

51921  
10



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

**"IMAGEN CORPORAL Y SATISFACCIÓN SEXUAL  
EN MUJERES OBESAS"**

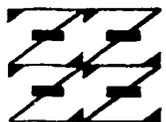
**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A N :

**CARLOS ALBERTO GÓMEZ SILVA  
LOURDES JANETTE SÁNCHEZ WILDEGOS  
KAREN MAGALI TREJO VALENGIA**

DIRECTOR DE TESIS:  
LIC. LUZ MARÍA ROJAS BAUTISTA  
  
ASESOR MEDICO:  
M.C. RAÚL MORÍN ZARAGOZA

FACULTAD SUPERIORES  
ZARAGOZA  
SECRETARÍA  
TÉCNICA  
PSICOLOGÍA



LO HUMANO  
ES  
DE NUESTRA REFLEXION

NOVIEMBRE DE 2003

A

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo intelectual.

NOMBRE: ROSA L. SILVA CARLES

Alexa

FECHA: 30 - OCTUBRE - 2003

FIRMA: [Firma]

*"Cada obra que concluimos despierta nuestro interés y nuestro entusiasmo por nuevas metas. Pero hay muchos que nunca dieron fin a una obra, y por eso jamás han conocido la satisfacción de una labor llevada a su término. Son de los que siempre empiezan, de los que esperan el eterno mañana para comenzar, de los que viven pobreza de pensamiento y miseria de acción. Se tú de los que piensas, de los que obran; de los que llegan hasta el fin, de los que no desfallecen, de los que logran la realización de sus propósitos. Prepárate, persevera y triunfa procurando hablar de salud, de felicidad y de prosperidad a todos aquellos con quien tengas que tratar así como mirar todas las cosas por el lado bueno y provocar que tus entusiasmos se hagan reales y verdaderos".*

Barécel

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo intelectual.

NOMBRE: LEZO VALENCIA

KAREN MAGALI

FECHA: 30 - 10 - 03

FIRMA: [Firma]

TESIS CON  
FALSA DE ORIGEN

B

**AGRADECEMOS A:**

**LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**POR COBIJARNOS, BAJO SU TEGUIOS.**

**LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**POR TODOS LOS VALORES INCULCADOS,  
POR NUESTRA FORMACIÓN PROFESIONAL,  
POR PERMITIRNOS VIVIR ESTA ÉPOCA MARAVILLOSA DE  
NUESTRAS VIDAS PLENAMENTE.**

**LIC. LUZ MARÍA ROJAS BAUTISTA  
MC. RAÚL MORÍN ZARAGOZA**

**POR COMPARAR CON NOSOTROS SUS CONOCIMIENTOS,  
POR GUIARNOS CON SU EXPERIENCIA, EN ESTA INVESTIGACIÓN  
POR TODO SU TIEMPO, ENTUSIASMO, Y POR HABER HECHO DE  
ESTA, UNA EXPERIENCIA MARAVILLOSA.**

**A NUESTROS SINODALES:**

**LIC. BLANCA ISABEL SALAZAR HERNÁNDEZ  
MTRA. ANA MARÍA ROSADO CASTILLO  
MTRA. ALBA ESPERANZA GARCÍA LÓPEZ**

**POR SUS APORTACIONES Y TIEMPO DEDICADO A NUESTRO  
TRABAJO.**

**CARLOS, JANETTE Y KAREN.**

*Las siguientes líneas son un homenaje a los seres más importantes en mi vida.  
Como una modesta retribución por todo lo que me han ofrecido y apoyado incondicionalmente, así  
como hacer patente mi cariño y agradecimiento.*

*"Los sueños y la perseverancia son una poderosa combinación"*

**MAMA**

*Para ti mi eterna gratitud, ya que con tu infinito amor y tu entrega absoluta fundaste en mí todos  
los valores que me enseñaron la forma de madurar, aprender y convertirme en una mejor persona.*

*"Los sonidos más bellos que los seres pueden escuchar, salen de las  
madres, del cielo y del hogar"*

**MARJANA**

*Por tu cariño, fortaleza y los buenos recuerdos que dan calor a la historia de nuestras vidas.  
Gracias hermana.*

*"He sido afortunado en tener una hermana como tu"*

**VERÓNICA**

*A pesar de lo lejos que parece que estamos el uno del otro, tu siempre estas conmigo. Nunca dudes  
que te quiero.*

*"Tú fuiste la encargada de traer más felicidad a casa"*

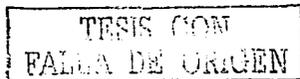
**AIDEE, CONCEPCIÓN Y GUIS**

*"El verlos reír y jugar fue una motivación para seguir adelante"*

**FAMILIA GRIFFALDO**

*Su cordial apoyo y su estímulo constante evito un periodo de aplazamiento en mi preparación,  
gracias por su consejo oportuno y generoso.*

*"Siempre serán mi segunda familia"*



**JANETTE**

*De principio a fin transitamos juntos el sendero de la superación. Gracias por no dejarme atrás e impulsarme cuando lo necesite y por enseñarme a dar más de mí, contigo aprendí el verdadero significado de la palabra amistad.*

*"Amiga: tu amistad figura entre los bienes mayores y mas dulces que tengo"*

**KAREN**

*Muchos de los mejores momentos de mi vida de estudiante fueron los que pase en tu compañía. Se que siempre puedo contar contigo.*

*"Los amigos son una familia cuyos individuos se eligen a voluntad"*

**MÓNICA**

*Tu alegría, tu compañía y sobre todo tu cariño hacen de ti una amiga muy especial y el que estás lejos o no nos veamos en días, no cambia para nada nuestra amistad. Siempre estas conmigo.*

*"Una amiga es una persona con la que se puede pensar en voz alta"*

**IVÁN**

*A pesar de los cambios ocurridos a través del tiempo, siempre existirá entre nosotros una real amistad. Gracias por ejercer en mí un afortunado ejemplo.*

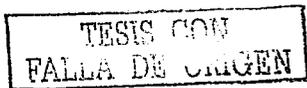
*"Amigo verdadero es el amigo de las horas difíciles"*

**MCM**

*Entraste en el mejor momento a mi vida. Gracias por estar conmigo. T. Q*

**SALÓN D' RUBÍ**

*Gracias por darme la oportunidad de trabajar y conocer tanta gente que contribuyo con su granito de arena para mi formación profesional.*



**CARLOS**

**E**

**A DIOS:**

*Por guiarme por el camino del bien, llevándome de la mano, iluminando mi entendimiento y fortaleciendo mi voluntad, y por darme tantas dichas en la vida. Gracias por darme luz y protegerme.*

**A MI MAMÁ:**

*"Una mujer maravillosa mujer que ha estado con migo en todo momento, que le ha dado felicidad y alegría a mi vida, llenándola de amor y enseñándome el significado de esa palabra; que con su nobleza me ha enseñado lo maravilloso que es vivir, inculcándome buenos valores que han sido parte de mi formación personal y profesional". Gracias Mamá, a ti dedico mi primer logro de mi vida profesional. Te adoro.*

**A MI ESPOSO ABRAMAM:**

*"El maravilloso ser humano con el que comparto mi vida", y que me ha enseñado a amar" Gracias, por el amor y apoyo incondicional, por aconsejarme en momentos difíciles, pero sobretodo por llenar mi vida de amor y felicidad. Te amo.*

**A MIS ABUELITOS ESTHER Y ENRIQUE:**

*Por sus enseñanzas, y por haberme guiado, mientras estuvieron con migo. Cada palabra de ustedes la tengo muy presente en mi mente, y siempre vivirán en mi. Nunca los olvidaré. Los adoro.*

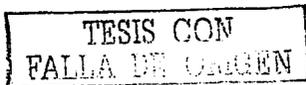
**A MI TITA:**

*Quien siempre me comprendió, a pesar de mi carácter descontrolado. Te quiero mucho, y quiero compartir mis logros con tigo, por que eres una parte muy importante en mi vida. Quiero que sepas que valoro mucho tu paciencia.*

**A MI TÍO FERNANDO:**

*Por el apoyo que me has brindado siempre que lo he necesitado. Gracias tío por tu preocupación en mis momentos difíciles.*

F



*A MI TÍO JORGE:*

*Por estar con migo a pesar de la distancia. Por haberme alegrado los momentos que hemos pasado juntos, pero sobre todo por el apoyo que me brindaste cuando más te necesite.*

*A TODA MI FAMILIA:*

*Especialmente a mi tío LALO, quien me ha demostrado un cariño especial durante mi vida, y por los consejos que me brindó en todo momento, Gracias a todos.*

*A MI GRAN AMIGO, CARLOS:*

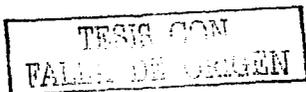
*Por el apoyo que me brindó no sólo para la realización de esta tesis, sino durante toda la carrera. Gracias por tu comprensión, por ayudarme a relajarme en momentos de presión y estrés que compartimos; pero sobre todo por caminar junto a mi y darme tu apoyo.*

*A MI AMIGA KAREN:*

*Quien siempre tiene una palabra para hacerme sentir bien cuando las cosas no andan bien. Gracias por tu apoyo y por tu lealtad. Fue muy grato compartir con tigo esta experiencia.*

*"Valoro mucho la confianza que han depositado en mi cada una de ustedes, por su apoyo al compartir conmigo logros y tropiezos. Gracias a Dios y ustedes, que han guiado mis pasos, ahora, he alcanzado esta meta tan anhelada para mi superación personal, ahora sé que puedo continuar con la vida"*

*LOURDES JANETTE*



*A MI MAMA:*

*Por tu gran amor, el apoyo incondicional que siempre me has brindado,  
la gran confianza que has depositado en mí, por tus palabras de aliento  
y por que nunca me has dejado caer.  
Además de ser mi mamá siempre serás mi Amiga.*

*A MI PAPA:*

*Por tu cariño, tu confianza, tu apoyo, por permitirme crecer como persona,  
por cuidarme, por darme siempre lo mejor y enseñarme con tu ejemplo,  
lo alto que se puede llegar.*

*A KATY Y JON:*

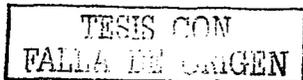
*Por el gran cariño que nos une y esa hermandad que ha permitido que siempre  
estén a mi lado dispuestos a escucharme, a apoyarme, a regalarme una sonrisa y  
Un fuerte abrazo, para consolarme y alegrar mi vida.*

*A OSCAR:*

*Por todos los bellos momentos que hemos compartido, por tu amor, tu ternura,  
Comprensión y el gran apoyo que siempre me has brindado. Me has enseñado  
a ver mis errores pero también me has enseñado a ver la gran fortaleza que  
tengo.*

*A MI ABUELITA MARIA DE JESUS:*

*Por tus sabios consejos, por cuidarme siempre, por escucharme y quererme tanto.*



*A JANNETTE Y CARLOS:*

*Por su amistad, por apoyarme y escucharme; por entender y tener paciencia en  
Los malos ratos que no congeniamos y por la meta realizada juntos. ¡Felicidades lo  
Logramos!*

*A DELIA Y A SOFIA:*

*Por su gran apoyo y su amistad incondicional, que aprecio mucho.*

*A TODOS*

*MUCHAS GRACIAS  
POR TODO SU AMOR,  
POR ESTAR A MI LADO LLENANDO MI VIDA,  
SIN USTEDES ESTE SUEÑO NUNCA  
SE PUDIERA REALIZADO,  
SIEMPRE ESTAN EN MI CORAZÓN,  
LOS QUIERO MUCHO.*

*KAREN MAGALI*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ÍNDICE**

	Pagina
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	3
<b>Capítulo I "OBESIDAD"</b> .....	7
Introducción.....	8
1.1 Antecedentes Históricos de la Obesidad.....	10
1.2 Definición de Obesidad.....	13
1.3 Clasificación de la Obesidad.....	14
1.4 Aspectos Biológicos de la Obesidad.....	15
1.4.1 Causas Biológicas de la Obesidad.....	15
1.4.2 Consecuencias Biológicas de la Obesidad.....	16
1.5 Aspectos Psicológicos y Sociales de la Obesidad.....	17
1.5.1 Perfil Psicológico del Obeso.....	17
1.5.2 Causas Psicológicas de la Obesidad.....	18
1.5.3 Causas Sociales de la Obesidad.....	20
1.5.4 Consecuencias Psicológicas y Sociales de la Obesidad.....	21
<b>Capítulo II "IMAGEN CORPORAL"</b> .....	23
Introducción.....	24
2.1 Antecedentes Históricos.....	26
2.2 Definición de Imagen Corporal.....	27
2.3 Desarrollo de la Imagen Corporal.....	30
2.3.1 Aspectos generales del Desarrollo de la Imagen Corporal, (Aspectos Socio-Culturales, Historia del Individuo y Características Personales).....	30
2.3.2 Perspectiva de la Psicología Genética, Perspectiva de Piaget y Perspectiva Psicoanalítica.....	34
2.3.3 La Imagen Corporal desde la Psicología de la Gestalt.....	37
2.4 Modificación de la Imagen Corporal.....	43

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

	Página
2.4.1 Satisfacción Vs. Insatisfacción Corporal.....	44
2.5 Modelo de Insatisfacción Corporal.....	47
<b>Capítulo III "SEXUALIDAD FEMENINA"</b> .....	<b>50</b>
Introducción.....	51
3.1 Conceptos Básicos de Sexualidad Humana.....	53
3.2 Anatomía de los Órganos Sexuales Femeninos.....	55
3.3 El Cuerpo y la Sexualidad Femenina (Aspectos Socioculturales y Psicológicos de la Sexualidad Femenina).....	57
3.4 Respuesta Sexual Femenina.....	63
3.4.1 Aspectos Biológicos de la Respuestas Sexual Femenina.....	64
3.4.2 Aspectos Psicológicos de la Respuesta Sexual Femenina (Satisfacción Sexual Vs. Insatisfacción Sexual).....	67
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>73</b>
<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....	<b>84</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>98</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>106</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	<b>109</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>114</b>

La Obesidad definida como "la acumulación de tejido adiposo, que se traduce en un aumento del peso corporal" (Saldaña, 1988) hoy es considerada como un problema de salud; ya que afecta las expectativas de vida y sus índices de prevalencia van en aumento. De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", en nuestro país alrededor del 35 o 40 por ciento de la población adulta padece este problema; así unas 18.5 millones de personas están excedidas de peso (López, 2001).

Debido a estos datos, los autores de esta investigación concluyeron, que es una enfermedad multifactorial, además de tener muchos efectos indeseables. Tiene como etiología factores internos y externos; así la genética puede predisponer a una persona para que sea obesa; sin embargo factores como la forma de comer, los estilos de vida (tal como el sedentarismo que hoy predomina) y factores psicológicos (como la ansiedad, el estrés, la depresión, problemas afectivos, etc.) influyen de manera decisiva para la aparición y mantenimiento de este problema.

A nivel orgánico, la Obesidad, puede originar que una persona tenga mayor riesgo de padecer alguna enfermedad crónica como diabetes mellitus, arterioesclerosis e hipertensión arterial; por citar algunos ejemplos. Además la Obesidad, representa un problema para la persona que la padece, ya que ésta tiene que enfrentarse al rechazo de la sociedad, que promueve una cultura de la delgadez.

Así el prototipo de belleza que rige en nuestra sociedad, y que es bombardeado a través de los medios de comunicación, es el de mujer esbelta y el varón con un cuerpo donde la musculatura se encuentra perfectamente torneada. Estas imágenes que llenan los comerciales y los espectaculares de avenidas importantes son la regla y la Obesidad, lo contrario de esta imagen, es mostrada sólo a través de la ridiculización y caricaturización. (Esto se refleja en el gran rechazo que existe hacia la Obesidad).

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

Estos factores son decisivos en la forma de conceptualizarse del obeso: afectando directamente el autoconcepto, la autoestima y la Imagen Corporal: definida por Thompson (citado en Raich 2000) como un constructo constituido por tres componentes: a) perceptual.- referido a como se percibe el tamaño del cuerpo. b) subjetivo.- que se refiere a las actitudes, sentimientos, cogniciones y valores respecto al cuerpo y c) conductual.- conductas de reexhibición o de evitación ante la exposición del propio cuerpo. Estos son constructos psicológicos que se pueden desarrollar con un sentido negativo, haciendo sentir al obeso como una persona sin valor, carente de atractivo sexual, inseguro y avergonzado de su propio cuerpo.

Estos sentimientos negativos, de la propia Imagen Corporal sumados a la presión social, hacen que la persona obesa llegue a tener sentimientos de frustración y una actitud negativa hacia la vida, que afectará su manera de desenvolverse en los diversos ámbitos que la constituyen.

Así teniendo en cuenta, que la Obesidad actualmente es un problema de salud pública, que se ha incrementado de manera alarmante (y no sólo en los países industrializados, pues en México también se ha dado este aumento) afectando a un número importante de personas; que tiene un origen multifactorial y que conlleva en la persona que la padece, muchos problemas (ya sea como causa o como consecuencia) de índole psicológico –sin olvidar los biológicos- que afectan de manera decisiva la vida del obeso (por ejemplo su desempeño laboral, su forma de relacionarse con los otros y su vida sexual, etc.), los autores del presente trabajo, consideran que la participación del psicólogo en la investigación de los diversos factores que son afectados por esta enfermedad, es de vital importancia para la elaboración de programas de tratamientos efectivos, que trabajen todas las modalidades que constituyen la vida del obeso. Esto se verá reflejado indudablemente en la actitud y la conducta del obeso ante la vida y su entorno.

TESIS CON  
FALLA DE CARGEN

Y al ser la sexualidad uno de los aspectos más importantes en la vida de una persona. (por que permite la manifestación de sentimientos y es realizada no solo con el fin de procrear a través del acto sexual o de hacer el amor en busca de placer o Satisfacción Sexual) que esta influenciada por factores psicológicos y sociales, los autores consideran muy importante la investigación enfocada a este aspecto de la vida.

Por lo que esta investigación tiene como objetivo general conocer la relación entre la Obesidad, la Imagen Corporal y la Satisfacción Sexual, en mujeres obesas que se encuentran en un rango de edad que comprende de los 18 a los 60 años. Y de una manera más especifica tiene como objetivos particulares: 1) el determinar como influye la Obesidad en la formación de la Imagen Corporal; 2) determinar la relación entre tener una Imagen Corporal positiva y tener relaciones sexuales satisfactorias y 3) determinar la relación entre tener una Imagen Corporal negativa y relaciones sexuales insatisfactorias. Por lo que el problema de investigación, es saber: si la Obesidad clasificada de acuerdo al Índice de Masa Corporal en grados I, II, III y IV, modifica la Imagen Corporal, y ésta a su vez incide en la Satisfacción Sexual en la mujer.

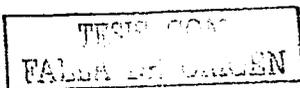
Con la finalidad de dar sustento y respuesta teórica al problema antes mencionado, a lo largo de este trabajo se abordaran los tres temas que atañen a esta investigación. Así en el Capítulo I se expone lo referente a la enfermedad de la Obesidad, sus antecedentes históricos, su definición, su clasificación según varios criterios, los aspectos biológicos (como son las causas y consecuencias a nivel orgánico, de esta enfermedad) y los aspectos psicológicos y sociales (el perfil psicológico del obeso, así como las causas y consecuencias psicológicas y sociales). El capítulo II esta enfocado a la Imagen Corporal, por lo que se mencionan los antecedentes históricos del estudio de esta, varias definiciones; también se hace una revisión de varios enfoques que han tratado de explicar el desarrollo de la Imagen

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Corporal, enfoques como el de la Psicología Genética, el enfoque Piagetano, el Psicoanálisis y la Psicología de la Gestalt. Enseguida se mencionan los aspectos que pueden influir en la modificación de la Imagen Corporal, y a su vez originar Satisfacción o Insatisfacción con la Imagen Corporal y por último se expone el Modelo de Insatisfacción Corporal, propuesto por Raich, Torras y Mora (citados por Raich, 2000).

En el Capítulo III, se hace una revisión de la Sexualidad Femenina, el capítulo se inicia con una breve reseña de algunos conceptos básicos de la Sexualidad Humana, en seguida se describen la Anatomía de los órganos sexuales femeninos; los Aspectos Socio-culturales y Psicológicos de la Sexualidad Femenina y finalmente se describe la respuesta Sexual Femenina (tanto a nivel orgánico como psicológico).

Posteriormente, a estos tres capítulos, se expone la Metodología seguida en esta investigación; los Resultados y su análisis, las Conclusiones a las que se llegó y por último se presenta la Discusión.



# Capítulo I

## "OBEDECENCIA"

TRIPULACION  
FALTA DE ORIGEN

*"El hombre es lo que  
come."*

*Ludwing Feuerbach*

La Obesidad en la actualidad, es considerada como un problema de salud pública muy importante; esto debido a que los índices de su prevalencia han aumentado considerablemente y siguen aumentando. Así por ejemplo en Norteamérica los porcentajes se han incrementado desde la década de 1960, acentuándose en los últimos 10 años, donde el incremento ha sido del 60% (Facultad de Medicina 2002), en México. "De acuerdo al último censo realizado en el año 2000, la cantidad de sujeto entre los 26 y 69 de años, corresponde a 37,753.283 personas. Si consideramos que el 35% de ellos son obesos, con un error de estimación de aproximadamente +/- 1.3%, esto corresponde a 13,213.649 personas con esta enfermedad" (López, 2001). Estos incrementos alarmantes y lo que implica en sí mismo el padecer esta enfermedad: mayor predisposición a padecer alguna enfermedad asociada a esta entidad, trastornos emocionales como ansiedad, depresión y rechazo social, han ayudado a que se considere a la Obesidad como un problema de salud pública.

Este trastorno se desarrolla como consecuencia de un desequilibrio entre la ingesta energética y la energía gastada. Si bien es cierto que puede existir una predisposición genética a la Obesidad, la existencia de factores externos como los estilos de vida y factores psicológicos, influyen de manera decisiva en el desarrollo de esta.

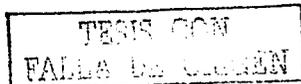
En la actualidad la dieta esta constituida por alimentos denominados "comida rápida" o "comida chatarra", que contienen grandes cantidades de energía y pocas sustancias o elementos como la fibra que ayuden al organismo a equilibrar y procesar la alimentación. Aunado a esto la vida sedentaria que prevalece, está ayudando al aumento de la Obesidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Otro factor determinante es el factor psicológico, donde las emociones y las respuestas aprendidas, han hecho a la persona relacionarse con la comida de tal manera, que se puede volver adicta a ella.

Los problemas a los que se tienen que enfrentar las personas que padece esta enfermedad; son variados y pueden ser orgánicos (como son la presencia de algunas enfermedades por ejemplo son la diabetes mellitus), sociales (al ser rechazados en el ámbito laboral o al ser tachados como personas con poca fuerza de voluntad) y psicológicos (ya que al verse dañados el autoconcepto, la autoestima y sobre todo la Imagen Corporal se presentan sentimientos tales como la frustración y el enojo). Todos estos problemas afectan de manera decisiva la calidad de vida del obeso, sus relaciones interpersonales y su comportamiento.

En este capítulo se abordan varios aspectos de esta enfermedad, como su historia, las definiciones que se han dado entorno a esta, sus clasificaciones; el aspecto biológico (causas y consecuencias biológicas) y el psicológico (causas, consecuencias y perfil psicológico del obeso).



## ***1.1.-ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA OBESIDAD***

Hoy en día la Obesidad en México es vista como un problema de salud pública, que día con día va en aumento. En un estudio realizado en 1993, en donde se estudió la prevalencia regional de la Obesidad, se encontró Obesidad en el 15.3% de la población, mientras que un año después, en 1994, la prevalencia encontrada por el Dr. González Barranco fue del 35% (Gama, 1995). En el caso de la población femenina en 1988, la Encuesta Nacional de Nutrición reportó en un estudio a mujeres entre 15 y 49 años de edad, un 14.6% de Obesidad.

La importancia del estudio de esta enfermedad radica en que se le asocia con el desarrollo de algunas enfermedades crónicas degenerativas como lo es la diabetes mellitus, litiasis vesicular, cáncer y algunos problemas cardiovasculares; además afectar emocionalmente a la persona que la padece, quien también tiene que sufrir muchas veces el rechazo social. Sin embargo la Obesidad, no siempre ha sido mal vista y en algunas épocas, según la cultura, era considerada como símbolo de belleza, de poder y de fertilidad (en la mujer).

Así aunque se tiene pruebas de que la Obesidad ha existido a lo largo de la historia de la humanidad, la forma de conceptualizarla y la actitud hacia esta a cambiado según las diversas épocas; factores como la religión, la política, la economía, y la ideología propia de cada cultura, han influido de manera decisiva en la forma en que se ve.

Las primeras representaciones de la Obesidad, se remontan a estatuas de piedras, de la época prehistórica, donde se observa redondez excesiva de la silueta femenina. La más conocida de éstas es la Venus de Willendorf, una pequeña estatua con abdomen prominente y mamas péndulas. La mayoría de estas estatuas representan a mujeres embarazadas, en las cuales se veneraba la redondez como

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

representación de la fertilidad. También en los llamados pueblos primitivos, el grueso de una mujer simbolizaba la capacidad de procrear así como el estatus económico elevado y de prestigio (Ramos 1997).

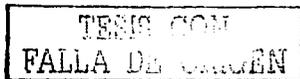
En el mundo clásico, la preocupación por la Obesidad se nota en los escritos de Hipócrates, quien pregona las virtudes de una vida sana y aconsejaba "hay que comer con moderación trabajar tenazmente y beber vino" y también aconseja para quienes quieren bajar de peso realizar labores pesadas antes de comer (Ramos, 1997).

Posteriormente en la edad media (s. V al s. XV), en Europa la religión cristiana tuvo mucha influencia, siendo la Obesidad considerada como regalo de Dios y por otro lado, la gula es un pecado capital, y el ayuno es considerado como una muestra de respeto y devoción a Dios (Ramos, 1997). En el caso de la mujer, el cuerpo había de denotar corpulencia y su vientre debía de ser ostensiblemente redondeado, como símbolo de fertilidad, riqueza y salud.

A su vez en el s. XIV comienza la utilización del palabra gordo, con la connotación de "el que tiene mucha carne" y "el muy abultado y corpulento"; pues antes era utilizado como apodo, con intención insultante en el sentido de torpe o tonto.

En el renacimiento, cambia la concepción de la gordura como símbolo de estatus social y de fertilidad, al adquirir gran importancia la forma en que se expresa la persona, el aspecto, el porte y el control del cuerpo, dando paso a la socialización del cuerpo (Toro, 1996).

En esta época en nuestro país con la Conquista se generaron cambios en el tipo de alimentación que fueron notables; se integraron el consumo de animales (como el pollo y el ganado) y de algunos granos en la dieta de los nativos. El



resultado de la mezcla entre la cocina de los nativos y de la española, es la cocina que hoy en día disfrutamos y conocemos. Esta mezcla de culturas también trajo consigo cambios en la forma de vida, y por supuesto en la forma de conceputar la belleza.

Europa comienza a fijarse en las individualidades, originando la interiorización del cuidado y la apariencia del cuerpo. Así el cuerpo femenino empieza a tener una gran importancia social. Esta preocupación por la apariencia comienza a poner mayor énfasis en el vestido femenino, alargándose las faldas y haciéndose más esbelta la figura femenina, a pesar de que el uso de enaguas, cubría la verdadera silueta. El busto y la garganta comienzan a ocupar el primer plano de la estética social. Para finales del s. XVI y principios del s. XVII aparecieron las primeras monografías sobre Obesidad, escritas en latín. Pero es a principios del s. XVIII, que aparecen escritas en inglés y definiéndola (Obesidad) como una enfermedad que podía tratarse de un trastorno cuali o cuantitativo de los humores.

La monografía publicada por Malcom Flemón, habla de la corpulencia, como una enfermedad debida a varias causas: un exceso en la calidad de comida, especialmente la rica en aceites, disminución en la textura de la membrana celular; alteraciones sanguíneas y trastornos de la evacuación. Consideraba que al producirse un desequilibrio entre los humores y los solios se causaba la enfermedad y el tratamiento se dirigía a restablecer este equilibrio (Ramos, 1997).

En el siglo XIX, los estudios acerca de la Obesidad continúan, es cambiado el término de poliosarcar por el de adiposis (terminos utilizados en esa época para referirse a la Obesidad). Y al dar Schwann a la medicina un enfoque más fisiológico, proponiendo la célula como unidad funcional, también se da tiempo después la primera descripción de la célula adiposa.

En 1836 Quetelet, publicó el índice peso/talla y un año después Roberts publicó un manual antropométrico. Además se publican varios libros acerca de la

Obesidad como el de Chambers, quien propone que el origen de la grasa se debe a componentes oleaginosos y no oleaginosos en la dieta, que se trasformaban en grasa dentro del cuerpo (Ramos, 1997).

La vestimenta a principios del s. XIX, con la búsqueda del "talle de avispa", y ocultar las caderas, abdomen y muslos, origina la reaparición del corsé, que posteriormente sería sustituido por el miriñaque o crinolina. Pero en 1859 tanto la emperatriz Eugenia como la reina Victoria públicamente abandonan el corsé y el miriñaque (crinolina) mostrando el cuerpo tal cual. Sin embargo esto duró muy poco y la utilización del polisón buscó el parecer no muy delgada y el acentuar de manera exagerada lo que se dio en llamar "el cul de Paris". Así de nueva cuenta las formas redondas eran preferidas a la esbeltez (Toro, 1996).

A principios del s. XX, en Inglaterra estas preferencias continuaban y eran realizados concursos para ver quien comía mas, esto no finalizó sino hasta los años sesenta, con la aparición (en Estados Unidos) de la modelo conocida como Twiggy, quien vino a imponer un nuevo prototipo de belleza femenino. Con esta aprobación y aceptación por parte de la sociedad de la esbeltez como patrón de belleza la búsqueda por alcanzarla se vuelve importante e implica cambios en la forma de vestir y de alimentarse. El cuerpo, su forma y tamaño se vuelven muy importantes y los estudios acerca de este también, apareciendo así el término "Obesidad", el cual se sigue utilizando hasta nuestros días y cada vez con mayor frecuencia e importancia.

## **1.2.-DEFINICION DE OBESIDAD**

La Obesidad, hoy considerada como un problema de salud que afecta a un gran número de personas, se ha definido, por sus características fisiológicas, como el almacenamiento excesivo de energía en forma de tejido graso que afecta la salud y sobrevida de las personas (Chávez, citado por Campollo 1995). Otra definición nos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

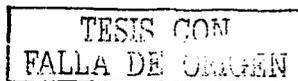
dice que "la Obesidad es un fenotipo complejo que esta determinado multifactorial menté" (Moreno, 1997).

Aunque el número de definiciones de la Obesidad es grande y similar, en el ámbito médico, en el área de la Psicología es difícil dar una sola definición de esta enfermedad, ya que la existencia de diversas posturas ha originado que se haya definido (o explicado) a partir de modelos como el de aprendizaje cognitivo conductual, el sistémico, el psicodinámico, el ambientalista, etc.(Vázquez,2001). Así para Saldaña (1988) la Obesidad es "la acumulación de tejido adiposo, que se traduce en un aumento del peso corporal". Para los fines de esta investigación la Obesidad es considerada como una enfermedad, que se caracteriza por un exceso de tejido adiposo, y un Índice de Masa Corporal mayor de 27 que puede tener como origen factores psicológicos, sociales o biológicos.

### ***1.3.-CLASIFICACION DE LA OBESIDAD***

Hay diversas clasificaciones de la Obesidad, esto se debe a que se han tomado varios criterios para hacerlo. Así puede clasificarse a la Obesidad a partir del lugar donde se concentre la grasa en el cuerpo. Otra forma de saber si una persona tiene problemas de peso es utilizando como base a las tablas de los pesos ideales, establecidas por la Metropolitan Life Insurance Company. También suele tomarse en cuenta la edad para clasificar la Obesidad en diversos tipos (Obesidad infantil y Obesidad adulta). Por último existe el Índice de Masa Corporal (IMC) que es un parámetro basado en el peso y la altura de los individuos (Campollo, 1995).

En la clasificación en base a la distribución de tejido adiposo en el cuerpo, la Obesidad puede ser Androide (tipo de manzana) o Ginoide (tipo pera). En la Obesidad Androide la grasa predomina en la mitad superior del cuerpo. Este tipo de Obesidad es más característico de los hombres. La Obesidad Ginoide o de tipo pera,



se caracteriza por una concentración de grasa en la mitad inferior del cuerpo y es predominante en las mujeres.

La clasificación en base a la edad, divide a la Obesidad en dos tipos: la Obesidad infantil, que como su nombre lo indica se presenta o inicia en la infancia del sujeto y la Obesidad adulta, que inicia después de la adolescencia.

La clasificación con respecto al Índice de Masa Corporal, se hace en cuatro grupos: Si el IMC es de 20 a 26.9% se habla de un peso normal, si esta entre 27 y 29.9% se habla de Obesidad en primer grado o sobre peso; si se encuentra entre 30 y 34.9% se habla de una Obesidad grado II, si el IMC esta entre 35 y 39.9% la Obesidad es grado III y si es mayor a 40, la Obesidad es grado IV u Obesidad mórbida (Campollo, 1995).

Para hacer esta última clasificación, en base al Índice de Masa Corporal (IMC), se obtiene el valor para cada individuo a partir de la siguiente fórmula:

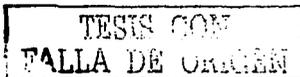
$$\text{IMC} = \text{Peso en kilogramos} / \text{altura (en metros)} \text{ elevada al cuadrado}$$

Así por ejemplo si una persona, pesa 80 Kg. y tiene una estatura de 1.60m tendrá un IMC de  $80 / (1.60)^2 = 31.25$ ; por lo que se le considerara obesa perteneciente al grupo de grado II.

#### **1.4.-ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA OBESIDAD**

##### **1.4.1 Causas Biológicas de la Obesidad**

Actualmente existe mayor consenso sobre la probabilidad de que los genotipos de la Obesidad sean factores multigénicos complejos con redes de interacción de gen a gen y de gen a medio ambiente. Esta hipótesis se basa en dos argumentos principales:



a) Tanto la cantidad total como el exceso de masa corporal resultan de una serie de causas e interacciones que se suman y que pueden estar relacionadas con variaciones en la secuencia de ADN, pero que también pueden asociarse con tipos de comportamiento y estilos de vida.

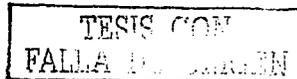
b) La Obesidad constituye un fenotipo heterogéneo y cada variante fenotípica es modulada por un grupo diferente de factores causales (Campollo, 1995).

Sobre este aspecto se han llevado a cabo diversas investigaciones que apoyan la participación de factores hereditarios en la etiología de Obesidad; tales como los realizados con gemelos, estudios de adopción y familias de obesos.

Además estas enfermedades también se les asocian con Hipotiroidismo, Síndrome de Cushing, Síndrome Prader-Willi.

#### *1.4.2 Consecuencias Biológicas De La Obesidad*

La Obesidad aumenta el riesgo de padecer otras enfermedades crónicas degenerativas, asociadas a esta enfermedad, tales como: diabetes mellitus, arterioesclerosis, hipertensión arterial sistémica, litiasis vesicular (ya que hay un aumento de osteoartritis degenerativa en las articulaciones más expuestas a la sobre carga de peso en los pacientes que padecen esta enfermedad), enfermedades renales, hiperlipidemias y padecimientos respiratorios (como el síndrome de Pickwick o insuficiencia respiratoria caracterizada por Obesidad grave, somnolencia y apnea periódica, especialmente durante el sueño, hipoxemia crónica e hipercapnea y policitemia secundaria; Campollo, 1995).



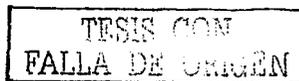
También se ha asociado con varios tipos de neoplasias. En los hombres se ha observado una asociación entre la Obesidad y un aumento en la incidencia de cáncer de colón, recto y próstata; en las mujeres se ha asociado con un aumento en la incidencia de cáncer de vesícula, de las vías biliares, de mama, del cerviz, del endometrio y de los ovarios (Campollo, 1995).

### ***1.5.-ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE LA OBESIDAD***

En cuanto a los factores psicológicos de la Obesidad se debe tener en cuenta que la Obesidad, es una enfermedad que puede ser considerada como la consecuencia o la causa de un trastorno psicológico; y por ello el establecer un perfil personalidad del paciente obeso no ha sido fácil y a llevado a que se realicen varios estudios. A si mismo los factores sociales (como las creencias erróneas acerca de la Obesidad y de las personas que padecen esta enfermedad) influyen de manera decisiva en el obeso.

#### ***1.5.1 Perfil Psicológico del Obeso***

En un estudio realizado, en Estados Unidos, al aplicarse la prueba denominada Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Se encontraron diferencias entre grupos normales y grupos de personas obesas. En dicho estudio, las mujeres obesas fueron mas inconformes e impulsivas y con mayor sensibilidad interpersonal que las mujeres no obesas; en cuanto al tipo de personalidad se ha destacado una mayor frecuencia de personalidad pasivo- dependiente o pasiva - agresiva, en pacientes con Obesidad mórbida; estos últimos son obcecados, desafiantes, y resistentes a aceptar ayuda, mostrando en general un patrón de conducta desadaptada. Otros rasgos frecuentes son la inmadurez y el poco control de sus impulsos. En cuanto a la percepción de su propio aspecto, los obesos frecuentemente consideran que presentan cuerpos grotescos y desproporcionados (Campollo, 1995).



La persona obesa generalmente tiene una autoestima baja y problemas psicológicos, debido a la actitud negativa hacia la Obesidad, sobre todo en sociedades industrializadas (Campollo, 1995). Gama (1999) menciona que las personas con Obesidad suelen sentirse mal consigo mismas, e inclusive suelen despreciarse. Se reprochan su estado y ello les impide llevar una vida plena y afectiva.

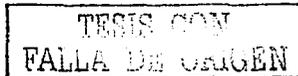
### *1.5.2 Causas Psicológicas De La Obesidad*

Algunas veces la Obesidad se desarrolla por factores psicógenos; es decir como una respuesta ante una situación emocional traumática o estresante, como puede ser la muerte de un ser querido, un divorcio, el fracaso escolar o social, una crisis familiar, etc. (Ramos, 1997).

Otros factores psicológicos como son las figuras parentales dominantes o sobreprotectoras, o bien el haberse aprendido a ganar el afecto de un hijo, ofreciéndole alimento. Así hay veces que los padres utilizan el alimento como una forma de castigar o premiar la conducta, propiciando que el niño establezca una relación equívoca con los alimentos.

Otra posible causa de la Obesidad es el estilo de vida. los hábitos alimenticios aprendidos aunados a la falta de ejercicio físico, al respecto Orozco (1995) considera que las actividades laborales y de recreación en los tiempos modernos, prácticamente obligan a la vida sedentaria, por su parte Ramos (1997) dice que "la tecnología moderna nos afecta de tal manera que comemos más y nos movemos menos".

Para este autor no existe una sola forma de describir las causas psicológicas que pueden ayudar al desarrollo de la Obesidad por lo que considera que hay cuatro razones básicas por las que la gente obesa come en exceso:



1.-Requerimientos dietéticos: Algunas personas comen en exceso por que no se dan cuenta que sus requerimientos de energía han disminuído. Estas personas tienden a aumentar de peso lentamente con los años.

2.-Experiencias traumáticas: en esta categoría, las personas tiene un consumo excesivo de alimento, como respuesta a una pena o cambio que no puede aceptar. La muerte de un pariente, un divorcio, problemas sexuales, el desempleo o destitución del trabajo y en algunos casos se presenta cuando ya existe la Obesidad.

3.-Adicción a la comida: Algunas personas comen en exceso por que son adictas a los alimentos y no pueden dejar de comer continuamente. La persona adicta come a cualquier hora y cualquier cosa.

4.-Apoyo emocional: En este grupo las personas comen para atenuar un tedio, fatiga, tensión, ira temor, ansiedad, tristeza, insomnio, excitación o soledad. No es la reacción emocional sino la respuesta a la misma- comer- la que difiere. Así los sujetos aprenden a relacionar ciertos estados emocionales, con la respuesta de comer mucho. De tal forma al comer intenta sentirse bien cuando las cosas andan mal.

5.-Conducta condicionada: muchos obesos han quedado condicionados a comer por una amplia gama de estímulos. Son sensibles a indicaciones que les dicen cuando es hora de comer y cuanto. El comer en exceso es una conducta compleja, vinculadas con todas las áreas de la vida. Sin embargo, este hábito es una respuesta aprendida a sentimientos como tristeza, ira, preocupación, o a estímulos externos como son los pasteles o el timbre que anuncia la hora del comer.

Si consideramos que el comer es un acto, que en sí ayuda a nutrir el cuerpo para su buen funcionamiento y que la persona obesa no come con esta finalidad, sino que para ella el alimento se ha convertido en un escape de sus emociones, tales como la ansiedad, la tristeza o la ira que siente ante situaciones de frustración o bien que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

come para seguir siendo el "niño bueno" de mamá, nos damos cuenta que son relaciones aprendidas durante la infancia, donde la comida implica emociones. Así se adquieren hábitos alimenticios erróneos, en donde la comida puede ser un consuelo ante una tragedia, puede calmar la ansiedad ante los sentimientos de frustración provocando una sensación de alivio temporal (como en el caso de las adicciones).

Kaplan y Kaplan (citado en Gama, 1999) planteo la hipótesis psicosomática, la cual propone que la sobreingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. Siguiendo esta hipótesis, un estudio realizado, en 1982, por Lowe y Fisher mostró que las obesas presentaban mayor reactividad emocional y que sus ingesta coincidían con mayor frecuencia con estados emocionales que las de les estudiantes con peso normal.

Además la comida también puede ser un escape ante sentimientos de inferioridad para poder establecer relaciones adecuadas con las otras personas, así el alimento se convierte en un gratificante, en ausencia del gratificante social. Al respecto Gama (1999) menciona que las personas a menudo intentan fugarse de su actual estado, que no les resulta placentero. Utilizan la comida como compañía, como un medio para aliviar su soledad, su dolor y su insatisfacción.

### *1.5.3 Causas Sociales de la Obesidad*

La Obesidad, también puede presentarse como una enfermedad representativa de desajuste familiar. Es común encontrar algún caso de Obesidad en familias disfuncionales, en familias en donde, por ejemplo, no se permite la libre expresión de emociones y/o sentimientos. Ante tal condición, un miembro de la familia puede responder de diversas maneras, las cuales pueden tener efectos negativos, por que dicha persona no conoce otra manera de enfrentar los conflictos de su vida cotidiana (Gama, 1999).

TEMS COM  
FALLA DE CREEN

El nivel socioeconómico también afecta el consumo de alimentos. Estudios como el de Bruch (1973), Grandjis y Zukerfeld (1977), han encontrado que las personas con un nivel socioeconómico bajo presentan un mayor índice de Obesidad que las personas con un nivel socioeconómico alto (Gama, 1999).

#### *1.5.4 Consecuencias Psicológicas y Sociales de la Obesidad*

La persona obesa generalmente padece ansiedad, tristeza y frustración ante su exceso de peso, situación que se acentúa cuando existen intentos fallidos para bajar de peso, por lo que el comer se convierte en un círculo vicioso, se come por la ansiedad ante la idea de bajar de peso, pero al subir más se come por no bajar. La autoestima es pobre, el auto concepto y la Imagen Corporal también se ven afectados, por lo que existen sentimientos de inferioridad que se ven reforzados por el rechazo social. Al respecto Saldaña (1988) menciona que existe la presencia de estados afectivos negativos; ansiedad y depresión, el deseo por adelgazar, deterioro de la percepción y cogniciones sobre su Imagen Corporal y una baja autoestima, como consecuencia de las dificultades para controlar su peso.

Gama (1999) menciona que entre de las principales razones por las que a la gente no le gusta tener grasa están, el:

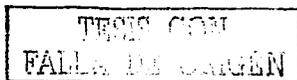
- No sentirse bien consigo mismas; no valorarse.
- No sentirse bien físicamente, poner en riesgo su salud.
- No sentirse sexualmente deseadas; no sentirse atractivas.
- El poseer el sentimiento de no tener control, de ser anormales, de ser raras diferentes y sentirse débiles
- La manera en que por su condición las demás las tratan.

Se puede observar que esta última razón tiene su origen claramente en la sociedad, ya los estereotipos de belleza implican un cuerpo esbelto, bien torneado y un rechazo total de la Obesidad. Las personas tienen ideas erróneas acerca de esta enfermedad y se forman prejuicios acerca de las personas que la padecen, esto se

puede observar desde la infancia, en donde los niños de peso normal creen que los niños gordos son perezosos, sucios, feos, poco confiables y mentirosos (Vázquez, 2001).

Entre los adultos los prejuicios también se dan y se considera que las personas obesas tienen la culpa por su estado debido a su falta de voluntad, ante la comida. En el ámbito laboral se les considera como menos competentes, menos productivas, sobre las relaciones entre sobre peso y empleo (Larkin y Pines, citado en Toro, 1996). En el caso de las mujeres se les considera como más débiles e incapaces de cuidarse a sí mismas. (Wooley y Wooley citado en Toro, 1996). Además se le asocia la Obesidad con una falta de atractivo físico, idea que se aplica en mayor medida en la mujer, pues con el estereotipo de belleza actual, según el cual el vientre debe ser totalmente plano, la mujer obesa queda completamente fuera de los conceptos de belleza y hermosura, siendo mayormente afectada en su autoestima, autoconcepto y en su Imagen Corporal, lo que dificulta que se acepten como son.

Esta falta de aceptación provoca generalmente, que su desempeño sexual se vea disminuido (así el aspecto sexual también se ve afectado por la Obesidad), pues como no se sienten bien consigo mismas, no son capaces de entregarse con plenitud y menos aun de recibir afecto, caricias y amor. Son pocas las personas que teniendo un peso excesivo consiguen aceptarse y valorarse con plenitud. Sin embargo para la mayoría de las personas la Obesidad implica un verdadero conflicto interior (Gama, 1999).



## *Capítulo II*

# **"IMAGEN CORPORAL"**

TECIS CON  
FALLA DE ORIGEN

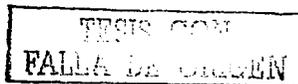
*"Nosotros somos cuerpo, a través de este somos,  
nos hacemos presentes sentimos, percibimos, nos  
expresamos, nos relacionamos, nos  
comunicamos y  
el factor para una verdadera realización consiste  
en asumir plenamente la corporalidad, la sexualidad,  
ser normales desde la espontaneidad y reconciliarse  
con las propias dimensiones."*

*Vilchez, 1985*

El término Imagen Corporal, se refiere en groso modo, a la representación que cada individuo tiene de su cuerpo. Representación que engloba la percepción que tenemos de nuestro cuerpo en base a sus características físicas y los sentimientos hacia el mismo. Dicha representación se construye a partir de la influencia de varios factores tales como los valores, los estereotipos de belleza, las características físicas de la persona y las características psicológicas de la misma. Todos estos factores interactúan entre sí y conforman la Imagen Corporal.

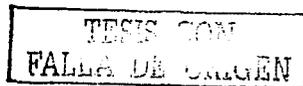
La Imagen Corporal no es estática, sino que puede ser modificada por la influencia de alguno de los factores que intervienen en su construcción, originando que la persona se sienta satisfecha o insatisfecha con la Imagen Corporal que tiene de sí.

En la actualidad, con la importancia que ha tomado el cuerpo y las exigencias del cumplimiento de patrones de belleza basados en las proporciones de este, y con la cada vez mayor presencia de trastornos alimenticios tales como la anorexia, la bulimia y la Obesidad, ha sido necesario poner una mayor atención en el estudio de esta.



Una de las variables, que más se ha estudiado y evaluado, de la Imagen Corporal es la satisfacción o insatisfacción; la importancia de esto es que la satisfacción corporal contribuye significativamente con la adaptación personal y social, con la autoestima favorable así como con el equilibrio emocional (Bruchon – Schweitzer, citado por Barajas, 1998).

Considerando lo anterior y dado que en esta investigación una de las variables a estudiar es la satisfacción/insatisfacción corporal de las mujeres que conforman la población, el presente capítulo se enfoca a la Imagen Corporal. Se inicia con una breve revisión de los antecedentes históricos del estudio de la Imagen corporal. A continuación se dan varias definiciones. En seguida se explica el desarrollo de la Imagen Corporal. En este apartado primero se explica de manera general los factores que influyen en el desarrollo de la Imagen Corporal y en segundo lugar se abordan las explicaciones que dan al respecto los siguientes enfoques psicológicos: Perspectiva de la Psicología genética, Perspectiva de Piaget y Perspectiva Psicoanalítica, concluyendo este apartado con el enfoque de la Psicología de la Gestalt, en el cual se profundiza, ya que es el enfoque que guía este trabajo. Posteriormente se habla de los factores que influyen en la modificación de la Imagen corporal y de la variable satisfacción e insatisfacción de la Imagen Corporal. Por último se revisa el modelo de la Insatisfacción Corporal propuesto por Raich (2000).



## 2.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El concepto de Esquema Corporal y el de Imagen Corporal nacen en el terreno de la neurología en el s. XVII; cuando Ambrosio Paré hace referencia a una serie de fenómenos, a los cuales reúne e intenta dar una interpretación: las sensaciones persistentes de aquellos que habían sido sujetos a la amputación de un miembro, existente en la mente del amputado como si aun formara parte de su cuerpo, más bien, del esquema que el paciente se había formado de su propio cuerpo. Fenómeno al que se le llamo miembro fantasma. Más tarde a fines del siglo XIX, Sir Henry Head utiliza el término "Esquema Corporal o de Modelo Postural del Cuerpo". para referirse al modelo que tenemos mentalmente y que reposa, según este autor, en los cambios posturales (Rincón, 1969).

Este modelo, de Head, fue criticado por Oldfield y Zangwill (1942) y considerado como un modelo plástico del cuerpo en el que los cambios de postura son medidos antes de que lleguen a ser concientes. (Ballesteros, 1982).

Posteriormente la teoría del esquema corporal pasa del dominio de la neurología al de la psiquiatría y a la psicología. En la primera decena del siglo XX, Paul Schilder, en su visión de neurólogo, fisiopatólogo, psiquiatra, psicólogo – especialmente siguiendo los lineamientos de la psicología Gestalt- y siguiendo la dirección de C. Lloyd Morgan, incuba sus ideas no solo sobre la Imagen Corporal y ya no Esquema Corporal , sino su concepto de sensación , percepción, acción y otros fenómenos (Rincón, 1969).

Por su parte Jean Lhermite en 1939 habla de imagen de nuestro cuerpo y dice que el término de esquema que emplearon Head, Bonnier y luego Schilder no responde a la realidad y señala que lo que se entiende por Imagen Corporal parece

unido a la percepción, es decir a la imagen actual unida a las referencias y una imagen recuerdo. Lo que se entiende por Imagen Corporal comprende a la vez una orientación y una representación (Ballesteros, 1982).

Actualmente hay varios conceptos de Imagen Corporal, debido a la existencia de distintos enfoques dentro de la Psicología, y los cuales tratan de explicarla.

## **2.2.-DEFINICIONES DE IMAGEN CORPORAL**

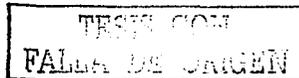
La definición más clásica de Imagen Corporal la describe como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente (Raich, 2000).

Desde la perspectiva Neurológica la Imagen Corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona (Raich, 2000).

Shilder la define como la imagen tridimensional que tenemos de nuestro propio cuerpo (Rincón, 1969)

Una concepción más dinámica define la Imagen Corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Algunos autores advierten de la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él (Raich, 2000).

Algunos enfoques psicoanalíticos entienden por Imagen Corporal el límite corporal percibido por cada sujeto. En esta línea de trabajo aparecen aportaciones importantes en cuanto a que se destacan dos hechos:



- El cuerpo es el único objeto que se percibe y al mismo tiempo forma parte del sujeto perceptor.
- La percepción del sujeto es intensa y diferente en cuanto percibe cualquier objeto externo, implicándose en sus sentimientos todo su yo.

Para Garner (1987) la Imagen Corporal se refiere a la representación que la persona tiene acerca de la apariencia física de su cuerpo. Mientras que para Schonfeld (1969) la Imagen Corporal es una representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, ya sean reales o imaginarias (Barajas 1998).

Dentro de la Psicología social Bruchon-Shweitzer (1992) llama Imagen del Cuerpo a la configuración global que forma el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas (normas de belleza, normas de rol, etc.) y la Imagen del Cuerpo es casi siempre una representación evaluativa.

En 1992, Rosen (citado por Raich, 2000) menciona que la Imagen Corporal es un término que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. O sea, que se contemplan:

- Aspectos perceptivos.
- Aspectos subjetivos (como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad)
- Y aspectos conductuales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para Cash y Pruzinsky (Raich, 2000) la Imagen Corporal implica:

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

Thompson (citado por Raich, 2000) concibe el constructo de Imagen Corporal constituido por tres componentes:

1) Un componente perceptual. Precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad, y la atención de este componente da lugar a la sobrestimación o subestimación.

2) Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo). Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.

3) Un componente conductual. Conductas de la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás.

Para Raich (2000), la Imagen Corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como el movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos,

sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivados de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

En este trabajo la Imagen Corporal es definida como el constructo evaluativo y evolutivo, que engloba los aspectos afectivos, cognitivos y perceptivos que tiene la persona de su propio cuerpo.

### **2.3.- DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL.**

Al igual que en las definiciones, el desarrollo de la Imagen Corporal ha sido explicada por distintos enfoques psicológicos: por el enfoque de la psicología genética por Wallon y Spitz quienes estudiaron cómo es vivenciado el cuerpo; el enfoque de Piaget, quien se enfocó al estudio de cómo se conoce el cuerpo. Otra explicación es dada por el Psicoanálisis y otra por la Psicología de la Gestalt. Por ello se revisa primero de manera general los aspectos socioculturales, la historia del individuo y las características personales, que influyen en el desarrollo de la Imagen Corporal, en segundo lugar se revisaran la explicación que da psicología genética (Wallon y Zazzo); la explicación de Piaget, la del psicoanálisis, para concluir este apartado con el enfoque de la Gestalt.

#### **2.3.1 Aspectos Generales del Desarrollo de la Imagen Corporal**

El desarrollo de la Imagen Corporal, comienza a muy temprana edad, y sigue a lo largo de toda la vida, en la que la interrelación de los distintos aspectos que conforman la Imagen Corporal esta presente en todo momento, modificándola o manteniéndola; al respecto Bruchon- Shwitzer (1992) dice que la formación de la Imagen Corporal es un proceso progresivo, que se apoya sobre adquisiciones múltiples no solo visuales y cinestésicas, sino también cognoscitivas, afectivas y sociales. Siendo el final de este proceso la percepción del propio cuerpo como único, diferentes de los otros y como propio.

Por su parte, en 1993, Rodríguez Tomé (citado por Pineda, 2000) menciona que en la elaboración de la Imagen Corporal intervienen el proceso perceptual en su más amplia gama de expresiones –visuales, auditivas, kinestésicas, etc.-; reacciones a la percepción y evaluación de los otros, comparación y nuevos grupos de pertenencia social, confrontación de los estereotipos culturales sobre belleza, éxito, roles, amor, etc. Considerando lo anterior, vale la pena revisar cada uno de los aspectos, que a continuación se abordan:

➤ *Aspectos Socio- Culturales*

Entre los aspectos socio-culturales, que influyen de manera decisiva en el desarrollo de la Imagen Corporal esta el concepto de belleza que tiene la sociedad, en la que se desarrolla el individuo, así como los estereotipos derivados de este concepto y que dictan como se debe ser; ya que las adquisiciones sociales, que el individuo hace de su propio cuerpo, se basan en este “deber ser”.

Estos estereotipos se ven ampliamente difundidos por toda la sociedad; siendo no solo los medios de comunicación, los participantes en esta difusión; sino que la familia, el círculo de amistades, la escuela, el contexto laboral también tienen una participación importante, a través de los reforzadores sociales. Esto ha sido demostrado por estudios realizados dentro de la Psicología Social, que se han enfocado a investigar las creencias y conductas que se tienen hacia las personas consideradas como bellas y las consideradas como no atractivas (feas y que no cumplen con los estándares de belleza); así mismo se han realizado estudios acerca de los estereotipos de belleza imperantes, ejemplo de estos es el estudio realizado, en 1954, por Brodsky (Bruchon-Shweiter, 1992), donde se encontró una mayor preferencia por el cuerpo mesomorfo (musculoso) en el hombre y un rechazo masivo hacia el tipo endomorfo (gordo). En el caso de mujer el tipo ectomorfo moderada (delgada sin ser flaca) es el considerado más bello. Resultados similares se encontraron en un estudio en el que se comparo las proporciones de las modelos que

posan para diferentes revistas y de las misses de los años cincuenta. en este se muestra la linealidad creciente de las siluetas seleccionadas unida a una androginia progresiva, pechos cada vez menos voluminosos, línea recta, musculatura a veces visible; estos estándares son compartidos por los hombres y las mujeres. (León, 2000)

Estos estereotipos de belleza tan marcados en la sociedad actual, han dado origen a creencias y mitos como el que establece que "lo que es bello es bueno", así los sujetos más atractivos de los dos sexos son juzgados más calurosos, más amables, más sensibles, más interesantes como compañeros, más fuertes, más equilibrados, más sociables, más abiertos, etc. (Bruchon-Shweiter, 1992) A demás se les predice un mayor éxito, a diferencia de las personas consideradas como no atractivas. Estas ideas que se tienen de las personas atractivas y no atractivas son interiorizadas por el individuo, en la interacción con su medio.

La familia, parte muy importante del medio social del individuo, es la que enseña al niño que es bello, qué no lo es, como debe arreglarse, comportarse, a quién se parece (Raich, 2000) y su importancia para el éxito o fracaso de su vida como adulto. Además se ha demostrado, la influencia que ejerce el que un niño sea considerado atractivo físicamente por sus padres, en las expectativas y la educación (más indulgente y flexible) que dan estos a sus hijos (Dion, citado por Bruchon-Shweitzetzel1992) .

El círculo de amistades, también es importante, pues este puede influir como modelo de aprendizaje de los modelos sociales más aceptados. Por ejemplo, en estudios realizados se ha encontrado que el niño más atractivo es más popular entre sus compañeros de la misma edad que el niño no agraciado, ya desde la edad de los tres años (Dion citado en Bruchon-Shweitzetzel1992).

Otros contextos sociales como la escuela, y en la edad adulta el ambiente laboral (donde se suele esperar un mayor éxito y desempeño de las personas más

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

atractivas físicamente; y en donde los estudios han encontrado que el estereotipo de belleza influye en la contratación de una persona (Bruchon-Shwiczter 1992), también son determinantes en el desarrollo de la Imagen Corporal ya que forman parte de la historia del individuo.

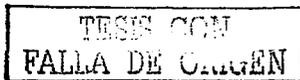
### ➤ *Historia del individuo*

Las experiencias que el individuo haya tenido en su propia historia, indudablemente lo marcan. Así el haber sufrido burlas o críticas en la infancia, debido a la apariencia, influirá sobre la Imagen Corporal que uno tenga de sí mismo en la edad adulta (Raich, 2000).

Las relaciones de pareja, también forman parte importante de las experiencias de un individuo; el sentirse aceptado y atractivo para el sexo opuesto son sin duda relevantes para poder establecer relaciones interpersonales; sobre todo en el caso de la mujer ya que el cuerpo femenino está socializado y a la mujer se le enseña que es a partir de éste que tiene valor, por lo que el cuerpo es más importante para la mujer. En un estudio realizado se encontró que la atracción de un hombre hacia una mujer está esencialmente influida por la belleza de ésta y la atracción que siente la mujer hacia el hombre está inducida por características más complejas como la popularidad, la inteligencia o diversas aptitudes sociales (Bruchon-Shwiczter 1992).

En otros estudios se ha encontrado que los sujetos más guapos, al parecer, son los más populares con relación al sexo opuesto, los más deseables como camaradas, amigos, parejas o cónyuges y son percibidos como más deseables sexualmente que los menos guapos según Berscheid, Dion y Walster (citado por Bruchon-Shwiczter 1992).

Otro aspecto importante, que marca la forma en que los sujetos se relacionan, son la aceptación o el rechazo que sienten de los demás, que manifiestan su aprobación o desaprobación a través de reforzadores no verbales como son la sonrisa,



y las miradas. Así existen diferencias en el trato que se da a las personas consideradas más bellas y a las consideradas como no atractivas; se puede observar en los reforzadores no verbales (de aprobación) que se les da a los primeros -personas atractivas-, tales como miradas, sonrisas y contactos; además son más elegidos y mirados por sus compañeros.

➤ *Características personales*

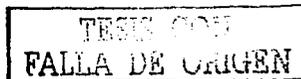
Aunque los estereotipos de belleza tan marcados en la sociedad, tienen una gran influencia en el desarrollo de la autoestima y en la Imagen Corporal, no todas las personas se ven afectadas de la misma forma, por lo tanto la evaluación que se hacen de ellas mismas puede dar como resultado que la persona tenga una satisfacción o insatisfacción corporal.

Como resultado de la interacción del contexto social en el que se desenvuelve el sujeto, su historia y sus características personales, se desarrolla y mantiene la Imagen Corporal, que puede ser positiva o negativa.

2.3.2 *Perspectiva de la Psicología Genética, Perspectiva de Piaget Y Perspectiva Psicoanalítica*

➤ *Psicología genética:*

Wallon, concibe el esquema corporal como una necesidad que se construye según las necesidades de la actividad. No es algo dado inicialmente ni una entidad biológica o psíquica, es la justa relación entre el individuo y el medio. Así el niño va distinguiéndose del otro por su asimilación gradual. El niño pasa de la individualidad primitiva a la pluralidad de personas, todas a la vez diferentes y parecidas. El niño de esta manera es complementario de su entorno y su entorno es su complemento. (Ballesteros, 1982).



Para este autor la noción del propio cuerpo no se constituye como un compartimiento cerrado. Para cada una de sus etapas revela procesos generales de la psicogenesis. Así Wallon concede gran importancia al otro en la formación de la Imagen Corporal. Es en el otro quien satisface sus necesidades orgánicas, el que le cambia de posición y más tarde cuando a parecen los gestos, es el otro, el que apoya u obstaculiza. (Ballesteros, 1982).

La construcción del esquema corporal, se va haciendo parte por parte, así en un principio en una suma heterogénea de órganos que una vez reunidos, van a llevar a una unidad dinámica y armoniosa. El esquema corporal, para este autor es la base de la actividad práctica y de la actividad consciente (Ballesteros, 1982).

Zazzo (citado por Ballesteros, 1982) al estudiar la reacción del niño ante el espejo, ante las imágenes cinematográficas y ante la fotografía, llegó a la conclusión de que el reconocimiento de los demás es muy anterior al de sí mismo; así al igual que Wallon considera que la imagen del otro es fundamental en el descubrimiento de sí mismo, y es a través del conocimiento del otro, como el niño llega a acceder a la conciencia de sí.

➤ *Perspectiva de Piaget:*

Para Piaget el conocimiento y la representación mental del cuerpo debe obedecer a las leyes generales que gobiernan el conocimiento y la representación mental de todos los demás objetos. Según este autor existen estructuras innatas que organizan el psiquismo desde el nacimiento y que permiten la existencia de una conducta organizada. Estas estructuras, patrones de reacción, son los reflejos innatos, verdaderas expresiones de la inteligencia sensoriomotriz. Estos esquemas sensoriomotrices permiten, a través de la repetición, que el pueda entrar en contacto con el medio, con el objeto; estos esquemas son la primera categoría del pensamiento, (Ballesteros, 1982).

Esta organización de los reflejos, es posible por la participación de dos fuerzas: la asimilación (que supone la tendencia que tienen cada patrón de conducta a conservarse a sí mismo; de esta manera se establecen los hábitos y automatismos) y la acomodación (que procede a organizar los esquemas positivos, haciendo que el organismo se pliegue a las contingencias sucesivas del medio).

A partir de lo anterior y de los estadios del desarrollo que propone este autor, Piaget (1937), explica como es que se conforma la Imagen Corporal y al respecto menciona: "La última consecuencia esencial del desarrollo de la representación es que el propio cuerpo, él mismo es concebido como objeto.

Gracias a la imitación y en particular, en las conductas del sexto estadio, caracterizado por el hecho de que la imitación se interioriza en la representación. El niño es capaz de figurarse su propio cuerpo por analogía con el del otro" (citado por Ballesteros, 1982).

Así el sujeto para independizarse del objeto y desligarse de la acción, inmediata, tiene que visualizarse a sí mismo en un espacio, posee una causalidad entre las cosas, y sus acciones suceden en el tiempo. Esto es lo que hace posible la idea corporal tridimensional de uno mismo. El niño ha sido capaz de separarse de los objetos por la asimilación de reconocerse como un objeto más y de construirse a sí mismo. (Ballesteros, 1982)

#### ➤ *Perspectiva Psicoanalítica*

La investigación dentro de este enfoque, dirigida al desarrollo de la Imagen Corporal ha sido muy poca, sin embargo, casi todos los autores atribuyen un papel importante al desarrollo libidinal. En cada estadio de este desarrollo, el cuerpo adquiere un significado afectivo nuevo y la integración de esas experiencias contribuyen a la elaboración de la imagen del cuerpo, la cual no finaliza, sino que constantemente se renueva (Ballesteros, 1982).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Según Spitz, el yo comienza su formación al final del primer trimestre de vida y aunque durante este periodo el niño es consciente de objetos exteriores, no es consciente de su yo y del rostro humano solo son los atributos secundarios y externos, lo que el niño reconoce. Será entre el sexto y el octavo mes cuando el niño diferencie las caras y distinga al amigo del enemigo. Con esta distinción de rostros se presenta la primera manifestación de angustia ante el rostro de alguien que no es la madre del niño, lo que significa para este autor, que el objeto ha quedado establecido no solo en el aspecto óptico (cognitivo), sino también en el afectivo. En este tiempo (entre los dos y ocho meses) el niño construye la imagen de su cuerpo y toma conciencia de su unidad e individualidad, lo que queda aun más establecido, al año cuando el niño reconoce su propio rostro. Para este autor el período comprendido entre los dos y los cinco años debe estar dedicado a la educación de la construcción del esquema corporal -imagen, uso y control del cuerpo- a través del juego. (Ballesteros, 1982).

### *2.3.3La Imagen Corporal desde la Psicología de la Gestalt*

El fundamento de los primeros principios de la Gestalt es el holismo. La esencia de esta concepción consiste en que toda la naturaleza es un todo unificado y coherente. Así cada elemento orgánico e inorgánico, en cualquier escala es en sí un proceso integral coordinado, incrustado en el todo mayor. Al mismo tiempo que aparentan ser distintos, todos los objetos y los sucesos participan de la unidad construida por sus relaciones con otros objetos y acontecimientos. (Latner, 1972).

Una comprensión holística del hombre, por ejemplo, incluye el funcionamiento de su cuerpo físico, emociones, pensamientos, cultura y sus expresiones sociales en un marco unificado. (Latner, 1972).

Siguiendo esta corriente y la idea de que las modificaciones en la percepción del cuerpo y del mundo exterior son el resultado de la interrelación entre ambos,

varios autores han abordado el tema de la Imagen Corporal. Así autores como Wapner, Werner y Witkin han estudiado la percepción del cuerpo en función de su relación con la percepción de los objetos exteriores y no como algo aislado. Para estos autores no hay percepción de los objetos exteriores sin una referencia corporal y viceversa; cuerpo y objeto están en constante interacción. También estudiaron la relación entre los aspectos cognitivos y la personalidad, estableciendo dos tipos de estilo cognitivo (dependiente/independiente del campo) que se refieren al esquema corporal. (Ballesteros, 1982).

Basándose en estas aportaciones hechas por Shilder; Wapner, Werner y Witkin, como ya se mencionó, realizaron varios estudios enfocados a la Imagen Corporal. Por su parte Wapner y Werner realizaron estudios que se pueden clasificar en cuatro grupos:

a) El primer grupo de experimentos versa sobre la relación entre la percepción del cuerpo y de los objetos, estudiada cuando se produce variaciones consistentes en la inclinación del cuerpo.

b) El segundo versa sobre el efecto que tiene la variación del tamaño del espacio circundante sobre el tamaño aparente de las partes del cuerpo.

c) El tercer grupo de estudios se basa en los cambios de la percepción del cuerpo, dependientes del uso de éste como instrumento en relación con el medio.

d) El cuarto grupo de estudios trataron el efecto de la variación de la interacción yo-medio sobre la percepción del cuerpo y los objetos. (Ballesteros, 1982)

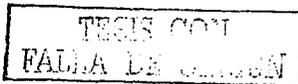
Con estos estudios, Wapner y Werner llegaron a la conclusión de que cualquier cambio en la relación entre el sujeto y el medio influye significativamente en la manera en que el sujeto experimenta el cuerpo y sus partes (Ballesteros, 1982)

Witkin (citado por Wapner, 1969) por su parte, define el concepto del cuerpo, como la impresión sistemática que un individuo tiene de su cuerpo, cognitiva y afectiva, consciente e inconsciente, formada en el curso del crecimiento. Supone que muy precozmente un niño se experimenta a sí mismo y a su cuerpo, como una matriz cuerpo-mundo más o menos continua, y que posteriormente se establecen los límites entre ambos y se va tomando alguna conciencia de las partes del cuerpo y de sus interrelaciones. La noción relativamente global que al principio el niño tiene de su cuerpo se hace posteriormente más articulada, es decir que existe la impresión de que el cuerpo posee límites definidos y que sus partes están interrelacionadas y unidas en una estructura definida. Considera que un concepto del cuerpo articulado es índice de una diferenciación desarrollada.

Según este autor el concepto del cuerpo guiará la percepción del niño; y la manera en que una persona percibe su cuerpo permite hacer inferencias acerca de la naturaleza de su concepto sobre sí mismo (Wapner, 1969).

Sus estudios los realizó a través de la aplicación de varios tests de orientación y concluyó que los aspectos del concepto corporal que tienen mayor influencia en los distintos modos de actuar en los tests, son el grado de diferenciación y de estructuración interna. Y el grado de desarrollo de la diferenciación interna será reflejado por la tendencia a experimentar el cuerpo y el yo, con mayor o menor influencia de marcos de referencia externa. (Wapner, 1969)

Para este autor, dado que el grado de articulación de la experiencia representa un amplio estilo cognitivo, afirma que la naturaleza del concepto corporal, desde el punto de vista de la articulación es parte de un estilo cognitivo. (Wapner, 1969). Existen dos estilos cognitivos: el sujeto independiente de campo, que está más capacitado para realizar una serie de pruebas que el sujeto dependiente de campo (el



segundo estilo) y necesariamente esto implica un nivel superior de ejecución (Ballesteros, 1982).

Otra conclusión a la que llegó este autor es que existe una relación entre la forma más o menos articulada en que una persona experimenta su cuerpo y el grado en que se guía por el mundo externo sus propios atributos y creencias (Wapner, 1969)

Schilder, quien es considerado uno de los primeros investigadores en observar la distorsión de la Imagen Corporal en pacientes esquizofrénicos, concibe la Imagen Corporal como la imagen tridimensional que tenemos de nuestro propio cuerpo; para él, la Imagen Corporal es una estructura mental que forma parte del "Anglaje", o sea de las estructuras psicobiológicas con las que cuenta el individuo al nacer, estructuras que se consolidan en la maduración y el desarrollo. Como estructura, la Imagen Corporal, es dada como un embrión (o esquema, dotado de los atributos para ser una entidad autosuficiente en sí misma) desde los primeros meses de la vida extrauterina pero será construida en el ejercicio de la percepción, la sensación y la acción (Rincón, 1969).

Para entender como se construye la Imagen Corporal se debe tener presente, que según Schilder el ser humano está dotado por tres estructuras irreductibles: la personalidad total o el Yo (a la cual denomina a menudo como "Yo Central"), el cuerpo y el medio exterior, y que en la interacción de estos es donde se construye la Imagen Corporal.

El Yo central, es una estructura dada, es categoría a priori, una Gestalt o unidad suficiente en sí misma; es dada como un embrión (esquema) que va enriqueciéndose a lo largo de la vida; modificable y maleable en la armonía de las disposiciones naturales en interacción con el medio exterior (Rincón, 1969). Este Yo es característico de cada sujeto por lo que "Cuando percibimos o imaginamos un objeto, o cuando enmarcamos la percepción de un objeto, no actuamos meramente

como un aparato perceptivo. Percibir es siempre nuestra forma de percibir. Nos sentimos inclinados a responder con una acción o a actualizar esa acción. Somos en otras palabras, seres emocionales, personalidades" (Schilder, citado por Rincón). Así, las apetencias de este Yo Central (o de la personalidad) son las que dan la dirección a un canal expresivo característico del sujeto.

Canal que está vinculado con la imaginación y la representación (como impresiones interiores), dentro de la estrecha unidad de impresión-expresión, de la percepción que es indisoluble de la acción y que además se encuentra ligada las sensaciones. (Para Schilder esta concepción unitaria, sensación, percepción, acción y vida afectiva formaran una unidad indisoluble, denominada "unidad sensorio-motriz-vegetativa").

Para este autor, todas las sensaciones (ópticas, acústicas, olfativas, térmicas y dolorosas -éstas en especial consolidan la integración de la Imagen Corporal- las táctiles, Schilder, citado por Rincón 1969) aunadas a la motilidad contribuyen al desarrollo de la Imagen, e influyen en el desarrollo del Modelo Postural del cuerpo. Así "En la vida extrauterina, el niño por la adquisición progresiva de la motilidad, adquiere conocimiento de su cuerpo a partir de las impresiones táctiles de la cara y de la boca, en especial en el ejercicio del chupeteo y el reflejo de presión. A partir de la décima semana, el desarrollo de la motilidad le permite palpar, encontrando las posibilidades de tocar su propio cuerpo y ciertos objetos" (Schilder, citado por Rincón). Estas primeras impresiones, que el niño tiene, quedan registradas, por lo que el modelo postural del niño nunca se pierde del todo; y a él se le van a ir añadiendo impresiones cada vez que el cuerpo toque algún objeto; esto se incorpora a la concepción del propio cuerpo.

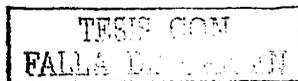
El cuerpo es un instrumento, para Schilder, que permite al sujeto penetrar dentro del objeto, para poder percibir no sólo lo más esencial sino que además permite apprehender de este y da la posibilidad de una acercamiento (acción); esto a

través de toda la gama de sensaciones que permiten los sentidos. Así durante los primeros años de vida, como resultado del contacto directo del sujeto con el objeto, se internaliza el conocimiento acerca de este y una representación es guardada en los registros de posturas y acciones (cada recuerdo es una reconstrucción que se sujeta a las condiciones del momento). Por ello para Schilder, el carácter global y general que tienen las sensaciones corporales y que será diferenciado ante el contacto del ambiente, físico y afectivo, ayudan al sujeto a comunicarse consigo mismo y con el mundo ambiente, el de los objetos.

Este medio comunicativo es siempre constante y la Imagen Corporal está en un constante y perpetuo hacerse y deshacerse, en una perpetua construcción de sí misma así como en una constante destrucción; esto con la finalidad de cumplir con su función que es la de ocupar el lugar del objeto, ir al encuentro de las sensaciones, la percepción y la acción, en un todo unitario, sirviendo de filtro entre el yo y el medio exterior (Schilder, citado por Rincón, 1969).

Este proceso se puede llevar a cabo gracias a la existencia de estructuras psicofisiológicas que sustentan las tendencias más elementales de los organismos: la sensibilidad y la responsividad. La motilidad y la acción son la esencia de esas estructuras; mediante ellas se construirán y solidificarán las capacidades innatas. Estas estructuras son sustentaciones de actitudes. Que en la constelación sensorio-motora-vegetativa-afectiva va implícita una actitud psíquica. Esta prepara el encuentro con el objeto y las estructuras son los instrumentos para entrar en contacto con el medio exterior. (Las tres estructuras fundamentales son: los reflejos de chupar o mamar, de prehensión o agarramiento y los de palpar), (Rincón, 1969).

En la actitud influyen los impulsos tónicos, y esta influencia tónica que proviene del aparato vestibular, ayudan a la construcción de la percepción, y cada percepción y aperccepción siempre provocan respuestas motoras de varios tipos: respuestas que traen consigo la tendencia a manifestar sus impresiones, ideas y



fantasías específicas (Shilder, citado por Rincón, 1969). En esta complejidad, la acción ayuda a construir el espacio y este a su vez al tiempo.

La actitud, es la que decide si la percepción o la acción se hacen en referencia a acercarse o alejarse del objeto. En este caso, la influencia de la vida afectiva es la que decide.

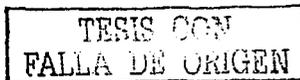
La creación del espacio en el ejercicio de la acción, es una de las características de la Imagen Corporal: "La Imagen Corporal es una imagen en el espacio. No hay experiencia humana sin la experiencia del propio cuerpo, y las percepciones están fuera del propio cuerpo; así la percepción y la sensación están en el espacio. Y no solo hay un espacio fuera del cuerpo, sino que hay un espacio que es llenado por el cuerpo (Rincón, 1969).

Así "La Imagen Corporal se extiende en el espacio e implica a la vez este hecho que hay percepción de ese espacio (la percepción de sí misma en el espacio). Percibir significa tener un cuerpo mediante el cual todos los objetos están separados en el espacio" (Shilder, citado por Rincón, 1969).

#### **2.4.-MODIFICACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL**

En la construcción de la Imagen Corporal intervienen varios aspectos tales como el rol social, los estereotipos de belleza, etc., la influencia de estos y como la vida cada persona origina a veces modificaciones en la Imagen Corporal.

Gómez-Pérez-Mitre (citado por Pineda 2000) menciona que la alteración del componente perceptual de la Imagen Corporal y la insatisfacción con la misma, son el resultado de varios factores:



- Condiciones sociales. Como la presión que ejercen algunos agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, quienes promueven símbolos y estereotipos de belleza, amor, roles de género, valores etc.
- Variables individuales más objetivas, como peso y la forma real del cuerpo.
- Variables psicosociales subjetivas, como autopercepción y percepción de los otros sobre el peso y tamaño corporal, figura ideal, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima entre otras.
- Comportamiento alimentario, grupos de pertenencia y clase social.

Para Thompson (citado por Pineda 2000) la distorsión perceptual de la Imagen Corporal se presenta como una sobreestimación o subestimación. La sobreestimación se manifiesta cuando la persona percibe partes de su cuerpo o la totalidad de él con dimensiones mayores a las reales, mientras que en la subestimación sucede lo contrario, el cuerpo o algunas de sus partes se perciben más pequeños o más delgados de lo que en realidad son.

Las modificaciones que sufre la Imagen Corporal originan satisfacción o insatisfacción en el sujeto.

#### *2.4.1 Satisfacción Vs. Insatisfacción Corporal*

Williamson, Davis, Bennet, Goreczny & Gleaves (Barajas, 1998) refieren la satisfacción/insatisfacción como el grado en el que la percepción del tamaño y forma corporal ideal percibida por el individuo. Para Garner y Garfinkel (citado por Barajas) la satisfacción/insatisfacción es el grado en que el individuo le gusta o le disgusta el tamaño y la forma de su cuerpo.

La variable satisfacción/insatisfacción ha sido estudiada y evaluada a través de dos procedimientos: los cuestionarios y autoinformes, entrevistas y medidas de discrepancia real/ideal (Raich, 2000).

Entre los cuestionarios dirigidos a la evaluación de la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, están el EDI (Eating Disorder Inventory) de Garner, Olmstead y Polvy (1993). El MBSRQ, Cuestionario Multidimensional de Relación con el propio Cuerpo de Cash (1994), el Bes, Body Cathexis Scale de secord y Jourard (1953), (citados por Raich, 2000).

En cuanto a la medida de discrepancia, Turker (citado por Barajas, 1998) menciona que una de las formas de entender y estimar la satisfacción o la insatisfacción con la Imagen Corporal es la que depende de la distancia entre la realidad y la idealidad; es decir que la satisfacción e insatisfacción se manifiesta en relación al grado de discrepancia que existe entre la figura real del sujeto y la figura que constituye su ideal corporal (Pineda, 2000). Para Gómez-Pérez-Mitré (citada por Pineda) el grado de satisfacción/insatisfacción corporal depende de la autopercepción; así, una persona que se considera atractiva tiende a estar satisfecha con su figura, resultando más importante considerarse atractivo que serlo verdaderamente.

Dentro del grupo de instrumentos que miden la satisfacción/insatisfacción corporal a través de medidas de discrepancia real/ideal está la Escala Visual de Cohn, Adler, Irvin, Kiesges y Stone (citado por Pineda 2000) que evalúa la percepción de la figura y el nivel de satisfacción con la misma. Otro instrumento para medir Imagen Corporal, (en sus dos modalidades: versión computarizada y de papel y lápiz) es el propuesto por Gómez Pérez-Mitré, que estima tanto la distorsión del componente perceptual de la Imagen Corporal como la insatisfacción con la misma.

Son varios los estudios que se han realizado para poder observar estas variables; Gómez Péres-Mitré (citada por León, 2000) observo en un estudio que

realizó en base al género, que los hombres parecen estar más satisfechos con la percepción de su cuerpo que las mujeres, pues estas en su mayoría desean ser más delgadas.

En otro estudio realizado por Unikel y Gómez Perez-Mitré, en el que se compararon grupos de estudiantes de ballet con estudiantes de secundaria y preparatoria, encontraron la presencia de bajo peso corporal promedio en las estudiantes de ballet y el deseo de pesar menos a pesar de ello. Así mismo las adolescentes se autopercebieron con mayor peso del que en realidad tenían, es decir que en términos de distorsión de la Imagen Corporal, estos sujetos sobre estimaban su peso corporal.

Vale la pena mencionar que aunque existen estudios realizados entorno a la Imagen Corporal, no existen investigaciones que se enfoquen al tipo de población con la que se trabajó en la presente investigación; pues en su mayoría las investigaciones existentes en nuestro país se han realizado con preadolescentes o adolescentes.

Una variable muy importante a considerar en estudios de la Imagen Corporal, es la satisfacción/insatisfacción ya que esta puede ocasionar un desequilibrio emocional en el sujeto, trayendo como consecuencia la formación de ideas erróneas como las propuestas por Cash (citado en Raich, 2000) y denominadas "Docena sucia" entre las cuales se encuentran las siguientes:

- La bella o la bestia.- cuando los pensamientos que se tienen están en la línea del blanco/negro, de "sino soy la mejor, soy la peor".
- La Ideal irreal.- consiste en evaluar la apariencia a partir de un estándar irreal (mujer alta, delgada, escultural). Cuando se perciben desajustes entre su apariencia y el ideal se centran en sus defectos.

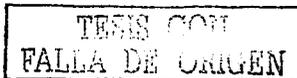
- La mala interpretación de la mente.- la suposición o creencia de que soy poco atractivo me hace suponer que los demás me ven también así.
- Prediciendo desgracias.- esperar que el mal aspecto físico tanga efectos en el futuro, en experiencias sociales futuras. Implica una mala interpretación de la mente (suposiciones sobre lo que los demás pueden pensar).
- La belleza limitadora.- restringirse o limitar el comportamiento por las preocupaciones de la apariencia. Mantener la creencia de que no se pueden hacer ciertas cosas por culpa de la apariencia.

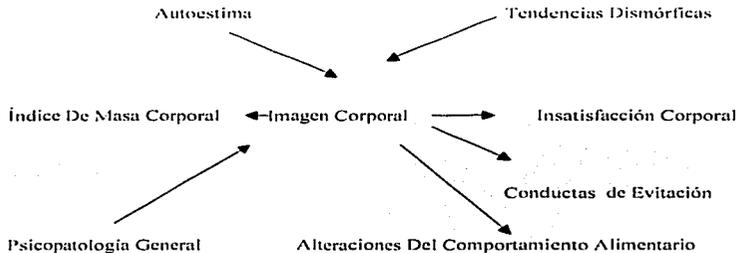
Otra situación que se originan cuando existe Insatisfacción Corporal, es la presencia de problemas tales como baja autoestima, ansiedad ante las relaciones interpersonales; problemas en las relaciones sexuales, al existir miedo a presentar el cuerpo desnudo, especialmente la parte que se considera más desagradable y depresión (Raich, 2000).

Ante esto se ha tratado de explicar las causas de la insatisfacción corporal.

### **2.5.- MODELO DE INSATISFACCIÓN CORPORAL**

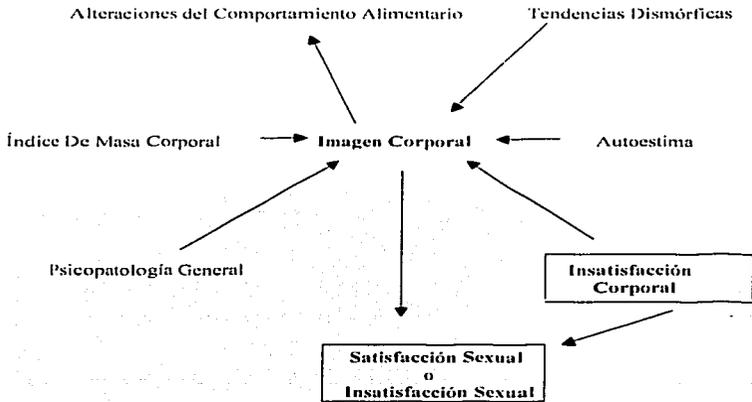
Son varios los modelos que tratan de explicar como es que un sujeto puede estar insatisfecho con su Imagen Corporal; uno de estos modelos es el propuesto por Raich, Torras y Mora (1997); quienes estudiaron la relación de diferentes variables con la Imagen Corporal, así como la relación de la insatisfacción corporal con los trastornos alimenticios, así en base a estos estudios establecieron su modelo de la siguiente manera:





En este modelo puede observarse como existe una relación entre autoestima, el Índice de Masa Corporal (IMC) y la psicopatología general con la insatisfacción corporal. En el estudio que sirvió de base para este modelo se encontró que cuando existe una mejor autoestima, así como un IMC menor, las personas tienen una mejor 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, correspondiente a una mayor insatisfacción corporal, tendencias dismórficas y conductas de evitación debidas a la Imagen Corporal. Así mismo es mucho más frecuente que se presenten alteraciones del comportamiento alimentario.

Basados en este modelo planteado por Raich, Torras y Mora, considerando la influencia que tienen la Imagen Corporal en la forma de sentir, pensar y actuar de una persona y con la finalidad dar una posible explicación al problema del presente trabajo, se propone el siguiente modelo:



En este modelo se propone una relación entre IMC, la Imagen Corporal y la Satisfacción Sexual, es decir que se espera que ante un mayor IMC que presentan las mujeres obesas exista una mayor tendencia a las tendencias dismórficas o sea insatisfacción corporal originando así la insatisfacción sexual, y por el contrario ante menor IMC (peso normal) existe probablemente, satisfacción corporal y sexual.

## *Capítulo III*

# **"SEXUALIDAD FEMENINA"**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*La sexualidad es la  
expresión más profunda de la  
persona integral.*  
María Luisa Lerer

Uno de los factores más importantes en la vida de todo ser humano, sin importar su religión, profesión o edad es sin duda la sexualidad, que al igual que el sexo acompañan al individuo durante toda su existencia.

La sexualidad, que se refiere según Souza y Machorro (1988) a "las características biológicas, psicológicas y socio culturales que nos permite comprender el mundo y vivirlo a través de nuestro propio ser como hombres o como mujeres", comienza a formarse a muy temprana edad dentro del núcleo familiar donde son inculcados los primeros valores, las primeras normas de conducta y en donde el niño adquiere los primeros conocimientos de su cuerpo como perteneciente a un determinado sexo. Este aprendizaje que se adquiere en la infancia va a determinar las conductas sexuales durante la adolescencia, la edad adulta y la vejez. por ello la importancia de la niñez, en la construcción de los valores, que son la base de la sexualidad del individuo.

Además de la familia, la sociedad y la cultura a la que pertenece el sujeto van a jugar un papel muy importante en la forma en que este vive su sexualidad.

Otras condicionantes de la sexualidad son las características propias del sujeto, es decir las características biológicas y psicológicas. Las primeras (biológicas) determinan a que sexo se pertenece hombre o mujer, y esto a su vez determina la forma en que es educado el individuo; así al hombre se le ha enseñado a disfrutar de su sexualidad de una manera plena, se le ha enseñado a disfrutar de su cuerpo y de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sus genitales, mientras que a la mujer se le ha negado este derecho y se le ha limitado a su función reproductora.

Las características psicológicas tales como la autoestima y la Imagen Corporal, también tienen una gran relevancia en la forma en que la persona vive su sexualidad.

Este capítulo se enfoca a revisar los aspectos de la sexualidad femenina, con el objetivo de comprender como vive su sexualidad la mujer. En primera instancia se revisa los conceptos básicos de la sexualidad humana y posteriormente se habla de la anatomía sexual de la mujer, aspectos socio-culturales y psicológicos que influyen en la sexualidad femenina, y por último se revisa los aspectos biológicos y psicológicos de la respuesta sexual femenina.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.1.-CONCEPTOS BÁSICOS DE SEXUALIDAD HUMANA

Todos los individuos, mujeres u hombres tienen lo que se denomina, sexo biológico, sexo social y sexo psicológico; estos se van a desarrollar desde la concepción y siempre estarán relacionados entre sí. El sexo biológico (determinado desde la concepción del individuo), se refiere a las características anatómicas y funcionales que nos diferencian a los hombres y mujeres con fines de la reproducción, el sexo cromosómico, se refiere a la combinación de cromosomas, resultante de la unión del óvulo y del espermatozoide, la cual puede ser XX o XY, la primera da el sexo cromosómico femenino y la segunda el sexo cromosómico masculino; el sexo gonadal u hormonal, el cual queda diferenciado con el desarrollo de las gónadas como testículos o como ovarios, esto se da entre las 14 y 16 semanas después de la fertilización del huevo. Esta diferencia queda muy marcada, permitiendo así la diferenciación del tubérculo genital como vulva o como pene y escroto, quedando de esta forma establecido lo que se denomina sexo genital. Una vez que el producto ha nacido, los órganos reproductores diferenciados le dan el sexo de asignación, de acuerdo a la conformación de sus genitales externos. El simple hecho de que el médico o la persona que atienden el parto indique que es hombre o mujer, va ha establecer cuáles son las expectativas de la familia y, especialmente, de la sociedad en cuanto al futuro papel sexual del recién nacido, así se establece el sexo social, del que dependerán el nombre, tipo de ropa, registro y algunas actividades de su vida. A partir de este momento, los estímulos ambientales que le rodean, van a empezar a moldear su conducta hacia el comportamiento femenino o masculino, determinándose así el sexo psicológico y su expresión social. Si el sexo biológico coincide con el sexo social y el sexo psicológico, la identidad sexual se encuentra equilibrada (Souza y Machorro 1998).

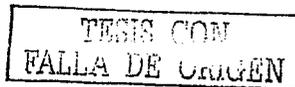
Para Souza y Machorro (1998) la identidad sexual es la conciencia fundamental de pertenecer a uno u otro sexo; para Money y Enhart (citados por Souza y Machorro, 1998) es el sentido de masculinidad o feminidad que el individuo

experimenta en cuanto a sí mismo; es la experiencia privada del papel sexual, mientras que éste es la expresión pública de la identidad sexual. Esta, identidad sexual, va a estar determinada principalmente por: a) los efectos del aprendizaje, b) las modificaciones que resultan de las frustraciones, traumas, conflictos y c) los intentos para resolver estos (Souza y Machorro 1998).

La sexualidad, para Souza y Machorro (1998) comprende las características biológicas, psicológicas y socioculturales que le permiten comprender al individuo, el mundo y vivirlo a través de su propio ser como hombre o como mujer. Es la combinación del sexo biológico, social y psicológico a partir del sexo de asignación.

La sexualidad es dinámica, evolutiva y recibe influencias sociales, económicas, culturales, etc., mismas que modelan las manifestaciones del sexo biológico en la conducta de relación con el ambiente y uno mismo. Entre los factores externos que influyen de manera importante en la formación de la sexualidad están:

- ✓ Los estereotipos culturales, que se refieren a los acuerdos implícitos que permiten a un grupo de personas cooperar y funcionar, la sociedad los transforma a través del tiempo, según las condiciones económicas y políticas.
- ✓ Los estereotipos de género, aquellos acuerdos sociales generales sobre los papeles que se asignan tanto a los hombres como a las mujeres en una temporalidad y en un lugar definido.
- ✓ Los esquemas de género, las percepciones que se adquieren de que el individuo entiende las expectativas sociales de la sociedad como hombre o como mujer. De esta manera, se da la identidad sexual, el sentirse hombre o mujer y el manifestarlo a través de un papel de género. (Souza y Machorro 1998).



### 3.2.-ANATOMÍA DE LOS ORGANOS SEXUALES FEMENINOS

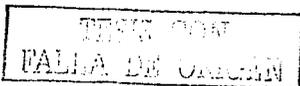
La anatomía sexual femenina esta constituida por órganos externos e internos. Al conjunto de órganos externos se les conoce como Vulva; los órganos internos son: los Ovarios, las Trompas de Falopio, el Útero y la Vagina.

*Vulva:* esta constituida por el monte de Venus, los labios mayores, los labios menores, el clitoris y el vestíbulo.

El Monte de Venus se integra con cojinetes de tejido graso que se encuentran bajo la piel, sobre el pubis (en la sínfisis púbica), zona que se cubre con vello ensortijado y áspero. Esta región abarca ciertas terminaciones nerviosas que, cuando se estimulan con el peso la presión o condiciones similares, pueden provocar excitación sexual. Desde este promontorio parten dos pliegues longitudinales de piel que tienen pelos, los cuales corren lateralmente y forman los bordes externos de la vulva (McCary, 2000).

Los labios mayores son dos pliegues de piel que rodean a la hendidura vulvar. Estos labios son regordetes, sus bordes internos contienen folículos sebáceos y glándulas sudoríparas, pero carecen de pelo. (McCary, 2000).

Los labios menores también son dos pliegues longitudinales ubicados dentro de los labios mayores. Muy vascularizados, muy innervados y con abundantes glándulas sebáceas, carecen de pelo y de adipocitos. Estos pequeños labios constituyen los bordes laterales e inferiores del vestíbulo, y se fusionan en la cima para formar el prepucio y rodear al clitoris (McCary, 2000).



El clitoris es una estructura cilíndrica eréctil pequeña situada en la cima del vestíbulo, y en el borde inferior de la sínfisis púbica. Consiste de dos tallos como piernas (tallos crurales), que nacen en el pubis y se fusionan para formar la diáfisis, hasta terminar en el glande, el cual se proyecta entre las ramas bifurcadas de los labios menores. Todo el clitoris con excepción del glande, se encuentra bajo la parte superior de los labios menores, donde estos se unen y conforman el frenillo del clitoris, o prepucio clitorideo. Al estimularse sexualmente, el clitoris puede agrandarse considerablemente, hasta doblar el tamaño que tienen en estado flácido, lo cual aumenta en especial el diámetro en su diáfisis (McCary, 2000). Su sensibilidad produce una sensación agradable a las mujeres, antes o durante el contacto sexual.

#### *Órganos Internos:*

Ovarios: Producen los óvulos. Las hormonas ováricas constituyen el deseo sexual de la mujer; pero sobretodo preparan y mantienen en estado óptimo al útero, para la implantación del óvulo fecundado. Ubicados a ambos lados del útero, los ovarios son cuerpos de color rosado-grisáceo con el tamaño y peso aproximado de una almendra con cáscara. El recio ligamento ovárico inserta el ovario al útero; el mesovario, también con tejido peritoneal, conecta al ovario con el ligamento ancho; un tercer pliegue de tejido peritoneal pasa del ovario a la pared pélvica. Dentro de cada ovario hay numerosas vesículas redondas llamadas folículos, cada uno de estos alberga un oocito (óvulo que se encuentra en la etapa temprana del desarrollo ovular). Cada mes más o menos, a la mitad del ciclo menstrual de la mujer, se rompe un folículo, que libera al óvulo en el interior de la cavidad peritoneal, proceso que se conoce como ovulación (McCary, 2000).

Las Trompas de Falopio conducen al óvulo del ovario al útero y constituye también el lugar donde ocurre la fertilización del óvulo maduro. Cada una de las trompas uterinas mide alrededor de diez centímetros de longitud, y se halla suspendida por un ligamento, el cual permite que ambas se extiendan en la porción

superoexterna inclinándose al ovario. la parte fimbriada de la trompa se une a éste y se acopla ligeramente con él. (McCary, 2000).

El útero o matriz es un órgano hueco, de paredes musculares gruesas con forma parecida a una pera. Situado en la cavidad pélvica, entre la vejiga urinaria y el recto, el útero se ubica un poco por debajo de las trompas de Falopio.

La vagina es un tubo muscular capaz de alcanzar una dilatación considerable, y se extiende desde arriba del cuello uterino hasta la abertura externa del vestíbulo de la vulva, tiene una longitud aproximada de siete centímetros en la pared anterior y nueve centímetros en la pared posterior; se extiende hacia arriba en un sentido vertical. Es el órgano que recibe al pene durante el coito. (McCary, 2000).

### **3.3.- EL CUERPO Y LA SEXUALIDAD FEMENINA** *(Aspectos Socio-Culturales y Psicológicos de la Sexualidad Femenina)*

Todos los seres humanos construyen modelos e ideas en torno a su cuerpo, basados en reglas morales, principios éticos e ideológicos que marca la sociedad; así estos modelos establecen la forma de vestir, lo que se debe comer, como se debe vivir y sentir ese cuerpo, las formas aceptadas de comportarse, incluso en la cama, en los sueños y los deseos; quedando así el cuerpo gobernado por los deseos de otros (Aguilera, 1998). Estos modelos que el individuo construye son diferentes para hombres y mujeres.

Para las mujeres y su concepción corporal, tuvo un gran impacto los avances científicos de los siglos XVIII y XIX, ya que con las nociones de salud, enfermedad, normalidad y anormalidad se dio el marco necesario para controlar los deseos y la sexualidad de los individuos y en especial los de las mujeres, a través de la medicalización de sus cuerpos. El control médico ejercido sobre el cuerpo de las mujeres se fundamentó en la supuesta existencia de una "naturaleza femenina", la

cual conceptualizaba a la mujer como un ser dependiente, frágil, emotiva, sexualmente pasiva y predestinada a la maternidad (Aguilera, 1998).

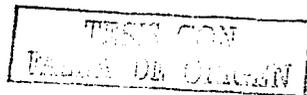
Esta concepción y la división moral de los papeles sexuales basada en la fisiología de los cuerpos marcaron el ejercicio de la sexualidad femenina (de aquella época y de la actual), quedando ésta limitada a su función reproductiva (a diferencia del hombre, cuya función no solo fue la reproducción sino también el placer). Función que otorgaba a la mujer un lugar en la sociedad, lugar que se ponía en duda, al igual que su condición legal y social, en el momento en que esta función se veía impedida, por la infertilidad lo que implicaba la pérdida de la identidad femenina de la mujer. (Aguilera, 1998). Así la mujer era valiosa en cuanto a su condición de madre, pero como persona fue desvalorizada.

Esta desvalorización se marcó más, y al concepto de mujer se le sumaron otros adjetivos negativos, tales como el de perezosa y sucia -esto debido a los mitos existente en torno a la menstruación: la mujer menstruante es impura, la menstruación es una maldición: las mujeres menstruantes están enfermas (Lerer, 1995)- lamentablemente como lo menciona Ussher (1998) esta definición de la mujer ha permanecido durante mucho tiempo y ha sido interiorizada, por las mujeres, en la forma de ver su cuerpo y de vivir su sexualidad, lo que se puede ver en la actitud negativa y a menudo cargada de sentimientos de culpa de muchas mujeres.

En la actualidad estas actitudes negativas hacia el cuerpo femenino siguen, al igual que las creencias y mitos en torno a como debe ser una buena mujer. Lerer (1995) menciona lo que ella ha denominado mandatos culturales y que se enseñan a las mujeres:

Para ser buena mujer has de:

- Considerar que tu misión fundamental en la vida es de ser madre y cuidar el hogar.



- Aun cuando nuestro esposo sea un príncipe consorte, obedecer sus órdenes o pedidos.
- Ser perfecta ama de casa, dulce agradable, soñadora y coqueta.
- Carecer de vida propia y de autoimagen. Reconocerte sólo a través de los ojos de los demás, que son tu espejo y en él te miras.
- Perteneecer al varón, anteponiéndote siempre sus necesidades a las tuyas, a costa de tu propia estima.
- Reprimir tu agresividad, ser dócil, poco exigente: vivir en función de otros.
- Tu seguridad debe partir de la que te devuelven los otros diciéndote que eres una verdadera mujer.
- Hijos, maridos, familia deben ser tu centro, a ellos antes que a ti misma deben dedicarse tus cuidados. Aun a costa de tu propia estima.
- Poner tu protección y tu sexo en manos del varón, el sabe.
- Ser pasiva en lo que atañe a lo sexo-genital: no tener deseos propios. Es el varón quien debe iniciarte y hacerse responsable de tu placer.

Pero estos son sólo algunos de los mitos que se le han enseñado a las mujeres y que contribuyen a su pasividad e ignorancia, para vivir su sexualidad de una manera plena; ya que, afirma la Organización Mundial de la Salud, la ignorancia y no el conocimiento de los temas sexuales es la causa del infortunio sexual (Lerer, 1995). Por lo que, también la falta de difusión cultural acerca de la sexualidad femenina, de la anatomía de la mujer y de sus procesos; así como la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

imposición de pautas represoras que separan la sexualidad del resto de la personalidad han impedido el goce sexual de las mujeres (Lerer).

Como ya se ha mencionado el aprendizaje social influye decisivamente en la sexualidad; por ello es importantísimo mencionar lo que tanto se le ha recalado a las mujeres, durante largo tiempo: que el sexo existe para dar placer a los varones, dueños y amos, y para tener hijos (de tal forma que solo se les valora por su función reproductiva) y bajo este principio el cuerpo, de las mujeres es enajenado y entregado. Las mujeres se dedican a calmar, escuchar, consolar, postergando su opinión y sentimientos. Esto las lleva a preocuparse más por los problemas y las alegrías ajenas que por las propias, llegando a olvidar sus intereses y emociones, y a no entender el lenguaje del cuerpo (Lerer, 1995).

Pero no se puede esperar que las mujeres entiendan el lenguaje de su cuerpo, cuando ni siquiera lo conocen y solo tienen conciencia de él como una forma de ser valoradas en la sociedad; así la mujeres tratan de cumplir con las exigencias que la sociedad dicta a través de los estereotipos de belleza que impone, prototipos que en la actualidad obedecen a la cultura de la delgadez donde la mujer efebo: chata, sin vientre y más que delgada, es la mujer considerada como símbolo sexual, como una mujer bella y exitosa. Ante tales exigencias de la sociedad, las mujeres viven insatisfechas con su cuerpo. Situación que es muy grave si se tiene en cuenta que la Imagen Corporal que tienen las mujeres de sí mismas se relaciona estrechamente con la sexualidad (Lerer, 1995).

Otra situación importante que puede formar sentimientos negativos hacia la sexualidad, es la influencia de creencias religiosas, o morales que la mujer tenga y que consideren al sexo como una forma de placer que solo es permitido para las mujeres malas. Dentro de la religión católica, la sexualidad tiene como única función la de ensanchar a la especie humana (Rahaim, 1986).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La relación de pareja también influye significativamente en el desempeño sexual, así una buena comunicación acerca de los deseos, de las preferencias, etc., alientan una buena relación sexual.

Los factores psicológicos, (conjugados con los elementos anteriores) como son las emociones, ideas, la personalidad, la Imagen Corporal y la autoestima son muy importantes en la sexualidad; así la importancia de la Imagen Corporal en la sexualidad de la mujer, radica en que dado que a la mujer se le enseña que su valor depende de la aprobación de los otros, el cuerpo se vuelve un elemento significativo para ser atractiva ante los otros y así tener un valor. Además el que la relación sexual implique un grado de intimidad, significa que la mujer debe aceptar su propio cuerpo, ya que cuando esto no ocurre y la mujer se siente insegura, esconde su físico o no permite que le vean determinadas partes que considera feas o vergonzosas, es difícil que exista la relajación suficiente para poder empezar a sentir y vivenciar las propias sensaciones corporales (Ortiz, 1997).

La autoestima, también es un determinante psicológico de gran importancia en la sexualidad femenina, ya que al ser esta la valoración que tiene la persona de sí misma, el juicio que esta haga va a contribuir de manera esencial a la hora de que se establezca una relación sexual. Así si la mujer tiene una autoestima devaluada, puede experimentar ansiedad ante el temor de no satisfacer al compañero; puede tratar de seguir un modelo preestablecido para expresar emociones y caricias, modelo que le va a impedir actuar libremente; o puede aceptar formas y estilos de relación sexual que, aun estando lejos de proporcionar auténtica satisfacción personal, constituye el único medio para que la persona asegure el vínculo con su pareja (Ortiz, 1997). Esta aceptación de formas y estilos de relación sexual, con los que la mujer no este satisfecha, pueden originar que exista un sentimiento negativo hacia el sexo, lo que influyen para que no haya un goce sexual.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tanto los aspectos biológicos, culturales, sociales y psicológicos, tales como la Imagen Corporal y la autoestima, son determinantes para la forma en que la mujer vive su sexualidad; al respecto Ortiz (1997) menciona que la manera en que las mujeres explican su experiencia sexual es variada y depende del contexto en que acontecen sus propios problemas y expectativas; y señalando varios estudios (Fisher citado por Ortiz) menciona que se han encontrado algunas explicaciones que relatan la significación de la sexualidad para la mujer:

- Algunas mujeres perciben la relación sexual como una vía para lograr el éxtasis o realizar un viaje en el cual se dan sensaciones extrañas y pérdida de la identidad.
- Para otras mujeres, su sexualidad es una oportunidad de demostrar superioridad y habilidad en una actividad altamente estimada. Insisten en su capacidad de alcanzar orgasmos múltiples.
- Otra actitud consiste en presentar el juego erótico, antes que nada, como una oportunidad de establecer intimidad con la pareja y fundirse con ella. El proceso de unirse a alguien se vive como algo que ofrece consuelo y alivia tensiones y angustias.
- En ciertas descripciones se manifiesta desazón o martirio, así como incapacidad para reaccionar de manera adecuada a la estimulación sexual. Estas mujeres se sienten irritables y anticipan que el encuentro sexual terminará en frustración.
- Otro grupo define la excitación sexual como algo casi demasiado intenso para tolerarlo y refieren estados de hipersensibilidad que les provoca algo muy doloroso que apenas puede controlarse.

- Otros relatos describen el sexo como algo rutinario y muy practicado, que ofrece una satisfacción adecuada pero que no es más que una entre muchas actividades importantes.
- Hay mujeres que experimentan su vida sexual como una reafirmación de su identidad femenina, y expresan lo mujeres que se sienten al vivir el intercambio amoroso.
- Finalmente, en algunos casos se percibe la relación sexual como una gran aventura que permite recoger experiencias y sensaciones nuevas.

#### **3.4.-RESPUESTA SEXUAL FEMENINA**

La habilidad para responder a la estimulación sexual es una característica de todos los seres sanos. Aunque los estímulos pueden ser distintos la respuesta del cuerpo es básicamente la misma. Sin embargo, lo que la persona experimenta y como lo expresa tiene un sin número de formas (Souza y Machorro, 1998).

Lo anterior debido a que en la respuesta sexual, además de la estimulación a nivel orgánico, los factores sociales y psicológicos influyen de manera decisiva para que se de ésta. Para fines explicativos primero se menciona la reacción a nivel orgánico y posteriormente se hace a nivel psicológico.

### 3.4.1 Aspectos Biológicos de la Respuesta Sexual Femenina

Los pioneros en explicar la respuesta sexual a nivel fisiológico fueron Master y Johnson (citados por Segú, 1996). Estos autores, graficaron el ciclo de respuesta sexual humana en cuatro fases:

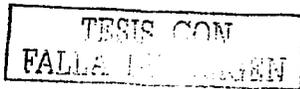
- *Periodo de excitación o de aumento de la tensión:* el estímulo erótico produce un aumento de la tensión sexual que desde los niveles basales va alcanzando su punto máximo. El estímulo puede ser somático o psíquico esta fase ocurre rápidamente.
- *Periodo de meseta:* la tensión ha alcanzado su punto máximo, varía con la edad y con la efectividad del estímulo. La necesidad de descarga de dicha tensión se hace imprescindible, lo cual va a lograrse a través del orgasmo.
- *Periodo de orgasmo:* aquí la vasocongestión y la miotonía causadas por el estímulo sexual son eliminadas. El orgasmo se limita a escasos segundos y es experimentado en su inicio en la región pélvica y específicamente en clitoris, vagina y útero.
- *Periodo de resolución:* la liberación y pérdida de la tensión sexual acumulada lleva al individuo a un estado de inexcitabilidad. El organismo va recuperando su estado de calma a medida que va desapareciendo todo indicio de estimulación sexual.

En la mujer los cambios que se dan en estas fases son los siguientes:

- Fase de Excitación: Se produce ante un estímulo eficaz de naturaleza física o psicológica. La característica primordial es la lubricación, la cual se da como consecuencia de la congestión con sangre que se produce en el área genital. Los labios menores muestran engrosamiento y expansión; la vagina en un lapso de diez a treinta segundos muestra (debido a la vasocongestión) un

cambio de color consistente principalmente en obscurecimiento. El útero se verticaliza provocando que el cuello uterino se eleve, lo que causa una expansión bulbosa del fondo de la vagina; el clitoris muestra un aumento de volumen (Farre, 1980). Las glándulas mamarias aumentan de tamaño, los pezones se erigen, la sangre venosa se extiende. Las areolas (zonas oscuras pigmentadas que rodean los pezones) se anchan de modo considerable, las venas de la mama se vuelven visibles. En algunas mujeres desarrollan una ruborización de la piel, conocida como un enrojecimiento maculopapular sexual, esto comienza en la región del estomago y garganta para diseminarse hacia las glándulas mamarias (McCary, 2000).

- Fase de Meseta: Esta fase se puede considerar como una fase de transición en la que la excitación se consolida y que es a la vez el preámbulo de la fase de orgasmo, la duración de esta fase es de extrema variedad y dependerá de la intensidad y continuidad de la estimulación, combinada con diversos factores subjetivos que conllevan al logro de la liberación de la tensión sexual almacenada. Durante esta fase en los labios menores ocurre un cambio característico que consiste en un cambio de color que puede ser desde rojo vivo a un tono rojo vino profundo, esta reacción ha sido descrita y denominada como piel sexual. En la vagina se forma la plataforma orgásmica (una constricción fisiológica de la musculatura del tercio externo de la vagina acompañada de vasocongestión) (Farre, 1980). El clitoris se retrae y se esconde en lo profundo del capuchón. Los pechos y las areolas se expanden al máximo. Con frecuencia la mujer reacciona con gestos, fosas nasales dilatadas y tensión notoria en las comisuras labiales, los tendones del cuello se ponen rígidos y sobresalen; la espalda se arquea y los músculos de los muslos se ponen muy tensos. Posteriormente se observan contracciones espásticas de los músculos de las manos y de los pies, demostrables mediante movimientos de presión (McCary, 2000).

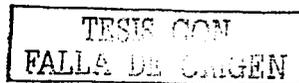


- Fase de Orgasmo: Puede concebirse como una fase liberadora tanto de tensión como de vasocongestión, la que se produce primordialmente mediante contracciones de carácter mioclónico. Esta es la esencia fisiológica del fenómeno a nivel genital. En ninguna forma constituye la totalidad del fenómeno dado que, en especial el orgasmo, consta de componentes subjetivos (psicológicos y sociales) que bien pudieran tener mayor trascendencia e importancia que los fisiológicos (Farre, 1980).

En esta fase la mujer queda atrapada en su respuesta orgásmica y pierde el control volitivo de los músculos. No está conciente de sus movimientos físicos, que en ocasiones son tan violentos que provocan dolor y fatiga al día siguiente. Mientras más fuerte es el orgasmo, más se ve involucrado el cuerpo en su totalidad en la liberación de tensiones funcionales y mentales. Hay contracciones involuntarias de la zona perineal, el recto y la parte baja del abdomen.

Al respecto la Dra. Kaplan, (1994) explica que el orgasmo en la mujer consiste en una serie de contracciones reflejas, involuntarias y rítmicas de las estructuras que integran la llamada plataforma orgásmica, es decir, los músculos y tejidos que bordean la entrada vaginal y algunos de los músculos pélvicos. También el útero se contrae durante el orgasmo, pero no se suelen sentir esas contracciones, sino una sensación no definida y placentera. Sólo cuando el nivel de estrógenos es bajo, las contracciones uterinas son percibidas como dolor.

- Fase de Resolución: Casi todos los órganos y tejidos regresan con rapidez a su estado no estimulado después del orgasmo. El enrojecimiento sexual desaparece del cuerpo en un orden opuesto al que apareció durante la fase de excitación y de meseta. Hay pérdida de erección de los pezones, pero los senos regresan a su estado normal con mayor lentitud. Si la estimulación sexual no continúa, la tensión muscular desaparece por completo cinco minutos después del orgasmo.



### *3.4.2 Aspectos Psicológicos de la Respuesta Sexual Femenina: Satisfacción Sexual Vs. Insatisfacción Sexual*

Aunque a nivel fisiológico la respuesta sexual se da; a nivel psicológico esta depende de los factores socioculturales y de las propias características psicológicas del sujeto como son: la Imagen Corporal, la Autoestima y las experiencias pasadas. Estos factores, influyen de manera decisiva para llegar a una Satisfacción Sexual.

La Satisfacción Sexual, se refiere según Ortiz (1997), al grado de plenitud, o de felicidad o de vivencia placentera que tiene una persona en su vida sexual. De nada sirve que se desarrolle una intensa actividad sexual bien en la frecuencia, o en la variedad amplia de parejas si eso no va acompañado del sentimiento íntimo de satisfacción profunda, de armonía y de coherencia en la vida de una persona. Pero dicha satisfacción depende en gran medida de actitudes, conductas, ideas, valores y manifestaciones hacia la sexualidad.

Para los fines de esta investigación se entiende la Satisfacción Sexual como el sentimiento de plenitud y bienestar, que tiene una persona en base a su sexualidad.

En el caso de la sexualidad femenina, el goce encuentra limitaciones, condicionamientos y obstáculos, debido a ideas que se han venido arrastrando a lo largo de la historia, y aunque en "la actualidad se vive en una época en la cual los valores y normas culturales cambian con gran rapidez. Muchas de las prácticas sexuales de hoy difieren notablemente de las de la generación anterior" (Smith, 1984), existen creencias que impiden la Satisfacción Sexual de la mujer.

Dichas creencias provocan sentimientos de culpa, siendo este el factor de mayor influencia en el desarrollo de las actitudes y el comportamiento sexual de la mujer. "La culpa sexual es mucho más que cualquier otro inhibidor, lo que restringe la libertad sexual" (McCary, 2000). Por lo tanto existe una prohibición del placer,

que hace que las mujeres al experimentar sensaciones placenteras, sientan como si estuvieran disfrutando de algo que no merecen.

De igual manera, a la mujer se le educa en el principio de que el amor y la sexo genitalidad van siempre juntos, sosteniendo que en la mujer el goce es más espiritual que corporal, pero naturalmente la mujer tiene capacidad para mantener encuentros sexuales en los que la principal motivación no sea el amor, sin embargo cuando una mujer siente atracción sexual por un varón, presionada por la cultura, tiene que decir que es "amor a primera vista" o "amor para siempre", siendo que el placer sexual depende del permiso que cada una se otorgue a sí misma, ya que, las mujeres que revisan sus actitudes y que no se autorreprimen reaccionan con excitación, deseo, satisfacción y orgasmo al estímulo auditivo y táctil (Lerer, 1995).

También es muy frecuente que las mujeres se preocupen demasiado, por que su respuesta sexual es más lenta que la respuesta sexual masculina, y hasta se ha llegado a hablar de "una lentitud femenina" en la excitación y en llegar al orgasmo, pero según Lerer (1995), esto subsiste debido al modelo masculino, y "una mujer preocupada por su lentitud, se mostrará ansiosa e intentará acelerar su clímax. La búsqueda apresurada y obsesiva del orgasmo es el peor enemigo de la descarga sexual en la mujer" (Lerer).

La mujer al igual que le hombre, anhela llegar al goce, pero es muy difícil atreverse a quebrantar prohibiciones, fantasea con una vida sexual sumamente placentera, y la realidad a veces se presenta muy distinta a lo que desea, sin saber el por qué.

Puede ser posible que la pareja, pueda provocar estrés, ansiedad o depresión en la mujer, por lo que una buena relación de pareja donde la comunicación sea adecuada, es un factor muy importante para el goce sexual.

Se puede ciertamente sentir placer y no necesariamente llegar al orgasmo. Lerer (1995), refieren que no son sinónimos pues se puede obtener el primero aunque no se llegue al segundo. Kaplan (citada por Lerer), refiere al orgasmo de la siguiente manera: "el orgasmo es un reflejo, como un estornudo, sólo que más placentero. El placer, sin embargo, varía ampliamente. A veces es una gran experiencia y una queda totalmente absorta; otras, es sólo una agradable sensación local. El orgasmo es una serie de contracciones deleitosas y no hay forma de confundirlo. Es algo único y, sin duda se sabe cuando se experimenta. Cuando la tensión sexual alcanza el punto culminante, se producen bruscamente algunas contracciones rítmicas de los músculos vaginales. Estas contracciones son la causa del placer. Se puede sentir placer erótico en el clitoris, cuando la excitación crece; pero durante las contracciones se siente placer en torno a la vagina y en las profundidades de la pelvis y todo el cuerpo se involucra. A veces se siente el deseo de mover la pelvis adelante y atrás cuando el orgasmo se aproxima. Es una hermosa sensación. Pero en otras ocasiones puede preferirse estar quieta y gozar inmóvil del orgasmo. Nunca se llega realmente a perder el control o la conciencia, pero a veces es posible extraviarse e una catarata de sensaciones de placer".

La sexualidad femenina es muy amplia y no se puede centrar la satisfacción completa en una sola cosa, con frecuencia no se logra sino después de un largo aprendizaje. Para muchas mujeres, explorar y aprender sobre sexo es un proceso de toda la vida.

La mayoría de las mujeres necesitan un ambiente de cariño en su relación para responder sexualmente. El tono emocional positivo de una relación y los sentimientos resultantes de confianza y respeto mutuo son factores importantes en la expresión y respuesta sexual de una mujer.

Por todo lo anterior se puede decir, que la respuesta sexual a nivel psicológico, esta influenciada por factores de aprendizaje sociales y culturales (tales

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

como el rol de género, los valores, las normas de conducta dictadas por la sociedad, los estándares de belleza, el estatus económico, la religión, etc.) y por la estructura psicológica de la mujer, como es su autoestima, y su Imagen Corporal.

Al respecto Souza y Machorro (1998) menciona que la interpretación de todos los estímulos está profundamente afectada por el condicionamiento y aprendizaje previo. Así se aprende a experimentar ciertos estímulos visuales, sonidos, olores eróticos, neutrales y hasta ofensivos. Para este autor la base para la comprensión de la excitación se encuentra en los aspectos emocionales; ya que la excitación sexual está enormemente influida por los estados emocionales y hasta los elementos de respuesta refleja se encuentran bajo control emocional.

De ahí, que los requisitos emocionales sexuales de la mujer son con frecuencia mayores que sus deseos puramente físicos, a la mujer hay que desecharla para que pueda obtener gratificación real en las relaciones sexuales. La mayoría de las veces ellas, quieren dar amor tanto como recibirlo. Quiere dar a su compañero una medida plena de satisfacción en sus relaciones. Pero desgraciadamente, en la mayoría de las veces, el hombre lo toma egoístamente y no piensa en las necesidades de la mujer.

Muchas veces para llegar a una Satisfacción Sexual los galanteos no bastan, sino que existen tres tipos distintos de insinuaciones, ninguno de ellos típico de nuestra sociedad:

- Caricias físicas, con intenciones carnales.
- Caricias físicas con el propósito exclusivo de gusto pasajero que el hombre deriva de ellas.
- Insinuación verbal que puede variar desde galanteo sutil hasta invitación directa a participar en relaciones sexuales.

Con respecto a esto es necesario resaltar que, para que pueda existir un grado de plenitud, es necesario, que la mujer se encuentre tranquila, sin preocupaciones que le puedan producir ansiedad y una falta de concentración en sus sensaciones. Además es de suma importancia que se exprese de una manera libre ante sus deseos y que conozca su cuerpo y lo acepte.

La respuesta orgásmica depende de muchas cosas, pero los sentimientos sexuales pueden estar influidos por la habilidad o la posibilidad de sentirse bien consigo misma (Lerer, 1995). Cuando una mujer no se siente bien con su Imagen Corporal, no puede alcanzar una Satisfacción Sexual, ya que al no aceptar su cuerpo, estará preocupada por ser rechazada.

El terror al rechazo sexual rige los pensamientos y la conducta y es la fuerza principal que actúa detrás del esfuerzo por lograr la delgadez (Carnes, 2001), ya que los estándares de belleza impuestos por la sociedad exigen un cuerpo esbelto (como se mencionó en el capítulo pasado).

Los especialistas en medicina sexual han notado desde hace mucho el estrecho paralelismo entre los trastornos alimenticios y los trastornos sexuales (Carnes, 2001).

Carnes (2001) menciona que para que las relaciones sexuales sean buenas, la persona se tiene que sentir merecedora, atractiva y positiva con respecto a ella misma. Y si por el contrario se tienen una Imagen Corporal negativa, necesariamente se vera afectada la parte sexual de nuestra vida. Además resalta que los problemas con la imagen se vuelven más difíciles y complejos cuando la sexualidad entra en juego, ya que cuando percibimos que nuestra sexualidad está fuera de las normas, nuestra imagen sexual se daña, lo que a su vez, magnifica los sentimientos de imperfección en la Imagen Corporal.

TESIS CON  
FALLA DE CALIFICACIÓN

Es por todas estas razones que se da la falta o mala respuesta sexual femenina, muchas veces se debe a la Imagen Corporal que se tiene, ya que al no entrar en los estereotipos de belleza, da vergüenza mostrar el cuerpo, interrumpiendo así el juego erótico.

TESIS CON  
FALLA DE CALIDAD

# *METODOLÓGICA*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## METODOLOGÍA

- *Planteamiento del Problema*

El concepto de belleza ha cambiado a través del tiempo, cobrando el aspecto físico una gran importancia para la persona, en especial para las mujeres, en quien este aspecto tiene tal importancia (pues sigue estereotipos), que influye de manera decisiva en todos los aspectos de su vida, por lo que el problema de la presente investigación fue saber: si la Obesidad clasificada en grado I, II, III y IV (Campollo, 1995) modifica la Imagen Corporal, y si esta a su vez incide en la Satisfacción Sexual de la mujer. Por ello la importancia de realizar un estudio con mujeres obesas que permita:

Teniendo como *objetivo general*:

Conocer la relación que existe entre Obesidad, Imagen Corporal, y Satisfacción Sexual, en mujeres que se encuentran en un rango de edad que comprende de los 18 a los 60 años.

- *Hipótesis:*

- Si la Imagen Corporal se ve afectada por la Obesidad, esto incide en la Satisfacción o Insatisfacción sexual en la mujer.
- A mayor grado de Obesidad, existe una Imagen Corporal negativa, en mujeres obesas y una menor Satisfacción Sexual.
- A menor grado de Obesidad, la Imagen Corporal es positiva entonces mayor Satisfacción Sexual.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- La Imagen Corporal positiva independientemente de la Obesidad, desarrolla o genera una Satisfacción Sexual

• *Sujetos:*

La muestra fue conformada por 90 mujeres de 18 a 60 años de edad, seleccionada de manera no probabilística, de forma intencional para el grupo I y II (mujeres obesas), y de sujetos voluntarios para el grupo III (peso normal) Este último grupo fue utilizado con el fin de tener un punto de comparación con los dos grupos de Obesidad.

a) Criterios de Inclusión para la Muestra:

Grupo I: 30 mujeres que tenían un IMC de 27 a 34.9 (Obesidad grado I y II)

Grupo II: 30 mujeres que tenían un IMC de 35 en adelante (Obesidad grado III y grado IV)

Grupo III: 30 mujeres que tenían un IMC de 20 a 26.9 (peso normal)

- Las 90 mujeres que conformaron los tres grupos debían tener vida sexual activa (que tengan como mínimo una relación sexual al mes).

-Las mujeres que conformaron la muestra además de cumplir los criterios anteriores, estaban participando en el programa "Clínica de la Obesidad" impartido en las Clínicas Multidisciplinarias de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

b) Criterios de Exclusión:

-Que tuvieran una enfermedad de transmisión sexual así como Diabetes Mellitus (esto se comprobó a través de una Química Sanguínea, cuyos resultados en todas las mujeres de la muestra fueron normales).

• *Instrumentos:*

Para la recolección de datos se aplicaron dos escalas; la Escala de Imagen Corporal, para evaluar la Imagen Corporal de todos los sujetos y la Escala Likert de Satisfacción Sexual, para evaluar la Satisfacción Sexual.

El cuestionario de Imagen Corporal (ver Anexo 1) fue elaborada por la Doctora Gilda Gómez Pérez-Mitré. Este instrumento se ha aplicado desde 1993. Tiene el formato de un cuestionario, construido por 221 preguntas cerradas y escalares con dos a cinco opciones de respuesta. El instrumento original consta de once secciones:

- a. Sociodemográfica
- b. Conducta alimentaria y Estrés
- c. Imagen corporal (Figura actual)
- d. Autoatribución
- e. Conducta Alimentaria
- f. Imagen Corporal (Figura Ideal)
- g. Relaciones Interpersonales
- h. Afrontación al estrés
- i. Relación con la madre
- j. Preocupación por el peso
- k. Evaluación de partes

Sin embargo para los fines de esta investigación solo fue necesaria la aplicación de 5 secciones:

- a) Sociodemográfica
- c) Imagen Corporal (figura Actual)
- d) Autoatribución

- i) Imagen Corporal (figura Ideal)
- j) Preocupación por el peso

La escala Likert de Satisfacción Sexual, fue elaborada por Lechuga quien lo ha aplicado para conocer la confiabilidad y la validez de esta. El instrumento originalmente constaba de 50 reactivos basados en ocho indicadores: excitación, satisfacción marital o de pareja, respeto hacia la pareja, alternativas sexuales con la pareja, comunicación sexual, disfunciones sexuales, frecuencia de la actividad sexual y orgasmo. Se aplicó a 100 sujetos hombres y mujeres en un rango de edad entre 20 y 50 años, los resultados del piloto se obtuvieron a través de un análisis psicométrico por medio SPSS.

El instrumento constituido por 35 reactivos, positivos y negativos para medir la Satisfacción Sexual. Cada reactivo cuenta con cinco opciones de respuesta que van desde "completamente de acuerdo" hasta "completamente en desacuerdo". Para los reactivos positivos la puntuación es de cinco a uno y para los negativos es de uno a cinco de acuerdo con la respuesta otorgada.

En la primera hoja del instrumento contiene datos sociodemográficos que deben ser llenados por los sujetos tales como: edad, sexo, estado civil, etc. Contiene una sección referente a la satisfacción personal, la cual consta de cuatro rubros: a) Relación Matrimonial, b) Trabajo, c) Familia, d) Amigos. Esta sección se añade para eliminar las variables extrañas de insatisfacción en otros aspectos de la vida y que pueden alterar la vida sexual de las personas.

- **Procedimiento:**

Debido a que los sujetos del grupo II y III, pertenecieron al Protocolo de Obesidad del M.C. Raúl Morín Zaragoza, el cual se llevo a cabo en la Clínica

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Multidisciplinaria Zaragoza, de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; la aplicación de las Escalas se llevó a cabo al término de su consulta médica impartida en la clínica, en un aula de aproximadamente 5x4 metros; donde se contó con bancas individuales.

Los sujetos del grupo con peso normal, que formaron el grupo III, fueron seleccionados entre la población que asistía a los diferentes servicios que e ofrecen en la clínica.

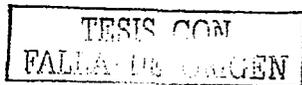
A todas las mujeres se les invitó a participar en la investigación; posteriormente se les pidió que subieran a una báscula Tanita BF 350 (Body Composition Analizer con el principio de bioimpedancia) totalmente descalzos, para pesarlos y tomar su estatura, y su Índice Masa Corporal. Una vez realizado lo anterior, se les pidió que tomaran asiento para la aplicación de los Instrumentos.

Inicialmente se les proporcionó el cuadernillo de preguntas, las hojas de respuestas y un lápiz del número 2, correspondientes a la Escala de Imagen Corporal; conjuntamente se les dio las siguientes instrucciones: "Lea cuidadosamente cada pregunta del cuestionario y conteste en la hoja de respuesta que se le entregó junto con este cuadernillo; si tiene alguna duda consúltelo con la persona que le entregó el cuadernillo. Recuerde que sus respuestas deben ser honestas y que sus respuestas serán confidenciales". Una vez que terminaron de contestar la primer escala, se procedió a la entrega de la Escala de Satisfacción Sexual, dando las siguientes instrucciones: "A continuación se presentan una serie de reactivos y datos personales por favor conteste lo que se le pide".

- *Variables:*

*Variable Independiente:*

VI = Obesidad



**Definición Conceptual:**

"La acumulación de tejido adiposo, que se traduce en un aumento del peso corporal" (Saldaña, 1988).

**Definición Operacional:**

La Obesidad es una enfermedad, que se caracteriza por un exceso de tejido adiposo, y un Índice de Masa Corporal mayor de 27; que puede tener como origen factores psicológicos, sociales o biológicos.

Esta variable se manejó a partir del IMC de los sujetos; por lo que se formaron dos grupos de mujeres con Obesidad en distintos grados:

Grupo I: Obesidad grado I y II (IMC de 27 a 34.9)

Grupo II: Obesidad grado III y IV (IMC de 35 en adelante)

**Variables Dependientes:**

VD<sub>1</sub> = Imagen Corporal

**Definición Conceptual:**

Bruchon-Shweitzer (1992) llama imagen del cuerpo a la configuración global que forma el conjunto de representaciones, percepciones sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas (normas de belleza, normas de rol, etc.) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Definición Operacional:**

La Imagen Corporal es el constructo evaluativo y evolutivo, que engloba los aspectos afectivos, cognitivos y perceptivos que tiene la persona de su propio cuerpo.

Para evaluar esta variable se aplicaron y calificaron las secciones de Autoatribución, Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.

La autoatribución se obtuvo a través de una lista 30 de adjetivos calificativos positivos y negativos (ver Anexo 1), en donde el sujeto podía alcanzar una puntuación máxima de 150 y una mínima de 30. Siendo a partir de 120 a 150 una autoatribución positiva.

La satisfacción/insatisfacción con la Imagen Corporal, fue estimada mediante la deferencia de la figura actual menos la figura ideal; las que fueron señaladas a través de la selección de una de las nueve figuras de las que consta cada sección (ver Anexo 1). Así la insatisfacción se presenta cuando existe una diferencia, ya sea positiva o negativa entre dichas figuras.

Figura actual-figura Ideal= 0 Diferencia igual a cero significa Satisfacción con la Imagen Corporal.

Figura actual-Figura Ideal= +/- Diferencia positiva o negativa significa Insatisfacción con la Imagen Corporal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Forma de calificación

La puntuación para las siluetas fue la siguiente:

Figura	Figura Actual	Figura Ideal
A	3	4
B	5	6
C	7	1
D	6	7
E	8	2
F	1	8
G	9	1
H	2	9
I	4	5

Además de esto, para el análisis, se considero el reactivo "Me gusta la forma de mi cuerpo" (ver Anexo 1), cuyas opciones de respuesta podían ser: de acuerdo, indecisa, y en desacuerdo.

VD<sub>2</sub> = Satisfacción Sexual

## Definición conceptual:

La Satisfacción Sexual, se refiere según Ortiz (1997), al grado de plenitud, o de felicidad o de vivencia placentera que tiene una persona en su vida sexual.

Es llevar a cabo una relación con la pareja con amor, espontaneidad y respeto mutuo, en donde exista una entrega total por parte de ambos miembros desde el principio hasta el final de la unión con plena libertad en el acto sexual, teniendo como resultado final, un sentimiento de plenitud y placer (Lechuga, 2000).

## Definición operacional:

Es el sentimiento de plenitud y bienestar, que tiene una persona en base a su sexualidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para evaluar esta variable se consideraron, las puntuaciones obtenidas por los sujetos en cada una de las cuatro subescalas; a los reactivos de cada una de estas se les asignó una puntuación que va de 1 a 5 o viceversa, dependiendo de que la pregunta fuera positiva o negativa.

En la subescala 1, "Satisfacción con las Relaciones Sexuales", una puntuación de 52 a 65 fue considerada como Satisfacción y una puntuación menor a 52 se consideró como Insatisfacción.

Para la subescala 3 "Comunicación Sexual", una puntuación de 28 a 35 denota una buena Comunicación; mientras que una calificación menor a 28 señaló una mala Comunicación.

En el caso de la subescala 4 "Rechazo", una puntuación de 12 a 15 implicó que el sujeto no rechazaba las relaciones Sexuales.

En la subescala 5 "Temor", la puntuación de 20 a 25 fue considerada como la ausencia del Temor hacia la pareja.

*Variable Comparativa:*

Peso normal

Para comparar se formó un grupo de mujeres con peso normal.

Grupo III: Peso normal (IMC de 20 a 26.9)

• *Tipo De Estudio:*

El presente trabajo fue un estudio de tipo "Correlacional" útil para medir el grado de relación que existe entre dos o más variables, y observar si están o no relacionadas en los mismos sujetos y a su vez analizar la correlación

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- *Tipo Diseño:*

El diseño utilizado fue: no experimental, transeccional correlacional, debido a que describe relaciones entre dos o más variables en un momento determinado, tratando no variables individuales, sino sus relaciones sean puramente correlacionales o causales.

La prueba estadística manejada fue, análisis de frecuencia (para observar, en que grupo se encontraban más personas con una Imagen Corporal positiva y en que grupo había más personas con Imagen Corporal negativa), chi-cuadrado de Pearson (para saber si las diferencias entre las frecuencias observadas, eran estadísticamente significativas) y una Prueba Binomial (con la finalidad de observar las diferencias entre las mujeres obesas y las mujeres con peso normal). Se trabajó con un grado de significancia de .95. Estos procedimientos estadísticos se aplicaron a través del SPSS versión 10.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# RESULTADO Y DISCUSIÓN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

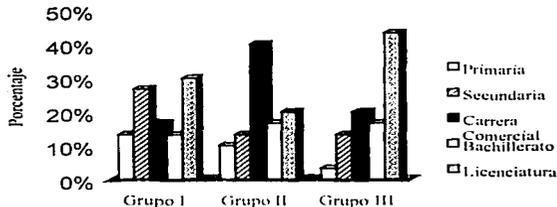
Para la estadística descriptiva se obtuvieron frecuencias, la media de la edad y porcentajes. La muestra total estuvo conformada por 90 mujeres, cuya media de edad fue de 35.93 con una desviación estándar de 8.27 (ver Tabla 1).

Tabla 1. Promedio de Edad

	N	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
EDAD	90	35.93	8.27

En lo que respecta al nivel de estudios, en el grupo I (IMC de 27 a 34.9) el 30% de las mujeres dijo tener nivel licenciatura y el 26% secundaria. En el grupo II (IMC  $\geq 35$ ) el 40% de las mujeres tiene carrera comercial y el 60% restante se encuentra dispersa en los otros niveles. En el grupo III (IMC de 20 a 26.9) el 43% dijo tener nivel licenciatura; lo anterior se puede observar en la Gráfica 1.

Gráfica 1 Nivel de Estudios



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

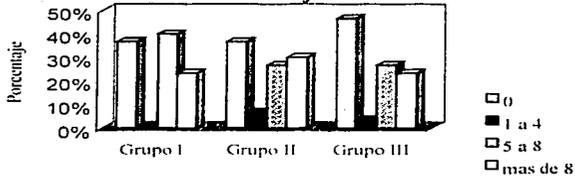
Del total de la muestra el 42.2% dijo trabajar, el 56.7% dijo no trabajar y el 1.1% no contestó. El mayor porcentaje de mujeres que trabajan se concentró en el grupo II, seguido por el grupo III y por último el grupo I (Gráfica 2).

**Gráfica 2 Porcentaje de los Sujetos que Trabajan**



La mayoría de las mujeres que dijo trabajar, de los grupos I y III lo hace en un rango de 5 a 8 horas diarias, y solo el grupo II dijo trabajar más tiempo (ver Gráfica 3).

**Gráfica 3 Porcentaje de las Horas de Trabajo**



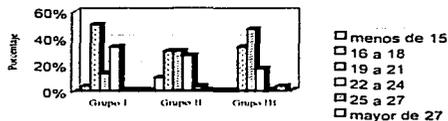
La edad de la primera menstruación en el grupo I en su mayoría (53.3%) fluctúa entre los 12 y 14 años. En el grupo II, la mitad de las mujeres tuvo su primera menstruación entre los 9 y 11 años, mientras que el 43% de la otra mitad la tuvo entre los 12 y 14 años. Mientras que en el grupo III 46.7% tuvo su primera menstruación entre los 12 y 14 años y un 43.3, la tuvo entre los 9 y 11 años (ver Gráfica 4).

**Gráfica 4. Edad de la Primera Menstruación**

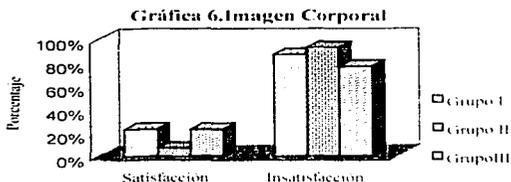


En cuanto a la edad del comienzo de la vida sexual, las mujeres del grupo I, en un 50% la iniciaron entre los 16 y 18 años, y el 33.3% entre los 22 y 24 años. En el grupo II, un 30% la comenzó entre los 16 y 18 años, y otro 30% entre los 19 y 21 años; en el grupo III el 46.7 la inició entre los 19 y 21, y un 33.3% entre los 16 y 18 años (ver Gráfica 5).

**Gráfica 5. Inicio de la Vida Sexual**

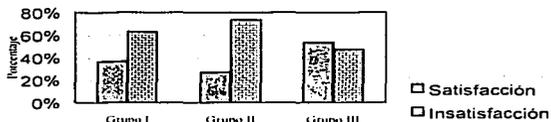


La frecuencia en cuanto a satisfacción/insatisfacción con la Imagen Corporal, señaló que para los tres grupos más del 70% de los sujetos se encontraban insatisfechos con su Imagen Corporal, así los porcentajes de insatisfacción fueron de 86.6% para el primero, para el segundo grupo fue de 93.3% y para el tercero de 76.6% (Gráfica 6).



Para evaluar la Satisfacción Sexual de los sujetos, se hizo la sumatoria correspondiente de las respuestas que dieron los sujetos en dicho instrumento. Teniendo como punto de corte 140; así una calificación de 35 a 139 puntos fue considerada como insatisfacción sexual y de 140 a 175 puntos fue considerada como satisfacción sexual. Las frecuencias de las calificaciones señalaron que en el grupo I y en el grupo II el 63.3% y el 73%, respectivamente, tienen Insatisfacción Sexual, mientras que en el grupo III solo el 46.3% presenta insatisfacción (ver Gráfica 7).

**Gráfica 7. Satisfacción Sexual**

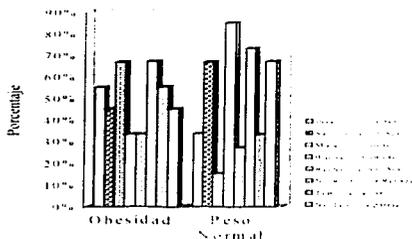


Para un análisis más detallado, la escala de Satisfacción Sexual fue separada en los cinco factores que analiza: 1) Satisfacción con las Relaciones Sexuales, 2) Disfunciones Sexuales, 3) Comunicación Sexual, 4) Rechazo (factor que habla sobre el rechazo a las relaciones sexuales, contiene aspectos como negatividad ante la petición del compañero a tener relaciones sexuales, aceptación en contra de la voluntad) y 5) Temor hacia la pareja (factor que reporta acato a las peticiones de la pareja, miedo a decir algo que no le parezca a la pareja e inseguridad) ; a excepción del factor 2) (Disfunciones Sexuales) los cuatro factores restantes fueron considerados para evaluar la relación entre la Obesidad y la Satisfacción Sexual, a través de una Prueba Binomial. Así mismo los resultados de estos cuatro factores se utilizaron para evaluar la relación entre la satisfacción sexual con la satisfacción con la Imagen Corporal. Para dicho análisis se utilizó la prueba  $\chi^2$ -cuadrado de Pearson.

La prueba Binomial señaló una diferencia importante entre los sujetos obesos y los peso normal, ya que el 55% de las (60) mujeres obesas se encontraron insatisfechas con sus relaciones sexuales, mientras que solo el 33.3% de las mujeres peso normal señalaron estar insatisfechas con sus relaciones sexuales. En cuanto a la Comunicación más de la mitad (66%) de las mujeres con obesidad dijeron no tener una buena Comunicación Sexual, a diferencia de las mujeres con peso normal (15%) donde la minoría estaba en la misma situación. En las subescalas de Rechazo hacia las relaciones sexuales y Temor a la pareja, más del 50% de las mujeres con Obesidad y más del 50% de las mujeres con peso normal, señalaron no sentir Rechazo hacia las relaciones sexuales y ni temor a la pareja. (ver Gráfica 8).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 8. Relación subescalas de sexualidad con Obesidad y Normopeso



En lo referente a la relación entre la Imagen Corporal y la satisfacción con la subescala Relaciones Sexuales, se puede observar en la Tabla 2, que en el grupo II de las 28 mujeres con Obesidad que se encuentran Insatisfechas con su Imagen Corporal, 16 también lo están con sus Relaciones Sexuales a diferencia de 14 mujeres del grupo III, quienes se encuentran insatisfechas con su Imagen Corporal pero satisfechas con sus Relaciones Sexuales.

Tabla 2. Satisfacción con las Relaciones sexuales y la Imagen Corporal.

GRUPO			Satisfacción Imagen Corporal	Satisfacción Imagen Corporal	TOTAL
Grupo I de 27 a 34 años	Satisfacción con las relaciones sexuales	Insatisfacción	13	2	15
		Satisfacción	14	2	16
	Total		26	4	30
Grupo II 35 en adelante	Satisfacción con las relaciones sexuales	Insatisfacción	18	2	20
		Satisfacción	12	0	12
	Total		28	2	30
Grupo III menos de 27	Satisfacción con las relaciones sexuales	Insatisfacción	9	1	10
		Satisfacción	14	6	20
	Total		23	7	30

En cuanto a la Comunicación Sexual en el Grupo I y II, 18 mujeres en cada grupo, mostraron estar Insatisfechas con esta y con su Imagen Corporal. Los mismos resultados mostraron solo 8 mujeres del grupo III (ver Tabla 3).

Tabla 3. Comunicación Sexual con la Imagen Corporal

GRUPO			Insatisfacción Imagen Corporal	Satisfacción Imagen Corporal	TOTAL
Grupo I De 27 a 34 9	Comunicación Sexual	Insatisfacción	18	2	20
		Satisfacción	8	2	10
		Total	26	4	30
Grupo II 35 en adelante	Comunicación Sexual	Insatisfacción	18	2	20
		Satisfacción	10	0	10
		Total	28	2	30
Grupo III Menos de 27	Comunicación sexual	Insatisfacción	8	1	9
		Satisfacción	15	7	22
		Total	23	7	30

En la tabla 4, se puede observar que en los tres grupos más del 67% de las mujeres que están insatisfechas con su Imagen Corporal no rechazan las Relaciones Sexuales.

Tabla 4. Rechazo hacia las Relaciones Sexuales e Imagen Corporal

GRUPO			Insatisfacción Imagen Corporal	Satisfacción Imagen Corporal	TOTAL
Grupo I de 27 a 34 9	Rechazo hacia las Relaciones Sexuales	Insatisfacción	8	1	9
		Satisfacción	18	1	19
		Total	26	2	30
Grupo II 35 en adelante	Rechazo hacia las Relaciones Sexuales	Insatisfacción	9	2	11
		Satisfacción	19	0	19
		Total	28	2	30
Grupo III menos de 27	Rechazo hacia las Relaciones Sexuales	Insatisfacción	6	2	8
		Satisfacción	17	5	22
		Total	23	7	30

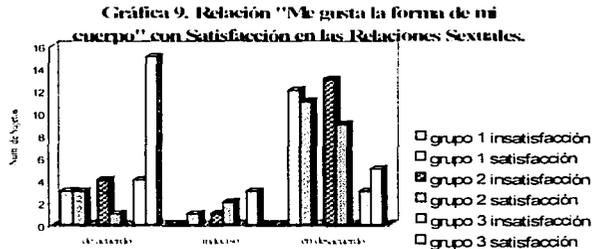
TESIS CON  
FALLA EN ORIGEN

En el grupo I y II, 11 personas que están insatisfechas con su Imagen Corporal, tienen temor hacia su pareja, a diferencia del grupo III donde 15 personas que se encuentran insatisfechas con su Imagen Corporal, no sienten temor hacia su pareja (ver Tabla 5).

Tabla 5. Temor hacia la Pareja e Imagen Corporal

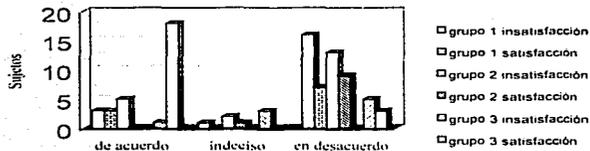
GRUPO			Insatisfacción Imagen Corporal	Satisfacción Imagen Corporal	TOTAL
Grupo I De 30-34 años	Temor hacia la Pareja	Insatisfacción	11	1	12
		Satisfacción	15	3	18
	Total		26	4	30
Grupo II 35 en adelante	Temor hacia la Pareja	Insatisfacción	11	2	13
		Satisfacción	17	0	17
	Total		28	2	30
Grupo III menos de 27	Temor hacia la Pareja	Insatisfacción	8	2	10
		Satisfacción	15	5	20
	Total		23	7	30

En el reactivo, "Me gusta la forma de mi cuerpo" y cuya respuesta podía ser: muy de acuerdo, de acuerdo, indecisa, en desacuerdo y muy en desacuerdo; fue analizado en relación a las subescalas del instrumento que midió la satisfacción/insatisfacción sexual a través de chi-cuadrado; análisis que indicó que en lo que respecta a la subescala de satisfacción con las Relaciones Sexuales en el grupo III, a 15 personas a quienes les gustaba la forma de su cuerpo, también dijeron encontrarse satisfechas con sus Relaciones Sexuales. A diferencia del grupo I y II, ya que en el grupo I, 12 personas a quienes no les gustaba la forma de su cuerpo, se encontraban insatisfechas con sus Relaciones sexuales y en el grupo II, 13 personas a quienes no les gustaba la forma de su cuerpo, estaban insatisfechas con sus Relaciones Sexuales (ver Gráfica 9).



En la gráfica 10, se puede observar que del grupo III, 18 mujeres que les gusta la forma de su cuerpo, tienen una buena Comunicación Sexual; en contraste con el grupo I y II, en donde 16 y 13 mujeres respectivamente, señalaron que no les gustaba la forma de su cuerpo y no tener una buena Comunicación Sexual.

**Gráfica 10. "Me gusta la forma de mi cuerpo" comparado con la comunicación sexual**



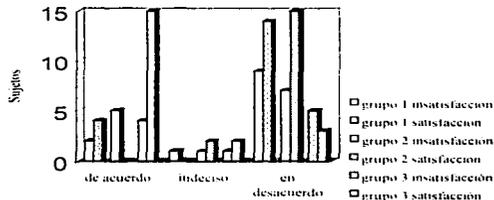
En cuanto al Rechazo a las Relaciones Sexuales 16 mujeres del grupo III a quienes les gustaba la forma de su cuerpo, dijeron no sentir rechazo hacia las Relaciones Sexuales. Del grupo I y II donde 15 y 16 mujeres respectivamente, a

quienes no les gustaba la forma de su cuerpo, dijeron no sentir rechazo hacia las Relaciones Sexuales (ver Gráfica 11).

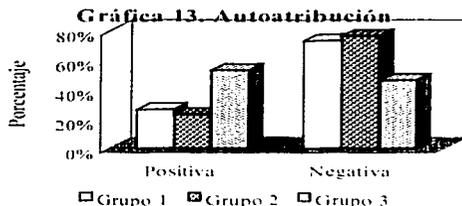


Se puede observar, en la gráfica 12, que del grupo I y II, 14 y 15 mujeres respectivamente, señalaron que no les gustaba la forma de su cuerpo; sin embargo no reportaron sentir Temor a las relaciones sexuales. Y del grupo III, 15 mujeres dijeron que la forma de su cuerpo les gustaba y no tener Temor a sus parejas.

**Gráfica 12. "Me gusta la forma de mi cuerpo" comparado con el temor a la pareja**



En lo referente a la autoatribución, en la tabla 6, se puede observar, que el 73.3% de las mujeres pertenecientes al grupo I, reportaron una autoatribución negativa; casi en la misma proporción, en el grupo II, el porcentaje de mujeres con autoatribución negativa fue de 76.6. A diferencia del grupo III donde solo el 46% reportó atribución negativa (ver Gráfica 13).



En cuanto a las Relaciones Sexuales se observó que en el grupo I y II, 12 y 15 mujeres respectivamente, que tienen atribución negativa también reportaron insatisfacción con sus relaciones sexuales. A diferencia del grupo III en donde 12 mujeres tienen autoatribución positiva y reportaron estar satisfechas con sus Relaciones Sexuales (ver Tabla 6).

Tabla 6. Relación de Autoatribución con las Relaciones Sexuales

Grupo		Insatisfacción	Satisfacción	Total
Grupo I 27 a 34 años	Autoatrib. Negativa	12	10	22
	Autoatrib. Positiva	3	5	8
	Total	15	15	30
Grupo II 15 en adelante	Autoatrib. Negativa	15	8	23
	Autoatrib. Positiva	3	4	7
	Total	18	12	30
Grupo III Menos de 27	Autoatrib. Negativa	6	8	14
	Autoatrib. Positiva	4	12	16
	Total	10	20	30

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el grupo III 14 personas mostraron una autoatribución positiva y estar satisfechas con su Comunicación Sexual, por el contrario de 15 y 16 mujeres de los grupos I y II, respectivamente, quienes tuvieron una autoatribución negativa y no están satisfechos con su Comunicación Sexual (ver Tabla 7).

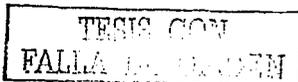
Tabla 7. Relación de Autoatribución con la Comunicación Sexual

Grupo		Insatisfacción	Satisfacción	Total
Grupo I 27 a 34-9	Autoatrib. Negativa	15	7	22
	Autoatrib. Positiva	5	3	8
	Total	20	10	30
Grupo II 35 en adelante	Autoatrib. Negativa	16	7	23
	Autoatrib. Positiva	4	3	7
	Total	20	10	30
Grupo III Menos de 27	Autoatrib. Negativa	7	7	14
	Autoatrib. Positiva	2	14	16
	Total	9	21	30

En cuanto al Rechazo a las Relaciones Sexuales, se observó que tanto en el grupo I y II, 15 mujeres tienen una autoatribución negativa, sin embargo no rechazan las Relaciones Sexuales. En el grupo III, 14 personas tenían una autoatribución positiva, y no mostraron rechazo hacia las Relaciones Sexuales (ver Tabla 8).

Tabla 8. Relación de Autoatribución con el Rechazo a las Relaciones Sexuales

Grupo		Insatisfacción	Satisfacción	Total
Grupo I 27 a 34-9	Autoatrib. Negativa	7	15	22
	Autoatrib. Positiva	2	6	8
	Total	9	21	30
Grupo II 35 en adelante	Autoatrib. Negativa	8	15	23
	Autoatrib. Positiva	3	4	7
	Total	11	19	30
Grupo III Menos de 27	Autoatrib. Negativa	6	8	14
	Autoatrib. Positiva	2	14	16
	Total	8	22	30



Para el Temor hacia la pareja, los datos señalaron que en el grupo I y II, 12 y 13 mujeres respectivamente, con autoatribución negativa, dijeron no sentir temor a sus parejas. A diferencia del grupo III en el que trece mujeres con autoatribución positiva dijeron no tener temor a sus parejas (ver Tabla 9).

Tabla 9. Relación de Autoatribución con Temor a la pareja

Grupo		Insatisfacción	Satisfacción	Total
Grupo I 27 a 34.9	Autoatrib. Negativa	10	12	22
	Autoatrib. Positiva	2	6	8
	Total	12	18	30
Grupo II 35 en adelante	Autoatrib. Negativa	10	13	23
	Autoatrib. Positiva	3	4	7
	Total	13	17	30
Grupo III Menos de 27	Autoatrib. Negativa	2	7	14
	Autoatrib. Positiva	3	13	16
	Total	10	20	30

### *CONCLUSIONES:*

Como se mencionó al inicio de este trabajo, el propósito de la presente investigación fue conocer la relación que existe entre Obesidad, Imagen Corporal y Satisfacción Sexual, en mujeres con un rango de edad entre los 18 y 60 años. Así los resultados obtenidos y el análisis de los mismos, permitieron conocer la relación de la Obesidad con la satisfacción/insatisfacción con la Imagen Corporal, la autoatribución, la satisfacción/insatisfacción con las relaciones sexuales, la Comunicación, el temor y el rechazo en las Relaciones Sexuales. También permitieron observar las diferencias entre mujeres que padecen obesidad y mujeres con un peso normal.

Es importante señalar que aunque ya existen algunos estudios de la Imagen Corporal, en su mayoría en poblaciones de adolescentes con peso normal u Obesidad, no existen estudios en los que se considere la Imagen Corporal en Mujeres con Obesidad o que consideren la sexualidad de estas.

La muestra total quedó conformada por 90 mujeres, 60 de ellas con algún grado de Obesidad y 30 con peso normal. Las 60 mujeres fueron asignadas al grupo I o II dependiendo de su Índice de Masa Corporal, (de 27 a 34.9 y de 35 en adelante, respectivamente) y las 30 mujeres con un peso normal, conformaron el grupo III.

En base al problema de esta investigación y al analizar de los resultados expuestos en el apartado anterior, se puede señalar que las hipótesis planteadas no se aceptaron, al no existir diferencias estadísticamente significativas, así al aceptarse las hipótesis nulas y rechazarse las alternas puede decirse que la Obesidad no incide en la Imagen Corporal y esta a su vez, tampoco influye de manera significativa en la Satisfacción Sexual. El que las hipótesis se hayan rechazado puede deberse a que el tamaño de la muestra no fue suficientemente representativa.

TESIS CON  
FALLA DE CUBIEN

Sin embargo los resultados encontrados arrojan datos muy importantes que sin duda ayudan al conocimiento de la problemática de la Obesidad, además de al ser un primer acercamiento al estudio de la relación entre Obesidad, la Imagen Corporal y sexualidad, sirve como base para futuras investigaciones.

Los resultados encontrados respecto de la satisfacción con la Imagen Corporal, en donde los Grupo I y II, el 13.4 % y el 6.7% respectivamente, de las mujeres con Obesidad dijeron estar satisfechas con su Imagen Corporal, a diferencia del grupo III formado por mujeres un peso normal y en donde el 23.3% estuvo satisfecha con su Imagen Corporal, son explicados a partir de las palabras de Campollo (1995) que señalan que las personas obesas frecuentemente consideran que presentan cuerpos grotescos y desproporcionados.

Es importante mencionar que a pesar de estas diferencias entre los grupos, los porcentajes en lo que respecta a la insatisfacción con la Imagen Corporal, en los tres grupos más del 80% de las mujeres se encontró insatisfecha con su Imagen Corporal, estando así en su mayoría sin importar que fueran mujeres con Obesidad o con peso normal. insatisfechas con su Imagen Corporal, esto se puede explicar si tenemos en cuenta que la alteración de la Imagen Corporal así como la insatisfacción con la misma, son resultantes de varios factores (Gómez Pérez-Mitré, 1997 citada por Pineda, 2000):

- a. Condiciones sociales, como la presión que ejercen algunos agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, quienes promueven símbolos y estereotipos de belleza, amor, roles de género, valores, etc.
- b. Variables individuales más objetivas, como peso y la forma real del cuerpo.

- c. Variables psicosociales subjetivas, como autopercepción y percepción de los otros sobre el peso y tamaño corporales, figura ideal, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima, entre otras.
- d. Comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social.

Estos resultados también reflejan que el ideal corporal, aun en mujeres con un peso normal, es una figura más delgada: resultado que coincide con los encontrados por Gómez Pérez-Mitre, Saucedo y Unikel, quienes sostienen que la mujer mexicana interioriza una figura delgada como ideal corporal femenino, interiorización en la que la cultura a la delgadez que tanto se promueve en nuestra sociedad hoy en día, tiene un gran impacto en la mujer. Al respecto Lerer (1995) refiere que al tratar de cubrir las exigencias que la sociedad dicta a través de los estereotipos de belleza (prototipos que en la actualidad obedecen a la cultura de la delgadez donde la mujer efébo: chata, sin vientre y más que delgada, es considerada como símbolo sexual, como una mujer bella y exitosa) la mujer vive insatisfecha con su cuerpo.

Resultados similares se encontraron en el reactivo ¿me gusta la forma de mi cuerpo?, donde en los tres grupos la mayoría de las mujeres respondió estar en desacuerdo. Lo que señala que estas mujeres no están a gusto con la forma de su cuerpo. Este descontento con la forma del cuerpo, así como la insatisfacción con la Imagen Corporal esta influenciada por aspectos socio-culturales, como son los estereotipos de belleza, la historia del individuo (sus experiencias) y las propias características personales.

Los resultados que se encontraron en la variable de autoatribución, donde más del 60% de las mujeres con Obesidad tuvieron una autoatribución negativa, y aunque en menor porcentaje también una autoatribución negativa, en mujeres con peso normal, ya han sido señalados por otros autores como Saldaña (1988) quien dijo, que en las personas obesas existe la presencia de estados afectivos negativos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ansiedad y depresión, el deseo por adelgazar, deterioro de la percepción y cogniciones negativas sobre su Imagen Corporal y una baja autoestima, como consecuencia de las dificultades para controlar su peso. Estos resultados pueden explicarse en parte por la Imagen Corporal negativa que en su mayoría tuvieron las mujeres de los tres grupos, ya que la satisfacción con la Imagen Corporal, según Bruchon-Schweitzer (1992, citado por Barajas, 1998) contribuye significativamente con la autoestima favorable.

Además de contribuir para una autoestima favorable, la satisfacción con la Imagen Corporal contribuye a la adaptación personal y social así como con el equilibrio emocional (Bruchon-Schweitzer, citado por Barajas, 1998).

Vale la pena hacer una diferencia entre los resultados que se obtuvieron al evaluar el instrumento de sexualidad por grupos y los resultados que se obtuvieron al analizarlos en relación a la Imagen Corporal. Así al evaluar la Satisfacción Sexual se encontró que en el grupo I y en el grupo II el 36.7 % y el 27% respectivamente estuvo satisfecho sexualmente mientras que en el grupo III el 53.7% lo estuvo; lo que señala diferencias en la Satisfacción Sexual en base a la presencia de Obesidad. En cuanto a los resultados de la relación entre Imagen Corporal y sexualidad, se encontró que casi un 54% de las mujeres con Obesidad se encontraron insatisfechas con su Imagen Corporal y con sus relaciones sexuales, mientras que un 39% de las mujeres con peso normal se encontraban en esta situación. Ambos resultados señalan que tanto la Obesidad como la Imagen Corporal son factores importantes para una buena Satisfacción Sexual. Gama (1999) menciona que en las personas obesas, que se encuentran insatisfechas con su Imagen Corporal, se les dificulta aceptarse como son, y esto generalmente, aunque no siempre influye en la actividad sexual, quedando disminuido su desempeño sexual, pues como no se sienten bien consigo mismas, no son capaces de entregarse con plenitud y menos aun de recibir afecto, caricias y amor.

Al respecto Ortiz (1997) señala la importancia de la Imagen Corporal en la Satisfacción Sexual, pues al existir un grado de intimidad en las relaciones sexuales, la aceptación del propio cuerpo, la inseguridad o vergüenza que se sienta al mostrar este, juegan un papel importante en la relajación necesaria para poder sentir y vivenciar las sensaciones corporales. Por su parte Lerer (1995), considera que la Imagen Corporal que tiene la mujer de sí misma se relaciona estrechamente con la sexualidad. Ya que al sentirse insatisfechas con su Imagen Corporal, las mujeres no entablen buenas relaciones con sus parejas.

Los resultados encontrados también señalaron datos importantes en las diferentes subescalas del instrumento para medir la Satisfacción Sexual. Por ejemplo en la subescala de Satisfacción con las Relaciones Sexuales fue mayor el número (31) de mujeres con Obesidad que señalaron encontrarse insatisfechas con su Imagen Corporal y con sus Relaciones Sexuales, que el número de mujeres con normo peso (9) que se encontraba en la misma situación. Esto puede explicarse a partir de la relación que existe entre la forma de conceputar el cuerpo y la forma de experimentar la sexualidad que tiene la mujer, ambos factores muy influenciados por la cultura.

Aguilera, (1998) explica que todos los modelos e ideas que construye el ser humano en torno a su cuerpo, se basan en reglas morales, principios éticos e ideológicos que marca la sociedad; así, estos modelos establecen la forma de vestir, lo que se debe comer, como se debe vivir y sentir ese cuerpo, las formas aceptadas de comportarse, incluso en la cama, en los sueños y los deseos; quedando así el cuerpo gobernado por los deseos de otros; si consideramos que estos modelos en el caso de la mujer durante mucho tiempo se han construido en base a la concepción de la mujer como un ser dependiente, frágil, emotiva, pasiva y predestinada a la maternidad, se puede explicar el que la mujer este insatisfecha con su imágenes corporales y con sus relaciones sexuales, ya que estos modelos han sido interiorizados por la mujer. lo que según Ussher se puede ver en la actitud negativa y a menudo cargada de sentimientos de culpa de muchas mujeres.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Estos modelos, explica Kusnetzoff (1987) se interiorizan desde que la infancia pues desde que nace el bebe, comienza a ser tratado en base a su sexo biológico. En los primeros meses la tradicional vestimenta rosa es característica de que el bebe es mujer y con forme va creciendo y madurando se le enseña a que juegos son propios de su sexo, así a los dos años, las niñas empiezan a jugar a "cuidar la casa" y bañar y dar de comer a sus bebes. En la edad escolar los medios de comunicación tienen un gran impacto en las niñas, pues a través de mensajes publicitarios sobre productos de consumo, cosméticos, jabones, máquinas de uso doméstico, prendas de vestir, y mil artículos, les impacta el cerebro, junto con la imagen de quienes protagonizan los anuncios: "mujeres de casa" para los electrodomésticos y muchachas sensuales para el resto de los productos.

Este tipo de imágenes, vienen a confirmar todos los papeles inducidos por los padres, desde la primera infancia. Las niñas tenderán a imitar los ejemplos que se muestran. Estas imágenes junto con los valores que se les enseñan a las niñas en la edad de la adolescencia, marcan cómo se comporta, piensa y siente la mujer adulta.

Además el aprendizaje de muchos mitos, como los señalados por Lerer (1995):

- Pertenecer al varón, anteponiéndote siempre sus necesidades a las tuyas, a costa de tu propia estima.
- Poner tu protección y tu sexo en manos del varón, "el sabe".
- Ser pasiva en lo que atañe a lo sexogenital: no tener deseos propios. El varón es quien debe iniciarte y hacerse responsable de tu placer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

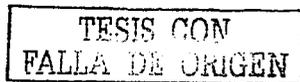
También son importantes para la presencia de las insatisfacciones antes mencionadas. Además estos mitos (entre otros muchos) contribuyen, a la pasividad e ignorancia en la mujer para vivir la sexualidad de una manera plena; ya afirma la Organización Mundial de la Salud, que la ignorancia y no el conocimiento de los temas sexuales es la causa del infortunio sexual (Calderone, citado por Lerer, 1995).

En la subescala de Comunicación y de Temor, los resultados mostraron diferencias importantes entre las Mujeres Obesas y las de peso normal, siendo las primeras las que más falta de Comunicación Sexual y Temor, mostraron. Estas diferencias pueden entenderse si tenemos presente que como ya se mencionó las personas obesas, tienen sentimientos negativos e ideas negativas de sí mismo lo que puede ocasionar que no se sientan merecedores de afecto, por lo que no exigen menos que las personas con peso normal; además el temor al rechazo sexual también se encuentra más latente. Otra situación importante en estas mujeres con Obesidad es que generalmente padecen ansiedad, tristeza y frustración ante su exceso de peso; sentimientos que pueden impedir un buen desempeño sexual.

Tanto la Comunicación Sexual como el temor al rechazo sexual, son factores importantes para que se de una Satisfacción Sexual.

Los resultados antes expuestos, confirman que además de los temas estudiados en esta investigación existen otros factores que influyen en la sexualidad, tales como la religión, las reglas morales, la educación y las experiencias; así mismo los estados anímicos y el medio ambiente que existe en el momento de la relación sexual son determinantes en la Satisfacción/Insatisfacción Sexual.

Basados en lo anterior y en el análisis de resultados se puede concluir de manera general que:



- No existe una relación significativa entre la Obesidad, la Imagen Corporal y la Satisfacción Sexual.
- Aunque la Obesidad sí influye en la Imagen Corporal, de las mujeres obesas, existen factores de tipo social como los estereotipos de belleza y la cultura a la delgadez, que determinan más la Imagen Corporal que tienen las mujeres, obesas o con peso normal.

Hasta cierto punto la Obesidad influye en la Satisfacción Sexual, aunque, no debemos olvidar que la sexualidad es un aspecto en el que intervienen otros factores, entre ellos, la educación, la religión, el conocimiento del propio cuerpo y la situación emocional del individuo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DISCUSIÓN

La Obesidad es una grave enfermedad por todas las consecuencias psicológicas y físicas que trae consigo; a pesar de ello y de que un mayor número de personas las padecen, no se ha llegado a una conscientización en la población acerca de este problema; y aunque parece que en los medios de comunicación a través de los comerciales de comida light, se pretende que la gente coma más sano, el enfoque que se le está dando a estos comerciales no persigue este fin, por el contrario, se acentúa el rechazo social hacia la Obesidad y se promueve la cultura a la delgadez teniendo así un gran impacto en las mujeres de forma alarmante, al grado de que desde niñas los problemas de Imagen Corporal ya están presentes.

Por ello se recomienda que la Obesidad, sea tratada de manera multidisciplinaria, por profesionales de la salud como Médicos, Nutriólogos y Psicólogos, para una atención adecuada, y un mayor éxito.

En el área Psicológica se deben realizar campañas de prevención de la Obesidad, que fomenten una educación acerca de la alimentación adecuada, orientando a los padres de familia sobre las causas y consecuencias de esta enfermedad. Es importante implementar talleres de alimentación en escuelas, para que desde la niñez se conscientice, acerca de esto, a las niñas y aprendan a llevar desde esta edad una alimentación sana; también se debe promover más la actividad física, no solo en la niñez, sino en toda la población.

De igual forma, se deben conformar programas para ayudar a las personas con Obesidad, en donde se trabaje la Imagen Corporal para llegar así a la aceptación del propio cuerpo, lo que permitirá que estas personas mejoren su autoestima; que a su vez le dará un sentimiento de poder y control sobre su conducta, que le ayudarán a permanecer en el tratamiento para bajar de peso. También es relevante que se le enseñe a controlar la ansiedad y el estrés, y que se les enseñe a canalizar sus

emociones en otras actividades y no con el alimento, replanteando el valor y el significado que este tiene para estas personas.

Como ya se mencionó, los estereotipos de belleza no sólo influyen en la mujer adulta, sino también a las infantes, preadolescentes y adolescentes. Ocasionalmente existe un gran descontento ante la propia figura. Por ello es importante que se realicen programas dirigidos a todas las mujeres (de todas las edades, obesas, con peso normal, embarazadas, etc.), para trabajar la Imagen Corporal, donde se les enseñe a conocer su cuerpo, donde aprenda a querer y respetar su cuerpo y en base a esto a cuidarlo, pero no por cumplir un estereotipo de belleza (que además en la mayoría de los casos es imposible cumplir por los propios rasgos de fenotipo de nuestra raza cultura) sino por salud.

La Satisfacción con la Imagen Corporal es tan importante debido a que influye de manera decisiva en las relaciones interpersonales. En la vida de pareja, el aspecto sexual también se ve afectado, ya que cuando se tienen sentimientos negativos respecto al propio cuerpo, existe vergüenza a mostrar el cuerpo desnudo lo que genera grandes cantidades de estrés que no permiten llegar a un placer sexual.

Por ello y ante la eminente falta de Educación Sexual, se sugiere la participación del psicólogo para establecer talleres y programas con diversas actividades, que tengan como propósito el informar y educar a todos los miembros de la sociedad acerca de la sexualidad, de cómo vivir una sexualidad más libre y plena y no solo hablar de la sexualidad en base al uso del condón como medio de prevención; sino enseñando a la población el uso de este a partir del papel que puede tener en el juego erótico. Se debe poner atención en reeducar a las mujeres adultas en relación a todos los mitos que existen, para que pueda vivir una sexualidad plena sin culpas, ni ansiedad; que le permitan tener relaciones sexuales satisfactorias; es necesario revalorizar el papel de la mujer solo como madre, ya que la cultura en nuestro país, ha

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

limitado a las mujeres, con la creencia de que la sexualidad femenina solo es para procrear y no para obtener placer.

La educación sexual no debe estar dirigida únicamente a la población que esta en edad reproductiva, es necesario que se empiece a educar desde la infancia, para que se tenga plena conciencia y conocimiento acerca de esta, y para que en la edad adulta se conceptualizen como seres que pueden vivir su sexualidad con responsabilidad y libremente. De igual importancia es el romper los mitos acerca de la sexualidad en la tercera edad, ya que estos niegan el derecho a los ancianos, de vivir una vida sexual activa.

A si mismo es necesario ampliar el número de investigaciones acerca de cómo viven la sexualidad, las personas (tanto hombres como mujeres) que padecen Obesidad, para poder orientarlos y apoyarlos, para que vivan su sexualidad satisfactoriamente, ya que esta enfermedad no tiene que ser una limitante para estas personas.

Se sugiere que para futuras investigaciones en torno al tema de la presente investigación, se estratifique el grupo de personas con peso normal en diversos grupos para poder comparar más detalladamente los grupos. Ampliar el tamaño de la muestra. Así como realizar la aplicación de los instrumentos antes y después del tratamiento, para bajar de peso.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## *REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Referencias Bibliográficas.*

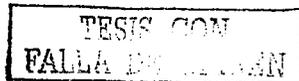
- ψ Aguilera (1998) *Cuerpo, Identidad y Psicología*. México: Plaza y Valdez Editores.
- ψ Ballesteros, S. (1982) *El Esquema corporal, función Básica del Cuerpo en el Desarrollo Psicomotor y Educativo*. España: Tea Ediciones, S.A.
- ψ Barajas, M. (1998) *Trastornos Alimentarios: Relación entre Factores de Riesgo Asociados con la Imagen Corporal, Autoestima y Autoatribución en Mujeres Adolescentes*. México: Tesis, Facultad de Psicología, UNAM.
- ψ Bray, G. (1989) *Obesidad: Aspectos básicos y aplicaciones clínicas*, VOL. I. México: Interamericana.
- ψ Bruchon-Sewcitzer M. (1992) *Psicología del Cuerpo*. España: Herder.
- ψ Campollo O. (1995) *Obesidad: Bases fisiopatológicas y tratamiento*. México: Miguel Ángel Porrua.
- ψ Carnes F. (2001) *Anorexia Sexual, "Como vencer el odio a la propia sexualidad"*. Buenos Aires: Vergara.
- ψ Crooks, R. (2000) *Nuestra Sexualidad*. México: Thomson Editores.
- ψ CONAPO (1994) *Antropología de la Sexualidad Humana*. México: Miguel Ángel Porrua.
- ψ *Enciclopedia de la Sexualidad Humana* (1994). España: Océano.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- ψ Farré. (1980) *Comportamientos Sexuales*. Barcelona: Fontanella.
- ψ Gómez-Peresmitré G. (2000) *Un Instrumento para Medir Imagen corporal: Versión Computarizada y de Papel y Lápiz* Revista Mexicana de Psicología, Volumen 17, Número 1, 89-99.
- ψ Hernández, R. (1998) *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- ψ Kaplan (1994) *Trastornos del deseo Sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- ψ Latner (1997). *Fundamentos de la Gestalt*. Chile: Cuatro Vientos Editorial.
- ψ Lerer, M. (1996) *Sexualidad Femenina*. México: Paidós.
- ψ Lechuga, M (2000) *Comunicación Marital Y Satisfacción Sexual en la Pareja*. México: Tesis, Facultad de Psicología, UNAM.
- ψ López, J. (2001) *Enfermedades asociadas a la Obesidad*. Revista de Endocrinología y Nutrición. (9).
- ψ Mc Cary (2000) *Sexualidad Humana*. México: Manual Moderno.
- ψ Moreno B. (1997) *Obesidad presente y futuro*. Madrid: Libros princeps. Biblioteca aula, Médica.
- ψ Orozco M (1995) *Tratamiento integral en el paciente obeso, en el primer nivel de atención*. México: Tesis, Facultad de medicina de la UNAM.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- ψ Ortiz M. (1977). *La Sexualidad Femenina, Reflexiones y Experiencias*. España: Editorial Aljibe.
- ψ Pineda G. (2000) *Imagen Corporal asociada a la Edad de la Menarca en una muestra de estudiantes preadolescentes*. México: Tesis, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- ψ Rahaim M. (1986) *Sexo, Uso y Abuso*. México: Aldina.
- ψ Raich. R. (2000) *Imagen Corporal*. España: Piramide.
- ψ Ramos. A. (1997) *Obesidad: "Conceptos Actuales"*. México: Pagina Electrónica S. de C.V.
- ψ Rincón, B. (1969) *La Imagen Corporal, su valoración y aplicación en la Psicología Contemporánea*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Filosofía y Letras.
- ψ Rosen. J. (1997) *Tratamiento Cognitivo Conductual, para el tratamiento dismórfico corporal*, Vol. I. Madrid: siglo XXI.
- ψ Saldaña C (1988) *Obesidad*. España: Martínez Roca.
- ψ Smith (1984) *Psicología "Fronteras de la conducta"*. México: Harla.
- ψ Souza y Machorro (1998) *Educación en Salud Mental para Maestros*. México: Manual moderno.



- ψ Toro, J. (1996) *El cuerpo como delito; Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. Barcelona: Ariel S. A.
- ψ Vázquez V. (2001) *Psicología y la Obesidad*. Revista de Endriconología y Nutrición, Vol. 9 No.2, Abril y Junio. p.p. 91-96
- ψ Ussher J. (1998) *Psicología del Cuerpo Femenino*. New York: Rout Ledge.
- ψ Wapner (1969). *El Precepto del Cuerpo*. Argentina: Editorial Paidós.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# ANEXOS

TESIS CON  
FALLA DE URGEN

## ANEXO I

Clínica de Nutrición y Obesidad FES Zaragoza UNAM Protocolo FE 2001

## EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

*INSTRUCCIONES GENERALES*

Lee cuidadosamente cada pregunta y marca con una cruz la respuesta que consideres que más se acerca a tu forma de pensar.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

**\*Sección A:**

- 1.- ¿Qué nivel de estudios tienes?
  - a) Primaria
  - b) Secundaria
  - c) Carrera comercial
  - d) Preparatoria, Bachillerato, Vocacional
  - e) Licenciatura
- 2.- ¿Trabajas?
  - a) Sí
  - b) No
- 3.- Actualmente vives con:
  - a) Familia nuclear (padres, hermanos)
  - b) Hermanos (s)
  - c) Esposo o Pareja
  - d) Hijos
  - e) Sola
  - f) Amigas
- 4.- Edad de tu primera menstruación
  - a) Menos de 9 años
  - b) De 9 a 11 años
  - c) De 12 a 14 años
  - d) De 15 a 17 años
  - e) De 18 a 20 años
  - f) 21 a más
- 5.- ¿Tienes o has tenido vida sexual?
  - a) No (pasar a la sección B)
  - b) Sí (pasar a la siguiente pregunta)
- 6.- ¿A qué edad iniciaste tu vida sexual?
  - a) Menos de 15 años
  - b) De 16 a 18 años
  - c) De 19 a 21 años
  - d) De 22 a 24 años
  - e) De 25 a 27 años
  - f) Más de 27 años

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## \*Sección C:

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal



(A)



(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIMIENTOS

## \*Sección D:

En el siguiente listado se proporciona una lista de atributos o adjetivos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menos medida. Sin embargo lo que importa es como nos vemos nosotros mismos. Para cada adjetivo o atributo indica que tanto te describe. Por favor no lo pienses mucho y trata de responder lo más rápidamente posible, de acuerdo con la siguiente clave:

A= No me describe nada  
 B= Me describe un poco  
 C= Me describe regular  
 D= Me describe bien  
 E= Me describe exactamente

Soy una persona:

	Me describe					Exactamente
	Nada	Poco	Regular	Bien		
1.- Independiente	A	B	C	D	E	
2.- Triste	A	B	C	D	E	
3.- Insegura	A	B	C	D	E	
4.- Agresiva	A	B	C	D	E	
5.- Atractiva	A	B	C	D	E	
6.- Controlada	A	B	C	D	E	
7.- Dominante	A	B	C	D	E	
8.- Ágil	A	B	C	D	E	
9.- Responsable	A	B	C	D	E	
10.- Agradable	A	B	C	D	E	
11.- Incompetente	A	B	C	D	E	
12.- Rígida	A	B	C	D	E	
13.- Comprensiva	A	B	C	D	E	
14.- Eficiente	A	B	C	D	E	
15.- Sociable	A	B	C	D	E	
16.- Fuerte	A	B	C	D	E	
17.- Pesimista	A	B	C	D	E	
18.- Desconfiada	A	B	C	D	E	
19.- Trabajadora	A	B	C	D	E	
20.- Falsa	A	B	C	D	E	
21.- Triunfadora	A	B	C	D	E	
22.- Torpe	A	B	C	D	E	
23.- Exitosa	A	B	C	D	E	
24.- Inteligente	A	B	C	D	E	
25.- Estudiosa	A	B	C	D	E	
26.- Optimista	A	B	C	D	E	
27.- Fracasada	A	B	C	D	E	
28.- Ansiosa	A	B	C	D	E	
29.- Inestable	A	B	C	D	E	
30.- Productiva	A	B	C	D	E	

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

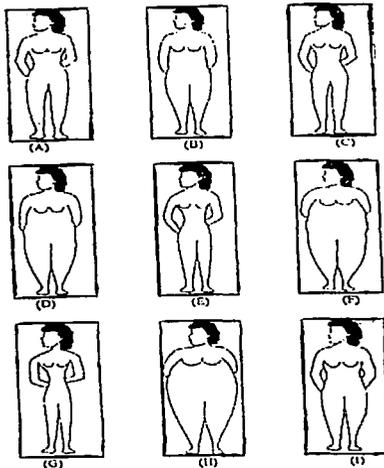
**\*Sección E (I):**

- 1.- En el último año:
  - a) Subí de peso
  - b) Bajé de peso
  - c) Subí y bajé de peso
  - d) No hubo cambios en mi peso corporal
- 2.- Aproximadamente durante cuanto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes:
  - a) Menos de un año
  - b) De uno a menos de tres años
  - c) De tres a menos de cinco años
  - d) De cinco y más de cinco años
- 3.- ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?
  - a) No (pasa a la pregunta 6)
  - b) Sí (pasa a la siguiente pregunta)
- 4.- ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?
  - a) Menos de 15 años
  - b) 16 a 18 años
  - c) 19 a 21
  - d) 22 a 24
  - e) 25 a 27
  - f) 28 o más
- 5.- ¿En los últimos seis meses has hecho dietas?
  - a) No
  - b) Sí
- 6.- ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?
  - a) No (pasa a la siguiente parte de la sección)
  - b) Sí (pasa a la siguiente pregunta)
- 7.- El problema consiste en:
  - a) Comes muy poco, menos de la mayoría de las personas de tu misma edad
  - b) Comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil
  - c) Comes tanto que te duele el estómago
  - d) Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas
  - e) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**\*Sección G:**

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**\*Sección I. (I):**

Lee cuidadosamente las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible

- 1.- ¿Qué peso te gustaría tener?
- Mucho menor del que actualmente tengo
  - Menor del que actualmente tengo
  - El mismo que tengo
  - Más alto del que actualmente tengo
  - Mucho más alto del que actualmente tengo
- 2.- ¿Cómo te sientes con tu figura?
- Muy satisfecha
  - Satisfecha
  - Indiferente
  - Insatisfecha
  - Muy insatisfecha
- 3.- Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:
- Muy por debajo de él
  - Por debajo de él
  - Estás en tu peso ideal
  - Por arriba de él
  - Muy por arriba de él

¿Qué tan importante crees que sea la propia figura (apariencia) para tener éxito en los siguientes aspectos?

Muy importante	Importante	Importante en regular	Poco importante	Muy poco importante
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

- 4.- Con el sexo opuesto
- (A) (B) (C) (D) (E)
- 5.- Entre los amigos (as)
- (A) (B) (C) (D) (E)
- 6.- Para encontrar trabajo
- (A) (B) (C) (D) (E)
- 7.- En los estudios

- (A) (B) (C) (D) (E)
- 8.- Con la familia
- (A) (B) (C) (D) (E)

- 9.- De acuerdo con la siguiente escala me consideras
- Obesa Muy gorda
  - Con sobrepeso Gorda
  - Con peso normal Ni muy gorda ni muy delgada
  - Peso por abajo del normal Delgada
  - Peso muy por debajo del normal Muy delgada

- 10.- Llegar a estar gorda
- Me preocupa mucho
  - Me preocupa
  - Me preocupa de manera regular
  - Me preocupa poco
  - No me preocupa

- 11.- Cómo me ven los demás
- Me preocupa mucho
  - Me preocupa
  - Me preocupa de manera regular
  - Me preocupa poco
  - No me preocupa

- 12.- Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve:
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Indecisa
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo

- 13.- Me gusta la forma de mi cuerpo:
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Indecisa
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo

TESIS CON  
FALLA DE CALIBRE

## ANEXO 2

Clínica de Nutrición y Obesidad FES Zaragoza UNAM Protocolo FE 2001  
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Investigadores: Gómez, Sánchez y Trejo

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

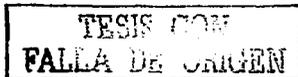
Num. Paciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

A continuación se presentan una serie de reactivos y datos personales. Favor de contestar lo que se le pide.

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: \_\_\_\_\_
3. Escolaridad: \_\_\_\_\_
4. Actualmente, ¿está casada? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
Tiempo de casada \_\_\_\_\_
5. ¿Vive en unión libre con su pareja? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
Tiempo de vivir juntos \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene hijos? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Numero de hijos \_\_\_\_\_  
¿Todos con su pareja? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
7. Ocupación \_\_\_\_\_
8. ¿Cuántas horas trabaja diariamente? \_\_\_\_\_
9. ¿Actualmente padece algún tipo de enfermedad? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
10. ¿Ingiere habitualmente algún tipo de medicamento? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
¿Cuál es? \_\_\_\_\_
11. ¿Ha visitado algún psicoterapeuta de tipo sexual? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_



RESPONDA QUE TAN SATISFECHA SE SIENTE ACTUALMENTE CON LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE SU VIDA, RODEE EN CIRCULO LA RESPUESTA QUE MÁS SE ADECUA A USTED.

	Nada	Algo	Mucho	Completamente
12. Relación Matrimonial	1	2	3	4
13. Trabajo	1	2	3	4
14. Amigos	1	2	3	4

A continuación se presentan una serie de afirmaciones referentes a las relaciones de pareja, esto es con la finalidad de conocer como se llevan actualmente las parejas: cada oración tiene cinco opciones de respuesta que van desde completamente de acuerdo a completamente en desacuerdo. Marque con una "X" la respuesta que más se adecue a su relación.

Ejemplo:

Regularmente le platico a mi pareja lo que me gusta de nuestra relación.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
.....	X	.....	.....	.....

1. Me gustaría que mi pareja fuera diferente cuando tenemos relaciones sexuales.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
.....	.....	.....	.....	.....

2. Puedo realizar mi actividad sexual sin ningún tipo de dolor o molestia.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
.....	.....	.....	.....	.....

3. Mi pareja no me satisface sexualmente.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
.....	.....	.....	.....	.....

4. Me parece que nuestros encuentros sexuales son poco frecuentes.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
.....	.....	.....	.....	.....

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

5. Cuando mi pareja me pide que tengamos relaciones acepto de mala gana

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

6. Cuando termino una relación sexual con mi pareja siento que me falta algo.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

7. Nunca le digo a mi pareja lo que me gusta de nuestras relaciones sexuales por temor a ser rechazada o criticada.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

8. Mi pareja me respeta sexualmente y nunca me exige que haga algo que yo no quiero.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

9. Cuando finalizamos una relación sexual me siento tranquilo.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

10. Siento dolor en los genitales durante el coito.

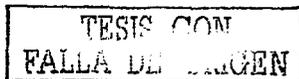
Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

11. Temo que mi pareja me rechace durante el acto sexual por eso hago lo que me pide.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

12. Tengo la vagina lo suficientemente húmeda y relajada que puedo practicar el coito con facilidad.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------



13. Muchas veces le digo a mi pareja lo que me gusta de nuestras relaciones sexuales.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

14. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me siento relajada.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

15. Me éxito fácilmente cuando tengo relaciones sexuales.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

16. Trato de evitar lo más posible las relaciones sexuales con mi pareja.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

17. Al terminar una relación sexual me siento tranquila.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

18. Requiero de mucha estimulación al iniciar una relación sexual con mi pareja.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

19. Tengo la vagina tan "seca" o "tensa" que no puedo practicar el coito.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

20. Me agrada tener relaciones sexuales con mi pareja.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
-----------------------------	------------	----------	---------------	--------------------------------

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

21. Me siento bien con la duración de una relación sexual.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

22. Me siento segura al realizar el acto sexual con mi pareja.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

23. Muy frecuentemente cuando terminamos una relación sexual siento angustia e ira.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

24. Frecuentemente me niego cuando mi pareja se insinúa sexualmente.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

25. Mi compañero me pide que haga cosas de tipo sexual que me avergüenzan.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

26. Frecuentemente no llego al orgasmo cuando tenemos relaciones sexuales.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

27. Generalmente cuando mantiene contacto sexual con su pareja incluyendo el juego sexual y al coito siente aceleración de la respiración y el pulso, humedecimiento de la vagina, sensaciones placenteras en el pecho u otras partes del cuerpo.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

28. Generalmente acepto con placer cuando mi pareja se insinúa sexualmente.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

TESIS CON  
FALLA DE CUBIERTA

29. En general mis relaciones sexuales con mi pareja son satisfactorias.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

30. Me siento insegura cuando tenemos relaciones sexuales.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

31. La frecuencia con la que realizamos el acto sexual me es satisfactoria.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

32. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja, incluyendo el juego sexual no tengo ningún cambio físico, ni sensaciones placenteras en ninguna parte del cuerpo.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

33. Me gusta la forma de ser de mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

34. Me apena pedirle a mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

35. Muchas veces finjo llegar al orgasmo para satisfacer a mi pareja.

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	------------	----------	---------------	-----------------------------

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN