 88) |      |         |      |               | Grupo Control (n = 88) |      |         |      |              |
|---|--------------|-----------------------------|------|---------|------|---------------|------------------------|------|---------|------|--------------|
|   |              | Pretest                     |      | Postest |      | PRE-POST      | Pretest                |      | Postest |      | PRE-POST     |
|   |              | M                           | DT   | M       | DT   | "t"           | M                      | DT   | M       | DT   | "t"          |
| <b>Matrimonio o con pareja estable</b><br>(n = 117) | <b>BSQ</b>   | 73.8                        | 23.4 | 67.3    | 19.9 | <b>4.87**</b> | 71.3                   | 23.7 | 69.9    | 21.8 | 1.27         |
|   | <b>CU.SC</b> | 21.9                        | 6.1  | 16.5    | 5.7  | <b>6.22**</b> | 21.7                   | 7.0  | 21.1    | 6.0  | .84          |
|   | <b>CU.SV</b> | 2.8                         | 7.9  | 18.2    | 6.3  | <b>2.39*</b>  | 20.2                   | 6.7  | 19.8    | 6.2  | .79          |
| <b>Separación</b><br>(n = 7)                        | <b>BSQ</b>   | 104.7                       | 25.4 | 92.0    | 25.4 | <b>4.86*</b>  | 89.7                   | 15.9 | 88.2    | 15.6 | .68          |
|   | <b>CU.SC</b> | 19.7                        | 6.8  | 14.0    | 3.6  | 2.43          | 29.2                   | 5.9  | 27.2    | 3.4  | .52          |
|   | <b>CU.SV</b> | 23.3                        | 10.8 | 17.3    | 8.1  | .77           | 21.7                   | 11.0 | 21.2    | 9.5  | .29          |
| <b>Soltería</b><br>(n = 15)                         | <b>BSQ</b>   | 63.2                        | 15.8 | 56.2    | 16.7 | <b>3.40**</b> | 49.0                   | 10.0 | 52.8    | 12.3 | -1.59        |
|   | <b>CU.SC</b> | 19.6                        | 7.4  | 16.0    | 6.8  | <b>3.34**</b> | 17.4                   | 6.5  | 20.2    | 5.4  | -.81         |
|   | <b>CU.SV</b> | 15.5                        | 5.2  | 14.0    | 5.8  | .74           | 19.4                   | 6.2  | 19.6    | 3.8  | -.12         |
| <b>Viudez</b><br>(n = 37)                           | <b>BSQ</b>   | 65.1                        | 26.2 | 58.8    | 24.1 | <b>3.05**</b> | 63.6                   | 18.3 | 63.7    | 16.8 | -.06         |
|   | <b>CU.SC</b> | 20.8                        | 7.6  | 15.0    | 5.0  | <b>3.99**</b> | 23.3                   | 5.9  | 22.9    | 5.9  | .32          |
|   | <b>CU.SV</b> | 23.3                        | 6.7  | 17.6    | 6.3  | <b>3.97**</b> | 23.4                   | 7.2  | 21.0    | 5.9  | <b>2.50*</b> |

\*\* = Significación inferior a .01 \* = Significación inferior a .05

BSQ = *Body Shape Questionnaire*, CU.SC = Cuestionario de Satisfacción Corporal, CU.SV = Cuestionario de Satisfacción Vital

Al comparar los resultados observados en la tabla 14, en la que se valoraba exclusivamente la influencia de la condición experimental sobre las medidas tomadas, con la tabla 20, en la que se añade el factor "Estado Civil" al análisis, no se observan diferencias claras en el comportamiento del programa "Imagina", al mostrar siempre mayor mejora la condición experimental que la condición de control, lo que es indicativo de que la diferencia existente entre estados civiles pudiera deberse al azar.

Los contrastes "t" de Student son significativos, tomando un nivel de confianza del 99% ( $\alpha = .01$ ) para la diferencia de medias pre-post en la condición experimental, en los grupos de personas casadas o con pareja estable para las medidas BSQ (4.87) y CU.SC (6.22), para las personas viudas en todas las medidas (BSQ = 3.05; CU.SC = 3.99 y CU.SV = 3.98), y en la condición de soltería para la medida BSQ (3.40) y CU.SC (3.34). Tomando un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = .05$ ) la medida CU.SV (2.39) es significativa en el grupo de personas casadas o con pareja estable y la medida BSQ (4.86) para el grupo de las personas separadas o divorciadas.

Para la condición de control solamente la medida CU.SV (2.50) es significativa tomando un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = .05$ ) rechazando la hipótesis nula de igualdad de medias bajo estas condiciones.

Se deben valorar estos resultados con sumo cuidado, porque la escasez de sujetos experimentales en algunas condiciones puede sesgar gravemente los análisis estadísticos. Por ejemplo, una primera valoración poco cuidadosa puede llevar a concluir que para las personas separadas el programa "Imagina" no provoca mejoras significativas. La muestra formada por los participantes que cumplen la condición de estar separados o divorciados asciende a  $N=7$  siendo asignados 4 sujetos a la condición de control y 3 sujetos a la condición experimental. Con una muestra tan baja de sujetos las diferencias deben ser muy amplias para ser estadísticamente significativas. También se observa cómo la participación de personas solteras en los programas genera un empeoramiento en su satisfacción corporal y vital, dado que, a diferencia de el resto de estados civiles, las puntuaciones obtenidas en la diferencia pre-post son negativas (BSQ = -3.8; CU.SC = -2.8; CU.SV = -.2). Esta tendencia no es valorada como significativa a través de los contrastes "t" de diferencias de medias, no obstante, se debe tener en cuenta, que la cantidad de muestra sobre la que se hace esta valoración es también baja, ya que N en esta condición solamente asciende a 15 sujetos. Por otro lado, para las condiciones del factor "Estado Civil" en las que se da una muestra (N) amplia (matrimonio o con pareja estable y viudez), la diferencia de medias de la condición experimental resulta estadísticamente significativa, circunstancia que es indicativa de que el programa "Imagina" provoca mejoras significativas en satisfacción corporal y vital independientemente del estado civil de los participantes si se cumple la circunstancia de muestras amplias.

Al no poder confiar plenamente en la significación estadística de los contrastes "t" de Student se pueden considerar otros dos tipos de análisis de los resultados. Por un lado, se pueden comparar las puntuaciones directas de la diferencia de medias (BSQ = 12.7; CU.SC = 6.7 y CU.SV = 5.0 en la condición experimental contra BSQ = 1.5; CU.SC = 2.0 y CU.SV = .5 en la condición de control), donde se aprecia que las diferencias mayores al comparar estados civiles se dan sobre muestras de personas separadas o divorciadas, o, de una forma más científica, se puede acudir al análisis del factor "Estado Civil" dentro del ANOVA de Medidas Repetidas, donde se valora la significación de este factor de forma global.

En la tabla 21 se muestran los contrastes multivariados de los efectos del factor "Estado civil" sobre la mejora en satisfacción corporal y vital teniendo, y no teniendo en cuenta, la variable independiente "Condición experimental" a través del ANOVA de Medidas repetidas. Este tipo de contrastes aclarará la influencia del factor "Estado Civil" sobre los resultados, ya que los análisis más simples, como los contrastes "t" de Student, no alojan resultados lo suficientemente claros a la investigación.

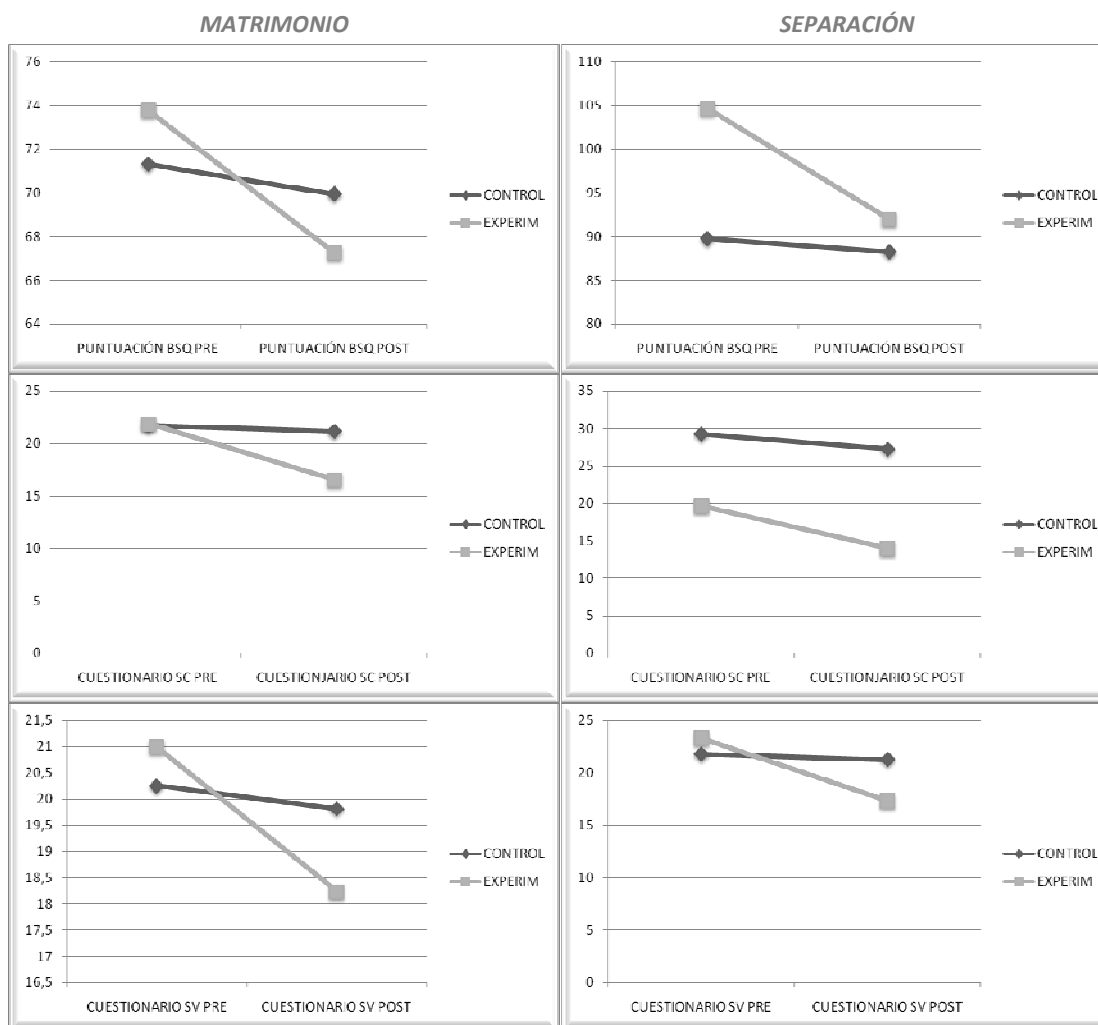
**Tabla 21.** Contrastes multivariados de la variable “Estado Civil” sobre las medidas tomadas teniendo en cuenta la variable “Condición”

| Efecto  | Estadísticos       | Valor | F    | Gl. hip. | Gl. error | Significación |
|---|--------------------|-------|------|----------|-----------|---------------|
| Influencia de la variable <b>Estado civil (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>test BSQ (intra)</b>  | Traza de Pillai    | .01   | .68  | 3        | 168       | .56           |
|   | Lambda de Wilks    | .99   | .68  | 3        | 168       | .56           |
|   | Traza de Hotelling | .01   | .68  | 3        | 168       | .56           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .01   | .68  | 3        | 168       | .56           |
| Influencia de la variable <b>Estado civil (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>test BSQ (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b>                              | Traza de Pillai    | .01   | .62  | 3        | 168       | .60           |
|   | Lambda de Wilks    | .99   | .62  | 3        | 168       | .60           |
|   | Traza de Hotelling | .01   | .62  | 3        | 168       | .60           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .01   | .62  | 3        | 168       | .60           |
| Influencia de la variable <b>Estado civil (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción corporal (intra)</b>   | Traza de Pillai    | .02   | .91  | 3        | 168       | .44           |
|   | Lambda de Wilks    | .98   | .91  | 3        | 168       | .44           |
|   | Traza de Hotelling | .02   | .91  | 3        | 168       | .44           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .02   | .91  | 3        | 168       | .44           |
| Influencia de la variable <b>Estado civil (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción corporal (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b> | Traza de Pillai    | .00   | .13  | 3        | 168       | .94           |
|   | Lambda de Wilks    | 1.00  | .13  | 3        | 168       | .94           |
|   | Traza de Hotelling | .00   | .13  | 3        | 168       | .94           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .00   | .13  | 3        | 168       | .94           |
| Influencia de la variable <b>Estado civil (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción vital (intra)</b>  | Traza de Pillai    | .03   | 1.93 | 3        | 168       | .13           |
|   | Lambda de Wilks    | .97   | 1.93 | 3        | 168       | .13           |
|   | Traza de Hotelling | .03   | 1.93 | 3        | 168       | .13           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .03   | 1.93 | 3        | 168       | .13           |
| Influencia de la variable <b>Estado civil (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción vital (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b>    | Traza de Pillai    | .00   | .24  | 3        | 168       | .87           |
|   | Lambda de Wilks    | 1.00  | .24  | 3        | 168       | .87           |
|   | Traza de Hotelling | .00   | .24  | 3        | 168       | .87           |
|   | Raíz mayor de Roy  | .00   | .24  | 3        | 168       | .87           |

Ninguno de los contrastes multivariados planteados son significativos en ningún estadístico para ninguna medida, por lo que se puede aceptar la hipótesis nula de igualdad de medias según el factor “Estado civil”, tanto para la mejora debida al tratamiento (intra), como si la mejora debida al tratamiento se combina con la variable independiente “Condición”. Se puede concluir, por lo tanto, que el programa “Imagina” genera mejoras significativas para la satisfacción corporal y vital de sus participantes independientemente de su estado civil y que el factor “Estado Civil” no genera diferencias significativas entre grupos experimentales.

Las figuras 32 y 33 visualizan gráficamente la diferencia entre las dos condiciones experimentales respecto a la mejora producida en satisfacción corporal y satisfacción vital teniendo en cuenta el factor “Estado civil”.

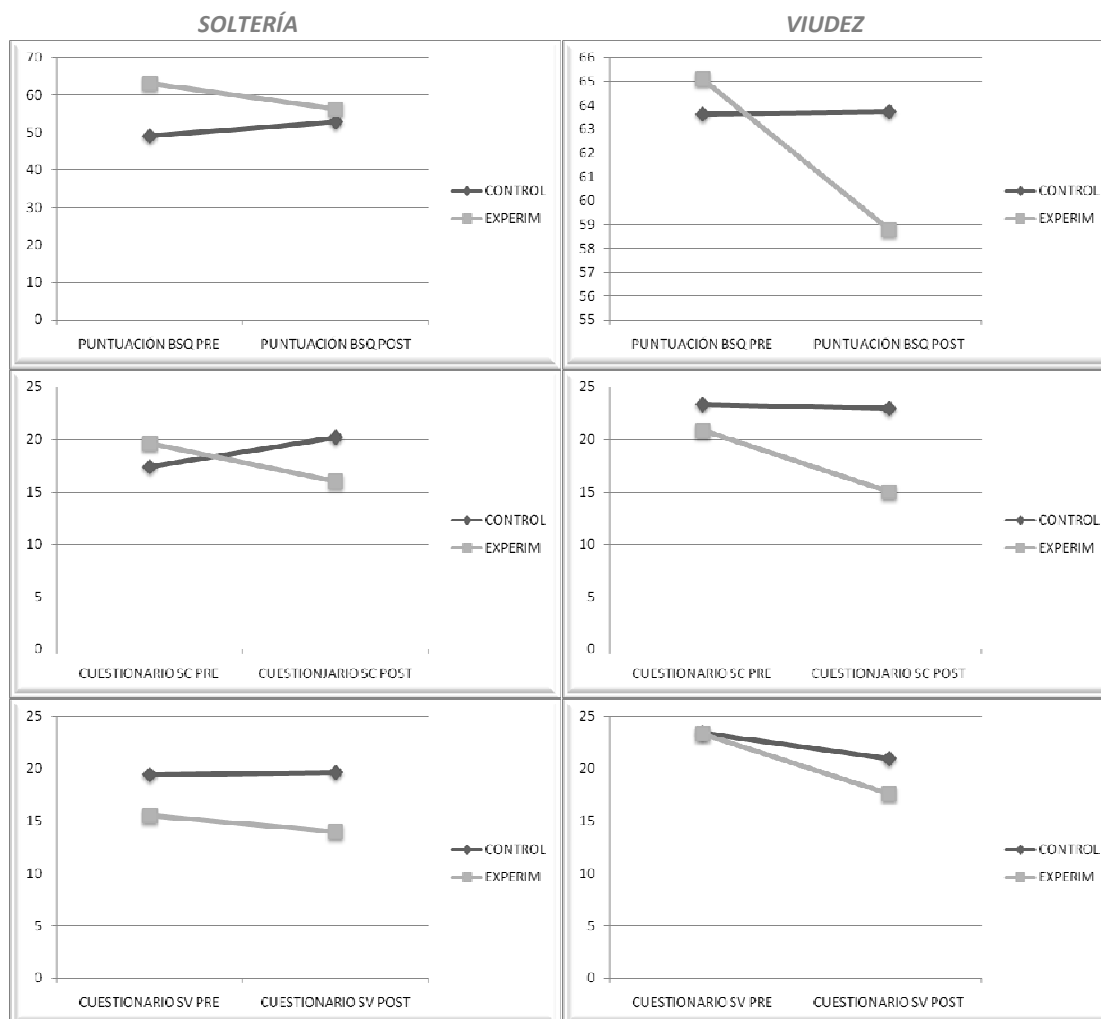
Figura 32. Gráficos de las medidas PRE-POST según la variable "Estado Civil" (matrimonio, separación)



BSQ = Body Shape Questionnaire, CU.SC = Cuestionario de satisfacción corporal, CU.SV = Cuestionario de satisfacción vital



Figura 33. Gráficos de las medidas PRE-POST según la variable "Estado Civil" (soltería, viudez)



BSQ = Body Shape Questionnaire, CU.SC = Cuestionario de satisfacción corporal, CU.SV = Cuestionario de satisfacción vital

En las figuras 32 y 33 se aprecia cómo las personas separadas o divorciadas son las que muestran una mayor insatisfacción corporal en la condición pre globalmente (BSQ = 96.1. CU.SC = 25.1) y las segundas, detrás de las personas viudas en insatisfacción vital (CU.SV = 22.4), lo que parece indicar que su estado civil influye negativamente sobre su satisfacción corporal y vital. Las personas separadas o divorciadas, a su vez, muestran la mayor mejora global debida a la participación en el programa "Imagina" (BSQ = 12.7; CU.SC = 5.7; CU.SV = 6.0). Estos resultados parecen deberse a que existe un mayor margen de mejora cuando la preocupación corporal es excesivamente alta, aunque debe tenerse nuevamente en cuenta que la muestra en esta condición es escasa (N = 7). Por otro lado, las personas solteras pueden considerarse las más satisfechas, tanto en preocupación vital como corporal (BSQ = 58.5; CU.SC = 18.9; CU.SV = 16.8), y las personas viudas muestran mayor preocupación vital que

corporal, ya que son las que mayor preocupación vital muestran (CU.SV = 23.4). Estos datos apoyan los resultados anteriores sobre la evolución de la preocupación corporal y vital según la edad, ya que las personas viudas son mayoritariamente mayores, por lo que ambas interpretaciones pueden considerarse complementarias. Una conclusión global derivada de estas diferencias según el estado civil es que el estado civil es un factor de gran importancia para la satisfacción corporal y vital ya que existen notables diferencias según el estado civil en la valoración pre. En cambio, tal y como se ha mostrado en los análisis estadísticos, la influencia del factor estado civil no es tan significativa para la mejora debida al programa "Imagina".

**Análisis de la mejora producida por el programa "Imagina" sobre las distintas medidas comparando las condiciones experimentales y la variable "Entorno"**

En la tabla 22 se muestran las medias aritméticas y desviaciones típicas de las distintas medidas tomadas en los momentos pretratamiento y postratamiento, y la "t" de Student y su significación estadística de la diferencia de medias pre-post según las condiciones experimentales (experimental y control) y según la variable interviniente "Entorno".

*Tabla 22. Medias y desviaciones típicas de los instrumentos de evaluación según la condición experimental y según la variable "Entorno" en las fases pretest, postest y en la diferencia pretest-postest*

|                            |              | Grupo Experimental (n = 88) |      |         |      |               | Grupo Control (n = 88) |      |         |      |          |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|------|---------|------|---------------|------------------------|------|---------|------|----------|
|                            |              | Pretest                     |      | Postest |      | PRE-POST      | Pretest                |      | Postest |      | PRE-POST |
|                            |              | M                           | DT   | M       | DT   | "t"           | M                      | DT   | M       | DT   | "t"      |
| <b>Rural</b><br>(n = 63)   | <b>BSQ</b>   | 70.2                        | 18.4 | 66.0    | 19.1 | <b>2.82**</b> | 65.6                   | 20.6 | 64.6    | 17.8 | .54      |
|                            | <b>CU.SC</b> | 21.2                        | 5.8  | 16.9    | 3.9  | <b>5.85**</b> | 21.0                   | 6.9  | 20.7    | 4.8  | .28      |
|                            | <b>CU.SV</b> | 21.4                        | 6.8  | 17.1    | 4.7  | <b>4.25**</b> | 19.8                   | 7.0  | 18.6    | 5.5  | 1.36     |
| <b>Urbano</b><br>(n = 113) | <b>BSQ</b>   | 72.9                        | 27.3 | 64.6    | 22.9 | <b>6.50**</b> | 71.0                   | 23.7 | 70.3    | 22.1 | .69      |
|                            | <b>CU.SC</b> | 21.4                        | 7.0  | 15.6    | 6.4  | <b>6.23**</b> | 22.7                   | 6.9  | 21.5    | 7.0  | .64      |
|                            | <b>CU.SV</b> | 20.5                        | 8.2  | 17.9    | 7.2  | <b>2.15*</b>  | 21.5                   | 7.0  | 20.9    | 6.4  | 1.27     |

\*\* = Significación inferior a .01 \* = Significación inferior a .05

BSQ = Body Shape Questionnaire, CU.SC = Cuestionario de Satisfacción Corporal, CU.SV = Cuestionario de Satisfacción Vital

Al comparar los resultados observados en la tabla 14, en la que se valoraba exclusivamente la influencia de la condición experimental sobre las medidas tomadas, con la tabla 22, en la que se añade el factor "Entorno" al análisis, no se observa una tendencia claramente diferente en el comportamiento del programa "Imagina" sobre la muestra, al



mostrar siempre mayor mejora la condición experimental que la condición de control, lo que es indicativo de que la diferencia existente entre entornos pudiera deberse al azar.

Como se aprecia en la tabla 27, todos los contrastes “*t*” de Student son significativos en todas las medidas tomando un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = .05$ ) para la diferencia de medias pre-post en la condición experimental, tanto en el caso del grupo de la condición rural como de la condición urbano. Salvo para la medida CU.SV de la condición urbano ( $t = 2.15$ ), todas las medidas son también significativas tomando un nivel de confianza de 99% ( $\alpha = .01$ ). Ninguna de las medidas o condiciones en la situación de control son significativas para ninguno de los niveles de confianza planteados, aceptando la hipótesis nula de igualdad de medias en la situación de control.

Los resultados, que nuevamente son más significativos para todas las medidas bajo la condición experimental, parecen reflejar que no existen diferencias significativas entre los tratamientos debidas a la variable “Entorno” para todas las medidas relacionadas con la satisfacción corporal y vital, y que el programa “*Imagina*” obtiene una mejora significativa para ambos entornos, cuestión que debe confirmarse a través de los contrastes multivariados del ANOVA de Medidas Repetidas.

En el programa “*Imagina*” se aprecia un ligero incremento de la mejora en satisfacción corporal en el entorno urbano y de la mejora en satisfacción vital en el entorno rural (En entorno rural BSQ = 4.2; CU.SC = 4.3 y CU.SV = 4.2 y en entorno urbano BSQ = 8.4; CU.SC = 5.9 y CU.SV = 2.6), esta diferencia entre entornos debe valorarse como significativa mediante el análisis de la significación de los contrastes multivariados de los efectos del factor “Entorno” sobre la mejora en satisfacción corporal y vital mediante el ANOVA de Medidas repetidas. En la condición de control no se aprecia un comportamiento claramente diferencial de los resultados según el factor “Entorno”.

En la tabla 23 que se presenta a continuación se muestran los contrastes multivariados de los efectos del factor “Estado civil” sobre la mejora en satisfacción corporal y vital teniendo, y no teniendo en cuenta, la variable independiente “Condición experimental” a través del ANOVA de Medidas repetidas.



**Tabla 23.** Contrastes multivariados de la variable “Entorno” sobre las medidas tomadas teniendo en cuenta la variable “Condición”

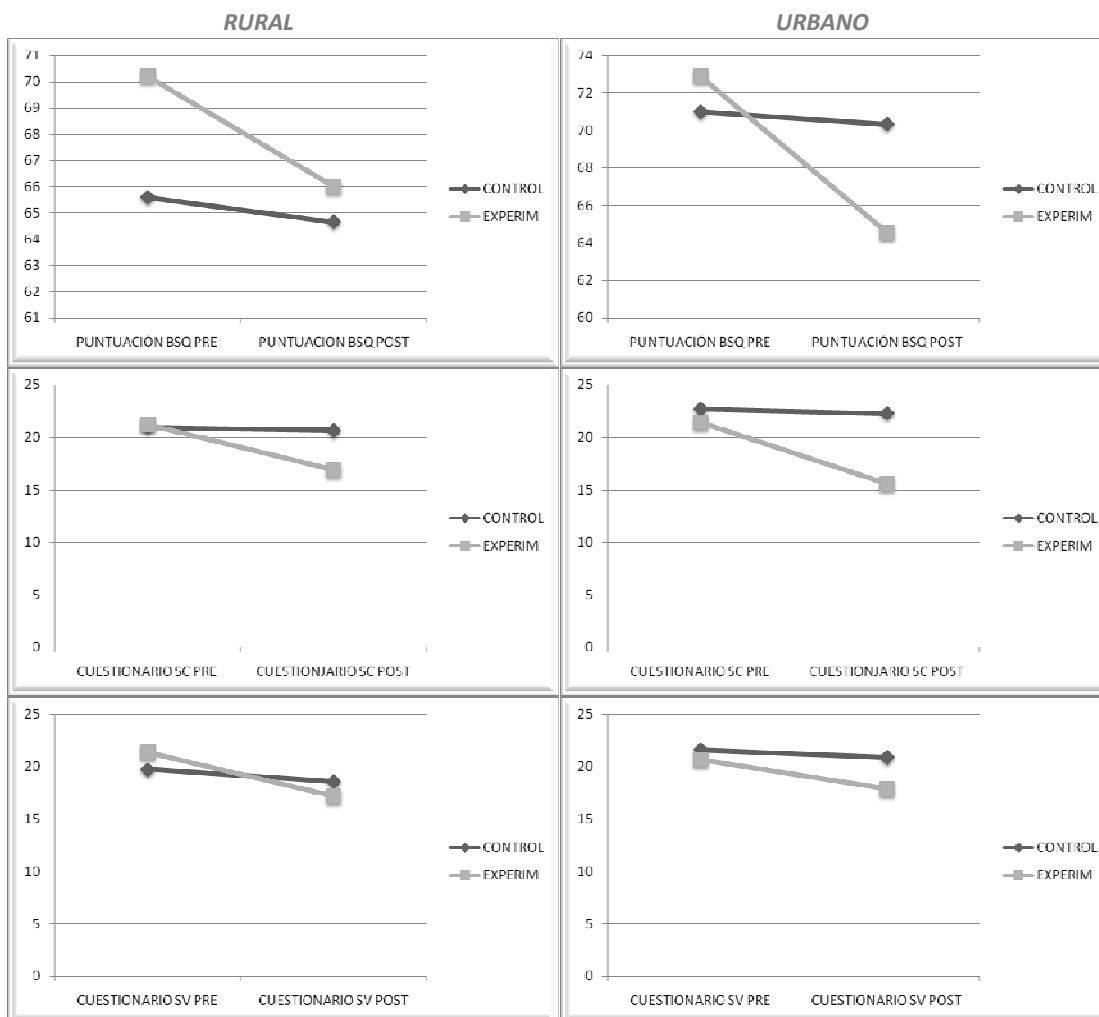
| Efecto   | Estadísticos       | Valor | F    | Gl. hip. | Gl. error | Significación |
|--|--------------------|-------|------|----------|-----------|---------------|
| Influencia de la variable <b>Entorno (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del test <b>BSQ (intra)</b>  | Traza de Pillai    | .01   | 2.04 | 1        | 172       | .15           |
|  | Lambda de Wilks    | .99   | 2.04 | 1        | 172       | .15           |
|  | Traza de Hotelling | .01   | 2.04 | 1        | 172       | .15           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .01   | 2.04 | 1        | 172       | .15           |
| Influencia de la variable <b>Entorno (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del test <b>BSQ (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b>                              | Traza de Pillai    | .01   | 2.65 | 1        | 172       | .11           |
|  | Lambda de Wilks    | .99   | 2.65 | 1        | 172       | .11           |
|  | Traza de Hotelling | .01   | 2.65 | 1        | 172       | .11           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .01   | 2.65 | 1        | 172       | .11           |
| Influencia de la variable <b>Entorno (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción corporal (intra)</b>   | Traza de Pillai    | .01   | .83  | 1        | 172       | .36           |
|  | Lambda de Wilks    | .99   | .83  | 1        | 172       | .36           |
|  | Traza de Hotelling | .01   | .83  | 1        | 172       | .36           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .01   | .83  | 1        | 172       | .36           |
| Influencia de la variable <b>Entorno (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción corporal (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b> | Traza de Pillai    | .00   | .62  | 1        | 172       | .43           |
|  | Lambda de Wilks    | 1.00  | .62  | 1        | 172       | .43           |
|  | Traza de Hotelling | .00   | .62  | 1        | 172       | .43           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .00   | .62  | 1        | 172       | .43           |
| Influencia de la variable <b>Entorno (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción vital (intra)</b>  | Traza de Pillai    | .01   | 1.12 | 1        | 172       | .29           |
|  | Lambda de Wilks    | .99   | 1.12 | 1        | 172       | .29           |
|  | Traza de Hotelling | .01   | 1.12 | 1        | 172       | .29           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .01   | 1.12 | 1        | 172       | .29           |
| Influencia de la variable <b>Entorno (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción vital (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b>    | Traza de Pillai    | .00   | .35  | 1        | 172       | .55           |
|  | Lambda de Wilks    | 1.00  | .35  | 1        | 172       | .55           |
|  | Traza de Hotelling | .00   | .35  | 1        | 172       | .55           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .00   | .35  | 1        | 172       | .55           |

Ninguno de los contrastes multivariados que se observan en la tabla 28 son significativos en ningún estadístico para ninguna medida, por lo que se puede aceptar la hipótesis nula de igualdad de medias según el factor “Entorno”, tanto para la mejora debida al tratamiento (intra), como si la mejora debida al tratamiento se combina con la variable independiente “Condición”. Estos resultados reflejan que el programa “Imagina” genera mejoras significativas para la satisfacción corporal y vital de sus participantes independientemente de su entorno habitual de convivencia.

La figura 34 representa de manera visual, a través de gráficos distintos según las medidas, la diferencia entre las dos condiciones experimentales respecto a la mejora producida en satisfacción corporal y satisfacción vital teniendo en cuenta el factor “Estado Civil”, sobre las que se han extraído las conclusiones estadísticas.



Figura 34. Gráficos de las medidas PRE-POST según la variable “Entorno”



BSQ = Body Shape Questionnaire, CU.SC = Cuestionario de satisfacción corporal, CU.SV = Cuestionario de satisfacción vital

Se puede apreciar visualmente en la figura 34 cómo el entorno rural presentan una mayor satisfacción corporal y vital (menores puntuaciones) en las puntuaciones pre sin tener en cuenta el factor condición (BSQ = 68.1 frente a 71.9; CU.SC = 21.1 frente a 22.1 y CU.SV = 2.6 frente a 21.1). Este resultado refleja la menor presión social hacia el aspecto físico de los entornos rurales, aunque las escasas diferencias son una muestra clara de que los entornos más rurales ya no son los entornos protegidos y aislados frente a los ideales de belleza sociales de actualidad que podrían serlo en épocas anteriores.

Respecto a la mejora debida a la participación en el programa “Imagina” (que se refleja mediante la pendiente de la línea en cada gráfica) se observa cómo el entorno urbano conlleva una mayor mejora en satisfacción corporal, asociada a la mayor preocupación inicial

en satisfacción corporal, mientras que el entorno rural obtiene una mayor mejora en satisfacción vital, pese a su mayor satisfacción vital inicial. Este resultado refleja cómo la mejora en la interacción social, derivada de la participación en el programa, resulta más beneficiosa en entornos rurales, donde mayor necesidad de recursos para la interacción social presentan.

**Análisis de la mejora producida por el programa “Imagina” sobre las distintas medidas comparando las condiciones experimentales y la variable “Época del Año de Aplicación”**

En la tabla 24 se muestran las medias aritméticas y desviaciones típicas de las distintas medidas tomadas en los momentos pretratamiento y postratamiento, y la “t” de Student y su significación estadística de la diferencia de medias pre-post según las condiciones experimentales (experimental y control) y según la variable atributiva “Época del año de aplicación”.

**Tabla 24.** Medias y desviaciones típicas de los instrumentos de evaluación según la condición experimental y según la variable “Época del Año de Aplicación” en las fases pretest, postest y en la diferencia pretest-postest

|                             |              | Grupo Experimental (n = 88) |      |         |      |               | Grupo Control (n = 88) |      |         |      |              |
|-----------------------------|--------------|-----------------------------|------|---------|------|---------------|------------------------|------|---------|------|--------------|
|                             |              | Pretest                     |      | Postest |      | PRE-POST      | Pretest                |      | Postest |      | PRE-POST     |
|                             |              | M                           | DT   | M       | DT   | “t”           | M                      | DT   | M       | DT   | “t”          |
| <b>Invierno</b><br>(n = 77) | <b>BSQ</b>   | 74.3                        | 30.0 | 65.6    | 24.6 | <b>4.72**</b> | 68.2                   | 23.1 | 67.5    | 21.8 | .68          |
|                             | <b>CU.SC</b> | 20.9                        | 6.7  | 14.9    | 7.1  | <b>5.17**</b> | 21.8                   | 6.7  | 22.3    | 6.9  | -.68         |
|                             | <b>CU.SV</b> | 20.8                        | 8.9  | 18.5    | 7.6  | 1.72          | 21.7                   | 7.3  | 21.8    | 6.6  | -.08         |
| <b>Verano</b><br>(n = 99)   | <b>BSQ</b>   | 70.4                        | 19.8 | 64.8    | 19.4 | <b>4.95**</b> | 70.2                   | 22.6 | 69.4    | 20.1 | .58          |
|                             | <b>CU.SC</b> | 21.6                        | 6.5  | 16.8    | 4.3  | <b>6.33**</b> | 22.4                   | 7.2  | 21.2    | 5.0  | 1.59         |
|                             | <b>CU.SV</b> | 20.8                        | 6.9  | 17.0    | 5.3  | <b>3.58**</b> | 20.2                   | 6.7  | 18.6    | 5.3  | <b>2.57*</b> |

\*\* = Significación inferior a .01 \* = Significación inferior a .05

BSQ = Body Shape Questionnaire, CU.SC = Cuestionario de Satisfacción Corporal, CU.SV = Cuestionario de Satisfacción Vital

Al comparar los resultados observados en la tabla 14, en la que se valoraba exclusivamente la influencia de la condición experimental sobre las medidas tomadas, con la tabla 24, en la que se añade el factor “Época del Año de Aplicación” al análisis, no se observa una tendencia claramente diferente en el comportamiento del programa “Imagina” sobre la muestra, al mostrar siempre mayor mejora la condición experimental que la condición de control, lo que es indicativo de que la diferencia existente entre invierno y verano pudiera deberse al azar.



Los contrastes “*t*” de Student son significativos, tomando un nivel de confianza del 99% ( $\alpha = .01$ ), para la diferencia de medias pre-post en la condición experimental, en el caso de los grupos desarrollados en invierno en las medidas BSQ (4.72) y CU.SC (5.17), y en los grupos desarrollados en verano, para todas las medidas (BSQ = 4.95. CU.SC = 6.33. CU.SV = 3.58). En el caso de la condición control, solamente la valoración de la medida del CU.SV (2.57) para los grupos desarrollados en verano es significativa tomando un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = .05$ ), rechazando la hipótesis nula de igualdad de medias bajo estas condiciones. El análisis de esta combinación de factores indica que no existen diferencias significativas entre los tratamientos debidas a la variable “*Época del Año de Aplicación*” ya que para ambas condiciones temporales el programa provoca mejoras estadísticamente significativas y sensiblemente superiores a las obtenidas en la condición de control.

En el programa “*Imagina*” se aprecia un ligero incremento de la mejora en satisfacción corporal en los grupos aplicados en invierno y de la mejora en satisfacción vital en los grupos desarrollados en verano (En invierno BSQ = 8.7; CU.SC = 6.0; CU.SV = 2.3; en verano BSQ = 5.6; CU.SC = 4.8; CU.SV = 3.8). Los programas de control muestran una ligera tendencia a que la realización de estos programas en invierno podría generar un empeoramiento en su satisfacción corporal y vital, dado que las puntuaciones de CU.SC y CU.SV son negativas aunque bajas (CU.SC = -.5; CU.SV = -.4). Estas diferencias entre épocas del año deben ser evaluadas como significativas a través del análisis de la significación de los contrastes multivariados de los efectos del factor “*Época del año*” sobre la mejora en satisfacción corporal y vital mediante el ANOVA de Medidas repetidas.

En la tabla 25 se muestran los contrastes multivariados de los efectos del factor “*Época del Año de Aplicación*” sobre la mejora en satisfacción corporal y vital teniendo, y no teniendo en cuenta, la variable independiente “*Condición experimental*”.

**Tabla 25.** Contrastes multivariados de la variable “Época del Año de Aplicación” sobre las medidas tomadas teniendo en cuenta la variable “Condición”

| Efecto   | Estadísticos       | Valor | F    | Gl. hip. | Gl. error | Significación |
|--|--------------------|-------|------|----------|-----------|---------------|
| Influencia de la variable <b>Época del año (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del test <b>BSQ (intra)</b>  | Traza de Pillai    | .01   | 1.40 | 1        | 172       | .24           |
|  | Lambda de Wilks    | .99   | 1.40 | 1        | 172       | .24           |
|  | Traza de Hotelling | .01   | 1.40 | 1        | 172       | .24           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .01   | 1.40 | 1        | 172       | .24           |
| Influencia de la variable <b>Época del año (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del test <b>BSQ (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b>                              | Traza de Pillai    | .01   | 1.50 | 1        | 172       | .22           |
|  | Lambda de Wilks    | .99   | 1.50 | 1        | 172       | .22           |
|  | Traza de Hotelling | .01   | 1.50 | 1        | 172       | .22           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .01   | 1.50 | 1        | 172       | .22           |
| Influencia de la variable <b>Época del año (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción corporal (intra)</b>   | Traza de Pillai    | .00   | .10  | 1        | 172       | .75           |
|  | Lambda de Wilks    | 1.00  | .10  | 1        | 172       | .75           |
|  | Traza de Hotelling | .00   | .10  | 1        | 172       | .75           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .00   | .10  | 1        | 172       | .75           |
| Influencia de la variable <b>Época del año (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción corporal (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b> | Traza de Pillai    | .02   | 3.10 | 1        | 172       | .08           |
|  | Lambda de Wilks    | .98   | 3.10 | 1        | 172       | .08           |
|  | Traza de Hotelling | .02   | 3.10 | 1        | 172       | .08           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .02   | 3.10 | 1        | 172       | .08           |
| Influencia de la variable <b>Época del año (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción vital (intra)</b>  | Traza de Pillai    | .02   | 2.90 | 1        | 172       | .09           |
|  | Lambda de Wilks    | .98   | 2.90 | 1        | 172       | .09           |
|  | Traza de Hotelling | .02   | 2.90 | 1        | 172       | .09           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .02   | 2.90 | 1        | 172       | .09           |
| Influencia de la variable <b>Época del año (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción vital (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b>    | Traza de Pillai    | .00   | .01  | 1        | 172       | .92           |
|  | Lambda de Wilks    | 1.00  | .01  | 1        | 172       | .92           |
|  | Traza de Hotelling | .00   | .01  | 1        | 172       | .92           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .00   | .01  | 1        | 172       | .92           |

Ninguno de los contrastes multivariados planteados son significativos en ningún estadístico para ninguna medida, por lo que se puede aceptar la hipótesis nula de igualdad de medias según el factor “Época del año de aplicación”, tanto para la mejora debida al tratamiento (intra), como si la mejora debida al tratamiento se combina con la variable independiente “Condición”. Se puede concluir que el programa “Imagina” genera mejoras significativas para la satisfacción corporal y vital de sus participantes independientemente de la época del año de aplicación del programa.

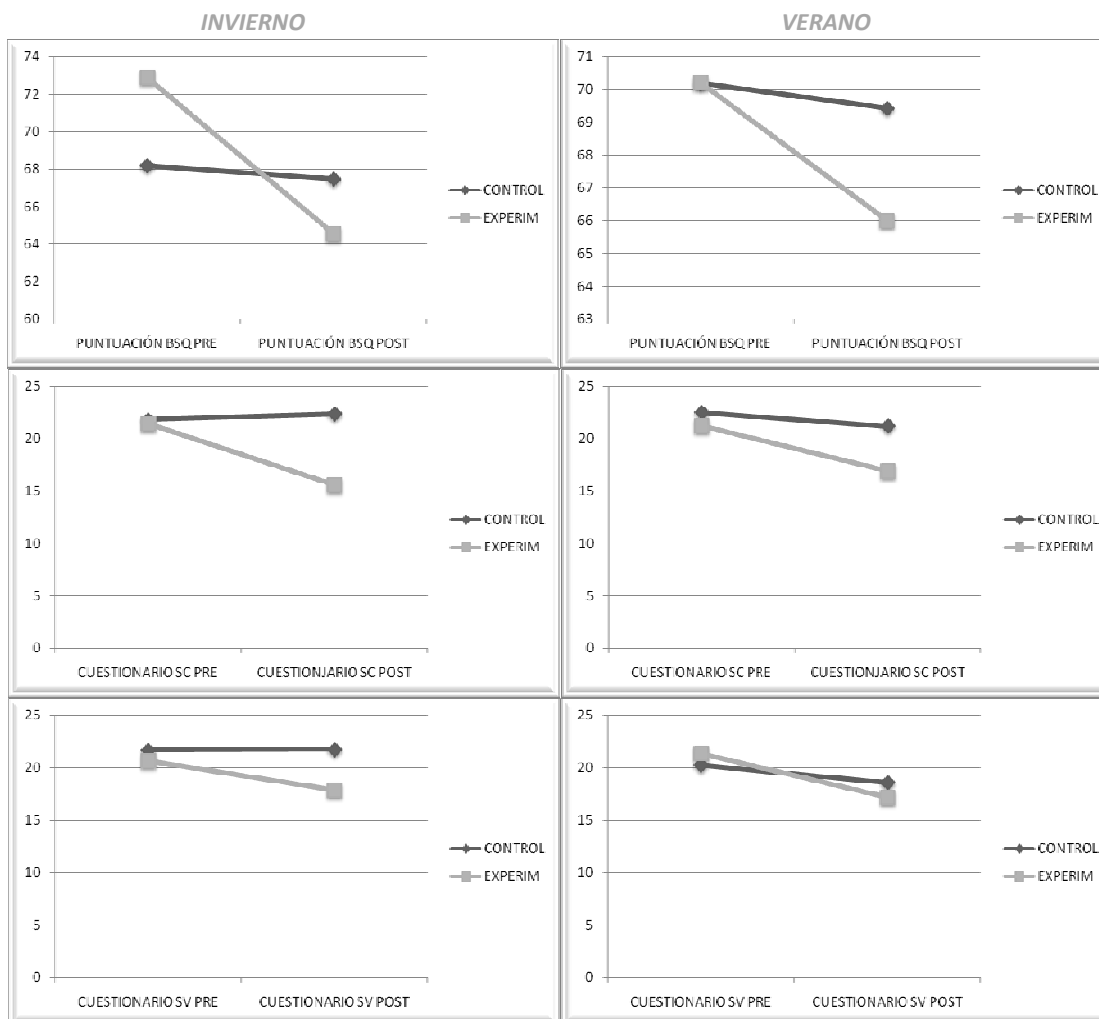
Antes de proseguir se debe valorar el ajustado resultado de las significaciones de “Influencia de la variable Época del año sobre la medición pre y post tratamiento del Cuestionario de Satisfacción Corporal teniendo en cuenta la variable condición” (.08 en todos los contrastes) y de “Influencia de la variable Época del año sobre la medición PRE y POST



*tratamiento del Cuestionario de satisfacción vital"* (.09 en todos los contrastes), las cuales han reflejado una significación cercana al rechazo de la hipótesis nula. En el primer caso, es debido a que existe una mayor diferenciación entre épocas del año, casi significativa, en esta medida en la condición de control respecto a la experimental, ya que, como se aprecia en la tabla 24, la diferencia en la mejora debida al tratamiento de control en puntuación CU.SC según época del año es de 1.8 puntos (resultado de comparar la puntuación -.5 de invierno por 1.3 de verano) con varianzas similares, y la diferencia entre condiciones experimentales es razonablemente alta teniendo en cuenta este factor para CU.SC ( diferencia de medias 6.5 invierno y 3.5 verano, resultado de comparar condiciones experimentales). En el segundo caso, el resultado se debe a que la diferencia de medias para CU.SV considerando variable época del año proporciona un cambio cercano al significativo respecto a la diferencia de medias sin considerar ningún factor que divida los grupos (diferencia de medias 1.9, resultado de comparar las medias de verano 2.9, e invierno 1.0), mientras que la diferencia de medias total es de 2.0, tal y como se ha valorado en la tabla 14 en la diferencia de medias totales sin considerar ningún factor.

La figura 35 representa de manera visual, a través de gráficos distintos según las medidas, la diferencia entre las dos condiciones experimentales respecto a la mejora producida en satisfacción corporal y satisfacción vital teniendo en cuenta el factor "*Época del año de aplicación*", sobre las que se han extraído las conclusiones estadísticas.

Figura 35. Gráficos de las medidas PRE-POST según la “Época del Año de Aplicación”



BSQ = Body Shape Questionnaire, CU.SC = Cuestionario de satisfacción corporal, CU.SV = Cuestionario de satisfacción vital

Se puede apreciar visualmente en la figura 35 cómo no se producen diferencias claras entre invierno y verano en satisfacción corporal y vital, ya que en la condición PRE las puntuaciones de invierno son mayores en BSQ y CU.SV y menores en CU.SC respecto a verano, pero las diferencias son escasas (en invierno BSQ = 7.9; CU.SC = 21.4; CU.SV = 21.4; y en verano BSQ = 7.3; CU.SC = 22.0 y CU.SV = 2.5).

Las mejoras debidas a la condición experimental tampoco reflejan una tendencia clara del factor “Época del año de aplicación” en la investigación al ser las diferencias escasas y confusas (en invierno BSQ = 4.2; CU.SC = 2.6 y CU.SV = 1.0; y en verano BSQ = 3.7; CU.SC = 3.1; CU.SV = 2.9).



**Análisis de la mejora producida por el programa “Imagina” sobre las distintas medidas comparando las condiciones experimentales y la variable “Monitor de los Grupos”**

El mayor interés del análisis estadístico de las diferencias en los resultados obtenidos entre los distintos monitores radica en valorar si el programa “Imagina” provoca mejoras significativas en las distintas medidas independientemente del monitor que lo desarrolle (siempre y cuando este monitor cumpla con los requisitos imprescindibles de formación y experiencia). Para lograr el objetivo planteado con este análisis, teniendo en cuenta que la distribución de la muestra según la variable monitor no es uniforme, se debe realizar un análisis global de los resultados.



**Tabla 26.** Medias y desviaciones típicas de los instrumentos de evaluación según la condición experimental y según la variable “Monitor de los Grupos” en las fases pretest, postest y en la diferencia pretest-postest

|                               |              | Grupo Experimental (n = 88) |      |         |      |               | Grupo Control (n = 88) |      |         |      |            |
|-------------------------------|--------------|-----------------------------|------|---------|------|---------------|------------------------|------|---------|------|------------|
|                               |              | Pretest                     |      | Postest |      | PRE - POST    | Pretest                |      | Postest |      | PRE - POST |
|                               |              | M                           | DT   | M       | DT   | “t”           | M                      | DT   | M       | DT   | “t”        |
| <b>JC / Raq</b><br>(n = 15)   | <b>BSQ</b>   | 73.0                        | 27.7 | 68.5    | 22.8 | 1.60          | -                      | -    | -       | -    | -          |
|                               | <b>CU.SC</b> | 20.8                        | 5.0  | 17.4    | 5.1  | <b>2.88**</b> | -                      | -    | -       | -    | -          |
|                               | <b>CU.SV</b> | 22.4                        | 7.9  | 21.0    | 6.4  | .85           | -                      | -    | -       | -    | -          |
| <b>Raq</b><br>(n = 21)        | <b>BSQ</b>   | -                           | -    | -       | -    | -             | 73.5                   | 16.9 | 71.4    | 13.2 | 1.21       |
|                               | <b>CU.SC</b> | -                           | -    | -       | -    | -             | 22.2                   | 6.8  | 22.6    | 5.9  | -.31       |
|                               | <b>CU.SV</b> | -                           | -    | -       | -    | -             | 19.6                   | 5.9  | 19.8    | 4.3  | -.22       |
| <b>Rob</b><br>(n = 34)        | <b>BSQ</b>   | 72.9                        | 21.4 | 69.6    | 20.4 | 1.83          | 60.9                   | 2.8  | 61.5    | 19.6 | -.42       |
|                               | <b>CU.SC</b> | 20.5                        | 5.7  | 16.5    | 3.6  | <b>4.09**</b> | 22.2                   | 5.8  | 21.1    | 5.5  | .78        |
|                               | <b>CU.SV</b> | 20.9                        | 7.0  | 17.0    | 4.4  | <b>2.63*</b>  | 20.3                   | 6.0  | 19.4    | 4.5  | .86        |
| <b>Rob / Cris</b><br>(n = 38) | <b>BSQ</b>   | -                           | -    | -       | -    | -             | 69.6                   | 26.8 | 69.8    | 25.9 | -.12       |
|                               | <b>CU.SC</b> | -                           | -    | -       | -    | -             | 23.0                   | 7.1  | 22.1    | 6.8  | 1.14       |
|                               | <b>CU.SV</b> | -                           | -    | -       | -    | -             | 22.6                   | 7.4  | 21.4    | 7.2  | 1.72       |
| <b>Rob / JC</b><br>(n = 15)   | <b>BSQ</b>   | 66.8                        | 13.8 | 61.5    | 16.8 | 2.11          | -                      | -    | -       | -    | -          |
|                               | <b>CU.SC</b> | 22.1                        | 5.9  | 17.3    | 4.3  | <b>4.10**</b> | -                      | -    | -       | -    | -          |
|                               | <b>CU.SV</b> | 21.9                        | 6.7  | 17.3    | 5.2  | <b>3.63**</b> | -                      | -    | -       | -    | -          |
| <b>Rob / Raq</b><br>(n = 53)  | <b>BSQ</b>   | 72.9                        | 27.6 | 63.1    | 23.0 | <b>7.21**</b> | 70.7                   | 19.9 | 68.0    | 15.7 | .80        |
|                               | <b>CU.SC</b> | 21.7                        | 7.7  | 14.8    | 6.8  | <b>5.69**</b> | 19.6                   | 7.9  | 20.2    | 4.0  | -.34       |
|                               | <b>CU.SV</b> | 19.7                        | 8.3  | 16.6    | 7.2  | 1.97          | 19.1                   | 8.1  | 17.8    | 6.5  | 1.03       |

\*\* = Significación inferior a .01 \* = Significación inferior a .05

BSQ = Body Shape Questionnaire , CU.SC = Cuestionario de Satisfacción Corporal, CU.SV = Cuestionario de Satisfacción Vital, Rob=Roberto Sánchez, Raq=Raquel Prieto, JC= José Carlos Vidal, Cris=Cristina González



Al comparar los resultados observados en la tabla 14, en la que se valoraba exclusivamente la influencia de la condición experimental sobre las medidas tomadas, con la tabla 26, en la que se añade el factor “*Monitor de los Grupos*” al análisis, no se observa una tendencia claramente diferente en el comportamiento del programa “*Imagina*” sobre la muestra, al mostrar siempre mayor mejora la condición experimental que la condición de control, lo que es indicativo de que la diferencia existente entre monitores pudiera deberse al azar.

En la tabla 26, mediante las puntuaciones “*t*” de *Student* derivadas del contraste de diferencias de medias, se aprecia cómo solamente son significativos algunos de los contrastes de la condición experimental y ninguno de la condición de control, lo que también es indicativo de poca relevancia estadística del factor “*Monitor de los Grupos*”, cuestión que se comprobará finalmente a través de los contrastes multivariados con el *ANOVA de Medidas repetidas*, que evalúan la influencia de este factor en la investigación.

En la tabla 27 se muestran los contrastes multivariados de los efectos del factor “*Monitor de los Grupos*” sobre la mejora en satisfacción corporal y vital teniendo, y no teniendo en cuenta, la variable independiente “*Condición experimental*” a través del *ANOVA de Medidas repetidas*.

**Tabla 27.** Contrastes multivariados de la variable “Monitor” sobre las medidas tomadas teniendo en cuenta la variable “Condición”

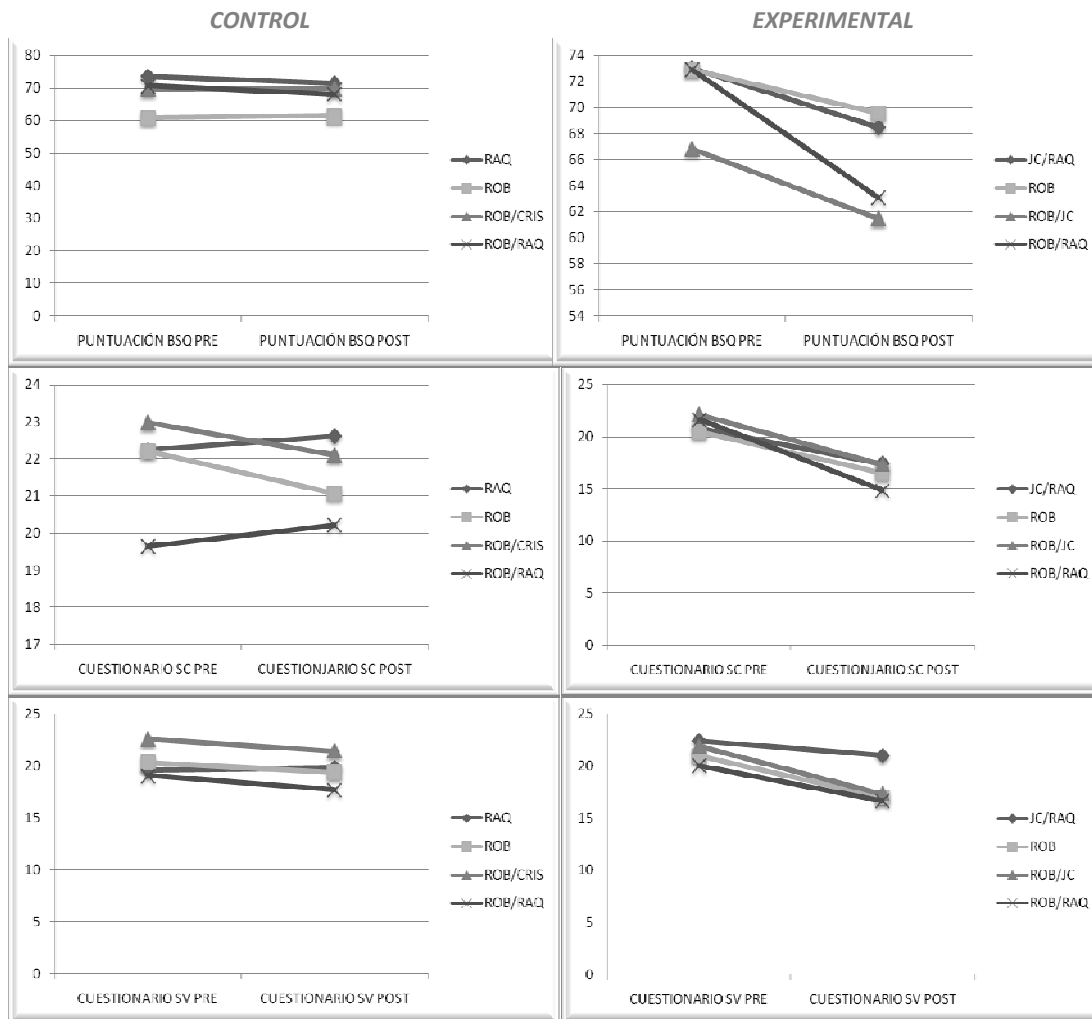
| Efecto   | Estadísticos       | Valor | F    | Gl. hip. | Gl. error | Significación |
|--|--------------------|-------|------|----------|-----------|---------------|
| Influencia de la variable <b>Monitor (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del test <b>BSQ (intra)</b>  | Traza de Pillai    | .05   | 1.65 | 5        | 168       | .15           |
|  | Lambda de Wilks    | .95   | 1.65 | 5        | 168       | .15           |
|  | Traza de Hotelling | .05   | 1.65 | 5        | 168       | .15           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .05   | 1.65 | 5        | 168       | .15           |
| Influencia de la variable <b>Monitor (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del test <b>BSQ (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b>                              | Traza de Pillai    | .00   | .70  | 1        | 168       | .40           |
|  | Lambda de Wilks    | 1.00  | .70  | 1        | 168       | .40           |
|  | Traza de Hotelling | .00   | .70  | 1        | 168       | .40           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .00   | .70  | 1        | 168       | .40           |
| Influencia de la variable <b>Monitor (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción corporal (intra)</b>   | Traza de Pillai    | .01   | .48  | 5        | 168       | .79           |
|  | Lambda de Wilks    | .99   | .48  | 5        | 168       | .79           |
|  | Traza de Hotelling | .01   | .48  | 5        | 168       | .79           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .01   | .48  | 5        | 168       | .79           |
| Influencia de la variable <b>Monitor (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción corporal (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b> | Traza de Pillai    | .02   | 2.97 | 1        | 168       | .09           |
|  | Lambda de Wilks    | .98   | 2.97 | 1        | 168       | .09           |
|  | Traza de Hotelling | .02   | 2.97 | 1        | 168       | .09           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .02   | 2.97 | 1        | 168       | .09           |
| Influencia de la variable <b>Monitor (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción vital (intra)</b>  | Traza de Pillai    | .02   | .55  | 5        | 168       | .74           |
|  | Lambda de Wilks    | .98   | .55  | 5        | 168       | .74           |
|  | Traza de Hotelling | .02   | .55  | 5        | 168       | .74           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .02   | .55  | 5        | 168       | .74           |
| Influencia de la variable <b>Monitor (inter)</b> sobre la medición PRE y POST tratamiento del <b>Cuestionario de satisfacción vital (intra)</b> teniendo en cuenta la variable <b>Condición (inter)</b>    | Traza de Pillai    | .00   | .20  | 1        | 168       | .65           |
|  | Lambda de Wilks    | 1.00  | .20  | 1        | 168       | .65           |
|  | Traza de Hotelling | .00   | .20  | 1        | 168       | .65           |
|  | Raíz mayor de Roy  | .00   | .20  | 1        | 168       | .65           |

Ninguno de los contrastes multivariados planteados en la tabla 27 son significativos en ningún estadístico para ninguna medida, por lo que se puede aceptar la hipótesis nula de igualdad de medias según el factor “Condición experimental”, tanto para la mejora debida al tratamiento (intra), como si la mejora debida al tratamiento se combina con la variable independiente “Condición”. El análisis de estos contrastes ha reflejado con claridad que los resultados del programa “Imagina” son igualmente buenos para la satisfacción corporal y vital independientemente del monitor o monitores que apliquen el programa.

La figura 36 representa de manera visual, a través de gráficos distintos según las medidas, la diferencia entre las dos condiciones experimentales respecto a la mejora producida en satisfacción corporal y satisfacción vital teniendo en cuenta el factor “Monitor de los grupos”, sobre las que se han extraído las conclusiones estadísticas.



Figura 36. Gráficos de las medidas PRE-POST según la variable "Monitor" (gráficas separadas según condición)



BSQ = Body Shape Questionnaire, CU.SC = Cuestionario de satisfacción corporal, CU.SV = Cuestionario de satisfacción vital

Se puede apreciar visualmente en la figura 36 que el programa "Imagina" y los programas de control siguen una tendencia similar en sus resultados, muy superior al parecido entre puntuaciones dependiente del monitor de aplicación del grupo, tal y como se ha reflejado en los análisis estadísticos anteriores.

## 7.4. Análisis correlacional de los resultados

Los análisis correlacionales que se han realizado para esta Tesis Doctoral pretenden valorar la relación existente, en términos de variación conjunta, entre las dos variables dependientes consideradas (Satisfacción Corporal y Satisfacción Vital), y entre los instrumentos de evaluación considerados (BSQ, CU.SC y CU.SV). Se utiliza el *Coefficiente de Pearson* como estadístico de contraste, ya que es el mejor y más utilizado estadístico para este objetivo y porque refleja el grado de relación entre los factores a medir y el tipo de relación (directa o inversa, si el resultado es negativo). Se realizan tres tipos de análisis correlacionales con distintos objetivos:

- *Análisis de la cohesión intrasujetos de los instrumentos de evaluación:* Este análisis sirve para valorar si los instrumentos son excesivamente dependientes de las circunstancias del momento de aplicación o proporcionan una información relativamente constante y válida de la persona.
- *Análisis de las correlaciones entre variables e instrumentos en la condición PRE, POST y en la mejora ocurrida debida al tratamiento aplicado:* Estos análisis valoran la covariación existente entre variables e instrumentos y valora la posible influencia de los tratamientos preventivos sobre esta relación.
- *Análisis de la correlación de variables e instrumentos con las variables atributivas de la muestra:* Se pretende valorar si las variables atributivas "Sexo" y "Edad" presentan variación conjunta con las variables e instrumentos de medida.

### **Análisis de la cohesión intrasujetos de los instrumentos de evaluación**

Como se aprecia en la tabla 28, los tres instrumentos de medida valorados presentan una muy considerable cohesión interna (*correlaciones de Pearson* BSQ = .937; CU.SC = .670; CU.SV = .803), siendo los tres instrumentos, para las dos condiciones experimentales, significativos tomando un nivel de confianza del 99% ( $\alpha = .01$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula de independencia lineal, concluyendo que ambas mediciones están interrelacionadas significativamente. La relación que se refleja en el *Coefficiente de Pearson* es directa y muy cercana a la unidad, lo que se interpreta en el sentido de que existe un interrelación importante en las mediciones de cada instrumento de medida. Estos resultados muestran cómo las valoraciones obtenidas reflejan una puntuación indicativa de la persona y de los cambios producidos en la persona debido al tratamiento, y no una circunstancia aleatoria o temporal del momento de aplicación.



**Tabla 28.** Correlaciones de los instrumentos de medida, antes y después de tratamiento, en las muestras relacionadas

|       | Grupo experimental | Grupo Control |
|-------|--------------------|---------------|
| BSQ   | .937**             | .923**        |
| CU.SC | .670**             | .518**        |
| CU.SV | .803**             | .445**        |

\*\* = Significación inferior a .01 \* = Significación inferior a .05

**Análisis de las correlaciones entre variables e instrumentos en la condición pre, post y en la mejora ocurrida debida al tratamiento aplicado**

Como se aprecia en la tabla 29, los tres instrumentos de medida covarían significativamente antes de los tratamientos, siendo los tres instrumentos significativos tomando un nivel de confianza del 99% ( $\alpha = .01$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula de independencia lineal en la condición pre, concluyendo que los instrumentos y las variables dependientes están interrelacionados significativamente. La relación que se refleja en el *Coefficiente de Pearson* es directa, lo que se interpreta en el sentido de que los instrumentos y las variables aumentan o disminuyen su puntuación al mismo tiempo. Estos resultados confirman la hipótesis de que, en condiciones de no intervención, la satisfacción corporal (medida a través de BSQ y CU.SC.) y la satisfacción vital (medida a través de CU.SV.) están interrelacionados de forma directa.

**Tabla 29.** Correlaciones entre los instrumentos de medida antes de los tratamientos (condición PRE)

|       | BSQ    | CU.SC  | CU.SV  |
|-------|--------|--------|--------|
| BSQ   | 1      | .451** | .246** |
| CU.SC | .451** | 1      | .254** |
| CU.SV | .246** | .254** | 1      |

\*\* = Significación inferior a .01 \* = Significación inferior a .05

Como se aprecia en la tabla 30, después de la intervención, los resultados muestran diferencias evidentes en la correlación de instrumentos y variables con respecto a la condición PRE. En la condición post, son significativas las correlaciones relativas a BSQ-CU.SC (.538) y a CU.SC-CU.SV (.468), tomando un nivel de confianza del 99% ( $\alpha = .01$ ), y BSQ-CU.SV (.271), tomando un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = .05$ ), en los grupos de control. En los grupos experimentales las correlaciones relativas a BSQ-CU.SC (.292) y BSQ-CU.SV (.405) son significativas tomando un nivel de confianza del 99% ( $\alpha = .01$ ), rechazando la hipótesis nula de

independencia lineal de las mediciones en la condición POST en tales condiciones. La relación que se refleja en el *Coefficiente de Pearson* es directa en todos los casos. Estos resultados muestran un cambio en las correlaciones entre los factores debida a los programas implementados, aunque el análisis estadístico de este cambio no es sencillo, ya que el programa “*Imagina*” mejora la interrelación entre BSQ-CU.SV y la disminuye en los otros dos casos, y en el caso de la condición de control esta relación mejora en todas las correlaciones consideradas respecto a la medición pre, pero empeora la correlación BSQ-CU.SV respecto a la medida pre en la condición experimental. Se podría decir que el cambio en las correlaciones debido a la implementación de los programas es confuso, por lo que es necesario esperar la valoración de las correlaciones de la mejora obtenida en la diferencia de medias pre-post.

**Tabla 30.** Correlaciones entre los instrumentos de medida después de los tratamientos (condición POST) diferenciando la condición experimental

| Condición    |       | BSQ    | CU.SC  | CU.SV  |
|--------------|-------|--------|--------|--------|
| Control      | BSQ   | 1      | .538** | .271*  |
|              | CU.SC | .538** | 1      | .468** |
|              | CU.SV | .271*  | .468** | 1      |
| Experimental | BSQ   | 1      | .292** | .405** |
|              | CU.SC | .292** | 1      | .209   |
|              | CU.SV | .405** | .209   | 1      |

\*\* = Significación inferior a .01 \* = Significación inferior a .05

Como se aprecia en la tabla 31, se aprecian notables diferencias en las correlaciones entre instrumentos de medida y entre variables según la condición experimental, si se valora exclusivamente la mejora producida en la diferencia de puntuaciones pre-post. En la condición de control, solamente es significativa la correlación relativa a CU.SC-CU.SV (.273), tomando un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = .05$ ), aunque se debe considerar que la puntuación está rozando la significación del 99% ( $\alpha = .01$ ). En la condición experimental, solamente es significativa, tomando un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = .05$ ), la puntuación relativa a la relación BSQ-CU.SC (.227), rechazando la hipótesis nula de independencia lineal en esta condición. Al comparar estas puntuaciones, con las obtenidas en la tabla 30, en la que se mostraban las correlaciones relativas a la medición post, se puede apreciar cómo al eliminar la influencia de las diferencias interindividuales de los sujetos, como resultado de analizar solamente la mejora producida debida al tratamiento, las correlaciones son menos confusas. Se puede observar cómo el programa “*Imagina*” mejora significativamente la relación entre las mediciones relativas a la satisfacción corporal, en mayor medida que las demás relaciones. Este resultado es indicativo de que los instrumentos de medida relativos a la satisfacción



corporal (BSQ y CU.SC), valoran constructos similares, al correlacionar más fuertemente debido a la influencia de un programa destinado a mejorar la imagen corporal, como es el caso del programa “*Imagina*”.

En la condición de control se puede observar cómo CU.SC y CU.SV es la única correlación significativa. Este resultado es interpretable en el sentido de que, en ausencia de una intervención directa sobre la satisfacción corporal, los instrumentos diseñados ad hoc para esta investigación, que comparten formato y sencillez, muestran una correlación significativa. Se podría decir, por lo tanto, que la similitud de formato y sencillez de los instrumentos diseñados ad hoc en la investigación (CU.SC y CU.SV) provoca una correlación entre ambas mediciones que enmascara la relevancia de las correlaciones entre instrumentos relacionados con la satisfacción corporal, otorgando mayor relevancia todavía a la significación obtenida en la puntuación experimental para los instrumentos relativos a la satisfacción corporal. La relación que se refleja en el *Coefficiente de Pearson* es directa en todas las puntuaciones, salvo para la relación BSQ-CU.SV (-.030) en los grupos experimentales, no obstante, esta correlación está lejos de ser significativa, por lo que no se debe considerar cómo válida. Esta relación predominantemente positiva en la mayoría de las relaciones observadas, lleva a conclusión de que los programas preventivos aplicados, tanto el programa “*Imagina*” como los programas de control, provocan que exista una correlación directa entre instrumentos y las variables observadas.

**Tabla 31.** Correlaciones de las diferencias PRE-POST entre los instrumentos de medida diferenciando la condición experimental

| Condición    |       | BSQ          | CU.SC         | CU.SV         |
|--------------|-------|--------------|---------------|---------------|
| Control      | BSQ   | 1            | .138          | .048          |
|              | CU.SC | .138         | 1             | <b>.273**</b> |
|              | CU.SV | .048         | <b>.273**</b> | 1             |
| Experimental | BSQ   | 1            | <b>.227*</b>  | -.030         |
|              | CU.SC | <b>.227*</b> | 1             | .039          |
|              | CU.SV | -.030        | .039          | 1             |

\*\* = Significación inferior a .01 \* = Significación inferior a .05



**Análisis de las correlación de variables e instrumentos con las variables atributivas de la muestra**

Como se aprecia en la tabla 32, el factor “Edad” correlaciona de modo muy diferente según el tratamiento recibido. Para la condición de control, todas las correlaciones de los instrumentos con el factor “Edad” son significativas. BSQ (-.256) y CU.SC (-.253) tomando un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = .05$ ), de forma inversa, y CU.SV (.217), tomando un nivel de confianza del 99% ( $\alpha = .01$ ), de forma directa, rechazando la hipótesis nula de independencia lineal en estos casos. Estos resultados son interpretables en el sentido de que a mayor edad menor puntuación en la diferencia pre-post en BSQ y CU.SC, y mayor mejora debida al programa de control en CU.SV. Es decir, visto de forma más precisa, los programas de control pueden disminuir la satisfacción corporal en edades avanzadas y mejorar a su vez la satisfacción vital. Una posible justificación de estos resultados es que la interacción social producida en estos programas produce una mejora mayor en la satisfacción vital en las personas de edades avanzadas, por una posible carencia del apoyo social percibido, y que ésta, a su vez, disminuye la satisfacción corporal porque provoca un aumento considerable de la preocupación por la apariencia, ya que el contacto directo con los pares fomenta la comparación social.

En los grupos experimentales las correlaciones no son significativas en ninguna de las diferencias pre-post para ninguna medida, aceptando la hipótesis nula de independencia lineal del factor “Edad” para el programa “Imagina”. Estos resultados de la implementación del programa “Imagina” muestran una interesante conclusión sobre el programa, ya que posibilita mejorar la satisfacción corporal y vital de forma similar independientemente de la edad de los participantes.

**Tabla 32. Correlaciones de la mejora debida a los tratamientos con el factor “Edad”**

|       | Grupo experimental | Grupo Control |
|-------|--------------------|---------------|
| BSQ   | .003               | -.256*        |
| CU.SC | -.064              | -.253*        |
| CU.SV | .034               | .217**        |

\*\* = Significación inferior a .01 \* = Significación inferior a .05

A través de la tabla 33, se aprecia cómo el factor “Sexo” no genera correlaciones significativas en la mayoría de las condiciones e instrumentos, y que la mayoría de las mediciones generan correlaciones directas, aunque no significativas, aceptando en estos casos la hipótesis nula de independencia lineal del factor “Sexo”. Solamente la correlación CU.SC-CU.SV (.548) es significativa, tomando un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = .05$ ), para los varones en la condición de control, lo que puede ser debido a la similitud, ya comentada, entre ambos



cuestionarios ad hoc y a una posible baja discriminación de los varones a un test sobre satisfacción corporal, estando en un programa no destinado a tal efecto. No obstante, en una valoración global de este factor se debe concluir que el factor “Sexo” no influye de forma global en las correlaciones entre los instrumentos y las variables de medida.

**Tabla 33.** Correlaciones de la mejora debida a los tratamientos con el factor “Sexo”

| Sexo  |              |       | BSQ   | CU.SC        | CU.SV        |
|-------|--------------|-------|-------|--------------|--------------|
| MUJER | Control      | BSQ   | 1     | .115         | .038         |
|       |              | CU.SC | .115  | 1            | .157         |
|       |              | CU.SV | .038  | .157         | 1            |
|       | Experimental | BSQ   | 1     | .203         | -.042        |
|       |              | CU.SC | .464  | 1            | .202         |
|       |              | CU.SV | -.042 | .003         | 1            |
| VARÓN | Control      | BSQ   | 1     | .171         | .019         |
|       |              | CU.SC | .171  | 1            | <b>.548*</b> |
|       |              | CU.SV | .019  | <b>.548*</b> | 1            |
|       | Experimental | BSQ   | 1     | .464         | .056         |
|       |              | CU.SC | .464  | 1            | .202         |
|       |              | CU.SV | .056  | .202         | 1            |

\*\* = Significación inferior a .01 \* = Significación inferior a .05

## 7.5. Análisis de los Cuestionarios de evaluación de las actividades realizadas

A continuación se presentan los resultados de las valoraciones de los participantes al programa “*Imagina*” en la investigación. El número de sujetos que realizaron estas valoraciones es, obviamente, la mitad de la muestra, que asciende a 88 sujetos. Primero se presenta una tabla con las medias y desviaciones típicas de las valoraciones finales a la participación y posteriormente se presentan las valoraciones a la utilidad (si la actividad cumple con los objetivos planteados), entretenimiento y duración de cada actividad del programa “*Imagina*”. La tónica común de los resultados de estas tablas son medias muy altas, la mayoría de las puntuaciones rondan el “9” de puntuación habiendo utilizado una escala 0-10, y desviaciones típicas bajas teniendo en cuenta la muestra (N) con el que se han elaborado las medias, lo que es señal de alta similitud intersujetos en las respuestas a los items

mostrados. Un primer análisis de estos resultados nos indica que los participantes se han mostrado muy satisfechos con el programa y todas sus actividades, tanto en utilidad, como entretenimiento o duración.

**Tabla 34.** Medias y desviaciones típicas de la valoración final del programa "Imagina"

| CUESTIONES  | Media | Desv. típ. |
|---|-------|------------|
| El programa es útil para valorar tu imagen corporal             | 9.2   | 1.0        |
| El programa es ameno y divertido                                | 9.5   | .8         |
| Mi participación en el programa ha servido para conocerme mejor | 8.4   | 1.5        |
| El programa me ha ayudado en mi vida cotidiana                  | 8.1   | 1.5        |
| Los temas han sido tratados con claridad                        | 9.1   | 1.1        |
| La programación ha sido acertada                                | 9.1   | 1.3        |
| Considero que mi imagen corporal ha mejorado                    | 8.1   | 1.5        |
| Considero que ha aumentado mi información sobre estos temas     | 9.4   | 1.1        |
| Considero que mis relaciones con los demás han mejorado         | 8.5   | 1.3        |
| Recomendaría este programa a otra persona en misma situación    | 8.9   | 1.3        |



**Tabla 35.** Medias y desviaciones típicas de la valoración de la utilidad de las actividades del programa “Imagina”

| 1ª SESIÓN   |  | Media | Desv. típ. |
|---|--|-------|------------|
| Presentación del programa                                 |  | 9.1   | 1.3        |
| Mi media naranja  |  | 9.2   | 1.6        |
| ¿Qué hace una chica como tú en un lugar como éste?        |  | 9.0   | 1.4        |
| Mi otro yo sería...                                       |  | 9.5   | 1.2        |
| En línea  |  | 9.2   | 1.7        |
| Exposición teórica: “La verdad”                           |  | 9.2   | 1.6        |
| 2ª SESIÓN   |  | Media | Desv. típ. |
| Escala de satisfacción de zonas corporales                |  | 9.6   | 1.0        |
| Siluetas  |  | 9.0   | 1.4        |
| Exposición teórica: “La imagen corporal”                  |  | 9.6   | 1.5        |
| 3ª SESIÓN   |  | Media | Desv. típ. |
| Vídeo: “El reto de la libertad                            |  | 9.6   | 1.0        |
| Exposición teórica: “Los estereotipos sociales”           |  | 9.2   | 1.7        |
| Exposición teórica: “Medios de comunicación y publicidad” |  | 9.1   | 1.7        |
| Se vende  |  | 9.2   | 1.4        |
| Código Oculto   |  | 9.2   | 1.6        |
| 4ª SESIÓN   |  | Media | Desv. típ. |
| Los mitos de la alimentación                              |  | 9.3   | 1.3        |
| Mitos sobre la madurez                                    |  | 9.4   | 1.2        |
| Debate: “Los mitos sobre la belleza”                      |  | 9.4   | 1.2        |
| 5ª SESIÓN   |  | Media | Desv. típ. |
| Las dos caras de la moneda                                |  | 9.1   | 1.7        |
| Subirse a la parra  |  | 9.7   | .9         |
| Grilla de la autoestima                                   |  | 8.7   | 1.6        |
| Exposición teórica: “Querernos más”                       |  | 9.2   | 1.7        |
| 6ª SESIÓN   |  | Media | Desv. típ. |
| La metáfora del amor                                      |  | 9.2   | 1.6        |
| Exposición teórica: “La inteligencia emocional”           |  | 9.4   | 1.3        |
| Arriba el telón   |  | 9.0   | 1.4        |
| Gente sin complejos                                       |  | 9.2   | 1.6        |
| 7ª SESIÓN   |  | Media | Desv. típ. |
| La sopa de los por qué                                    |  | 9.1   | 1.7        |
| La lavadora   |  | 9.2   | 1.6        |
| La balanza (1ª parte)                                     |  | 8.6   | 1.7        |
| Exposición teórica: “Modelo cognitivo de Ellis”           |  | 9.3   | 1.3        |
| La balanza (2ª parte)                                     |  | 8.7   | 1.6        |
| 8ª SESIÓN   |  | Media | Desv. típ. |
| Vídeo: “Cuerpos a la carta”                               |  | 8.4   | 1.9        |
| Corazón con razón   |  | 9.0   | 1.9        |

**Tabla 36.** Medias y desviaciones típicas de la valoración del entretenimiento de las actividades del programa “Imagina”

|   | 1ª SESIÓN | Media | Desv. típ. |
|---|-----------|-------|------------|
| Presentación del programa                                 |           | 9.0   | 1.4        |
| Mi media naranja  |           | 9.6   | 1.1        |
| ¿Qué hace una chica como tú en un lugar como éste?        |           | 9.0   | 1.4        |
| Mi otro yo sería...                                       |           | 9.7   | .9         |
| En línea  |           | 9.7   | 1.0        |
| Exposición teórica: “La verdad”                           |           | 9.7   | .7         |
|   | 2ª SESIÓN | Media | Desv. típ. |
| Escala de satisfacción de zonas corporales                |           | 9.6   | 1.0        |
| Siluetas  |           | 8.9   | 1.4        |
| Exposición teórica: “La imagen corporal”                  |           | 9.2   | 1.4        |
|   | 3ª SESIÓN | Media | Desv. típ. |
| Vídeo: “El reto de la libertad                            |           | 9.7   | 1.0        |
| Exposición teórica: “Los estereotipos sociales”           |           | 9.5   | 1.2        |
| Exposición teórica: “Medios de comunicación y publicidad” |           | 9.5   | 1.2        |
| Se vende  |           | 9.2   | 1.3        |
| Código Oculto   |           | 9.5   | 1.2        |
|   | 4ª SESIÓN | Media | Desv. típ. |
| Los mitos de la alimentación                              |           | 9.4   | 1.1        |
| Mitos sobre la madurez                                    |           | 9.5   | 1.1        |
| Debate: “Los mitos sobre la belleza”                      |           | 9.6   | 1.0        |
|   | 5ª SESIÓN | Media | Desv. típ. |
| Las dos caras de la moneda                                |           | 9.6   | 1.1        |
| Subirse a la parra  |           | 9.8   | .8         |
| Grilla de la autoestima                                   |           | 8.6   | 1.7        |
| Exposición teórica: “Queremos más”                        |           | 9.6   | 1.2        |
|   | 6ª SESIÓN | Media | Desv. típ. |
| La metáfora del amor                                      |           | 9.5   | .9         |
| Exposición teórica: “La inteligencia emocional”           |           | 9.5   | 1.2        |
| Arriba el telón   |           | 9.0   | 1.3        |
| Gente sin complejos                                       |           | 9.5   | 1.2        |
|   | 7ª SESIÓN | Media | Desv. típ. |
| La sopa de los por qué                                    |           | 9.4   | 1.4        |
| La lavadora   |           | 9.6   | 1.0        |
| La balanza (1ª parte)                                     |           | 8.4   | 1.8        |
| Exposición teórica: “Modelo cognitivo de Ellis”           |           | 9.4   | 1.3        |
| La balanza (2ª parte)                                     |           | 8.5   | 1.7        |
|   | 8ª SESIÓN | Media | Desv. típ. |
| Vídeo: “Cuerpos a la carta”                               |           | 8.2   | 2.1        |
| Corazón con razón   |           | 9.5   | 1.1        |



**Tabla 37. Medias y desviaciones típicas de la valoración de la duración del programa “Imagina”**

|   | Media | Desv. típ. |
|---|-------|------------|
| <b>1ª SESIÓN</b>  |       |            |
| Presentación del programa                                 | 8.7   | 1.6        |
| Mi media naranja  | 9.3   | 1.4        |
| ¿Qué hace una chica como tú en un lugar como éste?        | 8.6   | 1.6        |
| Mi otro yo sería...                                       | 9.4   | 1.3        |
| En línea  | 9.3   | 1.5        |
| Exposición teórica: “La verdad”                           | 9.3   | 1.5        |
| <b>2ª SESIÓN</b>  |       |            |
| Escala de satisfacción de zonas corporales                | 9.4   | 1.4        |
| Siluetas  | 8.6   | 1.7        |
| Exposición teórica: “La imagen corporal”                  | 9.0   | 1.7        |
| <b>3ª SESIÓN</b>  |       |            |
| Vídeo: “El reto de la libertad                            | 9.4   | 1.3        |
| Exposición teórica: “Los estereotipos sociales”           | 9.3   | 1.5        |
| Exposición teórica: “Medios de comunicación y publicidad” | 9.2   | 1.6        |
| Se vende  | 8.9   | 1.7        |
| Código Oculto   | 9.4   | 1.4        |
| <b>4ª SESIÓN</b>  |       |            |
| Los mitos de la alimentación                              | 9.2   | 1.4        |
| Mitos sobre la madurez                                    | 9.3   | 1.3        |
| Debate: “Los mitos sobre la belleza”                      | 9.4   | 1.4        |
| <b>5ª SESIÓN</b>  |       |            |
| Las dos caras de la moneda                                | 9.3   | 1.6        |
| Subirse a la parra  | 9.4   | 1.3        |
| Grilla de la autoestima                                   | 8.4   | 1.8        |
| Exposición teórica: “Queremos más”                        | 9.3   | 1.6        |
| <b>6ª SESIÓN</b>  |       |            |
| La metáfora del amor                                      | 9.4   | 1.6        |
| Exposición teórica: “La inteligencia emocional”           | 9.3   | 1.6        |
| Arriba el telón   | 8.7   | 1.6        |
| Gente sin complejos                                       | 9.3   | 1.5        |
| <b>7ª SESIÓN</b>  |       |            |
| La sopa de los porqués                                    | 9.1   | 1.7        |
| La lavadora   | 9.5   | 1.2        |
| La balanza (1ª parte)                                     | 8.3   | 1.8        |
| Exposición teórica: “Modelo cognitivo de Ellis”           | 9.3   | 1.4        |
| La balanza (2ª parte)                                     | 8.3   | 1.8        |
| <b>8ª SESIÓN</b>  |       |            |
| Vídeo: “Cuerpos a la carta”                               | 8.0   | 2.1        |
| Corazón con razón   | 9.1   | 1.9        |

A lo largo de este capítulo se ha reflejado y analizado con criterios estadísticos el estudio de campo realizado en esta Tesis Doctoral. Se ha podido observar cómo, en términos generales, se puede considerar que el programa “*Imagina*” cumple con las expectativas generadas en su diseño de mejorar la imagen corporal de las personas mayores y en proceso de madurez personal, y cómo, tanto los datos objetivos proporcionados por las medidas realizadas en los tests, en términos de inferencias estadísticas y correlaciones entre instrumentos y variables, como las propias valoraciones de los participantes apoyan tal conclusión. A lo largo del siguiente capítulo se realiza la interpretación y discusión de los resultados obtenidos y de los análisis efectuados en este Capítulo 7.

## 7.6. Interpretación y discusión de los resultados obtenidos

Los resultados anteriormente expuestos van a ser interpretados atendiendo a las investigaciones teóricas que lo soportan siguiendo una distribución basada en las variables intervinientes en la investigación.

Satisfacción corporal y satisfacción vital son las dos variables dependientes consideradas sobre las que se analizan los resultados. Satisfacción corporal hace referencia a la parte actitudinal-afectiva del constructo imagen corporal tomando como referencia autores de actualidad como Cash y Pruzinsky (1990, 2002), Hadigan y Walsh (1991), Maganto, Cruz y Etchevarría (2003), Markham, Thompson y Bowling (2005) o Thompson (2004). Se utiliza el BSQ de Cooper et. al. (1987), adaptado por Raich et. al. (1996) a muestras españolas y el *Cuestionario de Satisfacción Corporal* (CU.SC), diseñado ad hoc, para evaluar la satisfacción corporal en esta investigación. Para la evaluación de la satisfacción vital se utiliza el *Cuestionario de Satisfacción Vital* (CU.SV), también diseñado ad hoc, a imagen de lo realizado en la mayoría de los estudios de actualidad similares, dada la escasez de instrumentos adecuados para medir este constructo en investigaciones de este tipo y con esta población objeto de estudio (Aberg et. al, 2005; Bunnell, 2001; McCabe y Ricciardelli y de Lina, 2004; Schilling, 2006; Tiggemann y Lynch, 2001; Wade et. al., 2006).

La primera variable interviniente a analizar, y la más importante, es la variable independiente evaluada, es decir, tratamiento experimental (programa “*Imagina*”) versus tratamiento de control. Los análisis estadísticos realizados en los que se analiza la influencia de esta variable independiente intergrupos (tablas 14, 15, y figura 28 del apartado 7.3.) muestran de forma significativa el comportamiento diferencial de los participantes al programa “*Imagina*” en las medidas tomadas respecto a los programas de control. En el test BSQ se produce una mejora de 6,8 puntos de media en los participantes al programa “*Imagina*”, por sólo 0,8 en la condición de control. En la puntuación CU.SC, la mejora de la condición



experimental es de 5,3 puntos de media (se debe tener en cuenta que en los cuestionarios diseñados *ad hoc* el rango de puntuaciones es mucho menor) por 0,4 de la condición de control. Por último en CU.SV se produce una mejora de 3,2 puntos de media en los participantes al programa “*Imagina*”, por sólo 0,8 en la condición de control. La mejora del programa “*Imagina*” respecto a los programas de control es clara, por lo que se puede concluir que el programa “*Imagina*” mejora la satisfacción corporal y vital de los participantes significativamente más que otros programas preventivos, o que la propia maduración experimental (Cash, 2004; Maganto y Cruz 2002, 2008; Rosen, 2006). Cabe destacar que la diferencia entre condiciones experimentales en relación a la medida correspondiente a la satisfacción vital es considerablemente menos significativa que las diferencias observadas en las medidas de satisfacción corporal. Este resultado seguramente sea debido a que el programa “*Imagina*” incide directamente sobre la satisfacción corporal, y a que la mejora provocada sobre la satisfacción vital sea indirecta, es decir, debida a que la satisfacción corporal y vital están íntimamente relacionadas. Esta interpretación también justificaría los resultados obtenidos en los análisis correlacionales, donde se aprecia un cambio en las covariaciones entre satisfacción corporal (medidas a través de BSQ y CU.SV) y satisfacción vital, después de participar en el programa “*Imagina*” y al valorar las medidas pre y post (ver tablas 36, 37 y 38 del apartado 7.4.). La interpretación de la influencia indirecta de la satisfacción corporal sobre la satisfacción vital es apoyada por autores de la actualidad como Cash (2004) y Rosen (2006), que consideran que la influencia de la imagen corporal sobre la autoestima y el autoconcepto personal explica aproximadamente una tercera parte del total de ambos constructos (Altabe y Thompsom, 1992; Gargiulo et. al., 1987; Krysanski, 2006; Maganto y Cruz 2008; Thompsom y Psaltis, 1988).

Los resultados obtenidos certifican que la imagen corporal sigue siendo un tema de relevancia para la salud emocional y la satisfacción vital durante las últimas fases de la vida y que las personas mayores también se benefician de una intervención dedicada a mejorar la imagen corporal, al igual que en otras edades (Attie y Brooks-Gunn, 1989, Brooks- Jun, Burrow y Warren, 1988; Coovert, Thompsom y Kinder, 1988; Grant, 2004; Gross y Rosen, 1988; Hawkins, Fremouw y Clement, 1984; Lattimore y Caswell, 2005; Lenner, 2005; Maganto, Cruz y Etchevarría, 2003; McLaren y Kuh, 2004; Nye y Cash, 2006; Richards, Thompsom y Coovert, 1990).

Distintos modelos explicativos ofrecen teorías del por qué se mantiene en niveles altos la preocupación por el aspecto físico durante la madurez y la vejez, y por qué se producen importantes conexiones con otros constructos como la autoestima o el autoconcepto como se observa en los resultados de este estudio. Se hace referencia a las teorías socioculturales y a las teorías de la discrepancia entre el yo real y el yo percibido, que pretenden explicar el origen y desarrollo de los trastornos relacionados con la imagen corporal (Baltes y Carteesen, 1999; Gorham y Hunleby, 1988; Heckhausen y Schulz, 1995; Slade y Fisher, 1986; Thompsom, 1990). Ambas teorías complementarias expuestas son insuficientes para explicar los trastornos



relacionados con la imagen corporal que se producen en la adolescencia y juventud (trastorno dismórfico, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, vigorexia, etc.) al reflejar exclusivamente el componente actitudinal de la imagen corporal y obviar el componente perceptivo que sí consideran modelos teóricos más modernos (Covert, Thompson y Kinder, 1988; Penner, Thompson, y Covert, 1990; Raich, Torras y Mora, 1997; Richards, Thompson y Covert, 1990; Rosen, 2006; Thompson, 1990; Willianson, 1990). No obstante, los problemas relacionados con una imagen corporal negativa durante la madurez y vejez no suelen presentar alteraciones de la autopercepción corporal, sino exclusivamente interpretaciones catastrofistas de las consecuencias del deterioro de un determinado aspecto físico, como por ejemplo, rechazo social, marginación, pérdida de atractivo, cercanía de la muerte, etc.

El programa “*Imagina*” ha producido mejoras significativas en satisfacción corporal, pero también en satisfacción vital, a la vista de los resultados obtenidos podría ser que la intervención específica sobre imagen corporal sobre personas mayores provoca una mejora sustancial en la percepción satisfactoria de la vida cotidiana. Las importantes relaciones entre satisfacción corporal y vital son apoyadas por estudios de actualidad como el de Phillips, Didie y Menard (2007) que apreciaron una alta comorbidad entre el trastorno dismórfico (derivado de una imagen corporal negativa) y síntomas depresivos, entre otros (Annis, Cash y Hrabosky, 2004; Da Costa et. al., 2005; Hawkins et. al., 2004; Maganto y Cruz, 2003, 2008; Nye y Cash, 2006; O’Brien y Lebow, 2007; Smith, 2006; Zabinski, 2003).

Estos resultados obtenidos apoyan la hipótesis sostenida por la mayoría de los estudios sobre imagen corporal en la vejez, de que la imagen corporal tiene importantes conexiones sobre la calidad de vida en nuestra sociedad actual, como muestra Cafri et. al. (2005) en su metanálisis sobre las referencias socioculturales en las investigaciones. Cafri et. al. (2005) llegan a esta conclusión a través de la observación de las fuertes correlaciones existentes entre la satisfacción corporal y factores conectados tradicionalmente con la calidad de vida en nuestra sociedad como son la satisfacción vital, autoestima, autoconcepto, etc. en la mayoría de estos estudios.

Los resultados obtenidos en esta investigación parecen confirmar la gran importancia social concedida a la imagen y la apariencia en nuestra sociedad actual, donde medios de comunicación como la televisión e internet y elementos habituales en ellos, como la publicidad, cada vez cobran más relevancia social, incluso sobre colectivos como el de los mayores que no son destinatarios directos de estos mensajes visuales, tesis sostenida por la mayoría de los autores del campo de la imagen corporal (Cafri et. al., 2005, Cash, 2004; Raich, 2004; Thompson, 1990).

El programa “*Imagina*” funciona de una forma similar al programa PICTA de Maganto et. al. (2002), del que es una evolución dedicada a otro tipo de población, a la hora de influir positivamente sobre la imagen corporal. La principal diferencia estriba en el cambio de



población, que obliga a cambiar la temática central del programa desde la delgadez y la alimentación, que son los temas centrales del programa PICTA, a los efectos del tiempo sobre la apariencia, que es el tema de análisis central del programa "Imagina". Ambos programas ofrecen excelentes resultados como medidas preventivas de problemas asociados a la imagen corporal, aunque los problemas que evitan son sustancialmente distintos. Estos resultados van en la misma línea que la de otros autores que han desarrollado programas que mejoran eficientemente la imagen corporal con diferentes colectivos y condiciones de estudio son Zabinski (2003), que diseñó una intervención psicoeducativa para mujeres en riesgo de trastorno de la alimentación, Da Costa et. al. (2005) a través de la terapia narrativa como tratamiento efectivo para el trastorno dismórfico corporal con un estudio de caso único, Nye y Cash (2006), que estudiaron los resultados de la terapia cognitivo conductual sobre chicas con trastorno dismórfico corporal dentro de una clínica privada, Krysanski (2006), que realizó un estudio para comparar una intervención de disonancia cognitiva con un programa psicoeducativo sobre la alimentación como placebo, Smith (2006), que diseñó un programa escolar comprensivo para mejorar la imagen corporal de las chicas adolescentes, u O'Brien y LeBow (2007), que crearon un programa de intervención psicoeducativa para reducir las conductas desadaptativas en relación con el mantenimiento del peso corporal, entre otros.

Tal y como se observa en las tablas 17, 18 y 19, y se aprecia visualmente en la figura 29 del apartado 7.3., la variable "Sexo" sigue teniendo una importancia capital sobre la imagen corporal (Bottamini y Ste-Marie, 2004; Hargreaves y Tiggemann, 2003; Hinkamper, 2005; Stice, Spangler y Agras, 2001; Willinge, Touyz y Charles, 2006, Maganto y Cruz, 2000, 2002, Cruz y Maganto 2003). La media de las puntuaciones de las mujeres en la condición pre en el test BSQ es de 72,1, mientras que en los varones la media es de 62,8 (menor puntuación es reflejo de menor preocupación corporal). En CU.SC la media de las puntuaciones de las mujeres es de 22,1, mientras que para los varones es de 20,1. En CU.SV la media de las puntuaciones de las mujeres es de 21,5, mientras que para los varones es de 18,3, siempre valorando datos globales de la muestra. Estos resultados muestran con claridad cómo las mujeres mayores de 50 años muestran mayor preocupación por el aspecto físico que los varones de una forma significativa, al igual que en el resto de edades según la mayoría de los estudios científicos (Bottamini y Ste-Marie, 2006; Dittmar et. al., 2005, Nye y Cash, 2006,). La principal causa de esta diferencia se puede atribuir a la mayor presión social sobre las mujeres para mantener una apariencia acorde a los patrones actuales de belleza, tal y cómo describe Raich (2004) en su estudio sobre los factores asociados al trastorno dismórfico, y se refleja en numerosos estudios que remarcan la importancia de las variables socioculturales como factores claves para desarrollar alteraciones asociadas a la imagen corporal y al estado de ánimo (Berns 1992; Brenner y Cunningham 1992; Cash, 2004; Díaz-Atienza, 1999; Kittler, Menard y Phillips, 2007; Maganto et. al., 2003; Markey, 2004; Markey y Birch, 2006; Mintz y Betz, 1986; Rodríguez-Ramírez, 1998; Silverstone, 1990; Stein-Karen, 1996).

Esta investigación confirma las afirmaciones realizadas por numerosos autores (Fisher, 1986; Harter, 1993; Hsu, 1989; Kim, 2004; Offer et. al., 1988; Thompson, 2004; Tiggerman y Lynch, 2001; Rosen, 1990, 2006), en las que se considera que el cuerpo percibido como sexuado es un factor que otorga cualidades y atributos a la imagen percibida. Según Raich (2004) o McCreary, Saucier, y Courtenay, (2005) los diversos atributos ligados a la masculinidad y feminidad, alrededor fundamentalmente del polo activo-pasivo (fuerza, resistencia, energía, audacia, y sus opuestos) generan percepciones que ponen de manifiesto la adaptación a la normativa tradicional de las relaciones entre varones y mujeres, a través de una percepción diferencial como cuerpo eficiente o como cuerpo frágil. En la investigación realizada, los varones reconocían como viriles los atributos relativos al polo activo (vigor, fuerza, etc.) y las mujeres reconocían como femeninos atributos más pasivos como la belleza física. Esta distribución deriva en distintos motivos por los que desarrollar preocupación ante la vejez, mientras que los hombres se muestran preocupados por la disminución en fuerza, vigor y condiciones físicas, las mujeres se preocupan más por el deterioro estético de su cuerpo. La edad y la salud son importantes moduladores de esta afirmación, ya que un deterioro pronunciado de la salud asociado a la edad iguala las preocupaciones de ambos sexos en torno al polo activo de los atributos personales (ver figuras 30 y 31 en el apartado 7.3.). La belleza es un rasgo social distintivo de feminidad a todas las edades en la actualidad, al igual que la fuerza física es un rasgo social de virilidad para los varones, circunstancia que se ha visto reflejada con claridad en la implementación del programa "Imagina" a los distintos grupos de aplicación. Por otro lado, se ha observado una relativa disminución de la preocupación por el aspecto físico en los resultados del test BSQ que puede deberse a la edad, no obstante la reducción de la preocupación corporal mostrada en el test BSQ no es drástica y no significa una desaparición de la preocupación por el aspecto físico a partir de una edad concreta. Los estudios correlacionales (ver tabla 40 del apartado 7.4.), no aprecian variaciones en la mejora debida al programa "Imagina" relacionadas con el factor "Sexo", lo que es indicador de que el programa es igualmente útil para ambos sexos y garantiza el adecuado diseño del programa tanto para varones como para mujeres.

Es importante considerar en este punto las relaciones que se manifiestan en torno a la autoestima y el autoconcepto entre sexos. Los trabajos de Jackson (1987), Raich (2000), Markey, C. N., Markey, P. M. y Birch, (2004), o McCreary, Saucier, y Courtenay, (2005), proveen de evidencias en el sentido de las relaciones entre masculinidad, feminidad y androginia con la evaluación positiva o negativa del propio cuerpo, indicando que la masculinidad y la androginia se relacionan con una evaluación más positiva junto a una mayor autoestima, mientras que con la feminidad ocurre a la inversa. Las diferencias en las puntuaciones en CU.SV. según sexos confirman esta afirmación, reflejando notables diferencias entre sexos, con puntuaciones superiores a las mostradas en CU.SC. (diferencia entre sexos en la condición pre CU.SC= 2,0 y CU.SV=3,2). Por lo tanto, se puede considerar como cierta, según los resultados de esta investigación, la hipótesis que relaciona los rasgos andróginos con mayor autoestima y un autoconcepto positivo, teniendo en cuenta la alta correlación documentada existente entre



alta autoestima y autoconcepto positivo con mayor satisfacción vital (Cash 2004; Fisher, 1987; Haste, 1985; Hsu, 1989; Kenealy, Gleeson, Frude y Shaw, 1991; Markey 2006; McLaren y Kuh, 2004; Mendelson y White, 1982; Mora y Raich, 1993; Ogletree et. al. 1990; Rosen, 1990, 2006; Striegel-Moore, Silverstein y Rodin, 1986; Tiggeman, 1992).

Los resultados parecen mostrar que la participación en un programa psicoeducativo en el se fomente la interacción social, sin intervenir directamente sobre la imagen corporal, provoca que disminuya la satisfacción corporal y vital de los varones (ver tabla 17 y figura 29) ya que las puntuaciones en la diferencia de medias pre-post de los varones en la condición de control es siempre negativa (BSQ = -0,7, CU.SC = -2,0, CU.SV = -0,6), aunque no estadísticamente significativa. Una más que posible interpretación de este fenómeno puede estar en considerar que esta interacción social hace a los varones más conscientes de su apariencia y más expuestos a la evaluación social, con lo que disminuye su satisfacción corporal y la parte de satisfacción vital que de esta se deriva. Derivado de esta interpretación, se podría concluir que una de las principales causas de la diferencia en satisfacción corporal entre varones y mujeres, y en menor medida también en satisfacción vital, estriba en la diferente presión social y percepción de la evaluación social que sienten los varones en la sociedad occidental actual, cuestión altamente documentada en la actualidad científica (Rosen, 2006).

Teniendo en cuenta el factor “Edad” en la investigación, el análisis en profundidad de los resultados, mediante los distintos contrastes estadísticos, ha mostrado cómo la edad no ha sido un factor discriminativo válido sobre el que se fundamenten los buenos resultados de la investigación (ver tablas 20, 21 y 22 del apartado 7.3.). Los resultados de la evaluación del programa “*Imagina*” confirman los resultados obtenidos en otras investigaciones, como el estudio longitudinal de Davison y McCabe (2005), que concluyeron que las preocupaciones sobre la apariencia física no desaparecen con la vejez, o el estudio longitudinal de Lebovitz (2005), que encontró relación directa de las emociones positivas sobre la satisfacción corporal a lo largo de toda la vida. Otros estudios, que valoran el factor edad como importante para la imagen corporal, como es el caso del estudio de Kozar (2005) sobre la influencia de la publicidad en la vejez, matizan que la edad es un factor importante, sólo si se combina con otros factores de carácter social como la percepción de un prolongado deterioro físico o la pérdida de expectativas sociales. La confirmación de esta hipótesis es muy positiva para el ámbito científico, porque supone que los programas preventivos de aplicación colectiva sobre imagen corporal son útiles para prevenir los trastornos de la imagen corporal en poblaciones de riesgo, y porque ofrece técnicas válidas de intervención sobre la imagen corporal para todas las edades, lo que a largo plazo puede derivar en programas estructurados para prevenir o resolver problemas de este tipo (Donaldson y Boston, 1995; Maganto y Cruz, 2002, 2008; Poole, 1999; Sheehan, DuBrava y Fang, 2003; Strong, 2005).

Al realizar un análisis cualitativo de los grupos de discusión realizados en esta Tesis Doctoral y del desarrollo de los programas “*Imagina*” aplicados a los distintos grupos experimentales teniendo en cuenta el factor “Edad”, se aprecia como en la madurez y la vejez se produce un cambio en el tema principal de las preocupaciones sobre la apariencia física respecto al resto de los periodos de edad desde el inicio de la adolescencia, es decir, el foco de preocupaciones sobre la apariencia física cambia desde “*La delgadez como sinónimo de belleza*”, ampliamente documentada por numerosos autores de actualidad (Grieve et. al., 2005; Hinkamper, 2005; McLaren y Kuh, 2004; Molinari y Riva, 2004; Raich, Torras y Figueras, 1996), a “*La vejez como señal de pérdida de belleza*”, tesis apoyada por numerosos autores de la psicología de la vejez (Aberg et. al., 2005; Callow, 2005; Cash 2004; Davison y McCabe, 2005; Gubrium y Holstein, 2006; Donaldson y Boston, 1995; Kozar, 2005; Lieberman, Probart, y Schoenberg, 2003; Mares y Fitzpatrick, 2004; Poole, 1999; Pulletti, 1998; Schilling, 2006; Speake, Cowarty y Pellet, 1989).

En la figura 30 del apartado 7.3., donde se muestra un gráfico de la evolución de las puntuaciones según la variable edad, se observa con claridad cómo, para las personas en proceso de madurez, la mejora producida por el programa “*Imagina*” es más considerable sobre la satisfacción corporal que sobre la satisfacción vital, tendencia que se invierte para las personas de avanzada edad, en proceso de vejez, para las que el programa “*Imagina*” les resulta más eficiente en la mejora de la satisfacción vital. Estos resultados parecen ser debidos a la diferencia de enfoque vital de la persona en cada edad. Parece ser que mientras las personas en proceso de madurez están más preocupadas por el deterioro de la apariencia física asociado a la edad, las personas de avanzada edad están más necesitadas de una interacción social positiva mejorando sus actividades diarias y sus relaciones sociales. Por otra parte, el análisis correlacional de la mejora debida al programa “*Imagina*” relacionada con el factor “Edad” (ver tabla 39 del apartado 7.4.) no refleja covariaciones significativas de las mejoras logradas en la condición experimental.

Una de las más relevantes teorías que pretenden explicar la influencia de la edad en la imagen corporal observada en los resultados la ofrece Gubrium (1978, 1983, 2006) con su teoría de “*La vejez como máscara*”. Según este autor las personas mayores suelen percibir su apariencia durante la vejez como una máscara sobre su auténtico “*yo físico*”, que lo identifican en la imagen que tuvieron de juventud que se refleja en sus fotos. Esta no-identificación con el “*yo físico actual*” en la vejez podría alterar la satisfacción corporal de forma severa e intensa, tal y como ocurre en la juventud con la presión hacia la delgadez. Esta teoría justificaría que en la vejez se den niveles de preocupación sobre la apariencia física altos, a pesar de que la presión social hacia la delgadez fuera bastante menor que en otras edades.

A través de las figuras 32, 33 y 34 del apartado 7.3. se observa cómo algunos factores de tradicional relevancia en los estudios sobre la satisfacción corporal y vital, como lo son el entorno de convivencia y el estado civil, han perdido poder de discriminación sobre la



satisfacción corporal en la actualidad o se ha producido un cambio en su influencia. En lo referente al entorno de convivencia, los entornos rurales muestran mayor satisfacción corporal en la condición pre (68,1 frente a 71,9 de puntuación media en BSQ y 21,1 frente a 22,1 en CU.SC) y mayor satisfacción vital (20,6 frente a 21,1 de puntuación media en CU.SV) que los entornos urbanos, aunque las diferencias no son significativas, lo que indica que los ambientes de convivencia rurales ya no son los entornos protegidos de la preocupación por el aspecto físico que podían serlo en anteriores décadas (ver figura 34 en el apartado 7.3.). Las causas de estas pequeñas diferencias se pueden buscar seguramente en la mejora de las comunicaciones entre localidades pequeñas que las salvan del aislamiento del resto de la sociedad y a la ya comentada influencia de la televisión, ya que en la actualidad son prácticamente inexistentes los hogares en España que carezcan de este electrodoméstico. La mayor satisfacción corporal del ámbito rural se justificaría por la menor presión social hacia el aspecto físico en entornos rurales, frente a una posible menor fuente de oportunidades y disponibilidad de recursos en los medios rurales que influiría en la puntuación pre de la satisfacción vital, lo que frenaría las diferencias con el medio urbano.

Mediante la mejora debida a la participación en el programa *“Imagina” asociada al factor “Entorno”* (que se refleja mediante la pendiente de la línea en cada gráfica) se observa cómo el entorno urbano conlleva una mayor mejora en satisfacción corporal, asociada a la mayor preocupación inicial en satisfacción corporal, mientras que el entorno rural obtiene una mayor mejora en satisfacción vital, pese a su mayor satisfacción vital inicial (En entorno rural BSQ = 4,2, CU.SC = 4,3, CU.SV = 4,2, y en entorno urbano BSQ = 8,4, CU.SC = 5,9, CU.SV = 2,6). Este resultado refleja cómo la mejora en la interacción social, derivada de la participación en el programa, resulta más beneficiosa en entornos rurales, donde mayor necesidad de recursos para la interacción social presentan.

En lo referente al estado civil, tradicionalmente se consideraba que las personas casadas tenían menor preocupación por la apariencia física y se consideraba que la mayor preocupación podrían tenerla las personas solteras, ya que la utilidad de la belleza física era obtener un buen matrimonio. Los resultados de esta investigación indican que esta consideración no es válida actualmente, al menos para personas mayores de 50 años, ya que son las personas solteras las que menor preocupación corporal muestran (puntuación media de 58,5 en BSQ y 18,9 en CU.SC) y las personas casadas no ven reducida esta preocupación siendo, tras las personas separadas o divorciadas, las personas que mayor preocupación corporal muestran (ver figuras 32 y 33 en el apartado 7.3. para una referencia visual de estos datos). Estos resultados, que parecen indicar un cambio de valores en la sociedad actual, están apoyados en otros estudios de actualidad como el de Markey y Markey (2004), que reflejaron cómo la insatisfacción corporal de maridos y mujeres no correlacionaba positivamente, y que las mujeres más insatisfechas con su físico tendían a distorsionar más la opinión que creían que tenían sus maridos de ellas, independientemente de la opinión real de éste. Según Markey y Markey (2004), el matrimonio y la formación de una familia han perdido importancia como

meta social, seguramente debido a los importantes cambios sociales que se han producido en los últimos años, como la igualdad de sexos y la incorporación laboral de la mujer. Estas circunstancias han tenido reflejo en un indicador de preocupación social tan importante como lo es la satisfacción corporal. Por otra parte, también existen estudios de actualidad que, aparentemente, contradicen las conclusiones obtenidas en esta Tesis Doctoral sobre el estado civil. Es el caso del estudio de Pole, Crower y Schell (2004), que concluyeron en su investigación que la opinión los maridos era la principal causa de insatisfacción corporal de las mujeres casadas. Aunque la influencia de la opinión del marido se reducía considerablemente si la mujer no tenía una opinión positiva de él. Las conclusiones de Pole et. al. (2004) no aclaran si estos resultados se dan en sentido inverso, es decir, si una opinión positiva de la pareja deriva en una imagen corporal positiva de la mujer. Por otra parte, una última conclusión interesante sobre la influencia de la variable interviniente "Estado Civil" es que la mayor mejora debida al programa "Imagina" se da en personas separadas o divorciadas, que son además las que mayor insatisfacción corporal y vital presentan (BSQ = 12,7, CU.SC = 5,7, CU.SV = 6,0). Éste parece ser un indicador de que el programa "Imagina" provoca mayores mejoras sobre las personas que más lo necesitan porque éstas tienen mayor margen de mejora.

Un factor que ha mostrado relevancia en la investigación ha sido la época del año de aplicación del programa, que ha sido convertido en esta investigación en variable dicotómica con dos valores, Invierno y Verano, para simplificar las conclusiones obtenidas ya que no se pretende evaluar la influencia del clima, sino cómo influye sobre la satisfacción corporal y vital la habituación a llevar prendas y ligeras debido al calor. En la investigación se ha considerado como "Verano" a los grupos de aplicación realizados entre los meses de Junio y Septiembre, en los que tradicionalmente se llevan debido al calor menos prendas, más sueltas y cortas. Los resultados han mostrado que la época del año es un factor relevante para la satisfacción corporal, mostrando mayor preocupación por la apariencia física según la medida CU.SC, no así la medida BSQ que muestra resultados confusos, los participantes de los grupos realizados en verano (puntuaciones medias en BSQ de 70,3 frente a 70,9 de la condición invierno y 22 de puntuación media en CU.SC frente a 21,4 en la condición invierno), aunque se debe considerar que la influencia de esta variable se enmascara con la variable "Entorno" en algunos de los grupos de aplicación (ver tablas 30, 31 y 32, y figura 35 en el apartado 7.3.). Evidentemente la principal causa de esta diferencia parece estar en el cambio en la forma de vestir debido al calor y en la aparición de actividades en las que se muestra el cuerpo ante los demás como al acudir a la playa, a la piscina, al hacer deporte, etc. Estos resultados coinciden con las conclusiones que obtuvieron Frederick, Peplau y Lever (2006), cuando realizaron su estudio estadístico descriptivo sobre la preocupación sobre la silueta en traje de baño con más de 50.000 personas, y con el estudio de Robinson (2005), que concluyó que el uso de ropas ceñidas era una excelente señal de mejora en la imagen corporal de las mujeres que estaban en un programa de pérdida de peso.



Por último, en la figura 36 del apartado 7.3. se puede observar como la variable “Monitor” no ejerce influencia en la investigación, ya que los resultados de los grupos de control muestran escasas mejoras en las medidas tomadas en la diferencia pre-post y grandes mejoras bajo el programa “Imagina” independientemente del monitor que imparta el programa en el grupo, lo que es un buen indicador de que es el programa, y no las características personales de un monitor en concreto, el que provoca el cambio en la satisfacción corporal y vital de los participantes. Estos resultados se dan habiendo usado para la investigación varios monitores de características y variables atributivas (sexo y edad) diferentes, aunque todos con una adecuada formación y experiencia, además de haber superado una formación específica previa.

Además de lo comentado respecto a las variables intervinientes en la investigación, los resultados apoyan la hipótesis defendida por los autores más prolíficos en imagen corporal (Cash, 2004; Fingeret y Gleaves, 2004; Maganto y Cruz, 2008; Raich, 2003; Rosen, 2006) de que la diferencia entre una imagen corporal sana y otra clínica es de grado, es decir, no es cualitativamente distinta una de la otra. Se llega a esta conclusión al analizar los resultados y observar cómo técnicas de probada eficiencia sobre muestras clínicas (“Dirty Dozen” de Cash, 1990, técnicas del *Tratamiento Estandarizado de Raich para Problemas Relacionados con la Imagen Corporal*, 2001) muestran excelentes resultados dentro del programa “Imagina” con muestras de personas mayores de 50 años no clínicas.

Los excelentes resultados del programa “Imagina” se apoyan en la influencia recibida de la intervención cognitivo-conductual sobre los problemas relacionados con una imagen corporal negativa, de probada eficiencia en la actualidad (Cash, 2004; Da Costa et. al., 2005; Fairburn et. al., 1993; Grant y Cash, 2004; Guterman y Rudes, 2005; Jakatdar, Cash y Engle, 2006; Nye y Cash, 2006; Raich, 2001, 2006; Robinson, 2005; Rosen, Reiter y Orosan 1995; Rosen, 2006; Sánchez-Carracedo et. al., 2004). La principal aportación de esta investigación al conocimiento científico es el abordaje de la imagen corporal en la madurez y la vejez, ya que los programas preventivos de mejora de la imagen corporal a estas edades simplemente no existen en la actualidad. Circunstancia cada vez menos justificable teniendo en cuenta las tendencias sociales actuales de aumento de la esperanza de vida y aumento de la preocupación por la apariencia. Los datos obtenidos en este estudio, demuestran que la imagen corporal es un campo de estudio interesante y de futuro en los ámbitos de la psicología y la sociología, ya que se aprecian cambios sociales importantes en sus resultados que indican que en un futuro cercano la imagen corporal podría ser una preocupación social importante para este colectivo, si ya no lo es ahora, con importantes conexiones con indicadores sociales de relevancia como la satisfacción vital, o la calidad de vida.





## CAPÍTULO 8. Conclusiones, limitaciones y nuevas líneas de investigación

Este capítulo está dedicado a las conclusiones derivadas de los resultados, de sus análisis y de las interpretaciones realizadas. Se irán analizando el cumplimiento de los objetivos y de las hipótesis planteadas.

### 8.1. Conclusiones en relación a los objetivos e hipótesis planteadas

En el estudio científico desarrollado en esta Tesis Doctoral se plantearon unos objetivos para cada una de las partes del proceso de la investigación, es decir, para el diseño del programa *“Imagina”* y otras para la evaluación posterior del programa diseñado. Para cada uno de los objetivos planteados se estimó una hipótesis basándose en estimaciones de resultados de estudios actuales sobre la imagen corporal y en el acercamiento a la población objeto de estudio realizado en los *Grupos de Discusión*.

A continuación se concluye razonadamente si se ha cumplido total o parcialmente cada uno de estos objetivos e hipótesis planteados para cada una de las dos partes establecidas, es decir, para el diseño del programa *“Imagina”* (objetivos e hipótesis 1, 2 y 3) y para su evaluación científica (objetivos e hipótesis 4, 5 y 6). Los objetivos 1, 2 y 3 se confirman o refutan en función de que las hipótesis correspondientes sean o no confirmadas.

#### **OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL DISEÑO DEL PROGRAMA**

- **OBJETIVO 1:** *Diseñar actividades que influyan positivamente en todas las dimensiones de las que consta la imagen corporal, basándose en la forma de actuar de las intervenciones en imagen corporal para muestras clínicas, pero realizando una adaptación para personas maduras y mayores sin patología asociada a la imagen corporal.*

Para valorar el cumplimiento del primer objetivo es necesario considerar aquellas pruebas que demuestren el correcto diseño de las actividades teniendo en cuenta los criterios planteados a priori. Los criterios y las pruebas a las que se hace referencia son las siguientes (ver programa *“Imagina”* en ANEXOS como referencia a las actividades planteadas):

- *Las actividades deben intervenir sobre todas las dimensiones de las que consta la imagen corporal (perceptiva, emocional, cognitiva y conductual):* El programa consta de actividades orientadas a la percepción del propio cuerpo (“Siluetas”, “Escala de partes corporales”), orientadas al autoconocimiento y al manejo emocional (“La metáfora del amor”, “Exposición teórica sobre la inteligencia emocional”, “Exposición teórica sobre la Terapia Racional-emotiva de Ellis”), orientadas a la mejora del procesamiento cognitivo asociado a la imagen corporal (“Gente sin complejos”, “Corazón con razón”, “La sopa de los por qué”, Exposición teórica sobre la autoestima”) y orientadas al cambio conductual (“Arriba el telón”, “La balanza”), además de otras actividades menos específicas que influyen sobre estas dimensiones, por lo que se puede considerar este criterio como cumplido.
- *Las actividades deben ser adaptaciones de las técnicas e intervenciones sobre imagen corporal para muestras clínicas a muestras no clínicas y sin patología asociada:* La mayoría de las actividades que se han creado para este programa parten de técnicas de probada eficiencia sobre imagen corporal. Por ejemplo, Los “Dirty Dozen” de Cash (1990, 2004) son la referencia de la actividad “Gente sin complejos”, la Terapia Racional-Emotiva de Ellis (1975) inspira la actividad “La Balanza”, el proceso de intervención sobre los trastornos de la imagen corporal de Cash (2004), Rosen (2006) o Raich (2004) se refleja en la estructura de las sesiones y de las actividades (Ver capítulo 1 de esta Tesis Doctoral). Algunas de las actividades diseñadas, como “Siluetas” y “Escala de satisfacción de partes corporales” son una extensión aplicada a personas adultas de actividades del programa PICTA de Maganto et. al. (2002). El uso de estas teorías y técnicas, junto con muchas otras para el diseño de las actividades, garantiza el cumplimiento de este criterio.
- *Las actividades deben estar específicamente diseñadas para muestras de personas mayores de 50 años:* Para el correcto diseño y adaptación de las actividades del programa se ha realizado un extenso acercamiento a la realidad de la persona madura y mayor en España a través de la profundización en datos demográficos, sociales y psicosociales actualizados, y se ha realizado un acercamiento a la realidad social de los mayores como colectivo, en relación a su particular visión de la importancia de la belleza y la imagen corporal con la realización de cuatro *Grupos de Discusión* previos al diseño del programa “*Imagina*”, como ha sido reflejado en el Capítulo 4 de esta Tesis Doctoral, por lo que se puede considerar este criterio como cumplido.
- **HIPÓTESIS 1:** *Las actividades e intervenciones para mejorar la imagen corporal, correctamente adaptadas a muestras de mayores sin patología asociada a la imagen corporal, tendrán un efecto positivo sobre la imagen corporal de los participantes.*



Para comprobar el cumplimiento de esta hipótesis se puede acudir a dos tipos de indicadores, los resultados globales del programa en satisfacción corporal y las valoraciones de la utilidad de las actividades según los participantes de forma específica.

Los resultados globales del programa “*Imagina*”, a la hora de mejorar la satisfacción corporal de los participantes, en comparación con grupos de control, muestran con claridad la confirmación de esta hipótesis, ya que la mejora producida por el programa “*Imagina*” en BSQ (6,8) y CU.SC (5,3) es muy superior a de los programas de control (BSQ = 0,8, CU.SC = 0,4), tal y como se muestra en la tabla 14 del apartado 7.3 y se refleja en la significación de los contrastes estadísticos de las tablas 14 y 15.

En lo referente a la valoración de las actividades por parte de los participantes, los resultados obtenidos, que se muestran en la tabla 35 del apartado 7.5. del Capítulo 7 de esta Tesis Doctoral, también confirman la hipótesis de partida, ya que todas las actividades desarrolladas han sido valoradas de una forma muy positiva en criterios de utilidad, con medias de valoración cercanas al 9 en una escala 0-10. Se puede considerar debido a estos resultados, que el estudio de campo confirma la hipótesis de partida.

- **CONCLUSIÓN SOBRE LA HIPÓTESIS 1:** El programa “*Imagina*” ha mejorado positivamente de forma estadísticamente diferencial la satisfacción corporal de los participantes en el programa, por lo que esta hipótesis ha sido cumplida totalmente.
  
- **OBJETIVO 2:** *Diseñar actividades en las que se faciliten la reflexión personal y el intercambio de experiencias de una forma positiva, complementadas por exposiciones teóricas, en formato de programa preventivo de aplicación colectiva.*

Para el cumplimiento del segundo objetivo del diseño del programa “*Imagina*” se debe desarrollar la estructura del programa bajo el formato de programa preventivo de duración corta y aplicación colectiva. Los programas preventivos suelen cumplir los siguientes requisitos:

- *Deben estar estructurados en partes según su utilidad en la aplicación. Las partes mínimas de las que deben constar son un manual del monitor, donde se incluyan las instrucciones que debe seguir el monitor para su aplicación, y un cuadernillo o un conjunto de fichas de actividades a desarrollar. Dicha estructura es la seguida en el programa “*Imagina*”.*
  
- *La aplicación se realiza a través de un monitor previamente formado, en una serie de sesiones que pueden oscilar en su duración de una a tres horas, mientras que el número de sesiones debe ser mayor a cinco aproximadamente. El programa “*Imagina*” cumple estos requisitos.*

- *Las actividades deben ser participativas, estar orientadas a la interacción positiva entre los participantes (sirva de ejemplo actividades como “Subirse a la parra” o “La grilla de la autoestima”) y a la reflexión personal sobre temas relacionados con sus vidas cotidianas (sirva de ejemplo el “Debate sobre los mitos de la belleza”, y las actividades “Arriba el Telón” y “La Balanza”). Criterio perfectamente cumplido en “Imagina”.*
- *El programa debe proporcionar información nueva a los participantes, pero ésta debe de tener un carácter no formal y no ser la principal finalidad del programa, lugar que debe ocupar el cambio pretendido en actitudes, motivación, etc. El programa incluye información básica sobre imagen corporal, belleza, alimentación, valores y problemas sociales, etc. en todas las sesiones del programa.*
- **HIPÓTESIS 2:** *El formato de aplicación del programa garantizará la cohesión grupal, necesaria para algunas de las actividades, ayudará al mantenimiento de la atención por parte de los participantes y reducirá la mortalidad experimental sin reducir la intensidad del cambio pretendido.*

La segunda hipótesis sobre el diseño del programa “Imagina” hace referencia al formato de aplicación del programa a los participantes. Sobre el cumplimiento de estos tres criterios puede concluirse a partir de los resultados siguientes:

- *Cohesión grupal:* Dado que la imagen corporal tiene importantes nexos de unión con la interacción social positiva entre iguales, la cohesión dentro del grupo será un factor clave que garantice la bondad de los resultados. No obstante, no es fácil plantear una medida fiable de la cohesión grupal, así que será necesario hacer referencia a los resultados obtenidos a la hora de valorar el aspecto lúdico, la motivación para continuar las actividades y a la satisfacción final con el programa, en los resultados de las valoraciones finales al programa (ver tabla 34 en el apartado 7.5. del Capítulo 7) y en la valoración del entretenimiento de las actividades (tabla 36 en el apartado 7.5. del Capítulo 7). Dentro de la valoración final del programa se hace referencia a dos cuestiones, el segundo ítem, relativo al entretenimiento del programa, y el noveno, relativo a la apreciación de la mejora de la relación con los demás fruto de la participación en el programa. Los resultados indican que, tanto las actividades, como el programa valorado globalmente, son considerados muy entretenidos, puntuaciones además que superan las de la condición de utilidad de las actividades. Por lo que respecta a la novena cuestión de la valoración final del programa, la puntuación es muy positiva, aunque inferior a la puntuación de las actividades. Se puede inferir que esta diferencia de valoración no se deba a la cohesión grupal, sino a la valoración del cambio producido por el programa en las interacciones sociales de la vida cotidiana. No obstante, todos los resultados reflejan el desarrollo de una cohesión grupal alta y positiva, que seguramente haya tenido reflejo positivo sobre los resultados alcanzados.



- *Atención y fatiga:* Las personas mayores tienen estadísticamente niveles de atención más reducidos y mayores niveles de fatiga en menor tiempo que la población general, por lo que cualquier tipo de intervención destinada a este colectivo debe tener en cuenta el factor tiempo y el factor intensidad a la hora de plantear actividades de carácter intelectual. Como índices más adecuados para valorar este criterio se deben tomar la valoración de la duración de las actividades (tabla 37 en el apartado 7.5. del Capítulo 7) y la estabilidad en la valoración global de cada sesión, es decir, si la valoración de las actividades finales de cada sesión no es sustancialmente diferente de las actividades de inicio de sesión (tablas 35, 36 y 37 en el apartado 7.5. del Capítulo 7). Los resultados muestran una estabilidad evidente de las valoraciones de las actividades de cada sesión, sin diferencias significativas entre las actividades de inicio y final de sesión. Por otro lado, la valoración de la duración de las actividades es muy alta en todas las actividades y las quejas referentes a la duración son en su mayoría hacia la brevedad de las actividades, por lo que se debe considerar este criterio como cumplido.
- *Mortalidad experimental:* Algunas de las mayores ventajas del programa preventivo de corta duración son la facilidad que presentan para conseguir grandes muestras de población rápidamente y la baja mortalidad experimental, ya que no supone una inversión de tiempo y esfuerzo considerable en su participación y compromiso hasta su cumplimiento. Este criterio se puede considerar cumplido porque las tasas de mortalidad experimental en este estudio son insignificantes (mortalidad experimental de un 0% tomando como válidas las valoraciones e impresiones de los sujetos que han participado en, al menos, un 70% de las actividades totales).
- **CONCLUSIÓN SOBRE LA HIPÓTESIS 2:** Como síntesis de estos resultados podemos concluir que la cohesión grupal y el nivel de atención adecuado se ha conseguido satisfactoriamente, la fatiga ha sido irrelevante y que ha habido ausencia de mortalidad experimental. Por lo que la hipótesis ha sido cumplida totalmente.
- **OBJETIVO 3:** *Aprender, desarrollar y practicar estrategias de actuación y habilidades sociales relativas a la imagen corporal aplicables a la vida cotidiana.*

El tercer objetivo para el diseño del programa “*Imagina*” es el más importante, ya que el cambio provocado sobre la vida cotidiana, fruto de la participación al programa, es la característica distintiva de un programa preventivo eficaz. Para el cumplimiento de este objetivo es necesario que el cambio producido en el programa se extienda a la vida cotidiana del participante de forma estable, algo que se debe conseguir, no sólo aprendiendo formas de actuar mejores a las que solían utilizar, sino simulándolas y perfeccionándolas a través de *role playings*, además de generar la motivación y la percepción del cambio suficientes para que la persona las lleve a cabo de forma constante una vez terminado el programa. El diseño de este

programa, especialmente sus últimas sesiones, está orientado al referido cambio de actitud, aumento de la motivación hacia el cambio y a la práctica de las habilidades sociales aprendidas en las sesiones anteriores (sirva de ejemplo actividades como “Arriba el Telón”, “Gente sin Complejos” o “La Balanza”). Los resultados de las tablas 34-37 del apartado 7.5 informan de la eficacia en el logro de estos objetivos, valorada por los propios sujetos participantes a la evaluación del programa, esta es la mejor prueba de que el programa cumple eficientemente con este objetivo.

- **HIPÓTESIS 3:** *El aprendizaje y puesta en práctica de las estrategias de actuación y las habilidades sociales desarrolladas en el programa contribuirán a la mejora de la satisfacción corporal y vital de los participantes al programa.*

La tercera hipótesis para el diseño del programa hace referencia a la influencia de la participación activa para mejorar la satisfacción corporal y vital. La práctica de *role playing*, y el nuevo punto de vista a la hora de razonar aspectos de la vida cotidiana, a priori deben ayudar a la persona a romper esquemas de actuación negativos previos y a generar una mayor autoestima y autoeficacia. El contraste de esta hipótesis se confirma acudiendo a los resultados obtenidos en satisfacción corporal y vital en los instrumentos de evaluación (ver tabla 14 en el apartado 7.3.), así como en los resultados obtenidos en la valoración final del programa (ver tabla 40), por lo que se debe considerar esta hipótesis perfectamente cumplida.

- **CONCLUSIÓN SOBRE LA HIPÓTESIS 3:** Se confirma con los resultados obtenidos que las actividades del programa “Imagina” elicitán el aprendizaje de estrategias de actuación y habilidades sociales que a su vez contribuyen a la mejora de la satisfacción corporal y vital de los participantes, por lo que la hipótesis 3 ha sido cumplida totalmente.

#### OBJETIVOS E HIPÓTESIS SOBRE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

- **OBJETIVO 4:** *Valorar la mejora producida por el programa “Imagina” sobre la satisfacción corporal y la satisfacción vital, como indicadores efectivos de la mejora en imagen corporal, con respecto a otros programas de control con similares condiciones.*

El cuarto objetivo hace referencia al planteamiento de un diseño experimental para la investigación. El planteamiento experimental se ha conseguido a través de la implementación del programa en varios grupos y comparando los resultados con los obtenidos en grupos de control con otros programas preventivos y psicoeducativos similares, tanto en satisfacción corporal como vital (ver Capítulo 6 de esta Tesis Doctoral para más información).

Para la valoración de la mejora producida por el programa en satisfacción corporal se ha utilizado un instrumento reconocido como es el test BSQ de Cooper et. al. (1987), adaptado



por Raich et. al. (1996) a muestras españolas. El test BSQ presenta algunas limitaciones para valorar la satisfacción corporal de personas de avanzada edad ya que está originalmente diseñado y baremado para población adolescente y joven. Esta limitación se subsana en parte por el cuestionario específico sobre satisfacción corporal creado para la investigación. También se ha diseñado otro cuestionario de corta duración para valorar la satisfacción vital, ya que no existe ningún instrumento validado científicamente que ofrezca garantías para valorar la satisfacción vital en la población elegida en esta investigación. Esta implementación científica garantiza el cumplimiento de este objetivo ya que los instrumentos elegidos valoran las necesidades del estudio.

- **HIPÓTESIS 4:** *La media global de la mejora producida en satisfacción corporal y satisfacción vital postratamiento en los grupos experimentales será estadísticamente superior a la media global de la mejora producida en satisfacción corporal y satisfacción vital postratamiento en los grupos de control.*

La cuarta hipótesis es la más general e importante de las tres planteadas sobre la evaluación del programa "Imagina", ya que hace referencia a la utilidad del programa para lograr el objetivo más básico para el cual se diseñó. Los análisis estadísticos realizados (tablas 14 y 15, y figura 28 del apartado 7.3.) muestran de forma significativa el comportamiento diferencial de los participantes al programa "Imagina" en las medidas tomadas respecto a los programas de control. En el test BSQ se produce una mejora de 6,8 puntos de media en los participantes al programa "Imagina", por sólo 0,8 en la condición de control. En la puntuación CU.SC, la mejora de la condición experimental es de 5,3 puntos de media (se debe tener en cuenta que en los cuestionarios diseñados *ad hoc* el rango de puntuaciones es mucho menor) por 0,4 de la condición de control. Por último en CU.SV se produce una mejora de 3,2 puntos de media en los participantes al programa "Imagina", por sólo 0,8 en la condición de control. La mejora del programa "Imagina" respecto a los programas de control es clara, por lo que se puede concluir que el programa "Imagina" mejora la satisfacción corporal y vital de los participantes significativamente más que otros programas preventivos, o que la propia maduración experimental. El contraste de esta hipótesis con los resultados refleja su cumplimiento de forma contundente ya que los niveles de significación de los contrastes inter-intra realizado con *ANOVA de medidas repetidas* son muy altos (significación  $p = .000$  de confianza estadística), tanto para la satisfacción corporal, medida con BSQ y el cuestionario de satisfacción corporal, como para la satisfacción vital, aunque esta última en menor grado. Estos resultados no se deben a la maduración experimental ni a causas extrañas a la investigación, ya que el planteamiento de mediciones pre y post tratamiento, y la comparación entre grupos que sólo se diferencian en el tratamiento, permite rechazar tales hipótesis sobre esas causas de los resultados. La figura 28 del apartado 7.3. del Capítulo 7 de esta Tesis Doctoral muestra visualmente la interpretación de estos resultados con claridad. Cabe destacar que la diferencia entre condiciones experimentales en relación a la medida correspondiente a la satisfacción vital es considerablemente menos significativa que las

diferencias observadas en las medidas de satisfacción corporal. Este resultado permite concluir que el programa “*Imagina*” incide directamente sobre la satisfacción corporal, y que la mejora provocada sobre la satisfacción vital es indirecta, es decir, debida a que la satisfacción corporal y vital están íntimamente relacionadas. Esta interpretación justifica los resultados obtenidos en los análisis correlacionales, donde se aprecia un cambio en las covariaciones entre satisfacción corporal (medidas a través de BSQ y CU.SV) y satisfacción vital, después de participar en el programa “*Imagina*” y al valorar las medidas pre y post (ver tablas 29, 30 y 31 del apartado 7.4.).

- **CONCLUSIÓN SOBRE LA HIPÓTESIS 4:** Los resultados confirman que la mejora producida en satisfacción corporal y vital postratamiento es estadísticamente superior en los grupos experimentales que en los grupos control, por lo que esta hipótesis ha sido cumplida totalmente.
- **OBJETIVO 5:** *Valorar la utilidad de las actividades diseñadas con respecto a las dimensiones de la imagen corporal sobre las que intervengan, a través de la valoración de los participantes al programa.*

En relación al quinto objetivo general de la evaluación científica del programa “*Imagina*” se han realizado evaluaciones de las actividades al finalizar cada sesión (ver tabla 35-37 y formato de evaluación de las actividades en ANEXOS). Este tipo de evaluación permite simplificar los contenidos sin provocar fatiga y pérdida de atención en la población mayor seleccionada. La evaluación breve de cada actividad dota al programa de mayor dinamismo, reduce la fatiga en los participantes e incrementa la evaluación del proceso, tal y como se recoge en las evaluaciones de los propios sujetos. Por todo lo comentado se puede considerar este objetivo cumplido.

- **HIPÓTESIS 5:** *El porcentaje de actividades consideradas útiles para el objetivo planteado por los participantes superará el 80% de todas las actividades del programa.*

La quinta hipótesis planteada para la evaluación experimental del programa “*Imagina*” hace referencia al correcto diseño de las actividades del programa. Se plantea si los participantes entienden cada actividad y si el programa muestra una coherencia interna perceptible. Los resultados sobre la valoración de las actividades reflejan puntuaciones altas en términos de utilidad y entretenimiento para todas las actividades. La actividad con mejor valoración ha sido “*Subirse a la parra*” en la quinta sesión, con media de puntuación de 9,7 en utilidad, 9,8 en entretenimiento y 9,4 en duración. La actividad peor valorada es “*La Balanza*” con media de puntuación de 8,7 en utilidad, 8,5 en entretenimiento y 8,3 en duración, seguramente por ser la más compleja y necesitar una profunda reflexión personal por parte de





los participantes. Estos resultados reflejan con claridad que la satisfacción con las actividades del programa es muy elevada (ver tablas 35-37 del apartado 7.5. del Capítulo 7).

- **CONCLUSIÓN SOBRE LA HIPÓTESIS 5:** Las altas puntuaciones obtenidas en las valoraciones de cada actividad muestran con claridad como todas las actividades son consideradas como útiles por los participantes, por lo que esta hipótesis ha sido cumplida totalmente.
- **OBJETIVO 6:** *Valorar el grado de covariación entre satisfacción corporal y satisfacción vital en ambas condiciones experimentales tanto en valoraciones pre, como post tratamiento, como en la mejora producida debido al tratamiento.*

El sexto objetivo de la evaluación del programa hace referencia a los análisis correlacionales realizados sobre los datos obtenidos con los instrumentos de evaluación utilizados. Dichos análisis se corresponden con las tablas 28, 29, 30, y 31 del apartado 7.4. del Capítulo 7 de esta Tesis Doctoral. Se ha calculado y analizado la significación de los Coeficientes de Pearson sobre la correlación entre instrumentos, variables dependientes y sobre las variables atributivas más importantes (edad y sexo), reflejando la intensidad de todas las correlaciones y si las relaciones son directas o inversas, por lo que se puede considerar que este objetivo ha sido cumplido.

- **HIPÓTESIS 6:** El programa “*Imagina*” mejorará la covariación directa entre satisfacción corporal y vital en mayor medida que los programas de control.

En la sexta hipótesis planteada para la evaluación experimental del programa “*Imagina*” se valora la covariación entre las dos variables dependientes de la investigación (satisfacción corporal y satisfacción vital). Debido a la fuerte asociación entre satisfacción corporal y vital, se infiere que la asociación entre ambas variables será positiva y más fuerte en la condición experimental que en la condición de control. Los resultados desconfirman esta hipótesis. La covariación entre la mejora en ambas variables es mayor en los grupos de control (ver tablas 30 y 31 de los análisis correlacionales en el apartado 7.4.). Estos resultados parecen deberse a que la intervención específica en satisfacción corporal del programa “*Imagina*” provoca un aumento específico sobre la satisfacción corporal más que en satisfacción vital, lo que confirma la eficacia específica del programa en satisfacción corporal. Sin embargo, en condiciones de no intervención (valoración pre en la tabla 29) y en condiciones de intervención inespecífica (programas de control) el incremento en satisfacción corporal y vital es menor en ambas variables, manteniéndose un nivel similar de covariación. Se puede considerar por lo tanto que el programa “*Imagina*” influye sobre la satisfacción corporal y vital de forma positiva, pero disminuye la covariación de ambas variables, situación, que, por otro lado, es indicativa de buen diseño del programa.

- **CONCLUSIÓN SOBRE LA HIPÓTESIS 6:** El programa “*Imagina*” provoca que la covariación entre satisfacción corporal y vital se reduzca, por lo que esta hipótesis ha sido desconfirmada.

Tal y como se ha apreciado en este contraste de hipótesis, el programa “*Imagina*” ha cumplido con las expectativas marcadas con su diseño y evaluación: Interviene sobre todas las dimensiones de la imagen corporal, garantiza la cohesión grupal, reduce la mortalidad experimental, promueve el aprendizaje de estrategias de actuación y de habilidades sociales, produce un incremento sobre la satisfacción corporal y vital, y el nivel de satisfacción de los participantes respecto a las actividades es muy elevado. Solamente cabe destacar el incumplimiento de la sexta hipótesis de la evaluación experimental del programa, aunque las causas de este incumplimiento deben atribuirse a que la especificidad del programa en la mejora de la satisfacción corporal es superior a la mejora en satisfacción vital.

## 8.2. Conclusiones en relación a las variables intervinientes en la investigación

A continuación se describen, de la forma más sintética posible, las conclusiones elaboradas teniendo en cuenta las variables intervinientes en la investigación, ya sean variables independientes (medición pretratamiento vs postratamiento, tratamiento experimental vs control) como variables de control. Se valoran los resultados obtenidos de cada variable en la investigación y las relaciones encontradas de cada variable de control con las variables dependientes satisfacción corporal y satisfacción vital. Estas conclusiones parten de los resultados obtenidos en la investigación descritos en los apartados 7.3 y 7.4. del Capítulo 7 de esta Tesis Doctoral.

- *Medición postratamiento vs pretratamiento (Variable independiente intra):* La diferencia obtenida en satisfacción corporal y vital en las medidas pre y post tratamiento es estadísticamente significativa en el programa “*Imagina*”, con una significación estadística superior al uno por mil ( $p > .000$ ). Este resultado lleva a concluir que el programa “*Imagina*” cumple con el objetivo planteado con su diseño, ya que produce una mejora considerable en satisfacción corporal y vital sobre sus participantes. Otra conclusión que se obtiene sobre la diferencia entre ambas mediciones es que el programa “*Imagina*” provoca una disminución en la covariación de satisfacción corporal y vital, debido a la mayor mejora en satisfacción corporal respecto a la satisfacción vital.
- *Programa “Imagina” vs Programas de Control (variable independiente inter):* La mejora en satisfacción corporal y vital es significativamente mayor con el programa “*Imagina*”



que con los programas de control, con una significación estadística superior al uno por mil ( $p > .000$ ). Este resultado tan contundente lleva a concluir que el programa "Imagina" mejora significativamente la satisfacción corporal y vital de sus participantes, y que este resultado no se debe a la maduración experimental, ya que la intervención inespecífica (programas control) ha obtenido resultados muy inferiores (la mejora obtenida en estos programas no ha resultado estadísticamente significativa). Los programas de control no producen cambios significativos en la covariación entre satisfacción corporal y vital, por lo que se puede concluir que estos programas intervienen inespecíficamente sobre ambas variables. Los resultados superiores en satisfacción vital de un programa específicamente diseñado para mejorar la satisfacción corporal ("Imagina"), respecto a programas de intervención inespecífica llevan a concluir que la mejora en satisfacción corporal es un elemento de gran relevancia para la satisfacción vital.

- *Sexo (variable de control)*: No existen diferencias significativas en los resultados del programa "Imagina" teniendo en cuenta el género de los participantes, por lo que se puede concluir que el programa es igualmente efectivo para ambos sexos. Las mujeres obtienen una mayor mejora en términos globales en satisfacción corporal y vital, pero este resultado se asocia a una mayor insatisfacción previa que produce un mayor margen de mejora. En los programas de control se produce un ligero empeoramiento en la satisfacción corporal y vital de los varones, este empeoramiento no es estadísticamente significativo, pero parece reflejar que el incremento de la interacción social es lo que provoca este resultado en los varones. Parece ser que la interacción social continuada aumenta la percepción de la propia apariencia en los participantes provocando una disminución en la satisfacción corporal e indirectamente de la satisfacción vital, disminuyendo así las diferencias iniciales entre sexos debidas a la diferente socialización. Respecto a las diferencias en satisfacción corporal y vital según sexo se puede concluir que los varones se sienten más satisfechos con su apariencia y sus vidas, seguramente debido a la diferente socialización y presión social que se produce en la sociedad actual según sexos.
- *Edad (variable de control)*: Estableciendo periodos de edad de cinco años en los participantes, no se observan diferencias significativas en los resultados teniendo en cuenta el factor edad, por lo que se concluye que el programa "Imagina" es igualmente efectivo para todos los periodos de edades comprendidos entre 50 y 80 años. En los resultados se puede observar como a mayor edad se reduce la mejora en satisfacción corporal y se aumenta la mejora en satisfacción vital, por lo que se puede concluir que en edades avanzadas el programa "Imagina" interviene más sobre la satisfacción vital que sobre la satisfacción corporal, seguramente debido a un cambio en las expectativas sociales de los participantes según su edad.
- *Estado Civil (variable de control)*: No existen diferencias significativas en los resultados del programa "Imagina" teniendo en cuenta el estado civil de los participantes, por lo

que se puede concluir que el programa es igualmente efectivo independientemente del estado civil. La mayor mejora se produce sobre las personas divorciadas o separadas, que también son las que más insatisfacción previa presentan, y la menor mejora global se produce sobre las personas solteras, que también presentan una menor preocupación corporal y vital. Este resultado refuerza la conclusión de que la mejora es mayor cuanto mayor es la preocupación corporal previa. Las personas viudas obtienen una mejora mayor sobre satisfacción vital, resultado que se combina con los resultados obtenidos en la variable "Edad", ya que las personas viudas son mayoritariamente las de edades más avanzadas. Se puede concluir debido a estos resultados que el sentimiento de duelo por la pérdida en casos de viudez provoca que la participación en el programa "Imagina" beneficie en mayor medida a la satisfacción vital, seguramente debido al incremento de la interacción social positiva entre iguales.

- *Entorno (variable de control):* No existen diferencias significativas en los resultados del programa "Imagina" teniendo en cuenta el entorno donde residan los participantes, por lo que se puede concluir que el entorno de convivencia no es un factor relevante para la eficiencia del programa "Imagina". El entorno rural obtiene una mayor mejora en satisfacción vital y el entorno urbano obtiene una mayor mejora en satisfacción corporal, seguramente estas diferencias se deban a que en entornos urbanos la presión social hacia el canon de belleza establecido socialmente es mayor.
- *Época del año (variable de control):* No existen diferencias significativas en los resultados del programa "Imagina" teniendo en cuenta la época del año de aplicación, por lo que se puede concluir que el programa es igualmente efectivo en verano que en invierno. No obstante, se aprecia como la satisfacción corporal y vital pre es menor y la mejora global es mayor en verano que en invierno, seguramente debido a que en verano la comparación social del cuerpo es mayor debido a la reducción de las prendas a llevar con temperaturas altas. Se puede concluir, por lo tanto, que el aumento de la comparación social del cuerpo propio con el de los demás conlleva una mayor insatisfacción corporal.
- *Monitor de los grupos (variable de control):* No existen diferencias significativas en los resultados del programa "Imagina" teniendo en cuenta el monitor que imparta el programa en el grupo, por lo que se puede concluir que el programa es el responsable del cambio en los participantes, por encima de la influencia de la labor del monitor elegido.



### 8.3. Limitaciones de la investigación

Para corroborar la fortaleza de las conclusiones tomadas sobre el programa “*Imagina*” es necesario plantear las limitaciones que presenta esta investigación. Las limitaciones que a continuación se plantean tienen relación con la población objeto de estudio, con los instrumentos de evaluación, con la estabilidad del cambio producido y con la selección de la muestra.

En relación a la población objeto de estudio:

- *Al ser la participación en este programa una situación totalmente novedosa para la mayoría de la población mayor, esta circunstancia deriva en una baja discriminación de la calidad del programa, tanto en términos generales como sobre las actividades.* El resultado de esta circunstancia son unas valoraciones altísimas al programa y sus actividades, que deben considerarse con cierta distancia, ya que la mayoría de la muestra seleccionada no ha participado nunca en programas similares. No obstante, las valoraciones de los participantes ocupan un lugar secundario en los resultados valorados, ya que la mayoría de las conclusiones e interpretaciones se basan en el análisis estadístico de cuestionarios validados científicamente como el *BSQ* o en los cuestionarios diseñados *ad hoc* en la investigación como *CU.SC* y *CU.SV*, exentos de esta limitación.

Por lo que respecta a los instrumentos de evaluación:

- *El test BSQ (Cooper et. al., 1987, adaptado a muestras españolas por Raich et. al., 1996) está diseñado y baremado sobre población joven, y más concretamente a las mujeres jóvenes o adolescentes, por lo que la muestra elegida no se sentía muy identificada con algunos de los ítems elegidos.* No obstante, a pesar de estas dificultades, el test *BSQ* ha discriminado correctamente a la muestra seleccionada según los resultados obtenidos.

En referencia a la estabilidad del cambio producido:

- Una limitación que presenta el programa es su falta de seguimiento de la muestra a largo plazo, ya que no se han realizado nuevas valoraciones al término de varios meses o años como suele ser aconsejable en toda investigación científica. El principal motivo por el cual no se ha realizado seguimiento es el alto coste de recursos económicos y humanos que esto supone para esta Tesis Doctoral. Teniendo en cuenta que los grupos de aplicación han sido creados artificialmente para la aplicación de los programas,

realizar un seguimiento de la estabilidad de los resultados supone un tratamiento individualizado de cada uno de los 176 sujetos de la muestra, distribuidos a lo largo de toda la provincia de Zamora, lo que excede la realización de esta Tesis Doctoral. aconseja tal seguimiento para la evaluación del programa “Imagina”.

Las limitaciones relacionadas con la selección de la muestra:

- *Mayor porcentaje de mujeres:* La población mayor española presenta mayor proporción de mujeres que de varones, con una proporción que se duplica al llegar a los 85 años de edad. La muestra seleccionada es aún más favorable a la población de mujeres ya que supone el 83% del total de la muestra (ver Figura 29 en el Capítulo 7 de esta Tesis Doctoral). El motivo por el cual este porcentaje es mayor que la distribución poblacional es el mayor interés mostrado por las mujeres de estas edades por los programas preventivos y por el tema de la imagen corporal en general.

Las limitaciones observadas en esta investigación tienen una importancia relativa en la valoración científica de los resultados, ya que la suma de todos ellos no supone una alteración que invalide los mismos, sino que plantea la necesidad de seguir investigando y de valorarlos en su justa medida.

Esta investigación se planteó observando una laguna importante en el ámbito científico de la imagen corporal para las personas en proceso de madurez y mayores, las cuales, como se ha apuntado al inicio de esta Tesis Doctoral, quedan excluidas de la investigación científica en imagen corporal en la mayoría de los estudios, a pesar de que sus circunstancias sugieren una especial atención. Al finalizar esta investigación se puede añadir un nuevo motivo relevante sobre esta carencia de investigaciones con este tipo de población, ya que es un colectivo dificultoso, como se ha descrito a lo largo de este capítulo. No obstante, a pesar de las dificultades, esta investigación ha resultado ser muy satisfactoria y esclarecedora para el ámbito científico de la imagen corporal, y arroja luz sobre un ámbito muy poco observado en la psicología de la edad adulta y la vejez.

## 8.4. Nuevas líneas de investigación

A raíz de este estudio se abre la puerta a varias posibles nuevas investigaciones que complementen o completen las conclusiones extraídas de estos resultados, o que resuelvan posibles lagunas teóricas encontradas.

Algunas de las líneas de investigación podrían ser las siguientes:



- Modificar alguna de las actividades del programa “*Imagina*” peor valoradas.
- Realizar un seguimiento de los resultados alcanzados en esta investigación para reflejar la fortaleza de la estabilidad del cambio producido por el programa “*Imagina*” sobre los participantes.
- Desarrollar un curso preventivo psicoeducativo de larga duración (mínimo 20 sesiones de 2 horas) abordando con la profundidad necesaria temas que necesitaban mucho más tiempo y dedicación como lo pueden ser la inteligencia emocional o el fomento de un autoconcepto y autoestima positivos.
- Validar los instrumentos de evaluación diseñados en esta Tesis Doctoral.
- Extender el programa “*Imagina*” a otros rangos de edad y a otras culturas.
- Diseñar una versión informatizada del programa “*Imagina*” con actividades interactivas.

## 8.5. Consideraciones finales a la investigación

La realización de esta Tesis Doctoral, que ha sido desarrollada entre los años 2005 y 2008, ambos inclusive, partió de la apreciación de una laguna observada en el campo científico de la imagen corporal en relación a las personas mayores. Se observó claramente cómo colectivos tan importantes para el estado español como el de las personas maduras y las personas mayores (España es, tras Japón, el país del mundo con más población envejecida e índice de envejecimiento, datos del INE y de la OMS, 2006) carecían de estudios sobre imagen corporal. La mayoría de los estudios científicos importantes en este campo ignoraban este colectivo de población, e incluso aquellos estudios que hacían valoraciones de la imagen corporal de personas a lo largo de toda su vida terminaban el ciclo vital en la frontera de los 60 años. Por otra parte, los escasos estudios que abordaban la imagen corporal en personas mayores mostraban resultados que reflejaban el mantenimiento de la preocupación por la apariencia física incluso en las edades más avanzadas, conclusión que no se refleja en un aumento del interés científico del estudio de la imagen corporal de las personas mayores en la actualidad, pero seguramente sí se refleje en investigaciones futuras.

Esta investigación no solamente partió con la idea de aportar luz sobre una cuestión, la imagen corporal, en un colectivo marginado científicamente, como es el de los mayores, sino pretendió ir un paso más lejos y crear un instrumento que mejore la imagen corporal de las personas de este colectivo a través de la participación en una programa de duración corta y aplicación colectiva con carácter preventivo.

El diseño del programa “*Imagina*” se ha diseñado a imagen del programa para mejorar la imagen corporal desarrollado por Maganto et. al. (2002) para jóvenes (*Programa Preventivo sobre problemas relacionados con la Imagen Corporal y Trastornos de la Alimentación, PICTA, 2002*), partiendo de la colaboración esencial para el proyecto de la creadora del programa PICTA, Carmen Maganto, Directora de la Tesis Doctoral. La creación de este programa se ha desarrollado a través de un proceso de diseño y evaluación experimental que ha debido superar diversas dificultades en relación a lo novedoso de su temática y a dificultades derivadas del colectivo objeto de estudio, la población mayor de 50 años española, especialmente la de avanzada edad (mayor de 65 años), que, tal y como se ha observado en la realización de esta Tesis Doctoral, presenta una serie de características y circunstancias propias que dificultan su participación en estudios científicos de este tipo. Algunas de las más relevantes dificultades que se han debido superar en la investigación son las siguientes:

- *Una gran mayoría de la población mayor actual española presenta un nivel educativo formal muy bajo, es decir estudios primarios o nivel educativo básico.* Además de este bajo nivel de escolarización, sus actividades habituales cotidianas no se suelen relacionan en mayor medida con el desarrollo intelectual, provocando una disminución paulatina de las habilidades por el desuso, por lo que su nivel de destreza en algunas de las labores básicas para un programa preventivo psicoeducativo, como lo pueden ser la comprensión lectora, el análisis de textos, o el pensamiento lógico, están muy reducidas. Estas circunstancias derivan en dificultades en entender actividades complejas y en realizarlas de forma correcta. La forma de superar estas dificultades en el programa “*Imagina*” ha sido simplificar las actividades y apostar por la sencillez en su desarrollo. La necesaria “sencillez” de algunas de las actividades y exposiciones teóricas planteadas en el programa “*Imagina*” sobre temas complejos, lejos de convertirse en una limitación del programa, suponen un importante valor añadido a su diseño, vistos los resultados obtenidos.
- *Esta población no está familiarizada con el trabajo en dinámicas de grupo, el planteamiento de supuestos abstractos y el entrenamiento en habilidades sociales.* Por lo que la realización de las actividades de estos tipos pueden suponer la ruptura de esquemas de actuación sociales o culturales previos muy arraigados o confrontarse a formas de actuar habituales para su colectivo si no son diseñados teniendo en cuenta las características propias de esta generación de personas mayores. Por ejemplo, algunos varones mayores pueden rechazar valorar positivamente el aspecto físico de un compañero del grupo, o hacerlo de forma condicionada, por considerarlo una señal de homosexualidad. La aplicación de unos *Grupos de Discusión* previos al diseño del programa para conocer estas implicaciones generacionales, mejoraron la calidad del diseño para reducir el rechazo de los participantes a sus actividades. Por otro lado, los monitores recibieron una formación previa destinada a mejorar la gestión de estas dificultades evitando que ocurran en la medida de lo posible y no obligando a ningún





participante a realizar ninguna actividad que le desagrade y suponga su pérdida de interés para el resto del programa.

- *Un porcentaje importante de la población mayor no ha realizado tests de carácter psicológico nunca, lo que dificulta la comprensión de un test o cuestionario con escala tipo Likert en la respuesta.* Esta dificultad se aprecia en la confusión observada en entender que deben emitir una respuesta en la que muestren su opinión sobre alguna circunstancia, y no emitir una respuesta que refleje lo que es correcto. Por ejemplo, ante un ítem como *“Debo cuidar mi apariencia ante los demás”* suelen mostrar respuestas afirmativas porque les parece correcto, no porque sea una conducta común en sus vidas, invalidando las respuestas. Por otra parte también muestran dificultades en entender las dobles negaciones de los ítems negativos para evitar la aquiescencia. Por ejemplo, en un ítem que diga *“No debo quedarme en casa sin salir todos los días”* confunden la respuesta contraria a la afirmación con la valoración positiva del ítem, cuando la respuesta correcta sería lo contrario. Estas dificultades fácilmente pueden invalidar las respuestas a todo un test, por lo que es muy importante evitarlo en mayor medida. Para la evaluación del programa se han tomado algunas medidas para solucionar este importante problema. Las medidas utilizadas han sido las siguientes:
  - Utilizar una escala de valoración del ítem 0-10, que refleje el carácter de examen sobre la persona que pretende realizar el cuestionario, reflejando claramente para esta población que las puntuaciones bajas suponen un suspenso sobre la cuestión demandada.
  - Camuflar las negaciones en algunos ítems mediante afirmaciones de la situación contraria. Por ejemplo *“Me siento insatisfecho con mi aspecto físico actual”* en vez de *“No me siento satisfecho con mi aspecto físico actual”* (ver *Cuestionario de satisfacción Corporal en los ANEXOS*).
  - Tests muy cortos y lo más simples posibles.
- *La población mayor suele presentar limitaciones físicas que pueden influir sobre la implementación y evaluación del programa.* Algunas de las limitaciones más importantes son la aparición de la fatiga, las dificultades en la visión, o la sordera. La forma de solucionar estas dificultades es a través de sesiones cortas, recordando a los participantes traer las gafas y aparatos para la audición a las sesiones y sentando cerca del monitor a los que presenten dificultades de estos tipos.
- *Debido a las características de la población objeto de estudio elegida, los tests y cuestionarios a utilizar para la evaluación del programa debían tener unas características muy específicas (sencillez, corta duración, etc.), que no cumplen con exactitud ninguno de los tests científicos actuales.* Esta dificultad se superó complementando el uso del test BSQ (Cooper et. al., 1987, adaptado a muestras españolas por Raich et. al., 1996) con el diseño de dos cuestionarios *ad hoc* para la

investigación dedicados específicamente a la satisfacción corporal y vital de las personas de avanzada edad con un diseño sencillo. Tanto el test *BSQ*, como los cuestionarios *ad hoc*, han discriminado correctamente a la muestra seleccionada según los resultados obtenidos, con lo que se puede considerar superada esta dificultad.

A pesar de la complejidad del diseño de un programa específico de mejora de la imagen corporal para personas mayores los resultados han sido muy favorables a la utilidad del programa y su acertado planteamiento. Los resultados indican que la intervención preventiva sobre la imagen corporal afecta de forma significativamente positiva globalmente a la población mayor de 50 años. Esta mejora tiene un importante reflejo sobre la autovaloración de la persona en todos los aspectos posibles (autoconcepto, autoeficacia, autoestima, etc.) y tiene importantes implicaciones sobre la vida cotidiana posterior a la participación en el programa. Para el ámbito científico esta conclusión supone que la intervención sobre imagen corporal para personas de avanzada edad puede resultar muy útil para mejorar la calidad de vida de este colectivo, pudiendo resultar interesantes y necesarias, más y mejores investigaciones de este tipo en el futuro, a fin de perfeccionar y pulir la relación entre imagen corporal y calidad de vida para las personas maduras y mayores.

Uno de los aspectos de mayor interés para la profundización científica son las posibles conexiones existentes entre la percepción del deterioro de la apariencia física y la percepción de la vejez y sus implicaciones en la psique de la persona envejecida. El deterioro del aspecto físico es, sin duda alguna, el indicador más relevante que considera la persona envejecida como indicativo de la llegada de la vejez y cercanía de la muerte. Supone que la persona se incluya dentro de un rol social tradicionalmente temido, el de la persona mayor, de forma similar a los "*trajes de personalidad*" que denominaba Markus (1975) en su teoría de la personalidad. Esta autoidentificación de la persona como persona mayor conlleva una aceptación paulatina de sus nuevas cualidades y limitaciones, lo que puede generar problemas psicológicos, como síntomas depresivos o estrés, debido a una deficiente aceptación de sus limitaciones o a la identificación con roles negativos que parten de prejuicios poco recomendables hacia la vejez. La intervención con la imagen corporal de las personas en proceso de madurez o vejez puede ayudar a estas personas a aceptarse a sí mismos adecuadamente y a mantener un "*yo*" positivo durante la madurez y su posterior vejez. Es importante que la investigación científica profundice en este campo para determinar cual es el importante papel que juegan la imagen corporal de la persona y las expectativas acerca de la propia apariencia física en todo este proceso de adaptación a esta nueva etapa vital.

Los resultados de esta investigación han reflejado claramente como las personas mayores de nuestra sociedad actual se preocupan y sufren debido a la identificación con los patrones de belleza sociales. Esta situación supone un cambio social importante, ya que el colectivo de las personas mayores no es el destinatario de tal patrón de belleza y esta



preocupación no es directamente pretendida socialmente. Se hace necesario el abordaje de nuevas investigaciones sociológicas sobre los medios de comunicación y la publicidad que determinen hacia donde se dirigen las implicaciones de estos patrones sociales y a que grado de penetración social están llegando, ya que queda claro que están llegando a colectivos a los que no se pretendía influir, como el de los niños o las personas mayores, y de forma negativa, con implicaciones importantes sobre la salud.

Por todo lo expuesto en esta Tesis Doctoral se debe llegar a la conclusión final de que la investigación ha resultado útil e interesante en términos científicos, y se puede valorar la investigación como un acierto en todos los aspectos, es decir, teórico, metodológico, estructural y, sobre todo, científico, teniendo en cuenta la aportación científica que cumple y las puertas a futuras investigaciones, tanto psicológicas como sociológicas, que abre.



## BIBLIOGRAFÍA

- Aberg, A. C., Sindeval, B., Hepworth, M., O'Reilly, K. y Lithell, H. (2005). On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age - A qualitative study of patients perceptions. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 14(4), 1111-1125. Germany: Springer.
- Akande A. (1993). Sex differences in preferences for ideal female body shape. *Health Care Women International*, May-Jun 14(3): 249-59.
- Allaz, A. F., Bernstein, M., Rouget, P., Archinand, M. y Morabia, A. (1998). Body weight preoccupation in middle age and ageing women: A general population survey. *International Journal of Eatings Disorders*, 23, 287-294.
- Allaz A.F., Bernstein, M., Van Ness, M.C., Rouget, P. y Morabia A. (1999). Weight loss preoccupation in aging women: A review. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 3: 177-181.
- Altabe, M. Y Thompson, J. K. (1993). Body image changes during adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 323-328.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and stadistical manual of mental disorders* (4ª ed. Revised). Washington D.C.: APA. DSM.
- Anderson, A. y Di Domenico, L. (1992). Diet vs. shape content of popular male and female magazines: a dose-response relationship to the incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 283-287.
- Anton, S.D., Perri, M.G. y Riley, J.R. 3<sup>rd</sup>. (2000). Discrepancy between actual and ideal body images: Impact on eating and exercise behaviors. *International Journal of Eating Behavior*, 1(2): 153-60.
- Apfeldolfer, G. (1991). *Je mange, doncs je suis*. Paris: Payot.
- Aronson, S. R., y Huston, A.C. (2004). The mother-infant relationship in single, cohabitating, and married families: A case for marriage? *Journal of Family Psychology*, 18, 5-18.
- Askevold, R. (1975). Measuring body image: Preliminary report on a new method. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 71-77.

- Bailey, S.M., Goldberg, J.P., Swap, W.C., Chomitz, V.R. y Houser, R.F. (1990). Relationships between body dissatisfaction and physical measurements. *International Journal of Eating Disorders*, 9(4): 457-461.
- Bandura, A., Cioffi, D., Taylor, C. B. y Brouillard, M. E. (1988). Perceived self-efficacy in coping with cognitive Stressors and opioid activation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 479-488.
- Banfield, S.S. y McCabe, M.P. (2002). *An evaluation of the construct of body image. Adolescence*, 37, 373-394.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck D, Casper R, Anderson T. (1996). Truly late onset of eating disorders: A study of 11 cases averaging 60 years of age at presentation. *International Journal of Eating Disorders*, Dec 20(4): 389-95.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Benavente, P. (2003). Evaluación de la imagen corporal, autoestima, trastorno por atracón y psicopatología en obesos mórbidos. *Trabajo de investigación de doctorado*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Ben-Tovim, W., Douglas-Kok, Y. E. (1988). En J. K. Thompson (ed.): *Body Image Disturbance: Assesment and Treatment*. New York: Pergamon Press.
- Ben-Tovim, D. I., Whitehead, J. y Crisp, A. H. (1979). A controlled study of the perception of body width in anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 267-272.
- Benjamin, O. y Kamin-Shaaltiel S. (2004). It's not because I'm fat: Perceived overweight and anger avoidance in marriage. *Health Care for Women International*, 25: 853871.
- Bergstrom, R. L., Neighbours, C. y Lewis, M. A. (2004). Do men find "bony" women attractive? Consequences of misperceiving opposite sex perceptions of attractive body image. *International Journal of Body Image*, 1:183-191.
- Birren, J., (1947). Concepts and Content of Quality of Life in the Later Years: An Overview In: Birren, J., Lubben, J., Rowe, J., and Deutchman, D., eds. *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. New York: Academic Press, Inc., pp. 344-360, 1991.



- Birren, J. (1996). History of Gerontology. En J. Birren (ed.), *Encyclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged*. San Diego: Academia Press.
- Black D. W. (1988) Weight changes in a couples program: negative association of marital adjustment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. June, 19(2): 103-11.
- Black, D. W., Goldstein, R. B. y Mason, E. E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *American Journal of Psychiatry*, 149, 227-234.
- Bodni, O. (1997). Vejez y transmisión. Reflexiones psicoanalíticas. *Revista-de Psicoanálisis*, 54(3), 609-626. Argentina: Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Borda, M., Del Rio, C. y Torres, I. (2003). Creencias irracionales en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 65, 16-28.
- Bottamini, G. y Ste-Marie, D.M. (2006). Male Voices on Body Image. *International Journal of Men's Health*, 5(2) Sum 2006, 109-132.
- Boulanger-Balleyguier, G. (1970). *La recherche en sciences humaines*. Paris: Éditions universitaires.
- Brenner, J. B. y Cunningham, J. (1992). Gender differences in eating attitudes, body concept, and self-esteem among models. *Sex Roles*, 27, 413-437.
- Brown, T. A., Cash, T. F. y Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal Body-image assessment: Factor Analysis of the Body Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 35, 134-144.
- Bullik, C.M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S. y Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfeccionism. *American Journal of Psychiatry*, 160, 366-368.
- Bunnell D. (2001). Eating Disorders in Midlife. *National Eating Disorders Foundations*, 9(1): 29-39.
- Cabranes, J. A., Gil, I., Gómez, C., Gual, P., Julián, R., Ponce de León, C., Ramírez, R. y San Sebastián, J. (2003). *Protocolo de atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) dirigido a médicos de atención primaria*. Madrid: Centro de publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Cafri, G. y Thompson, J.K. (2004). Measuring male body image: A review of the current methodology. *Psychology of Men and Masculinity*, 5(1), 18-29.

- Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M., y Thompson, J.K. (2005). *The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 421-433.
- Callow, J. (2005). Adult women's experience of their bodies: The connection between perceived control, physical appearance, feminist ideology, and body image satisfaction. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66 (1-B), 545.
- Carlat, D.J., Camargo, C.A. y Herzog, D.B. (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1127-1132.
- Carroll, D. H., Scahill, L. y Phillips, K.A. (2002). Current concepts in body dysmorphic disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2, 72-79.
- Casas, H., Mora, M. y Raich, R. M. (en prensa 2001). *Medidas, modelos e insatisfacción corporal*.
- Cash, T.F. (1994). Body image and weight changes in a multisite comprehensive very-low-calorie diet program. *Journal of Behavior Therapy*, 25, 239-254.
- Cash, T.F. (1990). *Body Image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.
- Cash, T.F. (1991). *Body image therapy: A program for self-directed change*. New York: Guilford.
- Cash, T.F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 1-5.
- Cash, T.F. (2002a). A "negative body image:" Evaluating epidemiological evidence. In T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 269-276). New York: Guilford Press.
- Cash, T.F. (1997). *The Body image workbook. An 8-step program for learning to like your looks*. New York: New Harbinger Publications.
- Cash, T.F. (2002b). The management of body image problems. In C. Fairburn y K. Brownell (eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (2nd Edition) (pp. 599-603). Guilford Press.



- Cash, T.F. (2002c). The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 362-366.
- Cash, T.F., y Grasso, K. (2005). The norms and stability of new measures of the multidimensional body image construct. *Body Image: An International Journal of Research*, 2, 199-203.
- Cash, T.F., Jakatdar, T.A. y Williams, E.F. (2004). The Body-Image Quality of Life Inventory: Further validation with college men and women. *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 279-287.
- Cash, T. F., Melnyk, S. y Hrabosky, J.I. (2004). The assessment of body-image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 305-316.
- Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I. y Perry, A. A. (2004). How has body image changed? A cross-sectional study of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1081-1089.
- Cash, T.F., y Henry, P. (1995). Women's body images: The results of a national survey in the USA. *Sex Roles*, 33, 19-28.
- Cash, T. F., y Pruzinsky, T. (editors). (2006). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Cash, T. F., y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance and change*. New York: Guilford Press.
- Chernin, K. (1981). *The Obsession: Reflections of the tyranny of slenderness*. New York: Harper and Row.
- Choate, L. H. (2005). Toward a theoretical model of women's body image resilience. *Journal of Counseling and Development*, 83, 320-330.
- Claridge, G., Davis, C., Belhouse, M. y Simone, K. (1998). Borderline personality, nightmares and adverse life events in the risk of the eating disorders. *Personality and individual differences*, 25, 339-351.
- Collins, J.K., Beumont, P. J., Touyz, S. W., Krass, J., Thompson, P. y Philips, T. (1987). Accuracy of body image with varying degrees of information about the face and body contours. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 67-73.



- Cooper, P.J. y Taylor, M.J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153 (suppl. 2), 32-36.
- Cooper, P.J., Taylor, M. J., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cooper, P. J. y Goodyer, I. (1997) Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *British Journal of Psychiatry*, 171, 542-544.
- Crocker, P., Kowalski, K., Chad, K., Humbert, L. y Forrester S. (2001). Smoking behaviour and dietary restraint in young adolescent women: the role of physical self-perception. *Canadian Journal of Public Health*, 92(6): 428-32.
- Cruz, S. y Maganto, C. (2002a). Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes: Un estudio empírico. *Psiquis*, 23 (1), 25-32. Cruz, S. y Maganto, C (2002b). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 55 (3), 455-473. ISSN: 0373-2002. Depósito Legal: M.988-1958.
- Cruz, S. y Maganto, C. (2003). El Test de Siluetas: Un estudio exploratorio de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes. *Investigaciones en Psicología*, 1, 79-100. ISSN: 0329-5893.
- Cruz, S., Maganto, C. y Etxebarria, A. (2002). *Autoconcepto e Imagen Corporal en Adolescentes*. En C. Maganto (Dir.), *Investigaciones en Psicología Clínica*. San Sebastián: Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. (pp. 145-172). ISBN: 84-600-9816-8. Depósito Legal: SS-1158/8.
- Cullari, S., Rohrer, J.M. y Bahrm, C. (1999). Body-image perceptions across sex and age groups. *Journal of Perceptions and Motor Skills*. Dec 87(3PT1): 839-47.
- DaCosta, D., Nelson, T.M., Rudes, J. y Guterman, T.J. (2005). A Narrative Approach to Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1) Jan 2007, 67-80.
- David, A., Haaga, E, y Gerald C. (1993). An Appraisal of Rational-Emotive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, New York: American Psychological Association, Inc.
- Davidson, K. (2001). Late life widowhood, selfishness and new partnership choices: a gendered perspective. *Ageing and Society*, 21(3): 297-317.
- Davis, C. y Cowles, M. (1991). Body image and exercise: A study of relationships and comparisons between physically active men and women. *Sex Roles*, 25, 33-44.



- Davis, C., Durnin, J. V. G. A., Dionne, M. y Gurevich, M. (1994). The influence of body fat content and bond diameter measurements on body dissatisfaction in adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 3: 257-263.
- Davis, R., Olmsted, M.P., y Rockert, W. (1990). Brief group psychoeducation for bulimia nervosa: assessing the clinical significance of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 882-885.
- Davison, T.E. y McCabe, M.P. (2005). Relationships Between Men's and Women's Body Image and Their Psychological, Social, and Sexual Functioning. *Sex Roles*, 52(7-8) Apr 2005, 463-475.
- DeFontaine, J. (1978). *Manual de reeducación psicomotriz*. Tercer año. Barcelona: Editorial Médica y Técnica.
- Derenne, J.L. y Beresin, E.V. (2006). Body image, media and eating disorders. *Academic Psychiatry*, 30 (3): 257-261.
- Deurarest, J. y Allen, R. (2000). Body image: gender, ethnic and age differences. *Journal of Social and Clinical Psychology*. Aug 140(4): 465-72.
- Del Rio, C., Torres, I. y Borda, M. (2002). Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de personalidad según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 425-438.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective wellbeing: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Dittmar, H. (2005). Vulnerability factors and processes linking sociocultural pressures and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 1081-1087.
- Dittmar, H. y Howard, S. (2004). Ideal-body internalization and social comparison tendency as moderators of thin media models' impact on women's body-focused anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 747-770.
- Dittmar, H., Phillips, M., Halliwell, E., Heasman, S. y Young, C. (2005). *Think Muscular, Feel Bad: The Role of Self-Discrepancy Arousal in the Negative Impact of Idealized Media Models on Young Men's Body Satisfaction*. Manuscript submitted for publication.
- Dohnt, H. K. y Tiggemann, M. (2004). Body image concerns in young girls: The role of peers and the media prior to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 135-145.

- Dohnt, H. y Tiggemann, M (2007). Promoting positive body image in young girls: An evaluation of 'Shapesville'. *European Eating Disorders Review*, 15, 1-12.
- Dohnt, H. y Tiggemann M. (2006). The contribution of peer and media influences to the development of body satisfaction and self-esteem in young girls: a prospective study. *Developmental Psychology*, 42, 929-936.
- Dolto, F. (1974). *Le cas Dominique*. Paris: Seuil.
- Durkin, S.J. y Paxton, S.J. (2002). Predictors of vulnerability to reduce body image satisfaction and psychological well being in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*. November 53(5): 961-2.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Corral, P. (2003). Autoinformes y entrevistas en el ámbito de la psicología clínica y forense: Limitaciones y nuevas perspectivas. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 503-522.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad. *Análisis y modificación de conducta*, 25, 585-614.
- Echeburúa, E. y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525.
- Ehrlich, B. S. y Isaacowitz, D. M. (2002). Does subjective well-being increase with age? *Perspectives in Psychology*, 5, 20-26.
- Ellis, A. y Bernard, M. (2006). *Rational Emotive Behavioral Approaches to Childhood Disorders. Theory: Practice and Research*. New York: The Guilford Press.
- Emslie C, Hunt K, Macintyre S. (2001). Perceptions of body image among working men and women. *Journal of Epidemiology Community Health*, 12, 509-516.
- Fallon, A. (1990). Culture in the mirror, sociocultural determinants of body image. Em T. F. Cash y T. Pruzinsky (eds.): *Body images: development, deviance and change*, New York: Guilford.
- Fairbum, C.G. y Brownell, K. D. (2002). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (Second Edition). New York: Guilford.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D., y Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn y G.



- T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment*, 361-404. New York: Guilford Press.
- Fernández, J (1998). El ciclo vital: Marco de comprensión para la etapa de la vejez. *Estudios de Psicología*, 61: 77-91. Spain: EDISA.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Fiese, B. H., Tomcho, T. J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S, y Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration? *Journal of Family Psychology*, 16, 381-390.
- Fingeret, M.C., Gleaves, D.H. y Pearson CA. (2004). On the methodology of body image assessment: the use of figural rating scales to evaluate body dissatisfaction and the ideal body standards of women. *Journal of Body Image*, 1: 207-212.
- Fisher, M.R. (1987): Life-cycle hypothesis. In: J. Eatwell, M. Millgate, and P. Newman (eds.): *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*. London and Basingstoke: Macmillan.
- Flynn, K.J. y Fitzgibbon, M. (1998). Body images and obesity risk among black females: a review of the literature. *Annual Journal of Behavior Medicine*, Winter 20(1): 13-24.
- Foster, G.D. (2003). Principles and practices in the management of obesity. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 168 (3): 274-280.
- Fouad, M.N., Corbie-Smith, G., Curb D., Howard, BV., Mouton, C., Simon, M., Talavera, G., Thompson, J., Wang, C.Y., White, C. y Young, R. (2004). Special populations recruitment for the Women's Health Initiative: successes and limitations. *Control Clinical Trials*, August, 25(4): 335-52.
- Frederick, D. A., Fessler, D. M. T. y Haselton, M. G. (2005). Do representations of male muscularity differ in men's and women's magazines? *Body Image: An International Journal of Research*, 2, 81-86.
- Frederick, D. A., Forbes, G. B., Grigorian, K. y Jarcho, J. M. (2006). *The UCLA Body Project I: Predictors of appearance evaluation and surveillance among 2206 White, Asian, and Hispanic men and women*. Unpublished manuscript.
- Frederick, D. A., Peplau, L. A. y Lever, J. (2006). The swimsuit issue: Correlates of body image in a sample of 52,677 heterosexual adults. *Body-Image*, 3(4), 413-419. Netherlands: Elsevier Science.

- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanze, P. R. y Musante, G. J. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity Research*, 10, 33-41.
- Friedman, M.A., Dixon, A.E., Brownell, K.D., Whisman, M.A. y Wilfley, D.E. (1999). Marital status, marital satisfaction, and body image dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, July 26(1): 81-5.
- Frith, H. y Gleeson, K. (2004). Clothing and embodiment: Men managing body image and appearance. *Psychology of Men and Masculinity*, 5(1), 40-48.
- Galton, F (1879). Psychometric Experiments. *Brain*, 2:149-162.
- Garfinkel, P. E., Garner, D. M., Rose, J., Darby, P. L., Brandes, J. S., O'Hanlon, J. y Walsh, N. (1983). A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and controls. *Psychological Medicine*, 13, 821-828.
- Garner, D. M. (1998). *Inventario de Trastornos de la Conducta alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D. y Thompson, M. (1980). Cultural spectations of thinnes in women. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Garner, D. M., Olmstead, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a Multidimensional Eating Disorders Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2.
- Gibbons, R.J. y Fisher, M.R. (1996) Reviews in Molecular Medicine: The alpha,-thalassemia/ mental retardation syndromes. *Medicine*, 75, 45-52.
- Gingras, J., Fitzpatrick, J. y McCargar L. (2004). Body image of chronic dieters: Lowered appearance evaluation and body dissatisfaction. *Journal of American Dietetic Association*, 104(10): 1589-1592.
- Goodman, E., Adler, N.E., Daniels, S.R., Morrison, J.A. y Slap, G.B. (2003). Impact of objective and subjective social status on obesity in a biracial cohort of adolescents. *Obesity research*, AUG, 11 (8): 1018-1026.
- Gottman, J. M. y Notarius, C. I. (2000). Decade review: Observing marital interaction. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 927-947.



- Gracia de, M., Marco, M., Fernandez, M., y Juan, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Medica y Psicósomática*, 20, (1), 15-26.
- Grana, A. S., Coolidge, F. L. y Merwin, M. M. (1989). Personality Profiles of the morbidly obese. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 762-765.
- Grant, J. E., Kim, S. W. y Crow, S. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 517-522.
- Grant, J.E., Kim, S. W. y Eckert, E.D. (2002). Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: Prevalence, clinical features and delusionality of body image. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 291-300.
- Grant, J.E. y Phillips, K.A. (2004). Is anorexia nervosa a subtype of body dysmorphic disorder? Probably not, but read on... *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 23-126.
- Grant, J.E., Mancebo, M.C., Pinto, A., Eisen, J. L. y Rasmussen, S. A. (2006). *Impulse control disorders in adults with obsessive compulsive disorder*. The Doctor's Library.
- Grant, W.D. (2004). *Body image*. Fam Med. 35(9): 627-8 Kennedy R. The aging of America. The Doctor's Library.
- Grieve, F. G., Newton, C. C., Kelley, L., Miller, R. C., Jr. y Kerr, N. A. (2005). The preferred male body shapes of college men and women. *Individual Differences Research*, 3, 188-192.
- Grieve, F. G., Wann, D. L., Henson, C. y Ford, P. (2006). Healthy and unhealthy weight gain and weight loss behaviors in college students. *Journal of Sport Behavior*, 29, 229-241.
- Grijalbo, J., Insúa, P., Marañón, I. e Iruin, A. (2004). *Guía para atención primaria: Tratamiento y manejo de los trastornos de la conducta alimentaria*. Donostia: Salud Mental Extrahospitalaria Gipuzcoa (Osakidetza).
- Groesz, L. M., Levine, M. P., y Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1-16.
- Guaraldi, G.P., Orlandi, E., Boselli, P. y Tartoni, P.L. (1995). Body size perception and dissatisfaction in female subjects of different ages. *Psychotherapies Psychosomatics*, 64: 149-155.

- Gubrium, J. F. (1993). *Speaking of Life*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Gubrium, J. F., Holstein, J.A. (2006). *The Life Course. Handbook of symbolic interactionism* 835-855. Walnut Creek, CA, US: AltaMira Press.
- Guerro, D., Barjau, J. M. y Chichilla, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas españolas de psiquiatría*, 29, 203-410.
- Guisado, J. A., Vaz, F. J., Rubio, M. A. y López-Ibor, J. J. (2001). Personalidad en mujeres con obesidad mórbida: Análisis mediante el IPDE. *Psiquiatría biológica*, 8, 9-10.
- Gunderson, J. G. y Phillips, K. A. (1997). *Trastornos de personalidad*. En H. I. Kaplan y B. J. Saddock (eds.). Tratado de Psiquiatría / IV. Buenos Aires: Editorial Intermédica.
- Gunstad, J. y Phillips, K. A. (2003). Axis 1 comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (4), 270-276.
- Gupta, M.A. y Schork, N.J. (1993). Aging-related concerns and body image: Possible future implications for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (4): 481-486.
- Guterman, J. T. y Rudes, J. (2005). A solution-focused approach to rational-emotive behavior therapy: Toward a theoretical integration. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23(3), 223-244.
- Hadigan, C. M. y Walsh, B. T. (1991). Body shape concerns in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 323-331.
- Hallinan, C.J. y Schuler, P.B. (1993). Body-shape perceptions of elderly women exercisers and nonexercisers. *Perceptual and Motor Skills*, 77: 451-456.
- Halliwell, E. y Dittmar, H. (2004). Does size matter? The impact of model's body size on women's body-focused anxiety and advertising effectiveness. *Journal of Social and Clinic Psychology*, 23:104-123.
- Hanswijck de Jonge, P., Furth, E. F., Lacey, J. H. y Waller, G. (2003). The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine*, 33, 1311-1317.
- Hargreaves, D. y Tiggemann, M. (2003). Female "thin ideal" media images and boys' attitudes towards girls. *Journal of Social and Clinic Psychology*, 20, 13-25.



- Harris, M. y Cumella, E. (2006). Eating disorders: Across the life span. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Sciences*, 44 (4): 20-26.
- Harter, S. (1993). *Advanced Social Psychology*. In Abraham Tesser (Ed.), P78. New York: McGraw-Hill.
- Harter, S. (1988). *Manual of the Self-Perception Profile for Adolescents*. Colorado: University of Denver.
- Harvey, J. A. y Robinson, J. D. (2003). Eating disorders in men: Current considerations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10, 297-306.
- Head, H., Rivers, J., Sherren, G., Holmes, T., Thompson, T. y Riddoch, G. (1920) *Studies in Neurology*, London.
- Herzog, D. B., Norman, D. K., Gordon, C. y Chevron E. S. (1984). Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *American Journal of Psychiatry*, 141, 989-990.
- Hill, A. J., Draper, E. y Stack, J. (1994) A weight on children's minds: body shape dissatisfactions at 9 years old. *International Journal of Obesity*, 18, 383-389.
- Hill, A. J. y Franklin, J. A. (1998) Mothers, daughters and dieting: investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 3-13.
- Hill, A. J. y Pallin, V. (1995) Low self-esteem and weight control: related issues in 8-year old girls but not boys. *International Journal of Obesity*, 19 (suppl. 2), 128.
- Hill, J.O. y Peters, J.C. (1998). Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science*, 280: 1371-74.
- Holdstock, C., Engstrom, B.E., Ohrvall, M., Lind, L. y Sundbom, M. (2003). Ghrelin and adipose tissue regulatory peptides: Effect of gastric bypass surgery in obese humans. *Journal of clinical endocrinology and metabolism*, Jul, 88 (7): 3177-3183.
- Holstein, J. A. y Gubrium, J. F. (2000). *The Self We Live By: Narrative Identity in a Postmodern World*. New York: Oxford University Press.
- Huon, G. F. y Brown, L. B. (1986). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 421-439.
- Hutchinson, M. G. (1982). Transforming Body Image: Your body: Friend or Foe? *Women and Therapy*, 1, 59-67.



- Hsu, L. K. (1982). Is there a disturbance in body image in anorexia nervosa? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 305-307.
- Ingham, H. y Luft, J (1961). *The Johari window: Human Relations training news*. University of California: Western Lab.
- Irving, L. M. (1990). Mirror images: Effects of the standad of beauty on the self and body steem of women exhibiting varying levels of bulimic symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 230-242.
- Izal, Maria, Montorio, Ignacio (1993): Determinantes del bienestar psicológico en la vejez. *Revista Argentina de Clínica Psicología*, Jul, 2(2): 147-159. Argentina: AIGLE.
- Jakatdar, T.A., Cash, T.F. y Engle, E.K. (2006). Body-image thought processes: The development and initial validation of the Assessment of Body-Image Cognitive Distortions. *Body Image Digital*, Dec 1, 2006.
- Jackson, B., Cooper, M.L., Mintz, L., Albino, A. (2003). Motivations to eat: Scale development and validation. *Journal of research in personality*, Aug, 37 (4): 297-318.
- Jacobsen, P. B., Davis, K. y Cella, D. (2002). *Assessing quality of life in research and clinical practice*. Oncology: Huntingt, 16, 133-139.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthenine*. Paris: Felix Alean.
- Jeffery, R.W., Wing, R.R., Thorson, C. y Burton, L.R. (1998). Use of personal trainers and financial incentives to increase exercise in a behavioral weight-loss program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 777-783.
- Jiménez-Murcia, s., Alonso, P., Vallejo, G. Raich, R.M., Fernández- Aranda, F., Menchón, J.M. y Vallejo, J. (2004) Obsessive-compulsive Disorders vs. Eating Disorders. A case-comparison study. *International Journal of Eating Disordres* 35, 4, 460. Orlando (USA).
- Johnson, F., y Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 119-125.
- Johnston, O., Reilly, J. y Kremen J. (2004). Women's experiences of appearance concern and body control across the lifespan: challenging accepted wisdom. *Journal Health Psychology*, May 9(3): 394-410.
- Jones, N. y Rogers, P. J. (2003). Preoccupation, food, and failure: An investigation of cognitive performance deficits in dieters. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 185-192.



- Judge, T. A. y Cable, D. M. (2004). The effect of physical height on workplace success and income: Preliminary test of a theoretical model. *Journal of Applied Psychology*, 89, 428-441.
- Kaplan, A. S. y Ciliska, D. (1999). The relationship between eating disorders and obesity: Psychopathologic and treatment considerations. *Psychiatric Annals*, 29, 197-202.
- Karwautz, A., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A. y Treasure, J. L. (2002). Premorbid Psychiatric morbidity, comorbidity and personality in patients with anorexia nervosa compared to their healthy sisters. *European eating disorders review*, 10, 225-270.
- Kemps, E., Tiggemann, M. y Christianson, R. (2008, in press). Concurrent visuo-spatial processing reduces food cravings in prescribed weight-loss dieters. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.
- Kemps, E. y Tiggemann, M. (2007a). Modality-specific imagery reduces cravings for food: An application of the Elaborated Intrusion Theory of Desire to food craving. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 13, 95-104.
- Kemps, E. y Tiggemann, M. (2007b). Reducing the vividness and emotional impact of distressing autobiographical memories: The importance of modality-specific interference. *Memory*, 15, 412-422.
- Kenealy P, Gleeson P, Frude N y Shaw W. (1991). The importance of the individual in the "causal" relationship between attractiveness and self-esteem. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 45-56.
- Keselman, H.J., Huberty, C.J., Lix, L.M., Olejnik, S., Cribbie, R.A., Donohue, B., Kowalchuk, R.K., Lowman, L.L., Petosky, M.D., Keselman, J.C. y Levin, J.R. (1998). Statistical practices of educational researchers: An analysis of their ANOVA, MANOVA and ANCOVA analyses. *Review of Educational Research*, 68, 350-386.
- Kim, K. H., Sobal, J. y Wethington, E. (2006). Religion and body weight. *International Journal of Obesity*, 27, 469-477.
- Kirk, E.P., Jacobsen, D.J., Gibson, C., Hill, J.O. y Donnelly, J.E. (2003). Time course for changes in aerobic capacity and body composition in overweight men and women in response to long-term exercise: the Midwest Exercise Trial (MET). *International journal of obesity*, Aug, 27 (8): 912-919.

- Kozar, J.M. (2005). Relationship of attitudes toward advertising images and self-perceptions of older women. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 65 (8-A), 3116.
- Krysanski, V. L. (2006). Investigation of a cognitive dissonance intervention versus a psychoeducational placebo control: Testing the effectiveness of prevention programming for eating disorders. *Dissertation Abstracts International: Section-B: The Sciences and Engineering*, 67, 6-B, 3456.
- Lamb, C. S., Jackson, L. A., Cassidy, P. R. y Priest, D. J. (1993). Body figure preferences of men and women: A comparison of two generations. *Sex Roles*, 28, 345-358.
- Lattimore, P. y Caswell, N. (2005) Differential effects of active and passive stress on food intake in restrained and unrestrained eaters. *Appetite*, Apr, 42(2):167-73.
- Lautenbacher, S., Pauls, A. M., Strian, F., Pirke, K. M. y Krieg, H. C. (1990). Pain perceptions in patients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 52, 573-682.
- Lee, S. (1993). How abnormal is the desire for slimness? A survey for eatings attitudes and behavior among Chinese undergraduates in Hong Kong. *Psychological Medicine*, 23, 437-451.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Levine, M. P. y Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, 1, 57-70.
- Lieberman, L.S., Probart, C.K. y Schoenberg, N.E. (2003). Body image among older, rural, African-American women with type 2 diabetes. *Collegium antropologicum*, Jun, 27 (1): 79-86.
- Lin, Y. C., Dai, Y. T. y Hwang, S. L. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: a systematic review. *Public Health Nurs*, 20(4): 297-306.
- Lokken, K., Ferraro, F. R. y Kirchner, T. (2003). Gender differences in body size dissatisfaction among individuals with low, medium, or high levels of body focus. *Journal of Genetic Psychology*, 130:30.
- Luciano, L. (2001). *Looking good: Male body image in modern America*. New York: Hill and Wang.



- Lynch, S. M. y Zellner, D. A. (1999). Figure preferences in two generations of men: The use of figure drawings illustrating differences in muscle mass. *Sex Roles*, 40, 833-843.
- Mackley, C. (2005). Body dysmorphic disorder. *Dermatologic Surgery*, 31, 553-558.
- Maisel, R., Epston, D. y Borden, A. (2004). *Biting the hand that starves you: Inspiring resistance to anorexia/bulimia*. New York: Norton.
- Madrigal, H., Sanchez-Villegas, A., Martinez-Gonzalez, M.A., Kearney, J., Gibney, M.J., Irala, J, y Martinez, J.A. (2000). Underestimation of body mass index through perceived body image as compared to self-reported body mass index in the European Union. *Public Health*, 114: 468-473.
- Maganto, C., Del Río, A. y Roiz, O. (2002) *Programa preventivo sobre Imagen corporal y Trastornos de la Alimentación (PICTA). Manual, Cuaderno de trabajo y vídeo*. Primer premio en el V Concurso Nacional de TEA Ediciones. Madrid: TEA Ediciones. ISBN: 84-7174-726-X. Depósito Legal: M-28.227-2002
- Maganto, C. y Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil*, 30, 45-59. ISSN: 1575-5967. Depósito legal: BI-1.383-95.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2002). La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios. *Revista de Psicología*, XX, (2), 197-223. ISSN 0254-9247. Depósito Legal Nº 95-0869.
- Maganto, C., Cruz, S. y Etxebarria, A. (2003). Autoconcepto negativo y alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes. *Interpsiquis*, 1-5 , autoconcepto sobre todo y autoestima con imagen corporal.
- Maganto, C y Cruz, S. (2003). Evaluación de un taller sobre prevención de trastornos de alimentación en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16 (2), 9-27. ISSN: 1135-3848. Dep. Legal: S-953-1998.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2008) *TSA Test de Siluetas para Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones. SA. (pp. 104). ISBN: 978-84-7174-908-6. Depósito Legal: M-18955-2008-CIPSA. Mares, M.L. y Fitzpatrick, M.A. (2004). Communication in Close Relationships of Older People. En Nussbaum, J.F. y Coupland, J. (Eds.). *Handbook of communication and aging research* (2nd ed.), 231-249. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. xvii, 596.

- Markey, C. N. (2004). Culture and the Development of Eating Disorders: A Tripartite Model. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 12: 139-156.
- Markey, C. N., Markey, P. M. y Birch, L. L. (2004). Understanding women's body satisfaction: The role of husbands. *Sex Roles*, 51: 209-216.
- Markey, C. N., Markey, P. M. y Birch, L.L. (2001). Interpersonal predictors of dieting practices among married couples. *Journal of Family Psychology*, 15, 464-475.
- Markey, C. N. y Markey, P. M. (2005). Relations between body image and dieting behaviors: An examination of gender differences. *Sex Roles*, 53(7-8) 519-530.
- Markey, C. N. y Markey, P. M. (2006). Romantic Relationships and Body Satisfaction Among Young Women. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2) Apr 271-279.
- Markham, AP., Thompson, T. y Bowling, AC. (2005) Determinants of body-image shame. *Personality and Individual Differences*, 38 (7) 1529-1541.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Markus, H. y Nurius, P. (1986). *Possible selves: the interface between motivation and the self-concept*. En K. Yardley y T. Honess: *Self and identity: psychosocial perspectives*. 157-172. New York: Wiley and Sons.
- Markus, H. y Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: a social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 547-579.
- Martinez, E., Toro, J., Salamerp, M., Blecua, J. y Zaragoza, M. (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 2, 51-65.
- Martins, Y., Tiggemann, M. y Kirkbride, A. (2007). Those Speedos become them: The role of self-objectification in gay and heterosexual men's body image. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 634-647.
- Mcbride, M.C. y Martin, G E. (1990). A framework for eclecticism: The importance of theory to mental health counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 12, 495-505.
- McCabe, M. P. y Ricciardelli, L. A. (2004a). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675-685.



- McCabe, M. P. y Ricciardelli, L. A. (2004b). *Weight and shape concerns of body and men*. In J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity* (606-634). Washington, DC: American Psychological Association.
- McClelland, A., Kemps, E. y Tiggemann, M. (2006). Reduction of vividness and associated craving in personalized food imagery. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 355-365.
- McCreary, D. R., Saucier, D. M. y Courtenay, W. H. (2005). The drive for muscularity and masculinity: Testing the associations among gender-role traits, behaviors, attitudes, and conflict. *Psychology of Men and Masculinity, 6*(2), 83-94.
- McElroy, S.L., Hudson, J.I., Malhotra, S., Welge, J.A. y Nelson, E.B., (2003). Citalopram in the treatment of binge-eating disorder: A placebo-controlled trial. *Journal of clinical psychiatry, Jul, 64* (7): 807-813.
- McFarlane, T., Polivy, J. y McCabe, R. E. (1999). Help, not harm: Psychological foundation for a nondieting approach toward health. *Journal of Social Issues, 55*(2), 261-276.
- McKay y M. Fanning, P. (1991). *Autoestima Evaluación y mejora*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- McKinley, N.M. y Hyde, J.S. (1996). The objectified body consciousness scale. *Psychology of Women Quarterly, 20*, 181-215.
- McLaren, L. y Gauvin, L. (2002). Neighborhood level versus individual level correlates of women's body dissatisfaction: toward a multi-level understanding of the role of affluence. *Journal of Epid and Community Health, 56*: 193-99.
- McLaren, L., Hardy, R. y Kuh, D. (2003). Women's body satisfaction at midlife and lifetime body size: A prospective study. *Health Psychology, 22*: 370-377.
- McLaren, L. y Kuh, D. (2004). Women's body dissatisfaction, social class and social mobility. *Social Science Medicine, May 58*(9): 1575-84.
- McDonald, K. y Thompson, J.K. (1992). Eating disturbance, body image dissatisfaction and reason for exercising: gender differences and correlational findings. *International Journal of Eating Disorders, 11*: 289-292.
- Marino, M. F. y Zannarini, M. C. (2001). Relationship between EDNOS and its subtypes and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 349-353.

- Marion, L. (1998). *La práctica clínica del trabajo social con personas mayores*. Paidós Trabajo social 5. España: Paidós.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1): 32-38.
- Melin, R. (2003). *On Life Satisfaction and Vocational Rehabilitation Outcome in Sweden*. Faculty of Medicine, Department of Neuroscience. Uppsala University: Uppsala.
- Mena, M. (2004). *América Latina en la Búsqueda de Nuevos Modelos de Educación a Distancia*. En M. Mena (compiladora), *La Educación a Distancia en América Latina (15-36)*. Buenos Aires : ICDE-UNESCO.
- Mendelson, B. y White, D. (1982). Relation between body esteem and self-esteem of obese and normal children. *Perceptual and Motor Skills*, 54, 899-905.
- Mendelson, B. y White, D. (1985). Development of self-body esteem in overweight youngsters. *Developmental Psychology*, 21, 90-96.
- Mendelson, B., White, D. y Mendelson, M. (1995). Children's global self-esteem predicted by body esteem but not by weight. *Perceptual and Motor Skills*, 80(1), 97-98.
- Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R. y Schnyder, U. (2002). *Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders*, 31, 284-289.
- Mintz, L. B. y Betz, N. E. (1986). Sex differences in the nature, realism, and correlates of body image. *Sex Roles*, 15, 185-195.
- Mizes, J.S. (1991). Validity of body image detection device. *Additive Behaviors*, 16: 411-17.
- Molinari, E. y Riva, G. (2004). *Psicología clínica dell'obesita*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Monchiatti, A., Roel Cabaleiro, I., Sánchez y Mirta-Lombardo, E. (2000). Representaciones de la vejez. *Revista-Latinoamericana de Psicología*, 32(3), 519-536.
- Monereo, S., Duran, M.A., Elviro, R. y Alvarez, J. (1997). *Epidemiología de la obesidad*. In: Moreno B, Monereo S, Alvarez J. *Obesidad Presente y Futuro*. Grupo Aula Medica, SA: Madrid: 84-94.
- Montalvo Toro, Jessica (1997). La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1. 29(3), 459-473. Colombia: Revista Latinoamérica de Psicología.



- Mora, M. y Raich, R. M. (1993). *Adaptació del Bulimia Test i BSQ en una mostra Universitaria*. Comunicació presentada en la VIII Jornada de Teràpia del comportament i medicina conductual en la pràctica clínica. Barcelona.
- Mora, M. y Raich, R. M. (1992). Diferentes aproximaciones teoricas a las alteraciones de la imagen corporal. *Cuadernos de Medicina Psicosomatica*, 23, 55-64.
- Morandé, G. (1995). *Un peligro llamado anorexia: La tentación de adelgazar*. Madrid: Temas de hoy.
- Moreno Díaz, M J, Lillo-Roldan, R (1999). Estructura constructiva y duelo patológico en la vejez. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Medica y-Psicosomática*, 20(6): 43-49. Spain: Alpe Editores SA.
- Morris, A., Cooper, T. y Cooper, P. J. (1989). The changing shape of fashion models. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 593-596.
- Morselli, E. y Jerome, L. (2001). Dsymorphophobia and taphephobia: Two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas. *History of Psychiatry*, 12, 103-114.
- Moyers, S. R. (2005). *Actual and ideal self-discrepancy and body satisfaction*. Unpublished master's thesis. Western Kentucky University, Bowling Green, KY.
- Nascher, L. (1909). *Geriatrics*. New York: Medical Journal.
- Nasser, M. (1994). Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 25-30.
- O'Brien, K. M. y LeBow, M. D. (2007). Reducing maladaptive weight management practices: Developing a psychoeducational intervention program. *Eating-Behaviors*, 8(2), 195-210. Netherlands: Elsevier Science.
- Nye, S. y Cash, T. F. (2006). Outcomes of manualized cognitive-behavioral body image therapy with eating disordered women treated in a private clinical practice. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 14, 31-40.
- O'Brien, K.M. y LeBow, M.D. (2007). Reducing maladaptive weight management practices: Developing a psychoeducational intervention program. *Eating-Behaviors*, 8(2) Apr 2007, 195-210.
- Ochoa de Alda, I (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Biblioteca de psicología. Textos universitarios. Barcelona: Editorial Herder.



- Offer, D., Ostrov, E., Howard, K.I. y Atkinson, R. (1987). *The teenage world: Adolescents' self-image in ten countries*. New York: Plenum.
- Ogletree, S. M., Williams, S. W., Raffeld, P., Mason, B. y Fricke, P. (1990). Female attractiveness and eating disorders: Do children's television commercials play a role? *Sex Roles*, 22, 791-797.
- Ontoria F. (1993). Distribution and characterization of Chilean populations of the brine shrimp *Artemia* (Crustacea Branchiopoda Anostraca). *International Journal of Salt Lake Research*, 8:23-40.
- Paez, D. (1993). *Salud, expresion y represion social de las emociones*. Valencia: Promolibro.
- Paeratakul ,S., White, M.A., Williamson, D.A., Ryan, D.H. y Bray, G.A. (2002). Sex, race/ethnicity, socioeconomic status, and BMI in relation to self-perception of overweight. *Obesity Research*, 10(5): 345-50.
- Paquette, M.C. y Raine, K. (2004). Sociocultural context of women's body image. *Social Science Medicine*, Sep 59(5): 1047-58.
- Peláez, M.A., Labrador, F.J. y Raich, R.M. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71/72, 33-41.
- Peterson, M., Ellenberg, D. y Crossan, S. (2003). Body-image perceptions: Reliability of a BMI-based Silhouette Matching Test. *American journal of health behavior*, Jul-Aug, 27 (4): 355-363.
- Petrie, T. A., Tripp, M. M. y Harvey, P. (2002). Factorial and construct validity of the body parts satisfaction scale-revised: An examination of minority and non-minority women. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 213-221.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G. y Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 302-308.
- Phillips, K. A. (2005a). Placebo-controlled study of pimozide augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 377-379.
- Phillips, K. A. (2005b). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.
- Piaget, J., e Inhelder, B. (1971). *Mental imagery in the young child*. New York: Basic Books.



- Pietrowsky, R. Straub, K. y Hachl, P. (2003). Body dissatisfaction in female restrained eaters depends on food deprivation appetite. *American Journal of Psychiatry*, Jun, 40 (3): 285-290.
- Pliner, P., Chaiken, S. y Flett, G.L. (1990). Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the lifespan. *Personality Social Psychology Bulletin*, 16: 263-270.
- Pole, M., Crowther, J.H. y Schell, J. (2004). Body dissatisfaction in married women: The role of spousal influence and marital communication patterns. *Journal of Body Image*, 1: 267-278.
- Polivy, J. y Herman, C. P. (2004). Socio-cultural idealization of thin female body shapes: an introduction to the special issue on body image and eating disorders. *Journal of Social Clinical Psychology*, 23:1-6.
- Pope, H. G., Olivardia, R., Borowicke, J. J. y Cohane, G. H. (2001). The growing commercial value of the male body: A longitudinal survey of advertising in women's magazines. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 189-192.
- Posavac, S. S. y Posavac, H. (2002). Predictors of women's concern with body weight: the roles of perceived self-media ideal discrepancies and self-esteem. *Eating Disorders*, 10:153-160.
- Puentes, W. J. (2002). Simple reminiscence: a stress-adaptation model of the phenomenon. *Issues Mental Health Nursing*, 23(5): 497-511.
- Puletti, I. (1998). *Being an older woman. A study in the social production of identity*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Psujek, J. y Martz, D. (2004). Gender difference in associations among nicotine dependence, body image, depression and anxiety within a college population. *Addictive Behavior*, 29, 375-380.
- Quetelet, A. (1839). *Recherches sur le poids de l'homme aux different âges*. In: Nouveaux Memoire de l'Academie Royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles. t. VII.
- Raich, R.M. (2001). *Imagen Corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Raich, R. M. (1999). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Raich, R.M. (2004). Una perspectiva desde la Psicología de la Salud de la Imagen Corporal. En Revista Latinoamericana de Psicología. Número monográfico: Psicología de la Salud de la Mujer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, Pp. 15-27.
- Raich, R.M., Mora, M. y Soler, A. (1994). Trastorno de la imagen corporal: Evaluación y tratamiento. *Cuadernos de medicina conductual*, 30, 105-110.
- Raich, R.M., Mora, M. y Marroquin, H. (1999). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno alimentario no especificado. *Revista Terapia Psicologica*, 7, 32, 167-178.
- Raich, R.M., Mora, M. y Marroquin, H. (2000). Tratamiento cognitivo-conductual en alteraciones alimentarias: una experiencia grupal. *Psicología Contemporanea*, 7, 48-55.
- Raich, R.M., Mora, M. y Sanchez-Carracedo, D. (2003). *Instrumentos de evaluacion en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad*. En T. Gutierrez Rosado, R. M. Raich, D. Sanchez Carracedo y J. Deus (dirs), Instrumentos de evaluation en Psicologia de la Salud. Madrid: Alianza Editorial.
- Raich, R.M., Mora, M. y Soler, A. (1994). Revision de la evaluacion y tratamiento del trastorno de la imagen corporal y su adaptacion en una muestra de estudiantes. *Psicologemas*, 8, 15, 81-99.
- Raich, R.M., Sanchez Carracedo, D., Mora, M., y Lopez Guimera, G. (2005). Intervencion cognitivo-conductual en imagen corporal. *Revista Internacional de Psicologia Clinica de las Salud*, 12(3), 551-576.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 8, 51- 66.
- Raich, R.M., Sánchez Carracedo, D. y López Guimera, G. (2002). *Propuesta de intervención preventive de trastornos del comportamiento alimentario con formato multimedia*. Oviedo: Libro de Abstracts de la Reunión Anual de la SEPCyS.
- Raich, R.M. y Torras Claraso, J. (2002). Evaluación del trastorno de la imagen corporal en poblacion general y en pacientes de centros de medicina cosmética españoles mediante el BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination, Rosen y Reiter, 1995). *Psicología Conductual*, 10, 93-106.
- Raich, R. M., Torras, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología conductual*, 1 (5), 55-70.



- Ransdell, L.B., Wells, C.L., Manore, M.M., Swan, P.D. y Corbin, C. B. J. (1998). Women Aging. *Journal of Social Clinical Psychology*, 10(3): 19-39.
- Reiter, J. T. y Rosen, J. C. (2000). *The development of a self-administration version of the Body Dysmorphic Disorder Examination*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Vermont at Burlington.
- Riess, H. y Dockray-Miller, M. (2002). *Integrative group treatment for bulimia nervosa*. New York, Columbia University Press.
- Rodin, J., Silberstein, L. y Streigel, (1984). M. Women and weight: A normative discontent. *Nebr Symp Motiv*, 32: 267-307.
- Rodríguez, A., Novalbos, J. P., Martínez, J. M., Ruiz, M. A., Fernández, J. R. y Jiménez, D. (2001). Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a spanish city. *Journal of adolescent Health*, 28, 338-345.
- Rogge, M. M., Greenwald, M. y Golden, A. (2004). Obesity, stigma, and civilized oppression. *Advances in Nursing Science*, 27, 301-315.
- Rojo, L., Libianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuan, L. y Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two stage epidemiologic study in a spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 281-291.
- Rosen, J. C. (1993). *Body Image Disorder: Definition, development and contribution to eating disorders*. En J. H. Growcer, S. E. Hobfoll y M. A. P. Stephens (eds.): *The etiology of Bulimia: The individual and familiar context*. Washington D. C.: Hemisphere Publishing Corporation.
- Rosen, J. C. (2006). Eating Disorders: Pulling it all Together. *PsycCRITIQUES*, Electronic-Collection.
- Rosen, J. C. (2001). *Improving body image in obesity*. In Thompson, J. Kevin (Ed). *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. (425-440). Washington, DC, US: American Psychological Association. vii, 505.
- Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and behavioral practice*, 2, 143-166.

- Rosen, J. C. (1997). *Tratamiento cognitivo conductual para el trastorno dismórfico corporal*. En V.C. Caballo: Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos, 1. Madrid: Siglo XXI.
- Rosen, J. C., Cado, S., Silberg, N., Srebnik, D., y Wendt, S. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21, 481-498.
- Rosen, J. C., Jones, A., Ramirez, E., y Waxman, S. (1996). Body Shape Questionnaire: Studies of validity and reliability. *The International Journal of Eating Disorders*, 20, 315-319.
- Rosen, J. C., Reiter, J. y Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63(2) 263-269.
- Rosen, J. C. y Reiter, J. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 755-766.
- Rosik, C. H. (2005). Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery, and follow-up attendance. *Obesity Surgery*, 15, 677-683.
- Rossouw, J.E., Finnegan, L.P., Harlan, W.R., Pinn, V.W., Clifford, C. y McGowan, J.A. (1995). *The evolution of the Women's Health Initiative: Perspectives from the NIH*. JAMWA. 50(2): 50-55.
- Rousseau, A., Knotter, A., Barbe, P., Raich, R.M. y Chabrol, H. (2004): Etude de validation de la version française du Body Shape Questionnaire. *L'Encephale*, 31, 162-73.
- Rovira, R.F., Pons, I.F., Martínez, M. M. y Sánchez, R.R. (2002). Self-reported versus measured height, weight, and body mass index in Spanish Mediterranean teenagers: Effects of gender, age and weight on perceptual measures of body image. *Annual of Nutrition and Metabolism*, 46: 68-74.
- Saez Narro, N. Rubio Herrero, R. Dosil, A. (1998). *Tratado de psicogerontología*. Colección de psicogerontología. Valencia: Promolibro.
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez: Una mirada gerontológico actual*. Psicología psiquiatría y psicoterapia 181. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez-Carracedo, D., Mora, M. López, G., Marroquín, H., Ridaura, I. y Raich, R. M. (2004) Intervención cognitivo-conductual en imagen corporal. *Psicología Conductual*, 12, 3: 551-576.



- Shapiro, J.R. y Anderson, D.A. (2003). The effects of restraint, gender, and body mass index on the accuracy of self-reported weight. *International Journal of Eating Disorders*, Jul, 34 (1): 177-180.
- Schilling, O. (2003). *Langsschnittliche Analysen zur Entwicklung der Zufriedenheit im höheren Lebensalter'* (Longitudinal analyses on the development of satisfaction in older age). Doctoral dissertation, Faculty for Behavioral and Cultural Studies. University of Heidelberg.
- Schilling, O. (2006). Development of life satisfaction in old age: Another view on the "paradox". *Social Indicators Research*, 75(2), 241-271. Germany: Springer.
- Schlosser, E. (2002). *Fast Food Nation*. New York: Houghton Mifflin.
- Schmidt, U. (2002). *Risk factors of eating disorders. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. The Guilford Press. 247-50.
- Schuler, P.B., Broxon-Hutcherson, A., Phillip, S.F., Ryan, S., Isosaari, R.M. y Robinson, D. (2004). Body-shape perceptions in older adults and motivation for exercise. *Percept Motor Skills*, June 98(3 pt2): 1251-60.
- Schneider, E. (1994). *La salud por la nutrición*. Madrid: Safeliz.
- Serra, L. I., Arancela, J. y Mataix, J. (1995a). *Guías alimentarias para la población española*. Barcelona: SG Editores.
- Serra, L., Arancela, J. y Mataix, J. (1995b). *Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones*. Barcelona: Masson.
- Shaw, B. A. y Krause, N. (2001). Exploring race variations in aging and personal control. *The Journals of Gerontology: Social Sciences*, 56B, S119-S124.
- Silberstein, L. R., Striegel-Moore, R. H., Timko, C. y Rodin, J. (1988). Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction: Do men and women differ? *Sex Roles*, 19, 219-232.
- Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B. y Kelly, E. (1986). The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles*, 14, 519-532.
- Slade, P. D. y Russell, G. F. M. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.

- Slater, A. y Tiggemann, M. (2006). The contribution of physical activity and media during childhood and adolescence to adult women's body image. *Journal of Health Psychology, 11*, 553-565.
- Smith, J. y Freund, A. M. (2002). The dynamics of possible selves in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 57B*, 492-500.
- Smith, K. (2006). Increasing positive body image in adolescent girls: The development of a comprehensive school-based program. *Dissertation Abstracts International: Section-B: The Sciences and Engineering, 67(1-B)* 2006, 561.
- Sobal, J., Rauschenbach, B.S. y Frongill, E.A. (1995). Obesity and marital quality. *Journal of Family Issues, 16*: 746-764.
- Sorensen, T.A y Stunkard, A.J. (1993). Does obesity run in families because of genes? An adoption study using silhouettes as a measure of obesity. *Actual Psychiatric Scandinavies, Suppl 370*: 67-72.
- Specher, S. y Hendrick, S. S. (2004). Self-disclosure in intimate relationships: Associations with individual and relationship characteristics over time. *Journal of Social Clinic Psychology, 23 (6)*: 857-877.
- Stevens, C. y Tiggemann, M. (1998). Women's body figure preferences across the life span. *Journal of Genetic Psychology, Mar159(1)*: 94-102.
- Steinberg, A. B. y Phares, V. (2001). *Family functioning, body image, and eating disturbances*. In J. K. Thompson y L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth* (pp. 127-148). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128*, 825-848.
- Stice, E. y Shaw, H. (2003). Prospective relations of body image, eating and affective disturbance to smoking onset in adolescent girls: How Virginia slims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 129-135.
- Stice, L., Spangler, D. y Agras, W. S. (2001). Exposure to media-portrayed thin-ideal images adversely affects vulnerable girls: a longitudinal experiment. *Journal of Social Clinic Psychology, 20*:270-288.



- Stice, E., Trost, A. y Chase, A. (2003). Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 10-21.
- Striegel-Moore, R. (1993). *Etiology of binge-eating: A developmental perspective*. En C. G. Fairburn y T. G. Wilson (eds.): *Binge eating: Nature, Assessment and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Striegel-Moore, R., Dohm, F.A., Kraemer, H.C., Taylor, C.B. y Daniels, S., (2003). Eating disorders in white and black women. *American journal of psychiatry*, Jul, 160 (7): 1326-1331.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R. y Rodin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: Public self-consciousness, social anxiety and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 297-303.
- Sturme, P. Slade, P. D. (1986). Anorexia nervosa and dysmorphophobia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 780-782.
- Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S. Z., Wilfley, D. E., Marmarosh, C., Morgan, C. M. y Yanovski, J. A. (2004). Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal-weight children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 53-61.
- Taylor, C. B., Winzelberg, A. J. y Celio, A. A. (2001). *The use of interactive media to prevent eating disorders*. In: Striegel-Moore R, Smolak L, editors. *Eating disorders: new directions for research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001, p. 255-269.
- Thompson, J.K. (2004). *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Thompson, J.K, y Altabe, M.N. (1991). Psychometric qualities of the figure rating scale. *International Journal of Eating Disorders*, 10: 615-619.
- Thompson, J. K. (1990). *Body Image Disturbance: Assesment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Thompson, J.K., Berland, N. W., Linton, P. H. y Weinsier, R. (1986). Assesment of body distortion via self-adjusting light beam in seven eating disorders groups. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 113-120.



- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M. y Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, J. K., Heinberg, L.J. y Tantleff, S. (1991). The Physical Appearance Comparison Scale (PACS). *Behavior Therapist*, 14, 174.
- Tiggemann, M., Gardiner, M., Slater, A. (2000). "I would rather be size 10 than have straight A's": A focus group study of adolescent girls' wish to be thinner. *Journal of Adolescence*, Dec 23(6): 645-59.
- Tiggemann, M. y Lynch, J. E. (2001). Body Image Across the Life Span in Adult Women: The Role of Self-Objectification. *Developmental Psychology*, 37 (2), 243-253.
- Tiggemann, M., Martins, Y. y Kirkbride, A. (2007). Oh to be lean and muscular: Body image ideals in gay and heterosexual men. *Psychology of Men and Masculinity*, 8, 15-24.
- Tiggemann, M. y McGill, M. (2004). The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *Journal of Social Clinic Psychology*, 23:23-45.
- Toro Trallero, J. de (1997). *El cuerpo como delito*. Madrid: Ediciones Ariel.
- Toro, J. y Castro, J. (2000). *Trastornos del comportamiento alimentario*. En A. Bulbena, G. E. Berrios y P. Fernández de Larrinoa (eds.). *Medición Clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Toro, J., Cervera, M. y Pérez, P. (1989). Body shape, publicity and anorexia nervosa. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 23, 132-136.
- Touyz, S. W., Beaumont, P. J. V., Collins, J. K., McCabe, M. y Jupp, J. (1984). Body shape perception and its disturbance in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, 167-171.
- Tucker, L.A. y Mortell, R. (1993). Comparison of the effects of walking and weight training programs on body image in middle-aged women: An experimental study. *American Journal of Health Promotion*, 8(1): 34-42,.
- Turner, S.L., Hamilton, H., Jacobs, M., Angood, L.M. y Dwyer, D.H. (1997). The influence of fashion magazines on the body image satisfaction of college women: an exploratory analysis. *Adolescence*, Fall 32(127): 603-14.



- Turrell, G., Hewitt, B., Patterson, C. y Oldenburg, B. (2003). Measuring socio-economic position in dieting research: is choice of socio-economic indicator important? *Public Health Nutrition*, April 6(2):191-200.
- Vela Noriega, J. A., de Figueiredo M., Silvana C., Batista, F. J., Montano Robles, A. y Sotelo Quinones, T. I. (2002). Vejez y satisfacción con la vida en Brasil. *Revista-Intercontinental de Psicología y Educación*, 4(1): 45-54 México: Universidad Intercontinental.
- Wade, T. D., Bergin, J. L., Tiggemann, M., Bulik, C. M., y Fairburn, C. G. (2006). Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 121-128.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C. y Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: the role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 235-241.
- Wardle, J., Haase, A.M. y Steptoe, A. (2006). Body image and weight control in young adults: international comparisons in university students from 22 countries. *International J of Obesity*, 30: 644-651.
- Wardle, J. y Griffith, J. (2002). Socioeconomic status and weight control practices in British adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 185-190.
- Wardle J, Walker J, Fox E. (2001). Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive Behavior*, Jul-Aug,27(4): 561-73.
- Warner Schaie, K. Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. 5ª edición. Madrid: Prentice Hall.
- Warren, C.S., Gleaves, D.H., Cepeda-Benito, A., Fernandez, M.C. y Rodriguez-Ruiz, S. (2005). Ethnicity as a protective factor against internalization of a thin ideal and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3): 241-249.
- Webster, J. y Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: the role of cognitive control. *Journal of Genetic Psychology*, June 164(2): 241-52.
- Williams, L., Germov, J. y Young, A. (2007). Preventing weight gain: a population cohort study of the nature and effectiveness of mid-age women's weight control practices. *International Journal Obesity-Online*.

- Williamson, D. A., Davis, C. J., Dutchman, E. G., Mckenzie, S. J. y Watkins, P. C. (1990). *Assesment of Eating Disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Willinge, A., Touyz, S. y Charles, M. (2006). How Do Body-Dissatisfied and Body-Satisfied Males and Females Judge the Size of Thin Female Celebrities? *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 576-582. US: John Wiley and Sons.
- Winer, B. J., Brown, D. R. y Michels, K. M. (1991). *Statistical principals in experimental design*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill.
- Wiseman, C. V., Gray, J. J., Mosiman, J. E. y Ahrens, A. H. (1992). Cultural expectations of thinnes in women: An update. *Internatiopnal Journal of eating Disorders*, 11, 85-89.
- Wolf, N. (2002). *The beauty myth: How images of beauty are used against women*. New York: Harper Perrenial.
- Womble, L. G., Williamson, D. A., Martin, C. K., Zucker, N. L., Thaw, J. M., Netemeyer, R., et al. (2001). Psychosocial variables associated with binge eating in obese males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 217-221.
- Wooley, S. C. y Kearney-Cooke, A. (1986). En K. D. Brownell y J. P. Foreyt (eds.): *Handbook of eating Disorders*, 475-501. New York: Basic Books.
- World Health Organization (1992). *International Classification of Diseases and Related Disorders (ICD-10)*. Geneva: WHO.
- Wrosch, C. y Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment. *Quality Of Life Research*, 1, 59-72.
- Wyatt, H.R. (2003). The prevalence of obesity. *Primary care*, Jun, 30 (2): 267.
- Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Colección estudios: Personas Mayores. Madrid: IMSERSO.
- Yeo, W., Kwan, W. H. y Teo, P. L. M. (2004). Psychosocial impact of breast cancer surgeries in Chinese patients and their spouses. *Psycho-oncology*, 13: 132-139.
- Young, P. (1979). *Como comprender mejor nuestros sentimientos y emociones*. Mexico: Manual Moderno.
- Yung, R. (1933). *To Our Grandchildren* . University of Alelaide. New York: Basic Books.



Zabinski, M.F. (2003). An interactive psychoeducational intervention for women at-risk of developing an eating disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(3-B) 2003, 1513.

Zlotnick, C., Tothschild, L. y Zimmerman, M. (2002). The Role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *Journal of personality Disorders*, 16, 277-282.



# *ANEXOS*





## *Índice de los ANEXOS:*

### **1. 1. Programa Imagina**

- 1. 1. 1. Manual del monitor
- 1. 1. 2. Cuadernillo de actividades
- 1. 1. 3. Láminas complementarias
- 1. 1. 4. Transparencias de apoyo

### **1. 2. Vídeos**

### **1. 3. Material de evaluación**

- 1. 3. 1. Cuestionario pre-test
- 1. 3. 2. Cuestionarios de actividades
- 1. 3. 3. Cuestionario post-test
- 1. 3. 4. BSQ



# *1.1. Programa*

## *“Imagina”*






## *1.2. Vídeos*





## *1.3. Material de Evaluación*



# Imagina

Programa de Mejora de la Imagen Corporal para Adultos

Manual Del Monitor

Basado en el programa PICIA para  
jóvenes de C. Maganto y colaboradores

# Índice

1. Ficha del programa
  2. Cuestiones previas
  3. Objetivos del programa
  4. Estilos de trabajo en el programa
  5. Esquema de actividades
  6. La labor del monitor
  7. Análisis en profundidad de las sesiones
- SESIÓN 1: Presentación del programa y de la temática a trabajar, y fomento de la cohesión grupal
    - Actividad 1: Presentación del programa, del material de trabajo y del monitor
    - Actividad 2: "Mi media naranja"
    - Actividad 3: "¿Qué hace una chica como tú en un lugar como éste?"
    - Actividad 4: "Mi otro yo sería ..."
    - Actividad 5: "En línea"
    - Actividad 6: EXPOSICIÓN TEÓRICA: "La verdad"
    - EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES
  - SESIÓN 2: La Imagen Corporal: Cómo me veo, cómo me siento
    - Actividad 1: "Escala de satisfacción de zonas corporales"
    - Actividad 2: "Siluetas"
    - Actividad 3: EXPOSICIÓN TEÓRICA: "La Imagen Corporal"
    - EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES
  - SESIÓN 3: Influencia de los medios de comunicación en los valores sociales que se fomentan en la sociedad
    - Actividad 1: VÍDEO: "El Reto de la Libertad"
    - Actividad 2: EXPOSICIÓN TEÓRICA: "Los Estereotipos Sociales"
    - Actividad 3: EXPOSICIÓN TEÓRICA: "Medios de Comunicación y Publicidad"
    - Actividad 4: "Se vende ..."
    - Actividad 5: "El Código Oculto"
    - EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES
  - SESIÓN 4: Mitos y falsas creencias asociadas a la belleza, la alimentación y la vejez
    - Actividad 1: "Los Mitos de la alimentación"

- Actividad 2: “Mitos de la madurez”
- Actividad 3: DEBATE: “Los mitos sobre la belleza”
- EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

· SESIÓN 5: La autoestima

- Actividad 1: “Las dos caras de la moneda”
- Actividad 2: “Subirse a la parra”
- Actividad 3: “Grilla de autoestima”
- Actividad 4: EXPOSICIÓN TEÓRICA: “Queremos más”
- EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

· SESIÓN 6: Inteligencia emocional

- Actividad 1: “La Metáfora del amor”
- Actividad 2: EXPOSICIÓN TEÓRICA: “La inteligencia Emocional”
- Actividad 3: “Arriba el telón”
- Actividad 4: “Gente sin complejos”
- EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

· SESIÓN 7: Reajuste de expectativas y objetivos de vida

- Actividad 1: “La sopa de los por qué”
- Actividad 2: “La lavadora”
- Actividad 3: “La Balanza” 1ª Parte
- Actividad 4: EXPOSICIÓN TEÓRICA: “Modelo Cognitivo de Ellis”
- Actividad 5: “La Balanza” 2ª Parte y final
- EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

· SESIÓN 8: Conclusiones y evaluación final

- Actividad 1: VÍDEO: “Cuerpos a la carta”
- Actividad 2: “Corazón con razón”
- EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES
- Actividad 3: EVALUACIÓN FINAL
- Actividad 4: “Debate Final”
- Actividad 5: Despedida y Cierre

# Ficha del programa

- .. **NOMBRE DEL PROGRAMA:** *"Imagina"* Programa de Mejora de la Imagen Corporal y la Autoestima para Personas en Periodo de Madurez y Mayores.
- .. **AUTOR:** Roberto Sánchez Cabrero.
- .. **AÑO DE CREACIÓN:** 2007.
- .. **FORMA DE APLICACIÓN:** Colectiva.
- .. **ÁMBITO DE APLICACIÓN:** Personas en proceso de madurez (a partir de 40-50 años) y personas mayores sin problemas graves de salud.
- .. **DURACIÓN:** 12-16 horas divididas en 8 sesiones preferiblemente semanales.
- .. **FINALIDAD:** Mejorar la imagen corporal y la autoestima de los participantes al programa.
- .. **MATERIAL DIDÁCTICO:**
  - à Manual del monitor.
  - à Cuadernillo de actividades.
  - à Láminas complementarias.
  - à Transparencias de apoyo.
  - à Vídeos: "Cuerpos a la carta" y "El reto de la libertad".
  - à Material de evaluación.
- .. **RECURSOS Y MATERIAL NECESARIO PARA SU CORRECTA APLICACIÓN:**
  - à Sala amplia con capacidad para 20-30 personas.
  - à Mesas y sillas.
  - à Papel.
  - à Bolígrafos.
  - à Reproductor de DVD y TV.

# Cuestiones previas

*“Imagina”* se trata de un Programa de Actividades en Grupo para mejorar la imagen corporal y la autoestima para personas que comienzan a entrar en un periodo de madurez física (40-50 años) y para personas mayores. El programa ha pasado por un proceso de investigación científica que ha comprendido el periodo entre 2005 y 2007 con el objetivo de dar validez y fiabilidad a sus actividades y conclusiones.

El programa consta de cinco documentos que son necesarios para impartir y comprender correctamente el programa, cada documento tiene su utilidad y función específica y están interrelacionados entre sí. Los documentos son los siguientes:

- à **Manual del Monitor:** Se trata del documento que nos ocupa. Dentro del manual del monitor están las instrucciones y las claves que debe seguir el monitor para impartir las actividades del programa correctamente.
- à **Cuadernillo de Actividades:** Se trata del documento de trabajo de los participantes. Se les entregará al inicio del programa y a través de él deben seguir las actividades que plantea el monitor.
- à **Láminas complementarias y vídeos:** Se trata de material complementario para algunas actividades en las que no es suficiente con el cuadernillo de actividades. Se trata de fichas de trabajo en grupos, fichas complementarias y 2 vídeos (*“El reto de la Libertad”* y *“Cuerpos a la carta”*).
- à **Transparencias de Apoyo:** Se trata de transparencias que refuerzan la información que proporciona el monitor a los participantes. Ayudan al discurso del monitor y a la comprensión de las ideas por parte de los participantes.
- à **Material de Evaluación:** Son cuestionarios para evaluar las actividades una vez finalizada cada sesión y una hoja de evaluación final incluida en el Cuadernillo de actividades.

El programa “Imagina” está estructurado en 8 sesiones de aproximadamente una 1 hora y media ó 2 horas de duración, lo que suma unas 12-16 horas en total de forma aproximada, ya que la naturaleza del programa y sus actividades no permite determinar claramente su duración. Es aconsejable impartir una sesión semanal, aunque la duración de las sesiones y la frecuencia de las mismas son adaptables al grupo y a las circunstancias que le rodeen.



# Objetivos del programa

El programa está diseñado para cumplir el siguiente objetivo general a través de los siguientes objetivos específicos:

à **GENERAL:** Mejorar la calidad de vida de los participantes, fruto del trabajo para mejorar su autoestima e Imagen Corporal (En adelante abreviado como IC) realizado durante el programa *“Imagina”*.

à **ESPECÍFICOS:**

- Proporcionar información válida sobre los temas tratados y desterrar mitos asociados.
- Mejorar las relaciones sociales.
- Mejorar la Imagen Corporal (En adelante abreviado como IC).
- Aumentar la autoestima.
- Aprender a manejar las emociones.
- Desarrollar expectativas y metas para la vida cotidiana que sean realistas y satisfactorias.

Cada sesión tendrá sus propios objetivos y tratará de abordar un tema distinto dentro del ámbito de la imagen corporal. Esta distinción no es estricta ya que en ocasiones algunas actividades precederán a otras para reforzar sus conclusiones o predisponer al grupo hacia la reflexión.

Los temas y los objetivos principales de las sesiones son los siguientes:

· **SESIÓN 1: Presentación del programa y de la temática a trabajar, y fomento de la cohesión grupal**

- En esta sesión se desarrollarán actividades que pretenden introducir a los participantes al programa y a la temática de la Imagen Corporal (IC). Por otra parte también se pretende que los participantes *“rompan el hielo”* e interaccionen positivamente entre sí, algo de capital importancia para las siguientes sesiones.

- **SESIÓN 2: La Imagen Corporal: Cómo me veo, cómo me siento**
  - El objetivo es que los participantes sepan que es la IC y exploren la suya propia rompiendo viejos esquemas negativos que podrían tener de sí mismos.
- **SESIÓN 3: Influencia de los medios de comunicación en los valores sociales que se fomentan en la sociedad**
  - Se pretende que los participantes tomen conciencia de la influencia que ejercen los medios de comunicación como promotores de valores sociales, para que puedan tener una actitud crítica hacia sus imposiciones.
- **SESIÓN 4: Mitos y falsas creencias asociadas a la belleza, la alimentación y la vejez**
  - El objetivo de esta sesión es informar sobre la realidad de muchos mitos y creencias sociales que pueden influir negativamente en la vida cotidiana de los participantes.
- **SESIÓN 5: La autoestima**
  - El objetivo es mejorar la autoestima de los participantes al programa. En esta sesión se refuerzan las actividades destinadas a este fin, que también es uno de los objetivos principales del programa.
- **SESIÓN 6: Inteligencia emocional**
  - Se pretende profundizar con los participantes en este tipo de inteligencia, que es la que más correlaciona con la satisfacción con la vida, y ayudarles a ser más inteligentes emocionalmente.
- **SESIÓN 7: Reajuste de expectativas y objetivos de vida**
  - Se busca que los participantes reenfoquen sus objetivos y expectativas sobre sí mismos para hacerlos más realistas con sus vidas cotidianas y consigan plantearse metas alcanzables.
- **SESIÓN 8: Conclusiones y evaluación final**
  - El objetivo es extraer conclusiones personales sobre el programa y tomar conciencia del aprendizaje cognitivo y emocional que se ha desarrollado y que nos servirá en nuestra vida cotidiana. Por otra parte, la evaluación tiene como objetivo reflexionar sobre el programa en sí mismo para mejorarlo y hacer feedback de la propia adecuación del responsable del programa.

# Estilos de trabajo en el programa

Cada sesión se dividirá en una serie de actividades destinadas a lograr los objetivos planteados en la sesión. El número de actividades por sesión es muy variable ya que la duración de las mismas también lo es. Cada actividad se enfocará de forma distinta dependiendo de los tres estilos de trabajo que se contemplan en el programa.

Los tres estilos de trabajo son los siguientes:

- **Trabajo individual** Se ofrecerá a través de tareas de lectura, visión de vídeos y razonamiento en los que a los participantes se les hará reflexionar sobre aspectos sociales que le influyen en su vida cotidiana. Normalmente este trabajo se coronará de una de dos formas posibles, o a través de la exposición teórica del monitor o mediante la confrontación con los demás miembros del grupo con trabajos en equipo, debates o tareas de toma de decisiones.
- **Trabajo en equipo:** Se realizará a través de actividades en pequeños grupos (de 4 a 6 personas) o en gran grupo (normalmente debates y juegos), unas veces partirán del trabajo individual previo y otras tendrán al grupo como forma de trabajo único.
- **Exposiciones teóricas del monitor:** Servirán para informar y aclarar cuestiones necesarias para el desarrollo del programa. Normalmente se busca el propio "*insight*" del participante evitando en la medida de lo posible el estilo directivo en las sesiones, de tal forma que si alguna exposición se puede evitar o complementar con un debate con los miembros del grupo, el monitor deberá adaptarse a las circunstancias. Las exposiciones están colocadas en las sesiones para que surjan junto con las dudas de los participantes o sirvan para prepararles para las actividades posteriores. Debido al grupo social al que van dirigidas, la información teórica expuesta se ha simplificado para que personas de avanzada edad sean capaces de entender las cuestiones que se planteen fácilmente. Además, se presenta de una forma coloquial y cercana para que se aprecien con claridad las conexiones entre lo que se expone y sus vidas cotidianas, y se motiven e interesen en el programa.

# Esquema de actividades

Las actividades de cada sesión y su duración aproximada son las siguientes:

## **SESIÓN 1: Presentación del programa y de la temática a trabajar, y fomento de la cohesión grupal** (115 minutos)

- Actividad 1: Presentación del programa, del material de trabajo y del monitor (10 minutos).
- Actividad 2: “Mi media naranja” (20 minutos).
- Actividad 3: “¿Qué hace una chica como tú en un lugar como éste?” (20 minutos).
- Actividad 4: “Mi otro yo sería ...” (30 minutos).
- Actividad 5: “En línea” (15 minutos).
- Actividad 6: EXPOSICIÓN TEÓRICA: “La verdad” (15 minutos).
- EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES (5 minutos).

## **SESIÓN 2: La Imagen Corporal: Cómo me veo, cómo me siento** (105 minutos)

- Actividad 1: “Escala de satisfacción de zonas corporales” (40 minutos).
- Actividad 2: “Siluetas” (40 minutos).
- Actividad 3: EXPOSICIÓN TEÓRICA: “La Imagen Corporal” (20 minutos).
- EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES (5 minutos).

## **SESIÓN 3: Influencia de los medios de comunicación en los valores sociales que se fomentan en la sociedad** (110 minutos)

- Actividad 1: VÍDEO: “El Reto de la Libertad” (30 minutos).
- Actividad 2: EXPOSICIÓN TEÓRICA: “Los Estereotipos Sociales” (15 minutos).
- Actividad 3: EXPOSICIÓN TEÓRICA: “Medios de Comunicación y Publicidad” (15 minutos).
- Actividad 4: “Se vende...” (30 minutos).
- Actividad 5: “El Código Oculto” (15 minutos).
- EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES (5 minutos).

- **SESIÓN 4: Mitos y falsas creencias asociadas a la belleza, la alimentación y la vejez** (105 minutos)
  - Actividad 1: “Los Mitos de la alimentación” (45 minutos).
  - Actividad 2: “Mitos sobre la madurez” (30 minutos).
  - Actividad 3: DEBATE: “Los mitos sobre la belleza” (25 minutos).
  - EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES (5 minutos).
- **SESIÓN 5: La autoestima** (110 minutos)
  - Actividad 1: “Las dos caras de la moneda” (15 minutos).
  - Actividad 2: “Subirse a la parra” (45 minutos).
  - Actividad 3: “Grilla de autoestima” (30 minutos).
  - Actividad 4: EXPOSICIÓN TEÓRICA: “Queremos más” (15 minutos).
  - EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES (5 minutos).
- **SESIÓN 6: Inteligencia emocional** (105 minutos)
  - Actividad 1: “La Metáfora del amor” (15 minutos).
  - Actividad 2: EXPOSICIÓN TEÓRICA: “La inteligencia Emocional” (15 minutos).
  - Actividad 3: “Arriba el telón” (50 minutos).
  - Actividad 4: “Gente sin complejos” (20 minutos).
  - EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES (5 minutos).
- **SESIÓN 7: Reajuste de expectativas y objetivos de vida** (105 minutos)
  - Actividad 1: “La sopa de los porqués” (15 minutos).
  - Actividad 2: “La lavadora” (25 minutos).
  - Actividad 3: “La Balanza” 1º Parte (20 minutos).
  - Actividad 4: EXPOSICIÓN TEÓRICA: “Modelo Cognitivo de Ellis” (15 minutos).
  - Actividad 5: “La Balanza” 2ª Parte y final (25 minutos).
  - EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES (5 minutos).
- **SESIÓN 8: Conclusiones y evaluación final** (105 minutos)
  - Actividad 1: VÍDEO: “Cuerpos a la carta” (45 minutos).
  - Actividad 2: “Corazón con razón” (15 minutos).
  - EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES (5 minutos).
  - Actividad 3: EVALUACIÓN FINAL (10 minutos).
  - Actividad 4: “Debate Final” (20 minutos).
  - Actividad 5: Despedida y Cierre (10 minutos).

# La labor del monitor

El monitor es el elemento clave para el buen funcionamiento del programa y, en gran medida, el éxito o el fracaso del programa dependen de su labor. El monitor, antes de comenzar el programa debe estar convenientemente formado (Licenciatura en Psicología o Pedagogía recomendables) y debe conocer en profundidad este *"Manual del Monitor"*.

Las funciones del monitor del programa serán las siguientes:

- Presentar las actividades y garantizar su correcto cumplimiento por parte de todos los participantes.
- Solventar las dudas que presenten los participantes.
- Impartir las *"Exposiciones teóricas"* de forma clara y amena.
- Moderar la participación en debates y extracción de conclusiones a las actividades.
- Manejar el ritmo del programa, es decir, participación, horario, extracción de conclusiones, etc.

El monitor deberá tener en cuenta las siguientes cuestiones para abordar su labor en el programa:

- Antes de comenzar una sesión y una actividad deberá conocer perfectamente su funcionamiento, para ello deberá consultar y conocer previamente los cinco documentos de los que consta el programa *"Imagina"* (Manual de Monitor, Cuadernillo de Actividades, Láminas de trabajo, Transparencias de apoyo y Material de Evaluación).
- Para conocer el funcionamiento de algunas actividades será necesario tener en cuenta el Manual de Monitor, el Cuadernillo de Actividades, las Láminas de trabajo y las Transparencias de apoyo, ya que están interrelacionados, y la ausencia de alguno de ellos puede suponer lagunas a la hora de abordar la actividad.
- El primer día repartirá un cuadernillo de Actividades a cada participante y presentará las láminas de trabajo para las actividades que lo requieran.
- Al final de cada sesión pasará al grupo una hoja de evaluación de las actividades realizadas en ese día para que las evalúen en tres aspectos: Utilidad según los objetivos planteados, duración de la actividad y entretenimiento.

- El monitor debe apuntar sus propias impresiones sobre las cosas que se deben mejorar y aquellas que funcionan bien.
- El monitor, aunque no lo considere oportuno, debe realizar todas las actividades preparadas para cada sesión en el orden establecido, si alguna no funcionara bien se mostrará al coordinador del proyecto para un futuro cambio. Es muy importante, por lo tanto, que controle la temporalidad de las actividades.
- Se debe prestar especial atención al estado de ánimo de los participantes, por lo que el programa deberá tener cierto dinamismo para que todos disfruten con su participación.
- El monitor fomentará la participación activa de todos los participantes, evitando que algunos de ellos queden marginados o marginen al resto.

# Análisis en profundidad de las actividades

En este apartado se tratará de abordar el proceso necesario para impartir las actividades de forma correcta por parte del monitor. Se especificarán los pasos necesarios, actividad a actividad, y sesión a sesión, siguiendo el orden cronológico de impartición en el curso. Para que la información sea completa y clara se seguirá la siguiente estructura para presentar la información necesaria.

Estructura de información sobre las sesiones:

- 1. Título de la sesión:** Se refleja de qué sesión se trata, el orden en el que se imparte y el tema al que se dedica la sesión.
- 2. Objetivos de la sesión:** Qué se pretende conseguir en los participantes con esta sesión.
- 3. Duración de la sesión:** Tiempo aproximado de duración de la sesión.
- 4. Material necesario:** Se especifica el material que se va a utilizar en la sesión.
- 5. Nº de actividades:** De cuántas actividades consta la sesión para lograr los objetivos planteados.
- 6. Descripción de las actividades:**
  - Duración: Duración aproximada de la actividad.
  - Material necesario: Se especifica el material que se va a utilizar en la actividad.
  - Procedimiento: Se da instrucciones precisas de qué hacer para desarrollar la actividad de forma correcta.



# 1ª SESIÓN

**1. Título:** SESIÓN I: Presentación del programa y de la temática a trabajar, y fomento de la cohesión grupal.

**2. Objetivos de la sesión:**

- Introducir a los participantes en el programa: Horario, monitor, objetivos, estilo de trabajo, etc.
- Fomentar la interacción social entre los participantes, siendo ésta amena y positiva.
- Fomentar la cohesión grupal entre los participantes.
- Motivar a los participantes a continuar en el programa hasta su término.
- Facilitar la participación activa en el programa de todos los miembros del grupo.
- Introducir a los participantes en la temática del programa y fomentar el interés en la profundización en los temas relacionados con la IC.

**3. Duración de la sesión:** 115 minutos.

**4. Material necesario:**

- Sesión I del Cuadernillo de Actividades.
- Cartulinas recortables (una por cada dos participantes).
- Transparencias de la Sesión I.
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

**5. Nº de actividades:** 6 + evaluación de actividades.

**6. Descripción de las actividades**

## Actividad 1. Presentación del programa, del material de trabajo y del monitor

**DURACIÓN:** 10 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- No es necesario ningún material.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se realizará una presentación del programa en el que deben quedar claros los siguientes puntos:
  - Objetivos del programa:



2. El monitor recortará las cartulinas por la línea que forma el corazón.
3. El monitor recortará cada corazón por la mitad de forma aleatoria y todos diferentes, de tal forma que cada medio corazón sólo coincidirá con su pareja.
4. Se reparten medios corazones a cada participante, cada participante se levantará y comparará su mitad con las mitades de los demás participantes con el objetivo de completar su corazón.
5. Una vez que encuentren a su medio corazón, lo rellenarán con los datos de la otra persona: Nombre, comida favorita, etc.
6. Cuando todos hayan terminado, cada participante presentará su pareja al gran grupo (todos los participantes).

### Actividad 3. ¿Qué hace una chica como tú en un lugar como éste?

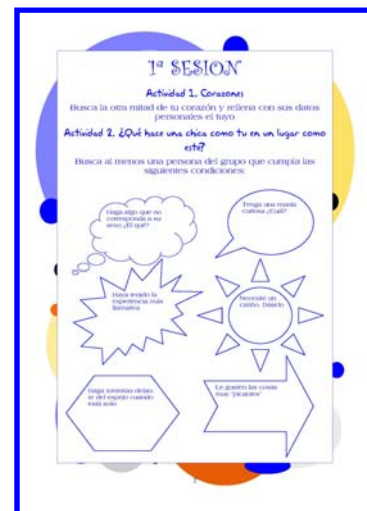
**DURACIÓN:** 20 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 2 del cuadernillo de Actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Cada participante debe buscar una persona en el grupo que cumpla los requisitos de cada recuadro. Para ello se levantará de su asiento e irá preguntándole a sus compañeros uno a uno por aquellas cuestiones que debe responder en cada recuadro.
2. Se realiza una puesta en común en gran grupo, para ello el monitor preguntará por cada cuestión que aparece en las viñetas para ver quién es el que tiene manías curiosas, quién *"hace bobadas delante del espejo"*, etc. NOTA: El monitor no debe especificar a que se refería con lo de "cosas picantes"



### Actividad 4. Mi otro yo sería...

**DURACIÓN:** 30 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 3 del cuadernillo de actividades.
- Transparencias de la actividad.

**PROCEDIMIENTO:**

1. El monitor presenta unos dibujos de animalitos en transparencias y cuenta pequeñas cosas de cada uno, que tienen relación con rasgos generales de personalidad comunes en nuestra sociedad. Los participantes deben identificarse con alguno de ellos por la personalidad del animalito mostrada en la historia, no por su afinidad personal al animal auténtico, y rodearlos con un círculo en su cuadernillo. Si alguien necesita identificarse con más de uno podrá hacerlo, pero nunca más de tres. NOTA: Si fuera necesario el monitor resumirá las características del animal al grupo, son aquellas subrayadas en las historias, o incluso lo leerá dos veces si fuera necesario.



2. Uno por uno dirán con que animal se han identificado y por qué. Los demás podrán hacer preguntas y observaciones. Las pequeñas historias son las siguientes:
- **OSO:** Soy el oso del bosque, todos me temen porque soy fuerte, pero en el fondo soy cariñoso y simpático.
  - **PERRO:** Soy el perro, amigo fiel y el compañero en el que puedes confiar porque nunca falla.
  - **ZORRO:** Soy el zorro, siempre utilizo mi astucia cuando se tuercen las cosas y consigo salir de las situaciones más embarazosas.
  - **GATO:** Soy el gato, soy independiente y capaz de conseguir lo que necesito por mi mismo, por lo que no suelo molestar a nadie.
  - **TORTOLITO:** Soy un tortolito, el animal más feliz porque el amor invade mi vida e inunda todo lo que hago.
  - **HORMIGA:** Soy la hormiga, trabajo, trabajo, trabajo y así mantengo a los míos a salvo, nunca desfallezco.
  - **LECHUZA:** Soy la lechuza, vivo más de noche que de día y lo sé todo porque soy una gran observadora.
  - **CAMALEÓN:** Soy el camaleón, allá donde voy consigo adaptarme a la situación que haya o pasar desapercibido si me lo propongo.
  - **PAVO REAL:** Soy el pavo real, el más coqueto de los animales, siempre estoy bien arreglado para que los demás me vean.
  - **LORO:** Soy el loro, el más sociable, tengo muchos amigos y nunca se aburren conmigo.
  - **TORTUGA:** Soy la tortuga, nunca llevo prisa pero siempre consigo hacerlo todo bien y rápido, ya que soy muy eficaz.
  - **MONO:** Soy un mono, el alma de la fiesta en la selva, mi sola presencia hace las fiestas divertidas.
  - **LEÓN:** Soy el león, el más valiente de la selva y por eso los míos confían en mí, ya que nunca me escondo.
  - **LINCE:** Soy el lince, soy capaz de ver las cosas antes que nadie y por eso me anticipo a los demás y veo oportunidades cuando los demás no las ven.

### Actividad 5. En línea

**DURACIÓN:** 15 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Páginas 4 y 5 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Cada participante leerá en solitario el texto que se presenta en el cuadernillo que trata sobre los productos *"light"*, productos muy relacionados con la preocupación por el aspecto físico.
2. Después de la lectura responderán en solitario a las cuestiones planteadas en su cuadernillo de actividades.
3. Se realizará una exposición general de las respuestas de los participantes.
4. El monitor comentará en gran grupo las respuestas de los participantes y los participantes justificarán sus respuestas.
5. Una vez que se planteen muchas dudas respecto a los productos destinados a adelgazar, el monitor realizará la exposición teórica de la siguiente actividad.

### Actividad 6. La Verdad

**DURACIÓN:** 15 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 5 del cuadernillo de actividades.
- Transparencias de la actividad.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se imparte la siguiente exposición teórica con la ayuda de la transparencia correspondiente y enriqueciéndola con ejemplos y opiniones de participantes:

EXPOSICIÓN TEÓRICA: "La verdad sobre los productos destinados a ayudarnos a adelgazar"

Cómo hemos visto en el anterior ejercicio, *"no es oro todo lo que reluce"*, hay muchos productos en el mercado que se aprovechan del deseo de muchas personas de perder peso. Pero ¿Qué hay de cierto y de fraudulento en los cientos de productos dirigidos a adelgazar en el mercado? La mejor forma de descubrirlo es describir el funcionamiento que siguen en nuestro organismo y diferenciar cuáles de ellos pueden ser peligrosos. Dividiremos esos productos en los siguientes tipos:

- Productos Light.
- Diuréticos.
- Laxantes.

- Saciantes.
- Productos que disminuyen la absorción de grasas.
- Dietas milagro.

Productos Light: Dentro de esta denominación se engloba a los productos que contienen aproximadamente un 30% menos de calorías que el producto normal, para ello se hace necesario cambiar los ingredientes o la forma de cocinar, por lo que en ocasiones se acaban convirtiendo en un producto que poco se parece al original (p. ej. La mayonesa Light). No adelgazan y su consumo no está relacionado con la pérdida de peso en ningún estudio, sino todo lo contrario. Es habitual que los que consumen productos Light engorden debido a que suelen consumir más cantidad del producto al verse protegidos por la “*aureola Light*”. Normalmente cuando una persona consume un producto con muchas calorías, procura consumir poca cantidad, pero cuando consume su equivalente Light consume más del doble de lo que lo haría del producto normal. Por otra parte, en los refrescos Light sí que se da la circunstancia de que son productos sin calorías, por lo que realmente cumplen la expectativa de ser productos sin calorías.

Productos diuréticos: La función de estos productos es la de favorecer la eliminación renal de agua y electrolitos, y no la de materia grasa, que es el auténtico problema en caso de sobrepeso y obesidad. Están indicados para trastornos renales y otras enfermedades asociadas a retención de líquidos como hipertensión, siempre bajo el control de un profesional cualificado. Los diuréticos no están exentos de efectos secundarios y si se administran de forma continuada sin control producen: desequilibrio hidro-electrolítico, asociado a pérdidas importantes de sodio, potasio y agua; deshidratación, debilidad, cansancio, insomnio, cambios de humor y de la conducta, taquicardias, etc.

Laxantes: Son preparados que estimulan el peristaltismo intestinal o que aumentan el volumen o la fluidez de las heces, es decir, facilitan la evacuación digestiva. Su empleo sólo está indicado en caso de estreñimiento y aún así, siempre bajo control profesional y sólo cuando, habiendo modificado los hábitos de alimentación y de higiene de vida, no se haya conseguido solucionar el problema. No todos los laxantes tienen el mismo mecanismo de acción y por tanto, sus usos serán distintos. Algunos de ellos son muy irritantes para la mucosa del tracto intestinal y su administración prolongada, o la toma de dosis superiores a las indicadas, dañarían de forma irreversible la mucosa del intestino grueso. Se altera la funcionalidad del colon, el intestino se vuelve perezoso y se produce estreñimiento crónico o éste se acentúa. Además pueden originar desequilibrio en el balance de agua y de electrolitos, desnutrición, arritmias y pérdidas importantes de potasio, de gravísimas consecuencias para la salud.

Saciantes: Están de moda actualmente en nuestra sociedad. Son productos que contienen fibra (soluble o insoluble) y cuyo objetivo es reducir el apetito y la ingesta de alimentos. La fibra soluble forma un gel cuando entra en contacto con el agua y a nivel del estómago produce distensión gástrica y sensación de saciedad. El abuso de estos productos puede causar problemas de mala digestión, deficiencia en la absorción de nutrientes e interaccionar con algunos fármacos si se toman simultáneamente. Con frecuencia surgen problemas

gástricos, diarreas, dolor abdominal o flatulencia, e incluso ansiedad, insomnio, etc. Algunos de estos preparados son muy ricos en yodo, pudiendo dar lugar a un hipertiroidismo. No son adecuados para personas con afecciones digestivas, para quienes se medican por trastornos de la glándula tiroides, ni para quienes no están habituados a dietas ricas en fibra.

Productos que disminuyen la absorción de grasas: Se suelen publicitar con mensajes del tipo *"productos quema grasa"*, *"que queman la grasa de la cintura y de las pistoleras"*, etc. La gran mayoría carecen de fundamento y de ningún estudio científico serio que avale sus resultados. Los diseñadores de estos productos alegan que algunos de ellos aumentan la secreción de enzimas que participan en la digestión de las grasas. Esto NO quiere decir que por ello se vaya a eliminar grasa del organismo, tal y como aparece en la publicidad de sus anuncios. Además de que resultan inefectivos en relación con el objetivo que plantean, su abuso puede provocar diversas alteraciones graves, según la salud de la persona, los componentes del preparado, la dosis y el periodo de aplicación del tratamiento.

Dietas milagro: Tienen nombres pintorescos como *"la dieta de la alcachofa"* o *"la dieta del albaricoque"*, y pese a la gran publicidad que reciben en prensa, éstas no existen o carecen de fundamento. Se suelen basar en la utilización de un producto natural como reclamo que supuestamente tiene cualidades diuréticas, laxantes o quema grasas, pero lo que realmente las hace funcionar o fracasar es la fuerza de voluntad de la persona que realiza la dieta. Pueden ser peligrosas porque suelen hacerte abusar de un producto y provocarte problemas intestinales o digestivos, o pueden ser restrictivas en algún elemento de la dieta que es importante para una nutrición sana y equilibrada.

La única forma de adelgazar, a la vez sencilla y complicada, es que tú organismo consuma más calorías de las que reciba a lo largo de un periodo de tiempo más o menos prolongado. Las formas de conseguirlo pueden ser variadas pero ninguno de esos productos será la clave. La clave deberían serlo dos conceptos: RESPONSABILIDAD Y FUERZA DE VOLUNTAD. Con responsabilidad nos estamos refiriendo a que no vale todo, nuestro cuerpo necesita de los nutrientes, en todas sus formas, y no podemos carecer de algunos de ellos. Con fuerza de voluntad nos referimos a que se trata de cambiar hábitos de vida y eso se consigue con constancia y disciplina.

## EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

**DURACIÓN:** 5 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Hojas de evaluación de la sesión.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se reparten las hojas de evaluación para que los participantes respondan individualmente.
2. Una vez todos hayan terminado se recogerán los cuestionarios.



# 2ª SESIÓN

**1. Título:** SESIÓN II: Imagen Corporal: Cómo me veo, cómo me siento.

**2. Objetivos de la sesión:**

- Proporcionar información verídica y útil sobre la imagen corporal.
- Reconocer y modificar la imagen corporal negativa de los participantes.
- Combatir complejos relacionados con algunas partes del cuerpo.
- Desconformar las teorías catastrofistas sobre el aspecto de los participantes.
- Apreciar diferencias entre la imagen corporal percibida por uno mismo y por los demás.
- Proporcionar información sobre ideales sociales de belleza de hombres y mujeres y cómo nos afectan.

**3. Duración de la sesión:** 105 minutos.

**4. Material necesario:**

- Sesión II del Cuadernillo de Actividades.
- Transparencias de la Sesión II.
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

**5. Nº de actividades:** 3 + evaluación de actividades.

**6. Descripción de las actividades**

## Actividad 1. Escala de satisfacción con zonas corporales

**DURACIÓN:** 40 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Páginas 6 y 7 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Cada participante rellenará en solitario su escala.
2. Se juntarán en pequeños grupos y comentarán las puntuaciones, haciendo énfasis en las puntuaciones muy bajas. Se pretende que los compañeros de grupo muestren la realidad de la preocupación por una parte de su aspecto a esa persona rechazando ideas catastrofistas del tipo: "Mis nalgas son tan grandes que estropea todo mi cuerpo". El monitor deberá ayudar a los grupos a realizar tales apreciaciones en los grupos.



3. Cada grupo comentará en gran grupo sus impresiones.
4. Se extraerán conclusiones de la actividad en gran grupo y si se cree conveniente se fomentará el debate en el grupo.

## Actividad 2. Siluetas

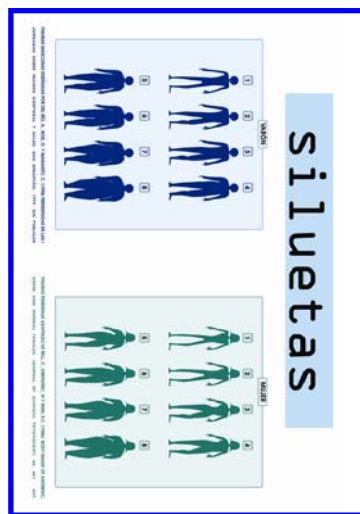
**DURACIÓN:** 40 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Páginas 7 y 8 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Cada participante responderá a las cuestiones basándose en las siluetas presentadas.
2. Se comentarán los resultados en pequeños grupos para que contrasten opiniones y aprecien la diversidad.
3. Se comentarán los resultados en gran grupo haciendo estadísticas de los apartados más interesantes: Figuras normales, figura ideal, figura que más gusta al sexo contrario.
4. El monitor ayudará al grupo a extraer las conclusiones de la actividad que crean adecuadas según los objetivos de la sesión.



## Actividad 3. EXPOSICIÓN TEÓRICA: La Imagen Corporal

**DURACIÓN:** 20 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Transparencias de la actividad.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se imparte la siguiente exposición teórica con la ayuda de la transparencia correspondiente y enriqueciéndola con ejemplos y opiniones de participantes:

### EXPOSICIÓN TEÓRICA: La Imagen Corporal

— Preguntar al grupo — ¿Qué es la Imagen Corporal (IC)? ¿A qué os suena? — El grupo relacionará la IC con el aspecto físico y la opinión que sueles tener de él — Se les aporta la diferencia entre IC y aspecto físico con el dibujo que se muestra en la **1ª transparencia de la actividad**, la figura de la izquierda sería el aspecto físico de una persona, y la figura de la derecha sería como ve su físico a través de su IC si le preocupan mucho sus orejas.

Lo cierto es que aún hoy en día no hay consenso científico a la hora de definir concretamente qué es la Imagen Corporal (IC). La principal dificultad para encontrar una definición que guste a todos se presenta por la necesidad de explicar con esa definición como funciona la IC en todas las personas. Por qué algunas personas desarrollan problemas asociados con la imagen corporal, como la anorexia y bulimia nerviosa o el trastorno dismórfico, y otras en cambio, en similares circunstancias reaccionan de formas completamente distintas. La IC es un concepto muy complejo, multifactorial, que se ve muy influenciado por aspectos tan diversos como las emociones, la autopercepción del cuerpo, los pensamientos, la personalidad, la historia vital de la persona, el entorno, las actitudes, etc. Muchos científicos se han esforzado en crear fórmulas y diagramas en los que combinan estos y otros factores para conseguir determinar qué es la IC exactamente y como se forma en cada persona. Pero en vez de entrar en ese debate, que no vamos a poder solucionar, usaremos la definición de IC que más se ajusta a nuestras vidas cotidianas y al trabajo que vamos a realizar durante este programa, es decir, tomaremos una definición clara y funcional.

Definiremos la Imagen Corporal (IC) como: *“Conjunto de ideas, autopercepciones, pensamientos, sentimientos y acciones referentes al propio cuerpo, principalmente a su apariencia.”* Estas ideas, autopercepciones, pensamientos, sentimientos y acciones se engloban dentro de dos dimensiones:

- Dimensión perceptiva: Estimación que hacemos del tamaño de nuestro cuerpo.
- Dimensión actitudinal: Emociones, sensaciones y pensamientos que asociamos a nuestra apariencia corporal

Es decir, usando palabras coloquiales, la imagen corporal sería todo aquello que pensamos, sentimos y hacemos sobre nuestra apariencia, que nos hace percibir nuestro aspecto a nuestro modo y vivirlo a nuestro estilo. — En este momento el monitor debe ayudar al grupo entender la definición aclarar las dudas que presenten —

De la definición de IC aportada podemos destacar varias cuestiones:

- Esa percepción de nuestro cuerpo puede ser más o menos exacta con la realidad dependiendo de cómo somos y lo que hemos vivido. Esto significa que la relación entre IC y el aspecto real es indirecta, el filtro seríamos nosotros.
- Esa percepción la comparamos con gustos y preferencias sociales y le damos un valor más o menos positivo o negativo dependiendo de cómo quedemos en la comparación.
- La opinión que nos despierte nuestro aspecto determinará la vivencia que tengamos de nuestra apariencia y cómo nos comportemos.
- Se puede apreciar como la gente que nos rodea puede reforzar o debilitar nuestras ideas acerca de nuestra apariencia.

De las cuestiones anteriores también se vislumbran algunos de los problemas asociados que podemos desarrollar relacionados con la IC: — Preguntar al grupo si alguien los aprecia —

- Uno de los más evidentes es que la IC no tiene relación directa con el aspecto físico, sino más bien una relación indirecta. Por lo que no existe un físico determinado que nos libre de la preocupación por nuestro aspecto, con lo que el cambio de aspecto, ya sea a través de ropa, peinados, o incluso cirugía estética, puede no resolver el problema.
- Depende de la personalidad de la persona y de su estado anímico. P.ej: no es igual para personas aprehensivas o perfeccionistas, y la personalidad es un factor muy difícil de modificar.
- Otro problema es que los ideales de belleza sociales crean un molde sobre el que basarse sobre el que no ejercemos control.
- No es confirmable: Es difícil que cualquier persona llegue a contrastarlo, por vergüenza, por miedo a la confirmación de los temores, etc.
- Otro problema asociado es lo que se conoce como “**Sesgo confirmatorio**”: El sesgo confirmatorio es un error del pensamiento que dice que si un pensamiento se confirma una sola vez siempre será cierto. El pensamiento científico por el contrario postula que si una afirmación se rechaza una sola vez esa afirmación no es cierta. Es decir, si un desaprensivo nos llama gordos nos afecta por el sesgo confirmatorio y nos hace pasarlo mal cuando esa opinión es una entre un millón y con que otra persona pensara lo contrario esa afirmación dejaría de ser cierta.
- Otros. — Consultar al grupo —

Visto esto resulta muy sencillo darse cuenta por qué la mayoría de las personas desarrollan una IC negativa (-) mucho más que una IC positiva (+), incluso gente que objetivamente tiene un aspecto envidiable, y se justificaría así el considerable aumento de la cirugía estética, los alimentos dietéticos, los productos de belleza, la anorexia y la bulimia, problemas emocionales asociados a la madurez, etc.

Normalmente los problemas asociados a la IC se suelen relacionar con la adolescencia, ya que es el grupo social donde más y más severos problemas asociados a la imagen corporal se dan. — Preguntar al grupo — ¿Creéis que es un problema exclusivo de ellos?

Durante la adolescencia se realiza la iniciación a la vida adulta. Los adolescentes se enfrentan por primera vez en su vida a situaciones sociales complejas ante las cuales todavía no tienen la experiencia adecuada para afrontarlas. Por ejemplo: Interés por el sexo contrario, competitividad, etc. Estas situaciones producen que a algunos de ellos les cueste adaptarse y desarrollen problemas graves como la anorexia y bulimia — Si hay desinformación o interés al respecto se explicará en que consisten —

Cuando una persona madura gana en inteligencia y experiencia para afrontar las situaciones sociales más importantes, pero, — Preguntar al grupo — ¿Eso significa que las personas adultas no presentan problemas relacionados con la IC? ¿Por qué?

Cuando una persona madura no solamente gana en experiencia e inteligencia, también se le añaden ciertas circunstancias que complican su situación y que podrían crearle problemas nuevos. Por ejemplo:

- Los patrones de belleza son patrones jóvenes.
- El cuerpo cambia con la edad y se aleja constantemente de ese patrón de belleza.
- Las circunstancias sociales cambian y nos metemos en roles nuevos (abuelos, hijos independientes, jubilación, etc.).
- Preconcepciones sobre la forma de actuar de las personas de nuestra edad condicionan nuestra forma de actuar (asumimos los roles y actividades que creemos deben hacer la gente de nuestra edad).
- Otros.— Consultar al grupo —

Estas nuevas circunstancias suelen condicionar a la persona y pueden llegar a afectarle. Quizás estos problemas no son tan alarmantes como la anorexia y bulimia de la adolescencia, pero sí que pueden causar problemas como los siguientes:

Consecuencias de una IC— durante la madurez:

- La persona deja de hacer ciertas actividades sociales que le gustan (P. Ej.: salir a bailar, ir a la piscina, etc.), por el miedo a el *“¿Qué dirán?”*.
- Su forma de actuar con los demás cambia y su frecuencia se reduce.
- Deja de sentirse “guapa” más a menudo.
- Cambia la forma de vestir y arreglarse para disimular supuestos defectos físicos.
- Otros. — Consultar al grupo —

Todas estas conductas hacen que se reduzcan de una manera pronunciada las actividades que le hacen tener una vida satisfactoria y que le ayudan a salir adelante en malos momentos. La persona se vuelve más frágil psicológicamente, lo que puede repercutir en su salud de alguna forma:

- Infartos y problemas vasculares (debido a la reducción de actividades).
- Problemas emocionales (depresión, ansiedad y estrés, distimia).
- Cáncer y tumores (guardan una importante relación con el aspecto anímico).
- Infecciones de tipo vírico (el estado de ánimo negativo reduce las defensas del organismo).

Muchos de los problemas físicos y anímicos de la madurez tienen relación con la IC aunque sea de una forma latente. Con esto no digo que una IC positiva sea la solución a los males, ni que una IC negativa provoque enfermedades como el cáncer. Simplemente pretendo decir que *una IC positiva es un factor importante de calidad de vida*, ya que una persona con una IC negativa es más frágil para multitud de problemas asociados. Las personas actuamos como “esponjas” en las que todo lo bueno o malo tiene reflejo, de ahí su importancia.

Preguntar al grupo — ¿Cómo fomentar una IC positiva en la vejez?

La mejor forma de combatir la IC es combatir sus debilidades y fortalecer nuestros recursos para hacerle frente a una IC negativa. — Preguntar al grupo recordando la definición de IC — ¿A qué nos estamos refiriendo?

Posibles formas de mejorar la IC:

- Una debilidad de la IC negativa es que se basa en pensamientos, o sentimientos que no se contrastan con la realidad, así que en algunos casos conocer la verdad podría ayudar.
- Otra forma podría ser ejercer control sobre los patrones de belleza sociales que interiorizamos y adecuarlos a nosotros.
- Mejorar las habilidades sociales asociadas al atractivo físico y sexual.
- Romper los prejuicios ante la madurez y la belleza.
- Aportar información verídica sobre la belleza y temas asociados a ella como la alimentación, la moda, etc.
- Mejorar la autoestima.
- Mejorar nuestro manejo de las emociones.
- Reforzar las relaciones sociales positivas.
- Otros. — Consultar al grupo —

Todos estos factores, y algunos otros que no se han apuntado aquí, se combatirán a través de este programa. A vosotros os toca ahora valorar si este programa consigue de verdad su objetivo principal o no.

## EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

**DURACIÓN:** 5 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Hojas de evaluación de la sesión.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se reparten las hojas de evaluación para que los participantes respondan individualmente.
2. Una vez todos hayan terminado se recogerán los cuestionarios.

# 3ª SESIÓN

**1. Título:** SESIÓN III: Influencia de los medios de comunicación en los valores sociales que se fomentan en la sociedad.

**2. Objetivos de la sesión:**

- Mostrar la manipulación de la realidad que utiliza la publicidad y los medios de comunicación para lograr sus objetivos.
- Fomentar la visión crítica de los participantes a su entorno, que no se conviertan en “esponjas” de lo que les rodea.
- Conocer la influencia ejercida sobre la sociedad por patrones de belleza artificiales.
- Conseguir que los participantes tomen cierta distancia hacia las exigencias de los patrones ideales de belleza de la sociedad.

**3. Duración de la sesión:** 110 minutos.

**4. Material necesario:**

- Sesión III del Cuadernillo de Actividades.
- Transparencias de la Sesión III.
- Vídeo: “El reto de la Libertad” 15 primeros minutos.
- Anuncios de revistas recortados previamente por su interés para la actividad “*El código oculto*”
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

**5. N° de actividades:** 5 + evaluación de actividades.

**6. Descripción de las actividades**

## Actividad 1. Vídeo: El Reto de la Libertad

**DURACIÓN:** 30 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Vídeo: “El reto de la Libertad” 15 primeros minutos.
- Página 9 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. El monitor proyecta un fragmento del vídeo “*El reto de la libertad*” en el que se hace evidente la manipulación de la información en la TV. El fragmento constituye los primeros 15 minutos del vídeo, donde se

- fragmento constituye los primeros 15 minutos del vídeo, donde se muestra la manipulación que se hace de la publicidad para hacer más atractivos los anuncios en venta.
2. El grupo comenta lo que le más le ha llamado la atención del vídeo a través de las cuestiones planteadas en el cuadernillo.
  3. Se realiza una puesta en común en gran grupo y debate posterior sobre el tema expuesto.

## Actividad 2. EXPOSICIÓN TEÓRICA: Estereotipos sociales

**DURACIÓN:** 15 minutos .

**MATERIAL NECESARIO:**

- Transparencias de la actividad.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se imparte la siguiente exposición teórica con la ayuda de la transparencia correspondiente y enriqueciéndola con ejemplos y opiniones de participantes:

### EXPOSICIÓN TEÓRICA: Estereotipos sociales

Un modelo social de belleza es un patrón de persona, incluyendo forma del cuerpo, forma de vestir y forma de actuar, que debe resultar atractivo a la mayoría de personas de una sociedad. Este patrón suele representar las cualidades más valoradas de una sociedad y debe ser un modelo al cual fijarse de la juventud.

En nuestra sociedad, por multitud de razones que después veremos, esto ha sido modificado sustancialmente, enfatizando más la importancia de unos aspectos de este patrón sobre otros. — Preguntar al grupo — ¿Cuál es nuestro modelo de belleza? ¿Siempre ha sido el mismo? ¿Es igual en todo el mundo?

Este modelo actual de belleza de nuestra sociedad, aunque no lo parezca, ni es estable en el tiempo, ni es el mismo para todo el mundo. Nuestro ideal de belleza actual deriva de un modelo que representaba a hombres fuertes y mujeres con curvas con buena capacidad de ser madres. El modelo pretendía enseñar a la sociedad quiénes eran los individuos más útiles para la supervivencia al grupo. Después de siglos de evolución los patrones han variado mucho como se puede apreciar en imágenes de cine, TV o fotos antiguas.

Este patrón, que solemos reconocer, es exclusivo de nuestra sociedad, en otras culturas y religiones es distinto, lo que ocurre es que este proceso de globalización gracias a las nuevas tecnologías (Internet, satélite, cine, etc.) está provocando que se unifiquen mucho los patrones de belleza.

— Preguntar al grupo — ¿La unificación de los patrones de belleza es bueno, o es malo? Esta pregunta no tiene respuesta ya que es bueno y malo a la vez.

Motivos por los que es bueno:

- Los modelos de belleza dejan de ser raciales y pasan a ser accesibles para todas las razas.
- Una persona puede llegar a saber lo que se espera de ella en cualquier lugar del mundo.
- Se facilita la comunicación e el entendimiento entre diferentes culturas.
- Otros

Motivos por los que es malo:

- Algunas razas quedan desfavorecidas.
- El modelo de belleza choca con determinadas tradiciones de ciertas culturas.
- Muchas culturas pierden parte de su riqueza artística, cultural, etc.
- Otros.

Existen muchas diferencias en las diferentes sociedades respecto a la preocupación por el aspecto. Existen culturas en las que la belleza está ligada exclusivamente al hombre, otras a la mujer, otras asociadas a los adolescentes, otras a jóvenes, otras la asocian a las curvas otras a la ausencia de curvas, etc. En algunas sociedades la belleza debe desaparecer con el matrimonio, otras con la presencia de hijos, etc.

Si hablamos de nuestra sociedad actual, los patrones de belleza han variado mucho en los últimos 40 años. Comparativa entre ambos patrones de belleza:

| MODELOS DE BELLEZA         |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| AÑOS 60                    | ACTUALIDAD               |
| JUVENTUD                   | ADOLESCENCIA             |
| CURVAS                     | DELGADEZ EXTREMA         |
| IMPORTANCIA DEL ROSTRO     | IMPORTANCIA DE LA ALTURA |
| PECHO VOLUMINOSO           | AUSENCIA DE PECHO        |
| POBLACIÓN CERCANA (40-60%) | POBLACIÓN CERCANA (3-5%) |

Varias causas se pueden considerar responsables de este cambio:

- Incorporación de la mujer al mundo laboral.
- Influencia de los países nórdicos.
- Retraso en la edad de tener hijos
- Influencia de la moda en la sociedad
- Obsesión por la salud
- Otros.



— Preguntar al grupo — Contando con estos datos ¿Se podría considerar que el patrón de belleza sigue siendo el “útil” para la sociedad ya que son las delgadas y jóvenes las mujeres que más se podrían adaptar a una sociedad competitiva? — Se montará un pequeño debate en el grupo en el que el monitor fomentará la posición menos elegida por los participantes —

Pese a todos estos factores, los motivos del cambio son en su mayoría desconocidos. El cambio se ha debido a múltiples factores que interactúan entre sí y que han dado este resultado aunque gran parte de la responsabilidad recae en 3 grupos íntimamente relacionados:

- Medios de comunicación
- Publicidad
- Mundo de la moda

### Actividad 3. EXPOSICIÓN TEÓRICA: Medios de Comunicación y publicidad

**DURACIÓN:** 15 minutos

**MATERIAL NECESARIO:**

- Transparencias de la actividad.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se imparte la siguiente exposición teórica con la ayuda de la transparencia correspondiente y enriqueciéndola con ejemplos y opiniones de participantes:

#### EXPOSICIÓN TEÓRICA: Medios de Comunicación y publicidad

Como decíamos en el anterior apartado, tres son los factores más importantes de cambio en los patrones de belleza (medios de comunicación, publicidad y mundo de la moda) y seguidamente pasaremos a describirlos:

#### Medios de comunicación:

Aquellos medios de comunicación que se basan en la imagen (TV, prensa) son grandes promotores y creadores de modelos sociales. Su objetivo es transmitir y vender información (y no necesariamente por este orden). Para ello saben perfectamente que una imagen vale más que mil palabras y por ello abusan de la imagen. Utilizan los modelos de belleza para llamar la atención de los usuarios de sus productos y consiguen tiranizar los modelos de belleza. P. ej.: Vemos tantas veces los patrones de belleza en TV que se nos olvida cuáles son los que nos gustan de nuestro entorno. P. Ej.: Gustan más los ojos azules pese a ser menos frecuentes porque en TV son mayoría. Pensamos antes en la maldad de los feos porque así nos lo muestran en TV, etc.

#### Publicidad:

Utilizan los patrones de belleza de un modo similar a los medios de comunicación de los que se sirven pero ponen más énfasis, si cabe, en la belleza, debido a que deben simplificar más el mensaje y ser más directos. Además asocian de forma intensa belleza con éxito, dos cosas que tienen muy

poco que ver. La publicidad nos bombardea constantemente y nos termina afectando de forma inconsciente o de base a largo plazo.

#### Mundo de la moda:

Pretendiéndolo o no, marcan las tallas y las figuras socialmente bellas de las personas. No sólo dictan la ropa que ha de llevarse una temporada sino que dictan como ha de ser la persona que las lleve. Consiguen potenciar más si cabe, las tendencias de belleza de la sociedad. Recientemente se han manifestado los diseñadores de moda diciendo que ellos solamente son reflejo de las tendencias sociales, no creadores las mismas. — Preguntar al grupo — ¿El mundo de la moda crea tendencias o se basa en las tendencias sociales para expresarse?

Recientemente se han manifestado los diseñadores de moda diciendo que ellos solamente son reflejo de las tendencias sociales, no creadores las mismas. — Preguntar al grupo — ¿El mundo de la moda crea tendencias o se basa en las tendencias sociales para expresarse?

#### Conclusiones:

— Preguntar al grupo — ¿Alguien sabe que tienen en común medios de comunicación, publicidad y mundo de la moda?

La respuesta es: **VENDER.**

Vender es el auténtico objetivo de todos ellos, lo único que pretenden. Se ayudan de nuestros gustos para hacerse atractivos a la sociedad y provocar el **CONSUMO**. Buscan crear necesidades, por eso modifican las modas, la alimentación que consumimos, etc. No se puede saber a ciencia cierta si son los creadores del modelo actual de belleza, pero lo que sí se sabe es que aceleran el proceso a un ritmo vertiginoso y por ello el modelo social de belleza ha cambiado más en los últimos 50 años que en los últimos 5 siglos anteriores.

### Actividad 4. Se vende ... (Publicidad en revistas)

**DURACIÓN:** 30 minutos

#### **MATERIAL NECESARIO:**

- Páginas 10 y 11 del cuadernillo de actividades.

#### **PROCEDIMIENTO:**

1. El monitor junta en grupos de 4 a 6 personas a los participantes, estos observarán detenidamente los anuncios de publicidad de su cuadernillo de actividades.
2. Cada grupo analizará los anuncios teniendo en cuenta las cuestiones que se plantean en el cuadernillo.
3. El monitor realizará una puesta en común de los análisis realizados aportando su punto de



los análisis realizados aportando su punto de vista y enfatizando en las siguientes cuestiones:

- Uso del sexo como reclamo publicitario.
- Asociación entre patrón de belleza y deseabilidad social
- La juventud como asociación a felicidad ignorando que es el intervalo de edad que más tasa de trastornos del ánimo e índices de suicidio presenta.

### Actividad 5. El Código oculto

**DURACIÓN:** 15 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Anuncios de revistas previamente recortados por el monitor por su interés en la actividad.

**PROCEDIMIENTO:**

1. El monitor mostrará a los participantes diversos anuncios de revistas que él mismo busque y elija para que los participantes los analicen en profundidad en gran grupo. Los anuncios serán elegidos porque muestran de forma evidente un ideal social de belleza y porque utilizan mensajes ocultos.
2. El monitor completará aquellos análisis que queden incompletos y fomentará la reflexión de los participantes.

### EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

**DURACIÓN:** 5 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Hojas de evaluación de la sesión.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se reparten las hojas de evaluación para que los participantes respondan individualmente.
2. Una vez todos hayan terminado se recogerán los cuestionarios.

# 4ª SESIÓN

**1. Título:** SESIÓN IV: Mitos y falsas creencias asociadas a la belleza, la alimentación y la vejez.

**2. Objetivos de la sesión:**

- Proporcionar información verídica sobre lo que significa la madurez y la alimentación.
- Desterrar los mitos negativos asociados que hacen que la madurez sea temida y una vez identificada en uno mismo que sea vivida de forma exclusivamente negativa.
- Desterrar mitos que asocian la delgadez a la belleza a todas las edades.
- Contrastar opiniones sobre la belleza en la madurez para relativizar su importancia.

**3. Duración de la sesión:** 105 minutos.

**4. Material necesario:**

- Sesión IV del Cuadernillo de Actividades.
- Transparencias de la Sesión IV.
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

**5. Nº de actividades:** 3 + evaluación de actividades.

**6. Descripción de las actividades**

## Actividad 1. Mitos de la alimentación

**DURACIÓN:** 30-40 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 12 del cuadernillo de actividades.
- Transparencias de la actividad.
- Pequeños regalos para los ganadores de la actividad (OPCIONAL).

**PROCEDIMIENTO:**

1. Los participantes se juntarán en grupos de 4-6 personas y contestarán si es verdadero o falso a cada afirmación sobre la alimentación, poniendo una pequeña explicación sobre su decisión en una hoja aparte.
2. Se realizará un concurso de todos los grupos en el que se dará un punto por respuesta correcta y otro punto si la explicación también lo es. Para el grupo que gane se le puede ofrecer pequeños premios que el monitor

el grupo que gane se le puede ofrecer pequeños premios que el monitor consiga para la ocasión.

3. El monitor explicará por qué es verdad o falso cada afirmación con las siguientes explicaciones que vienen a continuación y con la ayuda de las transparencias: **NOTA: Deberá hacerlo en el momento de conceder los puntos por explicaciones correctas para que vean el por qué de sus puntuaciones.**

#### LOS MITOS DE LA ALIMENTACIÓN:

##### MITO 1: Una buena dieta debe contener todo tipo de nutrientes, incluso grasas y azúcares (VERDADERO).

Todos los tipos de nutrientes son necesarios para una dieta equilibrada, pero no todos ellos en la misma proporción — mostrar pirámide de la alimentación en transparencia — Muchas cosas se cuentan en la TV sobre alimentos buenos y malos, sobre elementos añadidos y quitados a productos alimenticios, pero detrás de muchos de esos productos existe un objetivo puramente comercial. Seguidamente pasaremos a describir los elementos necesarios para la alimentación sana de una persona y luego pondremos recomendaciones generales para la dieta equilibrada.

Los siguientes componentes forman parte de la composición básica de los alimentos:

**Hidratos de carbono o glúcidos:** Vulgarmente conocidos como azúcares. La principal función de los glúcidos es aportar energía al organismo. Se pueden considerar 3 tipos de glúcidos: almidones, azúcares y fibra.

Los almidones son los componentes fundamentales de la dieta. Están presentes en los cereales, las legumbres, las patatas, etc.

Los azúcares se caracterizan por su sabor dulce. Pueden ser azúcares sencillos (monosacáridos) o complejos (disacáridos). Están presentes en las frutas (fructosa), leche (lactosa), azúcar blanco (sacarosa), miel (glucosa+fructosa), etc.

Los azúcares simples o monosacáridos: glucosa, fructosa y galactosa se absorben en el intestino sin necesidad de digestión previa, por lo que son una fuente muy rápida de energía. Los azúcares complejos deben ser transformados en azúcares sencillos para ser asimilados.

Algunos tipos de fibra retienen varias veces su peso de agua, por lo que son la base de una buena movilidad intestinal al aumentar el volumen y ablandar los residuos intestinales.

Prácticamente la totalidad de los glúcidos que consumimos son transformados en glucosa y absorbidos por el intestino. Posteriormente pasan al hígado donde son transformados a glucógeno, que es una sustancia de reserva de energía para ser usada en los períodos en que no hay glucosa disponible (entre comidas). Según se va necesitando, el glucógeno se convierte en glucosa, que pasa a la sangre para ser utilizada en los diferentes tejidos.

También se almacena glucógeno en los músculos, pero esta reserva de

energía sólo se utiliza para producir energía en el propio músculo ante situaciones que requieran una rápida e intensa actividad muscular (situaciones de huida o defensa). El glucógeno se almacena hasta una cantidad máxima de unos 100 gr. en el hígado y unos 200 gr. en los músculos. Si se alcanza este límite, el exceso de glucosa en la sangre se transforma en grasa y se acumula en el tejido adiposo como reserva energética a largo plazo. A diferencia de las grasas, el glucógeno retiene mucha agua y se mantiene hinchado en el cuerpo. Al consumir el glucógeno, tras un período de ayuno o ejercicio físico intenso, también se pierde el agua que retiene -1 kilo aproximadamente -, por lo que puede parecer que se ha disminuido de peso. Esta agua se recupera en cuanto se vuelve a comer.

Los glúcidos deben aportar el 55 ó 60 por ciento de las calorías de la dieta. Sería posible vivir durante meses sin tomar carbohidratos, pero se recomienda una cantidad mínima de unos 100 gr. diarios, para evitar una combustión inadecuada de las proteínas y las grasas (que produce amoníaco y cuerpos cetónicos en la sangre) y pérdida de proteínas estructurales del propio cuerpo. La cantidad máxima de glúcidos que podemos ingerir sólo está limitado por su valor calórico y nuestras necesidades energéticas, es decir, por la obesidad que podamos tolerar.

**Lípidos o grasas:** Al igual que los glúcidos, las grasas se utilizan en su mayor parte para aportar energía al organismo, pero también son imprescindibles para otras funciones como la absorción de algunas vitaminas (las liposolubles), la síntesis de hormonas y como material aislante y de relleno de órganos internos. También forman parte de las membranas celulares y de las vainas que envuelven los nervios.

Están presentes en los aceites vegetales (oliva, maíz, girasol, cacahuete, etc.), que son ricos en ácidos grasos insaturados, y en las grasas animales (tocino, mantequilla, manteca de cerdo, etc.), ricas en ácidos grasos saturados. Las grasas de los pescados contienen mayoritariamente ácidos grasos insaturados.

Los lípidos o grasas son la reserva energética más importante del organismo en los animales (al igual que en las plantas son los glúcidos). Esto es debido a que cada gramo de grasa produce más del doble de energía que los demás nutrientes, con lo que para acumular una determinada cantidad de calorías sólo es necesario la mitad de grasa de lo que sería necesario de glucógeno o proteínas.

20 y un 30 % de las necesidades energéticas diarias. Pero nuestro organismo no hace el mismo uso de los diferentes tipos de grasa, por lo que este 30 % deberá estar compuesto por un 10 % de grasas saturadas (grasa de origen animal), un 5 % de grasas insaturadas (aceite de oliva) y un 5 % de grasas poliinsaturadas (aceites de semillas y frutos secos).

Si consumimos una cantidad de grasas mayor de la recomendada, el incremento de calorías en la dieta que esto supone nos impedirá tener un aporte adecuado del resto de nutrientes energéticos sin sobrepasar el límite de calorías aconsejable. En el caso de que este exceso de grasas esté formado mayoritariamente por ácidos grasos saturados (como suele ser el caso, si

consumimos grandes cantidades de grasa de origen animal), aumentamos el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares como la arteriosclerosis, los infartos de miocardio o las embolias.

**Proteínas:** Las proteínas son los materiales que desempeñan un mayor número de funciones en las células de todos los seres vivos. Por un lado, forman parte de la estructura básica de los tejidos (músculos, tendones, piel, uñas, etc.) y, por otro, desempeñan funciones metabólicas y reguladoras (asimilación de nutrientes, transporte de oxígeno y de grasas en la sangre, inactivación de materiales tóxicos o peligrosos, etc.). También son los elementos que definen la identidad de cada ser vivo, ya que son la base de la estructura del código genético (ADN) y de los sistemas de reconocimiento de organismos extraños en el sistema inmunitario.

Se recomienda que las grasas de la dieta aporten entre un 20% a 30% de la energía total. En la dieta de los seres humanos se puede distinguir entre proteínas de origen vegetal o de origen animal. Las proteínas de origen animal están presentes en las carnes, pescados, aves, huevos y productos lácteos en general. Las de origen vegetal se pueden encontrar abundantemente en los frutos secos, la soja, las legumbres, los champiñones y los cereales completos (con germen). Las proteínas de origen vegetal, tomadas en conjunto, son menos complejas que las de origen animal.

En general, se recomiendan unos 40 a 60 gr. de proteínas al día para un adulto sano.

**Vitaminas** Las vitaminas son sustancias orgánicas imprescindibles en los procesos metabólicos que tienen lugar en la nutrición de los seres vivos. No aportan energía, puesto que no se utilizan como combustible, pero sin ellas el organismo no es capaz de aprovechar los elementos constructivos y energéticos suministrados por la alimentación.

Existen dos tipos de vitaminas: las liposolubles (A, D, E, K), que se disuelven en grasas y aceites, y las hidrosolubles (C y complejo B), que se disuelven en agua. Debemos conseguirlas a través de una alimentación sana. — Mostrar y comentar el cuadro de las vitaminas —

**Minerales** Los minerales son los componentes inorgánicos de la alimentación, es decir, aquellos que se encuentran en la naturaleza sin formar parte de los seres vivos. Desempeñan un papel importantísimo en el organismo, ya que son necesarios para la elaboración de tejidos, síntesis de hormonas y en la mayor parte de las reacciones químicas en las que intervienen los enzimas. Algunos de los más importantes son el calcio y el hierro.

**Calcio:** Forma parte de los huesos, del tejido conjuntivo y de los músculos. Junto con el potasio y el magnesio, es esencial para una buena circulación de la sangre. El 99 % de este mineral en el cuerpo forma parte del esqueleto óseo, reemplazándose un 20 % cada año. Se encuentra en los productos lácteos, frutos secos, semillas de sésamo, verduras y algunas aguas de mesa. Aporte mínimo recomendado: 800 - 1200 mg/día.

**Hierro:** Es necesario para la producción de hemoglobina, molécula que transporta el oxígeno en el interior de los glóbulos rojos. También es imprescindible en la correcta utilización de las vitaminas del grupo B.



Solamente se aprovecha un 10% del hierro presente en los alimentos. Su déficit provoca la anemia ferropénica, muy común en los últimos meses del embarazo ya que las necesidades de hierro aumentan. También aumentan las necesidades si consumimos café o alcohol en exceso ya que disminuye su absorción. La vitamina C mejora la absorción del hierro. Fuentes: Carnes, hígado, yema de huevo, verdura verde, cereales integrales, frutos secos y levaduras. Aporte mínimo recomendado: 10 - 15 mg/día.

**El agua:** Es el principal componente de los seres vivos, sin ella no se sobrevive más allá de unos pocos días. Es muy importante consumir una cantidad suficiente de agua cada día para el correcto funcionamiento de los procesos de asimilación y, sobre todo, para los de eliminación de residuos del metabolismo celular. Necesitamos unos tres litros de agua al día como mínimo, de los que la mitad aproximadamente los obtenemos de los alimentos y la otra mitad debemos conseguirlos bebiendo. Por supuesto, en determinadas situaciones o etapas de la vida estas necesidades pueden aumentar considerablemente.

funcionamiento de los procesos de asimilación y, sobre todo, para los de eliminación de residuos del metabolismo celular. Necesitamos unos tres litros de agua al día como mínimo, de los que la mitad aproximadamente los obtenemos de los alimentos y la otra mitad debemos conseguirlos bebiendo. Por supuesto, en determinadas situaciones o etapas de la vida estas necesidades pueden aumentar considerablemente.

Si consumimos agua en grandes cantidades durante o después de las comidas, disminuimos el grado de acidez en el estómago al diluir los jugos gástricos. Esto puede provocar que los enzimas que requieren un determinado grado de acidez para actuar queden inactivos y la digestión se ralentice. Los enzimas que no dejan de actuar por el descenso de la acidez, pierden eficacia al quedar diluidos. Si las bebidas que tomamos con las comidas están frías, la temperatura del estómago disminuye y la digestión se ralentiza aún más.

**Dieta equilibrada:** Es aquella que contiene todos los alimentos necesarios para conseguir un estado nutricional óptimo. Este estado de gracia nutricional es aquel en que la alimentación cubre los siguientes objetivos:

- Aportar una cantidad de nutrientes energéticos (calorías) que sea suficiente para llevar a cabo los procesos metabólicos y de trabajo físico necesarios. Ni más ni menos.
- Suministrar suficientes nutrientes con funciones plásticas y reguladoras (proteínas, minerales y vitaminas). Que no falten, pero tampoco sobren.
- Que las cantidades de cada uno de los nutrientes estén equilibradas entre sí. El grupo de expertos de la FAO OMS (Helsinki 1988), estableció las siguientes proporciones:
  1. Las proteínas deben suponer un 15 % del aporte calórico total, no siendo nunca inferior la cantidad total de proteínas ingeridas a 0,75 gr/día y de alto valor biológico.
  2. Los glúcidos nos aportarán al menos un 55-60 % del aporte calórico total.



3. Los lípidos no sobrepasarán el 30 % de las calorías totales ingeridas.

MITO 2: Las dietas vegetarianas son muy recomendables (FALSO)

Como hemos dicho antes, una buena dieta debe contener todo tipo de nutrientes y las dietas vegetarianas carecen de una parte importante de los mismos: sobre todo proteínas de origen animal, B12 y hierro. Una dieta vegetariana nunca será recomendable para menores de 18 años y personas con fragilidad física importante, y para mayores de 18 años podrían llegar a ser permisibles si se dan ciertas condiciones que compensen las carencias propias de la dieta. P. Ej.: Acompañarlas de pescado, huevos y leche o derivados lácteos.

MITO 3: Los alimentos tienen más o menos calorías dependiendo de la forma en la que se cocinen (VERDADERO)

Todos comprendemos que los alimentos fritos con aceite tienen más calorías que los cocidos con agua porque comprendemos que el aceite tiene más calorías que el agua. Lo que con frecuencia desconocemos es que no es el único factor que interviene ya que la temperatura a la que se cocine, el tiempo de cocción, los acompañantes con los que se cocina también intervienen en el aumento de calorías de los alimentos. El que el aceite y el agua hiervan a temperaturas distintas y tengan una reacción química distinta con el calor hace que los alimentos aumenten o disminuyan calorías, por eso, cocinar a la plancha es más recomendable porque es un estilo de cocina que quema más grasas en el alimento y no le añade calorías, y en cambio, freír con mucho aceite añade grasas a los alimentos y ayudan a mantener las calorías propias del alimento.

MITO 4: Existen ciertos alimentos que engordan (FALSO)

Como hemos visto hasta ahora, no son los alimentos los que hacen engordar, sino la confluencia de varios factores entre los que se incluyen una mala dieta. Es decir, si una persona lleva una dieta diaria alta en calorías, tiene un tipo de metabolismo que quema pocas grasas y lleva un estilo de vida sedentario tiene todas las papeletas para engordar.

Los alimentos no son malos en sí mismos, dependen de cómo los usemos y de su frecuencia, como hemos visto en la pirámide de la alimentación.

Una rosquilla no engorda, lo que engorda es una dieta en la que el exceso de rosquillas supere el gasto energético necesario.

MITO 5: Engordar es un desequilibrio entre lo que ingerimos y lo que gastamos (VERDADERO)

Esta cuestión ya está prácticamente respondida. Es verdad que engordar es un desequilibrio entre lo que se ingiere y lo que se gasta, entendiendo distintos factores en el apartado "gastos" como los siguientes:

- Gasto físico diario: No es lo mismo una vida sedentaria que la vida de una persona deportista.
- Metabolismo de la persona: Cada persona por genética tiene un gasto de calorías específico de ella que le hace engordar o

permanecer delgado con más facilidad.

- Edad: Según nos hacemos mayores nuestro metabolismo cambia para pasar a retener más grasas en nuestro organismo. Es por ellos por lo que al llegar a determinada edad comenzamos a engordar.
- Clima: En verano o en zonas cálidas sudamos más y por lo tanto quemamos más o menos calorías.
- Sexo.
- Menopausia.
- Otros.

Hay que tener un último aspecto en cuenta y es que este desequilibrio entre lo que se ingiere y lo que se gasta “no es automático”, es decir, si un día comemos más de lo que solemos comer no engordamos ipso facto; se trata de un proceso lento que depende del metabolismo de la persona que puede tardar varios días.

#### MITO 6: Hay personas que engordan sin comer (FALSO)

Comer es una necesidad vital, si una persona deja de comer tarda menos de un mes en morir. Si lo ingerido es cero y a esto le restamos el gasto necesario para la vida, por reducido que sea, es imposible engordar según la fórmula que hemos visto en el apartado anterior. Este mito viene de gente a la que le cambia el metabolismo y pasa a retener más grasas, con lo que comiendo menos puede llegar a engordar, pero si no come esto es imposible.

Por otro lado, si es cierto que determinadas enfermedades o medicamentos pueden hinchar el organismo, que no engordar, e incluso afectar el tiroides, glándula encargada de regular el apetito y el metabolismo de la digestión con lo que comiendo menos pueden empezar a engordar, pero, que quede claro, comiendo cero es imposible engordar.

#### MITO 7: Las mujeres necesitan menos calorías que los hombres (VERDADERO)

Tenemos metabolismos distintos. Entre otras razones porque sus cuerpos son distintos, así que en igualdad de condiciones, es decir, misma edad y peso, los hombres necesitan más calorías para sostener su organismo.

#### MITO 8: Las calorías necesarias dependen de nuestro tamaño (VERDADERO)

Nuestro organismo es similar a una máquina que necesita energía para mover un determinado peso, al igual que la máquina, necesitamos más calorías para mover nuestro cuerpo que si tuviéramos un cuerpo menor. Un cuerpo grande, por este motivo, podría adelgazar comiendo bastante más que un cuerpo pequeño, lo que anula la creencia popular de la cantidad de calorías mínimas recomendables para una persona, cada persona tendría necesitaría una cantidad de calorías diarias distinta.

Nuestro organismo es similar a una máquina que necesita energía para mover un determinado peso, al igual que la máquina, necesitamos más calorías para mover nuestro cuerpo que si tuviéramos un cuerpo menor. Un cuerpo grande,

por este motivo, podría adelgazar comiendo bastante más que un cuerpo pequeño, lo que anula la creencia popular de la cantidad de calorías mínimas recomendables para una persona, cada persona tendría necesitaría una cantidad de calorías diarias distinta.

MITO 9: El agua adelgaza (FALSO)

El agua tiene cero calorías, por lo tanto no engorda ni adelgaza por sí misma. Se recomienda beber mucha agua en ciertas dietas de adelgazamiento por dos motivos:

- El agua ocupa un espacio en el estómago que al consumirla no es ocupado por alimento
- El agua hace aumentar la orina y con ella se eliminan líquidos y con ellos más grasas.

MITO 10: Según nos hacemos mayores engordamos porque nuestro metabolismo cambia y retenemos más grasas (VERDADERO)

Este es uno de los motivos, pero no es el único. Con la edad la capacidad física se reduce y con ella son necesarias más horas de descanso para el mismo trabajo, con lo que quemamos menos calorías. A su vez, solemos adoptar estilos de vida más sedentarios con la edad que también reducen el gasto energético diario.

Con esto quiero decir que engordar con la edad es normal, pero no es obligatorio. Tenemos mucho que decir en nuestro cuerpo a través de cómo enfoquemos la vida por lo que debemos diferenciar entre los cambios que no nos gusten debido a la edad y los que sean debidos a los malos hábitos.

## Actividad 2. Mitos sobre la madurez

**DURACIÓN:** 30 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Páginas 12 y 13 del cuadernillo de actividades.
- Transparencias de la actividad.
- Pequeños regalos para los ganadores de la actividad (OPCIONAL).

**PROCEDIMIENTO:**

1. Los participantes se juntarán en grupos de 4-6 personas y contestarán si es verdadero o falso a cada afirmación sobre la madurez, poniendo una pequeña explicación sobre su decisión en una hoja aparte.
2. Se realizará un concurso de todos los grupos en el que se dará un punto por respuesta correcta y otro punto si la explicación también lo es. Para el grupo que gane se le puede ofrecer pequeños premios que el monitor consiga para la ocasión.
3. El monitor explicará por qué es verdad o falso cada afirmación con las siguientes explicaciones y con la ayuda de las transparencias (el proceso de la actividad es el mismo que en el ejercicio anterior).

#### MITOS DE LA MADUREZ:

##### MITO 1: La madurez significa una serie de pérdidas a nivel físico (VERDADERO)

Es cierto que con la edad se da un deterioro físico, pero éste no es tan acusado como se piensa, ni eso significa que la madurez sea exclusivamente un periodo de la vida de pérdidas. El deterioro físico está asociado a hábitos de vida y estilos de vida sedentarios lo favorecen y lo potencian. Por otra parte, la madurez además de pérdidas físicas, incluye ganancias sociales e intelectuales que lo compensan, debemos ver no sólo la parte negativa de nuestra edad, sino saber ver las ventajas de las que disfrutamos.

##### MITO 2: La belleza es sinónimo de juventud (FALSO)

Si consideramos estrictamente la belleza como lo que sale en los anuncios de la TV, esa belleza hace indispensable la juventud, pero no es sinónimo, ya que idealiza la juventud tanto que ni si quiera los jóvenes cumplen sus requisitos. P. Ej.: en ese ideal de belleza no entra el acné. Además esa belleza está relacionada con una serie de modificaciones físicas no propias de la juventud estricta, ya que se incluye: depilación, maquillaje, gimnasio e incluso cirugía estética. Por otra parte no debemos olvidar que la belleza no es lo que sale en los anuncios sino lo que cada uno ve en otro.

##### MITO 3: Hay personas que son más atractivas cuando se hacen mayores que de jóvenes (VERDADERO)

La juventud es una época de la vida que puede ser vivida de muchas formas por una persona, puede padecer problemas que afecten al aspecto como el acné, o no tener un físico acorde con el patrón actual de belleza. Esa misma persona cuando madura deja de tener problemas con el acné, los patrones de belleza cambian, al igual que su aspecto, y pueden acercarse a ellos, pero, sobre todo, con la madurez, mejora el conocimiento de sí mismo y hace más consciente de sus cualidades y limitaciones a la persona, por lo que esa persona consigue hacerse más atractiva a los demás.

Un último factor de importancia es que la vejez tiene que ver con el siguiente apartado.

##### MITO 4: La juventud y la madurez tienen patrones sociales de belleza distintos (VERDADERO)

Los prototipos de cada periodo de edad son distintos y no tienen relación alguna por lo que una persona atractiva en la juventud puede no serlo durante la madurez y viceversa.

— Preguntar al grupo cuáles son los patrones de juventud y madurez para ver diferencias y constatar ejemplos de personas famosas —

##### MITO 5: El aspecto físico es clave para conquistar o convencer a otra persona (INTERPRETABLE)

Desgraciadamente el atractivo físico es un factor importante a la hora de conquistar o convencer a otra persona, pero no es determinante.

El atractivo apenas influye si las dos personas se conocen previamente. Para dos personas desconocidas funciona como “anclaje y ajuste”, es decir, el atractivo físico determina el acercamiento inicial que acepta la otra persona y,

dependiendo de cómo se interactúe, la situación mejora o empeora partiendo desde ese punto, es decir, las personas físicamente atractivas parten en una situación aventajada frente a las demás pero a partir de ahí dependen de otros factores como simpatía o su personalidad. Conclusión: Un buen aspecto sería como unas buenas cartas para jugar una partida en un juego de baraja, te facilita las cosas para ganar pero depende de cómo las juegues.

MITO 6: Según nos hacemos mayores debemos tener menos conductas y deseo sexual o nos convertiremos en “viejos verdes” (FALSO)

Este mito es absurdo, no sólo las conductas y el deseo sexual no desaparecen con la vejez, sino que además son síntomas de una vida activa y sana de la persona. Si alejamos de nuestras actividades cotidianas aquellas que más nos satisfacen es normal que vivencemos una vida peor con el tiempo y tengamos una visión de la madurez triste y aburrida. En la madurez podemos y debemos hacer aquellas actividades que hacen que nuestra vida sea más feliz.

El deseo sexual puede reducirse con la edad, al igual que la capacidad sexual (física), pero esta afirmación no es una norma y la vivencia de la sexualidad depende de cada persona, debemos adaptarnos a nuestras capacidades y en caso de problemas de carácter sexual buscar soluciones creativas a nuestras limitaciones.

### Actividad 3. DEBATE: “Mitos de la belleza. El Micrófono mágico”

**DURACIÓN:** 25 minutos

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 13 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. El monitor iniciará el debate proponiendo cada una de las siguientes cuestiones para que los participantes las acepten, las nieguen o las modifiquen. Para que el debate tenga un orden y sólo hable una persona cada vez, el monitor creará el “Micrófono mágico”, es decir, el monitor elegirá un objeto (un bolígrafo, una linterna, una botella, etc.) y sólo aquel que lo tenga podrá hablar. El monitor será el que decide a quién le concede el micro y cuándo, para llevar el debate de forma interesante para los participantes.

Cuestiones a debatir:

1. Los guapos ligan más.
2. Vale más una imagen que mil palabras.
3. La primera impresión es la que queda.
4. Los guapos no desarrollan la inteligencia y cuando dejan de serlo pierden todo su valor.

5. Cuando conoces a la persona los guapos y los feos dejan de serlo.
6. La cara es el espejo del alma.

- Si cuesta comenzar el debate o si todos los participantes se muestran de acuerdo, el monitor debe hacer de “abogado del diablo” mostrando la opción olvidada.
- Una vez terminado el debate el monitor deberá aclarar los motivos que le llevaron a hacer de “abogado del diablo”.
- Algunos de los argumentos enfrentados que se pueden usar para el debate son los siguientes:

1. Los guapos ligan más: Es evidente que la belleza física es de capital importancia para atraer a otra persona, pero muchas personas son capaces de parecer atractivos a otros sin ser guapos debido a otros atributos como simpatía, madurez, etc.
2. Vale más una imagen que mil palabras: Solemos generar expectativas de las personas por su apariencia, pero en muchas de esas ocasiones nos equivocamos y su aspecto es distinto a su forma de ser.
3. La primera impresión es la que queda: La primera impresión funciona como “anclaje y ajuste” sobre como trataremos a esa persona, es decir, mejoraremos o empeoraremos nuestra opinión de alguien basándonos en nuestras primeras impresiones pero, a veces, con el trato continuado olvidamos cuál fue nuestra primera impresión hacia alguien.
4. Los guapos no desarrollan la inteligencia y cuando dejan de serlo pierden todo su valor: Basamos nuestro estilo de comunicación en nuestras cualidades, entre las que puede estar nuestro atractivo físico; si lo perdemos deberemos aprender a interactuar de otra forma con los demás, eso puede significar un cambio demasiado importante o no, ya que puede que la belleza nos ayudó a desarrollar otras virtudes importantes como la autoconfianza.
5. Cuando conoces a la persona los guapos y los feos dejan de serlo: La gente cuando pasa a ser vista de forma habitual pierde la emoción ligada a su aspecto, tanto la positiva como la negativa, aunque objetivamente podemos seguir pensando que esa persona es o no atractiva.
6. La cara es el espejo del alma: Mucha gente cree conocer a los demás por la forma de sonreír o mirar; esta impresión tiene que ver con la vida que puede haber llevado esa persona (ha trabajado mucho, es feliz, se cuida, etc.) pero otras veces su aspecto es totalmente aleatorio o genético.

## EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

**DURACIÓN:** 5 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Hojas de evaluación de la sesión.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se reparten las hojas de evaluación para que los participantes respondan individualmente.
2. Una vez todos hayan terminado se recogerán los cuestionarios.

# 5ª SESIÓN

1. **Título:** SESIÓN V: La autoestima.

2. **Objetivos de la sesión:**

- Proporcionar información sobre lo que es la autoestima, su importancia y cómo se puede mejorar.
- Aumentar la autoestima de los participantes.
- Fomentar la interacción positiva entre los participantes.
- Conseguir que los participantes tomen conciencia de las cualidades positivas que atesoran.
- Fomentar la confianza en el grupo de los participantes.
- Fomentar la sensación en los participantes de que ejercemos control sobre nuestros problemas, ya que ejerce una gran influencia la interpretación que hagamos de ellos.

3. **Duración de la sesión:** 110 minutos.

4. **Material necesario:**

- Sesión V del Cuadernillo de Actividades.
- Transparencias de la Sesión V.
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

5. **Nº de actividades:** 4 + evaluación de actividades.

6. **Descripción de las actividades**

## Actividad 1. Las dos caras de la moneda

**DURACIÓN:** 15 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 13 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Cada participante tendrá un tiempo para responder en solitario a las cuestiones que se le plantean en el ejercicio.
2. Una vez hayan terminado, el monitor pedirá a los participantes que expliquen uno a uno al grupo las situaciones que han descrito (por la duración de la sesión no deben extenderse mucho en la explicación).

**NOTA:** Si algún participante decide no contar alguna experiencia al grupo por vergüenza u otro motivo, se le permitirá la omisión de respuesta o se



por vergüenza u otro motivo, se le permitirá la omisión de respuesta o se le ofrecerá la posibilidad de cambiar su experiencia por otra que sí quiera contar.

## Actividad 2. Subirse a la parra

**DURACIÓN:** 45 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 14 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Cada participante pondrá su nombre dentro del corazón.
2. Los participantes intercambiarán sus hojas con los demás compañeros. Todas las hojas pasarán por el resto de compañeros que pondrán alrededor del corazón cosas positivas que conozcan de esa persona, pueden ser piropos, mensajes cariñosos, aspectos de su personalidad, etc. No se podrá poner nada que no sea verdad, ni nada que no sea positivo sobre esa persona. **NOTA: El monitor deberá insistir a los participantes en la necesidad de que cada mensaje sea personal y auténtico de cada persona, así el efecto positivo del elogio será mayor.**
3. Cuando las hojas estén completas el monitor irá llamando a todos uno por uno para que se suban a una mesa mientras se le leen los mensajes positivos y reciben un aplauso.



## Actividad 3. Grilla de autoestima

**DURACIÓN:** 50-60 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 15 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. El monitor juntará a los participantes en grupos de entre 5 y 7 personas.
2. Los participantes pondrán los nombres de sus compañeros de grupo en la primera columna de la izquierda. Deben responder a lo que se plantea en cada columna para cada persona del grupo,



- incluyéndose ellos mismos.
3. Cada persona del grupo contará a los demás lo que ha puesto en cada casilla (las suyas también) y por qué.
  4. Se comentará en gran grupo cómo ha salido la actividad y qué cosas les han llamado la atención. NOTA: Es mejor juntar en los mismos grupos a los participantes que se conozcan previamente o a aquellos que hayan creado amistad durante el curso, ya que es necesario un conocimiento elevado entre ellos para poder desarrollar esta actividad con éxito.

#### Actividad 4. EXPOSICIÓN TEÓRICA: “Querernos más”

**DURACIÓN:** 15 minutos

**MATERIAL NECESARIO:**

- Transparencias de la actividad.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se imparte la siguiente exposición teórica con la ayuda de la transparencia correspondiente y enriqueciéndola con ejemplos y opiniones de participantes:

##### EXPOSICIÓN TEÓRICA: “Querernos más”

— Preguntar al grupo: — ¿Alguien sabe por qué hemos hecho estas actividades esta sesión? ¿A qué nos han ayudado? — Cuando el grupo llegue al punto de reconocer que las actividades les han ayudado a mejorar el estado de ánimo o la autoestima se continuará la charla —

Autoestima, según la enciclopedia libre Wikipedia sería la “opinión emocional profunda que los individuos tienen de sí mismos, y que sobrepasa en sus causas la racionalización y la lógica de dicho individuo”. Se trata de una cuestión psicológica simple pero de capital importancia, ya que, como veremos, es la base nuestro estado emocional. Sería algo así como el DNI de nuestro estado de ánimo, el efecto y la causa en muchas ocasiones de lo que vivimos psicológicamente.

He comparado la autoestima con nuestro DNI porque tienen características comunes. Tanto el DNI como nuestra autoestima sirven para presentarnos ante los demás y determinan lo que somos y podemos hacer; además los cambios importantes que suceden en nuestra vida tienen reflejo en nuestra autoestima, al igual que lo tienen en nuestro DNI.

Una autoestima baja nos limita las cosas que podemos llegar a hacer en nuestra vida ya que reduce las expectativas de éxito en lo que hacemos y disminuye la motivación por conseguirlo, lo que a su vez genera que al final no intentemos conseguir nuestros objetivos o que no los intentemos correctamente, que deriva finalmente en el cumplimiento de las expectativas negativas, lo que las refuerza para sucesivas ocasiones entrando en una espiral de difícil solución. Como vemos, es muy importante mantener una autoestima alta para poder llevar una vida satisfactoria.

Como dice la definición de autoestima que nos ha dado Wikipedia la autoestima sobrepasa la lógica de nuestros pensamientos, esto quiere decir que no existe una fórmula matemática o racional que nos indique cuál será nuestra autoestima dependiendo de cómo seamos o lo que consigamos. La autoestima guarda más relación con nuestra vida emocional, la clave no está en qué vivimos sino en cómo vemos lo que vivimos.

La autoestima se forma a lo largo de nuestra vida, depende de nuestra personalidad, es fruto de nosotros mismos y nos condiciona a su vez en lo que hacemos. Significa cómo nos vemos y cómo interpretamos lo que vemos, por lo tanto no es un valor estable, fluctúa dependiendo de los acontecimientos. La autoestima refleja nuestro arrojo para hacer aquello que deseamos pero tememos, afecta a nuestro estado de ánimo, influye en la forma en la que tratamos a los demás y en la forma en los que nos tratan los demás.

Para entender nuestra autoestima hay que comprender los tres elementos que más intervienen sobre su formación:

- Personalidad: Nuestra personalidad nos condiciona pero no nos determina. Por ejemplo una persona aprehensiva tendrá más facilidad para tener una autoestima baja, pero dependerá de las cosas que viva.
- Infancia: La infancia también nos condiciona pero tampoco nos determina. La infancia crea miedos y debilidades que forman parte de nosotros y que son difíciles de superar, pero también fortalezas y actitudes positivas.
- Historia Vital: Todo lo que vivimos nos afecta, pero la forma y la intensidad variará mucho dependiendo de muchos factores, cómo la sensación de pérdida o ganancia respecto al pasado, o la visión de las consecuencias de lo que nos pasará en el futuro debido a lo que nos está ocurriendo.

Estos tres elementos influyen, que no determinan, nuestra autoestima, ya que el elemento modulador de la autoestima es nuestra voluntad. Quiero decir con esto que somos nosotros los que en todo momento podemos llevar las riendas de nuestra vida emocional siempre y cuando estemos suficientemente preparados y motivados para llevarlo a cabo.

podemos llevar las riendas de nuestra vida emocional siempre y cuando estemos suficientemente preparados y motivados para llevarlo a cabo.

— Preguntar al grupo — ¿Qué necesitaríamos para mantener una autoestima alta? —

Para lograrlo necesitaremos tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- No podemos modificar nuestra infancia o personalidad, pero sí podemos conocerla y evitar que nos traicione, con esto quiero decir, que conocernos evitará que caigamos en nuestras propias trampas. Por ejemplo: Si sabemos cómo nos afectan los comentarios negativos hacia nosotros una buena medida sería evitar preguntarlo cuando sospechemos el comentario negativo.

- Si pensamos que tenemos fortalezas y debilidades debemos aprovechar nuestras fortalezas y luchar contra nuestras debilidades, esto implica aceptarte como eres e intentar mejorar. Por ejemplo: Si sabemos que tendemos a ser despistados podemos tomar medidas para evitarlo.
- Tu autoestima está muy relacionada con la vida que llevas, así que procura hacer frecuentemente aquellas cosas que más te gustan.
- Si la baja autoestima se asocia con criterios emocionales más que con racionales, aplicar la lógica y el razonamiento a nuestros miedos nos servirá de ayuda para ver las situaciones con más objetividad. Otra buena opción es desarrollar tu sentido del humor para reírte de tus miedos irracionales.
- La mejor forma de romper un círculo vicioso como el de la baja autoestima es realizar un cambio en el proceso, el mejor punto para conseguirlo es no actuar según nuestras bajas expectativas de éxito, es decir, vamos a intentar lograr nuestros objetivos sin miedo al fracaso.
- Desarrollar habilidades sociales de comunicación y negociación mejorará tu capacidad para superar problemas y con ello tu autoestima. Éste es uno de los objetivos de este programa.
- Hazle saber a la gente que te rodea y que te aprecia aquellas cualidades positivas que tienen, esto fomentará que ellos hagan lo mismo contigo. Esto lo hemos fomentado con las actividades de esta sesión.
- Rodéate de personas que te valoren positivamente y evita aquellas personas que hagan lo contrario, eso te recordara aquellos cualidades positivas que atesoras.
- Rodéate de personas que te valoren positivamente y evita aquellas personas que hagan lo contrario, eso te recordara aquellos cualidades positivas que atesoras.
- Por último recuerda que a alguien que no se quiere a sí misma difícilmente será apreciada por los demás, no lo olvides.

## EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

**DURACIÓN:** 5 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Hojas de evaluación de la sesión.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se reparten las hojas de evaluación para que los participantes respondan individualmente.
2. Una vez todos hayan terminado se recogerán los cuestionarios.

# 6ª SESIÓN

**1. Título:** SESIÓN VI: Inteligencia Emocional.

**2. Objetivos de la sesión:**

- Mostrar información relevante sobre la inteligencia emocional.
- Introducir a los participantes en el entrenamiento adecuado para mejorar su inteligencia emocional.
- Mejorar la regulación y el manejo emocional de los participantes.
- Desterrar creencias utópicas sobre el amor y otras emociones en los participantes.
- Desarrollar habilidades y recursos para afrontar situaciones de alto estrés emocional.

**3. Duración de la sesión:** 105 minutos.

**4. Material necesario:**

- Sesión VI del Cuadernillo de Actividades.
- Transparencias de la Sesión VI.
- Láminas de la actividad "Arriba el telón".
- Láminas de la actividad "Gente sin Complejos".
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

**5. Nº de actividades:** 4 + evaluación de actividades.

**6. Descripción de las actividades**

## Actividad 1. METAFORA DEL AMOR

**DURACIÓN:** 15 minutos

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 16 del cuadernillo de actividades.
- Transparencias de la actividad.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Siguiendo las instrucciones del cuadernillo, el monitor pedirá que definan el amor usando una metáfora (es decir, comparar el funcionamiento del amor con el funcionamiento de otra cosa real: un tren, una rueda, etc.). Si no entienden la actividad se les pondrá ejemplos.

2. El monitor pedirá a los participantes que expongan ante los demás su metáfora del amor y la expliquen. **NOTA: Si algún participante no quiere compartir su metáfora se debe respetar su decisión.**
3. El monitor expondrá al grupo cómo ese ideal de amor utópico es el que buscamos encontrar en nuestras relaciones, y el causante, en la mayoría de ocasiones, de muchas decepciones y disgustos relacionados con las relaciones interpersonales. Dependiendo de las metáforas exhibidas el monitor expondrá ventajas e inconvenientes de cada ideal y expondrá las ventajas de desmitificar el amor de forma positiva. Algunas de las metáforas más comunes son:
  - **Montaña rusa:** Esta metáfora se asocia con la espera de emociones fuertes y momentos especiales en una relación, y se desilusionan cuando la relación se vuelve rutinaria y previsible.
  - **Casa / hogar:** Esperan que sus relaciones sean sólidas, con grandes planes a largo plazo y sin fisuras. Se desilusionan cuando ven que la otra persona no piensa lo mismo de su relación o que no piensa en el futuro como ellos.
  - **Molino / rueda:** Piensan que el amor fluye constantemente y cualquier parón o cambio de ritmo es síntoma de que todo se derrumba y deben arreglarlo. Su búsqueda de la perfección en la relación puede agobiar a la otra persona.
  - **Superman:** El amor les hace fuertes ante todos los problemas y lo colocan como solución a todo, por eso si algo falla en su relación se derrumba todo lo demás.
  - **Almas gemelas / media naranja:** La pareja es aquella persona que la complementa y le llena completamente. Por eso necesita tener los mismos gustos e intereses que el otro para considerarla así.

**Ventajas de desmitificar el amor:**

- Se aceptan mejor las decepciones.
- Se encuentran más fácilmente los fallos de la relación.
- Nos marcamos objetivos más realistas.
- Se consigue un mejor control sobre nuestras emociones.

**Actividad 2. Exposición Teórica: La Inteligencia Emocional**

**DURACIÓN:** 15 minutos

**MATERIAL NECESARIO:**

- Transparencias de la actividad.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se imparte la siguiente exposición teórica con la ayuda de la transparencia correspondiente y enriqueciéndola con ejemplos y opiniones de participantes:

## EXPOSICIÓN TEÓRICA: "La Inteligencia Emocional"

Todos hemos oído hablar de la inteligencia en multitud de ocasiones, pero — Preguntar al grupo — ¿Qué es la inteligencia? — Una vez que la hayan definido — ¿Creéis que la inteligencia trae el éxito en la vida? — Una vez que rechacen esa tesis — Si la inteligencia es algo así como la capacidad de adaptación a las diferentes situaciones o la capacidad de resolver problemas, es curioso cómo las personas que consideramos inteligentes pueden no ser felices o no ser triunfadores en la vida. Está claro que algo falta en la definición clásica de inteligencia, algo que parece ser de vital importancia para definir realmente a las personas "inteligentes". — Preguntar al grupo — ¿Qué elemento añadís a la definición de inteligencia?

La parte importante que se olvidan las definiciones clásicas de inteligencia es el aspecto emocional, no sólo hay que ser inteligente hacia el exterior para triunfar en la vida, también debemos aprender a conocernos, valorarnos, aprovechar nuestras capacidades y minimizar nuestras limitaciones.

Hasta hace poco tiempo la inteligencia emocional era una gran desconocida, fue con la publicación del libro "La inteligencia Emocional" de Daniel Goleman (1995) cuando el término fue transmitido al gran público.

La inteligencia emocional se podría definir como: "La capacidad de manejar las emociones, tanto las nuestras como las de los demás, para que sean nuestro aliado en la vida y no nuestro peor enemigo".

Según Mayer (2001) la inteligencia emocional se dividiría en cuatro áreas de habilidades que se distribuirían de forma jerárquica:

- a. Percibir emociones: Capacidad de percibir emociones en caras o imágenes.
- b. Usar emociones para facilitar el pensamiento.
- c. Comprensión de emociones: capacidad de comprender información emocional acerca de las relaciones, transiciones de una emoción a otra e información lingüística acerca de las emociones.
- d. Manejo de las emociones: capacidad para manejar las emociones y relaciones emocionales para el crecimiento personal e interpersonal.

Estas cuatro habilidades estarían reguladas por un proceso psicológico llamado "Autorregulación emocional" que sería el encargado de tener un feedback con las emociones propias y las señales exteriores que nos permita desarrollar las habilidades emocionales en cualquier momento.

Hasta ahora hemos explicado el funcionamiento de la inteligencia emocional, a partir de ahora explicaremos cómo potenciarla.

Volviendo a la definición que dimos de inteligencia emocional, lo más importante para ser hábiles emocionalmente son dos cuestiones:

- a. Saber reconocer las emociones, tanto las nuestras como las de los demás.

- b. Saber utilizarlas en nuestro beneficio o, al menos, que no nos perjudiquen.

En multitud de ocasiones nos habremos visto en alguna situación negativa por culpa de nuestras emociones o el no haber sabido reconocerlas en los demás, por lo que es un gran paso el saberlas reconocer, nos evitará la mayoría de las situaciones negativas. La mejor forma para reconocerlas es haberlas identificado antes, así que os propongo el siguiente ejercicio:

- a. Poner en una hoja las siguientes emociones: alegría, envidia, celos, ira, tristeza, estrés.
- b. Pensar que razonamientos y conductas asociamos a ellas y apuntarlo.
- c. Si el paso anterior os resulta complicado, cerrar los ojos y pensar en algún momento en el que estuvisteis bajo la influencia de esa emoción.

Lo que habéis apuntado son señales que os indicarán qué emoción os está afectando, el siguiente paso es estar alerta a cuando surjan. Este mismo ejercicio se puede hacer con las personas que tenemos alrededor y nos ayudará a conocerlas mejor.

Un buen consejo para que después de reconocer la emoción ésta no nos perjudique e incluso nos ayude, es pensar en las consecuencias de nuestros actos; normalmente los problemas derivados de las cosas que hacemos mal por influencia de las emociones hubieran sido previsibles si nos lo hubiéramos planteado, así que dediquémonos unos segundos a pensar en lo que vamos a hacer y las consecuencias que esto acarrea y nos evitaremos muchos problemas.

Evidentemente estos consejos no son infalibles y muchas de las respuestas emocionales negativas no seremos capaces de evitarlas, pero es que esto es solamente un primer paso que nos ayudarán a seguir mejorando.

### Actividad 3. Arriba el telón

**DURACIÓN:** 50 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 16 del cuadernillo de actividades.
- Laminas de la actividad (1 por grupo).

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se formarán pequeños grupos de 5-7 personas.
2. El monitor, con la ayuda de las láminas les pedirá que representen esas situaciones ante el gran grupo, dejándoles 15 minutos para prepararlo y promoviendo la creatividad en la representación.



## Actividad 4. Gente sin complejos

**DURACIÓN:** 20-30 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 17 del cuadernillo de actividades.
- Laminas de la actividad (1 por grupo).

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se divide el grupo en cuatro pequeños grupos y se les reparte una lámina con dos sesgos del pensamiento por grupo. También se puede hacer más grupos y repartir un sesgo por grupo.
2. El grupo debe decidir que refrán o refranes (en el cuadernillo del alumno) combaten cada sesgo del pensamiento humano. Si les resulta complicado bastará con que creen un argumento en contra.
3. Puesta en común en gran grupo explicando por qué han elegido cada refrán, los demás compañeros de otros grupos podrán hacer aportaciones nuevas.
4. Normalmente los refranes que se aplican a cada sesgo pueden ser:

à **El cegato:**

- Los que buscan faltas no ven otra cosa.
- Cada uno cree lo que quiere creer.
- Nadie sabe lo que tiene hasta que lo pierde.

à **Sentirse feo:**

- Nadie sabe lo que tiene hasta que lo pierde.
- Si quieres estar servido sítete a ti mismo.

à **Las gafas desenfocadas:**

- Cada uno cree lo que quiere creer.
- El que no se atreve a largar velas hasta que tenga viento favorable perderá muchos viajes.
- Los que buscan faltas no ven otra cosa.

à **La bola de cristal negra:**

- Si tu puerta es baja tendrás que agacharte.
- El que adelanta la desgracia la sufre dos veces

à **El abusón:**

- No hay rosa sin espinas.
- Cada altar tiene su cruz.
- La rosa y la hermosura poco duran, más vale virtud y cordura.

à **La lupa:**

- No hay rosa sin espinas.
- Nadie sabe lo que tiene hasta que lo pierde.

à **La pescadilla que se muerde la cola:**

- Si tu puerta es baja tendrás que agacharte.
- El que quiera peces que se moje el culo.
- El que no se atreve a largar velas hasta que tenga viento favorable perderá muchos viajes.

à **La bella o la bestia:**

- No hay rosa sin espinas.
- En tinieblas, ni la hermosa es hermosa ni es fea la fea.
- No hay victoria sin batalla.

## EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

**DURACIÓN:** 5 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Hojas de evaluación de la sesión.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se reparten las hojas de evaluación para que los participantes respondan individualmente.
2. Una vez todos hayan terminado se recogerán los cuestionarios.

# 7ª SESIÓN

1. **Título:** SESIÓN VII: Reajuste de expectativas y objetivos de vida.

2. **Objetivos de la sesión:**

- Tomar conciencia de las influencias explícitas e implícitas que nos afectan a la hora de tomar decisiones.
- Percibir las ventajas de tomar decisiones razonadas y no dejarnos llevar por las emociones.
- Desarrollar expectativas y objetivos cotidianos realistas.
- Romper con las autoexigencias irracionales que nos afectan cotidianamente.
- Crear una escala de valores en nuestra vida que le dé más valor a aquellas cosas más importantes.

3. **Duración de la sesión:** 105 minutos.

4. **Material necesario:**

- Sesión VII del Cuadernillo de actividades.
- Transparencias de la Sesión VII.
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

5. **Nº de actividades:** 5 + evaluación de actividades.

6. **Descripción de las actividades**

## Actividad 1. La sopa de los por qué

**DURACIÓN:** 15 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 18 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Cada participante buscará el motivo por el cuál se comportan de esa manera los personajes de las historias individualmente en la sopa de motivos del cuadernillo de actividades.
2. Se realizará una puesta en común en gran grupo de los motivos elegidos, justificando la elección.



3. El monitor preguntará al grupo para debatir las siguientes cuestiones:
  - ¿Quién de los personajes actuó de forma correcta? ¿Por qué?
  - ¿Cuál sería la forma correcta de actuar en cada caso?
  - ¿Existe algún tipo de influencia externa que empuja al personaje a actuar así? ¿Cuál?
4. Según los intereses mostrados por los participantes se debatirán más cuestiones relacionadas con la actividad si el monitor lo cree conveniente para reforzar los objetivos de la actividad.

### Actividad 2. La Lavadora

**DURACIÓN:** 25 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 19 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. El monitor pedirá a los participantes que respondan de manera individual a las cuestiones que se planteen en la actividad.
2. Se realizará una puesta en común de las conclusiones que han extraído en gran grupo



### Actividad 3. La Balanza (1ª PARTE)

**DURACIÓN:** 20 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Páginas 20 y 21 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. El monitor dejará que cada participante de forma individual haga sus escalas y responda a las cuestiones planteadas.
2. El monitor ayudará a aclarar a los participantes que deben entender como preocupaciones cotidianas aquellas cosas que en el día a día las consideran importantes, no aquellas tareas que han de hacerse cada día.
3. Una vez acabada la actividad el monitor preguntará a los participantes sobre lo que les ha llamado la atención de la actividad como paso previo a la charla siguiente. **NOTA: La finalización de esta actividad se realizará después de la charla de la actividad 4 para mejorar su comprensión.**

#### Actividad 4. EXPOSICIÓN TEÓRICA: Modelo cognitivo de Ellis

**DURACIÓN:** 15 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Transparencias de la actividad.

**PROCEDIMIENTO:**

3. Se imparte la siguiente exposición teórica con la ayuda de la transparencia correspondiente y enriqueciéndola con ejemplos y opiniones de participantes:

**NOTA:** Se ha elegido el Modelo de Ellis por ser sencillo de entender y útil para esta actividad, aunque se podrían considerar también otros modelos como válidos.

**EXPOSICIÓN TEÓRICA: Modelo básico de la Terapia Racional Emotiva de Ellis**

El ser humano desde que adquiere la razón actúa como un científico en la vida cotidiana, es decir, nos creamos metas y hacemos hipótesis de cómo funcionarán y luego la vida misma va modificando las hipótesis al contrastarlas con la realidad. Esta forma de actuar va moldeando nuestra personalidad, hace nuestra vida más previsible y llevadera, y hace que sepamos qué nos espera al actuar. Pero esta forma de actuar no es perfecta y a veces no llegamos a contrastar nunca esas hipótesis que nos creamos en nuestra cabeza sobre algunas cosas y otras veces perdemos la meta de vista y nos mostramos desorientados. Algunos ejemplos de lo que digo son: Cuando pensamos que no conseguir algo importante nos convierte en fracasados y luego vemos que eso no era tan esencial para nuestra vida, o cuando hacemos algo totalmente contrario a nuestra meta y luego nos arrepentimos.

ejemplos de lo que digo son: Cuando pensamos que no conseguir algo importante nos convierte en fracasados y luego vemos que eso no era tan esencial para nuestra vida, o cuando hacemos algo totalmente contrario a nuestra meta y luego nos arrepentimos.

Algunos autores ya se percataron de las fallas de nuestro pensamiento y se adentraron a desarrollar teorías que ayudarán a las personas a llevar aquella vida que les gusta. Una de las más importantes es la de Ellis:

Terapia Racional-Emotiva de Ellis:

Ellis postuló que la causa de las perturbaciones emocionales es la forma de pensar del individuo, la manera cómo interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, el futuro, o sobre el mundo en general.

Ellis postuló que algunas personas desarrollaban creencias sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, disfuncionales, es decir, no son realistas, ni plausibles. Estas creencias formaban parte de la persona hasta que un hecho disruptor hace que esas creencias pasen a tomar protagonismo y despierten en la persona expectativas sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro muy negativas, que le lleva a emociones negativas como la ansiedad o depresión.

¿Cómo reconocemos si tenemos creencias irracionales o disfuncionales? Se reconocen porque son: dogmáticas, absolutas y se expresan en forma de obligación, necesidad imperiosa o exigencia ("Tengo que", "Estoy obligado a", "Debería").

Ellis agrupó en 10, todas las creencias irracionales básicas de la civilización occidental actual:

NOTA: En este momento de charla habría que hacer un parón para que los participantes se reconocieran en alguno de los errores de pensamiento que mostramos a continuación.

1. Para el ser humano adulto es una necesidad extrema el ser amado y aprobado por prácticamente toda persona significativa de su comunidad.
2. Para considerarse a sí mismo valioso, hay que ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
3. Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
4. Cierta clase de persona es vil, malvada e infame, y debería ser culpabilizada y castigada por su maldad.
5. Si algo es o puede ser peligroso, uno debe sentirse muy inquieto por ello, y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
6. Invariablemente, existe una solución precisa, concreta y perfecta para los problemas humanos, y si ésta no se encuentra, sobreviene la catástrofe.
7. La desgracia humana se origina por causas externas y la gente no tiene capacidad para controlar sus penas y perturbaciones.
8. Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
9. La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y debe seguir afectándole indefinidamente.
10. Hay que lograr la felicidad por inercia y sin hacer nada, o "divertirse" solo y pasivamente.

Estas ideas irracionales quedan englobadas en 3 nociones básicas, en las que los individuos hacen peticiones de carácter absoluto a sí mismos, a los otros y al mundo:

1. Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar.
2. Tú debes actuar de forma agradable, considerada y justa conmigo.
3. Las condiciones de mi vida deben ser buenas y fáciles, para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad.

Esta filosofía personal, genera un conjunto de distorsiones del pensamiento que se relacionan con las creencias irracionales:

1. Resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento.
2. Exagerar lo insoportable de una situación.
3. Condenar a las personas, o al mundo en general, si no proporcionan al individuo lo que éste cree que se merece.

Ellis postula que para ayudar a la persona que sufre por estos motivos esa persona debe abandonar esas creencias irracionales y sustituirlas por otras más adaptativas.

Normalmente todos tenemos algunas de estas creencias irracionales de forma camuflada en ilusiones, objetivos, etc. Debemos tomarlas con cierta distancia y analizarlas bien, porque algunas de ellas podrían darnos problemas en el futuro, es el momento de que nos planteemos no ser tan absolutistas con nosotros mismos y que nos planteemos metas que podamos cumplir. Un antiguo refrán dice:

*“Si no puedes conseguir lo que quieres para ser feliz sé feliz con lo que tienes”*

Evidentemente en este programa no tenemos tiempo ni necesidad de desarrollar una terapia racional emotiva como postula Ellis, pero lo que si nos podemos plantear es si algunas de las cuestiones que se plantean nos podrían afectar negativamente. Una buena manera de reducir las posibles consecuencias negativas, sería plantearnos expectativas y metas vitales realistas, relativizadas y abiertas al cambio.

Como finalización del último ejercicio que hemos hecho vamos a intentar desarrollar una pequeña escala de valores para nuestra vida cotidiana. Esta lista nos podría ayudar a saber en todo momento qué es importante en nuestra vida. La lista debe tener las condiciones de ser realista, relativizada y abierta al cambio como postula Ellis y así reduciremos considerablemente las posibilidades de caer en las redes de las creencias irracionales. Pasemos al siguiente ejercicio...

### Actividad 3. La Balanza (2ª PARTE Y FINAL)

**DURACIÓN:** 25 minutos

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 21 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Cada participante, ayudándose de lo apuntado en la primera parte de la actividad y de la charla del monitor deberá desarrollar un modelo de importancia de sus preocupaciones para la vida diaria. El modelo debe ser realista, relativizado y abierto a posibles cambios en sus vidas.
2. El monitor ayudará a la elaboración del modelo de quienes presenten dificultades.
3. Se expondrán al gran grupo aquellos modelos que los participantes quieran mostrar a los demás. **NOTA: El monitor dejará claro que esta escala de valores es una escala de referencia y no debe ser tomada de forma dogmática por nadie. Podría ayudarles a no angustiarse por cosas sin demasiada trascendencia en sus vidas o a buscar metas en la vida que realmente les satisfagan su logro, etc.**

## EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

**DURACIÓN:** 5 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Hojas de evaluación de la sesión.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se reparten las hojas de evaluación para que los participantes respondan individualmente.
2. Una vez todos hayan terminado se recogerán los cuestionarios.



# 8ª SESIÓN

1. **Título:** SESIÓN VIII: Conclusiones y evaluación final.

2. **Objetivos de la sesión:**

- Appreciar algunos de los problemas relacionados con una IC negativa, como pueden ser: Baja autoestima, depresión, mala toma de decisiones, etc.
- Percibir el riesgo real de modificar nuestro cuerpo de forma artificial a través de la cirugía estética.
- Tomar conciencia del cambio producido debido a la participación en este programa.
- Extraer conclusiones sobre la utilidad de este programa para el fin al que se creó.
- Participar en la mejora de este programa para sucesivos grupos.

3. **Duración de la sesión:** 105 minutos.

4. **Material necesario:**

- Sesión VIII del Cuadernillo de actividades.
- Vídeo “Cuerpos a la carta” de RTVE.
- Material de evaluación de actividades de la sesión.

5. **Nº de actividades:** 4 + evaluación de actividades y evaluación final.

6. **Descripción de las actividades**

## Actividad 1. VÍDEO: “Cuerpos a la carta”

**DURACIÓN:** 25 minutos de vídeo + 25 minutos de actividad.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Vídeo “Cuerpos a la carta” de RTVE.´.
- Página 22 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. El monitor proyecta un fragmento del vídeo “Cuerpos a la carta” en el que se muestra, en formato de documental, el proceso de dos mujeres a la hora de afrontar una operación de cirugía estética. El fragmento constituye los primeros 25 minutos del vídeo del documental “Cuerpos a la Carta” de RTVE.

2. El grupo comenta lo que le más le ha llamado la atención del vídeo a través de las cuestiones planteadas en el cuadernillo.
3. Se realiza una puesta en común en gran grupo y debate posterior sobre las cuestiones que el grupo elija en relación al vídeo.

### Actividad 2. Corazón con razón

**DURACIÓN:** 15 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 23 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. El monitor juntará a los participantes en grupos de entre 5 y 7 personas
2. Los grupos deciden que consejos le darían a esas personas del cuadernillo utilizando para ello todos los recursos vistos a lo largo de la realización de este programa.
3. Puesta en común en gran grupo.

### EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

**DURACIÓN:** 5 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Hojas de evaluación de la sesión.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se reparten las hojas de evaluación para que los participantes respondan individualmente.
2. Una vez todos hayan terminado se recogerán los cuestionarios.

### Actividad 3. EVALUACIÓN FINAL

**DURACIÓN:** 10 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 24 del cuadernillo de actividades (ésta será la única hoja del cuadernillo que recogerá el monitor).

**PROCEDIMIENTO:**

1. Se pedirá que respondan individualmente y con sinceridad, insistiéndoles en la importancia de sus impresiones para la mejora del programa en el futuro.

#### Actividad 4. Debate final

**DURACIÓN:** 20 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- Página 23 del cuadernillo de actividades.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Cada participante mostrará su opinión del programa y cómo lo mejoraría.
2. El monitor mostrará también sus opiniones del programa, del grupo y del tiempo invertido.
3. Se realizará de forma grupal un análisis DAFO del programa, valorando: Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del programa. El monitor se encargará de moderar el grupo al hacer el análisis DAFO.

#### Actividad 5. Despedida y cierre.

**DURACIÓN:** 10 minutos.

**MATERIAL NECESARIO:**

- No es necesario material.

**PROCEDIMIENTO:**

1. El monitor agradecerá la participación y el interés mostrado en el programa a los participantes.
2. Se clausurará el programa de la forma que el monitor crea conveniente.

**FIN**

# Imagina

Programa de Mejora de la Imagen Corporal para Adultos

Cuadernillo de Actividades

Nombre:

Basado en el programa PÍCIA para  
jóvenes de C. Maganto y colaboradores


# 1ª SESION

## Actividad 2. Mi media naranja.


Busca la otra mitad de tu corazón entre tus compañeros y rellena con los datos personales de esa persona el tuyo.

## Actividad 3. ¿Qué hace un@ chic@ como tú en un lugar como éste?

Levántate y busca al menos una persona del grupo que cumpla las siguientes condiciones y apúntalo en cada recuadro:



Haga algo que no corresponda a su sexo ¿El qué?



Tenga una manía curiosa ¿Cuál?



Haya tenido la experiencia más llamativa



Necesite un cariño. Dáselo



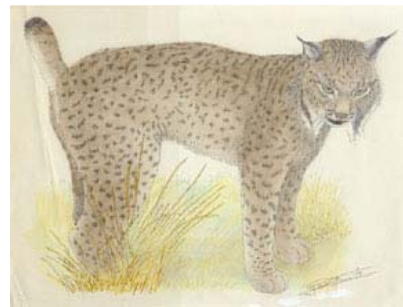
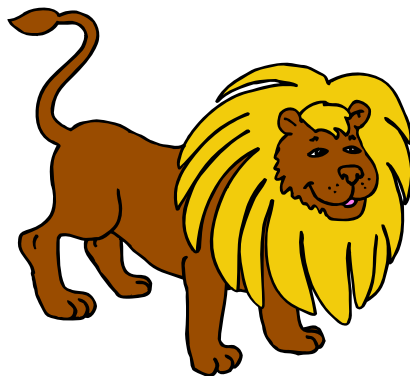
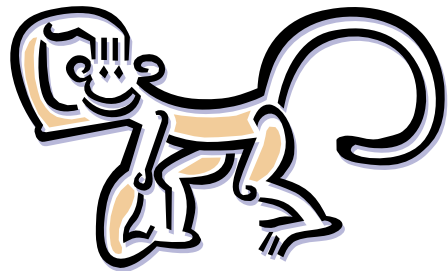
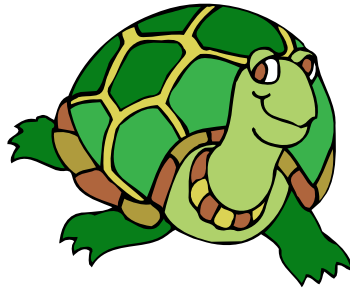
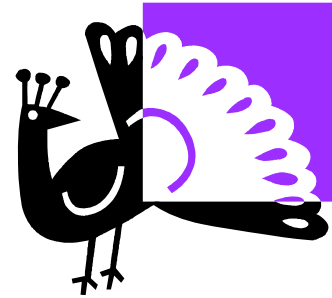
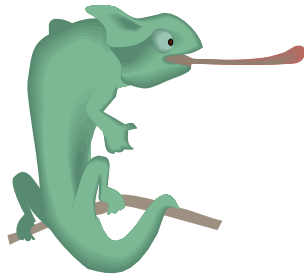
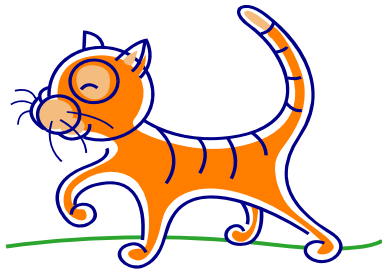
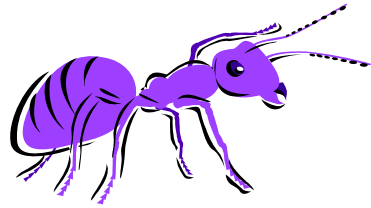
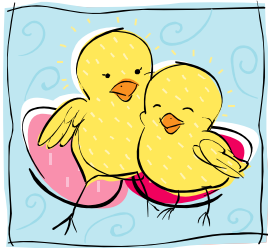
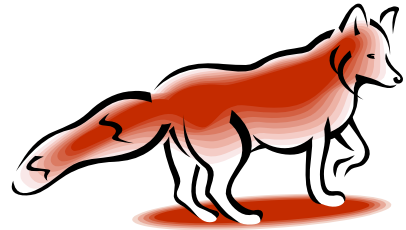
Haga tonterías delante del espejo cuando está solo



Le gusten las cosas muy "picantes"

## Actividad 4. Mi otro yo sería...

Escucha atentamente al monitor y elige al personaje con el que más te identifiques (rodéalo con un círculo):



## Actividad 5. En línea

Lee atentamente el artículo aparecido en Internet que se te muestra y reflexiona sobre las cuestiones que se plantean para compartirlas en grupo:

### Un comienzo Light y futuro Pesado

Los alimentos "light" se introdujeron en el mercado como un auténtico descubrimiento que permitía gozar de los placeres gastronómicos más pecaminosos y calóricos, incluso a aquellas personas sometidas a los absolutistas dictados de la dieta hipocalórica. Pero, no se engañen, los alimentos light no adelgazan por solo consumirlos ; en el mejor de los casos, engorda menos. Lo light es ligero. Las bebidas, los aperitivos, los postres, los dulces que se etiquetan bajo este epígrafe anglosajón contienen, teóricamente, un 30 por ciento menos de calorías que sus correspondientes normales. La cultura de lo "light" ha generado una especie de confusión universal. Es completamente incorrecto relacionar directamente este tipo de productos con la dieta.

Crear que al eliminar el azúcar se elimina el problema, además de un error, puede contribuir a adoptar conductas incluso contraproducentes. Los alimentos con la denominación "Light" tienen un número de calorías por unidad de peso inferior a los de su clase, "pero en ningún caso significa que no engordan, confusión que hace que estos alimentos sean consumidos sin límite ni control, olvidando que no son adelgazantes". Los productos "Light" tendrían algún efecto positivo para reducir el sobrepeso únicamente si se consumiesen en las mismas cantidades que los equivalentes sin esa calificación, circunstancia que generalmente no se da. La introducción en el mercado de más de 5.000 alimentos bajos en grasas, o sin grasas, en la última década ha contribuido a la epidemia de obesidad en Estados Unidos, según la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA).

El problema comienza cuando las personas creen que pueden comer cantidades ilimitadas de galletas con poca grasa, yogures congelados y dulces. Aunque estos alimentos contienen menos grasa que las versiones originales, suelen tener más azúcar e incluso más calorías. A menudo nos olvidamos de limitar la cantidad cuando un producto se anuncia como bajo en grasa. El escoger productos alimenticios frescos y ricos en fibra permite a una persona consumir grandes cantidades con pocas calorías, relativamente, porque produce una sensación de saciedad. Los alimentos bajos en grasa que ofrecen más cantidad y fibra pueden reducir la sensación de hambre por un período más largo.

Por otra parte, hay suficiente información que relaciona una mayor ingesta de grasa y un mayor peso corporal con los consumidores habituales de productos Light. El factor psicológico puede influir también en que los consumidores de estos productos piensen que pueden consumir una cantidad superior de ellos, lo que produce es un efecto contrario de mayor ingesta de energía. El consejo de los especialistas en salud llega en una época en que los índices de obesidad no tienen precedente en Estados Unidos y Europa. Aunque las personas han seguido el consejo de sus gobiernos y reducido el aporte de grasas durante los últimos 50 años, continúan engordando.

¿Por qué?, básicamente, porque la oferta de alimentos ricos en hidratos de carbono ha aumentado junto con los alimentos Light, cuyo consumo aumenta día a día debido a la publicidad engañosa. Algunos niños de sólo 10 años están siendo diagnosticados ahora de diabetes de tipo II, conocida con anterioridad como diabetes del adulto, ya que afectaba a las personas en la década de los 40 años y mayores. Es una paradoja que requiere explicación: muy probablemente el número total de calorías en los alimentos ha aumentado a medida que disminuye la grasa.

[www.alimentacion-sana.com](http://www.alimentacion-sana.com)

1. ¿Los alimentos “Light” sirven para adelgazar? ¿Por qué?
2. ¿Hacemos un buen uso de los alimentos “Light”?
3. Si eres consumidor de productos “Light” ¿Te sientes estafado?

### Actividad 6. La Verdad

Escucha atentamente la charla que te expone el monitor sobre la verdad de los productos adelgazantes.

- \* Productos Light.
- \* Diuréticos.
- \* Laxantes.
- \* Saciantes.
- \* Productos que disminuyen la absorción de grasas.
- \* Dietas milagro.



# 2ª SESION

## Actividad 1. Escala de satisfacción con zonas corporales.

Valora en la siguiente escala las partes de tu cuerpo que se indican:

|                | PARTES DEL CUERPO | Nada Satisfecho | Algo Satisfecho |   |   | Satisfecho |   |   | Bastante o Muy Satisfecho |   |    |
|----------------|-------------------|-----------------|-----------------|---|---|------------|---|---|---------------------------|---|----|
|                |                   | 1               | 2               | 3 | 4 | 5          | 6 | 7 | 8                         | 9 | 10 |
| CARA           | Pelo              |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Ojos              |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Nariz             |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Boca              |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Orejas            |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
| TORSO SUPERIOR | Hombros           |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Espalda           |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Pecho/Pectorales  |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Estómago          |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Cintura           |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
| TORSO INFERIOR | Tripa             |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Caderas           |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Nalgas            |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Muslos            |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Piernas           |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
| OTROS          | Tono muscular     |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Piel              |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Altura            |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Peso              |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |
|                | Proporciones      |                 |                 |   |   |            |   |   |                           |   |    |

Compara con tus compañeros de grupo los resultados siguiendo las instrucciones del monitor.

Evalúa del 1 al 10 la impresión que tienes sobre cada uno de estos aspectos **TOMADOS EN SU CONJUNTO**.

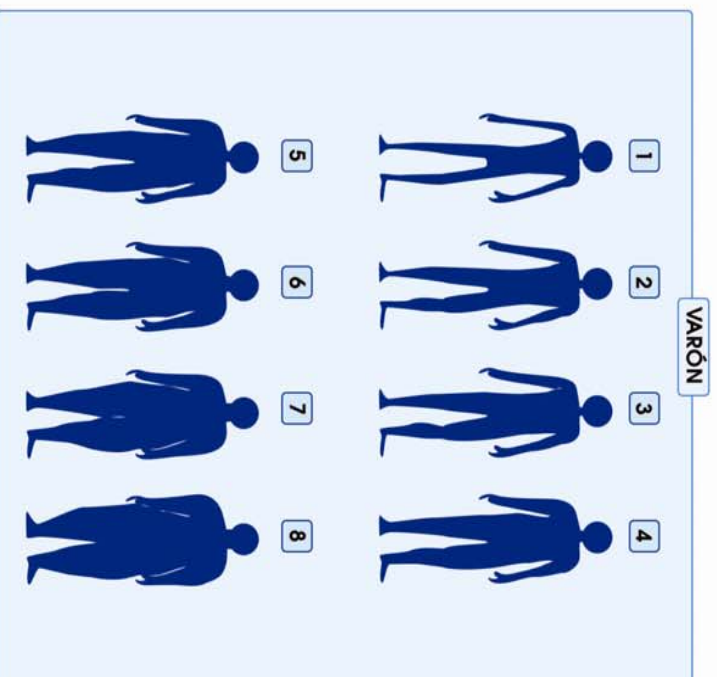
|                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| CARA                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| TORSO SUPERIOR        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| TORSO INFERIOR        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| ASPECTO FÍSICO GLOBAL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| FORMA DE MIRAR        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| FORMA DE MOVERME      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| FORMA DE SONREIR      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

### Actividad 3. siluetas

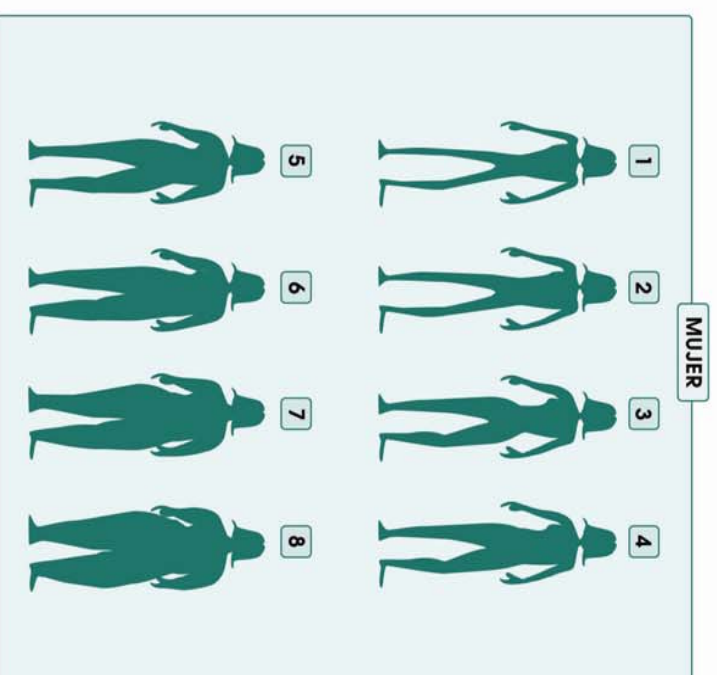
Responde a las siguientes cuestiones teniendo en cuenta las siluetas desarrolladas en la pagina siguiente:

- ¿Qué siluetas te parecen “normales”, “delgadas” y “gordas”?
  - \* DELGADAS:
  - \* NORMALES:
  - \* GORDAS:
- ¿Qué silueta representa tu peso actual?
- ¿Qué silueta te gustaría tener?
- ¿Qué siluetas elegirías como pareja?
- ¿Qué siluetas crees que elegiría una persona del sexo contrario como pareja?
- ¿Cuál es la silueta “ideal” de nuestra sociedad:
  - HOMBRES:
  - MUJERES:
- ¿Cuál es la silueta más común a tu edad?

# siluetas



FIGURAS MASCULINAS DISEÑADAS POR DEL RÍO, A., ROIZ, O. Y MAGANTO, C. (1998) PRESENTADAS EN LAS I JORNADAS SOBRE IMAGEN CORPORAL Y SALUD. SAN SEBASTIÁN, 1999. SIN PUBLICAR



FIGURAS FEMENINAS ADAPTADO DE BELL, C., KIRKPATRICK, W Y RINN, R.C. (1986). BODY IMAGE OF ANOREXIC, OBSESE AND NORMAL FEMALES. JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY, 42. 431 - 439.

# 3ª SESIÓN

## Actividad 1. vídeo "El Reto de la Libertad".

Observa con atención el siguiente vídeo sobre la publicidad y reflexiona sobre lo que más te llame la atención para el debate posterior.

1. ¿Qué es lo que más te ha llamado la atención?
2. ¿Por qué nos manipulan en la publicidad?
3. ¿De dónde surgen los estereotipos de belleza?
4. ¿Cómo lo podríamos solucionar?

## Actividad 4. Publicidad en revistas

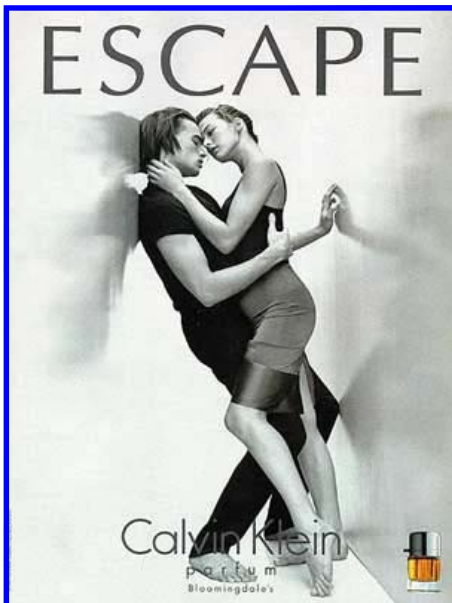
Analiza en grupo los anuncios de publicidad de las siguientes hojas teniendo en cuenta las cuestiones que se presentan a la derecha:

### Anuncio 1:



1. ¿Qué venden?
2. ¿Cuál es el gancho?
3. ¿Tiene mensaje oculto este anuncio? ¿Cuál?

### Anuncio 2:



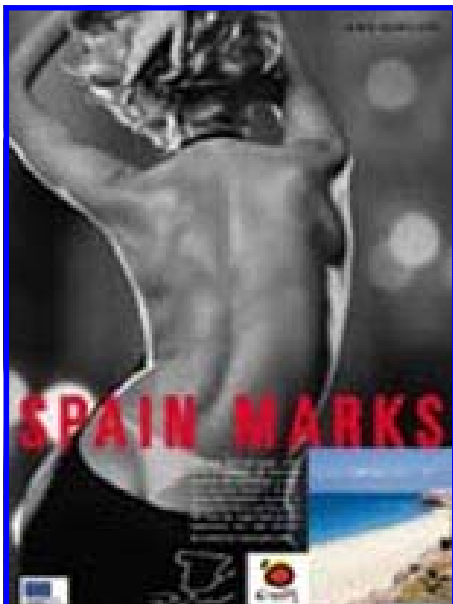
1. ¿Qué venden?
2. ¿Cuál es el gancho?
3. ¿Tiene mensaje oculto este anuncio? ¿Cuál?

### Anuncio 3:



1. ¿Qué venden?
2. ¿Cuál es el gancho?
3. ¿Tiene mensaje oculto este anuncio? ¿Cuál?

### Anuncio 4:



1. ¿Qué venden?
2. ¿Cuál es el gancho?
3. ¿Tiene mensaje oculto este anuncio? ¿Cuál?

## Actividad 5. El código oculto.

Intenta analizar en gran grupo los anuncios que te presenta el monitor según la nueva información que has aprendido hoy a través del vídeo y de las actividades previas sobre la publicidad.

# 4ª SESION

## Actividad 1. Mitos de la alimentación.

Algunas de las siguientes afirmaciones sobre la alimentación son falsas, adivina cuáles y argumenta por qué en grupo:

1. Una buena dieta debe contener todo tipo de nutrientes, incluso grasas y azúcares.
2. Las dietas vegetarianas son muy recomendables.
3. Los alimentos tienen más o menos calorías dependiendo de la forma en la que se cocinen.
  4. Existen ciertos alimentos que engordan.
5. Engordar es un desequilibrio entre lo que ingerimos y lo que gastamos.
  6. Hay personas que engordan sin comer.
7. Las mujeres necesitan menos calorías que los hombres.
8. Las calorías necesarias dependen del tamaño del cuerpo.
  9. El agua adelgaza.
10. Según nos hacemos mayores engordamos porque nuestro metabolismo cambia y retenemos más grasas.

## Actividad 2. Mitos de la madurez.

Algunas de las siguientes afirmaciones sobre la madurez son falsas, adivina cuales:

1. La madurez significa una serie de pérdidas a nivel físico.
  2. La belleza es sinónimo de juventud.
3. Con la edad las personas se hacen más sensatas y menos temperamentales.

4. Hay personas que son más atractivas cuando se hacen mayores que de jóvenes.
5. La juventud y la madurez tienen patrones sociales de belleza distintos.
6. Según nos hacemos mayores debemos tener menos conductas y deseo sexual o nos convertiremos en "viej@s verdes".

### **Actividad 3. Debate sobre los mitos de la belleza.**

Debéis debatir entre todos para concluir si los siguientes mitos sobre la belleza son ciertos:

1. L@s guap@s ligan más.
2. Vale más una imagen que mil palabras.
3. La primera impresión es la que queda.
4. Las personas atractivas no desarrollan la inteligencia y cuando dejan de serlo pierden todo su valor.
5. Cuando conoces a la persona l@s guap@s y l@s fe@s dejan de serlo.
6. La cara es el espejo del alma.

## **5ª SESION**

### **Actividad 1. Las 2 caras de la moneda.**

Piensa para después contarle a los demás dos situaciones en las que te hayas sentido así:

1. Orgullos@ de ti mism@.
2. Avergonzad@ de ti mism@ por una situación sin importancia.



## Actividad 2. Subirse a la parra.

Pon tu nombre escrito dentro del corazón del centro de la pagina y pasa la hoja para que los demás pongan alrededor de él aquellas cosas positivas que ven en ti .



### Actividad 3. Grilla de autoestima.

Valórate a ti y a tus compañer@s de grupo según las siguientes cuestiones:

| NOMBRE | PUNTO FUERTE | ALGO UNICO | ALGO DIVERTIDO | ALGO A MEJORAR |
|--------|--------------|------------|----------------|----------------|
| yo     |              |            |                |                |
|        |              |            |                |                |
|        |              |            |                |                |
|        |              |            |                |                |
|        |              |            |                |                |
|        |              |            |                |                |
|        |              |            |                |                |
|        |              |            |                |                |

# 6ª SESIÓN

## Actividad 1. Metáfora del amor

Piensa en tu idea del “Amor” y compárala con algo que exista en el mundo real que la defina o se le parezca. Por ejemplo: El amor es como una montaña rusa ...

El amor es \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Actividad 3. Arriba el telón.

Junto con tus compañeros de grupo, y con las láminas que os entreguen, tendréis que representar en pequeñas obras de teatro cómo solucionaríais las siguientes cuestiones:

1. En una entrevista de trabajo el entrevistador pone en duda vuestra capacidad de mando de un equipo de trabajo por ser mujer.
2. Lleváis 15 minutos esperando en la cola del padrón del ayuntamiento y el funcionario se entretiene con la chica que está delante de vosotros tonteando con ella haciéndoos esperar sin motivo.
3. Estáis en una discoteca y queréis ligar con alguien que de salida no os hace mucho caso...
4. Vuestro padre en casa os compara con otro hermano de forma negativa de manera injusta olvidando las cuestiones a vuestro favor.

### Actividad 4. Gente sin complejos.

Reúnete en grupo según te indique el monitor e intenta aplicar al menos uno de los siguientes refranes para contrarrestar cada uno de los errores comunes del pensamiento que el monitor te muestra en las láminas:

#### REFRANES:

- \* Más vale poca tierra y bien labrada que mucha y mal abonada.
- \* En tinieblas, ni la hermosa es hermosa ni es fea la fea.
  - \* Si tu puerta es baja tendrás que agacharte.
  - \* El que quiera peces que se moje el culo.
- \* Lo que conduce un barco es la habilidad no la fuerza.
  - \* No hay rosa sin espinas.
  - \* Los que buscan faltas no ven otra cosa.
- \* La rosa y la hermosura poco duran, más vale virtud y cordura.
  - \* El que adelanta la desgracia la sufre dos veces.
    - \* Cada altar tiene su cruz.
- \* No es un hombre más que otro si no hace más que otro.
  - \* No hay victoria sin batalla.
  - \* Nadie sabe lo que tiene hasta que lo pierde.
  - \* Si quieres estar servido sírvete a ti mismo.
- \* El que no se atreve a largar velas hasta que tenga viento favorable perderá muchos viajes.
  - \* Ni todo a de ser miel ni todo hiel.
  - \* Cada uno cree lo que quiere creer.

# 7ª SESION

## Actividad 1. La sopa de los por qué.

Busca en la sopa de palabras los motivos por los cuáles crees que los personajes de las siguientes historias actúan de esa forma:

1. Ana, de 42 años casada y con tres hijos, prefiere usar incómodas fajas que comprarse ropa una talla mayor.
2. Luís, viudo de 64 años, sale a la calle con zapatillas de andar por casa de cuadros debido a sus problemas físicos en los pies.
3. Carlos, de 50 años, casado sin hijos, evita sonreír y si lo hace se tapa la boca, desde que le quitaron una muela muy visible.

### Sopa de Motivos

Presión social *Hábitos adquiridos* **Aburrimiento**

Dejarse llevar *Está loco* **Comodidad**

*Decisión razonada* Diversión Falta de previsión

Miedo a las consecuencias **Es un desafío**

*Intentar algo nuevo* Por el destino *Salud*

*Casualidad* POR SU PERSONALIDAD

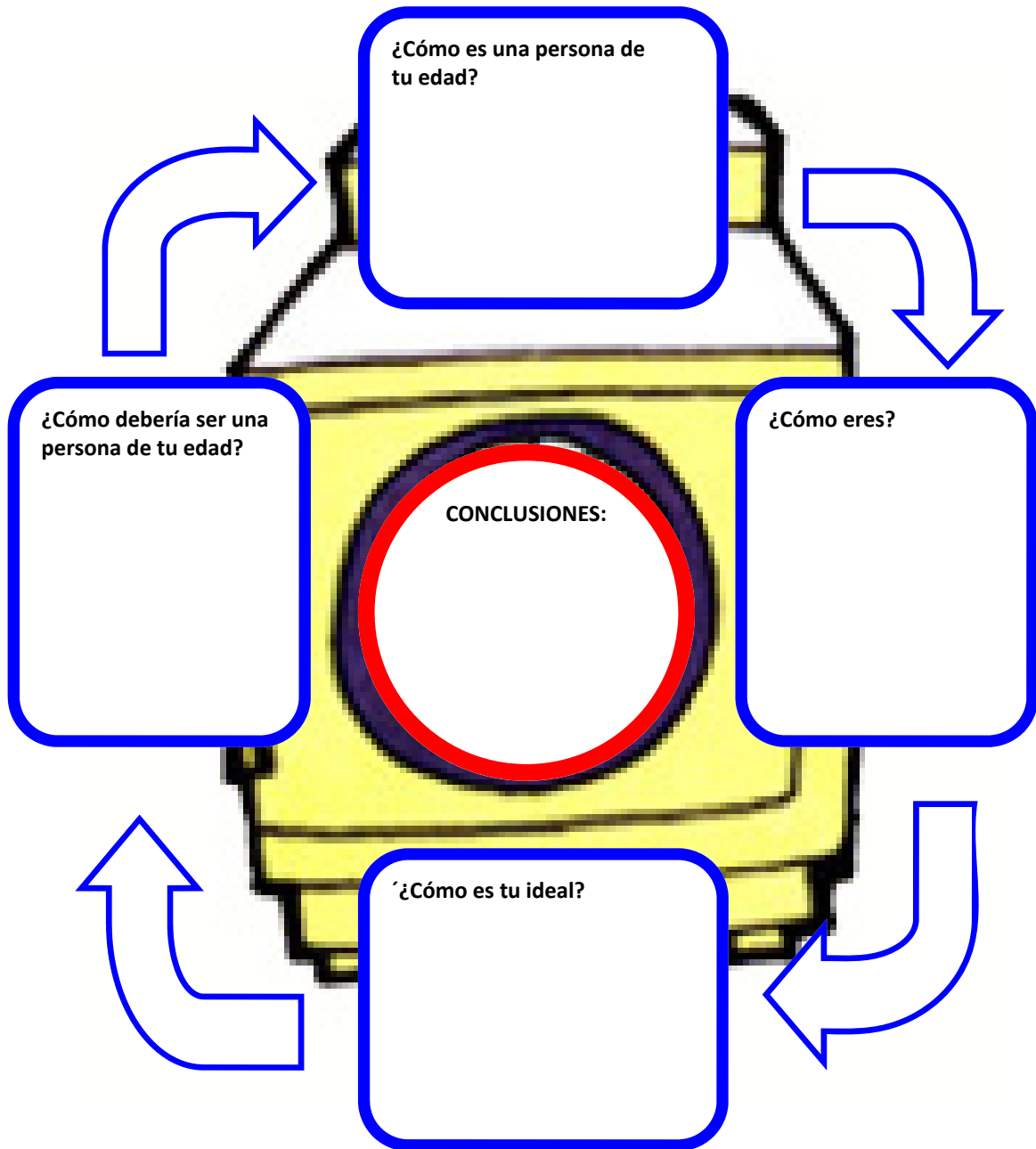
Quiere parecer atractivo a la otra persona

**Ama los riesgos** *Malicia* Falta de inteligencia

*Evitar pensar mucho* **Está mal aconsejado/a**

## Actividad 2. La Lavadora

Responde a las cuestiones que se te piden en los recuadros exteriores y basándote en tus respuestas extrae tus conclusiones en la lavadora.



### Actividad 3. La Balanza.

Apunta en el recuadro de la derecha aquellas cuestiones de tu vida que sean importantes para ti (por ejemplo: Hijos, salud, etc.) y ordénalas por orden de importancia. En el recuadro de la izquierda apunta tus preocupaciones cotidianas y ordénalas por orden de frecuencia.

#### Preocupaciones

- \*
- \*
- \*
- \*
- \*
- \*
- \*
- \*

*“Incluya aquí una frase o una*

#### Cosas Importantes

- \*
- \*
- \*
- \*
- \*
- \*
- \*
- \*

*“Incluya aquí una frase o una cita*

Responde a las siguientes cuestiones:

1. Percibiendo la diferencia entre las dos escalas ¿Crees que deberías preocuparte por cosas más importantes en tu vida?

2. ¿Cuáles de tus preocupaciones diarias te ayudan a vivir mejor y son imprescindibles en tu vida?

3. ¿Crees que a veces deberías recapacitar más sobre lo que tienes y menos sobre lo que careces?

Tras la explicación del monitor y con su ayuda, desarrolla un modelo de valores a fomentar en la vida diaria que te ayude a diferenciar más lo importante y que te ayude a ser más feliz.

\*  
\*  
\*  
\*  
\*  
\*  
\*  
\*



# 8ª SESION

## Actividad 1. Cuerpos a la carta.

Observa con atención el vídeo que se te presenta que más tarde será analizado en grupo y plantéate las siguientes cuestiones:

1. ¿Qué empuja a los protagonistas a acudir a un quirófano?
2. ¿Cuándo se sentirán realmente satisfechos los protagonistas?
3. ¿Les darías algún consejo? ¿Cuál?
4. ¿Qué papel tiene la familia y las personas cercanas al protagonista?

## Actividad 2. Corazón con razón.

Pensad en grupo que le aconsejaríais a las siguientes personas:

**FERNANDO:** Tiene 56 años y actualmente está afrontando su divorcio. Su mujer y él tenían continuas discusiones hasta que decidieron separarse. Cree que ya es mayor para atraerle a otra mujer y no volverá a encontrar el amor.

**LUISA:** Es una mujer casada de 50 años con dos hijas adolescentes y un marido cariñoso. Todo lo va fenomenal hasta que su vecina de patio entre risas le insinúa que está demasiado gorda y se mofa de su aspecto, a partir de entonces a Luisa ya no le gusta mirarse al espejo y pasa los días angustiada porque considera que tiene que adelgazar.

**CARMEN:** Tiene 61 años y lleva un matrimonio que consideraba feliz, pero últimamente ha notado que su marido ha perdido el interés en ella, algo que le disgusta, pero no hace nada porque considera que es mayor para seducirle de nuevo.

**ROSA:** Tiene 34 años y es soltera. Esta contenta con su situación pero últimamente evita en lo posible los encuentros familiares ya que dos de sus hermanas le provocan riéndose y comentando que se le ha “pasado el arroz”.

## Actividad 4. Debate final.

Después de la evaluación individual del programa se debatirá con todo el grupo, si el programa ha conseguido los objetivos planteados con el mismo y qué cosas se deben mejorar en un futuro. Participa activamente.

# EVALUACION

RESPONDE A LAS SIGUIENTES CUESTIONES EN UNA ESCALA DE 0 (NADA DE ACUERDO) A 10 (TOTALMENTE DE ACUERDO) CON TOTAL SINCERIDAD.

1. El programa es útil para valorar tu imagen corporal \_\_\_\_
2. El programa es ameno y divertido \_\_\_\_
3. Mi participación en el programa ha servido para conocerme mejor \_\_\_\_
4. El programa me ha ayudado en mi vida cotidiana \_\_\_\_
5. Los temas han sido tratados con claridad \_\_\_\_
6. La programación ha sido acertada \_\_\_\_
7. Considero que mi imagen corporal ha mejorado \_\_\_\_
8. Considero que ha aumentado mi información sobre estos temas \_\_\_\_
9. Considero que mis relaciones con los demás han mejorado \_\_\_\_
10. Recomendaría este programa a otra persona en mi misma situación \_\_\_\_


Las cosas que más y menos me han gustado han sido:

Lo que más

|   |
|---|
| * |
| * |
| * |
| * |
| * |

Lo que menos

|   |
|---|
| * |
| * |
| * |
| * |
| * |



# Imagina

Programa de Mejora de la Imagen Corporal para Adultos

Láminas complementarias

Basado en el programa PICIA para  
jóvenes de C. Maganto y colaboradores

## SESIÓN 1. Actividad 1. Corazones.

Nombre:

Refrán que uso a menudo

Programa de la tele:

Comida favorita:

Lugar favorito:

Nombre:

Refrán que uso a menudo

Programa de la tele:

Comida favorita:

Lugar favorito:

## SESIÓN 6. Actividad 3. Arriba el telón.

### Guión 1.

En una entrevista de trabajo simultánea a dos aspirantes el entrevistador pone en duda vuestra capacidad de mando de un equipo de trabajo por ser mujer frente al jefe de la empresa y frente a otro aspirante.

### Personajes

**ASPIRANTE PRINCIPAL:** Una mujer de mediana edad indignada con lo que le está sucediendo pero que sabe salir adelante...

**ASPIRANTE SECUNDARIO:** No aprovecha su situación de ventaja pero esboza una sonrisa triunfadora...

**ENTREVISTADOR PRINCIPAL:** Entrevista a los dos aspirantes de forma muy partidaria y parece tener muchos prejuicios.

**JEFE DE LA EMPRESA:** Parece un buen hombre ... Pero confía mucho en su entrevistador.



## SESIÓN 6. Actividad 3. Arriba el telón.

### Guión 2.

Lleváis 15 minutos esperando en la cola del padrón del ayuntamiento y el funcionario se entretiene con la chica que está delante de vosotros tonteando con ella haciendoos esperar sin motivo

### Personajes

**PERSONAJE PRINCIPAL:** Llevas 15 minutos esperando para actualizar tu padrón y te estás poniendo nervioso porque tienes el coche mal aparcado, quieres que se den prisa pero no parecer mal educado...

**FUNCIONARIO:** Es un tipo corriente que trabaja en un empleo muy aburrido y parece gustarle la chica...

**CHICA ATRACTIVA:** No tienes mucha prisa y el funcionario parece un tipo muy simpático...

**PERSONA ESPERANDO:** Apoya la queja del personaje principal, pero solamente cuando el viento sopla a favor, hasta que eso ocurre observa callado.

## SESIÓN 6. Actividad 3. Arriba el telón.

### Guión 3.

Estáis en una discoteca y queréis ligar con alguien que de salida no os hace mucho caso ya que tiene una amiga /o que no está por la labor, contáis con la inestimable ayuda de un amigo /a.

### Personajes

LIGÓN /A: Tienes que ligarte a esa persona sí o sí y para ello cuantas con tu labia y el apoyo de tu amigo.

AMIGO /A LIGÓN /A: estás a disposición de tu amigo /a.

CHICA /O : No estás muy por la labor pero factores como la simpática y la gracia pueden ayudarte a decidir...

AMIGO /A CHICA /O: Tú no quieres quedarte sola /o esta noche y solamente permitirías el ligue si te conviene o si es el chico /a de su vida...



## SESIÓN 6. Actividad 3. Arriba el telón.

### Guión 4.

Vuestro padre en casa os compara con otro hermano de forma negativa de manera injusta olvidando las cuestiones a vuestro favor durante una cena en familia.

### Personajes

**PERSONAJE PRINCIPAL:** Estáis muy satisfechos con vuestra vida, los días en los que dejabais que vuestro padre os humillara son historia...

**PADRE:** Nunca habéis sido su favorito y a veces parece disfrutar comparándote de manera injusta.

**MADRE:** Suele hacer la vista gorda cuando su marido se mete con alguno de sus hijos y sólo interviene para calmar la situación.

**HERMANO:** Es todo un triunfador y además se lleva bien con su hermano /a, toma una actitud pasiva.

## SESIÓN 6. Actividad 4. Gente sin complejos.

### EL CEGATO

ES AQUEL PENSAMIENTO QUE MINIMIZA O DESCUIDA AQUELLAS PARTES DE NUESTRO CUERPO QUE SON ATRACTIVAS

Por ejemplo: “Que más da si mis ojos son azules si son ojos de sapo ...”



### SENTIRSE FEO

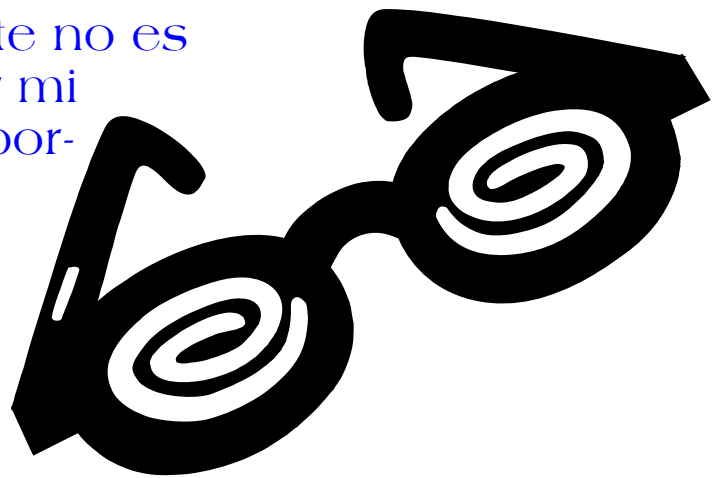
CONVERTIR UNA SENSACIÓN PERSONAL SOBRE NOSOTROS MISMOS EN UNA VERDAD UNIVERSAL. SENTIRNOS FEOS NO INDICA QUE LOS DEMÁS NOS VEAN ASÍ.

Por ejemplo: “No quiero salir así de fea”, “no me hagas fotos que salgo muy mal”.

## SESIÓN 6. Actividad 4. Gente sin complejos.

LAS GAFAS DESENFOCADAS  
INTERPRETAMOS LA CONDUCTA DE  
LOS DEMÁS EN FUNCIÓN DE ALGÚN  
FALLO DE NUESTRO ASPECTO COR-  
PORAL.

Por ejemplo: “La gente no es simpática conmigo por mi peso”, “No tengo novio porque soy fea”.



LA BOLA DE CRISTAL NEGRA  
SE REFIERE A HACER PREDICIONES  
DESGRACIADAS DEL FUTURO QUE OCUR-  
RIRÁN DEBIDO A NUESTRA APARIEN-  
CIA.

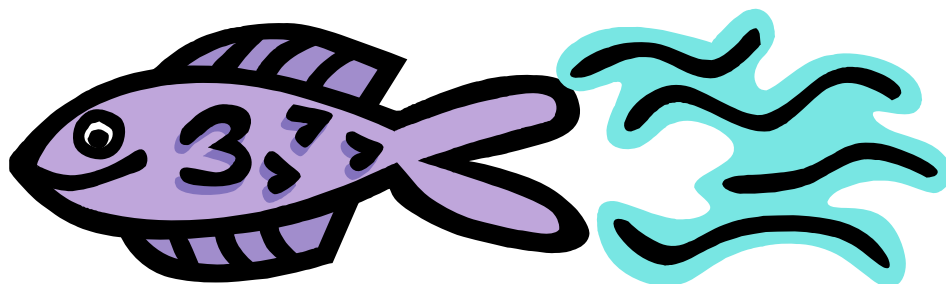
Por ejemplo: “Nunca nadie me conocerá realmente porque no me darán una oportunidad”, “Nunca conoceré a alguien que valga la pena porque soy feo”.

## SESIÓN 6. Actividad 4. Gente sin complejos.

### LA PESCADILLA QUE SE MUERDE LA COLA

SIGNIFICA PONER UNA SERIE DE CONDICIONES A LAS COSAS A REALIZAR QUE EN REALIDAD LAS HACEN IMPOSIBLES.

Por ejemplo: “No puedo ir a gimnasia para perder peso hasta que no pierda peso”, “No iré a bailar hasta que no sepa bailar”.



### LA BELLA O LA BESTIA

TODO ES PERFECTO O TERRIBLE, NO HAY POSTURAS INTERMEDIAS, Y CÓMO SER PERFECTO ES IMPOSIBLE, SE TERMINA CONSIDERÁNDOSE UN DESASTRE.

Por ejemplo: “O peso lo que yo quiero o estoy gorda”, “Si a alguien no le gusto soy feo”.

## SESIÓN 6. Actividad 4. Gente sin complejos.

### EL ABUSÓN

SOLEMOS COMPARARNOS CON AQUELLOS A LOS QUE NOS GUSTARÍA PARECERNOS EN VEZ DE HACERLO CON LA GENTE DE CARACTERÍSTICAS SIMILARES, ESTO HACE QUE SIEMPRE PERDAMOS EN LA COMPARACIÓN Y NOS SINTAMOS INFERIORES.


Por ejemplo: “Yo no soy guapo, no me parezco a David Beckham”.

### LA LUPA

SE REFIERE A QUE PRESTAMOS MÁS ATENCIÓN A AQUELLAS PARTES DE NUESTRO CUERPO QUE NO NOS GUSTAN, DÁNDOLES MÁS IMPORTANCIA DE LA QUE TIENEN REALMENTE.

Por ejemplo: “Mis caderas son tan horriblemente anchas que destruyen mi aspecto”, “Cómo voy a gustar yo a alguien con estos dientes”.





# Imagina

Programa de Mejora de la Imagen Corporal para Adultos

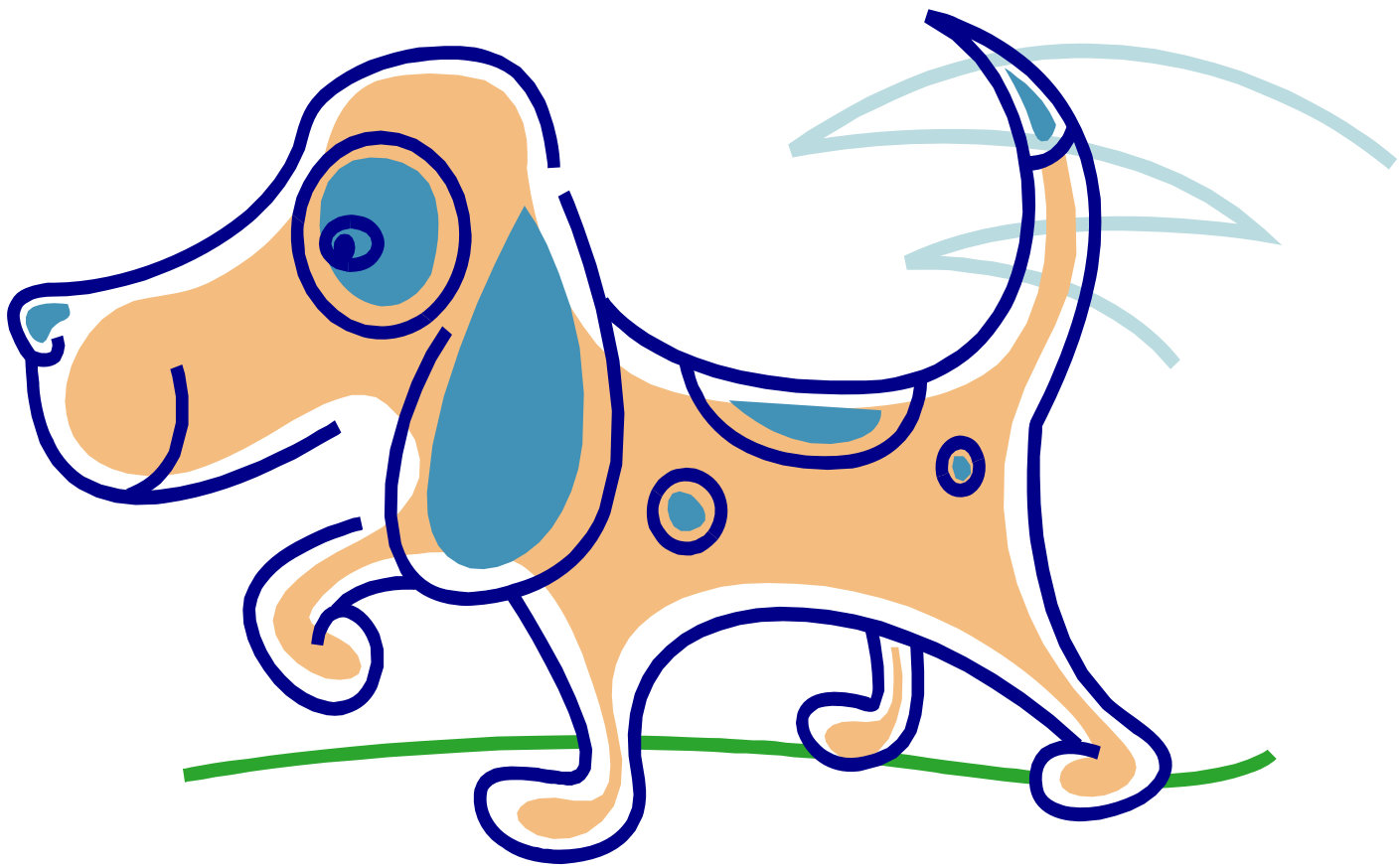
Transparencias

Basado en el programa PICA para  
jóvenes de C. Maganto y colaboradores

SESIÓN 1. Actividad 4. Mi otro yo sería...

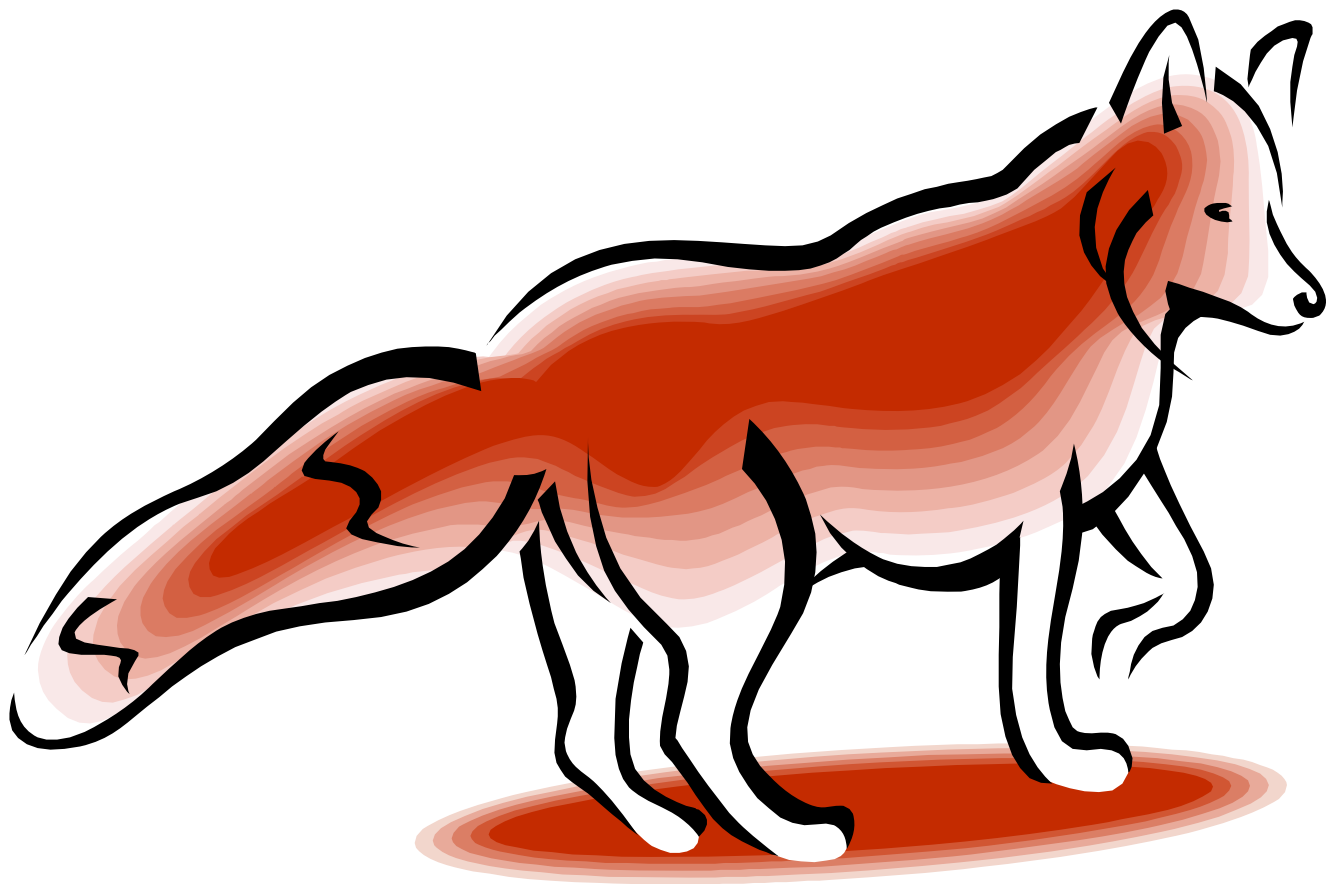


SESIÓN 1. Actividad 4. Mi otro yo sería...

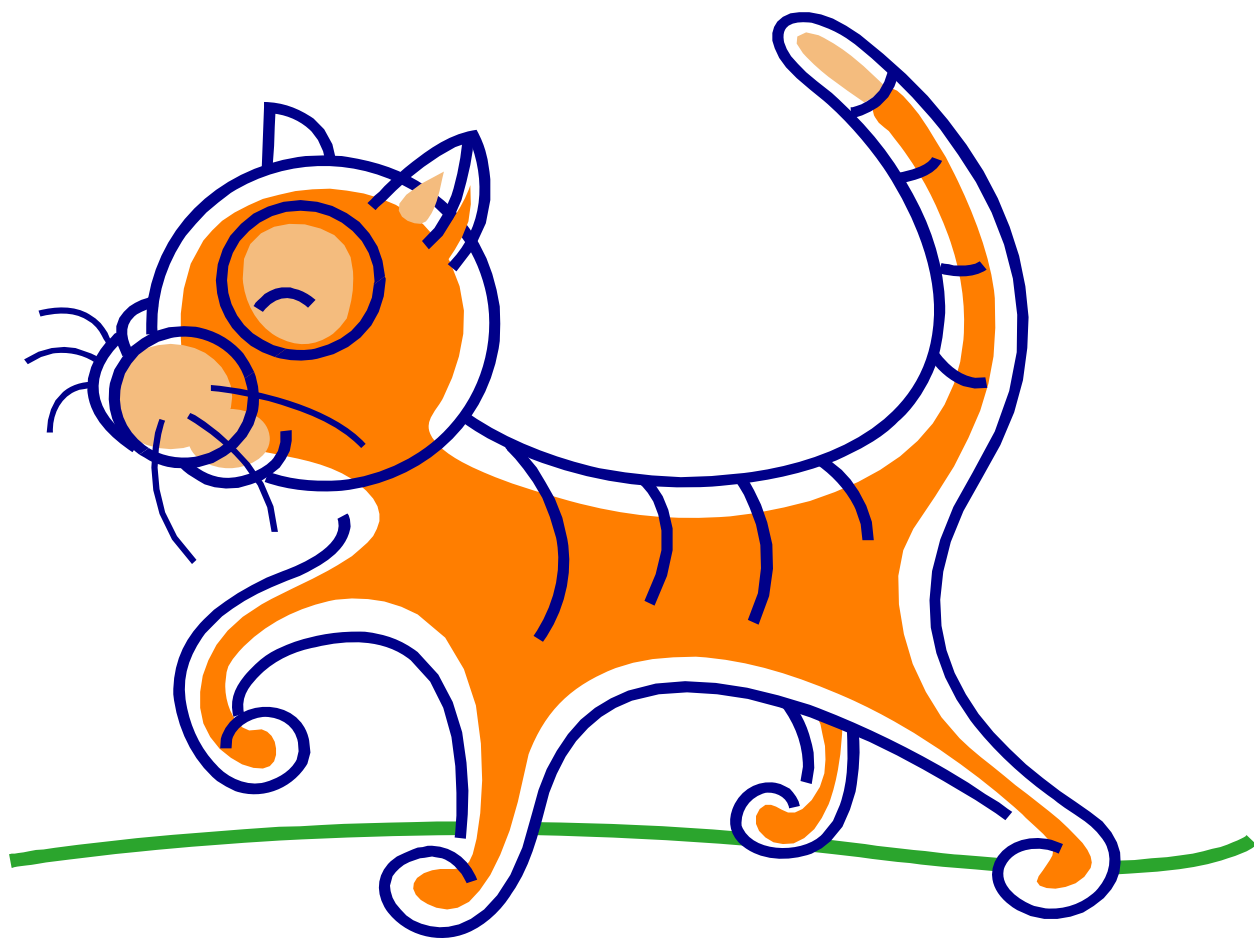




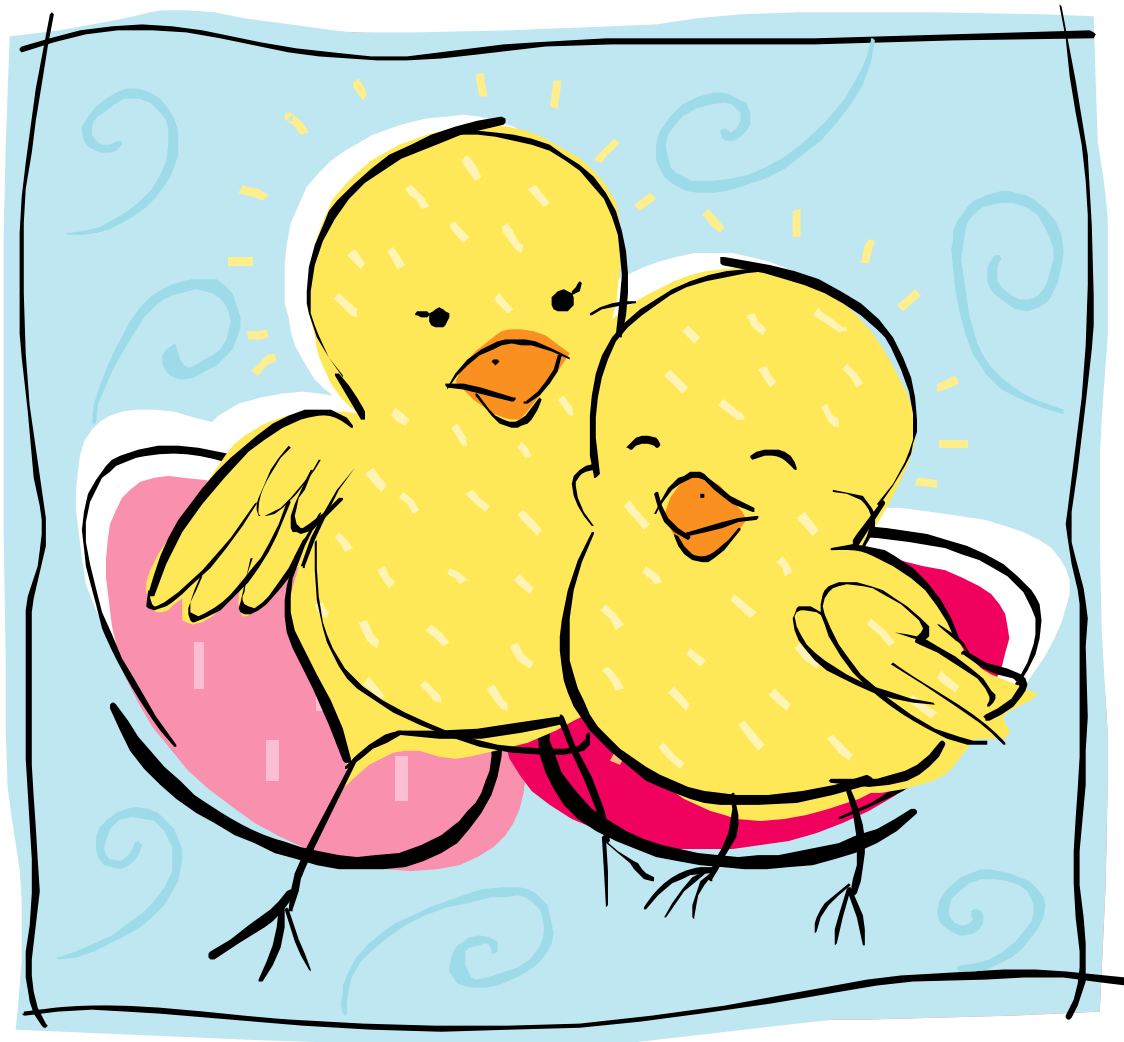
SESIÓN 1. Actividad 4. Mi otro yo sería...



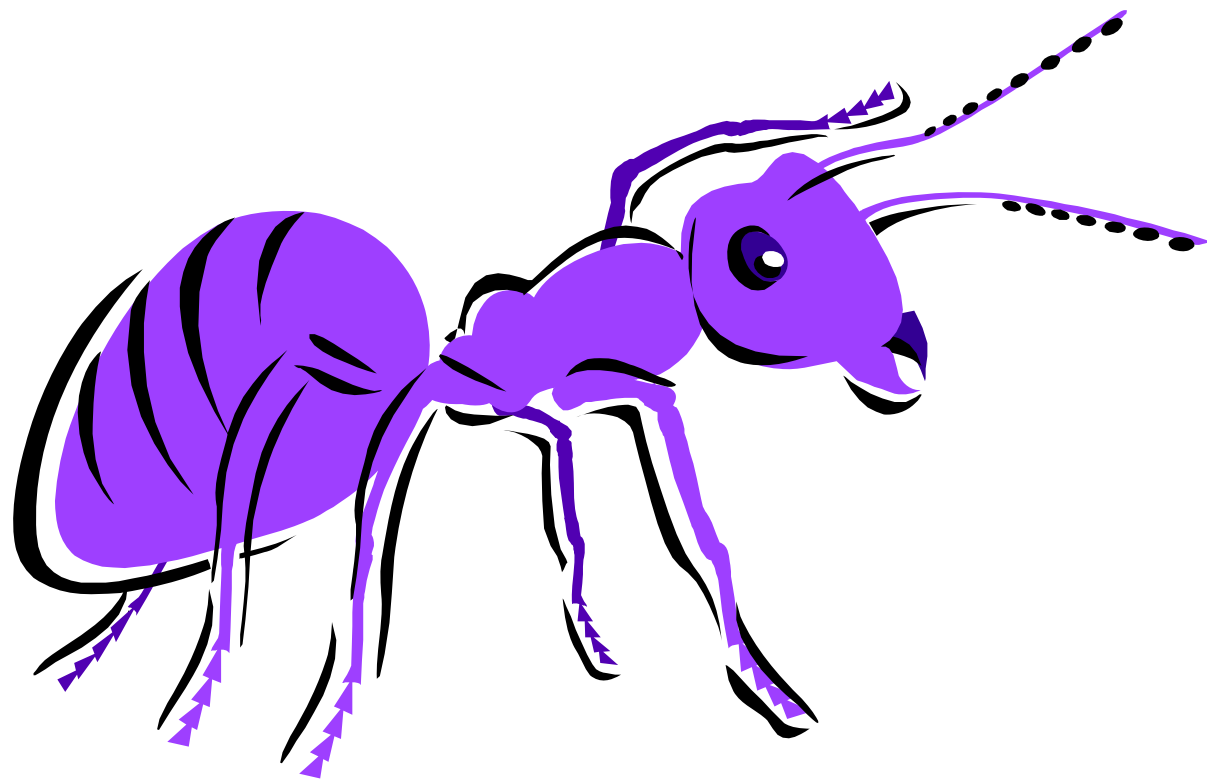
SESIÓN 1. Actividad 4. Mi otro yo sería...



SESIÓN 1. Actividad 4. Mi otro yo sería...



SESIÓN 1. Actividad 4. Mi otro yo sería...



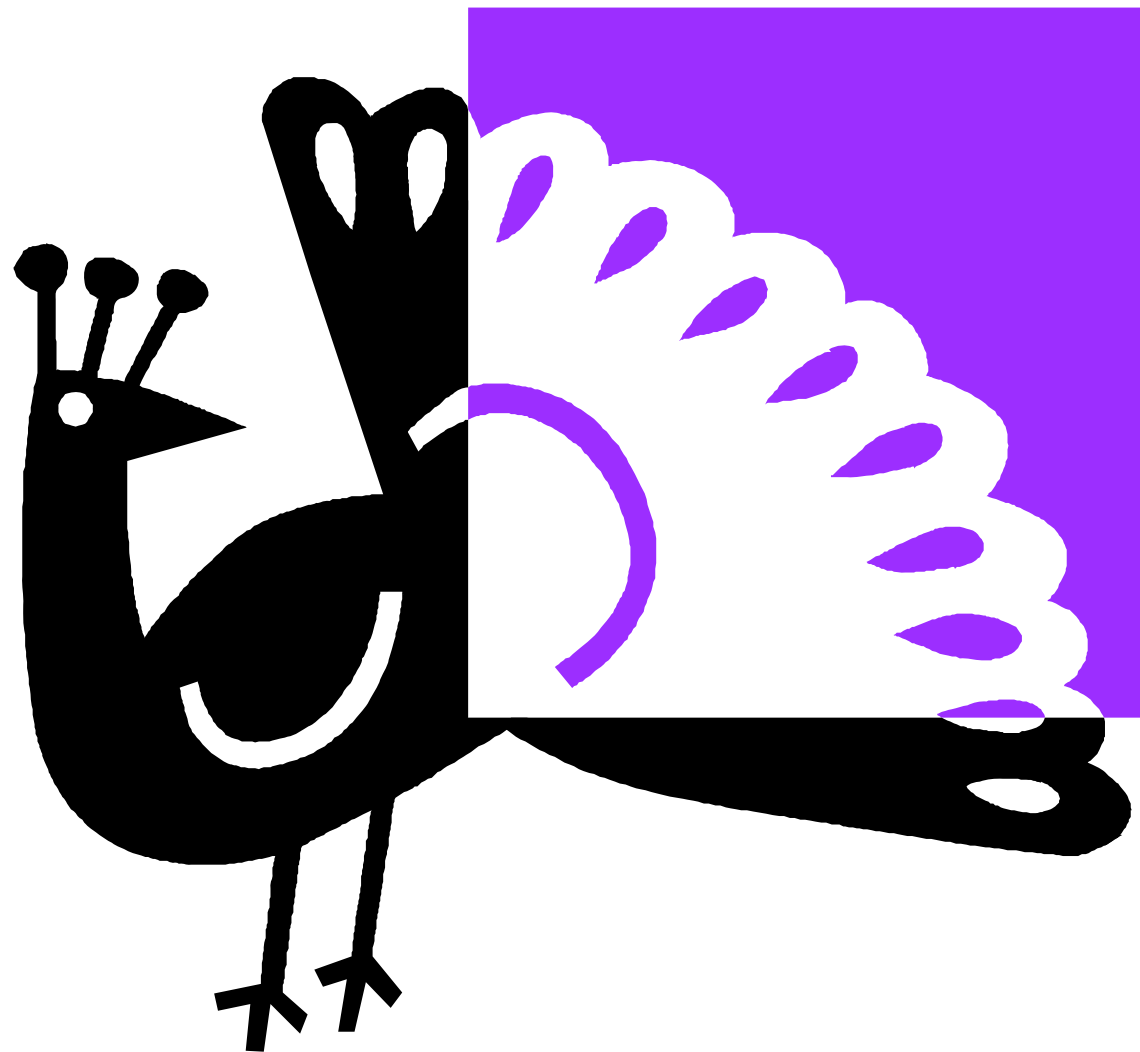
SESIÓN 1. Actividad 4. Mi otro yo sería...



SESIÓN 1. Actividad 4. Mi otro yo sería...



SESIÓN 1. Actividad 4. Mi otro yo sería...

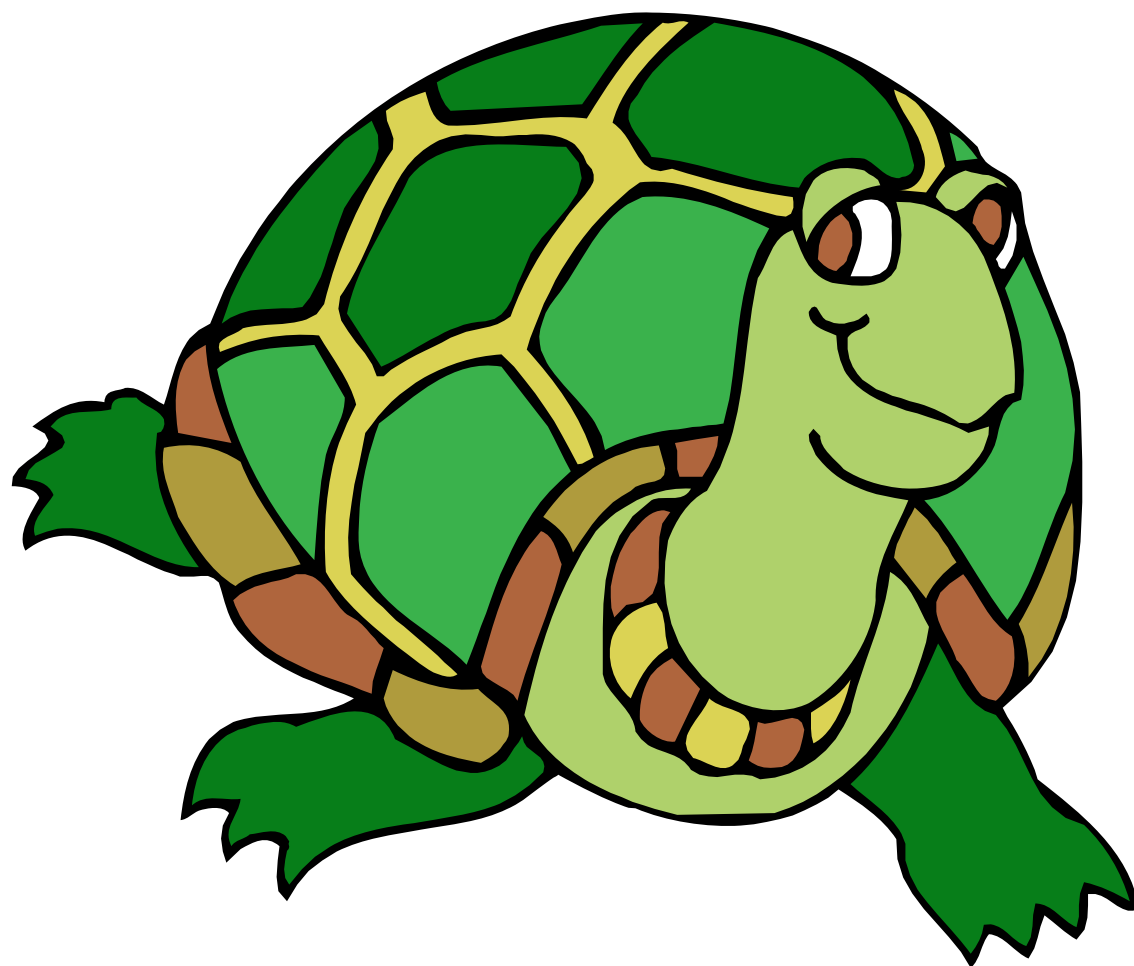


SESIÓN 1. Actividad 4. Mi otro yo sería...

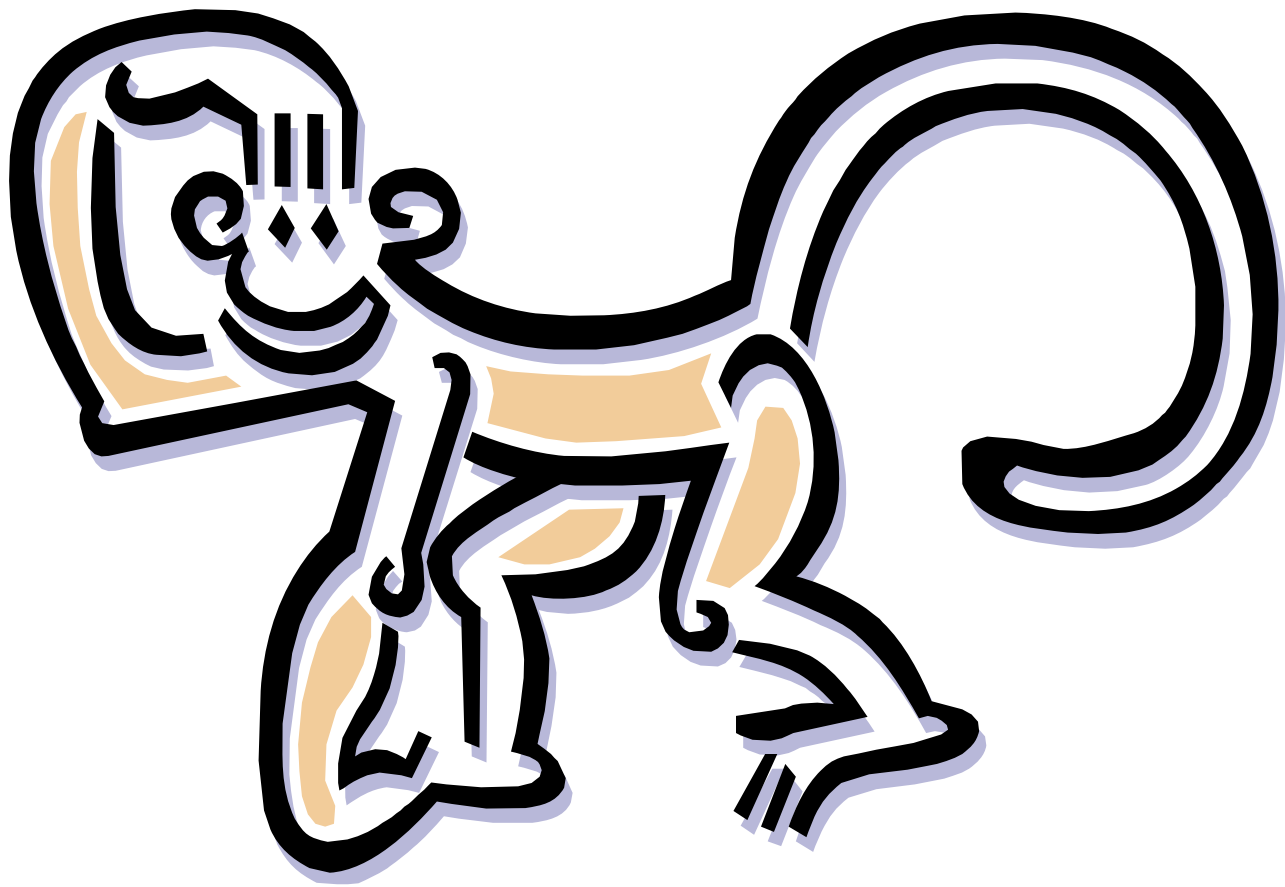




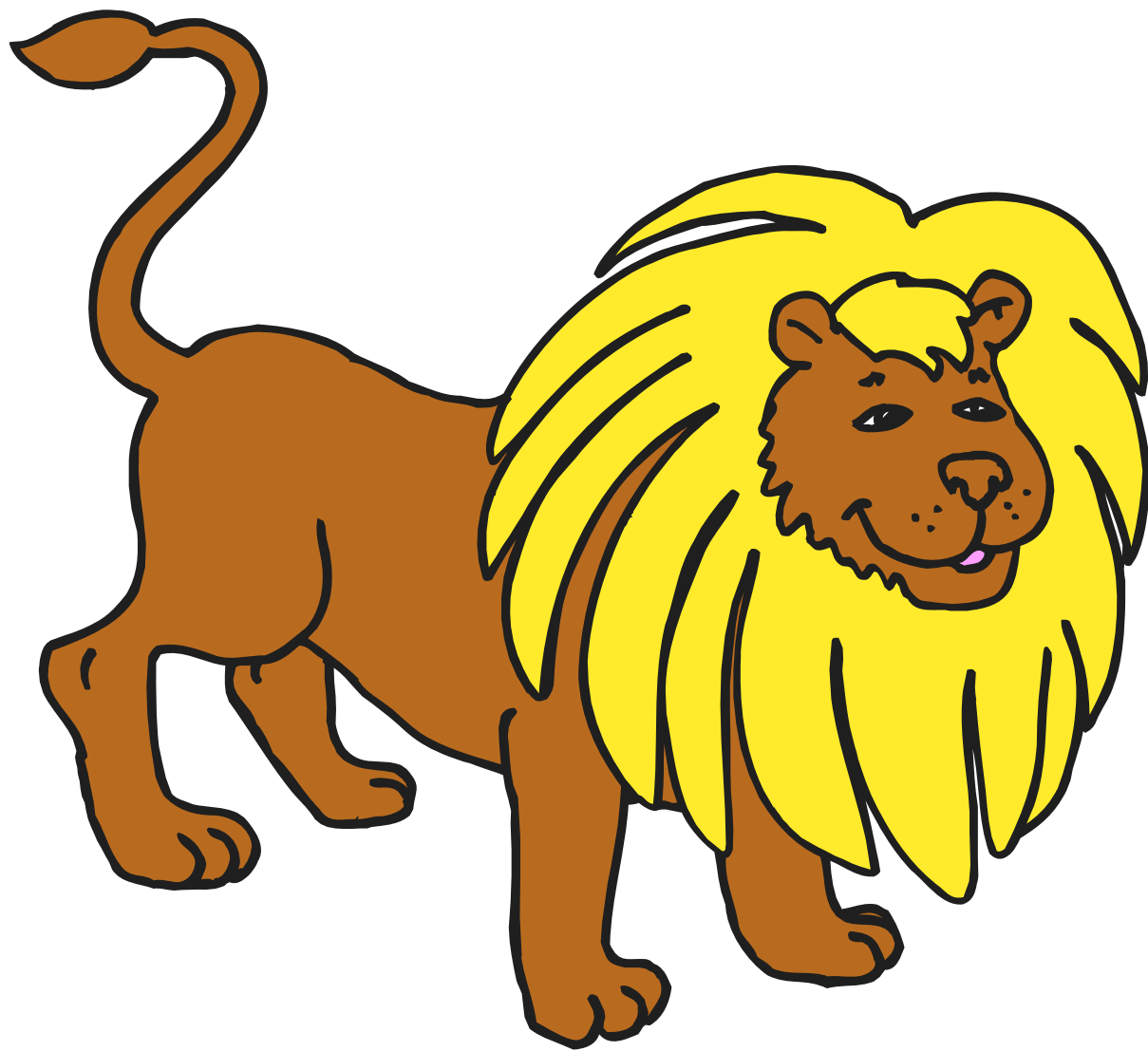
SESIÓN 1. Actividad 4. Mi otro yo sería...



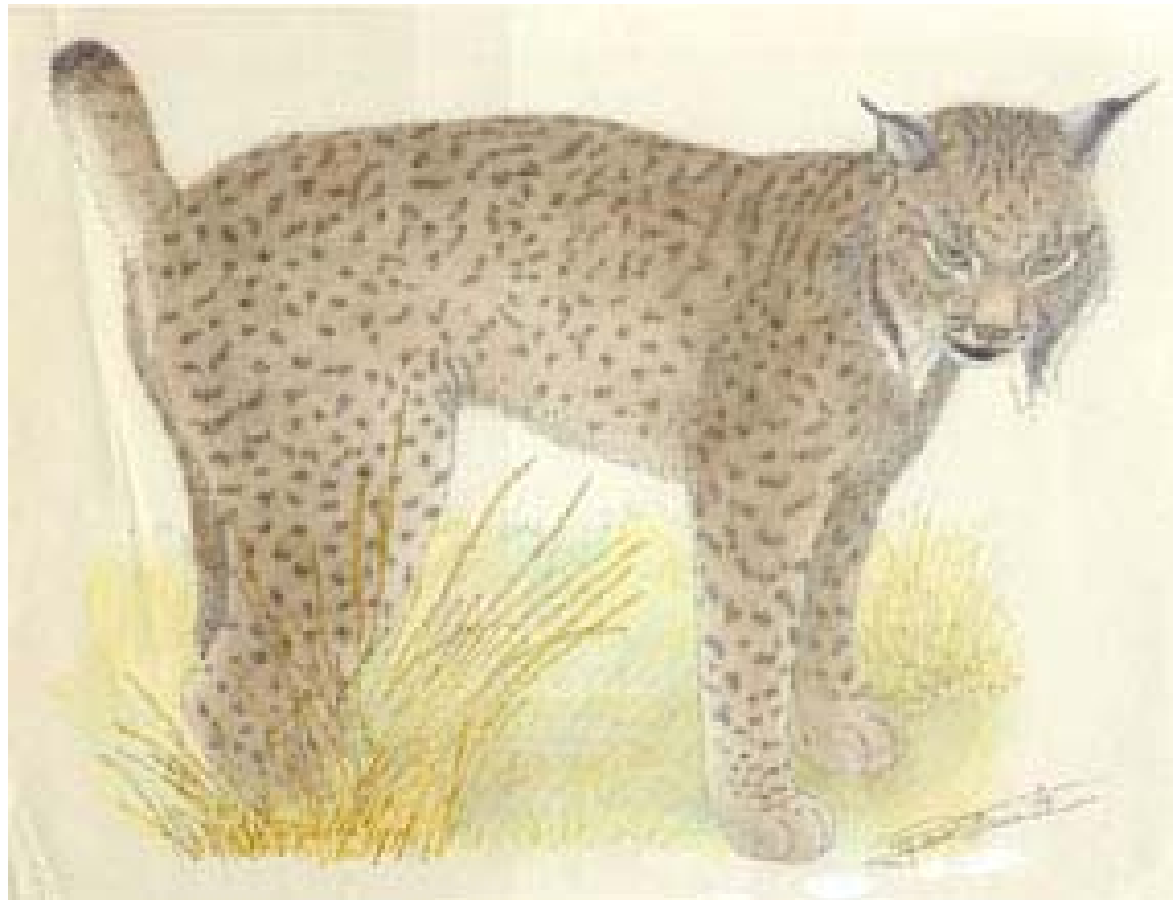
SESIÓN 1. Actividad 4. Mi otro yo sería...



SESIÓN 1. Actividad 4. Mi otro yo sería...



SESIÓN 1. Actividad 4. Mi otro yo sería...

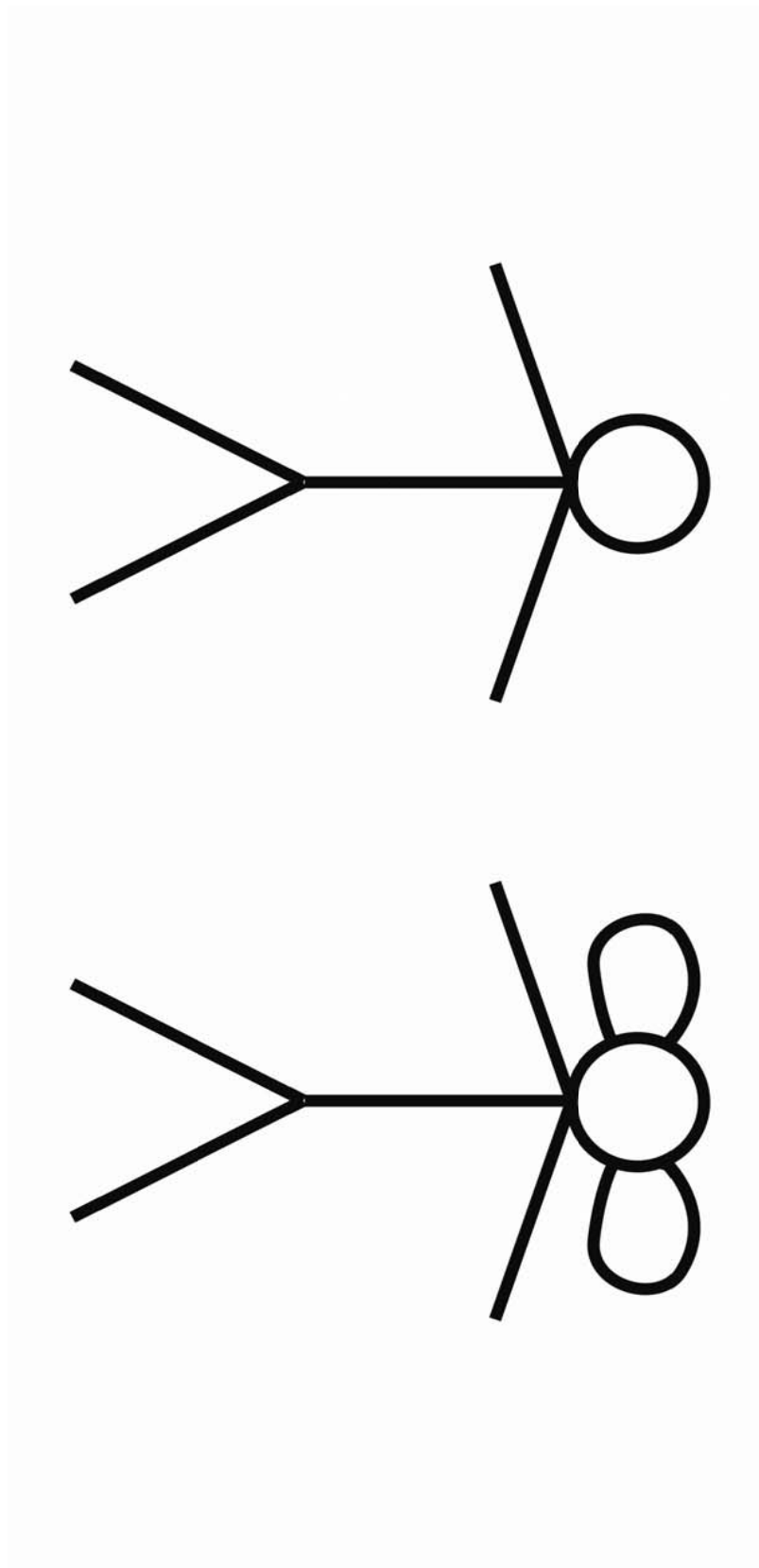


## SESIÓN 1. Actividad 6. La Verdad.

### PRODUCTOS DEL MERCADO DESTINADOS A ADELGAZAR:

- \* Productos Light: Productos que reducen un porcentaje apreciable de calorías (10-30%) respecto de su producto original.
- \* Diuréticos: La función de estos productos es la de favorecer la eliminación renal de agua y electrolitos a través del aumento de la orina.
- \* Laxantes: Son preparados que estimulan el peristaltismo intestinal o que aumentan el volumen o la fluidez de las heces.
- \* Saciantes: Son productos que contienen fibra (soluble o insoluble) y cuyo objetivo es reducir el apetito y la ingesta de alimentos.
- \* Productos que disminuyen la absorción de grasas: aumentan la secreción de enzimas que participan en la digestión de las grasas . Esto NO quiere decir que por ello se vaya a eliminar grasa del organismo, tal y como aparece en la publicidad de sus anuncios.
- \* Dietas milagro: Se suelen basar en la utilización de un producto natural como reclamo que supuestamente tiene cualidades diuréticas, laxantes o quema grasas, pero lo que realmente las hace funcionar o fracasar es tu fuerza de voluntad.

SESIÓN 2. Actividad 3. EXPOSICIÓN TEÓRICA: La Imagen Corporal.



## SESIÓN 2. Actividad 3. EXPOSICIÓN TEÓRICA: La Imagen Corporal

Imagen corporal: *“Juicio de valor que la persona hace sobre la impresión que deja su aspecto sobre los demás”.*

Problemas asociados a la IC:

1. No tiene relación directa con el aspecto físico
2. Variabilidad interindividual.
3. No es confirmable.
4. Sesgo confirmatorio.

Nuevas circunstancias en la madurez:

1. Los patrones de belleza son patrones jóvenes.
2. Alejamiento debido a la edad del patrón de belleza.
3. Roles nuevos (abuelos, hijos independientes, jubilación, etc.).
4. Preconcepciones de la forma de actuar de las personas de nuestra edad.

## SESIÓN 2. Actividad 3. EXPOSICIÓN TEÓRICA: La Imagen Corporal

Consecuencias de una IC negativa durante la madurez:

1. La persona deja de hacer ciertas actividades sociales satisfactorias (P. Ej.: salir a bailar, ir a la piscina, etc.).
2. Su forma de actuar con los demás cambia y su frecuencia se reduce.
3. Deja de sentirse “guapa” más a menudo.
4. Cambia la forma de vestir y arreglarse para disimular supuestos defectos físicos.

Cómo combatir la IC— durante la madurez:

1. Una debilidad de la IC negativa es que se basa en pensamientos que no se contrastan con la realidad, así que en algunos casos conocer la verdad podría ayudar.
2. Otra forma podría ser ejercer control sobre los patrones de belleza sociales que interiorizamos y adecuarlos a nosotros.
3. Mejorar las habilidades sociales asociadas al atractivo físico y sexual.
4. Romper los prejuicios ante la madurez y la belleza.
5. Aportar información verídica sobre la belleza y temas asociados a ella como la alimentación, la moda, etc.
6. Mejorar la autoestima.
7. Mejorar nuestro manejo de las emociones.
8. Reforzar las relaciones sociales positivas.



## SESIÓN 2. Actividad 3. EXPOSICIÓN TEÓRICA: La Imagen Corporal.

**modelo social de belleza:** es un patrón de persona, incluyendo forma del cuerpo, forma de vestir y forma de actuar que debe resultar atractivo a la mayoría de personas de una sociedad.

**Motivos por los que es bueno la globalización:**

- \* Los modelos de belleza dejan de ser raciales y pasan a ser accesibles para todas las razas.
- \* Una persona puede llegar a saber lo que se espera de ella en cualquier lugar del mundo.
- \* Se facilita la comunicación e el entendimiento entre diferentes culturas, etc.

**Motivos por los que es malo la globalización:**

- \* Algunas razas quedan desfavorecidas.
- \* El modelo de belleza choca con determinadas tradiciones de ciertas culturas.
- \* Muchas culturas pierden parte de su riqueza artística, cultural, etc.

**SESIÓN 3. Actividad 2. EXPOSICIÓN TEÓRICA: Los estereotipos sociales.**

| <b>MODELOS DE BELLEZA</b>  |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| <b>AÑOS 60</b>             | <b>ACTUALIDAD</b>        |
| JUVENTUD                   | ADOLESCENCIA             |
| CURVAS                     | DELGADEZ EXTREMA         |
| IMPORTANCIA DEL ROSTRO     | IMPORTANCIA DE LA ALTURA |
| PECHO VOLUMINOSO           | AUSENCIA DE PECHO        |
| POBLACIÓN CERCANA (40-60%) | POBLACIÓN CERCANA (3-5%) |

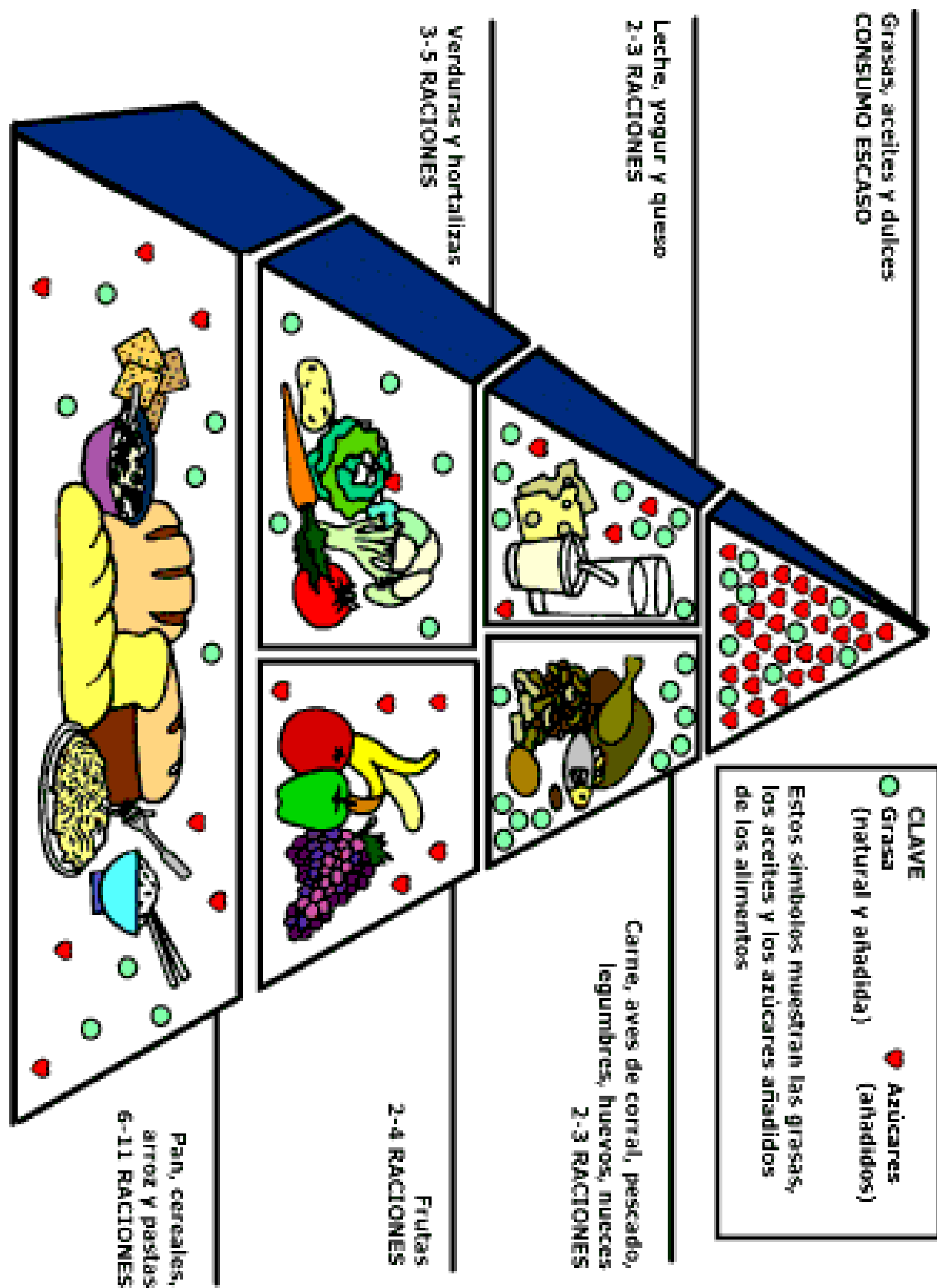
**Causas del cambio:**

- \* Incorporación de la mujer al mundo laboral.
- \* Influencia de los países nórdicos.
- \* Retraso en la edad de tener hijos.
- \* Influencia de la moda en la sociedad.
- \* Obsesión por la salud, etc.

**Agentes del cambio:**

- \* Medios de comunicación.
- \* Publicidad.
- \* Mundo de la moda.

SESIÓN 4. Actividad 1. Mitos de la alimentación.



## SESIÓN 4. Actividad 1. Mitos de la alimentación.

### Componentes de la alimentación:

- \* Hidratos de carbono.
  - \* Almidones..
  - \* Azúcares.
  - \* Fibra.
- \* Lípidos o grasas.
  - \* Insaturados.
  - \* Saturados.
- \* Proteínas.
- \* Vitaminas.
  - \* Hidrosolubles.
  - \* Liposolubles.
- \* Minerales.
- \* Agua.

## SESIÓN 4. Actividad 1. Mitos de la alimentación.

Dieta equilibrada: Es aquella que contiene todos los alimentos necesarios para conseguir un estado nutricional óptimo.

### objetivos:

- \* Aportar una cantidad de nutrientes energéticos (calorías) que sea suficiente para llevar a cabo los procesos metabólicos y de trabajo físico necesarios. Ni más ni menos.
- \* Suministrar suficientes nutrientes con funciones plásticas y reguladoras (proteínas, minerales y vitaminas). Que no falten, pero tampoco sobren.
- \* Que las cantidades de cada uno de los nutrientes estén equilibradas entre sí. El grupo de expertos de la FAO OMS (Helsinki 1988), estableció la siguientes proporciones:
  1. Las proteínas deben suponer un 15 % del aporte calórico total, no siendo nunca inferior la cantidad total de proteínas ingeridas a 0,75 gr/día y de alto valor biológico.
  2. Los glúcidos nos aportarán al menos un 55-60 % del aporte calórico total.
  3. Los lípidos no sobrepasarán el 30 % de las calorías totales ingeridas.

## SESIÓN 5. Actividad 4. EXPOSICIÓN TEÓRICA: Querernos más.

Para entender nuestra autoestima hay que comprender los tres elementos que más intervienen sobre su formación:

Personalidad: Nuestra personalidad nos condiciona pero no nos determina. Por ejemplo una persona aprehensiva tendrá más facilidad para tener una autoestima baja, pero dependerá de las cosas que viva.

Infancia: La infancia también nos condiciona pero tampoco nos determina. La infancia crea miedos y debilidades que forman parte de nosotros y que son difíciles de superar, pero también fortalezas y actitudes positivas.

Historia Vital: Todo lo que vivimos nos afecta, pero la forma y la intensidad variará mucho dependiendo de muchos factores, cómo la sensación de pérdida o ganancia respecto al pasado, o la visión de las consecuencias de lo que nos pasará en el futuro debido a lo que nos está ocurriendo.

## SESIÓN 5. Actividad 4. EXPOSICIÓN TEÓRICA: Querernos más.

¿Qué necesitaríamos para mantener una autoestima alta?

- \* No podemos modificar nuestra infancia o personalidad, pero sí podemos conocerla y evitar que nos traicione, con esto quiero decir, que conocernos evitará que caigamos en nuestras propias trampas. Por ejemplo: Si sabemos que nos afectan mucho los comentarios negativos de los demás hacia nosotros una buena medida sería evitar preguntarlo cuando sospechemos el comentario negativo.
- \* Si pensamos que tenemos fortalezas y debilidades debemos aprovechar nuestras fortalezas y luchar contra nuestras debilidades, esto implica aceptarte como eres e intentar mejorar. Por ejemplo: Si sabemos que tendemos a ser despistados podemos tomar medidas para evitarlo.
- \* Tu autoestima está muy relacionada con la vida que llevas, así que procura hacer frecuentemente aquellas cosas que más te gustan.
- \* Si la baja autoestima se asocia con criterios emocionales más que con racionales, aplicar la lógica y el razonamiento a nuestros miedos nos servirá de ayuda para ver las situaciones con más objetividad. Otra buena opción es desarrollar tu sentido del humor para reírte de tus miedos irracionales.

## SESIÓN 5. Actividad 4. EXPOSICIÓN TEÓRICA: Querernos más.

- \* La mejor forma de romper un círculo vicioso como el de la baja autoestima es realizar un cambio en el proceso, el mejor punto para conseguirlo es no actuar según nuestras bajas expectativas de éxito, es decir, vamos a intentar lograr nuestros objetivos sin miedo al fracaso.
- \* Desarrollar habilidades sociales de comunicación y negociación mejorará tu capacidad para superar problemas y con ello tu autoestima. Éste es uno de los objetivos de este programa.
- \* Hazle saber a la gente que te rodea y que te aprecia aquellas cualidades positivas que tienen, esto fomentará que ellos hagan lo mismo contigo. Esto lo hemos fomentado con las actividades de esta sesión.
- \* Rodéate de personas que te valoren positivamente y evita aquellas personas que hagan lo contrario, eso te recordará aquellos cualidades positivas que atesoras.
- \* Por último recuerda que a alguien que no se quiere a sí misma difícilmente será apreciada por los demás, no lo olvides.



## SESIÓN 6. Actividad 1. Metáfora del amor.

### Ventajas de desmitificar el amor:

- \* Se aceptan mejor las decepciones.
- \* Se encuentran más fácilmente los fallos de la relación.
- \* Nos marcamos objetivos más realistas.
- \* Se consigue un mejor control sobre nuestras emociones.
- \* ¿Otros?

## SESIÓN 6. Actividad 2. EXPOSICIÓN TEÓRICA: La Inteligencia Emocional.

Inteligencia emocional: “La capacidad de manejar las emociones, tanto las nuestras como las de los demás, para que sean nuestro aliado en la vida y no nuestro peor enemigo”.

Áreas de habilidades de la IE (Mayer 2001):

1. Percibir emociones.
2. Usar emociones para facilitar el pensamiento.
3. Comprensión de emociones.
4. Manejo de las emociones.

Para ser hábil emocionalmente:

1. Saber reconocer las emociones, tanto las nuestras como las de los demás.
2. Saber utilizarlas en nuestro beneficio o, al menos, que no nos perjudiquen.

## SESIÓN 7. Actividad 4. EXPOSICIÓN TEÓRICA: Modelo cognitivo de Ellis.

Creencias irracionales básicas de la civilización actual:

1. Para el ser humano adulto es una necesidad extrema el ser amado y aprobado por prácticamente toda persona significativa de su comunidad.
2. Para considerarse a sí mismo valioso, hay que ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
3. Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
4. Cierta clase de persona es vil, malvada e infame, y debería ser culpabilizada y castigada por su maldad.
5. Si algo es o puede ser peligroso, uno debe sentirse muy inquieto por ello, y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
6. Invariablemente, existe una solución precisa, concreta y perfecta para los problemas humanos, y se ésta no se encuentra, sobreviene la catástrofe.
7. La desgracia humana se origina por causas externas y la gente no tiene capacidad para controlar sus penas y perturbaciones.
8. Es mas fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
9. La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y debe seguir afectándole indefinidamente.
10. Hay que lograr la felicidad por inercia y sin hacer nada, o "divertirse" solo y pasivamente.

## SESIÓN 7. Actividad 4. EXPOSICIÓN TEÓRICA: Modelo cognitivo de Ellis.

### Peticiones básicas:

1. Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar.
2. Tú debes actuar de forma agradable, considerada y justa conmigo.
3. Las condiciones de mi vida deben ser buenas y fáciles, para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad.

### Distorsiones cognitivas:

1. Resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento.
2. Exagerar lo insoportable de una situación.
3. Condenar a las personas, o al mundo en general, si no proporcionan al individuo lo que éste cree que se merece.

*“Si no puedes conseguir lo que quieres para ser feliz sé feliz con lo que tienes”*

## Ficha de inscripción

Fecha:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

LOCALIDAD:

---

VALORA DE 0 A 10 LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES (0 totalmente en desacuerdo, 10 totalmente de acuerdo con la afirmación):

1. ME SIENTO INSATISFECHO CON MI ASPECTO FÍSICO ACTUAL \_\_\_\_
2. CREO QUE A LAS PERSONAS DE MI ALREDEDOR NO LES AGRADA MI ASPECTO FÍSICO \_\_\_\_
3. SI ALGUIEN HACE ALGÚN COMENTARIO NEGATIVO SOBRE MI ASPECTO ME SIENTO MAL \_\_\_\_
4. EL ASPECTO FÍSICO ES UNA PREOCUPACIÓN HABITUAL EN MI VIDA \_\_\_\_
5. SUELO HACER DIETAS O EJERCICIO FÍSICO PARA CONTROLAR MI PESO \_\_\_\_
6. CAMBIARÍA MUCHAS COSAS DE MI VIDA ACTUAL \_\_\_\_
7. CUALQUIER TIEMPO PASADO FUE MEJOR \_\_\_\_
8. NO TENGO MUCHAS ILUSIONES Y OBJETIVOS EN LA VIDA \_\_\_\_
9. CONSIDERO QUE NO LLEVO LA VIDA QUE ME GUSTA Y HE ELEGIDO \_\_\_\_
10. LA VIDA NO ES JUSTA CONMIGO \_\_\_\_

## EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Responde A las siguientes cuestiones para evaluar las actividades de la sesión de hoy

### SESIÓN 1. INTRODUCCIÓN Y COHESIÓN GRUPAL

#### Actividad 1: Mi media Naranja

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 2: ¿Qué hace una chica como tú en un lugar como éste?

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 3: Mi otro yo sería...

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 4: En línea

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 6: La verdad

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

# EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Responde A las siguientes cuestiones para evaluar las actividades de la sesión de hoy

## SESIÓN 2. LA IMAGEN CORPORAL

### Actividad 1: Escala de satisfacción partes corporales

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

### Actividad 2: Siluetas

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

### Actividad 3: Charla sobre la Imagen Corporal

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:



## EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Responde A las siguientes cuestiones para evaluar las actividades de la sesión de hoy

### SESIÓN 3. SOCIEDAD, PUBLICIDAD Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

#### Actividad 1: Vídeo “El reto de la libertad”

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 2: Charla sobre los estereotipos sociales

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 3: Charla sobre los medios de comunicación

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 4: Análisis de la publicidad

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 5: El código oculto

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

## EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Responde A las siguientes cuestiones para evaluar las actividades de la sesión de hoy

### SESIÓN 4. MITOS Y FALSAS CREENCIAS

#### Actividad 1: Mitos de la alimentación

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 2: Mitos sobre la madurez

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 3: Debate sobre los mitos de la belleza

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

## EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Responde A las siguientes cuestiones para evaluar las actividades de la sesión de hoy

### SESIÓN 5. AUTOESTIMA

#### Actividad 1: Las dos caras de la moneda

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 2: Subirse a la parra

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 3: Grilla de autoestima

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

## EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Responde A las siguientes cuestiones para evaluar las actividades de la sesión de hoy

### SESIÓN 6. INTELIGENCIA EMOCIONAL

#### Actividad 1: Metáfora del amor

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 2: Charla sobre la inteligencia emocional

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 3: Arriba el telón

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 4: Gente sin complejos

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

## EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Responde A las siguientes cuestiones para evaluar las actividades de la sesión de hoy

### SESIÓN 7. PLAN DE VIDA

#### Actividad 1: La sopa de los por qué

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 2: la lavadora

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 3: La balanza

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 4: Charla el modelo de Ellis

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:



## EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Responde A las siguientes cuestiones para evaluar las actividades de la sesión de hoy

### SESIÓN 8. FINALIZACIÓN Y EVALUACIÓN

#### Actividad 1: Vídeo “Cuerpos a la carta”

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 2: Corazón con razón

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

#### Actividad 3: Debate final

- à Valora ( de 0 a 10 ) las siguientes cuestiones:
  - Utilidad de la actividad:
  - Entretenimiento de la actividad:
  - Duración de la actividad:
- à Escribe en unas líneas, si lo crees conveniente, cómo mejorarías la actividad:

## EVALUACIÓN FINAL

Fecha:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

LOCALIDAD:

---

VALORA DE 0 A 10 LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES (0 totalmente en desacuerdo, 10 totalmente de acuerdo con la afirmación):

1. ME SIENTO INSATISFECHO CON MI ASPECTO FÍSICO ACTUAL \_\_\_\_
2. CREO QUE A LAS PERSONAS DE MI ALREDEDOR NO LES AGRADA MI ASPECTO FÍSICO \_\_\_\_
3. SI ALGUIEN HACE ALGÚN COMENTARIO NEGATIVO SOBRE MI ASPECTO ME SIENTO MAL \_\_\_\_
4. EL ASPECTO FÍSICO ES UNA PREOCUPACIÓN HABITUAL EN MI VIDA \_\_\_\_
5. SUELO HACER DIETAS O EJERCICIO FÍSICO PARA CONTROLAR MI PESO \_\_\_\_
6. CAMBIARÍA MUCHAS COSAS DE MI VIDA ACTUAL \_\_\_\_
7. CUALQUIER TIEMPO PASADO FUE MEJOR \_\_\_\_
8. NO TENGO MUCHAS ILUSIONES Y OBJETIVOS EN LA VIDA \_\_\_\_
9. CONSIDERO QUE NO LLEVO LA VIDA QUE ME GUSTA Y HE ELEGIDO \_\_\_\_
10. LA VIDA NO ES JUSTA CONMIGO \_\_\_\_

# CUESTIONARIO DE COGNICIONES ASOCIADAS A LA SILUETA CORPORAL

(BODY SHAPE QUESTIONNAIRE.) Cooper et al. 1987.<sup>1</sup>

Desearíamos saber cómo te has sentido respecto a tu aspecto durante las **ULTIMAS CUATRO SEMANAS**. Lee, por favor, cada una de las afirmaciones o preguntas que siguen y por una **X** en la casilla de la opción de la derecha con la que mejor te identifiques. Contesta; por favor, a todas las preguntas.

1= NUNCA

2= RARAMENTE

3= A VECES

4= FRECUENTEMENTE

5= NORMALMENTE

6= SIEMPRE

**DURANTE LAS ULTIMAS 4 SEMANAS:**

|   | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. El aburrimiento ha hecho que te preocupes más por tu silueta   |   |   |   |   |   |   |
| 2. Has estado tan preocupada por tu silueta como para pensar que has de hacer dieta?  |   |   |   |   |   |   |
| 3. Has pensado que tus caderas, nalgas o muslos son demasiado grandes respecto al resto de tu cuerpo                                  |   |   |   |   |   |   |
| 4. Has estado con miedo a volverte gorda o a engordar aún más   |   |   |   |   |   |   |
| 5. Has estado preocupada por que tu cuerpo no es suficientemente firme  |   |   |   |   |   |   |
| 6. ¿Sentirte llena (Ej. después de una comida abundante) te ha hecho sentirte gorda?  |   |   |   |   |   |   |
| 7. Te has sentido tan mal por tu figura como para llorar por ello   |   |   |   |   |   |   |
| 8. Evitas correr porque las carnes te bambolean   |   |   |   |   |   |   |
| 9. Estar con mujeres delgadas te ha hecho tomar mayor conciencia de tu silueta  |   |   |   |   |   |   |
| 10. Te preocupa observar la forma de tus muslos cuando estas sentada en una silla   |   |   |   |   |   |   |
| 11. Te hace sentir llena el comer incluso pequeñas cantidades de comida   |   |   |   |   |   |   |
| 12. Te has fijado en la silueta de otras mujeres, y al compararla con la tuya el balance ha sido negativo                             |   |   |   |   |   |   |
| 13. Pensar en tu silueta ha interferido con tu capacidad de concentración (Ej. mirando la televisión al leer, en una conversación...) |   |   |   |   |   |   |
| 14. Desnudarte (Ej. para bañarte, o en la ducha) te hace sentirte gorda   |   |   |   |   |   |   |
| 15. Has evitado llevar ropas que te hagan ser especialmente consciente de tu silueta  |   |   |   |   |   |   |
| 16. Te has imaginado sacando lonchas de carne de tu cuerpo.   |   |   |   |   |   |   |

<sup>1</sup> Versión experimental. Uso restringido.

Traducción y validación: Dr. Pau Pérez Sales

|  | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 17. Te has sentido gorda al comer dulces, pasteles u otras comidas con un alto nivel de calorías                                 |   |   |   |   |   |   |
| 18. Has evitado ir a actos sociales (Ej. fiestas) porque te sentías mal con tu cuerpo.   |   |   |   |   |   |   |
| 19. Te has sentido excesivamente grande y redonda de formas  |   |   |   |   |   |   |
| 20. Te has sentido avergonzada de tu cuerpo.   |   |   |   |   |   |   |
| 21. Las preocupaciones acerca de tu silueta te han hecho empezar una dieta para adelgazar  |   |   |   |   |   |   |
| 22. Te has sentido más contenta con tu figura cuando tú estómago estaba vacío (Ej. por la mañana)                                |   |   |   |   |   |   |
| 23. Has pensado que tienes la silueta que tienes por una falta de autocontrol  |   |   |   |   |   |   |
| 24. Te preocupa que otra gente vea que tienes celulitis en el abdomen o en las caderas   |   |   |   |   |   |   |
| 25. Has pensado que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que tu   |   |   |   |   |   |   |
| 26. Has vomitado para conseguir sentirte más delgada   |   |   |   |   |   |   |
| 27. Estando con otra gente ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (p.e. al sentarte en un sofá o en el asiento del autobús)? |   |   |   |   |   |   |
| 28. ¿Te ha preocupado que tus carnes tengan surcos?  |   |   |   |   |   |   |
| 29. Ver tu imagen (Ej. en un espejo o en el escaparate de una tienda) te ha hecho sentir mal respecto a tu figura                |   |   |   |   |   |   |
| 30. Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para comprobar la grasa que tenías.   |   |   |   |   |   |   |
| 31. Has evitado situaciones en que la gente pudiera ver tu cuerpo (Ej. cambiarte de ropa en un lugar público o ir a la piscina)  |   |   |   |   |   |   |
| 32. Has tomado laxantes para sentirte más delgada  |   |   |   |   |   |   |
| 33. Has sido especialmente consciente de tu silueta estando con otra gente   |   |   |   |   |   |   |
| 34. Las preocupaciones acerca de tu silueta ¿te han hecho pensar que debes hacer ejercicio?                                      |   |   |   |   |   |   |

## Índice de insatisfacción corporal

