



Universitat Autònoma de Barcelona

Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud del Adulto

**Imagen corporal, funcionamiento sexual y autoestima en mujeres
brasileñas con un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado**

TESIS DOCTORAL

Ajurymar Santos Silva



Directoras: Dra Rosa María Raich Escursell y Dra Marisol Mora Gira
2015



Universitat Autònoma de Barcelona

Universidad Autónoma de Barcelona
Facultad de Psicología
Departamento de Psicología Clínica y de la Salud
Programa de doctorado: Psicología Clínica y de la Salud del adulto

TÍTULO

**Imagen corporal, funcionamiento sexual y autoestima en mujeres
brasileñas con un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado**

AUTORA

AJURYMAR SANTOS SILVA

Tesis Doctoral dirigida por:

Dra Rosa María Raich Escursell

Dra Marisol Mora Giral

Bellaterra, 2015

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a: Dios, el Universo, la Vida por la fuerza y la luz mientras caminaba! En especial, mi madre que es todo en mi vida. Sin ti yo no sería NADA! Muchas gracias por tu amor incondicional, paciencia y confianza en mi. Gracias por apoyar mis proyectos de vida, mis decisiones y ayudarme a levantarme cuando caigo. Te amo siempre!!! A mi padre y todos mis ancestros por haberme dado la oportunidad de la vida.

Gracias, a mi familia, por todo su cariño y oraciones brindadas al largo de todos estos años. Especialmente, a mi hermano-primo Rildo por todo soporte financiero.

Gracias también, a mis amig@s: Darlane Andrade, Erika Viana, Juraci Junior, Rosa da Silva, Galuber Moreira, Reginaldo Aguiar, Cadu Bezerra entre otros por los comentarios, sugerencias, incentivos y palabras amigas a lo largo de la realización de este trabajo. A Elka Lima por ser un ejemplo de competencia, muchas gracias por las manos, palabras y soporte, principalmente en un momento de incertidumbre y duda en el proceso final de la tesis. A Roger Santos por estar presente mismo la distancia. A APEC (Asociación de investigadores de estudiantes brasileños) que me ha llenado la vida con amigos brasileños increíbles (Leo Perotto, Fabricio Carrijo, David Limaverde) a todos muchas gracias por haberse cruzado mi camino!!!

Con mucha satisfacción, expreso mi profundo agradecimiento a todos aquellos que contribuyeron en la realización de este trabajo. A todas las mujeres brasileñas que aceptaron participar del estudio. A las directoras Dra. Rosa Raich y la Dra. Marisol Mora por la oportunidad de tomar parte como estudiante del doctorado en la Universidad Autònoma de Barcelona, en el departamento de Psicología Clínica y de la Salud. En especial, a Cristina secretaria del departamento por el soporte y paciencia en los momentos de que lo más necesité. A Marcela Gonzalez y Paola Espinoza, y todos

los compañeros de profesión que han compartido parte de su tiempo en este proceso de aprendizaje.

ÍNDICE GENERAL

	Pág
Introducción	11
PARTE I. Marco Teórico	14
1. Sobrepeso y Obesidad	15
1.1. Índice de Masa Corporal (IMC)	15
1.2. Aspectos psicopatológicos de la obesidad	18
1.3. Aspectos psicosociales de la obesidad	20
1.4. Aspectos culturales de la obesidad	23
2. Imagen Corporal	25
2.1. Construcción psicosocial de la imagen corporal	25
2.2. Insatisfacción de la imagen corporal	28
2.3. Imagen corporal y conductas alimentarias	30
3. Funcionamiento Sexual	32
4. Autoestima	39
PARTE II. Estudio Empírico	44
5. Método	45
5.1. Diseño	45
5.2. Dimensión ética del estudio	45
5.3. Local de la recogida de datos	45
5.4. Participantes	46
5.5. Instrumentos de recogida de datos	46
5.5.1. <i>Cuestionario Sócioeconómico Four Factor Index of Social Status (FISS)</i>	46
5.5.2. <i>Cuestionario de la figura corporal Body Shape Questionnaire (BSQ)</i>	47
5.5.3. <i>Cuestionario evaluador del funcionamiento sexual femenino Female Sexual Function Index (FSFI)</i>	47

5.5.4. <i>Escala de Autoestima (Rosenberg)</i>	48
5.6. Procedimiento de análisis de datos	48
6. Resultados	51
6.1. Descripción general de la muestra	51
6.1.1. Perfil de las participantes	51
6.1.2. Índice de Masa Corporal (IMC) de la muestra	52
6.2. Análisis descriptivas	53
6.2.1. Imagen corporal (BSQ)	53
6.2.2. Índice de Funcionamiento Sexual (FSFI)	54
6.2.3. Autoestima (Rosenberg)	54
6.3. Contestando el objetivo general de la investigación...	56
6.3.1. Relación entre IMC e Imagen Corporal (BSQ)	56
6.3.2. Relación entre IMC y Funcionamiento Sexual (FSFI)	57
6.3.3. Relación entre IMC y Autoestima (Rosenberg)	61
6.4. Contestando a los objetivos específicos de la investigación....	63
6.4.1. Relación entre Edad e Imagen Corporal (BSQ)	63
6.4.2. Relación entre Edad y Funcionamiento Sexual (FSFI)	63
7. Discusión	68
8. Conclusiones	74
Referencias Bibliográficas	79
ANEXOS	92

LISTA DE CUADROS

	Pág
Cuadro 1. Tabla de clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC)	16
Cuadro 2. Tabla propuesta por Pacagnella, Martinez y Vieira (2009) para análisis de los escores de evaluación del FSFI	49
Cuadro 3. Tabla de relación ente rango de edad y categorías del IMC	53
Cuadro 4. Promedio y Desviación Estándar (SD) para los dominios del FSFI (n=102)	54
Cuadro 5. Frecuencias y porcentajes en los niveles de autoestima (n=102)	55
Cuadro 6. Tabla de relación entre las categorías del BSQ y los promedios del IMC	57
Cuadro 7. Valores obtenidos en el análisis de correlación de Pearson entre IMC y los dominios del FSFI	58
Cuadro 8. Correlación de Pearson para IMC y Autoestima	62
Cuadro 9. Tabla de relación entre las categorías del IMC y los niveles de la Autoestima	62
Cuadro 10. Valores obtenidos en el análisis de correlación de Pearson entre edad y los dominios del FSFI	63

LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1. Distribución de las frecuencias del IMC	52
Figura 2. Frecuencia de mujeres en los niveles del BSQ	53
Figura 3. Dispersión de la correlación entre IMC y FSFI Total (n=102)	59
Figura 4. Dispersión de la correlación entre IMC y Excitación (n=102)	60
Figura 5. Dispersión de la correlación entre IMC y Lubrificación (n=102)	60
Figura 6. Dispersión de la correlación entre IMC y Orgasmo (n=102)	60
Figura 7. Dispersión de la correlación entre IMC y Satisfacción (n=102)	61
Figura 8. Dispersión de la correlación entre Edad y FSFI Total (n=102)	64
Figura 9. Dispersión de la correlación entre Edad y el dominio Deseo (n=102)	65
Figura 10. Dispersión de la correlación entre Edad y el dominio Excitación (n=102)	66
Figura 11. Dispersión de la correlación entre Edad y el dominio Lubrificación (n=102)	66
Figura 12. Dispersión de la correlación entre Edad y el dominio Orgasmo (n=102)	67

LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo 1. Consentimiento informado	93
Anexo 2. Cuestionario Socioeconomico Four Factor Index of Social Status (FISS)	94
Anexo 3. Body Shape Questionnaire (BSQ)	95
Anexo 4. Cuestionario evaluador del funcionamiento sexual femenino, Female Sexual Function Index ((FSFI)	98
Anexo 5. Escala de Autoestima de Rosenberg	103
Anexo 6. Carta de Ética	104
Anexo 7. Tabla resumen de los estudios más recientes	105

DEFINICIÓN DE SIGLAS

APA: *American Psychological Association*

BSQ: *Body Shape Questionnaire*

CEPARH: Centro de Pesquisa Assistência à Reprodução Humana

CIE: *Clasificación Internacional de Enfermedades*

DSM-5: *5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)*

IMC: Índice de Masa Corporal

FISS: *Four Factor Index of Social Status*

FSFI: *Female Sexual Function Index*

SEEDO: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad

SOS: *Swedish Obese Subjects*

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

NAAFA: National Association to Advance Fat Acceptance

HAES: Health at Every Size

INTRODUCCIÓN

*Adoramos a perfeição porque não a podemos ter;
repugna-la-íamos se a tivéssemos.
O perfeito é o desumano porque o humano é imperfeito`.*

Fernando Pessoa

En las sociedades actuales, la creciente preocupación y/o insatisfacción con el peso y con la imagen corporal es un fenómeno cada vez más transversal al género, edad y nivel socioeconómico. La presión social en relación a la delgadez, junto con otros factores asociados a la vulnerabilidad biológica, genética y psicológica, como una baja autoestima o rasgos obsesivo-compulsivos pueden llevar al desarrollo de conductas de estilo de vida alteradas (Baile y Osorio, 2008). Específicamente, la obesidad, aún no siendo considerado un trastorno del comportamiento alimentario según los sistemas de clasificación de enfermedades mentales (CIE-10), sugiere, en algunos casos, la existencia de dificultades sexuales y psicosociales. En concreto, los pacientes obesos, tienden a presentar alguna disfunción sexual, imagen corporal negativa, baja autoestima, depresión y dificultades en sus relaciones (Courtney, Gamboz y Johnson, 2008).

Además del estigma, se observa que, sobre todo las mujeres con sobrepeso u obesidad, sufren la presión y exclusión social, por no cumplir con los parámetros estéticos y de salud prescritos socialmente (Kluck, 2010). Los patrones culturales son referencias que fomentan rasgos estéticos, en este caso, femeninos que no favorecen a las mujeres con sobrepeso u obesidad. Comparándose con los modelos de belleza difundidos por los medios que no sólo buscan comunicar imágenes que sugieren lo que es bello, sino que también sugieren referencias de cómo debe ser una mujer, se puede disparar una evaluación negativa, sensación de inadecuación con la propia imagen, insatisfacción corporal y sufrimiento psíquico, tal proceso se puede dar incluso en mujeres con un leve sobrepeso o peso normal, al enfrentarse con el ideal de delgadez culturalmente aceptado, según Orbach (2009).

Esta literatura sugiere que las mujeres viven más conflictos relacionados con el peso y forma del cuerpo que los hombres.... (Algars *et al.*, 2009). Esta diferencia

de género puede ser explicada también por la presión social al enfatizar que el éxito femenino está vinculado a un cuerpo atractivo, que naturalmente excluye el exceso de peso y por consiguiente la obesidad (Vasconcelos *et al.*, 2004).

Se ha observado que cuanto mayor es el IMC, mayores son los prejuicios con relación al funcionamiento sexual, siendo que las mujeres relatan peor calidad en la vida sexual (Ambler, Erick y Diamond, 2012) y la Obesidad afecta diversos aspectos de la sexualidad de las mujeres (Esposito *et al.* 2007). En las sociedades occidentales se ha asociado, el cuerpo no obeso, con valores como el éxito, autoestima, auto-control y aceptación e incluso asertividad, (Derene y Beresin, 2006). Sin embargo, aumenta el número de personas obesas en todo el mundo. Ese estudio se justifica porque, en la sociedad brasileña actual, no estar dentro de un patrón de belleza puede constituirse en un fracaso, llevando a la inseguridad y a la pérdida de la autoestima. La dependencia de la autoestima femenina de la apariencia torna a las mujeres más vulnerables a la baja autoestima e imagen corporal negativa (Secchi, Camargo y Bertoldo, 2009).

Autores como Novaes, Vilhena y Lemgruser (2003), Goldenberg (2006), y Vigarello (2005), afirman que la imagen de la mujer esta vinculada con la belleza y, en segun plano a la juventud. La cultura brasileña expone la figura de la mujer como un refuerzo de los arquetipos de belleza corporal. Para estos autores, para la mujer, la belleza de la mujer es representada como un deber cultural. Y ser bella es ser delgada. Esta cultura del `culto al cuerpo` es reforzado por los medios de comunicación de masa, los cuales generan una búsqueda por la belleza, por el cuerpo estandarizado, e interfieren en las dinámicas sexuales, afectivas y sociales.

El presente estudio investiga variables de imagen corporal, funcionamiento sexual y autoestima, en una muestra de mujeres con índice de masa corporal elevado en Brasil. Como profesional que trabaja en clínica y salud he creído que es importante centrar el interés de mi trabajo de tesis en detectar conductas y actitudes no positivas hacia la imagen corporal, sexualidad, autoestima y aspectos psicosociales.

Tomando en cuenta ese escenario, esta investigación se plantea los siguientes objetivos y hipótesis:

La tesis se estructura en dos partes, respectivamente, el marco teórico y la parte experimental. En el primer apartado se tratan las variables del estudio: sobrepeso y obesidad, imagen corporal, funcionamiento sexual y autoestima, con énfasis en un enfoque psicosocial, teniéndose en cuenta que la obesidad es trabajada

dentro de un enfoque psicopatológico y subjetivo.

El segundo apartado se trata del estudio empírico. Son mostradas: las características de las participantes, las condiciones éticas de la investigación con seres humanos, los instrumentos empleados, la recogida de datos, el análisis y tratamiento de los datos obtenidos en la investigación. Finalmente, se habla de resultados, discusión, aportaciones, limitaciones y conclusión de este estudio.

PARTE I.

Marco Teórico

1. Sobrepeso y Obesidad

La obesidad es una enfermedad multifactorial, no-contagiosa y crónica que se caracteriza por la acumulación de grasa que llega a causar daños en la salud, tanto física como psicológica, del individuo según *World Health Organization (WHO, 2009)*. Pero, ya a partir de la segunda mitad del siglo XX, con la masificación del consumo de alimentos industrializados ricos en azúcares y grasas el sobrepeso y la obesidad comienzan a ser una preocupación para la organización mundial de la salud. Situación que no ha dejado de empeorar en los últimos 30 años, lo que ha llevado a gobiernos y entidades de salud a desarrollar estrategias conjuntas de prevención e intervención tanto a nivel nacional como internacional.

La obesidad se ha convertido en la enfermedad metabólica más importante en el mundo actual. Tanto es así, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a la obesidad como una epidemia global. De hecho, la obesidad es una enfermedad común que afecta a diferentes continentes y países no sólo a las sociedades ricas, sino también a los países en vías de desarrollo, como en Brasil. La (OMS, 2010) estima que más de mil millones de personas tienen sobrepeso y, de ellos, 300 millones pueden ser considerados como obesos, con un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 30 kg/m², según su propia clasificación de la obesidad.

Se ha aceptado que la obesidad se define por un exceso en la cantidad de grasa corporal, de hecho el término obesidad deriva de latín *obesus* que significa “engordado por comer”. Un individuo se considera obeso cuando la cantidad de grasa corporal aumenta a tal punto que su salud mental y física se afecta y la expectativa de vida disminuye (Collighan y Bellamy, 2001).

1.1 Índice de Masa Corporal (IMC)

La medición del peso corporal y la definición de parámetros de normalidad se ha realizado de diversas maneras, sin embargo en la actualidad el más utilizado es el Índice de Masa Corporal (IMC). De acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud (National Institutes of Health, 1998), la fórmula para calcular el IMC es: la masa corporal (en kg) / altura² (en m²).

La definición de sobrepeso acorde al Índice de Masa Corporal (IMC) se muestra en la Tabla 1.

Cuadro 1

Tabla de Clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC)

IMC (Kg/m ²)	Clasificación
> 18,5	Bajo peso
18,5-24,9	Normal
25,0-29,9	Sobrepeso
30,0-34,9	Obesidad grado I
35,0-39,9	Obesidad grado II
≤ 40	Obesidad grado III

National Institutes of Health (1998) y SEEDO (2007).

El IMC no identifica si el peso proviene del músculo o de la grasa, por lo que debe investigar la composición corporal. También es importante la interpretación de los puntos de corte del IMC en asociación a otros factores de riesgo.

El sobrepeso tiene un componente genético, pero su prevalencia ha aumentado dramáticamente en los últimos años esto se debe a factores ambientales (Ravussin y Bogardus, 2000). El entorno actual ha sido designado como generador de obesidad, lo que significa que la disponibilidad, facilidad de acceso y la comercialización agresiva de los alimentos, junto con la disminución de la actividad física, fomenta el equilibrio energético positivo, aumentando de peso y, en definitiva el sobrepeso. A pesar de la potencia de la obesidad en el medio ambiente, no todas las personas tienen sobrepeso, y algunos siguen siendo delgados. Claramente, los individuos difieren en su susceptibilidad al sobrepeso (en un entorno que promueve el peso). La susceptibilidad al aumento de peso y el sobrepeso se puede entender en varios niveles, que van desde el nivel genético, fisiológico, metabólico, hasta el comportamiento y el psicológico (Blundell *et al.*, 2005).

Un estudio transversal se llevó a cabo en una muestra de 1.342 personas representativas de la población general en los Países Bajos (Strien, Herman y Verheijden, 2009). Se observó una significativa interacción entre la conducta alimentaria problemática y el estado nutricional (normopeso, sobrepeso, obesidad). La conducta alimentaria sugiere una relación directa con el peso corporal.

Según la Teoría Psicósomática (Bruch, 1973), el comer emocional en exceso es una respuesta inadecuada a la angustia que ocurre en personas que tienen

dificultades para reconocer si tienen hambre o saciedad y/o no pueden distinguir el hambre de otros estados internos aversivos debido a un defecto en la conciencia interoceptiva, posiblemente como resultado de las experiencias de aprendizaje inadecuadas en los primeros años de vida. El comportamiento parental puede contribuir a la aparición del comer emocional en exceso, y como consecuencia desarrollar sentimientos de angustia, baja autoestima y hasta depresión (Snoek *et al.*, 2007), en particular cuando las prácticas dominantes se extienden al control de la ingesta de alimentos de un niño (Carper, Orlet Fisher y Birch, 2000; Van Strien y Bazelier, 2007), como cuando los padres ejercen presión para comer o como recompensa por buena conducta. Cuando estas prácticas alimentarias de los padres son frecuentes, los niños pueden desarrollar poca conciencia interoceptiva, incluyendo dificultades para reconocer si están hambrientos o saciados o si sufren de algún otro malestar, que puede dar lugar a un patrón de ingesta en respuesta a un estado de excitación, es decir, comer emocional en exceso.

La Teoría de la Externalidad (Spitzer y Rodin, 1981) postula, como la teoría psicósomática, que las personas que presentan Trastorno por Atracón (comedores compulsivos) son relativamente insensibles al hambre interna, fisiológica y a las señales de saciedad. Pero en contraste con el énfasis de la teoría psicósomática en factores personales y emocionales, la teoría de la externalidad se centra en el entorno externo (especialmente las señales de comida) como determinante en la conducta alimentaria. Las personas que comen en respuesta a señales externas ingieren en exceso como resultado de su elevada capacidad de respuesta a las señales relacionadas con los alimentos con disponibilidad inmediata. Otra diferencia importante, es que la alimentación externa, en contraste con la ingesta emocional en exceso, se ha considerado una respuesta adaptativa evolutiva, que puede ser fácilmente relacionada con un concepto ahorrativo – Teoría del Genotipo de Neel (Neel, 1962).

Según su hipótesis, la historia inicial de la formación genética del acumulo de grasa definida como obesidad, se explica como una capacidad muy eficiente de almacenar energía en forma de grasa. De hecho, este es un mecanismo de defensa que ha facilitado la preservación de la especie, cuando las condiciones de vida de nuestros antepasados eran tan duras como lo fueron durante los primeros años de la presencia de la vida humana en la Tierra. No obstante, durante la historia de la humanidad, ocurrieron dos circunstancias principales que transformaron la capacidad de almacenar

energía en forma de grasa en una característica genética negativa para la especie. En primer lugar, la sucesión de diversos períodos de hambre durante el cual los individuos no provistos genéticamente con esta capacidad de almacenar energía no eran capaces de sobrevivir. En consecuencia, sólo las personas que tenían esta capacidad podían o habían podido continuar la especie. Que este hecho se ha repetido cuatro o cinco veces en la historia humana, ha permitido seleccionar una raza humana con un enorme potencial de almacenamiento de energía y, por lo tanto, de desarrollo de la obesidad. Sin embargo esto no se manifestó hasta que se produjo la segunda circunstancia, una gran revolución: la industrialización. Como resultado, hoy en día, la vida diaria requiere sólo un consumo mínimo de energía. A partir de ese momento la capacidad de almacenamiento de energía determinada genéticamente se vuelve contra nosotros y nos hace ser obesos (Cantón y Formiguera, 2004).

La obesidad simple está incluida en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) como una condición médica general, pero no está en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) pues no fue establecida una asociación consistente con -un síndrome psicológico o de comportamiento. La obesidad también predice un aumento de las dinámicas relacionadas con el peso, aumentando la presión social por adelgazar. Consecuentemente, la obesidad también puede tener efectos deletéreos en la autoestima y en la satisfacción corporal, especialmente en adolescentes con una autoimagen negativa, vulnerables a la presión social de la delgadez.

1.2 Aspectos psicopatológicos de la obesidad

La definición patológica de la obesidad es importante para comprender el mecanismo de las funciones vitales del cuerpo, así como los problemas físicos, psicológicos y sexuales que pueden surgir con el tiempo. Se sabe que, en primer lugar, el exceso de tejido adiposo aumenta la resistencia a la insulina, por lo tanto, puede surgir la diabetes. La hiperinsulinemia crónica resultante induce la producción de IGF-1, que promueve la producción de células cancerígenas. Además, la obesidad también induce un estado inflamatorio crónico, a través del aumento, en los niveles sanguíneos de factores proinflamatorios tales como factor alfa (TNF-alfa), interleucina 6 (IL-6), la PCR y la leptina. El tejido adiposo es también rico en ateromatosa (nódulos) que convierte los andrógenos en estrógenos (Martin et al., 2005). Los efectos producen cambios complejos como el movimiento de adipocinas y

las hormonas esteroides sexuales, también la aparición de resistencia a la insulina. Un efecto secundario asociado, con la obesidad, es el número cada vez más significativo de abortos involuntarios y otras complicaciones maternas. Los pacientes obesos enfrentan problemas de fertilidad más frecuentemente, (Metwally, Ledger y Li, 2008).

La obesidad puede influir en el desarrollo de diabetes, arteriosclerosis y apnea del sueño. Estas enfermedades promueven disfunción sexual, tanto en hombres como en mujeres. Personas obesas presentan riesgos adicionales de disfunción sexual en comparación con las personas de la misma edad que tienen peso normal (Bacon *et al.*, 2003). Se ha podido observar según el estudio de Svaldi *et al.* (2013), cuando en una pareja, uno de los dos es obeso, a veces se observa un efecto sobre el deseo de la pareja. Además si una pareja, originalmente elegida con un peso normal, se vuelve obeso, se pueden observar efectos en la sexualidad de la pareja y en el deseo del otro. La obesidad puede ser interpretada en un nivel simbólico, como el establecimiento de una barrera infranqueable, pudiendo facilitar a la insatisfacción corporal y de la sexualidad. La obesidad también se ha relacionado con un gran número de enfermedades de salud en general, tanto en hombres como en mujeres, (diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, osteoartritis, ciertos tumores malignos, alteraciones de las funciones pulmonares, hiperlipidemia, etc), problemas de salud mental (depresión y ansiedad), y problemas de salud sexual (Corona *et al.* 2008).

En el estudio de Sullivan *et al.* (1993), SOS (Swedish Obese Subjects) se evaluó 1.743 obesos severos de ambos sexos. Los niveles de ansiedad y depresión fueron de 3 a 4 veces mayores entre obesos que entre quienes no lo fueron y clínicamente, la ansiedad, la depresión y los inconvenientes sociales fueron el doble. La imagen corporal fue el mayor productor de depresión y problemas sociales relacionados con la obesidad, y a pesar de que la depresión clínica es frecuente en los obesos, la mayoría de los autores opinan que psiquiátricamente no difieren de los que no lo son. Cuando el exceso de peso es importante algunos pacientes llegan a percibir su imagen como horrorosa y deforme y se sienten hostilizados por parte de los demás. En estos sujetos la obesidad llega a constituirse en el centro de su sistema de valores, del cual se excluyen otras cualidades como la inteligencia o la simpatía. El individuo puede desarrollar actitudes de rechazo de ciertas situaciones que le resultan particularmente desagradables, como mirarse al espejo, tomarse fotos, comprar ropa, ir a la playa, pesarse, etc. y adquirir conductas de control como medirse, pesarse o mirarse al

espejo varias veces al día o llegar al "decorado" corporal, recurriendo a las técnicas utilizadas para disimular un defecto físico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), define salud como `un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades` (www.who.int, recuperado en 16.03.2015).

El tratamiento de la obesidad implica sostener esfuerzos a largo plazo y esto podría ser una causa de estrés en algunos individuos. Queda, por lo tanto, poca duda de que la obesidad es un estado físico altamente censurado en los países occidentalizados, tanto en términos de apariencia física como en la significación que se hace de la misma, lo cual fue claramente expuesto por Puhl y Brownell (2006) afirmando que los obsesos cargan con el estigma, que es el sufrimiento psicológico más duro de la enfermedad.

1.3 Aspectos psicosociales de la obesidad

La sociedad, con frecuencia, percibe al obeso como una persona indulgente y no capaz de ejercer un autocontrol. Por lo tanto, la obesidad es considerada como una enfermedad auto-infligida, pudiendo causar angustia, depresión y conductas de evitación social. De hecho, en la investigación de Segal y Fandiño (2002) se concluye que las personas obesas asisten menos años a la escuela y tienen menores posibilidades de ser aceptados en su medio social. Lo mismo ocurre en los puestos de trabajo, que se caracterizan por salarios más bajos. Además, las personas obesas son menos propensas a involucrarse en relaciones afectivas estables. En este sentido, los aspectos psicosociales relacionados con la obesidad han llamado la atención de los investigadores.

Una investigación dirigida por Caitlin O'Reilly y Judith Sixsmith en una escuela de Cinesiología de la Universidad de British Columbia, Vancouver, Canadá en 2012, y otra en Irlanda, dirigida por Charlotte Cooper (2012), explicaron el imperialismo cultural contra la obesidad y por qué los dirigentes de políticas públicas de manera acrítica confían y promueven un paradigma de salud centrado en el peso. Según conclusiones del análisis del discurso de la obesidad, este paradigma de la salud de políticas públicas sobre el peso se basó en 10 encuestas con informantes que trabajaban dentro de la política, en contextos académicos y médicos. Los estudios revelan creencias y falsos paradigmas acerca de la obesidad. El debate empieza cuando se evidencian los procesos de "estigmatización" casi siempre vinculados al

tema. La primera creencia se refiere al paradigma de salud centrada en el peso y está asociada a la ingestión de energía o dispendio de energía. Se cree en muchos casos, que las personas que comen mucho engordan y no hacen suficiente ejercicio. La segunda creencia que es inherente al peso es que la grasa está asociada con enfermedades y muerte prematura. La tercera creencia asociada al peso está centrada en que perder peso es sano, que invariablemente mejora la salud. No es solo falsa la premisa si no que el mensaje de promoción a los funcionarios de la salud pública es perjudicial (Bacon y Aphramor, 2011). Sin duda bajar y subir de peso de manera indiscriminada promueve un desajuste en el metabolismo corporal, lo que podemos constatar como un real perjuicio para la salud.

El estigma de ser obeso puede cobrar su cuota a nivel de salud emocional, siendo las repercusiones psicológicas una consecuencia más de la enfermedad. La exteriorización de la obesidad la hace inocultable, lo que obliga a vivir y a comportarse de una manera diferente. Las consecuencias negativas de la imagen obesa son tan impactantes que puede afectar adversamente la calidad de vida del individuo que la padece, aunque su exceso de peso no sea tan severo como para dar lugar a complicaciones clínicamente significativas. Los estudios controlados no indican que las personas obesas difieran en síntomas psicológicos, psicopatología y personalidad de las que no lo son (O'Neil y Jarrell, 1992; Striegel-Moore *et al.*, 1998), aunque no sucede lo mismo cuando el tema considerado es la imagen corporal.

Este estigma está asociado con una serie de problemas de salud como disminución de la salud mental (Eisenberg, Nelmark-Sztainer y Story, 2003) consecuencias fisiológicas, con aumento del riesgo de enfermedades crónicas que provienen del stress (ejemplo, enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes) (O'Reilly y Sixmith, 2012). Las políticas públicas aún no reconocen su responsabilidad en los procesos de combate de la obesidad, a través de divulgación de dietas indiscriminadas, y con esto facilitan el desarrollo de trastorno alimentario cada vez más frecuente.

O'Hara y Gregg, en 2012, señala y llama la atención de las autoridades, políticas de salud pública, sobre el paradigma centrado en el peso, también critica los medios de comunicación por propagar campañas siempre en sentido peyorativo sobre el peso corporal. Se puede argumentar que el paradigma centrado en la salud del peso está ayudando directamente a una gran gama de violaciones de los derechos humanos, y no son solo aquellos relacionados específicamente con la salud. Las investigadoras

han señalado que la guerra contra la obesidad es en realidad una guerra contra las personas gordas (Cohen, Perales y Steadman, 2005). La obesidad es presentada en la actualidad como una cuestión de interés global, por ello el término “globesidad” es utilizado por la Organización Mundial de la Salud (2010). Este término ha sido usado para señalar el riesgo de volverse obeso, (Campos, 2004). Los derechos humanos afirman que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Ellos son dotados de razón y conciencia y deben actuar en la relación de unos a otros con espíritu de fraternidad.

La estigmatización de las personas obesas conlleva a la discriminación y la exclusión social, como resultado surge una depreciación y alteración personal de la auto-imagen. Muchos autores como Sikorski *et al.*, (2011) han considerado que el impacto social de este estigma conduce finalmente a una verdadera discriminación. Las mujeres obesas se enfrentan con más frecuencia a experiencias de estigma: barreras de la apariencia física y las burlas de los demás, la falta de tacto de los médicos y los comentarios desagradables de los niños y la sociedad, según (Rousseau *et al.* 2006).

Llena de contradicciones, la búsqueda de un cuerpo “perfecto, sano y joven”, no sólo revela las paradojas de la sociedad actual, sino que también expone al cuerpo como lugar de felicidad, de representación de identidad social; mientras que en contrapartida lo encamina hacia la mercantilización. Así, al mismo tiempo que la sociedad “cultiva” el cuerpo, no para de despreciarlo, comercializarlo y cosificarlo; el cuerpo domina y sufre a la vez. Se propagan las “deficiencias” y los límites corporales, se desvalorizan las singularidades y potencialidades de los sujetos considerandolas innecesarias descartables, sin sentido. Al mismo tiempo, el cuerpo es exaltado, aclamado y convertido en el objeto más sublime de adoración. Podemos confirmar con el estudio de Gracia, (2010), que aborda la cuestión de por qué la dieta, la salud y el cuidado del cuerpo han pasado a desempeñar un papel tan importante en nuestra vida cotidiana, y explora la relación de estas prácticas en la aparición de la obesidad asociada como un problema de salud. Se ha podido observar que la relación entre la dieta, la salud y el cuidado del cuerpo (belleza) ha sido elaborada como una estrategia de marketing con consecuencias culturales de amplio alcance, pues “estar a dieta” ya no es sólo una cuestión de la biología, nutrición y medicina; se trata también de la cultura, la política y la sociedad.

La televisión, el cine, la moda y el deporte valoran y postulan la apariencia corporal como núcleo de poder y felicidad humana. Como señala Orbach (2009), la apología del cuerpo perfecto, estéticamente bello y proporcionalmente delgado (dirigida, especialmente, hacia las mujeres), es una de las más severas fuentes de frustración, angustia y depresión en la dinámica sexual y social de la sociedad. Esta sociedad aterroriza a quien no la sigue, a quien está fuera del peso “normal”, una sociedad “obesofóbica”. El cuerpo bello se convierte así en un objeto de consumo del que se espera rentabilidad y estatus; se constituye, pues, en símbolo de éxito o fracaso. El aspecto físico aumenta o disminuye las posibilidades de movilidad y ascenso social del sujeto, funcionando como un elemento de poder (Bourdieu, 1986).

El cuerpo no ideal, que no encaje con los patrones estéticos dominantes, será más aceptado como un cuerpo “excluido” socialmente. Por su parte, los medios de comunicación juegan también un papel importante en lo que respecta a la continuidad y la expansión de dichos patrones; ya que, al ser portavoces de los valores de la sociedad de consumo, despiertan en el imaginario colectivo un ideal de cuerpo cuya finalidad es la de ser “consumido” y “admirado” (Wiederman y Hurst, 2008).

La prioridad que se le otorga al cuerpo es tal que casi se podría decir que cobra “vida propia”, pues se convierte en una máquina que necesita constantes y exhaustivas reparaciones y manutenciones. En este sentido, el ideal de cuerpo perfecto es uno de los más fuertes en el imaginario colectivo: el cuerpo-imagen viene a ser un reflejo de bienestar e inclusión. Indiscutiblemente, se hacen necesarias algunas reflexiones sobre el cuerpo de la mujer en la sociedad occidental contemporánea, y sobre cómo los mecanismos de regulación social impactan en las diferentes prácticas corporales.

1.4. Aspectos culturales de la obesidad

La cultura se refiere a patrones aprendidos de conductas y creencias, característicos de una sociedad o grupo social. Incluye valores de todo tipo, desde la alimentación, los medios de producción, el manejo de su economía, hasta elementos ideológicos como la estética del cuerpo. Las conductas derivadas de la cultura y las creencias se adquieren en la infancia y raramente son cuestionadas en la adultez, considerándose las como un conocimiento “obvio” que trasciende a la descendencia. La relación existente entre figura y peso lleva a situaciones confusas en las que para las culturas “occidentalizadas”, la delgadez es considerada un sinónimo de belleza y la

gordura, de fealdad. Sin embargo, ni la obesidad tiene connotaciones negativas en todas las culturas, ni la delgadez es para todo sinónimo de belleza. Debido a que la autovaloración y la sexualidad, obedecen a razones que no son constantes ni iguales para todas las culturas, el prestigio de las antiguas Venus perdura en algunas culturas primitivas actuales. La belleza tiene tanta fuerza y repercusión social que para alcanzarla se suele recurrir a técnicas que alteran el estado de nutrición y la composición corporal, en búsqueda de modificar la figura. En algunas culturas la ganancia de peso antes del casamiento es un prerrequisito para asegurar la buena evolución del embarazo y la lactancia (Gortmaker *et al.*, 1993).

El concepto cultural de obesidad difiere del biológico y evolutivo. Según Brown (1992) existen 3 niveles en el sistema de la cultura; la economía productiva, la organización social y el sistema de creencias. La definición social de obesidad se encuadra dentro de las creencias, dependiendo del ojo del observador, como fenómeno subjetivo relacionado con los ideales de belleza, posición social y económica, comportamiento social, demostración de fuerza y perseverancia, etc. La definición social de tamaño y forma corporal ideales, responde más a estándares estéticos que a razones médicas, resultando para las sociedades americana y europea en cuerpos ideales más delgados que para la medicina, especialmente para el sexo femenino. El "sentirse gordo/a", es una queja frecuente aún entre individuos que no lo son, razón por la cual la obesidad además de ser una condición física es experimentada a nivel psicológico y a veces sólo de esta última manera, comportándose muchas veces como una cualidad "incorporable" difícil de remover una vez aplicada, aún luego de perder peso. La propuesta médica de considerar la obesidad peligrosa la que se produce alrededor de la grasa abdominal, dándole menos importancia a la periférica, probablemente poco modifique por el momento, la definición cultural e individual de obesidad. El exceso de peso se acompaña de discriminación social, que se hace evidente a todo nivel: en cada aspecto de su vida se le recuerda al obeso que vive en una sociedad que odia la gordura (Andreyeva *et. al.*, 2008).

Uno de los cuestionamientos sobre el tema de la obesidad y cultura es acerca de la aceptabilidad en las personas obesas en el pasado y en otras culturas. Es una declaración que evidencia la poca tolerancia con los obesos en nuestro momento actual, un retrato histórico y cultural de un proceso obesofóbico. Sin embargo, hay sociedades dónde la obesidad es valorada, pero en nuestra actual sociedad occidental

las personas gordas y obesas presentan dificultades en las dinámicas psicosociales, (Canovas, Ruperto y Mendoza, 2001).

En muchas culturas tradicionales, la capacidad de almacenar la grasa se ve como un signo de buena salud y vitalidad, y para las mujeres, es la promesa de los hijos. En los individuos con alta posición de poder y prestigio social la adiposidad ha tenido significado de éxito, según los dos sociólogos americanos, Brown y Konner (1998).

Sin embargo, se ha hecho necesario crear movimientos comunitarios y sociales con el objetivo de combatir los estigmas generados por la obesidad y así promover la inclusión de personas en sobrepeso u obesas. Como ejemplo podemos citar el NAAFA- Asociación Nacional para el Avance de la Aceptación de la Gordura y (HAES) Health at Every Size - Salud en todos los tamaños- que es una idea que "apoya a las personas en la adopción de hábitos de salud por el bien de la salud y el bienestar (en lugar de control de peso)" (<http://www.haescommunity.org/> recuperado en 17.03.2015) Se espera eliminar la discriminación de la obesidad y mejorar el nivel de vida de las personas que tienen sobrepeso. Estos movimientos son medidas psicosociales de intervención, que tiene como objetivo ayudar a las personas obesas a aceptar mejor su forma física y a ser menos críticas e insatisfectas con su imagen corporal. Ellas encuentran en estos grupos una oportunidad de vivir y relatar experiencias de identidad, legitimidad, identificación y también de experimentar una relación psicoterapéutica, (Jon, Putnam y McKibbin, 2007).

Estos problemas de índole psicosocial, producto de un conflicto entre el medio cultural y el individuo, producen una actitud de rechazo tan fuerte hacia la obesidad y al obeso, que el conocimiento de la existencia de estas creencias sociales produce sentimientos de culpa por ser obeso y por el temor ante el fracaso de controlar el peso, lo cual genera baja autoestima en áreas vinculadas con la imagen personal y la autoestima global.

Por lo tanto, la autoestima, la imagen corporal y la sexualidad son considerados un tema clave en esta discusión, están conectados a la obesidad y a las cuestiones de la salud física, mental y psicosocial, (Gimlin, 2002).

2. Imagen Corporal

2.1. Construcción psicosocial de la imagen corporal

La imagen corporal es construida a partir de las imágenes producidas por la cultura y la sociedad. Es un constructo que se refiere al conjunto de percepciones, creencias, pensamientos y/o actitudes hacia al cuerpo, así como las experiencias y sentimientos que el cuerpo produce y las conductas relacionadas. Las creencias erróneas con respecto a las preferencias de tamaño del cuerpo femeninos se celebran a menudo por muchas mujeres, y estas pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de imagen corporal (Rodríguez y Cruz, 2008).

La sociedad en la mayoría de sus expresiones rechaza la imagen del obeso y lo desconoce como un integrante cuantitativamente importante en las prácticas y dinámicas sociales. El exceso de peso se acompaña de discriminación social, que se hace evidente a todo nivel: en cada aspecto de su vida se le recuerda al obeso que vive en una sociedad que odia la gordura (Puhl y Heuer, 2010).

Investigaciones de (Hausenblas *et al.*, 2013), sugieren que el cuerpo femenino cuando produce insatisfacción es particularmente más susceptible al afecto negativo tras la exposición a imágenes de los medios, mientras que la persona satisfecha con su cuerpo incluso puede responder positivamente a este tipo de imágenes. Los patrones de la sociedad actual, con respecto a las dimensiones corporales femeninas, ponen de moda la figura delgada. Otros autores hacen referencia a la problemática que viven las mujeres al percibir, tanto en los medios de comunicación masiva como en las actitudes y comentarios de los individuos y grupos sociales, mensajes que inducen a una necesidad de ser “delgadas”. No se puede obviar la influencia que tienen los estereotipos y los valores estéticos y culturales del cuerpo humano, en la autoimagen de la mujer, y las consecuencias de esta problemática que afecta incluso a las niñas. El deseo de conseguir un cuerpo perfecto puede socavar la identidad femenina, desencadenando exclusiones delante de patrones corporales muy rígidos (Goellner, 2003).

La insatisfacción de la imagen corporal surge temprano en las mujeres, para algunas chicas a partir de los cinco años de edad, (Davison, Markey y Birch, 2000). La insatisfacción corporal a menudo refleja la angustia de no corresponder a un ideal, en la mayoría de las sociedades, la delgadez. En un estudio de niños de diversos grupos étnicos y socioeconómicos (DeLeel, Hughes, Miller, Hipwell y Theodore, 2009), el 35% de las niñas de 9 años de edad prefirieron figuras más delgada que sus propias figuras. La insatisfacción corporal se vuelve cada vez más preocupante,

cuando las niñas entran en la pubertad. Durante la adolescencia, las tasas de insatisfacción corporal entre las mujeres suben peligrosamente, y como consecuencia hacen aparición la depresión, el estrés, y la baja autoestima, (Eggert, Levendosky y Klump, 2007).

La presión social en relación a la delgadez (el cuerpo bello), junto con otros factores de vulnerabilidad biológicos y psicológicos, como una baja autoestima o rasgos obsesivo-compulsivos pueden llevar al desarrollo de estos trastornos de imagen corporal, y las mujeres representan el grupo social más afectado (Galvão *et al.*, 2006).

Por su parte, los medios de comunicación juegan también un papel importante en lo que respecta a la continuidad y la expansión de dichos patrones, pues, al ser portavoces de los valores de la sociedad de consumo, despiertan en el imaginario colectivo un ideal de cuerpo cuya finalidad es la de ser “consumido” y “admirado” (Troya, 2008). Esta normativa actual de culto al cuerpo puese ser entendida como un símbolo de control, opresión y sufrimiento, revelando que la concepción del cuerpo femenino se construye en función de los beneficios que pueda tener para los demás en términos de seducción, placer, maternidad y en general de aceptación e inclusión social (Heras, 1992).

Los estudios de Cash, Theriault y Annis (2004) y Cheng y Mallinckrodt (2009), proponen teorías sobre las causas, orígenes de la insatisfacción con la imagen corporal dentro de una perspectiva psicosocial. Investigó primero la relación entre la insatisfacción de la imagen corporal, y recuerdos de la infancia en referencia a los padres. Después de estimar la fuerza de las asociaciones entre el "cuidado" de los padres y la imagen corporal, el segundo objetivo del estudio fue investigar un modelo de 2 etapas en el que la ansiedad y la internalización de las imágenes mediáticas han servido como mediadores de esta relación (insatisfacción con la imagen corporal x relación parental). Por lo tanto, en una muestra de 224 mujeres, los resultados sugieren que los cuidados de los padres se han asociado negativamente con la ansiedad del apego. Ésta se asoció positivamente con la internalización de la influencia de los medios; y la influencia de los medios de comunicación se asoció positivamente con la insatisfacción corporal. Este modelo afirma que las relaciones entre padres e hijos, basadas en la ansiedad y/o apego, aumenta la vulnerabilidad a la internalización de las imágenes mediáticas, lo que puede aumentar la insatisfacción con la imagen corporal.

Sin embargo, hay investigaciones que afirman que después de un tratamiento de exposición del cuerpo y reestructuración cognitiva, los pacientes, con trastorno de la imagen corporal y trastorno alimentario, obtuvieron una mejora en su grado de insatisfacción corporal (Tahmouresi *et al.*, 2014).

2.2. Insatisfacción de la imagen corporal

Los procesos interpersonales se han implicado constantemente en el desarrollo y mantenimiento de la insatisfacción corporal. Desde el punto de vista interpersonal, la interiorización del ideal de delgadez puede producir actitudes que son aprobadas o reforzadas socialmente. Según Thompson y Stice (2001), en el caso de las mujeres, sus familiares, compañeros y los medios de comunicación refuerzan la forma ideal del cuerpo delgado de la mujer a través de comentarios o acciones que fomentan la dieta, la crítica hacia la mujer basada en el peso, y la glorificación de los modelos ultra-delgados.

Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007) afirman que la insatisfacción corporal está íntimamente asociada con el humor. Preocupaciones por el peso y la forma física son consideradas más estables a lo largo del tiempo, parecidas a las creencias nucleares o las construcciones de personalidad tales como la autoestima, por ejemplo.

La investigación de Cafri *et al.* (2005), desarrollada con mujeres con promedio de edad entre 10,25 y 26,5 años, explora la relación entre la conciencia e interiorización del ideal de delgadez y las presiones sociales percibidas de la imagen corporal, así como factores relacionados con la edad y la etnia. Los autores encuentran relación estadísticamente significativa entre los tres factores socioculturales (edad, etnia y género) y la imagen corporal. La internalización y las presiones percibidas sobre el ideal de delgadez tenían una relación más fuerte que la variable concientización de la imagen corporal. Como conclusión se ha podido afirmar que la internalización de los “ideales de delgadez” parece ser la clave sobre la imagen corporal.

Una investigación de Algars *et al.* (2009), que exploró la relación entre edad, género, IMC e imagen corporal con una muestra de 11.468 hombres y mujeres con edad entre 18 y 49 años, ha confirmado que las mujeres están menos satisfechas con sus cuerpos que los hombres, y que el IMC tuvo una gran influencia sobre la imagen corporal.

El estudio de Esnola, Rodríguez y Goñi (2010) contó con una muestra de 1.259 participantes (627 adolescentes, 271 adultos jóvenes, 248 adultos de edad mediana, 112 mayores de 55 años) con el objetivo de explorar qué factores se relacionan con una imagen negativa del cuerpo a través de auto-informes completos que medían la imagen corporal y otros factores sociales y personales. Los resultados afirmaron que hubo una fuerte relación entre la satisfacción con el cuerpo y las presiones socioculturales percibidas, por las mujeres, con mayor insatisfacción corporal, y estuvieron más afectadas por factores socioculturales que los hombres. Las mujeres jóvenes parecen estar en mayor riesgo de la insatisfacción corporal y más susceptibilidad a la presión sociocultural que los otros grupos.

Otros estudios como el de Dijkstra y Barelds (2011), utilizó una muestra de 1.287 mujeres, con datos de auto-informe sobre la atención, disposición, la comparación del cuerpo y la satisfacción corporal. Los resultados obtenidos mostraron que el aumento de la conciencia corporal (aceptación) se asoció con una mejor satisfacción con el cuerpo; que el aumento de la comparación corporal se asoció con menor atención y satisfacción corporal.

El estudio de Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer y Agras (2004) han demostrado que la perturbación de la imagen corporal puede ser considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades, entre ellas, el trastorno por atracón, anorexia nerviosa, bulimia nerviosas entre otras de la conducta alimentaria. Además ellos observan que la sobrevaloración de la forma y peso corporal parece ser independiente del Índice de Masa Corporal, llegando a la conclusión de que el elevado grado de preocupación por el peso y la forma no parece atribuirse al exceso de peso, sino que puede estar vinculado con la sintomatología en sí (Grilo *et al.*, 2010). Las personas con un cuerpo que es más grande que aquél hecho por la construcción social “ideal”, sufren en muchos casos de insatisfacción corporal; pero no podemos afirmar que esto sea determinante en el proceso del trastorno de imagen corporal.

Como ejemplo de psicopatología relacionada con la percepción de la imagen corporal, podemos mencionar, entre otros, el Trastorno Disfórmico Corporal. Este trastorno, también conocido como dismorfofobia, suele comenzar en la adolescencia y consiste en la preocupación obsesiva por un supuesto defecto físico, que es prácticamente indetectable para los demás, entre otros factores, según el DSM-V (APA, 2013). Los comportamientos relacionados con el Trastorno Dismórfico

Corporal surgen que personas que se involucran en evaluaciones negativas relacionadas con la apariencia física activan un modo específico de procesamiento que está relacionado con el aumento de la ira, tristeza, ansiedad y depresión (Kollei y Martin, 2014).

En las sociedades occidentales, la obesidad es, a menudo, percibida como poco atractiva, a veces lleva a la exclusión y a la discriminación. La imagen del cuerpo ideal es una construcción social, con una trama histórica y un valor moral, pudiendo influir en el funcionamiento sexual considerado saludable y satisfactorio (Saguy, 2005).

2.3 Imagen corporal y conductas alimentarias

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se caracterizan por la alteración de la percepción corporal y la obsesión por la forma física. Los síntomas más comunes son entre otros: deseo de una imagen perfecta y distorsión de la realidad delante del espejo. Las clasificaciones de los trastornos alimentarios de la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría - DSM- V consideran como categorías diagnósticas el trastorno por atracón, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno alimentario no especificado.

Los trastornos en la conducta alimentaria están definidos como una disfunción del comportamiento alimentario que se desarrolla a partir de la interacción de múltiples y complejos factores genéticos, biológicos, psicoafectivos y socio-culturales. Son uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes constituyendo un problema de salud por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más tempranas, principalmente en las niñas (Behar, 2004).

Las investigaciones sugieren que ha habido un aumento en las tasas de prevalencia de trastornos de la alimentación en los últimos decenios. Por ejemplo, la insatisfacción corporal es más frecuente que los trastornos alimentarios, y se ha encontrado asociada con malestar psicológico, deterioro funcional, preocupación por la apariencia, y uso de la cirugía estética (Lobera *et al.*, 2008).

La evidencia empírica proporciona amplio soporte para varios factores de riesgo que afectan el desarrollo de la insatisfacción corporal, que a su vez puede conducir a la patología alimentaria (Stice, 2002). Según Stice, Maxfield y Wells

(2003) en el caso de las mujeres, las presiones por estar delgadas pueden tener una variedad de formas, como la glorificación de los modelos ultra-delgados, los mensajes directos en los cuales se indica que se debe bajar de peso, y las presiones más indirectas por ajustarse a la corriente ideal, la delgada. Como consecuencia se ha observado una disminución en el peso del cuerpo ideal para las mujeres retratadas en los medios de comunicación lo que proporciona apoyo al modelo sociocultural de conductas alimentarias alteradas y de la imagen corporal en la actualidad (Shaw, Stice y Becker, 2009). Autores como Trentowska *et al.* (2014), sugieren que la exposición del cuerpo y la reestructuración cognitiva para los pacientes con insatisfacción corporal y con trastornos alimentarios es una manera de eficaz en el tratamiento. Aunque, se sabe poco sobre el impacto de la exposición del cuerpo sobre la insatisfacción corporal, la sobrevaluación del peso y la forma entre otros aspectos relacionados con la psicopatología del trastorno alimentario. Los estudios demuestran que la exposición del cuerpo es una técnica prometedora para el tratamiento de la insatisfacción corporal y de los TCA. Se ha observado mejoras en el cuadro clínico de los pacientes con TCA después de la exposición del cuerpo.

Entre los trabajos que han evaluado la autoestima en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, algunos han estudiado la relación de la autoestima con otras variables (insatisfacción corporal y IMC) para explicar la sintomatología de los TCA. Estos trabajos afirman que la baja autoestima se relaciona con la insatisfacción corporal y con el sobrepeso; y a su vez, estas variables predisponen al desarrollo de los TCA (Mendelson, McLaren, Gauvin y Steiger, 2002; Peck y Lightsey, 2008; Sassaroli, Galluci y Ruggiero, 2008; Serpell, Neiderman, Roberts y Lask, 2007).

Sin embargo, otros autores como Behar (2010), destacan la importancia de los factores socio-culturales en la patogénesis de los trastornos alimentarios, de modo que esos trastornos han sido muchas veces considerados como un síntoma, una expresión del contexto socio-histórico y cultural del cual emergen. Dentro de este contexto, la mayor prevalencia de estos trastornos se da en los países occidentales desarrollados; en individuos de clase social más alta, y también en algunos grupos ocupacionales, tales como actrices, modelos, bailarinas, nutricionistas en general y jóvenes. La “cultura del cuerpo” viene siendo dirigida como un importante elemento en la etiología de los trastornos alimentarios de la actualidad.

Algunos autores lo definen como un síndrome conectado a la cultura, específicamente a la cultura occidental (Rivarola y Penna, 2006). No obstante, esta

definición no es unánime entre los investigadores. Algunos defienden que los avances científicos, tecnológicos y la globalización son más determinantes que la occidentalización como factor que contribuye al desarrollo y aumento de la incidencia de los trastornos alimentarios, (Hay, 2002). La psiquiatría no ha considerado a la occidentalización como incidente de los trastornos alimentarios, simplemente señala estos trastornos como enfermedades psiquiátricas con poca expresión en otras culturas, (Morgan, Vecchiatti y Negrão, 2002).

3. Funcionamiento Sexual

La definición de 2001, de la Dirección General de Salud, es particularmente relevante: La salud sexual está intrínsecamente vinculada con la salud, tanto física como mental. Así como salud física y mental pueden contribuir a la disfunción sexual y a las enfermedades, las disfunciones y enfermedades pueden contribuir a la salud física y a los problemas mentales.

La sexualidad se manifiesta en las conductas, actitudes y prácticas de las personas. Es una parte integral y compartida de la personalidad de los individuos. Este concepto se presenta con diferencias de un individuo a otro y comprende una dimensión física (incluidas las prácticas y las relaciones sexuales), una dimensión psicológica y una dimensión cultural. La relación con el otro juega un papel importante en la sexualidad (Dolto, 1999).

El conocimiento en los campos de investigación de la imagen corporal y la sexualidad, ha aumentado significativamente en la última década, según el estudio de Woertman y Brink, (2012). En una revisión de 57 estudios compilados fue utilizado como evidencia empírica, la relación entre la imagen corporal y la sexualidad en mujeres sanas. La conclusión general es que los problemas de imagen corporal pueden afectar a todos los dominios de la función sexual. La autoconciencia sobre el cuerpo parece ser un factor clave en la comprensión de las complejas relaciones entre la imagen corporal y de la sexualidad en mujeres. Evaluaciones positivas sobre el cuerpo no sólo alteran en las respuestas y experiencias sexuales durante la actividad sexual, sino también en el comportamiento sexual, la prevención sexual y el comportamiento sexual de riesgo.

Actualmente, cada vez más mujeres jóvenes y adolescentes, conviven con una preocupación y/o insatisfacción por la imagen corporal. Las mujeres con estos

problemas reportan menos satisfacción, comodidad y cercanía en sus relaciones románticas y tienden a expresar una visión de la sexualidad que se centra sólo en su función y no en su placer (Kolotkin *et al.* 2006). La manera como estas mujeres perciben su propio nivel de “atractivo” tiene influencia en su placer sexual, pues muchas formentan preocupaciones acerca de su apariencia física pasando a tener más dificultades en relajarse y centrarse en su propio placer sexual (Hoyt y Kogan, 2001). Por otro lado, una relación alentadora y de apoyo con una pareja romántica está positivamente asociada con sentimientos optimistas para la mujer sobre su cuerpo y se asocia negativamente con la ansiedad acerca de su apariencia física. Además, los problemas de imagen corporal están generalmente asociados con el miedo a la intimidad en las relaciones amorosas, según Weller y Dziegielewski (2004).

Es bien sabido que los pacientes con obesidad mórbida experimentan disfunción de la imagen corporal y baja autoestima. Debido a que la sexualidad está íntimamente ligada con estas características, no es ninguna sorpresa que los pacientes con obesidad mórbida relaten dificultades en la calidad de la vida sexual, pues existe una limitación física consecuencia de la grasa corporal que imposibilita un contacto más íntimo. Tal vez la disfunción sexual, en estos casos proceda de una imposibilidad física, no de una falta de deseo o disposición. Según los resultados de Ambler, Erick y Diamond (2012): (1) un IMC mayor se asocia con mayores deficiencias en la calidad de vida sexual que esta más deteriorada en mujeres obesas que en hombres obesos; (2) la obesidad también provoca graves problemas psicológicos; (3) los pacientes obesos tienden a tener una imagen negativa del cuerpo, baja autoestima y dificultad con las relaciones interpersonales.

Tomándose en cuenta que el índice de masa corporal, en especial, cuando es elevado, denota sobrepeso u obesidad, se cree que este sea un factor con importante impacto en el funcionamiento sexual femenino. Se plantean, en ese sentido, algunos cuestionamientos, a fin de contextualizar las reflexiones respecto al tema. ¿Qué consecuencias de la obesidad, como enfermedad, interfieren en el funcionamiento sexual?, ¿el impacto de la obesidad se manifiesta de modo más pronunciado, en la dimensión psicopatológica o psicosocial?, ¿hay diferencias entre hombres y mujeres? Muchas investigaciones se han llevado a cabo sobre la obesidad y la sexualidad en contextos separados, pero todavía hay pocas investigaciones acerca de los vínculos entre obesidad y funcionamiento sexual. Otras están en marcha, y están constantemente destacando su acción en muchos procesos patológicos.

La salud sexual no se limita a la ausencia de enfermedad o disfunción, ni limita su importancia a los años de reproducción. Se incluye la capacidad para entender y sopesar los riesgos, responsabilidades, resultados e impacto de la violencia sexual, acciones y la práctica de la abstinencia cuando sea apropiada. También incluye la capacidad de liberarse del abuso sexual y de la discriminación, la capacidad de integrar la sexualidad de las personas en sus vidas, obtener placer de él y reproducirse. La salud sexual es una parte importante e integral de la vida de una persona. Está íntimamente entrelazada con la salud general del individuo y la salud mental. Adicionalmente, a la salud general y a los componentes de la salud mental; la salud sexual, específicamente, incluye muchas facetas como el funcionamiento sexual y la salud reproductiva. La disfunción sexual es una condición prevalente y es una importante preocupación dentro de la salud pública. (Esposito *et al.*, 2007).

El trabajo científico desarrollado por Pereira y Veiga-Branco (2014) tuvo como objetivo explorar la asociación entre las relaciones afectivas-sexuales y la imagen corporal en personas con obesidad, a través de una revisión bibliográfica, en la cual los autores revisaron una muestra de 20 artículos científicos actuales realizados desde 2006 a 2014. Los resultados apuntan a que cuanto mayor es el IMC, mayores son los prejuicios con el funcionamiento sexual, no por una disminución de hormonas que interfieran en la dinámica biológica de las funciones endocrinas-sexuales, y sí por el estado emocional que los pacientes pueden presentar, como la depresión.

El DSM-V define la disfunción sexual como un trastorno en el ciclo de la respuesta sexual o dolor durante el coito. Inicialmente la Asociación Psiquiátrica Americana, (APA) había reunido las alteraciones de la función sexual en cuatro tipos: trastornos del deseo, de la excitación, falla orgásmica y dolor coital, posteriormente se agregaron dos más: alteración en la lubricación y en la satisfacción.

Mitul (2009) se basó en estudios sobre sexualidad y obesidad e investigó la Disfunción Sexual Femenina (FSD). Para entender las categorías de FSD, uno debe primero entender la sexualidad femenina con respecto al ciclo. Sin embargo, el efecto de la obesidad sobre la función sexual femenina sigue siendo poco claro. Una serie de estudios han explorado la relación entre la obesidad y la disfunción sexual femenina. Una de las teorías supone que la obesidad mórbida es una barrera física para el coito. Camps, Zervos, Goode y Rosemurgy (1996), a través de cuestionarios, también se dirigió a las dificultades sexuales (es decir, la dificultad física de la participación en

las relaciones sexuales como consecuencia de la grasa abdominal o por presentar una pobre condición física). Estos investigadores observaron que después de la cirugía bariátrica la dificultad en las relaciones sexuales disminuyó como resultado de la disminución postoperatoria de la circunferencia abdominal. Los resultados indican que un mayor IMC se asocia con mayores deficiencias en el comportamiento sexual y calidad de vida y en la calidad de la vida sexual esta más deteriorada en mujeres obesas que en los hombres obesos.

La relación entre la obesidad y funcionamiento sexual ha sido demostrada en la literatura. Uno puede teorizar que existe una mayor prevalencia de la Disfunción Sexual Femenina en pacientes obesas. El mayor impacto de la obesidad sobre la salud reproductiva en toda la vida de la mujer (planificación familiar, edad reproductiva y menopausia) también se ha descrito. Por lo tanto, el tratamiento de la obesidad es importante para la salud y tendrá un efecto positivo sobre la salud sexual de las mujeres, con una mejora en sus funcionalidades sexuales y una disminución de factores de riesgo relacionados con la anticoncepción, el embarazo, la infertilidad y la menopausia. Las opciones de tratamiento (dieta y ejercicio, medicamentos o la cirugía bariátrica) están siendo consideradas; es importante incluir una evaluación de la salud sexual en la atención general del paciente obeso. Específicamente, una disminución de la obesidad mejora la salud sexual y disminuye la degradación física.

La salud sexual femenina puede ser mejorada así como fortalecida (imagen corporal, autoestima, y las relaciones psicosociales) con una disminución de la obesidad. También se señaló que el deterioro físico tiene un papel de reciprocidad en la obesidad y la sexualidad, (Larsen, Wargner y Heitmann, 2007). Las dificultades sexuales en las mujeres parecen estar muy extendidas en la sociedad; la relación entre la función sexual femenina y la obesidad aún no está clara. Este estudio de Esposito *et al.* (2007) tuvo como objetivo investigar la relación entre el peso corporal, la distribución de la grasa corporal y la función sexual en mujeres. La muestra estuvo basada en mujeres sanas, de cincuenta y dos años y valores anormales en la puntuación del índice de la función sexual femenina (FSFI). Se compararon con 66 mujeres del grupo control, de la misma edad en estado menopáusico. Todas las mujeres estaban libres de enfermedades, pues se sabe que afecta a la función sexual. El FSFI correlaciona fuertemente con el índice de masa corporal (IMC) ($r = -0,72$, $p = 0,0001$), pero no con la relación cintura-cadera ($r = -0,09$; $p = 0,48$), en mujeres con disfunción sexual. De los seis parámetros de la función sexual, el deseo y el dolor no

se correlacionaron con el IMC, mientras que la excitación ($r = -0,75$), la lubricación ($r = -0,66$), el orgasmo ($r = -0,56$) y la satisfacción ($r = -0,56$, todos los $P < 0,001$) sí lo hicieron. La puntuación del FSFI fue significativamente menor en las mujeres con sobrepeso, en comparación con las mujeres de peso normal. En el análisis multivariado, la edad y el IMC explican varianza al rededor de un 68% de la varianza del FSF. En conclusión, la obesidad afecta a varios aspectos de la sexualidad, tanto en mujeres sin disfunción sexual cuanto con disfunción sexual.

Un estudio internacional de Laumann *et al.* (2005), exploró la subjetividad del bienestar sexual, a través de la evaluación cognitiva y emocional de la sexualidad en los individuos. Este trabajo exploró los diversos aspectos: examinó predictores en las diferentes culturas, e investigó sus posibles asociaciones con la felicidad general y sus correlaciones, incluyendo la disfunción sexual. Los datos fueron extraídos del Estudio Global de Actitudes y Comportamientos Sexuales, en una encuesta de 13.882 mujeres y 13.618 hombres, un total de 27.500 personas, de 40 a 80 años en 29 países. Se ha observado varios factores que elevan constantemente la probabilidad de problemas sexuales. La edad constituye un correlato importante de dificultades de lubricación entre las mujeres y entre otros problemas sexuales, la falta de interés en el sexo, la incapacidad para alcanzar el orgasmo, y las dificultades de erección en los hombres. Concluimos que las dificultades sexuales son relativamente comunes entre los adultos maduros de todo el mundo. Los problemas sexuales tienen la tendencia a estar más asociados con la salud física y el envejecimiento en los hombres que las mujeres.

La segunda faceta importante de la salud sexual que puede estar afectada por la obesidad es la salud reproductiva: la planificación familiar, la maternidad y la menopausia. La presencia de factores de riesgo sexuales pueden limitar las opciones de anticonceptivos para las mujeres obesas. Estas tienen más riesgo de desarrollar diabetes mellitus, hipertensión, ataques cardíacos, accidentes cerebro-vasculares y trombosis venosa profunda o embolia pulmonar. Estos trastornos fisiológicos pueden impedir el uso de los anticonceptivos que contienen estrógenos como método de planificación familiar. Aún según Esposito *et al.* (2008), las mujeres con síndrome metabólico que es definido por Martínez de Morentín, Rodríguez y Martínez, (2003) como una serie de factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la dislipidemia, la intolerancia a la glucosa por la resistencia a la insulina y la obesidad visceral, elevan la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular. Su detección y tratamiento es

importante para mejorar la salud de la población en general, así como la salud sexual. Por otra parte, la evidencia preliminar sugiere que una dieta de estilo mediterráneo podría ser eficaz en la mejora de la función sexual en mujeres con el síndrome metabólico. Cambios en la dieta, centrándose sobre todo en la actividad física regular y una dieta saludable, son maneras eficaces y seguras para reducir las enfermedades cardiovasculares y la mortalidad prematura en todos los grupos de la población; incluso tratar las disfunciones sexuales.

Gailey (2012) hizo un estudio con el objetivo de averiguar cómo las mujeres con obesidad tratan sus cuestiones sexuales e historias sentimentales. Fue utilizada una muestra de 36 mujeres norte-americanas (con edad entre los 23 y los 60 años) identificadas como obesas, que fueron entrevistadas sobre la imagen corporal, la aceptación del tamaño y las historias sexuales. Los resultados han mostrado que 34 mujeres (94%) indicaron que tuvieron una vida con vergüenza del cuerpo y numerosas tentativas de perder peso, también relataron durante las entrevistas que sus relaciones y vida sexual eran insatisfactorios. Sin embargo, 26 de las 36 mujeres relataron un cambio en sus vidas cuando aceptaron sus tamaños corporales. Ellas pasaron por una transición de un sentimiento fatal sobre sus cuerpos y el sexo, a sentirse mejor con sus cuerpos y como consecuencia en sus vidas sexuales. De entre las 36 mujeres, 7 mujeres que no estaban a gusto con sus cuerpos y que estaban intentando perder peso relataron tener una vida sexual inexistente o experiencias sexuales negativas, y de éstas, 3 mujeres relataron una visión extremadamente negativa de su cuerpo, pero una vida sexual muy satisfactoria, y por fin 2 de éstas mujeres, relataron tener siempre una imagen corporal positiva, sin historia de dietas u odio a la grasa y una vida sexual satisfactoria.

Investigaciones anteriores sobre obesidad y funcionamiento sexual, con entrevistas semi-estructuradas, indicaron que las mujeres gordas relataron insatisfacción en el funcionamiento sexual de una manera general (Gailey y Prohaska, 2006). Sin embargo, estos estudios relataron que, cuando las mujeres gordas, pasaban a aceptar la gordura tendían a experimentar un aumento en la autoconfianza y mejoraban sus relaciones sexuales, mientras que las mujeres que estaban luchando contra su tamaño corporal tenían a relatar menos satisfacción sexual y se sentían más usadas sexualmente por sus parejas. Se puede concluir que personas que están participando de grupos de intervención de aceptación de su cuerpo parecen que han mejorado la forma como ven sus cuerpos y su satisfacción sexual. Sin embargo, otros

autores afirman que el cuerpo sexualizado e idealizado para las mujeres, en general, es extremadamente importante en su funcionamiento sexual.

La mujer obesa es percibida con menos deseo sexual, menos atractiva sexualmente, menos deseable y sensible en comparación con las demás, mujeres con normopeso. También se puede inferir que de una manera general, la sexualidad femenina, está relacionada con el sentimiento de sentirse atractiva, (Wiederman y Hurst, 1998).

Laumann, Paik y Rosen (1999) argumentan que el deseo sexual de una mujer no tiene que preceder necesariamente a la excitación, tampoco al deseo innato espontáneo. La dinámica, en cambio, depende de factores psicológicos y sociales, tales como la intimidad de la pareja, la vida emocional y de bienestar. Estas motivaciones pueden incluir el deseo, que tiene la persona, de aumentar la intimidad con su pareja, para aumentar su propio sentido de bienestar (sentirse atractivo, apreciado, amado, deseado), o para complacer a su pareja. Algunas mujeres pueden experimentar deseo sexual espontáneo y se incrementa previsiblemente en una nueva relación. En un estudio de Kadioglu *et al.* 2009, con 247 mujeres entre 18 y 58 años, se exploró la relación entre la apreciación del cuerpo y la función sexual en mujeres y se evaluó que el tamaño del cuerpo (IMC) afectaría esta relación. Se ha observado que las puntuaciones de apreciación del cuerpo se correlacionaron modesta y negativamente con el IMC, mientras que el IMC no se relacionó con las puntuaciones de la función sexual. El aumento de la apreciación del cuerpo de estas mujeres puede mejorar la función sexual mientras que una reducción del IMC puede ser que no.

Desde una perspectiva cultural nos han enseñado a creer que la actividad sexual se lleva a cabo como resultado del deseo sexual. Y que el deseo sexual, a su vez, se produce como resultado de la belleza, la sensualidad y el amor (Blank, 2000). El mensaje que se transmite es que las personas obesas no son sensuales y que no deberían ser representadas de modo explícito en la sociedad. Estas mujeres, que tienen un cuerpo más grande que la construcción social “ideal”, son generalmente vistas como perezosas y poco atractivas. Esta normativa actual de culto al cuerpo es un símbolo de control, opresión y sufrimiento; y además revela la concepción del cuerpo femenino como una construcción en función de los beneficios que pueda tener para los demás en términos de seducción, placer, maternidad y, en general, de aceptación e inclusión social (Regan, 1996).

La norma del cuerpo en casi todas las sociedades occidentales es ser delgado. En los medios de comunicación y el cine, las imágenes publicitarias inundan, al espectador, de mujeres y hombres con cuerpos atléticos. La delgadez es el ideal de belleza y esta presión social desarrolla un fenómeno preocupante: muchas adolescentes y mujeres con peso normal se sienten demasiado grandes e insatisfechas con su rol sexual. Se supone, a priori, que la obesidad podría fácilmente interferir en la dinámica sexual de las personas, pues se opone al ideal de cuerpo atractivo, pero hay controversias en las investigaciones, según Goellner (2003).

Estudios más recientes sobre el peso corporal y el funcionamiento sexual apuntan a que el IMC y el orgasmo están negativamente correlacionados, con bajos niveles en la autoestima y insatisfacción con la imagen corporal y déficit en las experiencias psicosociales (Yaylali, 2010). Personas obesas presentan mayor dificultad de vivenciar la sexualidad (Kolotkin *et al.* 2006).

4. Autoestima

El concepto de autoestima se originó aproximadamente en el siglo XX y estaba vinculado a las teorías históricas del "Self". Durante este siglo fue utilizada como una herramienta para descubrir los secretos inherentes a los comportamientos humanos, a partir de eso, este concepto y conceptos semejantes, han sido factores importantes en la vida del ser humano (Campbell, 1999). La autoestima requiere que nos asignemos un valor como personas, que va a depender de la forma de juzgarse o rechazarse a sí mismo y que puede dañar al individuo (Valsamma, 2006).

Cooley, en 1902, considerado como la segunda persona que desarrolló el concepto del "sí mismo" afirma que la percepción que el individuo tiene de sí mismo es en base a la reacción que los demás tienen frente al individuo. Rosenbeg, uno de los mayores autores relacionados con la autoestima sostiene que su principal objetivo fue especificar la relación de ciertos factores sociales sobre la autoestima e investigar la influencia de la autoestima en actitudes y conductas socialmente significativas. Este autor considera que el individuo mira las cosas que existen a su alrededor y las observa a través del otro, así como desde la percepción y evaluación que el otro hace de él y es de esta manera en la que el individuo se hace consciente de lo que es. El concepto autoestima nace con las investigaciones y aportaciones que realizaron cuatro principales investigadores tales como: Rogers, Coopersmith, Rosemberg y Branden.

Rosenberg (1965) indicó la relación de factores sociales sobre la autoestima, la influencia de las actitudes y conductas socialmente significativas y de la comunicación, la cual va a depender de cómo percibimos las cosas desde la perspectiva del otro y en el proceso de "tomar el rol del otro", el individuo se hace consciente de que es objeto de atención, percepción y evaluación del otro. Brenden (1971) considera que es necesario promover en el individuo la conciencia de una sana autoestima y de la responsabilidad social, este autor también considera que existen algunas causas que pueden afectar a la falta de autoestima, como la ansiedad, la depresión, el fracaso escolar, el rendimiento laboral y el miedo a la intimidad.

Los conceptos sobre la autoestima y el "sí mismo", fueron estudiados por algunos autores, primeramente por el psicólogo Willian James. Según su obra la autoestima está ligada con la naturaleza humana, que esta determinada en base a las potencialidades que el ser humano tiene y que estas provienen de las necesidades básicas para la expresión de sí mismo. Después Garaigordobil, Perez y Moraz (2008), afirman que la autoestima es un equilibrio entre las adquisiciones personales y las aspiraciones. Otros autores enfatizan el aspecto social del *self*, tener mayor o menor autoestima, depende particularmente de la consideración de los otros y de cómo nos tratan. Tal fracción puede incrementarse reduciendo el denominador o aumentando el numerador (Mora y Raich, 2005).

La autoestima representa un aspecto evaluativo del autoconcepto y consiste en un conjunto de pensamientos y sentimientos que hace referencia a uno mismo. Se trata, por lo tanto, de una orientación positiva (autoaprobación) o negativa (depreciación), (Kernis, 2005). La autoestima tiende a ser estable al largo del tiempo y en diferentes contextos en la vida adulta. Por lo menos, en nuestra cultura occidental, ella es un constructo correlacionado positivamente con la satisfacción de la vida (Diene y Diener, 1995). Podemos observar que una autoestima elevada comúnmente indica buena salud mental, habilidades sociales y bien estar (Hewitt, 2009), mientras que una baja autoestima esta asociada a humor negativo, percepción de incapacidad, depresión, ansiedad social y trastornos alimentarios, entre otros (Heartherton y Wyland, 2003).

El estigma social, asociado a la condición de ser obeso, promueve un malestar crónico, dónde los sentimientos de vergüenza y culpa, pueden desarrollar alteraciones psicoactivas de difícil resolución, (Friedman y Brownell, 1997). Investigaciones sugieren que, las mujeres con sobrepeso/obesidad, estan más deprimidas y presentan

una autoestima más baja, comparativamente con que las que están en normopeso (Erickson, Robinson, Haydel y Killen, 2000).

Desde temprana edad, niños y adolescentes, pueden desarrollar una baja autoestima, sentimientos de inferioridad, en relación a los otros, debido al propio cuerpo y las constantes evaluaciones negativas por parte de la familia y amigos (Hayden-Wade *et al.*, 2005). La variabilidad de la autoestima se relaciona estrictamente con la insatisfacción corporal, con episodios de depresión, angustia, ansiedad y hasta comportamientos de riesgo (Zeller *et al.* 2004). Según algunas investigaciones no se puede aislar la baja autoestima con síntomas de ansiedad y hasta depresión, en personas de toda la edad. Un estudio longitudinal de Tujillo, Jong, Sportel, Hullu y Nauta (2014) con 1641 alumnos de primer y según año de la secundaria, en los Países Bajos, planteó como objetivo confirmar la relación entre la autoestima y síntomas de ansiedad y depresión. Se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg, de escalas de ansiedad infantil y la escala de depresión como instrumentos de investigación. Se ha comprobado que la baja autoestima es proveniente de un autoimagen negativa es un factor importante en la mayoría de los modelos de vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo de la ansiedad y depresión. Los resultados indican que una intervención en la autoestima puede evitar un aumento de la ansiedad y depresión.

Se ha observado (Hesketh, Wake y Waters, 2004), una fuerte relación entre adiposidad y autoestima cuando la imagen corporal es el principal aspecto a ser valorado. La insatisfacción corporal promueve el desarrollo del afecto negativo, baja autoestima y depresión (Ivarsson, Svalander, Litlere y Nevonen, 2006).

El estudio de Huang, Norman, Zabinski, Calfas y Patrick (2007) tuvo como objeto evaluar el impacto de una intervención cognitiva conductual de un año sobre la imagen corporal y la subjetivación de la autoestima. La muestra utilizada fue de 657 adolescentes, con edad, peso, etnia y genero diferentes. Los resultados mostraron que no se encontraron diferencias en la imagen corporal según la edad, el sexo y el peso al inicio del estudio, mientras que se demostraron diferencias de autoestima según el género, la etnia y el peso. La autoestima y la satisfacción corporal no empeoraron como resultado de la participación en el programa de intervención cognitivo conductual, para los niños y niñas. Sin embargo, las chicas que participaron del programa reportaron mejoras en la satisfacción con la imagen corporal. A partir de

otros estudios de intervención, se ha podido confirmar que existe una fuerte y expresiva relación entre obesidad, autoestima e imagen corporal (Silva *et al.*, 2009).

Se nota como es difícil que se consigan apreciar indistintamente habilidades sociales separadamente del aprecio por el propio cuerpo, especialmente en las mujeres, que suelen asociar muchas de estas cualidades a su apariencia física. Sin embargo, no podemos pensar en la autoestima como sólo un concepto de valoración individual, sin llevar en consideración las interferencias culturales. En un estudio cultural de apreciación del cuerpo (imagen corporal y autoestima), hecho por Ng, Siu-Kuen, Barron y Swami, (2015), ha confirmado que la estructura factorial de la Escala de Apreciación del Cuerpo no es equivalente en todas las culturas. Según el experimento, el factor de apreciación del cuerpo tuvo correlaciones positivas con el IMC y la autoestima, en mujeres adultas, en Hong Kong. Los resultados han sugerido que existen diferencias culturales que interfieren en la apreciación del cuerpo, estas experiencias pueden modificar el concepto del cuerpo (autoimagen y autoestima), en diferentes culturas.

Por lo tanto, el **objetivo general** planteado para esa investigación es analizar si las puntuaciones del Índice de Masa Corporal (IMC) elevado, de mujeres brasileñas, interfieren en la percepción de la imagen corporal, funcionamiento sexual y autoestima.

Los **objetivos específicos** planteados son:

- Comparar el IMC, entre mujeres brasileñas, con los niveles de imagen corporal, funcionamiento sexual y autoestima;
- Analizar la relación entre la edad y los niveles de satisfacción corporal y las categorías del funcionamiento sexual.

Las hipótesis adoptadas fueron:

Hipótesis 1. Las mujeres brasileñas, con IMC elevado, presentan insatisfacción corporal y sexual, así como baja autoestima.

Hipótesis 2. La edad influirá en la percepción corporal y en el funcionamiento sexual de tal manera que, a más edad habrá disminuido su actividad sexual.

En el Anexo 6 se puede encontrar una tabla resumen con los estudios actuales, llevados a cabo por diferentes autores y publicados en revistas de impacto, los cuales tratan de las mismas variables abordados en la presente investigación.

PARTE II.

Estudio Empírico

En este apartado se sistematiza el método implementado en la investigación, las características de la muestra, los instrumentos aplicados, las técnicas de análisis desarrolladas, el procedimiento llevado a cabo y la dimensión ética del estudio con seres humanos.

5. Método

La investigación se llevó a cabo con la intención de comprender un fenómeno complejo en su totalidad y fue abordado mediante un enfoque cuantitativo que permite abarcar todos los aspectos del problema de investigación. Se realizó un estudio transversal de variables clínicas y sociales, ya que el objetivo fue recoger y analizar información, compararla y tratar de confirmar las hipótesis.

5.1. Diseño

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo, el cual permite formular hipótesis sobre las relaciones esperadas entre las variables del problema que se estudia. Según Bonilla-Castro y Rodríguez (2005), en estudios con estas características, se procura contrastar los datos empíricos con el marco teórico que fundamenta el proceso deductivo, con el objetivo de aceptar o rechazar las hipótesis planteadas.

De acuerdo con los objetivos de la investigación y del marco teórico presentado, se consideraron las siguientes variables principales: imagen corporal, funcionamiento sexual y autoestima. La dimensión cuantitativa del estudio aportó información numérica y estadística de los ejes temáticos.

5.2. Dimensión ética del estudio

La investigación fue aprobada por la Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana de la Universidad Autónoma de Barcelona (CEEAH, UAB) con referencia 1889, en la fecha de 23 de noviembre de 2013.

5.3. Local de la recogida de datos

La recogida de datos ocurrió entre los meses de diciembre de 2012 y febrero de 2013, en el CEPARH (Centro de Pesquisa Assistência à Reprodução Humana). El centro está ubicado en la ciudad de Feira de Santana, un pueblo del estado de Bahía,

ubicado a 115 km de Salvador de Bahía, la capital. Según los datos del IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2015, la ciudad de Feira de Santana tiene 606.139 habitantes. El centro está destinado a la atención de mujeres con statu socioeconómico considerado bajo y los criterios adoptados para elegir el local fueron: el número elevado de mujeres que acuden al centro; el hecho de que en el CEPARH se maneja el funcionamiento sexual que es una de las variables del estudio y, por fin, la obtención de la autorización para tener acceso a las mujeres.

El centro pone a disposición de las mujeres servicios de reproducción humana, de nutrición y de otras especialidades médicas. La investigadora utilizó el espacio destinado a la orientación nutricional, para realizar la toma de las medidas de peso y altura (obteniendo, por lo tanto, el IMC), y aplicación de los instrumentos.

5.4. Participantes

Se ha evaluado una muestra de 102 mujeres brasileñas, entre 21 y 65 años que han asistido al CEPARH. Los criterios de inclusión, para participar de la investigación fueron: ser brasileña, tener entre 21 y 65 años, presentar un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 25, no presentar psicopatología grave o enfermedad médica invalidante, y nivel de estudio suficiente para comprender los ítems de los cuestionarios. Por lo tanto, se trata de una muestra intencional.

A cada mujer seleccionada, que atendía a estos criterios, se le presentó: el objetivo de la investigación; el carácter voluntario de su participación y de la confidencialidad en el tratamiento de los datos, el término de consentimiento informado (Anexo 1), que fue diseñado especialmente *ad hoc* para este estudio e incluía los datos personales (edad, sexo, estado civil, altura y peso), a ser firmado por ellas, y; los cuestionarios empleados en el estudio. Se les informó que recibirían el *feed-back* al final de la investigación via *e-mail*.

5.5. Instrumentos de recogida de datos

5.5.1 Cuestionario socioeconómico: *Four Factor Index of Social Status (FISS)* (Anexo 2), de Hollingshead (1975). El nivel socioeconómico es una medida multidimensional que se basa principalmente en la ocupación y educación que hace referencia al estatus o la posición de prestigio que un sujeto ocupa en la sociedad. Esta variable cuantitativa puede tomar valores que van de 8 a 66. A mayor puntuación

se considera que el FISS es más elevado. En Brasil, el instrumento fue traducido por Ribas *et. al.* (2000), los cuales sugieren clasificar en tres los niveles socioeconómicos (bajo; medio+medio bajo; alto+medio alto).

5.5.2. *Cuestionario de la figura corporal: Body Shape Questionnaire (BSQ)*, de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) (Anexo 3), validado inicialmente en 535 mujeres inglesas comparadas con 38 pacientes bulímicas, mide el grado de preocupación con la forma del cuerpo, la auto-depreciación debida a la apariencia física y la sensación de estar gordo. El instrumento consta de 34 preguntas con seis opciones de respuesta: (1) nunca; (2) raramente; (3) a veces; (4) frecuentemente; (5) muy frecuentemente y (6) siempre. En la validación del instrumento, la consistencia interna fue calculada por medio del *alpha* de Cronbach, con coeficiente de correlación intraclase, con el que se obtuvo una media de 0,95. Las puntuaciones se tipificaron en percentiles, estableciendo como punto de corte el percentil 85 que equivale a una puntuación directa de 59 para el factor de Insatisfacción Corporal, de 54 para el factor de Preocupación por el Peso y de 112 para la puntuación general. En Brasil, el instrumento fue adaptado por Conti, Córdas y Latorre (2009), y para esta población, la consistencia del *alpha* de Cronbach fue de 0,86 a 0,92.

5.5.3. *Cuestionario evaluador del Funcionamiento Sexual Femenino: Female Sexual Function Index (FSFI)* (Anexo 4): es un cuestionario que pretende evaluar el funcionamiento sexual femenina en las últimas 4 semanas (antes del relleno del cuestionario). El instrumento está formado por 19 ítems. En los ítems 1, 2 (ítems del dominio deseo), 15 y 16 (son ítems del dominio satisfacción) el participante debe utilizar una escala Likert de 1 a 5 para contestar las preguntas. Y en los otros 15 ítems restantes, débese utilizar una escala Likert de 0 a 5, donde en (0) corresponde a ausencia de la actividad sexual y el punto máximo (5) corresponde a una valoración positiva del enunciado. El instrumento ofrece una visión global del funcionamiento sexual de la mujer, además de resultados en seis distintos dominios, que son: Deseo (2 ítems), Excitación (4 ítems), Lubricación (4 ítems), Orgasmo (3 ítems), Satisfacción (3 ítems) y Dolor (3 ítems), distribuidos en el instrumento de manera secuencial. Este instrumento fue estandarizado, es fácil de administrar y calificar, y, además, proporciona los valores normales para la población en general. El nivel del funcionamiento sexual puede variar entre 2 y 36, donde los valores bajos

corresponden a un peor funcionamiento sexual, mientras que las puntuaciones elevadas significan mejores niveles de funcionamiento sexual. Rosen *et al.* (2000) fueron los autores que propusieron estos índices. En Brasil, el instrumento fue aplicado y adaptado al portugués por Hentschel *et al.* (2007). El *alpha* de Chronbach, de la versión en portugués, es de 0,96. Según Pereira, Silva y Freitas (2009), el FSFI ha demostrado a lo largo del tiempo, buenos resultados em validez y fiabilidad, revelandose un buen indicador del funcionamiento sexual femenino en muestras clínicas y no clínicas.

5.5.4. *Escala de Autoestima de Rosenberg* (Anexo 5): El instrumento original fue desarrollado por Morris Rosenberg (1965). Ferreira y Fox (2002) afirman que la herramienta fue construida como una Escala de tipo Guttman donde se considera la autoestima como un constructo unidimensional, es decir, un *continuum* con los extremos en baja autoestima y elevada autoestima. Tratase de una de las escalas más utilizadas para la medición de la autoestima global, cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo(a). El instrumento está compuesto por 10 ítems, de los cuales 5 están redactados de forma positiva y 5 de forma negativa, alternadamente, para evitar el sesgo en las respuestas. Los participantes deben contestar utilizandose una escala de 4 niveles, dónde A es igual a: *muy de acuerdo*; B es igual a: *de acuerdo*; C es igual: *en desacuerdo* y D es igual: *muy en desacuerdo*. Las características psicométricas de la escala se muestran satisfactorias, con coeficiente *alpha* de Cronbach de 0,89 y coeficiente de correlación test-retest (a dos semanas) de 0,91. Existen diversos estudios que apoyan sus adecuadas características psicométricas en diversos idiomas. En Brasil, la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) fue adaptada al portugués brasileño por Hutz (2000) y el *alpha* de Cronbach obtenido fue de 0,92.

5.6. *Procedimientos de análisis de datos*

Para determinar la relación existente entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y las variables: imagen corporal, funcionamiento sexual y nivel de autoestima, en una muestra de mujeres brasileñas, con IMC elevado, se procedió a los análisis estadísticos descriptivos, con el auxilio del paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), en su versión 17.0. para Windows, y el software Excel, del paquete Windows.

Los índices de IMC se obtuvieron a partir del peso y altura, y se tomaron como tablas de referencia los puntos de corte propuestos por la SEEDO (2007), presentados en el referencial teórico. De las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios fueron extraídas las estadísticas básicas: media, desviación estándar, mediana, moda; y las pruebas de Correlación de Pearson, procedimiento ANOVA.

Con objetivo de facilitar la descripción de la variable socioeconómica, se agrupó el FISS en tres categorías, de modo que una puntuación entre 8 y 19 correspondería a un nivel socioeconómico Bajo; entre 19 y 39 a un nivel Medio+Medio-bajo y; entre 39 y 66 a un nivel Alto+Medio-alto, según la clasificación que sugieren los autores Ribas *et al.* (2000)

La clasificación de los resultados del BSQ se divide en cuatro niveles de insatisfacción con la auto-imagen corporal: (1º nivel) la puntuación igual o por debajo de 80 indica ausencia de insatisfacción; (2º nivel) puntuación entre 80 y 110 indica insatisfacción leve; (3º nivel) puntuación entre 110 y 140 indica insatisfacción moderada; (4º nivel) puntuación igual o más alta de 140 indica grave insatisfacción con la imagen corporal.

Para analizar los datos obtenidos en el FSFI, se utilizó el referencial de Pacagnella, Martínez y Vieira (2009), porque trabajaron con la validación del instrumento en Brasil, versión en portugués.

Cuadro 2

Tabla propuesta por Pacagnella, Martínez y Vieira (2009) para análisis de las puntuaciones de evaluación del FSFI

Dominios del FSFI	Ítems	Puntuaciones de evaluación del FSFI			
		Variación de la puntuación	Factor de multiplicación	Puntuación mínimo	Puntuación máximo
Deseo	1 y 2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitación	3,4,5,6	0-5	0,3	0,0	6,0
Lubricación	7,8,9,10	0-5	0,3	0,0	6,0
Orgasmo	11,12,13	0-5	0,4	0,0	6,0
Satisfacción	14,15,16	0 (o 1) – 5*	0,4	0,8	6,0
Dolor	17,18,19	0-5	0,4	0,0	6,0

				2	36
				puntuación mínima	puntuación máxima

Los mismos autores afirman que una puntuación total se presenta al final de la aplicación, como resultado de la suma de las puntuaciones de cada dominio multiplicado por un factor que homogeneiza la influencia de cada dominio en la puntuación total` (Pacagnella, Martinez y Vieira (2009, p. 2334). Según la Tabla 2 y, de acuerdo con la literatura, el nivel del funcionamiento sexual puede variar entre 2 y 36. Los valores bajos corresponden a un peor funcionamiento sexual, mientras que las puntuaciones elevadas significan mejores niveles de funcionamiento sexual.

Para la corrección de la Escala de Autoestima de Rosenberg se deben invertir las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total, por tanto, oscila entre 10 y 40. Santos y Maia (2003) afirman que los valores más altos reflejan una autoestima elevada, y significa que las personas se consideran personas de valor, orgullanse de lo que son, sin sentirse, necesariamente, superiores a los demás. Las puntuaciones más bajas reflejan baja autoestima y significan que las personas se sienten desvalorizadas, insatisfechas. El punto de corte en la población adulta es de 29, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima.

En el capítulo, a continuación, se presentará los principales resultados obtenidos en los análisis.

6. Resultados

En ese apartado vamos presentar la descripción general de la muestra (el perfil de las participantes) y los análisis descriptivos de los cuestionarios (BSQ, FSFI y Escala de Autoestima de Rosenberg). Además, intentaremos contestar el objetivo general y los específicos de ese estudio, cruzando el IMC y las tres variables estudiadas (imagen corporal, funcionamiento sexual y autoestima), y entre la edad y las variables imagen corporal y funcionamiento sexual). No se presentan los datos acerca de la edad y las puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoestima de Rosenberg porque no resultaron estadísticamente significativas.

6.1. Descripción general de la muestra

6.1.1. Perfil de las participantes

- ✓ La muestra de la investigación está compuesta por un total de 102 mujeres brasileñas, y el análisis de las variables sociodemográficas revelaron una edad mínima de 21 años y máxima de 65 años, con un promedio de 36,11 años y una desviación estándar de 10,527. La dispersión en rangos de edad se comporta de la siguiente manera:
 - ✓ Mujeres entre 21 y 30 años: 35 participantes;
 - ✓ Mujeres entre 31 y 40 años: 38 participantes;
 - ✓ Mujeres entre 41 y 50 años: 18 participantes;
 - ✓ Mujeres entre 51 y 60 años: 7 participantes;
 - ✓ Mujeres con más de 61 años: 4 participantes.

Lo que se observa, por lo tanto, es una concentración mayor entre las mujeres que se encuentran en los rangos de edad entre 21 y 40 años. Tratase de una muestra predominantemente joven.

Con miras a explorar los datos de la dimensión socioeconómica, el estudio se propuso utilizar el cuestionario *Four Factor Index of Social Status (FISS)*. Esta variable cuantitativa puede tomar valores que van de 8 a 66. A mayor puntuación se considera que el FISS es más elevado. Con objetivo de facilitar la descripción de esta variable, se agrupó el FISS en tres categorías, de modo que una puntuación entre 8 y 19 correspondería a un nivel socioeconómico Bajo, entre 19 y 39 a un nivel Medio+Medio-bajo y entre 39 y 66 a un nivel Alto+Medio-alto.

En esa investigación se encontraron 3 niveles socioeconómicos:

- ✓ Nivel Bajo: 71 mujeres (70%)
- ✓ Nivel Medio+Medio-bajo: 24 mujeres (24%);
- ✓ Nivel Alto+Medio-alto: 7 mujeres (6%).

6.1.2. Índice de Masa Corporal (IMC) de la Muestra

Los análisis obtenidos para el Índice de Masa Corporal (IMC), calculado a través de la fórmula $IMC = \text{Masa Corporal (en kg)} / \text{altura}^2 \text{ (en m}^2\text{)}$, fueron:

- ✓ IMC mínimo de 25 y máximo de 45;
- ✓ Promedio: 29,06 y desviación estándar de 2,845;
- ✓ Mediana: 29,00;
- ✓ Moda: 26

En la Figura 1 se muestra la distribución de las participantes a partir de las categorías del IMC.

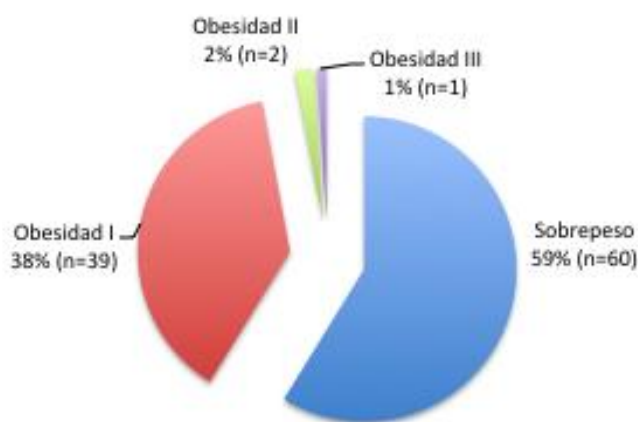


Figura 1. Distribución de las frecuencias del IMC

De la Figura 1 de arriba, se nota que se contemplaron en el estudio todas las categorías de obesidad, con predominio de mujeres con sobrepeso (59%) y mujeres con obesidad grado 1 (38%). Los descriptos de la muestra (media, mediana y moda) nos definen a la mayoría en la categoría de sobrepeso.

Matizando los hallazgos, se pudo identificar que:

Cuadro 3

Tabla de relación ente rango de edad y categorías del IMC

Rangos de edad	Categorías del IMC				Total
	Sobrepeso	Obesidad I	Obesidad II	Obesidad III	
Entre 21 – 30 años	26	9	0	0	35
Entre 31 – 40 años	24	13	1	0	38
Entre 41 – 50 años	7	10	1	0	18
Entre 51 – 60 años	2	4	0	1	7
Mayor que 61 años	1	3	0	0	4
Total	60	39	2	1	102

Lo que podemos observar es que la mayoría de la muestra es joven (entre 21 y 40 años) y está con sobrepeso, con un total de 50 mujeres, casi la mitad de la muestra.

6.2. Análisis descriptivas

6.2.1. Imagen Corporal (BSQ)

A continuación se presenta en la Figura 2 la distribución de la muestra en las diferentes categorías establecidas para el BSQ.

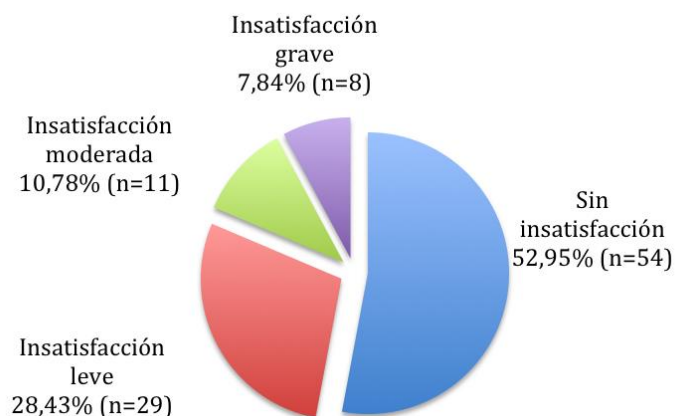


Figura 2. Frecuencia de mujeres en los niveles del BSQ

En la Figura 2, enseñada arriba, se observa que hay un gran porcentaje de mujeres que no presentan insatisfacción corporal (52,95%), a la vez que hay un 28,43% (n=29) con insatisfacción leve; 10,78% (n=11) con insatisfacción moderada y 7,84% (n=8) con insatisfacción grave.

Teniéndose en cuenta estos resultados de satisfacción con imagen corporal, extraídos del cuestionario BSQ, no se puede inferir que las mujeres con sobrepeso son las que no presentan insatisfacción corporal, tampoco al revés, es decir, las mujeres con obesidad mórbida no necesariamente presentarían insatisfacción corporal grave, por lo que nos vimos obligadas a estudiar la relación entre el IMC y el BSQ.

6.2.2. Índice de Funcionamiento Sexual (FSFI)

En el Cuadro 4, se presentan los promedios y desviaciones estándares para los dominios del funcionamiento sexual, provenientes del cuestionario FSFI.

Cuadro 4

Promedio y Desviación Estándar (SD) para los dominios del FSFI (n=102)

Dominios del FSFI	Promedio	SD
1ª categoría: DESEO	3,74	1,32
2ª categoría: EXCITACIÓN	3,79	1,67
3ª categoría: LUBRIFICACIÓN	4,13	1,91
4ª categoría: ORGASMO	3,95	1,85
5ª categoría: SATISFACCIÓN	4,24	1,83
6ª categoría: DOLOR	4,07	2,01

De entre las 6 categorías del FSFI, destaca la de Deseo con un promedio de 3,74. Tratase del promedio más bajo y con la desviación estándar más baja de 1,32. Sin embargo, de una manera general, las mujeres presentaron un funcionamiento sexual satisfactorio, porque no aparecen puntuaciones medias entre 1 y 2.

6.2.3. Autoestima de Rosenberg

Los autores afirman que, para la corrección de la Escala de Autoestima de Rosenberg, debese invertir las puntuaciones de los enunciados negativos, sumandose

todos los 10 ítems de la escala. Las puntuaciones pueden oscilar entre 10 y 40 puntos, donde los valores más bajos reflejen baja autoestima y los valores más altos reflejen autoestima elevada. En el análisis adoptado en ese estudio, se realizó a la debida inversión de las puntuaciones, a fin de se proceder a la correcta suma de los puntos.

En esta investigación, con 102 mujeres brasileñas, agrupamos los resultados en 3 categorías, asumiendo que las mujeres que puntúan entre 10 y 24 están con baja autoestima; las que puntúan en el punto medio de la escala (en 25), presentan autoestima considerada dentro de la normalidad y las que puntúan entre 26 y 40 presentan elevada autoestima. Los resultados obtenidos para la muestra, están en la tabla, a continuación.

Cuadro 5

Frecuencia y porcentaje en los niveles de autoestima (n=102)

Puntuaciones	Clasificación para la autoestima	Mínimo y Máximo encontrados	Frecuencia de mujeres	Porcentaje
Entre 10 – 24 puntos	Baja autoestima	19 – 24	29	28,4%
No punto medio - 25	Autoestima normal	(25)	25	24,5%
Entre 26 – 40 puntos	Autoestima elevada	26 - 33	48	47,01%
	Total		102	100%

De los datos presentados en el Cuadro 5, se observa que hay un porcentaje significativo de mujeres en el nivel de autoestima elevado, dado que representan 47,01% del total de la muestra. Los mínimos y máximos reflejan que no hubo ninguna mujer que puntuó siempre negativamente, tampoco ninguna mujer respondió en los extremos bajos (en 10) o altos (en 40).

Cabe matizar, o a lo mejor cuestionar, quien son, de hecho, las mujeres que se encuentran en los niveles de autoestima bajo y en el punto mediano.

En términos de promedio de edad, lo que se observa es una distribución bastante homogénea:

- ✓ Promedio de edad de las mujeres con baja autoestima (n=29): 33,4 años;
- ✓ Promedio de edad de las mujeres que puntúan en 25 (n=25): 37,8 años;
- ✓ Promedio de edad de las mujeres con autoestima elevada (n=48): 36,8 años.

De manera general, los promedios de edad coinciden con lo mismo promedio de edad de la muestra, que fue de 36,11 años. En otro apartado se presentará la relación entre el IMC y los niveles de autoestima. En las sesiones, a continuación, serán contestados los objetivos de la investigación, de manera más matizada.

6.3. Contestando el objetivo general de la investigación...

Con la intención de contestar al objetivo general de ese estudio que fue analizar si hay relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) elevado y los niveles de satisfacción corporal (imagen corporal), funcionamiento sexual y autoestima, en una muestra de mujeres brasileñas, hicimos distintos cruces entre los niveles de IMC y las puntuaciones en las escalas, presentados en ese apartado.

6.3.1. Relación entre IMC e Imagen Corporal (BSQ)

Para estudiar la relación entre el Índice de Masa Corporal y la imagen corporal (BSQ) se utilizó el test de correlación de Pearson y el test ANOVA para muestras independientes.

La correlación **fue significativa** para $N=102$; $r=0,25$ y $p=0,011$. En el test ANOVA, la diferencia entre las medias **fue significativa**, con $N=102$; $F=4,51$ y $p=0,005$.

Cuadro 6

Tabla de relación entre las categorías del BSQ y los promedios del IMC

Categorías del BSQ	Número de mujeres	%	Promedio de IMC	SD	Clasificación
Sin insatisfacción	54	52,95%	28,37	2,41	sobrepeso / obesidad I
Insatisfacción leve	29	28,43%	29,7	1,83	sobrepeso / obesidad I
Insatisfacción moderada	11	10,78%	31,27	5,46	sobrepeso / obesidad I / II
Insatisfacción grave	8	7,84%	30,63	1,6	sobrepeso / obesidad I
X	N=102	100%	X	X	X

En la tabla arriba – Cuadro 6 – se puede notar que la mayoría de las mujeres – 52,95%, se encuentra en la categoría *Sin insatisfacción* y, al matizar los datos, se identificó que se tratan de mujeres con sobrepeso y/u obesidad grado I. Además, se ha observado que la categoría *Insatisfacción moderada*, aunque contemple 11 participantes, incluye una heterogeneidad de categorías en el IMC, dado que la desviación estándar fue de 5,46, impactando en el promedio. Eso significa que entre estas 11 mujeres hay mujeres con sobrepeso, mujeres con obesidad grado I y mujeres con obesidad grado II. Matizando aún más los hallazgos, se puede afirmar que las dos participantes con IMC en obesidad grado II están, seguramente, en la categoría insatisfacción moderada.

6.3.2. Relación entre IMC y Funcionamiento Sexual (FSFI)

Para el análisis del Índice de Masa Corporal (IMC) y funcionamiento sexual, medido a través del instrumento FSFI, también se calculó una correlación de Pearson.

El análisis demostró que **hubo correlación significativa**, siendo la correlación general calculada con el FSFI total: N=102; $r=-0,24$ y $p=0,013$. También se procedió al análisis del IMC y las categorías de la función sexual, donde **fue encontrada correlación significativa** para algunos dominios del funcionamiento sexual, se muestra en el Cuadro 7.

Cuadro 7

Valores obtenidos en el análisis de correlación de Pearson entre IMC y los dominios del FSFI

	Dominios del FSFI	Correlación	Valores correlación de Pearson
Índice de Masa Corporal IMC	Deseo	IMC x Deseo: no fue significativa	N=102 r=0,00 p=0,970
	Excitación	IMC x Excitación: fue significativa	N=102 r= -0,25 p=0,01
	Lubricación	IMC x Lubricación: fue significativa	N=102 r= -0,29 p=0,003
	Orgasmo	IMC x Orgasmo: fue significativa	N=102 r= -0,28 p=0,004
	Satisfacción	IMC x Satisfacción: fue significativa	N=102 r= -0,22 p=0,029
	Dolor	IMC x Dolor: no fue significativa	N=102 r= -0,18 p=0,06

En la Figura 3 se muestra el cruce entre el IMC y el funcionamiento sexual general (FSFI total).

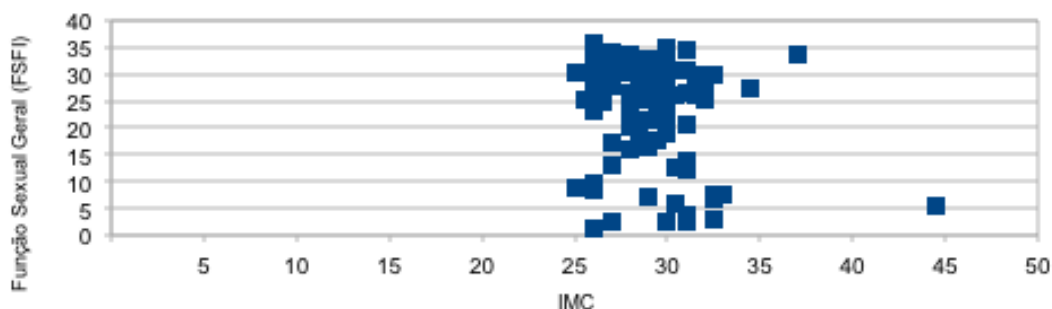


Figura 3. Dispersión de la correlación entre IMC y FSFI Total (n=102)

Pereira, Silva y Freitas (2009) afirman que el resultado del FSFI total oscila entre 2 y 36, cuanto más cerca del 2, peor es el funcionamiento sexual femenino. Y, cuanto más cerca del 36, mejor es el funcionamiento sexual. De la Figura 3 lo que se puede afirmar, para nuestra muestra de 102 mujeres brasileñas, es que hay una concentración de mujeres con sobrepeso con excelente funcionamiento sexual.

También llama la atención (a) la mujer con peor funcionamiento sexual general es una mujer con sobrepeso, (b) la mujer con obesidad grado III (IMC sobre 44) también presenta un funcionamiento sexual insatisfactoria, (c) hay una mujer con obesidad grado II con excelente funcionamiento sexual. El sobrepeso, para esa muestra, no se comportó como determinante en el funcionamiento sexual general.

De acuerdo con el Cuadro 8, se observa que no hubo correlación significativa en el cruce de la variable IMC con las categorías de Deseo y Dolor, las cuales, por lo tanto, no serán representados gráficamente. Presentaremos los cruces entre el IMC con los dominios de excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción. En los gráficos, a continuación, el eje X representa el IMC (mínimo 25 y máximo 44) y el eje Y representa los puntos de la escala Likert del FSFI.

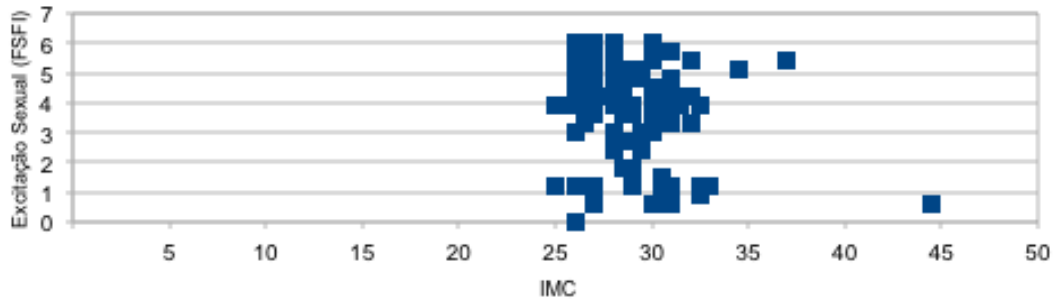


Figura 4. Dispersión de la correlación entre IMC y Excitación (n=102)

Entre las participantes del estudio, se nota que aquellas que atingieron puntuaciones más satisfactorias en el dominio excitación fueron las con sobrepeso.

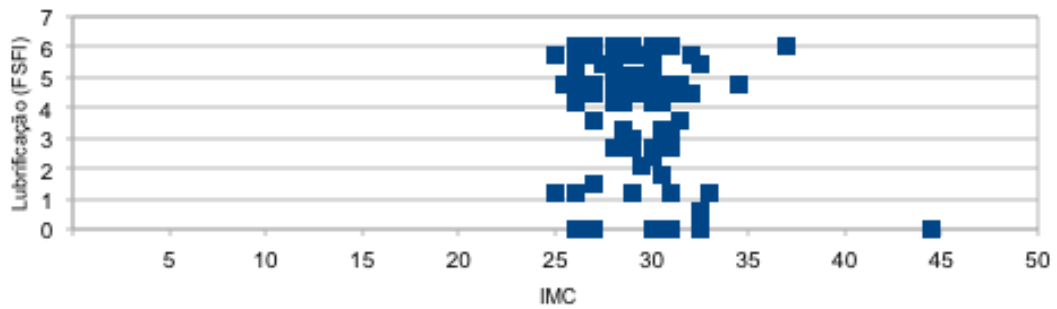


Figura 5. Dispersión de la correlación entre IMC y Lubricación (n=102)

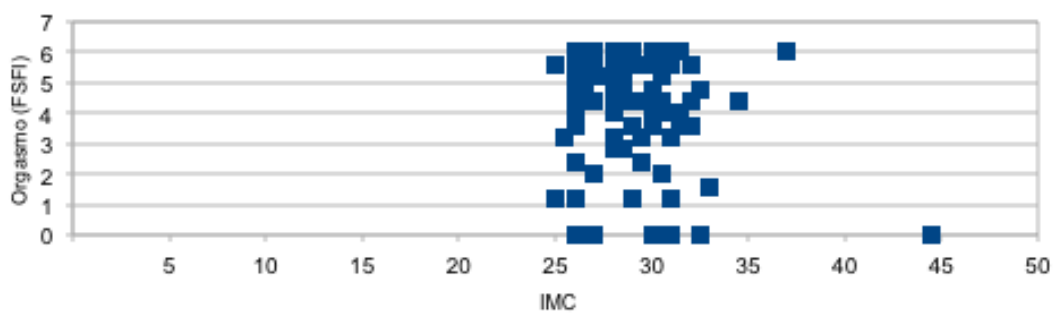


Figura 6. Dispersión de la correlación entre IMC y Orgasmo (n=102)

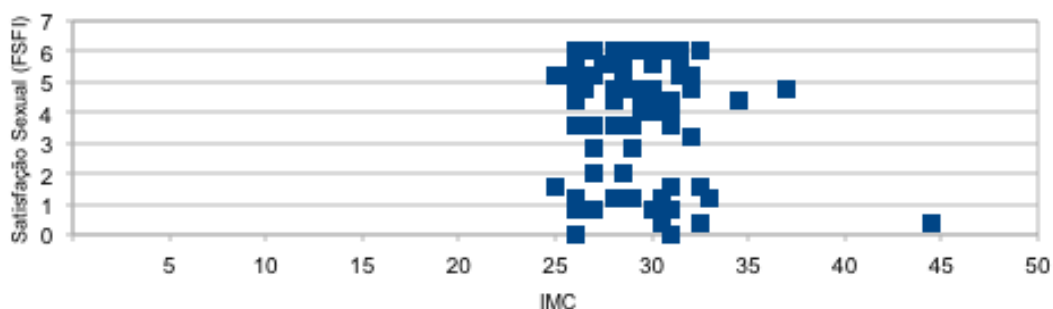


Figura 7. Dispersión de la correlación entre IMC y Satisfacción (n=102)

Es difícil aislar los distintos dominios del funcionamiento sexual femenino, porque lo que se observa parece bastante homogéneo, en esa muestra. Es decir, las mujeres con sobrepeso siguen puntuando satisfactoriamente en el FSFI general y en los dominios donde hay correlación significativa. Sin embargo, se notan participantes que puntúan insatisfactoriamente en el FSFI general y siguen puntuando bajo en los dominios de excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción, que son algunas mujeres con sobrepeso y la mujer con obesidad grado III. Pódese afirmar, por lo tanto, que el IMC, en ese estudio, no es determinante para un funcionamiento sexual femenino satisfactorio, nótese la mujer con obesidad grado II con funcionamiento sexual satisfactoria puntuando de manera alta en los distintos dominios.

6.3.3. Relación entre IMC y Autoestima (Rosenberg)

Para analizar la relación entre el Índice de Masa Corporal y autoestima, medido con el cuestionario de Rosenberg, se llevaron a cabo distintas pruebas: Correlación de Pearson y Chi-cuadrado.

Cuadro 8

Correlación de Pearson para IMC y Autoestima

		IMC	Score
IMC	Correlación Pearson	1	,247*
	Sig. (2-tailed)		,015
	N	102	102
RoEscore	Correlación Pearson	,247	1
	Sig. (2-tailed)	,015	
	N	102	102

* Correlación es significativa para el nivel 0.05 (2-tailed).

Se puede inferir que, en esta muestra de mujeres brasileñas, es más probable que una persona con sobrepeso presente una disminución en su autoestima comparada con una persona obesa.

Cuando se hace un cruce entre las categorías del IMC y los niveles de autoestima, resulta el Cuadro 9, presentado abajo.

Cuadro 9

Tabla de relación entre las categorías del IMC y los niveles de la autoestima

		Clasificación en la Escala de Autoestima de Rosenberg			Total
		Baja Autoestima	Punto medio	Autoestima elevada	
Categorías del IMC	Sobrepeso	22	15	23	60
	Obesidad Grado I	7	8	24	39
	Obesidad Grado II	0	2	0	2
	Obesidad Grado III	0	0	1	1
Total		29	25	48	102

Entre las mujeres con sobrepeso, hay una distribución homogénea entre las que se encuentran en baja autoestima (n=22) y autoestima elevada (n=23). Entre las mujeres con obesidad grado I, predominan aquellas con autoestima elevada (n=24). Las dos mujeres con obesidad grado II se encuentra en el punto medio de la Escala de Autoestima de Rosenberg y la mujer con obesidad grado III presenta autoestima elevada.

6.4. Contestando a los objetivos específicos de la investigación...

6.4.1. Relación entre Edad e Imagen Corporal (BSQ)

Para hacer el cruce entre los rangos de edad e imagen corporal (BSQ), se empleó el test de correlación de Pearson y el procedimiento ANOVA, dónde no se observó una relación significativa. La correlación de Pearson obtenida fue: $r=0,01$, $N=102$; y $p=0,916$. Para el test ANOVA, se obtuvo: $N=101$; $F=0,20$ y $p=0,895$.

6.4.2. Relación entre Edad y Funcionamiento Sexual (FSFI)

La correlación general total del FSFI **fue significativa**, con $N=102$; $r=-0,29$ y $p=0,004$. Si se procede al análisis cruzando edad con los dominios planteados en el cuestionario de funcionamiento sexual, casi todos los hallazgos son **significativos**, con excepción de las categorías Satisfacción y Dolor – datos mostrados en el Cuadro 10, a continuación.

Cuadro 10

Valores obtenidos en el análisis de correlación de Pearson entre edad y los dominios del FSFI

	Dominios del FSFI	Correlación	Valores correlación de Pearson
Edad	Deseo	Edad x Deseo: fue significativa	$N=102$ $r= - 0,25$ $p=0,01$
	Excitación	Edad x Excitación: fue significativa	$N=102$ $r= - 0,28$

			p=0,005
	Lubrificación	Edad x Lubrificación: fue significativa	N=102 r= - 0,29 p=0,003
	Orgasmo	Edad x Orgasmo: fue significativa	N=102 r= - 0,29 p=0,003
	Satisfacción	Edad x Satisfacción: no fue significativa	N=102 r= - 0,19 p=0,051
	Dolor	Edad x Dolor: no fue significativa	N=102 r= - 0,19 p=0,053

A continuación, se enseñan los gráficos de dispersión los cuales relacionan las variables edad y las categorías del funcionamiento sexual (FSFI), a excepción de los gráficos de satisfacción y dolor (tal como dijimos, no hay correlación).

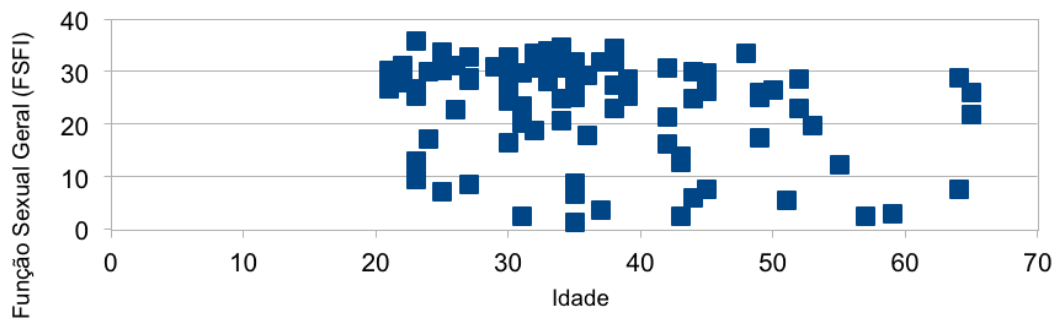


Figura 8. Dispersión de la correlación entre Edad y FSFI Total (n=102)

Aún basados en lo que dicen Pereira, Silva y Freitas (2009), respecto a como analizar los datos del FSFI general, podemos observar en la Figura 8 que las puntuaciones oscilan entre 2 y 36. Lo que se puede afirmar es que la edad no es determinante para definir la satisfacción en el funcionamiento sexual general. Notase que, en la muestra estudiada, hay una concentración de mujeres sobre los 30 años que

puntuan alto en la escala FSFI arriba, sin embargo hay mujeres jóvenes que puntuan abajo de 20, así como hay mujeres sobre los 65 años que puntuan arriba de 20. Por lo tanto, la variable edad no se comporta como un determinante para la satisfacción sexual general.

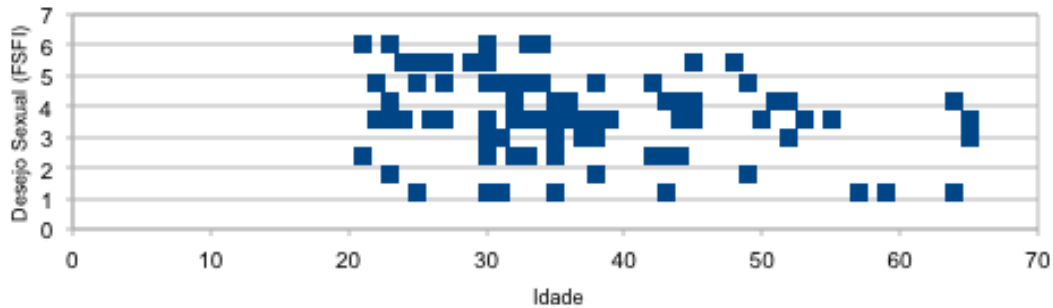


Figura 9. Dispersión de la correlación entre edad y dominio Deseo (n=102)

Se puede inferir que la relación entre edad y deseo, en la Figura 9, está, de manera general, dispersa, presentando poca concentración. Sin embargo, hay un intervalo de franja e edad, entre los 30 y 40 años, donde podemos observar una sutil concentración, con puntuaciones altas en el dominio deseo, lo que nos lleva a concluir que las mujeres presentan niveles satisfactorios en ese dominio.

Matizando los hallazgos, se nota que en esta categoría, hubo mujeres jóvenes (alrededor de los 21 años), con baja puntuación, mientras que hay mujeres, alrededor de los 60 años, con puntuaciones más altas, lo que va en cuenta la hipótesis inicial, donde se creía que las mujeres con más edad presentarían puntuaciones más bajas en todos los dominios del funcionamiento sexual.

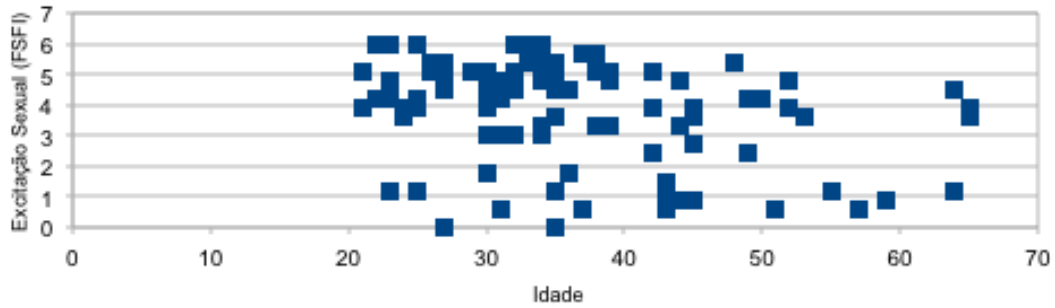


Figura 10. Dispersión de la correlación entre edad y el dominio Excitación (n=102)

En la Figura 10, encontramos una similitud con la Figura 9, porque existe dispersión de datos y poca concentración en las puntuaciones. La diferencia encontrada entre las figuras es que las puntuaciones, en el dominio excitación, están más concentradas en la franja de edad de 21 hasta 40 años, también en la parte superior del gráfico.

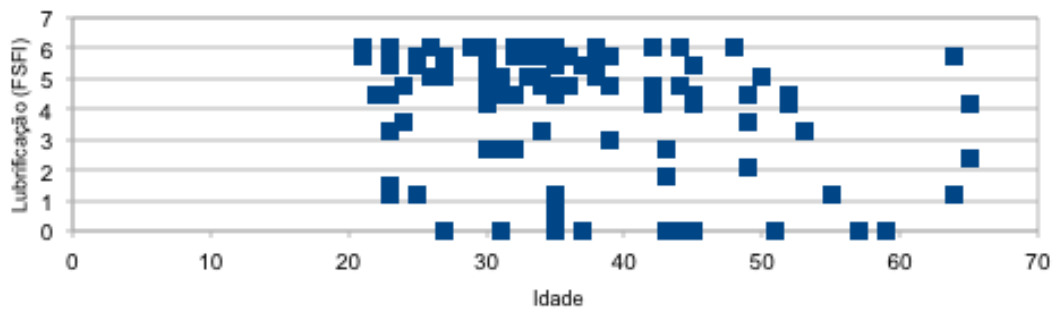


Figura 11. Dispersión de la correlación entre edad y el dominio Lubricación (n=102)

De la Figura 11, lo que se puede extraer es una dispersión y heterogeneidad, con puntuaciones más altas en la franja de edad entre 30 y 38 años. Hay mujeres jóvenes (21 años) con puntuaciones tan bajas como las mujeres de 60 años.

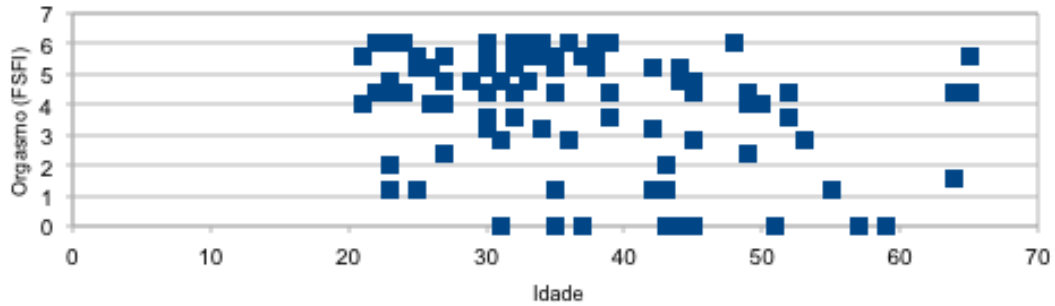


Figura 12. Dispersión de la correlación entre edad y el dominio Orgasmo (n=102)

La dispersión de las puntuaciones, en la Figura 12, también se presenta heterogénea, con concentración entre la franja de edad de 30 hasta 40 años, y una menor concentración entre las mujeres entre 21 y 30 años. También se nota una heterogeneidad de puntuaciones entre las mujeres que están entre los 42 y 65 años.

Los resultados son bastante significativos y, a continuación, será presentado el apartado de la discusión.

7. Discusión

Esta investigación nos permitió comprender la dinámica alrededor de las mujeres con sobrepeso y/u obesas, principalmente respecto a su percepción corporal y aceptación, su sexualidad y su autoestima.

Los principales resultados indican que hubo predominio de mujeres jóvenes, entre 21 y 40 años (promedio de 36,11 años, SD 10,527). Son mujeres en edad adulta, en una franja de edad reproductiva. Además de eso, los análisis demuestran predominio de mujeres con sobrepeso (n=60, 59% de la muestra).

Una revisión detallada de los estudios más recientes, tal como lo presentado por Strien, Herman y Verheijden (2009) consta que la conducta alimentaria tiene relación directa con el peso corporal (IMC). Estos autores sostienen que hay una significativa interacción entre la conducta alimentaria problemática y el estado nutricional (normopeso, sobrepeso, obesidad). En esa investigación, la conducta alimentaria no se constituyó como una variable, sin embargo, se puede inferir, con base en la observación en los días de recogida de datos en el Centro, que las mujeres participantes de la muestra presentan un estilo de vida poco saludable. Los perfiles de mujeres que asisten al CEPARH son, a menudo, provenientes de un estrato social considerado bajo en Brasil, dato confirmado por el perfil socioeconómico extraído del FISS (70% de la muestra se encuentra en el estrato bajo), lo que podría explicar conocimiento limitado respecto a su propia dieta - importancia de la disminución del consumo de harinas, azúcares, sal, bebidas gaseificadas, comidas procesadas y ligeras, grasosas y así cambios en los hábitos con asunción de conductas más saludables, con elección de alimentos sanos. También se plantea que puede ser falta de acceso a nutricionistas, entre otros profesionales de la área de la salud.

Es importante tomar con cuidado los datos `puros` del IMC, básicamente por dos razones, que serían, el discurso construido, en la sociedad, respecto al ideal de delgadez; y las creencias asociadas al peso y los maleficios de la obesidad. Gracia (2010), en su estudio sobre discursos construidos en la cultura, biomedicina y medios de comunicación, respecto a la obesidad, encontró que la relación entre dieta, salud y cuidado con el cuerpo ha sido elaborada como una estrategia de marketing con consecuencias culturales amplias. Actualmente, `estar en dieta` no es sólo una cuestión de la biología, nutrición y medicina, sino que también es una cuestión de cultura, de política, de sociedad. La segunda razón nos la plantean los autores O'Reilly, Sixsmith y Cooper (2012), los cuales nos hablan de tres creencias y falsos

paradigmas asociados al sobrepeso. La primera creencia se refiere al paradigma de la salud centrada en el peso, donde la ganancia de peso está asociada, únicamente, a la ingestión de energía, sin considerar otros factores. La segunda creencia es que la grasa está asociada a un exceso de enfermedades y muerte prematura. Por fin, la tercera creencia sostiene que perder peso es sano y que, invariablemente, mejora la salud.

En nuestro estudio, hay que tener en cuenta que a partir de los 21 años, edad mínima de la muestra, hay un descenso en el metabolismo humano, donde muchos factores biológicos pueden interferir en el aumento de peso corporal, como tratamientos hormonales, disfunción de la glándula tiroides, interferencias genéticas, ambientales, entre otros, los cuales no fueron investigados porque se supuso que las participantes gozaban de plena salud, sin enfermedades. Se puede confrontar la creencia sobre obesidad y enfermedades y/o muerte prematura con la suposición que existen personas que presentan sobrepeso y están con un cuadro clínico general satisfactorio. Así como pensar que siempre perder peso resulta en una ganancia para la salud, pero se olvida que una dieta o conducta alimentaria desequilibrada o escasa puede desestabilizar el sistema metabólico (desacelerar el gasto energético) y como consecuencia favorecer el desarrollo de enfermedades, produciendo un efecto en la salud y hasta en la estética, contrario al esperado.

Una de las cuestiones de esta investigación fue que la preocupación con el cuerpo es un aspecto individual, de la mujer, o, más bien, traspasa los límites geográficos y culturales. Se cree que los comportamientos aprendidos en un determinado contexto sociocultural son determinantes o influyen en los pensamientos, creencias y hasta en los niveles de satisfacción del universo femenino. Hay que tener presente que el estudio se dio en una realidad específica, que fue en un pueblo de Brasil, con mujeres brasileñas, lugareñas. Ng *et al.* (2015) han sugerido que existen diferencias culturales que interfieren en la apreciación del cuerpo.

De las puntuaciones obtenidas en el BSQ se encontró que 52,9% de la muestra (n=54) no presentaron insatisfacción corporal, y la correlación entre el IMC e imagen corporal fue significativa, teniendo en cuenta que estas mismas 54 mujeres se encuentran en sobrepeso u obesidad grado I (presentaron promedio de IMC 28,37 con desviación estándar de 2,41). Los datos sugieren que no hay relación entre IMC e imagen corporal. Sin embargo, la literatura especializada y las evidencias empíricas parecen no ser unánimes, por ejemplo, en el estudio de Algars *et al.* (2009), que explora la relación entre IMC, imagen corporal, edad y género, los autores

encontraron fuerte influencia del IMC en la percepción de la imagen corporal. Ya en el estudio desarrollado por Ahrberg *et al.* (2011) la relación es inversa. Ellos indican que la sobrevaloración de la forma y del peso corporal parece ser independiente del IMC, llevando a la conclusión de que el elevado grado de preocupación con el peso y forma (insatisfacción corporal) no parecen ser atribuidos al IMC. Por lo tanto, los hallazgos de nuestro trabajo confirman los mismos resultados encontrados por estos últimos autores.

Para el cruce entre la edad y la imagen corporal (BSQ) no hubo correlación significativa. Por lo tanto, nada se puede afirmar de la relación entre edad e imagen corporal. Es decir, la madurez no impacta, en esta muestra, en los niveles de insatisfacción con sus cuerpos. En ese sentido, los hallazgos de esta presente investigación van en sentido contrario a las aportaciones de Cafri *et al.* (2005). Estos autores realizaron una investigación que tenía por objetivo explorar la relación entre la consciencia y internalización del ideal de delgadez junto a presiones sociales dentro de una perspectiva de la imagen corporal. Los resultados del estudio apuntaron que hubo una relación significativa entre edad y la imagen corporal, y, además, concluyeron que la internalización de creencias sociales sobre `ideales de delgadez` parece ser la clave sobre la imagen corporal. Más adelante, DeLeel *et al.* (2009) arrojan luz sobre el tema de la insatisfacción corporal, en estudio realizado con chicas adolescentes, en el cual llaman la atención sobre los problemas generados con tal insatisfacción, como el estrés, la depresión y la baja autoestima.

En términos de la variable funcionamiento sexual, los gráficos del FSFI Total muestran que hubo una concentración de respuestas en la parte superior, sugiriendo que las participantes, en su gran mayoría, experimentan una vida sexual activa y satisfactoria.

A parte de eso, detallando los resultados, se observó que no hubo correlación significativa entre el IMC y los dominios de Deseo y Dolor, así como en la correlación entre edad y FSFI. No se encontró relación entre la variable edad y los dominios de Satisfacción y Dolor. La literatura especializada, por ejemplo Laumann, Paik y Rosen (1999) exponen que el deseo sexual, en la mujer, no tiene que preceder a la excitación. Además, ellos afirman que la dinámica sexual depende de factores psicológicos y sociales, como la intimidad de la pareja, la vida emocional y el bienestar.

Esposito *et al.* (2007) llevaron a cabo un estudio similar al nuestro, relacionando las variables de funcionamiento sexual y obesidad. Aunque los autores hayan encontrado correlación fuerte entre el IMC y el FSFI, los mismos no encontraron relación del funcionamiento sexual con la relación cintura - cadera. Detallando los resultados, para los dominios, nuestra investigación confirma los mismos hallazgos de estos autores, pues tampoco encontraron correlación entre el IMC y los parámetros de deseo y dolor.

Estudios más recientes sobre el peso corporal y funcionamiento sexual apuntan que el IMC y orgasmo están negativamente correlacionados, con bajos niveles en la autoestima y insatisfacción de la imagen corporal y déficit en las experiencias psicosociales (Yaylali, 2010). Kolotkin *et al.* (2006) defienden que las personas obesas presentan mayor dificultad de vivenciar la sexualidad.

Esposito *et al.* (2012) también trabajaron con el FSFI, y, al cruzar los datos de IMC con funcionamiento sexual, encontraron algo distinto a los hallazgos de nuestro estudio. Los autores encontraron que había una relación inversa entre el IMC y el funcionamiento sexual: es decir, cuánto más alto el IMC, menor la satisfacción sexual. Los autores también encontraron que las mujeres obesas tenían más probabilidad de desarrollar alguna disfunción sexual. Respecto a la variable edad, Laumann *et al.* (1999) presentan resultados de un estudio desarrollado con mujeres norteamericanas, y defienden que, con el aumento de la edad, se observa una caída significativa en las puntuaciones del FSFI, a partir de los 40 años, traduciendo un deterioro en la sexualidad femenina.

Es interesante observar que la única mujer del estudio con obesidad grado III, aunque haya puntuado bajo en todos los dominios del FSFI, lo mismo no se ha verificado en la variable de la autoestima, pues se ha observado puntuación elevada. Los datos nos invita a explorar de manera mas detallada el parametro deseo en esa participante, pues, como aportan Ambler, Erick y Diamond (2012), aunque haya una tendencia a que los obesos tengan una imagen corporal negativa del cuerpo, baja autoestima y baja auto-aceptación, aunque haya una limitación física consecuencia de la grasa corporal, que impossibilita el contacto más íntimo, no hay pruebas de la falta de deseo o falta de disposición sexual.

Un trabajo científico desarrollado por Pereira y Veiga-Branco (2014) tuvo como objetivo explorar la asociación entre las relaciones afectivas sexuales y la imagen corporal en personas con obesidad, a través de una revisión bibliográfica, en

el cual los autores revisaron una muestra de 20 artículos científicos actuales (2006-2014). Los resultados apuntan que cuanto mayor es el IMC, mayores prejuicios con el funcionamiento sexual, no por una disminución de hormonas que interfieren en la dinámica biológica de las funciones endócrinas sexuales, y sí por el estado emocional que los pacientes pueden presentar, como la depresión.

Tratando de la última variable manejada en la presente investigación, la autoestima, evidencias empíricas, como las presentadas por autores como Ades y Kerbaury (2002) demuestran que los pacientes obesos tienden a tener una imagen negativa del cuerpo, baja autoestima y baja aceptación, así como dificultad en las relaciones interpersonales. En el presente estudio no hemos podido corroborar los hallazgos de los autores arriba mencionados, pues se encontró una distribución de respuestas similar, donde 24 participantes con obesidad grado I presentaron autoestima elevada; 23 mujeres con sobrepeso presentaron autoestima elevada y 22 mujeres, también con sobrepeso, presentaron baja autoestima. Los resultados en autoestima elevada dicen mucho respecto a la muestra, permitiéndose confirmar que las 47 mujeres que puntúan en autoestima elevada se consideran personas de valor, se sienten orgullosas de lo que son, se encuentran en un momento positivo de sus vidas, gozan de estabilidad emocional, con mayor capacidad de resignación, tienden a la positividad, tiran adelante.

También hay que considerar que, tal como afirma Satellán (2010) la imagen corporal es una construcción sociocultural, dónde el medio interfiere en la producción de percepciones, creencias y pensamientos acerca del cuerpo (suyo y del otro). Es decir, leer los hallazgos de esta investigación requiere una comprensión mínima de lo que son los constructos de belleza e imagen corporal en Brasil, los cuales acaban por impactar en las experiencias personales y sentimientos que el cuerpo produce en las dinámicas interpersonales. Hay que tener en cuenta, por tanto, que el efecto de la obesidad puede generar diferentes interferencias en la dinámica socio-afectiva que depende del contexto y de las poblaciones (cultura), tal como afirman Friedman y Brownell (1997). La sociedad, en la mayoría de sus expresiones, rechaza la imagen del obeso y lo desconoce como un integrante cuantitativamente importante en las prácticas y dinámicas sociales.

Los datos sugieren no haber una asociación directa entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y los niveles de autoestima. No se ha encontrado otros estudios empíricos en los cuales los investigadores hicieran comparación entre el IMC y los

niveles de autoestima, sin embargo, en un estudio reciente de Trujillo *et al.* (2014), los autores comprueban que la baja autoestima es proveniente de la autopercepción negativa. Además, esa percepción juega papel importante en el desarrollo de la ansiedad y la depresión. Con eso, lo que se concluye es que, independiente del peso corporal, se tiene que trabajar, sea en la clínica o en otros ámbitos, la construcción de una percepción positiva de la autoimagen, la deconstrucción de las creencias punitivas sobre el cuerpo y alrededor del ideal de delgadez o patrones de belleza, bastante difundidos por los medios de comunicación, a fin de que tal percepción positiva de sí mismo actúe como factor protector de la salud mental.

A la luz de las investigaciones de Wadden *et al.* (2002) y Gavin, Simon y Ludman (2010), dónde argumentan que las mujeres con sobrepeso y/u obesidad presentan insatisfacción corporal, se plantearon, para el presente estudio, dos hipótesis. En la hipótesis 1, se plantea que las mujeres brasileñas, con IMC elevado, presentan insatisfacción corporal y sexual, así como baja autoestima. A partir de los resultados encontrados, se puede afirmar que existe satisfacción de la imagen corporal, satisfacción con el funcionamiento sexual y niveles elevados de la autoestima, lo que nos lleva a refutar la afirmación presentada en la hipótesis 1. La hipótesis 2 se basó en averiguar la relación entre la edad y las percepciones de imagen corporal y el funcionamiento sexual, dónde se creía que, cuanto más mayor la participante se encontraría una disminución de la actividad sexual. Se creía que la edad sería un factor determinante en la percepción de la imagen corporal y en el funcionamiento sexual, porque, en la sociedad brasileña, se supone que las mujeres, al madurar, tienen disminuido su atractivo sexual y, como consecuencia, reducen su actividad sexual.

La imagen corporal, la sexualidad y la autoestima son considerados un tema clave en esta discusión, están conectados a la obesidad y a las cuestiones de la salud física, mental y psicosociales, según Gimlin (2002). Este estudio presenta discrepancias cuando se compara con otros estudios, utilizados como referencia, y eso puede haber ocurrido por diferentes razones, entre ellas, los métodos de evaluación utilizados y la cantidad de participantes. Lo que averiguamos fue que la percepción individual/personal, que cada uno desarrolla durante su propia vida, es determinante en las interpretaciones físicas y emocionales en lo cual estamos incluidos. Mujeres con obesidad pueden tener una vida (o una percepción) de bien estar general, aunque

muchas investigaciones apunten desajustes perceptivos respecto al cuerpo e insatisfacción sexual y social.

8. Conclusiones

La motivación que ha estado presente en esta investigación ha sido la de aportar con este trabajo, un pequeño granito de arena en el conocimiento, reflexión y nuevas posibilidades de cambio en la percepción y aceptación de las personas y hacia uno mismo. Esta investigación abre nuevas discusiones y debates sobre los estigmas alrededor de las mujeres con sobrepeso. Se han investigado variables que son importantes para el bienestar físico, emocional y social, tales como: imagen corporal, autoestima, funcionamiento sexual en mujeres brasileñas con sobrepeso u obesidad.

A partir de los análisis empleados en ese estudio, se encontraron los principales resultados. Tratase de una muestra con 102 mujeres brasileñas, predominantemente jóvenes (entre 21 y 40 años, con promedio de 36,11 años, SD 10,527); provenientes de un estrato social bajo en Brasil, teniendo en cuenta el perfil de población que acude al CEPARH y los datos del FISS; con sobrepeso (n=60, 59% de la muestra); que no presentaron insatisfacción corporal para las puntuaciones en el BSQ (n=54, 52,9% de la muestra); que presentaron, de manera general, un funcionamiento sexual satisfactorio de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el FSFI y, por fin, para la Escala de Autoestima de Rosenberg, lo que se observó fue que 48 mujeres (47,01%) presentaron autoestima elevada.

Los resultados obtenidos con el IMC y las principales variables, mostraron que, para la muestra estudiada:

- ✓ Los datos sugieren que el IMC no interfiere en la satisfacción de la imagen corporal (BSQ) porque la gran mayoría – 52,95 % (n=54) - puntuó en *Sin Insatisfacción corporal*;
- ✓ El análisis general de los gráficos de dispersión del FSFI nos permite afirmar que hay una concentración de respuestas en la parte superior de los gráficos, sugiriendo que las mujeres de la muestra presentan un funcionamiento sexual satisfactorio;
- ✓ No se ha hallado correlación significativa entre el IMC y las dimensiones de Deseo y Dolor, dominios del funcionamiento sexual (FSFI);
- ✓ Los hallazgos provenientes del IMC y las puntuaciones de la Escala de Autoestima de Rosenberg fueron: 24 participantes con obesidad grado I presentaron

autoestima elevada; 23 mujeres con sobrepeso presentaron autoestima elevada, y 22 mujeres (también con sobrepeso), presentaron baja autoestima. Estos resultados nos permite afirmar que parece no haber una asociación directa entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y los niveles de autoestima.

Para el cruce entre la edad y la imagen corporal (BSQ) no hubo correlación significativa. Ya para edad y el funcionamiento sexual (FSFI), se observó que no hubo relación significativa para los dominios de satisfacción y dolor.

Aportaciones en el ámbito social, de la salud y de la clínica

El arduo camino que he iniciado, se dirige hacia el mayor conocimiento, con el fin de reflexionar y actuar en diferentes ámbitos de la psicología clínica y de la salud, y en diferentes contextos culturales y sociales. En definitiva, pretendemos que este estudio sirva como punto de partida para futuras investigaciones, al tiempo que facilite y aumente la reflexión acerca de la importancia de la autoaceptación, favoreciendo una construcción positiva de la autoestima y de conductas sexuales adecuadas al bienestar socio-afectivo de las mujeres adultas con sobrepeso.

Es común, cada vez más la preocupación por una buena imagen corporal, principalmente para las mujeres. Frente a esta situación, necesitamos propuestas asistenciales interdisciplinarias que ayuden en la deconstrucción de los modelos estéticos femeninos que generan presión social y en la construcción de nuevos caminos que ayuden en una nueva propuesta de identidad femenina más libre y plural. Lo que se propone es que las mujeres se empoderen de sus cuerpos, de sus vidas, rompiendo con los patrones que aprisionan y así tengan herramientas para desarrollar recursos y habilidades internas y personales, fortaleciendo su autoconfianza, independiente del peso corporal. Estas medidas pueden ser fundamentales para el rescate de la autoestima y el encuentro de soluciones para sus dificultades, conflictos y necesidades, viabilizando mejoras de calidad de vida.

Aún en el tema de percepción y satisfacción con el cuerpo, el presente trabajo, además de las aportaciones en el campo académico, también tiene una relevancia clínica y social. Por ejemplo, en un trabajo de intervención psicosocial, o en el tratamiento clínico, el manejo y conocimiento de estas variables, nos permite ayudar mujeres que necesitan cambiar sus creencias y percepciones sobre sí mismas, a través de una concientización sobre sus cuerpos y auto aceptación. Un trabajo de esa naturaleza se basa en la literatura y en los datos empíricos encontrados, por ejemplo,

por Dijkstra y Barelds (2011) los cuales indican que el aumento de la consciencia se asocia con una mejor satisfacción corporal.

Con la finalidad de cambiar y disminuir este problema, que afecta indiscriminadamente a niñas, jóvenes y adultos, y principalmente a las mujeres, se propone, como agenda de intervención, una concienciación, en políticas públicas y educativas, entre otras acciones, en relación a las creencias socio-culturales existentes en la actualidad que están intrínsecamente arraigadas a la insatisfacción de la imagen corporal, sexual, las conductas alimentarias inadecuadas y como consecuencia la autoestima.

Consideramos que toda búsqueda sincera y honrada, en el ámbito de la investigación clínica y de la salud, ha de redundar en el bienestar de los seres humanos. En este escenario resulta de gran importancia la divulgación y discusión de las investigaciones, para aumentar y extender el debate, las reflexiones y obtener nuevos paradigmas sobre los patrones del cuerpo, de la belleza e imagen corporal actual. Sin embargo, somos conscientes de la necesidad de matizar estas conclusiones con algunos comentarios y sintetizar de manera ordenada las limitaciones que puede tener el estudio realizado, bien como apuntamos la agenda propuesta.

Limites del Estudio y Agenda de investigación

De muchos de los límites de esa investigación, se destaca la dificultad en encontrar material bibliográfico en el que hubiera una clara articulación entre las mismas variables adoptadas en el presente estudio y con mujeres brasileñas obesas adultas. Inicialmente se ha podido encontrar, con facilidad, material sobre obesidad, conductas sexuales e imagen corporal, de manera aislada o con poca relación.

Otro de los límites corresponde a la elección del muestreo. El hecho de trabajar con una muestra reducida y de conveniencia – condición ofrecida por el centro - no invalida los resultados, sin embargo, se cree que los datos serían menos sesgados si hubiéramos trabajado con mismas cantidades de participantes por los rangos de edad. También se cree que una distribución de las mismas cantidades de mujeres para los diferentes grados de obesidad posibilitaría trazar otras comparaciones y conclusiones.

Una de las limitaciones del estudio fue no haber explorado el IMC de manera más detallada, tampoco fueron explorados los aspectos socioculturales y su influencia en la percepción de imagen corporal, por ejemplo. Podemos pensar, para un momento

futuro, otras herramientas, con más precisión en la evaluación de los niveles del IMC - como medir el pliegue cutáneo, y averiguar los porcentajes de grasa y músculo de los participantes. A partir de estos datos se podrá afirmar si las mujeres que están en sobrepeso y/u obesidad presentan una interacción de grasa y músculo indicando un equilibrio corporal indicando buena salud física o si ellas realmente presentan un elevado grado de grasa corporal, lo que se podría inferir un riesgo para la salud de una manera general.

La influencia de los factores sociales y personales en la percepción de la imagen corporal (satisfacción o insatisfacción) se pueden explorar, con instrumentos de autoinforme, a ejemplo de lo que hicieron Esnola, Rodríguez y Goñi (2010), los cuales afirman que hay una fuerte relación entre la satisfacción corporal y las presiones socioculturales percibidas. Tal limitación se configura en agenda de investigación, teniendo en cuenta que los hallazgos nos motivan a seguir en el estudio, matizando los resultados con entrevistas, en una etapa cualitativa.

Entre los trabajos científicos que manejan las variables de peso corporal, satisfacción con el peso corporal, imagen del cuerpo, funcionamiento sexual y autoestima, muchos se plantean las diferencias entre culturas o entre género. Frederick, Peplau y Lever (2006), por ejemplo, encontraron que, los hombres, en comparación con las mujeres, eran menos propensos a evaluar sus cuerpos como menos atractivos o evitar la exposición pública en trajes de baño. Para las mujeres, las participantes delgadas, con IMC normal, estaban más satisfechas que las mujeres con IMC elevado. Al final, concluyen que los hombres suelen tener una mejor satisfacción corporal que las mujeres. En ese sentido, un estudio comparativo, entre hombres y mujeres, sobre la satisfacción con la imagen corporal, se configura en otra agenda de investigación.

Concluimos, por tanto, que la continuidad en la investigación sobre imagen corporal, funcionamiento sexual y autoestima, en mujeres brasileñas obesas o con sobrepeso es útil en nuestra sociedad actual.

Ser mujer en este proceso me ha agotado emocionalmente en algunos momentos, pues entender el propio cuerpo e intentar compartirlo en fragmentos de imagen, autoestima, sexualidad, culturas, género es más arduo de lo que imaginaba. He hecho muchas reflexiones a lo largo de estos años y cada vez más me doy cuenta que ser mujer y estar incluida en un contexto social es diferente de sentirse parte de todo esto. Durante la recogida de datos he visto más de lo que puedo revelar en este

trabajo. Adentrarme un poco en diferentes mundos (social, económico y cultural) me ha permitido entender los motivos que nos tornan iguales pero a la vez diferentes en distintas culturas. En algunos momentos me daba cuenta que no importa dónde, pero ser mujer es algo que cuesta algo, casi siempre.

Referencias

- Ades, L. y Kerbaury, R. R. (2002). Obesidade: realidades e indagações. *Revista de Psicologia da USP*, São Paulo, 13 (1), pp. 197-216.
- Ahrberg, M., Trojca, D., Nasrawi, N., & Vocks, S. (2011). Body image disturbance in binge eating disorder: A review. *European Eating Disorders Review*. Recuperado en 12 de abril de 2015 <http://journals.ohiolink.edu>
- Algars, M., Santtila, P., Varjonen, M., Witting, K., Johansson, A., Jern, P., y Sandnabba, N. (2009). The adult body: how age, gender, and body mass index are related to body image. *Journal Of Aging And Health*, 21 (8), pp. 111-132.
- Ambler, D. B, Eric y Diamond, M. (2012). Sexual Function in Elderly Women: a rievew of current literature. *Revista Obstetricia Gynecologica*, 5(1), pp. 16-27.
- American Psychiatric Association (APA), (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA (USA): American Psychiatric Publishing.
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., Brownell, K. D. (2008).“Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-19996 through 2004-2006”. *Obesity (Silver Spring)* 5, pp. 1129-1134.
- Bacon C. G. y Aphramor, L. (2011). Weight regulation: A review of the evidence for a paradigm shift. *Nutrition Journal*, 10 (9). Retrieved January 25, 2011, from BioMed Central: <http://www.nutritionj.com/content/10/1/9/abstract>
- Bacon C. G., Mittelman, M. A., Kawachi, I., Giovannucci, E., Glasser, D. B. y Rimm E. B. (2003). Sexual function in men older than 50 years of age: results from the Health Professionals Follow-up Study. *Annals of Internal Medicine*, 139, pp. 161–168.
- Baile, J. I. y Osorio, G. (2008). Relación entre la autoestima, imagen corporal y tendencia a sufrir trastorno de conducta alimentario en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología General Aplicada*, 61 (4), pp. 397-404.
- Behar, R. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar, R y Figueroa, G. *Anorexia nerviosa y bulimia*. Santiago: Mediterráneo.

- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Chile Neuro-Psiquiatría*, 48(4), pp.319-334.
- Berkeley, CA: University of California Press
- Blank, H. (2000). *Big Big Love: A Sourcebook on Sex for People of Size and Those Who Love Them*. Eugene, OR: Greenery Press.
- Blundell, J. E., Stubbs, R. J., Golding, C., Croden, F., Alam, R., Whybrow, S., Le Noury, I. y Lawton, C. L. (2005). Resistance and susceptibility to weight gain: individual variability in response to a high fat diet. *Physiology and Behavior*, 86, pp. 614–622.
- Bonilla-Castro, E. y Rodríguez, P. (2005). Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Bogotá: Norma.
- Bourdieu, P. (1986). “*Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo*” en *Materiales de Sociología Crítica*. Madrid, La Piqueta.
- Brenden, N. (1971). *The Psychology of Self-Esteem*. Nueva York, NY, Bantam.
- Brown, P. J. (1992). The biocultural evolution of obesity. En: Björntorp, P., Brodoff, B. (eds.). *Comprehensive textbook on obesity*. New York: JB Lippincott.
- Brown, P. J. y Konner, M. (1998). *An anthropological perspective on obesity, global health issues and programs in understanding and applying medical anthropology*. Mountain View, Calif.: Mayfield Pub. Co.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. New York: Basic Books-
- Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M. y Thompson, J. K. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12 (4), pp. 421-433.
- Campbell, J. D. (1999). *Self-esteem and Clarity of the self-concept*. En R. F. Baumeister (Eds.). *The Self in Social Psychology*. Philadelphia: Psychology Press.
- Campos, M. P. (2004). *The Obesity Myth*. New York, NY: Gotham Books.
- Camps, M., Zervos, E., Goode, S. y Rosemurgy, A. S. (1996). Impact of bariatric surgery on body image perception and sexuality in morbidly obese patients and their partners. *Obesity Surgery*, 6 (3), pp. 56-60.

- Canovas, B., Ruperto, M., Mendoza, E. (2001). Concordancia entre la autopercepción corporal y el IMC calculado en una población voluntaria captada el IV Día Nacional de la Persona Obesa. *Nutrición Hospitalaria*, 16(4), pp.116-120.
- Cantón, A. y Formiguera, X. (2004). Obesity: epidemiology and clinical aspects. *Best Practice y Research Clinical Gastroenterology*, 18 (6), pp. 1125–1146. Disponible online en: <http://www.sciencedirect.com>.
- Carper, J., Orlet Fisher, L. y Birch, L. L. (2000). Young girls emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite*, 35, pp. 121–129.
- Cash, T. F., Theriault, J. y Annis, N. M. (2004). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, pp. 89–103.
- Cheng, H. y Mallinckrodt, B. (2009). Parental bonds, anxious attachment, media internalization and body dissatisfaction: Exploring a mediation model. *Journal of Counseling Psychology*, 56, pp. 365–375.
- Cohen, L., Perales, D. P. y Steadman, C. (2005) The O Word: Why the Focus on Obesity Is Harmful to Community Health. *Californian Journal of Health Promotion*, 3, pp. 154–161.
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor
- Collighan, N. T. y Bellamy, M. C. (2001). Anesthesia for the obese patient. *Current Anesthesiology y Critical Care*. 12, pp. 261-266.
- Conti, M. A., Cordás, T. A. y Latorre, M. R. D. O. (2009). A study of the validity and reliability of the Brazilian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ) among adolescents. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9 (3), pp. 331-338.
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. Nueva York: Charles Scribner's Sons.
- Cooper, C. (2012): A Queer and Trans Fat Activist Timeline: Queering Fat Activist Nationality and Cultural Imperialism, *Fat Studies*, 1 (1), pp. 61-74.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987). The development

- and validation of the Body Shape Questionnaire. *The International Journal of Eating Disorders*, 6 (4), pp. 485-94.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of Self- Esteem*. Consulting Psychologists Press.
- Corona, G., Mannucci, E., Fisher, A. D., Lotti, F., Petrone, L. y Balercia, G. (2008). Low levels of androgens in men with erectile dysfunction and obesity. *Journal Sexology Medical*, 5 (10), pp. 2454–63.
- Courtney, E. A., Gamboz, J. y Johnson, J. G. (2008). Problematic eating behaviors in adolescents with low self-esteem and elevated depressive symptoms. *Eating Behaviors*, 9 (4), pp. 408-414.
- Davison, K., Markey, C., y Birch, L. (2000). Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5-year-old girls. *Appetite*, 35, pp. 143-151.
- DeLeel, M. L., Hughes, T. L., Miller, J. A., Hipwell, A., y Theodore, L. A. (2009). Prevalence of eating disturbance and body image dissatisfaction in young girls: An examination of the variance across racial and socioeconomic groups. *Psychology in the Schools*, 46, pp. 767-775.
- Derene, J. y Beresin, E. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry*, 30 (2), pp. 257-261.
- Diener, E. y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Dijkstra, P., y Barelds, D. P. H. (2011). Examining a model of dispositional mindfulness, body comparison, and body satisfaction. *Body Image*, 8(4), pp. 419-422.
- Dolto, Françoise. (1999). *Tudo é linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Eggert, J., Levendosky, A., y Klump, K. (2007). Relationships among attachment styles, personality characteristics, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 40, pp.149-155.
- Eisenberg, M. E., Nelmark-Sztainer, D. y Story, M. (2003). Associations of weight based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, pp. 733–738.

- Erickson S.J, Robinson T.N, Haydel F, Killen J. D. (2000). Are overweight children unhappy? Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154, pp. 931-935.
- Esnola, I., Rodríguez, A., y Goñi, A. (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: Gender and age differences. *Salud Mental*, 33 (1), pp. 21-29.
- Esposito, K., Ciotola, M., Giugliano, F., Bisogni, C., Schisano, B., Autorino, R., Cobellis, L., Sio, M., Colacurci, N., y Giugliano, D. (2007). Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research*, 19, pp.353-357.
- Esposito, K., Giugliano, F., Ciotola, M., Bisogni, B., Schisano, B., Autorino, R., Cobellis, L., De Sio, My Colacurci, N. (2008). Obesity and sexual dysfunction, male and female. *International Journal of Impotence Research*, 163, (3), pp. 888-893.
- Ferreira, J. P., y Fox, K. R. (2002). Cross-Cultural Validity of a Portuguese version of Physical Self-Perception Profile. In: M. Koskolou, N. Geladas y V. Klissouras (Eds.), *Proceedings of the 7th Annual Congress of the European College of Sport Sciences*. Athens, Greece. Vol. 1, pp. 531.
- Frederick, D., Peplau, L., y Lever, J. (2006). The swimsuit issue: Correlates of body image in a sample of 52.677 heterosexual adults. *Body Image*, 3(4), pp. 413-419.
- Friedman, M. A. y Brownell, K. D. (1997). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117, pp. 3-20.
- Gailey, J. A. (2012). Fat Shame to Fat Pride: Fat Women's Sexual and Dating Experiences, *Fat Studies*, 1 (1), pp. 114-127.
- Garaigordobil, M., Perez, I., Moraz, M. (2008). Self-esteem and psychopathological symptoms. *Psichotema*, 20 (1), pp. 114-123.
- Gavin, A., Simon, G., y Ludman, E. (2010). The association between obesity, depression, and educational attainment in women: the mediating role of body image dissatisfaction. *Journal Of Psychosomatic Research*, 69 (6), pp. 573-581.

- Gimlin, D. L. (2002). *Body Work: Beauty and Self-Image in American Culture*,
- Goellner, S. V. (2003). A produção cultural do corpo. En: Louro, G., Neckel, J. F. y Goellner, S. V. (Orgs.) *Corpo, Gênero e Sexualidade – Um debate contemporâneo na educação*. Petrópolis: Editora Vozes, pp. 28-40.
- Goldenberg, M. (2006). O corpo como capital: para compreender a cultura brasileira. *Arquetipo e Movimento*, 2 (2), pp.115-123.
- Gracia, M. (2010). Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity, *Appetite*, 55(2); pp. 219–225.
- Hausenblas, H. A., Campbell, A., Menzel, J. E., Doughty, J., Levine, M. P., & Thompson, J. K. (2013). Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: A meta-analysis of laboratory studies. *Clinical Psychology Review*, 33(1), pp. 168-181.
- Hay, P. J. (2002). Epidemiologia dos Transtornos Alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), pp. 13-17.
- Hayden-Wade, H.A, Stein R.I, Ghaderi A, Saelens B.E, Zabinski M.F, Wilfley D.E. (2005). Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children versus non-overweight peers. *Obesity Research*, 13(8): 1381-92.
- Heatherton, T. F. y Wyland, C. (2003). Assessing self-esteem. Em S. Lopez and R. Snyder, (Eds). *Assessing positive psychology* (pp. 219-233). Washington, DC: AP
- Hentschel, H., Alberton, D. L., Capp, E., Goldim, J. R. y Passos, E. P. (2007) Validação do female sexual function index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 27 (1), pp.10-14.
- Heras, B. A. (1992). *La construcción social del cuerpo: prácticas gimnásticas y nuevos modelos culturales*. Editorial de La Universidad Complutense de Madrid.
- Hesketh, K., Wake M, Waters E. (2004). Body mass index and parent-reported self-esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28(10): 1233-7.

- Hewitt, J. P. (2009). Self-Esteem. Em S. J. Lopez (Ed.), *Encyclopedia of positive psychology*, (Vol.2) (pp. 880-886). Malden, MA: Wiley- Blackwell.
- Hollingshead, A. B. (1975). *Four Factor Index of Social Status*. New Haven, CT: Unpublished manuscript, Yale University.
- Hoyt, W. D. y Kogan, L. R. (2001). Satisfaction with Body Image and Peer Relationships for Males and Females in a College Environment. *Sex Roles*, 45 (3-4), pp. 199–215.
- Huang, J., Norman, G., Zabinski, M., Calfas, K., y Patrick, K. (2007). Body image and self-esteem among adolescents undergoing an intervention targeting dietary and physical activity behaviors. *The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 40(3), 245-251.
- Hutz, C. (2000). *Adaptação brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg*. Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Mimeo.
- Ivarsson, T., Svalander, P., Litlere, O., Nevenon, L. (2006). Weight concerns, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eating Behaviors*, 7(2): 161-75.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. y Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of Risk Terminology and Suggestion for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130 (1), pp. 19–65.
- James, W. (1974). *Compéndio de Psicologia*. Buenos Aires: Emecé Congreso, 1892.
- Jon, R., Putnam, K., McKibbin, L. (2007). "Health At Every Size: a compassionate, effective approach for helping individuals with weight-related concerns--Part II". *American Association of Occupational Health Nurses*, 55 (5), pp. 185–192.
- Kadioglu, P., Yetkin, D. O., Sanli, O., Yalin, A. S, Onem, K., y Kadioglu, A. (2009). Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *BJUI International*, 106, pp. 1357-1361.
- Kernis, M. H. (2005). Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality*, 73(6), 1569-1605.

- Kluck, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7 (1), pp. 8-14.
- Kollei, I. y Martin, A. (2014). Body related cognitions, affect and post- event processing in body dimorphic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 144- 151.
- Kolotkin, R.L, Binks, M., Crosby, R. D, Ostbye, T., Gress, R. E., Adams, T. D. (2006). Obesity and sexual quality of life. *Obesity*, 14(3), pp. 472-9.
- Larsen, S. H, Wargner, G. y Heitmann, B. L., (2007). Sexual function and obesity. *International Journal of Obesity*, 31, pp. 1189-1198.
- Laumann, E. O., Paik, A. y Rosen R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA*, 281 (6), pp. 537-44.
- Laumann, E.O, Nicolosi, A., Glasser, D.B, Paik A., Gingell, C., Moreira, E., Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal Of Impotence Research*, 17 (1), pp. 39-57.
- Lobera, J., López, P., González, M., y Millán, M. (2008). Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición hospitalaria* [online], 23(3), pp.226-233.
- Martin, J. W., Briesmiester, K., Bargardi, A., Muzik, O., Mosca, L. y Duvernoy, C. S. (2005). Weight changes and obesity predict impaired resting and endothelium-dependent myocardial blood flow in postmenopausal women. *Clinical Cardiology*, 28 (1), pp. 13-18.
- Martinez de Morentín, B. E, Rodriguez, M. C y Martinez, J. A. (2003). Síndrome Metabólico, Resistencia a la insulina y metabolismo tisular. *Endocrinología Nutricional*, 50 pp. 324-33.
- Mendelson, B. K., McLaren, L., Gauvin, L. y Steiger, H. (2002). The relationship of self-esteem and body esteem in women with and without eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (3), pp. 318-323.
- Metwally, M., Ledger, W. L y Li, T. C. (2008) Reproductive endocrinology and clinical aspects of obesity in women. *Annals New York Academy of Science. Assessment of Human Reproductive Function*, 1127, pp. 140-146.

- Mitul, B. S. (2009). Obesity and sexuality in women. *Obstetrics & Gynecology clinics of North America*, 2 (36), pp. 347-359.
- Mora, M., y Raich, R. (2005). *Autoestima: Evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Síntesis.
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R. y Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Sao Paulo, 24, pp. 18-23.
- National Institutes of Health (1998). *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults*. Evidence report. Washington DC: US Department of Health and Human Services.
- Neel, J.V. (1962). Diabetes mellitus “a thrifty” genotype rendered detrimental by progress? *The American Journal of Human Genetic*, 14, pp. 353-362.
- Ng, Siu-Kuen, Barron, D. y Swami, V. (2015). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale among adults in Hong Kong. *Body Image*, 13, pp. 1-8.
- Novaes, J. V., Vilhena, J., Lemgruber, M. (2003). Sexualidade feminina e envelhecimento: apenas uma questão cirúrgica? Algumas considerações acerca das cirurgias estéticas ginecológicas. *Polêmica Revista Eletrônica*. Disponible en: <[http:// www.polemica.uerj.br/pol23/oficinas/artigos/lipis_1.pdf](http://www.polemica.uerj.br/pol23/oficinas/artigos/lipis_1.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2010.
- O'Hara, L. y Gregg, J. (2012). Human Rights Casualties from the “War on Obesity”: Why Focusing on Body Weight Is Inconsistent with a Human Rights Approach to Health. *Fat Studies*, 1 (1), pp. 32-46.
- O'Neil, P. M. y Jarrell, M. P. (1992). *Psychological aspects of obesity and dieting*. In: Wadden T. A, VanItallie T. B. (Eds). *Treatment of the Seriously Obese Patient*. New York: Guilford Press, pp. 252-270.
- O'Reilly, C. y Sixsmith, J. (2012). From Theory to Policy: Reducing Harms Associated with the Weight-Centered Health Paradigm. *Fat Studies: An Interdisciplinary Journal of Body Weight and Society*, 1 (1), pp. 97-113. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/21604851.2012.627792>.
- Orbach, S. (2009). *La Tiranía del culto al cuerpo*. Paidós Ibérica.

- Organización Mundial de la Salud (2010). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Recuperado el 14 de Octubre de 2010, de http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf
- Pacagnella, R. C., Martinez, E. Z. Y. y Vieira, E. (2009). Validade de construto de uma versao em português do Female Sexual Function Index. *Caderno de Saúde Pública*, 25 (11), pp. 2333-2344.
- Peck, L. D. y Lightsey, O. R. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem and perfectionism. *Journal of Counseling and Development*, 86 (2), pp. 184-192.
- Pereira, A. A. G., Silva, M. I. y Freitas, V. A. (2009). Estudo Psicométrico do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). [www. Psicologia.com.pt](http://www.Psicologia.com.pt)
- Puhl, R.M., Brownell, K.D. (2006). "Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults". *Obesity (Silver Spring)* 10, pp. 1802-1815.
- Puhl, R.M., Heuer, C.A. (2010). "Obesity stigma: important considerations for public health". *American Journal of Public Health* 6, pp. 1019-1028.
- Ravussin, E. y Bogardus, C. (2000). Energy balance and weight regulation: Genetics versus environment. *British Journal of Nutrition*, 83, pp. 177-220.
- Regan, P. C. (1996). Sexual Outcasts: The Perceived Impact of Body Weight and Gender on Sexuality. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(20), pp.1803-1815.
- Ribas, R. C., Jr., Seidl de Moura, M. L., Pontes, P. C., Silveira, R. L., Mezzomo, J., y Sudo, I. (2000). Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Ed.), ANAIS - III *Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento*. (p. 185). Niteroi, RJ.
- Rivarola, M. F. y Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8 (2), pp. 61-72.
- Rodríguez, S. y Cruz, S. (2008). Insatisfacción Corporal en Adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20 (1), pp. 131-137.
- Rosen R., Brown C., Heiman J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. y D'Agostinho, R. Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a

- multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, pp. 191-208.
- Rosen, R., Brown, Heiman, J., Leiblum, S., Ferguson, D., y Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191–208.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).
- Rousseau, A., Barbe, P. y Chabrol, H. (2003). Binge Eating Disorder et Stigmatisation dans l'obésité. *Journal de Thérapie Comportementale et cognitive*, 16 (1), pp. 26-31.
- Salaberria, K., Rodríguez, S., y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Cuadernos de Ciencias Médicas*, 8 (1), pp. 171-183.
- Santos, P. J. y Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versao portuguesa da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, pp. 253-268.
- Sassaroli, S., Galluci, M. y Ruggiero, G. M. (2008). Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39 (4), pp. 467-488.
- Santellán, M. L. (2010). Cuerpos construidos, cuerpos imposibles. Insatisfacción corporal femenina y patrones estéticos socioculturales. Su incidencia en la etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y del Trastorno Dismórfico Corporal, en el contexto de la Argentina y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *VI Jornada Internacional sobre trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Actualización de tratamientos en TCA*.
- Secchi, K., Camargo, B. V., y Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (2), 229-236.
- Serpell, L., Neiderman, M., Roberts, V. y Lask, B. (2007). The shape and weight based self-esteem inventory in adolescent girls with eating disorders and

- adolescent controls. *Psychotherapy Research*, 17 (3), pp. 321-327
- Shaw, H., Stice, E. y Becker, C. B. (2009). Preventing eating disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, pp. 199–207.
- Sikorski, C., Luppá, M., Kaiser, M., Glaesmer, H., Schomerus, G., König, H.H., Riedel-Heller, S.G. (2011). “The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review”. *BioMedCentral Public Health* 11, pp.661.
- Silva, D., Rego C, Valente A, Faria M, Dias C, Azevedo L.F. (2009). Avaliação da insatisfação corporal e da auto-estima em crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade versus uma comunidade escolar. *ENDO-Endocrinologia, Diabetes & Metabolismo*, 4(1): 23-31.
- Snoek, H. M., Engels, R. C. M. E., Janssens, J. M. A. M. y Van Strien, T. (2007). Emotional eating in adolescents: the role of parenting and self-esteem. *Appetite*, 49, pp. 223–230.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (2007). Consenso español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. *Médica Clínica (Barcelona)*, 107, pp. 782-7.
- Spitzer, L. y Rodin, J. (1981). Human eating behavior: a critical review of studies in normal weight and overweight individuals. *Appetite*, 2, pp. 293–329.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, pp. 825–848.
- Stice, E., Maxfield, J. y Wells, T. (2003). Adverse effects of social pressure to be thin on young women: An experimental investigation of the effects of fat talk. *International Journal of Eating Disorders*, 34, pp. 108–117.
- Stice, E., Spangler, D. y Agras, W. S. (2001). Exposure to media-portrayed thin-ideal images adversely affects vulnerable girls: A longitudinal experiment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, pp. 270–288.
- Striegel-Moore, R. H., Terrence, G. W., Wilfley, D. E., Elder, K. A. y Brownell, K. D. (1998). Binge Eating in an obese community Sample. *International Journal of Eat Disorders*, 23, pp. 27-37.

- Strien, V. T., Herman, P. C. y Verheijden, W. M. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite*, 52, pp. 380–387.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Sjöström, L., Backman, L., Taft, C. y Rydén, A. (1993). Swedish Obese subjects- an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International Journal of Obesity*, 17, pp. 503-512.
- Svaldi, J., Naumann, E., Trentowska, M., Lackner, H. K. y Tuschen-Caffier, B. (2013). Emotion regulation and its influence on body dissatisfaction in overweight women. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(5), pp. 529-545.
- Tahmouresi, N., Bender, C., Schmitz, J., Baleszhar, A., y Tuschen-Caffier, B. (2014). Similarities and differences in emotion regulation and psychopathology in Iranian and German school-children: a cross-cultural study. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(1), 52–60.
- Tantleff-Dunn, S. y Thompson, J. K. (1995). Romantic partners and body image disturbance: Further evidence for the role of perceived-actual disparities. *Sex Roles*, 33, pp. 589–605.
- Thompson, J. K. y Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10, pp. 181–183.
- Trentowska, M., Svaldi, J., & Tuschen-Caffier, B. (2014). Efficacy of body exposure as treatment component for patients with eating disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), pp.178-185.
- Troya, E. P. (2008). Sexo, género, subjetividad, Objeto del deseo-amor. *Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar*, 16 (26), pp. 27-44.
- Tujillo, Jong, P., Sportel, B. E., Hullu, E., y Nauta, M. H. (2014). Implicit and explicit self-esteem and their reciprocal relationship with symptoms of depression and social anxiety: A longitudinal study in adolescents. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 45 (1), pp. 113-121.
- Valsamma, P. (2006). *Análisis cualitativo de la autoestima de mujeres casadas*,

separadas y madres solteras en la ciudad de Oaxaca. Tesis (Maestría en desarrollo humano). Universidad Iberoamericana.

- Van Strien, T. y Bazelier, F. G. (2007). Parental control in feeding is related to external, restrained and emotional eating in 7–12-year old boys and girls. *Appetite*, 49, pp. 618– 625.
- Vasconcelos, N., Sudo, I. y Sudo, N. (2004). Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*; 4 (1), pp. 65-93.
- Vigarello, G. (2005). *Historia de la belleza: el cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Wadden, T.A., Thomas, A., Brownell, N., Kelly, D. y Gary, D. (2002). Cognitive behavioural therapy for weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), pp. 510-525.
- Weller, J. E. y Dziegielewski, S. F. (2004). The relationship between romantic partner support styles and body image disturbance. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 10, pp. 71–92.
- Wiederman, M. W. y Hurst S. R. (2008). Body Size, Physical Attractiveness, and Body Image among Young Adult Women: Relationships to Sexual Experience and Sexual Esteem. *Journal of Sex Research*, 35, pp. 272–281.
- Woertman, L. y Brink, F., (2012). Body Image and Female Sexual Functioning and Behavior: a review. *Journal of sexuality research*, 49 (2-3), pp. 184-211.
- World Health Organization (WHO). Obesity (2009). Disponível em: <[http://www.who.int/ topics/obesity/en/](http://www.who.int/topics/obesity/en/)>. Acesso em: 19 jun. 2009.
- Zeller M.H, Saelens B.E, Roehring H, Kirk S, Daniels S.R. (2004). Psychological adjustment of obese youth presenting for weight management treatment. *Obesity Research*, 12(10): 1576-1586.

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, assine no final da página se está de acordo com o seguinte:

Este questionário destina-se à realização de um trabalho de investigação na área da Psicologia clínica e da Saúde. Trata-se de um instrumento que envolve a recolha de *informação confidencial* pelo que **nunca** no decorrer deste trabalho **será divulgada a identificação dos indivíduos** nele **intervenientes**. Ao responder às questões faça-o de forma sincera e, por favor, não deixe qualquer questão por responder, pois **disso dependerá o rigor científico deste trabalho**.

Obrigado por sua colaboração.

Dados pessoais:

Nome : _____

Idade: _____ anos *Data de nascimento*: ____/____/____

Sexo: Masculino Feminino

Estado Civil: Casado Solteiro Divorciado Viúvo Vivem junto

Altura: _____ *Peso*: _____

Assinatura: _____

Dia: ____/____/____

Anexo 2

QUESTIONARIO SOCIO-ECONOMICO

Four Factor Index of Social Status (FISS)

Nível de Estudo

Indice abaixo, o nível de estudo de seu pai e sua mãe:

1. Primeiro grau incompleto
2. Primeiro grau completo
3. Segundo grau incompleto
4. Segundo grau completo
5. Curso técnico completo
6. Terceiro grau incompleto
7. Terceiro grau completo ou pós graduação

Profissão

Indique abaixo qual a profissão de seu pai e sua mãe:

1. Emprega doméstica, lavadora
2. Trabalhador(a) sem qualificação
3. Pedreiro, mestre de obra, pintor, técnico semi qualificado
4. Pedreiro, mestre de obra, pintor, técnico qualificado
5. Administrativo e vendas
6. Empresário semi profissional
7. Proprietário de pequeno negocio, gerente
8. Administrador, profissional de médio negocio
9. Alto executivo, proprietário de grande negocio e profissionais especializados

Anexo 3

Body Shape Questionnaire (B.S.Q.)

Gostaríamos de saber como você se sentiu a respeito de sua aparência física no **último mês**. Por favor, leia cada pergunta e assinale com uma cruz o número da direita que considera correspondente a resposta mais adequada. Responda a todas as perguntas:

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente Sempre
 1 2 3 4 5 6

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)?	1	2	3	4	5	6
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. Sentir-se satisfeita (por exemplo, após uma refeição) faz você se sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
7. Você já se sentiu tao mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar?	1	2	3	4	5	6

8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?	1	2	3	4	5	6
9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta?	1	2	3	4	5	6
11. Você já se sentiu gorda, mesmo comendo uma quantidade menor de comida?	1	2	3	4	5	6
12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, assistir a TV, lê ou participar de uma conversa)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo?	1	2	3	4	5	6

16. Você se imagina cortando fora porções do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo?	1	2	3	4	5	6
18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplos festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
19. Você se sente excessivamente grande e arredondada?	1	2	3	4	5	6
20. Você já teve vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21. A preocupação diante do seu físico						

leva-lhe a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de auto controle?	1	2	3	4	5	6
24. Você se preocupa que as outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6
25. Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você?	1	2	3	4	5	6
26. Você já vomitou para se sentir mais magra?	1	2	3	4	5	6
27. Quando acompanhada você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada num sofá ou num banco de ônibus)?	1	2	3	4	5	6
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas no seu corpo?	1	2	3	4	5	6
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou numa vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
30. Você belisca áreas do seu corpo para ver quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina?).	1	2	3	4	5	6
32. Você toma laxantes para se sentir magra?	1	2	3	4	5	6
33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhias de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34. A preocupação com o seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

Anexo 4

Função Sexual Feminina (FSFI)

Instruções:

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas quatro semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Assinale apenas uma alternativa por pergunta. Para responder às questões use as seguintes definições: atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual; ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina; estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos); desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo; excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal” –, ou contrações musculares).

1 - Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

- _ 5 = Quase sempre ou sempre
- _ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- _ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- _ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- _ 1 = Quase nunca ou nunca

2 - Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?

- _ 5 = Muito alto
- _ 4 = Alto
- _ 3 = Moderado
- _ 2 = Baixo
- _ 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

3 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- _ 0 = Sem atividade sexual

- _ 5 = Quase sempre ou sempre
- _ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- _ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- _ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- _ 1 = Quase nunca ou nunca

4 - Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

- _ 0 = Sem atividade sexual
- _ 5 = Muito alto
- _ 4 = Alto
- _ 3 = Moderado
- _ 2 = Baixo
- _ 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

5 - Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- _ 0 = Sem atividade sexual
- _ 5 = Segurança muito alta
- _ 4 = Segurança alta
- _ 3 = Segurança moderada
- _ 2 = Segurança baixa
- _ 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança

6 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

- _ 0 = Sem atividade sexual
- _ 5 = Quase sempre ou sempre
- _ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- _ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- _ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- _ 1 = Quase nunca ou nunca

7 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

- _ 0 = Sem atividade sexual
- _ 5 = Quase sempre ou sempre

- _ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- _ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- _ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- _ 1 = Quase nunca ou nunca

8 - Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

- _ 0 = Sem atividade sexual
- _ 1 = Extremamente difícil ou impossível
- _ 2 = Muito difícil
- _ 3 = Difícil
- _ 4 = Ligeiramente difícil
- _ 5 = Nada difícil

9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- _ 0 = Sem atividade sexual
- _ 5 = Quase sempre ou sempre
- _ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- _ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- _ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- _ 1 = Quase nunca ou nunca

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- _ 0 = Sem atividade sexual
- _ 1 = Extremamente difícil ou impossível
- _ 2 = Muito difícil
- _ 3 = Difícil
- _ 4 = Ligeiramente difícil
- _ 5 = Nada difícil

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

- _ 0 = Sem atividade sexual
- _ 5 = Quase sempre ou sempre
- _ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

- _ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- _ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- _ 1 = Quase nunca ou nunca

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo (“clímax/gozou”)?

- _ 0 = Sem atividade sexual
- _ 1 = Extremamente difícil ou impossível
- _ 2 = Muito difícil
- _ 3 = Difícil
- _ 4 = Ligeiramente difícil
- _ 5 = Nada difícil

13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?

- _ 0 = Sem atividade sexual
- _ 5 = Muito satisfeita
- _ 4 = Moderadamente satisfeita
- _ 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- _ 2 = Moderadamente insatisfeita
- _ 1 = Muito insatisfeita

14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

- _ 0 = Sem atividade sexual
- _ 5 = Muito satisfeita
- _ 4 = Moderadamente satisfeita
- _ 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- _ 2 = Moderadamente insatisfeita
- _ 1 = Muito insatisfeita

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita como relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

- _ 5 = Muito satisfeita
- _ 4 = Moderadamente satisfeita
- _ 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- _ 2 = Moderadamente insatisfeita

_ 1 = Muito insatisfeita

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

_ 5 = Muito satisfeita

_ 4 = Moderadamente satisfeita

_ 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita

_ 2 = Moderadamente insatisfeita

_ 1 = Muito insatisfeita

17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

_ 0 = Não tentei ter relação

_ 1 = Quase sempre ou sempre

_ 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

_ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

_ 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

_ 5 = Quase nunca ou nunca

18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

_ 0 = Não tentei ter relação

_ 1 = Quase sempre ou sempre

_ 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

_ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

_ 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

_ 5 = Quase nunca ou nunca

19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

_ 0 = Não tentei ter relação

_ 1 = Muito alto

_ 2 = Alto

_ 3 = Moderado

_ 4 = Baixo

_ 5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

Anexo 5

ESCALA DE AUTO – ESTIMA DE ROSENBERG

Para cada item faça uma cruz sobre a letra que corresponde à concepção de valor que tem por si próprio (a):

- A. Concordo completamente
- B. Concordo
- C. Discordo
- D. Discordo completamente

1. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros. A
B C D
2. Sinto que tenho um bom número de qualidades A B C D
3. Em termos gerais estou inclinado(a) a sentir que sou um(a) fracassado(a) A B C D
4. Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas A B C D
5. Sinto que não tenho muito do que me orgulhar A B C D
6. Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a) A B C D
7. No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a) A B C D
8. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a) A B C D
9. Sinto-me às vezes inútil A B C D
10. Às vezes penso que não tenho nada de bom A B C D

Anexo 6

Anexo 7

Tabla de los estudios más recientes