

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA**



**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA SOBRE LA  
IMAGEN CORPORAL EN MUJERES ADOLESCENTES Y  
ADULTAS JÓVENES**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTOR EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**MTRA. KARINA SUGEYL VENEGAS AYALA**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**DRA. MÓNICA TERESA GONZÁLEZ RAMÍREZ**

**MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO, A MAYO DE 2019**



**UANL**  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



TRABAJAR  
TRANSFORMAR  
TRASCENDER



**FaPsi**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
Subdirección de Posgrado

**COMITÉ DOCTORAL DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA DE U.A.N.L.  
P R E S E N T E.-**

Por la presente nos dirigimos a ustedes para comunicarles que, después de haber revisado las correcciones sugeridas a la tesis “ Efecto de una intervención psicológica sobre la imagen corporal en mujeres adolescentes y adultas jóvenes. ”

presentada por el(a) alumno (a),  
Karina Sugely Venegas Ayala del Doctorado en  
Filosofía con Orientación en Psicología, la consideramos **ACEPTADA** para su defensa.

Sin otro asunto de momento, quedamos a sus órdenes,

Nónica Teresa González Romero [Firma] 5 marzo 2019  
NOMBRE DEL DIRECTOR DE TESIS FIRMA FECHA

Rosendo Landero Hernández [Firma] 6/03/2019  
NOMBRE DEL REVISOR I FIRMA FECHA

José María de la Rubia [Firma] 8/03/2019  
NOMBRE DEL REVISOR II FIRMA FECHA

Luzmila Carmen Quezada B. [Firma] 6 Marzo 2019  
NOMBRE DEL REVISOR EXTERNO FIRMA FECHA

Juan Gregorio Pérez Bustos [Firma] 12 marzo 2019  
NOMBRE DEL REVISOR EXTERNO FIRMA FECHA

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**SUBDIRECCION DE POSGRADO**  
**DOCTOR EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA**

La presente tesis titulada *Efecto de una Intervención Psicológica sobre la Imagen Corporal en Mujeres Adolescentes y Adultas Jóvenes* presentada por la Mtra. Karina Sugeyl Venegas Ayala, ha sido aprobada por el comité de tesis.

---

Dra. Mónica Teresa González Ramírez  
Director de Tesis

---

Dr. René Landero Hernández  
Revisor de Tesis

---

Dr. José Moral de la Rubia  
Revisor de Tesis

---

Dra. Lucia del Carmen Quezada Berumen  
Revisor de Tesis

---

Dr. Juan Gregorio Fernández Bustos  
Revisor Externo de Tesis

Monterrey, Nuevo León., México, a mayo de 2019.

## DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres, Víctor Adán Venegas Venegas y Rafaela Ayala Miranda, gracias por su enorme esfuerzo, apoyo y amor incondicional a lo largo de mi vida y durante toda mi carrera; a mis hermanos César y Susana, a mis sobrinos, gracias por su cariño.

A la familia Daniel González, en especial a Guadalupe González Barrón y Leopoldo Daniel Hernández, gracias por apoyarme y por el cariño brindado desde el primer día.

A Leopoldo Daniel González, por tu amor y apoyo incondicional y por tu confianza en mí, tu eres pieza clave en cada paso en mi carrera. Gracias por ser mi gran impulso para llegar cada vez más lejos.

A mis amigos, en especial Alexis Garza López y Diego Alfonso Vallejo Leal, gracias por apoyarme durante el desarrollo de este proyecto. Sin ustedes esto no hubiera sido posible.

A mi familia de prefectura de posgrado, en especial a Charly y July, por acogerme durante cinco años.

Al ser más importante en mi vida DIOS, gracias por estar siempre conmigo y tu amor, sin ti no soy nadie.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi eterno agradecimiento a la Dra. Mónica T. González Ramírez, directora de mi tesis y maestra dentro de mi vida académica, desde licenciatura hasta doctorado, por ser un gran ejemplo a seguir, por brindarme conocimientos invaluable y despertar mi amor por la investigación, por la confianza y la enorme paciencia durante el proceso de aprendizaje en esta etapa. Gracias por todo.

Del mismo modo quiero agradecer al Dr. René Landero Hernández, revisor de mi tesis, por guiarme en mis primeros pasos dentro del doctorado, por orientarme y retroalimentar objetivamente mi trabajo, inspirándome para dar lo mejor a nivel profesional, por su ejemplo y su gran trabajo.

También quiero agradecer al Dr. José Moral de la Rubia, revisor de mi tesis, por sus valiosas enseñanzas, su dedicación e interés en mi tema de investigación y su retroalimentación en mi área de investigación.

Así mismo quiero agradecer a la Dra. Lucia del Carmen Quezada Berumen, revisor de mi tesis, por aceptar ser parte del comité, su apoyo y confianza.

Agradezco especialmente al Dr. Juan Fernández Bustos, revisor externo, por aceptar formar parte del comité, por su dedicación, atención constante, disposición, valiosas retroalimentaciones y tiempo invertido.

Agradezco al Dr. José Cruz Rodríguez Alcalá, Subdirector de Posgrado de la Facultad de Psicología de la UANL y al Dr. Álvaro Antonio Ascary Aguillón Ramírez, Director de la Facultad de Psicología de la UANL por brindarme el apoyo necesario para continuar con mis estudios.

Agradezco a la M.C. Julymar Alegre Ortiz, Secretaria Técnica de Posgrado de la Facultad de Psicología de la UANL, por su apoyo en los procesos administrativos y confianza incondicional.

Agradezco al Dr. Fernando Javier Gómez Triana, Director del Sistema de Estudios del Nivel Medio Superior de la UANL por el apoyo especial brindado para realizar esta investigación.

Por último, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología el apoyo económico que me brindó al otórgame la beca para la realización de mis estudios.

## ÍNDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	1
CAPITULO I.....	2
INTRODUCCIÓN.....	2
Antecedentes.....	2
Justificación.....	9
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos.....	13
CAPITULO II.....	15
MARCO TEORICO.....	15
Psicología Positiva.....	15
Breve Historia.....	15
Definición de la Psicología Positiva.....	16
La Salud en la Psicología Positiva.....	19
El Papel del Bienestar en la Psicología Positiva.....	20
Bienestar Psicológico.....	21
Modelo de Bienestar Psicológico de Carol Ryff.....	22
Bienestar Subjetivo.....	24
Felicidad.....	26
Corrientes de la Psicología Positiva que Estudian la Felicidad.....	27
Los Pesimistas.....	27
El Optimismo.....	28
Modelo de la Felicidad de Lyubomirsky.....	29
Las Emociones y los Rasgos Positivos.....	33
Las Emociones Positivas.....	33
Los Rasgos Positivos.....	34
La Gratitud y el Perdón.....	36
La Gratitud.....	36
El Perdón.....	37
La Psicología Positiva y sus Aplicaciones.....	38
Terapia Cognitivo Conductual.....	40
Tipos de Terapias Cognitivo Conductuales.....	40
Reestructuración Cognitiva.....	41
El modelo de Terapia Cognitiva de Aarón Beck.....	41
Principales Técnicas de Intervención en Psicoterapia Cognitivo Conductual.....	45

Técnicas Cognitivo Conductuales .....	45
Técnicas Emotivas .....	45
Técnicas Cognitivas .....	45
Tareas para la Casa .....	47
Imagen Corporal .....	47
Autoconcepto: Autoconcepto Físico e Imagen corporal.....	47
Principales Fundamentos Teóricos de la Imagen Corporal .....	48
Modelos Biológicos .....	49
Modelos Explicativos Psicodinámicos .....	49
Modelos Socioculturales.....	50
Modelos Conductistas.....	50
Modelos Cognitivistas .....	51
Modelos de Psicología Positiva para la Imagen Corporal .....	52
Definiciones de la Imagen Corporal .....	53
Componentes de la Imagen Corporal.....	55
Alteraciones de la Imagen Corporal .....	60
Perceptivos.....	60
Afectivos .....	60
Cognitivos.....	61
Conductuales.....	65
Imagen Corporal Negativa en un Contexto Social .....	67
Población y Etapas de Desarrollo que Presentan Mayor Riesgo .....	70
La Percepción de la Imagen Corporal en la Adolescencia .....	73
Imagen Corporal en Mujeres Adultas Jóvenes .....	75
Estrategias para Formar una Imagen Corporal Positiva .....	76
Intervenciones para mejorar la Imagen Corporal .....	79
Intervención con base en la Psicología Positiva .....	80
Intervenciones Cognitivo Conductuales .....	81
CAPITULO III.....	85
MÉTODO .....	85
Tipo de Estudio .....	85
Participantes.....	85
Criterios de Inclusión.....	85
Criterios de Exclusión.....	86
Definición de Variables .....	86
Variable Independiente .....	86

Variables Dependientes .....	86
Instrumentos.....	87
Aspectos Éticos.....	89
Procedimiento .....	92
Procedimiento Grupos Experimentales .....	93
Adolescentes .....	93
Adultas Jóvenes .....	93
Descripción de las Sesiones.....	94
Procedimiento de Grupos Control .....	96
Adolescentes .....	97
Adultas Jóvenes .....	97
Descripción de las Sesiones.....	97
Análisis de Datos .....	99
CAPITULO IV .....	101
RESULTADOS .....	101
Estadísticos Descriptivos .....	101
Fiabilidad de los Instrumentos Test / Re-Test .....	108
Relación entre Felicidad, Bienestar Psicológico, Imagen Corporal y Autoconcepto Físico.....	109
Eficacia de la Intervención Psicológica en el Grupo de Adolescentes .....	110
Eficacia de la Intervención Psicológica en el Grupo de Adultas Jóvenes .....	123
Comparación de Pre-Test en Grupos Experimentales de Adolescentes y Adultas Jóvenes.....	136
Comparación de Post-Test en Grupos Experimentales de Adolescentes y Adultas Jóvenes.....	137
CAPÍTULO V.....	140
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	140
Limitaciones del Estudio .....	154
Aportaciones del Estudio .....	155
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	156
ANEXOS .....	171
Anexo I: Consentimiento informado adolescentes grupo experimental .....	171
Anexo II: Consentimiento informado adolescentes grupo control .....	172
Anexo III: Consentimiento informado adultas jóvenes grupo experimental .....	173
Anexo IV: Consentimiento informado adultas jóvenes grupo control .....	174
Anexo V: Batería Aplicada.....	175



## ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Comparación en Variable Felicidad entre el Grupo Experimental y Control.	112
Figura 2. Comparación en Variable Bienestar Psicológico entre el Grupo Experimental y Control. ....	113
Figura 3. Comparación en dimensión Autoaceptación entre el Grupo Experimental y Control. ....	114
Figura 4. Comparación en dimensión Relaciones Positivas entre el Grupo Experimental y Control. ....	114
Figura 5. Comparación en dimensión Autonomía entre el Grupo Experimental y Control. ....	115
Figura 6. Comparación en dimensión Dominio del Entorno entre el Grupo Experimental y Control. ....	116
Figura 7. Comparación en dimensión Propósito en la Vida entre el Grupo Experimental y Control. ....	116
Figura 8. Comparación en dimensión Crecimiento Personal entre el Grupo Experimental y Control. ....	117
Figura 9. Comparación en Variable Imagen Corporal entre el Grupo Experimental y Control. ....	118
Figura 10. Comparación en dimensión Importancia Subjetiva de la Corporalidad entre el Grupo Experimental y Control.....	118
Figura 11. Comparación en dimensión Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física entre el Grupo Experimental y Control.....	119
Figura 12. Comparación en dimensión Atractivo Físico Autopercebido entre el Grupo Experimental y Control.....	120
Figura 13. Comparación en dimensión Cuidado del Aspecto Físico entre el Grupo Experimental y Control.....	120
Figura 14. Comparación en Variable Pensamientos Sobre la Imagen Corporal entre el Grupo Experimental y Control.....	121
Figura 15. Comparación en dimensión Pensamientos Negativos entre el Grupo Experimental y Control.....	122
Figura 16. Comparación en dimensión Pensamientos Positivos entre el Grupo Experimental y Control.....	122
Figura 17. Comparación en Variable Autoconcepto Físico entre el Grupo Experimental y Control. ....	123
Figura 18. Comparación en Variable Felicidad entre el Grupo Experimental y Control.	

.....	125
Figura 19. Comparación en Variable Bienestar Psicológico entre el Grupo Experimental y Control. ....	126
Figura 20. Comparación en dimensión Autoaceptación entre el Grupo Experimental y Control. ....	127
Figura 21. Comparación en dimensión Relaciones Positivas entre el Grupo Experimental y Control. ....	127
Figura 22. Comparación en dimensión Autonomía entre el Grupo Experimental y Control. ....	128
Figura 23. Comparación en dimensión Dominio del Entorno entre el Grupo Experimental y Control. ....	129
Figura 24. Comparación en dimensión Propósito en la Vida entre el Grupo Experimental y Control. ....	129
Figura 25. Comparación en dimensión Crecimiento Personal entre el Grupo Experimental y Control. ....	130
Figura 26. Comparación en Variable Imagen Corporal entre el Grupo Experimental y Control. ....	131
Figura 27. Comparación en dimensión Importancia Subjetiva de la Corporalidad entre el Grupo Experimental y Control. ....	131
Figura 28. Comparación en dimensión Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física entre el Grupo Experimental y Control. ....	132
Figura 29. Comparación en dimensión Atractivo Físico Autopercebido entre el Grupo Experimental y Control. ....	133
Figura 30. Comparación en dimensión Cuidado del Aspecto Físico entre el Grupo Experimental y Control. ....	133
Figura 31. Comparación en Variable Pensamientos Sobre la Imagen Corporal entre el Grupo Experimental y Control. ....	134
Figura 32. Comparación en dimensión Pensamientos Negativos entre el Grupo Experimental y Control. ....	135
Figura 33. Comparación en dimensión Pensamientos Positivos entre el Grupo Experimental y Control. ....	135
Figura 34. Comparación en Variable Autoconcepto Físico entre el Grupo Experimental y Control. ....	136

Tabla 1. Descripción de objetivos, técnicas y duración de las sesiones de grupo experimental.....	97
Tabla 2. Descripción de objetivos, técnicas y duración de las sesiones del grupo control .....	99
Tabla 3. Rangos para el Tamaño del Efecto (Cohen, 1992). .....	100
Tabla 4. Estadísticos Descriptivos Grupo Control Adolescentes Pre-Test y Post-Test ( $N = 35$ ) .....	103
Tabla 5. Estadísticos Descriptivos Grupo Control Adultas Jóvenes Pre-Test y Post-Test ( $N = 26$ ) .....	104
Tabla 6. Estadísticos Descriptivos Grupo Experimental Adolescentes Pre-Test y Post-Test ( $N = 21$ ) .....	105
Tabla 7. Estadísticos Descriptivos Grupo Experimental Adultas Jóvenes Pre-Test y Post-Test ( $N = 30$ ) .....	106
Tabla 8. Estadísticos Descriptivos Adultas Jóvenes Grupo Exp. Post-Test ( $N = 30$ ) y Adolescentes Grupo Exp. Post-Test ( $N = 21$ ) .....	107
Tabla 9. Confiabilidad Test / Re-Test de los Instrumentos.....	109
Tabla 10. Correlaciones ( $r$ de Pearson) entre las Variables de Estudio ( $N = 112$ ; $*p < .05$ ; $**p < .01$ ) .....	110
Tabla 11. ANOVA de un Factor de Medidas Repetidas y Prueba $t$ de Student en Adolescentes (IC95%). .....	111
Tabla 12. ANOVA de un Factor de Medidas Repetidas y Prueba $t$ de student en Adultas Jóvenes (IC95%) .....	124
Tabla 13. Prueba $t$ de Student para Pre-Test Grupo Adultas Jóvenes y Adolescentes (IC95% a dos colas). .....	137
Tabla 14. Prueba $t$ de Student para Post-Test Grupos Adultas Jóvenes y Adolescentes (IC95% a dos colas). .....	138

## **Resumen**

En el presente trabajo se estudió la imagen corporal y su relación con variables psicológicas como la felicidad, el bienestar psicológico y el autoconcepto físico. Además, se evaluó la eficacia de una intervención psicológica cognitivo-conductual con técnicas como la reestructuración cognitiva, apoyada de psicología positiva, para fortalecer cada una de estas variables; también se examinó a cada uno de los grupos para corroborar si hay diferencias significativas en el tratamiento aplicado. La muestra se formó de 112 mujeres, 53 adolescentes de 15 a 18 años de edad, 21 para el grupo experimental y 35 en el grupo control, y 59 adultas jóvenes de 19 a 25 años de edad, 30 para el grupo experimental y 26 para el control. Cada una de las variables del estudio fue evaluada antes y después de la intervención. Los resultados de la intervención fueron diferentes para ambos grupos, teniendo mayor impacto en el grupo adolescente. Para el tratamiento de la imagen corporal es efectivo utilizar técnicas que promuevan el desarrollo de habilidades del paciente para mejorar su imagen corporal; sin embargo, es necesario replicar esta investigación para poder tener evidencias más sólidas.

Palabras Clave: imagen corporal, felicidad, bienestar psicológico, autoconcepto físico, intervención psicológica

## **Abstract**

In this work we studied body image and its relationship with psychological variables such as happiness, psychological well-being and physical self-concept. In addition, the effectiveness of a cognitive behavioral psychological intervention was evaluated with techniques such as cognitive restructuring, supported by positive psychology, to strengthen each of these variables; Each of the groups was also examined to verify if there are significant differences in the treatment applied in the samples. The sample had 112 women, 53 adolescents, 21 for the experimental group and 35 in the control group of 15 to 18 years of age and 59 were young adults, 30 for the experimental group and 26 for the control of 19 to 25 years of age. Each of the study variables was evaluated before and after the intervention. The results of the intervention were different for both groups, having a greater impact on the adolescent group. For the treatment of body image, it is effective to enhance techniques that promote the development of patient's abilities to improve their body image; however, it is necessary to replicate this research in order to have more solid results.

Keywords: body image, happiness, psychological well-being, physical self-concept, psychological intervention

# CAPITULO I

## INTRODUCCIÓN

### **Antecedentes**

La imagen corporal es la representación que forma la mente del propio cuerpo, es decir, el modo en que el cuerpo se manifiesta a la persona. Por tanto, la imagen corporal no necesariamente es congruente con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo, para conformar su imagen corporal (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor, & López-Miñarro, 2013).

Para la construcción de la imagen corporal también se debe tomar en cuenta el entorno social de la persona (familia, amigos, pareja y compañeros) pues este afecta directamente la percepción de su ser físico (Rodríguez-Fernández, González-Fernández, & Goñi-Grandmontagne, 2013).

De tal manera que, al tomar en cuenta la retroalimentación social de la imagen corporal y las propias valoraciones, percepciones y sentimientos, el ser humano puede desarrollar una idea equivocada de su imagen corporal, causando problemas e insatisfacción en la imagen corporal (Cerquera, Meléndez, & Villabona, 2012).

Los problemas relacionados con la insatisfacción en la imagen corporal son a causa de la constante evolución del concepto de la imagen corporal, pues el entorno social se ha encargado de designar y modificar el canon de belleza (Voelker, Reel, & Greenleaf, 2015). Actualmente las mujeres son el grupo más vulnerable al concepto de imagen corporal ideal, ya que los estándares de belleza femenina son cada vez más rígidos y estrictos (Jackson et al., 2014; Francisco et al., 2015).

Cabe mencionar que la insatisfacción corporal y la preocupación por el cuerpo están

relacionadas con muchas amenazas para la salud y las conductas de riesgo (Jones & Morgan, 2010), por ejemplo, dietas inadecuadas, tomar pastillas para adelgazar, purgas (vómitos, uso de laxantes y diuréticos, etc.) o atracones, así como de trastornos de la alimentación, fumar o cirugía estética innecesaria (Maruf, Akinpelu, & Nwankwo, 2012; Fernández-Bustos, González-Martí, Contreras, & Cuevas 2015; Ramírez et al., 2015).

Las investigaciones han demostrado que la mayoría de las mujeres que tienen bajo peso o peso normal se perciben con sobrepeso u obesidad; esta percepción equivocada aumenta el riesgo de presentar conductas no saludables como ayunos, consumo de píldoras, laxantes o la inducción del vómito (Sámano et al., 2015, Francisco et al., 2015).

Sin importar la edad, las mujeres recurren a dietas de control de peso y presentan pensamientos y conductas de riesgo, con tal de alcanzar el canon de belleza (Fernández-Bustos et al., 2015). Sin embargo, según Elosua (2013), la presión social se presenta con mayor fuerza en mujeres adolescentes (10 a 18 años) y en edad adulta joven (19 a 20 años).

La adolescencia es considerada la etapa con más incidencia a presentar problemas relacionados con la imagen corporal; de tal manera que, la insatisfacción corporal se agudiza entre los 12 y los 16 años, acentuándose entre los 15 y 16 años (Cerquera et al., 2012). La segunda etapa de riesgo es en la etapa de adultas jóvenes, aunque es común que en esa etapa haya mayor confianza y mejor imagen corporal (Bully & Elosua, 2011; Cerquera et al., 2012).

Las adolescentes y adultas jóvenes con una inadecuada imagen corporal se sienten y se perciben con sobrepeso u obesidad, aun cuando tienen *normopeso* o bajo peso (Míguez, De la Montaña, & González-González, 2011; Pérez-Gil & Romero, 2015), es decir, cuando las mujeres no pueden hacer una valoración objetiva de su cuerpo presentan tendencia hacia la insatisfacción corporal, o inconformidad con el peso e Índice de Masa Corporal (Ortiz, Castro, Facio, Mollinedo, Valdez, & 2010; Valenciano & Solano, 2012).

La etapa en donde comienza la búsqueda de perfección y se manifiestan más sentimientos de insatisfacción con la imagen corporal es la adolescencia ya que se busca igualar la autoimagen percibida con la autoimagen ideal (Wade & Tiggemann, 2013; Fernández-Bustos et al., 2015). Sin embargo, la mayoría de las mujeres que presentaron algún problema con su imagen corporal en la adolescencia, continúan con insatisfacción corporal aun siendo adultas jóvenes (Fernández-Bustos et al., 2015).

En una investigación transversal, (población de un rango de edad de 4 a 23 años) se demostró que la prevalencia de la insatisfacción corporal fue mayor en las mujeres de 23 años de edad, ya que perciben a sí mismas como más gordas de lo ideal (Costa, Petrucci, & Lessa, 2015).

Otro rasgo característico de estas mujeres es que se comparan con otras mujeres con las que tienen relaciones cercanas, (por ejemplo, madre, hermana y amiga cercana), esta comparación influye de manera negativa al ideal del cuerpo, siendo frecuente que se perciban con mayor peso del que en realidad tienen (Lev-Ari, Baumgarten-Katz, & Zohar 2014).

Se han realizado investigaciones para comprender cómo las mujeres evalúan sus cuerpos y se descubrió que en la cultura occidental las mujeres no están satisfechas con algún aspecto de su peso corporal y forma del cuerpo, y están adoptando medidas de comportamiento para tratar de cambiar el aspecto de sus cuerpos (Raich, 2013).

Esto comprueba que la autopercepción de las mujeres adolescentes y las adultas jóvenes poseen sobre su imagen corporal está adquiriendo progresivamente un papel más determinante en su vida, un desorden en este ámbito desemboca en patologías de corte psicológico como la anorexia o la bulimia, con sus consecuentes perjuicios sobre la salud (Gómez-Marmol, Sánchez-Alcaraz, & Mahedero-Navarrete, 2013).

El tener una imagen corporal ideal se vuelve lo más importante para las mujeres adolescentes o adultas jóvenes y se dejan influenciar por los estereotipos, ya que están convencidas que eso les

hará sentir satisfacción por su propio cuerpo (Kaczmarek et al., 2014). Aunque actualmente las mujeres cuidan su imagen corporal haciendo ejercicio y llevando una buena alimentación para tener una imagen corporal positiva (Goswami, Sachdeva, & Sachdeva, 2012).

En lo referente al control y mantenimiento de peso, Leija-Alva et al. (2011) realizaron un estudio con un grupo de mujeres adultas con obesidad, utilizando dos tratamientos, a un grupo se le dio una dieta saludable y ejercicio y a otro grupo se le dio un tratamiento psicológico a base de terapia cognitivo conductual combinado con hábitos saludables y ejercicio. Los resultados mostraron que al grupo con tratamiento psicológico tuvo mejores resultados en su pérdida de peso y mantenimiento, además de tener mayor aceptación con su apariencia y ser más positivos meses después de haber concluido el tratamiento.

Otros de los investigadores preocupados por la promoción de la salud fueron Contreras, Gil, García Fernández-Bustos y Pastor (2012), quienes crearon un programa enfocado en la prevención de la distorsión e insatisfacción corporal a través de técnicas cognitivo-conductuales, aprendizaje cognitivo-social y Educación Física, cuyos resultados reflejaron una mejora en la percepción de la imagen corporal.

En los estudios de imagen corporal, cada vez es más importante resaltar las fortalezas y habilidades personales para enfrentar y superar los problemas causados por la insatisfacción corporal; de tal manera que, al enfocarse en obtener satisfacción y bienestar, las personas sean capaces de desarrollar conductas y pensamientos positivos por su cuerpo, sin necesidad de centrarse en los aspectos negativos de su cuerpo (Scorsolini-Comin & Santos, 2010). Sin embargo, en este tipo de intervención no hay un efecto duradero, por ser una intervención indirecta (Franko, Cousineau, Rodgers, & Roehrig, 2013).

Lo estudiado hasta el momento refleja que en los últimos años ha aumentado la preocupación por estudiar cuales son los principales factores que afectan a la imagen corporal, al mismo tiempo



se han desarrollado programas a favor de los hábitos de salud y de la prevención de los trastornos relacionados con la imagen corporal (Webb, Wood-Barcalowb, & Tylka, 2015).

Del mismo modo se ha empezado a promover el bienestar físico y psicológico, lo cual impacta positivamente a la concepción la imagen corporal en la población que ha reflejado tener un mayor impacto negativo, que son las mujeres (Cohn, Frederickson, Brown, Mikels, & Conway, 2009).

De esta manera se lograría cambiar positivamente, la imagen corporal, pensamientos de aversión, sentimientos y sensaciones físicas con respecto a su cuerpo, creando una conciencia real de sí mismas (Tylka, Russell, & Neal, 2014; Webb, Butler-Ajibade, & Robinson, 2014).

Recientemente los estudios se han enfocado en el impacto positivo de la imagen corporal y el mantenimiento de la salud, para alcanzar el bienestar y la felicidad de la persona. Este enfoque integral se centra en el desarrollo de herramientas como la autoeficacia percibida, para mantener el peso adecuado, hábitos saludables de ejercicio y alimentación, para disfrutar un cuerpo en equilibrio y que a su vez impacte al bienestar físico, emocional del ser humano (Ojeda, 2011).

Dentro de las investigaciones que hacen hincapié en los aspectos positivos de la imagen corporal, está la realizada por Tylka y Homan (2015) quienes afirman que, las personas atléticas con autoaceptación y que cuentan con apoyo social (familia, amigos, entrenadores físicos, entre otros), tienen mayor rendimiento físico y salud, se sienten más comprometidos con ellos mismos y tienen mayor satisfacción al lograr un objetivo, que aquellos que realizan actividad física para alcanzar un modelo ideal del cuerpo.

En otro estudio realizado en diferentes partes del mundo, por Richards et al. (2015) se relacionó el ejercicio físico con el nivel de felicidad, encontrando que las personas de 13 a 24 años eran quienes reportaban ser más felices, descubriendo que quienes tienen más actividad física durante el día reportaban ser más felices.

Ruíz-Ariza, de la Torre-Cruz, Redecillas-Peiróc y Martínez-López (2015) realizaron un estudio

descriptivo, haciendo hincapié en el impacto del ejercicio físico sobre el bienestar, la felicidad y la imagen corporal; por su parte Schnettler et al. (2014) detectaron que las personas que mejoran sus hábitos de alimentación y regulan su actividad física logran incrementar su grado de felicidad.

Stice, Marti, Spoor, Presnell y Shaw (2008) dieron seguimiento a la investigación experimental de Stice et al. (2006) en donde se realizó una intervención para cambiar conductas y pensamientos negativos sobre la imagen corporal; con este seguimiento comprobaron que los resultados de la experimentación podían mantenerse después de uno, dos y tres años; ya que las mujeres mostraron una actitud más positiva hacia su imagen corporal (Stice et al., 2008).

Por su parte Garaigordobil (2015) analizó la relación entre la felicidad y el autoconcepto y prácticas de vida saludables como estrategias de prevención de psicopatologías en adolescentes de 14 a 16 años, en este estudio se demostró que varias estrategias conductuales y cognitivas promueven sentimientos de felicidad y que pueden ser tomados en cuenta en el diseño de programas de intervención para fomentar estos sentimientos.

Carrillo y del Moral (2013) mencionan que el bienestar subjetivo se refiere a la felicidad personal, en su investigación se basaron en los factores personales y sociales para promover la felicidad de las mujeres adolescentes, jóvenes y adultas con su imagen corporal. Los factores que se tomaron en cuenta son: la preocupación por la imagen corporal, la influencia de la publicidad, la influencia de los mensajes verbales, la influencia de los modelos sociales y la influencia de situaciones sociales.

Con el estudio de las variables mencionadas demostraron que para promover la felicidad con la imagen corporal se tiene que crear un autoconcepto fuerte y crear redes sociales que sean seguras para ellas, principalmente con pareja y familia. Ya que estos factores influyen en cómo se autoperciben (Carrillo & del Moral, 2013).

En síntesis, la insatisfacción corporal puede causar problemas sociales, psicológicos y de

bienestar, así como afectar el autoconcepto (Costa et al., 2015); sin embargo, implementando un tratamiento integral que promueva una perspectiva positiva de la imagen corporal, el aprendizaje y mantenimiento de hábitos saludables, es posible promover la satisfacción de la imagen corporal (Axpe, Infante, & Fernández, 2015).

En los últimos 10 años se han hecho investigaciones relevantes en el área de la imagen corporal positiva. Las técnicas de la terapia cognitivo conductual se han hecho más especializadas de tal manera que se ha logrado la prevención del desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria en una fase primaria son la psicoeducación, reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática (Contreras et al., 2012).

Sin embargo, es necesario seguir trabajando en la creación de estrategias de intervención directa que promuevan el desarrollo y la obtención de pensamientos, actitudes y conductas, por medio de las fortalezas y capacidades personales, de tal manera que las estrategias aprendidas sean de utilidad para lograr una imagen corporal adecuada y satisfactoria (Halliwell, 2015).

Una de las limitaciones más recurrentes en los estudios realizados en imagen corporal es el rigor metodológico (Bibiloni, Pich, Pons, & Tur, 2013; Dezhu, Yew-Kwang, & Yujun, 2014); Otra de las limitaciones más comunes en las investigaciones se refiere a la muestra seleccionada, ya que las edades no están delimitadas y esto puede llevar a cometer errores de generalización o sesgo en los resultados obtenidos (Costa et al., 2015).

Efectivamente, se ha estudiado mucho sobre la percepción que las mujeres de distintas edades tienen sobre su autoimagen, enfocándose en la importancia del desarrollo de herramientas para que el autoconcepto de las mujeres sea cada vez mejor, pero aún no se estudian las posibles diferencias entre los grupos de edad, referentes a las necesidades particulares de cada uno.

Por ello se considera importante estudiar si una intervención cognitivo conductual enfocada hacia lo positivo de los rasgos físicos y psicológicos de las mujeres en estas edades, afecta

positivamente sus conductas, pensamientos e imagen corporal, además de detectar las diferencias entre la concepción de imagen corporal en las edades de alto riesgo que como se mencionó previamente, son las adolescentes y las adultas jóvenes.

## **Justificación**

Durante la vida del ser humano existe constante preocupación por tener la imagen corporal adecuada, pues es un distintivo de buena salud física y mental, signo de buen autoconcepto y bienestar subjetivo (Castonguay, Sabiston, Crockerd, & Mack, 2014), sin embargo, cuidar apropiadamente del cuerpo se ha vuelto una constante inquietud, transformándose en la búsqueda de la imagen corporal perfecta.

La preocupación por la imagen corporal perfecta ha ido en aumento, convirtiéndose poco a poco en un problema mundial que cada vez tiene una mayor influencia tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

La presión ejercida por el contexto social y el contexto familiar, para cumplir el canon de belleza socialmente establecido es cada vez mayor; esta presión es más frecuente en el occidente, en este lugar ha aumentado el valor de la extrema delgadez y hay una obsesión colectiva por la imagen corporal, de tal forma que la preocupación excesiva por tener un peso ideal se ha normalizado en estos contextos que haya una preocupación excesiva por todo lo relativo al peso corporal (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

En los últimos años la población latina aumentó el riesgo de presentar insatisfacción o un trastorno de la imagen corporal (Sámano et al., 2015). De ahí la necesidad de programas de prevención y promoción de la salud, para las mujeres insatisfechas con su imagen corporal y peso, ya que esto mejoraría su calidad de vida (Costa et al., 2015).

Para poder diseñar programas efectivos según las exigencias del contexto actual es preciso

implementar investigaciones experimentales enfocadas en modificar la imagen corporal de las mujeres, elevar su nivel de auto aceptación, salud, autoestima, cambiar la internalización de la imagen corporal y mejorar el contexto social a través del fortalecimiento de redes sociales sanas (Voelker et al., 2015).

La meta es brindar tratamiento adecuado a grupos de mujeres en edad vulnerable (Fernández-Bustos et al., 2015), para disminuir el riesgo de desarrollar síntomas de insatisfacción con su cuerpo, así como, crear un tratamiento efectivo para psicopatología relacionada con la imagen corporal. (Cruzat-Mandich, Díaz-Castrillón, Lizana-Calderón, & Castro, 2016).

Para las mujeres la adolescencia es etapa con mayor índice de preocupación corporal, pues se sienten presionadas por encajar dentro de su contexto y no ser juzgadas por su entorno social, cuando no alcanzan el ideal corporal surge la insatisfacción corporal, baja autoestima y conductas de riesgo.

Por otro lado, las adultas jóvenes con frecuencia quieren pesar menos ya que se consideran más robustas de lo que son, para controlarlo hacen dietas más rigurosas y ejercicio excesivo, aumentando el riesgo de desarrollar algún tipo de Trastorno de Conducta Alimentaria (González-Carrascosa, García-Segovia, & Martínez-Monzó, 2013).

Es decir, en las adolescentes la preocupación por la imagen corporal se incrementa por querer seguir tendencias de moda y una creciente presión por no tener el cuerpo que es considerado socialmente perfecto; y la tendencia de esta preocupación por la perfección del cuerpo se puede extender hasta la edad de la adultez (Wade & Tiggemann, 2013).

Por ello es importante estudiar cuales son las diferencias y similitudes que existen en la preocupación por la imagen corporal que presentan las adolescentes entre los 12 y los 18 y mujeres adultas jóvenes de 19 a 25 años de edad (Vaquero-Cristobal et al., 2013; Voelker et al, 2015); y de esta forma crear programas de intervención y prevención que vayan de acuerdo a las

preocupaciones correspondientes a las diferentes etapas de desarrollo (Tiggemann & McCourt, 2015).

Al lograr una intervención eficaz las mujeres tendrán mayor aceptación de su imagen corporal, hábitos más saludables, mayor autoconcepto y mayor satisfacción con su imagen corporal (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012).

Para lograr una intervención eficiente conviene incluir factores que aumenten la percepción de bienestar y de felicidad personal, pues serán clave para potenciar el deseo de realizar las modificaciones necesarias para mejorar su imagen corporal (Richards et al., 2015).

Al integrar el bienestar y factores que aumenten la felicidad, será más fácil cambiar los pensamientos, sentimientos y percepciones negativas por fortalezas cognitivas, sentimientos positivos y percepciones reales (Convertino, Rodgers, Franko, & Jodoin, 2016).

Para lograr aumentar los niveles de bienestar y felicidad es necesario integrar técnicas de intervención que promuevan el desarrollo de fortalezas y habilidades, para utilizarlas como herramientas de afrontamiento en problemas de la imagen corporal (González, Panero, Gutiérrez, & Raich, 2010).

El uso de las fortalezas y habilidades deben cumplir la función de reestructurar la preocupación excesiva por alcanzar el modelo estético de belleza femenina, así como enseñar conductas saludables para el cuidado de la imagen corporal (González, et al., 2010)

Los programas enfocados en el mejoramiento y la modificación del concepto de imagen corporal positiva, dan una perspectiva de la importancia de la prevención en el cuidado de la salud en un sentido integral y evitan problemas más graves que pueden ser ocasionados por un mal cuidado en la imagen corporal (Stice, Shaw, Burton, & Wade, 2006).

Por ello es necesario que las técnicas cognitivo conductuales que se utilicen para intervenir en imagen corporal tengan un enfoque que permita que esta esté más enfocada a la salud, el cual, al

integrarse con la perspectiva de Psicología Positiva, permitirá enfocarse en las herramientas que los participantes ya tienen.

Cuando se logra cambiar lo negativo también cambia el ideal de belleza, de tal manera que poco a poco la necesidad de perfección y comparación social serán menos necesarias, pues se tendrá seguridad en su imagen corporal (Convertino et al., 2016).

Es importante conocer más sobre la Psicología Positiva y su relación con la imagen corporal, así como todos sus componentes, pues el bienestar subjetivo está asociado a las prácticas alimentarias, ya que tiene componentes afectivo (felicidad) y cognitivo (satisfacción vital), los cuales se van constituyendo en relación con factores sociofamiliares y culturales específicos, las condiciones de vida (socioeconómicas y laborales), así como por las preocupaciones relativas a la salud y el bienestar psicofisiológico (Denegri, Castaño, Schnettler, & Vivallo, 2016).

Por ello es importante lograr reestructurar el concepto que se tiene de una imagen corporal negativa y trabajar las áreas cognitivas, afectivas y conductuales de la persona de tal manera que se construya una imagen corporal positiva con la que se sienta identificada, cómoda y que permita mantener una apariencia de manera saludable (Tylka, 2011).

En consecuencia, la imagen corporal positiva no debe caracterizarse simplemente como lo anclado en el otro extremo de la imagen corporal negativa, sino debe tratarse de forma integral y equilibrada (Tylka, 2011).

Por lo anterior, es importante evaluar el efecto de una intervención Cognitivo Conductual, enmarcada en la Psicología Positiva en la imagen corporal y la felicidad percibida de las adolescentes y jóvenes adultas, ya que esto podría contribuir para las futuras investigaciones e intervenciones psicológicas.

Si el diseño de las intervenciones tiene un giro positivo, centrado en la promoción de la salud mental; se requiere que cuenten con evidencia empírica sobre su efecto en la felicidad y el bienestar

psicológico.

### **Objetivo General**

Evaluar la eficacia de una intervención cognitivo conductual aplicada a mujeres adolescentes y adultas jóvenes, para mejorar su percepción de felicidad, bienestar psicológico, autoconcepto físico e imagen corporal.

### **Objetivos Específicos**

1. Evaluar la relación entre autoconcepto físico, imagen corporal, felicidad y bienestar psicológico.
2. Evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual para incrementar la percepción de felicidad en mujeres adolescentes de 12 a 18 años de edad.
3. Evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual para incrementar la percepción de felicidad en mujeres adultas jóvenes de 19 a 25 años de edad.
4. Evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual para incrementar la percepción de bienestar psicológico en mujeres adolescentes de 12 a 18 años de edad.
5. Evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual para incrementar la percepción de bienestar psicológico en mujeres adultas jóvenes de 19 a 25 años de edad.
6. Evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual para incrementar la percepción de autoconcepto físico en mujeres adolescentes de 12 a 18 años de edad.
7. Evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual para incrementar la percepción de autoconcepto físico en mujeres adultas jóvenes de 19 a 25 años de edad.
8. Evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual para incrementar la percepción de imagen corporal en mujeres adolescentes de 12 a 18 años de edad.



9. Evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual para incrementar la percepción de imagen corporal en mujeres adultas jóvenes de 19 a 25 años de edad.
10. Comparar los efectos de la intervención entre ambos grupos.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **Psicología Positiva**

##### **Breve Historia**

La Psicología Positiva tuvo sus inicios teóricos aproximadamente en 1998, teniendo como principal precursor a Martin Seligman cuando era presidente de la American Psychological Association (APA) (Bisquerra, 2009).

Seligman y Csikszentmihalyi en el año 2000, publicaron el manuscrito *Positive Psychology*, en donde se plantean a detalle los postulados teóricos de la Psicología Positiva (Bisquerra, 2009). Antes de la propuesta teórica de Seligman, la psicología se enfocaba en el estudio y tratamiento de la psicopatología, sin tomar en cuenta los aspectos positivos de las personas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Durante el siglo XX, las ciencias sociales y la psicología empiezan a promover un enfoque saludable, con ello demuestran que para estudiar al ser humano y sus relaciones interpersonales no solo hay que preocuparse por evitar o curar el malestar, sino que es necesario evidenciar y mejorar los recursos disponibles (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

De acuerdo con la Psicología Positiva gozar de un buen estado de salud psicológica no solo debía consistir en carecer de enfermedad o trastornos, sino además de ello, disfrutar de una serie de recursos para poder resistir a las adversidades de la vida (Almendonn & Glandon, 2007).

Las investigaciones realizadas comprobaron que las fortalezas emocionales, emocionales y habilidades del sujeto eran importantes para fomentar la salud psicológica, a partir de estos los psicólogos le empezaron a poner atención a los rasgos positivos de la personalidad (Tarragona, 2013).

Algunas de las fortalezas y habilidades que toma en cuenta la Psicología Positiva son la creatividad, el optimismo, el amor la inteligencia emocional, las capacidades de afrontamiento. El estudio de estos conceptos ya había iniciado desde principios de los ochenta, no obstante, era necesario crear bases teóricas para explicar cómo afectan significativamente al estado emocional de las personas (Vázquez, Hervás, & Ho, 2006)

En las investigaciones de Gable y Haid (2005) se encontraron otras áreas de la experiencia humana que influye significativamente en la calidad de vida de una persona, que son más complejas de entender y relacionar, por ejemplo, perdón, gratitud, asombro, curiosidad, humor entre otras; según Vázquez et al. (2006), el recuerdo de elementos positivos o de sus causas, protegen a la salud física y mental.

El propósito final de investigar y explicar los recursos y rasgos psicológicos positivos de los seres humanos, va enfocado a desarrollar y promover nuevas alternativas en psicoterapia, enseñanza y promoción de ellas en la vida cotidiana (García, 2002).

### **Definición de la Psicología Positiva**

Para Seligman y Csikszentmihalyi (2000) Psicología Positiva es el estudio científico de experiencias positivas, rasgos individuales positivos, instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología.

Sheldon y King (2001) proponen que Psicología Positiva es el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales permiten adoptar una perspectiva más abierta respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades; en las virtudes se incluyen las cívicas e institucionales que guían a los individuos a tomar responsabilidades sobre su comunidad que promueven características para ser un mejor ciudadano.

La Psicología Positiva para Cuadra y Florenzano (2003) se refiere a la investigación de

fortalezas y virtudes humanas y sus efectos sobre la calidad humana y sobre el contexto social, esto quiere decir que la sociedad influye sobre el ser humano y la adquisición o desarrollo de los rasgos emocionales afectando el bienestar emocional.

Rusk, y Walters (2013) la definieron como un grupo de perspectivas científicas acerca de lo que hace que la vida sea digna de ser vivida; esta rama de la psicología centra su atención en aspectos de la condición humana que llevan a la felicidad, a la plenitud y a prosperar.

Por otro lado, Gable y Haidt (2005) afirman que la Psicología Positiva es el “estudio de las condiciones y procesos que contribuyen a prosperar o, al óptimo funcionamiento de personas grupos e instituciones”.

Linley, Joseph, Harrington y Wood (2006) afirman que la Psicología Positiva es “el estudio científico de las posibilidades de un desarrollo humano óptimo: a nivel metapsicológico se propone reorientar y reestructurar teóricamente el desequilibrio existente en las investigaciones y prácticas psicológicas, dando mayor relevancia al estudio de los aspectos positivos de las experiencias vitales de los seres humanos, integrándolos con los que son causa de sufrimiento y dolor”. Es decir, la Psicología Positiva se ocupa de los medios, procesos y mecanismos que hacen posible lograr una mayor calidad de vida y realización personal (García, 2002).

La definición de Carr (2007) se refiere a la Psicología Positiva como una nueva rama que se encarga principalmente del estudio científico de las fuerzas y de la felicidad del ser humano.

Posteriormente, Vera (2008, la describió como “una rama de la psicología de reciente aparición que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la psicología” el objetivo de la Psicología Positiva es ayudar a resolver los problemas de salud mental, mejorar la calidad de vida y bienestar (García, 2002).

Gancedo (2008) sintetiza las diversas definiciones existentes de la Psicología Positiva

proponiendo los siguientes objetivos:

- Ampliar el foco de atención desde la preocupación casi exclusiva por reparar el daño hacia el fortalecimiento de las potencialidades.
- Investigar el bienestar psíquico y subjetivo.
- Identificar y promover este bienestar en sujetos, grupos y sociedades.
- Realizar todo lo expuesto con rigurosidad científica.
- Dotar de un lenguaje compartido para el estudio de los estados y rasgos positivos.

Pawelski (2011) propuso una definición más amplia y formuló tres definiciones de la palabra *positivo* las cuales ayudan a entender el propósito de esta rama de la psicología:

- Metáfora numérica: lo *positivo* hace referencia a aquellos que están por encima del cero; es decir, la meta de un tratamiento basado en Psicología Positiva es lograr que el paciente perciba un aumento en su escala de avance personal. Este tratamiento no es recomendable para poblaciones que sufren alguna psicopatología y para personas que no tengan un diagnóstico clínico.
- Desde la epistemología: *positivo* proviene del latín *pono, ponere*, que quiere decir poner o construir. Por ende, es una Psicología que construye lo deseable y no sólo a eliminar lo negativo.
- Desde la metafísica: lo *positivo*, privilegia los aspectos positivos de la vida humana.

Según Vázquez y Hervás (2009) la Psicología Positiva ha logrado promover y estimular importantes cambios en la investigación, la psicoterapia, la enseñanza y calidad de vida tanto social como personal. Estos cambios han resultado en contribuciones como:

- Introducir y explorar nuevas áreas de investigación sobre experiencia humana que antes eran consideradas como irrelevantes, inaccesibles, o poco científicas.

- Abrir nuevos enfoques teóricos, metodológicos y prácticos.
- Cultivar una perspectiva más positiva de la naturaleza humana.
- Estimular el pensamiento crítico sobre la disciplina en general.

Según Vera (2008) la Psicología Positiva reveló la importancia que tiene el estudio de las cualidades y características positivas humanas. Al conocer el efecto de los rasgos positivos en la conducta y la cognición humana, así como su repercusión en el contexto social, permiten crear tratamiento integral que sea capaz de contrarrestar las psicopatologías.

### **La Salud en la Psicología Positiva**

La Psicología Positiva promueve la formación de una psicología equilibrada que toma en cuenta los problemas o patologías y las experiencias positivas y las fortalezas de carácter del ser humano (Tarragona, 2013).

El principal objetivo de la Psicología Positiva es desarrollar los recursos necesarios para mejorar la calidad de vida, a través del incremento de rasgos positivos; esto se logra fomentando una cultura de prevención y la promoción de la salud física y psicológica (Vázquez & Hervás, 2009). Durante el proceso de aculturación se logra reforzar el equilibrio cognitivo, volitivo, afectivo, y espiritual para un funcionamiento saludable y de bienestar (Seligman, 2002; Vázquez & Hervás, 2009).

Algunas de las fortalezas humanas actúan como amortiguadoras contra el trastorno mental, para lograrlo es importante generar técnicas de la psicología tradicional que permitan la inclusión de las emociones positivas para lograr un tratamiento integral (Vera, 2008).

La Psicología Positiva presenta un nuevo punto de vista de la salud mental, porque además de plantear una forma distinta de resolver los problemas mentales se ocupa de desarrollar técnicas para mejorar calidad de vida y bienestar, todo ello sin apartarse nunca de la más rigurosa metodología

científica propia de toda ciencia de la salud (Vera, 2008).

Según Vázquez et al. (2006) los estados de ánimo y emociones positivas tienen un impacto directo en recuperación de los recuerdos positivos, ser menos prejuiciosos, alcance del campo visual, pensamiento creativo y flexible, promoción del campo positivo, reducción de los afectos negativos, aumento del umbral del dolor físico, tolerancia a la frustración, entre otros. El aumento en características como estos, mejoran la salud integral, la calidad de vida y el bienestar.

El estudio de los factores positivos aumenta la calidad de vida de la sociedad y previene problemas de salud, por ello es tan importante que la psicología dedique un espacio a estudiar todo lo que implica este concepto.

### **El Papel del Bienestar en la Psicología Positiva**

Durante las últimas décadas se amplificó el interés por el estudio del bienestar y el análisis de sus componentes psicosociales en el contexto más amplio del estudio de la calidad de vida, entendida como un constructo que va más allá de las condiciones materiales de vida. Más específicamente delimitar aquellas variables que promueven el equilibrio en la salud integral humana (Alfaro, Casas, & López, 2015).

El bienestar ha sido investigado por diferentes disciplinas, pero fue hasta que se descubrió su impacto en la salud mental que los investigadores en psicología comenzaron a examinar cuidadosamente las variables relacionadas con el bienestar (Vázquez, Hervás, Rahona, & Gómez, 2009).

La salud mental, es el “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”; de aquí que el bienestar haya tomado tanto interés para la psicología (Bohlmeijer, Bolier, Lamers, & Westerhof, 2017).

Hasta hace poco el estudio del bienestar era muy escaso, por lo que hay muy pocos modelos que sean adecuados para explicar el funcionamiento integral del bienestar (Vázquez & Hervas, 2009).

Se han delimitado dos dimensiones diferentes de bienestar, el psicológico y el subjetivo, ambos son importantes para comprender mejor el funcionamiento óptimo del ser humano. El bienestar psicológico está relacionado al propósito en la vida y conseguir metas dentro del propio contexto social; el bienestar subjetivo está más próximo a conceptos como la felicidad personal o la satisfacción vital (Díaz et al., 2006).

Ambos tipos de bienestar están ampliamente relacionados conceptualmente, pero son empíricamente distintos y que las combinaciones de ellos se relacionan de manera diferencial con la personalidad, por eso es necesario diferenciarlos y estudiarlos de manera independiente, tomando en cuenta que ambos se relacionan (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002).

### **Bienestar Psicológico**

Para Carol Ryff el bienestar psicológico se define como el desarrollo personal y compromiso con los desafíos existenciales de la vida. En este modelo se proponen seis dimensiones que miden el crecimiento personal (Keyes et al., 2002).

Dentro de este enfoque se han propuesto diferentes modelos y definiciones que pretenden explicar al bienestar psicológico.

El modelo de Jahoda propone que para tener una buena salud mental se debe tener una buena salud física y contar con apoyo social adecuado. Es decir, para tener bienestar se debe lograr que la salud física y la salud mental estén en completo equilibrio. Para tener el equilibrio en la salud mental es necesario modificar las actitudes hacia sí mismo, el crecimiento, el desarrollo y la autoactualización, la autonomía, la percepción de la realidad y conducta ambiental (Vázquez &



Hervas, 2009).

Deci y Ryan propone la teoría de la autodeterminación, en su postulado sostiene que el bienestar del ser humano se basa en el funcionamiento psicológico óptimo y en la frecuencia de las experiencias placenteras (Vázquez & Hervas, 2009).

En el estudio del Bienestar Psicológico, Ryff desarrolló uno de los modelos más completos que explica el funcionamiento de la Salud Mental Positiva a través bienestar psicológico (Vázquez & Hervas, 2009).

Por su parte Keyes amplía la teoría de Ryff añadiendo a su modelo el bienestar social, en su modelo el bienestar se divide en tres partes el bienestar emocional, el bienestar psicológico y el bienestar social (Bohlmeijer et al., 2017)

### **Modelo de Bienestar Psicológico de Carol Ryff**

El modelo de bienestar que propone Ryff se centra en óptimo de las personas, Ryff sostiene que se debe considerar al individuo como un ser integral que realiza actividades y toma roles sociales de acuerdo a su etapa de desarrollo (Vázquez & Hervas, 2009).

En este modelo las experiencias placenteras son consecuencia de un buen funcionamiento en la salud psicológica de las personas. Las funciones principales del bienestar psicológico son desarrollar la capacidad personal y el crecimiento personal. El desarrollo de cada área es proporcional al nivel de maduración del sujeto (Ryff & Singer, 2008).

A continuación, se describen los aspectos que están relacionados con el funcionamiento positivo de las personas, así como, la forma de cambiar positivamente cada uno de ellos (Ryff, 1989; Díaz et al., 2006; Rodríguez & Quiñones, 2012):

- Autoaceptación o aceptación personal: se refiere a aceptar sus condiciones pasadas y presentes, siendo consciente de sus propias limitaciones y tener actitudes positivas con uno mismo.
- Autonomía: capacidad de sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal. Las personas que cuentan con autonomía tienen la capacidad de resistir en mayor medida la presión social y auto regulan mejor su comportamiento.
- Crecimiento Personal: se refiere a desarrollar la capacidad del ser humano por alcanzar su máximo potencial y llevar al máximo sus capacidades.
- Propósito en la vida: se refiere a marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un sentido adecuado.
- Relaciones positivas con otros: mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. La capacidad para amar a otros, es un componente fundamental del bienestar.
- Dominio del entorno: habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias. Da la sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.

El ser humano tiene equilibrio psicológico cuando las seis dimensiones están presentes dentro del contexto; sin embargo, debido a que el ser humano va cambiando a lo largo de su vida, es de suponer que el bienestar psicológico también cambia, para conocer el nivel de bienestar fue necesario realizar un cuestionario que midiera las cada una de las dimensiones (Ryff, 1989; Vázquez & Hervás, 2009).

La percepción del bienestar psicológico va cambiando conforme el ser humano va creciendo, siendo la etapa adulta joven, en la que se presenta el nivel óptimo de bienestar psicológico, en esta etapa el ser humano cuenta con mayor motivación y percepción de capacidad de logro en comparación a la percepción que se tiene en las otras etapas de la vida. Además, la capacidad de logro del ser humano se ve reflejada en su capacidad de autoaceptación, la cantidad y calidad de sus relaciones interpersonales, su capacidad para lograr adaptarse a su contexto social, ser autónomos, para lograr encontrar y seguir su propósito en la vida; cuando el ser humano logra alcanzar y mantener este equilibrio se considera que ha logrado tener un bienestar psicológico óptimo (Keyes et al., 2002).

### **Bienestar Subjetivo**

Según Keyes et al. (2002) el bienestar subjetivo se define como la evaluación de la vida en términos de satisfacción y equilibrio entre el afecto positivo y el negativo; es decir evalúa la calidad de vida de las personas por medio de la satisfacción con la vida y la felicidad. La satisfacción es una evaluación de largo plazo de la propia vida y la felicidad es un reflejo de los efectos agradables y desagradables en la experiencia inmediata.

Más específicamente, la satisfacción con la vida se refiere a una evaluación o juicio que hace la persona considerando sus recursos, experiencias y circunstancias. Por otro lado, la felicidad es la evaluación que hace la persona sobre sus afectos (positivos y negativos) basados en experiencias que le son inmediatas (Diener, 2000).

El bienestar subjetivo se crea por medio de un proceso cognitivo de juicio y atribución, ya que estos controlan las emociones causadas por las conductas que provocan bienestar (Keyes et al., 2002). Al final, el causante del bienestar subjetivo es el conjunto de conclusiones cognitivas (componente cognitivo) y lo que sentimos (componente emocional) por nuestras vidas, es decir,

conclusiones cognitivas y afectivas que alcanzamos cuando evaluamos nuestra existencia (Rodríguez & Quiñones, 2012).

El componente emocional: incluye emociones positivas, y agradables, como la alegría y la gratitud. Ello no implica la ausencia de emociones negativas. De tal forma que la felicidad se explica como una combinación entre sentimientos positivos con una cierta dosis de sentimientos negativos, lo importante es que predominen las emociones positivas (Ryff, 1989).

El componente cognitivo, o de pensamiento: se refiere a la satisfacción con la vida que tiene cada uno, incluye una evaluación de la vida en general o de alguna parte de ella (Ryff, 1989). Cuando la evaluación de la vida es buena, se le conoce como *flourishing* que quiere decir florecer, prosperar, crecer (Lyubomirsky, 2008).

Según Rodríguez y Quiñones (2012) es importante conocer cuál es el grado óptimo de bienestar subjetivo que puede tener una persona, esto se logra a través el dominio del carácter subjetivo (cómo califica su propia experiencia), dimensión global: (valoración de todos los aspectos de su vida) y medidas positivas (experiencias positivas que haya tenido). Estos tres aspectos proporcionan una perspectiva general del nivel de bienestar y permite conocer las fortalezas y áreas de oportunidad para trabajar en ellas (Gracia, 2002).

Diener (2000) además habla de la percepción de bienestar subjetivo que tiene cada persona de acuerdo a su personalidad y sus valores; las personas que se adaptan mejor y más rápido a los cambios inesperados (buenos o malos) son las que tienen un nivel óptimo de Bienestar Subjetivo, y tienden a ser más felices (Diener & Biswas-Diener, 2008).

Las personas que son felices son más extrovertidos, tienen mejor sentido del humor, se llevan mejor con su pareja sentimental, tienen una esperanza de vida más grande, mejor desempeño en el trabajo e ingresos más altos, lo cual son indicadores de un nivel equilibrado de bienestar subjetivo (Diener, 2000; Dambrun et al., 2012).

En resumen, el término bienestar subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y en cómo se sienten respecto a sus vidas, para ello tienen que realizar conclusiones cognitivas y afectivas a las que llegan cuando evalúan su existencia (Rodríguez, 2012).

## **Felicidad**

Para Tarragona (2012) la felicidad es algo muy complejo, pues al ser algo subjetivo los investigadores que la han estudiado, no han encontrado un punto de acuerdo para este constructo. Seligman (2002) propone que la felicidad auténtica requiere tanto placer como sentido; por ello la felicidad es placentera y basada en el sentido o el significado; sin embargo, ambas deben de mantener su balance para que sea considerado como felicidad (Caruana, 2010).

Según Lyubomirsky y Lepper (1999) la felicidad tiene al menos tres componentes el afecto positivo, la satisfacción con la vida y afecto negativo; la evaluación de la felicidad es por medio de la valoración subjetiva de las experiencias del sujeto. Así mismo la evaluación subjetiva de la felicidad está asociada a una amplia variedad de factores, incluidos el estado demográfico, los rasgos de personalidad y las circunstancias (Lyubomirsky & Lepper, 1999).

La felicidad tiene una duración variable, el tiempo en el que se presenta puede ser estables y largos o temporales y cortos; cuando la duración es temporal se le llama felicidad hedónica y por lo general se presenta con la obtención de bienes materiales y oportunidades de acción que queremos llevar a cabo (Berridge & Kringelbach, 2011)

Se han propuesto diferentes modelos para explicar la interacción de la felicidad:

- Descendente (de arriba hacia abajo): las personas que están propensas a experimentar cosas positivas, evalúan su felicidad, ya sea a largo plazo o episódica, de manera más positiva (Schimmack, 2008).

- Ascendente (de abajo hacia arriba): los eventos que resultan placenteros de cada uno de los factores de la vida, elevan la felicidad a largo plazo (Schimmack, 2008).

Lyubomirsky (2008) sostiene que obtener la felicidad depende de cada persona, por lo tanto, se pueden manipular a su conveniencia las variables del contexto para lograr un nivel de felicidad óptimo, esto va a depender de sus necesidades, aptitudes y capacidades de cada persona.

Cuando se alcanza el nivel óptimo de la felicidad se tiene mayor autocontrol, autorregulación y habilidades de afrontamiento para tener un sistema inmune reforzado; por lo tanto, la felicidad es una de las causantes de la salud física y mental (Lyubomirsky & Sheldon, 2005).

Como se mencionó anteriormente no se tiene un contexto concreto que describa exactamente los factores que intervienen en ella, por ello es necesario conocer los modelos de felicidad propuestos hasta el momento.

## **Corrientes de la Psicología Positiva que Estudian la Felicidad**

### **Los Pesimistas**

El modelo de Lyubomirsky y Sheldon (2005) propone algunas posturas que describen a la felicidad y las variables que la afectan, ya sea directamente o indirectamente:

- La felicidad tiene un límite genéticamente determinado, es decir cada persona tiene su nivel límite de felicidad.
- La felicidad depende de los rasgos de personalidad del ser humano; las personas mantienen al mismo nivel su preocupación, culpa, vergüenza, enojo, niveles de compromiso social, entusiasmo y confianza; por lo tanto, las personas mantienen el mismo nivel de felicidad.

- La felicidad es temporal debido a la capacidad de adaptación del ser humano, el ser humano se ajusta rápidamente a las circunstancias que traen felicidad, de tal manera que, aunque las circunstancias pueden provocar demasiada felicidad, el proceso de adaptación obliga a volver al estado inicial.

Para la corriente Pesimista intentar ser feliz es inútil y contraproducente, la persecución de esta felicidad puede resultar en sentimiento de fracaso; por lo tanto, lo más conveniente es aceptar y resignarse al nivel de felicidad predeterminado, pues su nivel de felicidad no debe aumentarse más allá de su nivel apropiado según las características de la persona (Lyubomirsky & Sheldon, 2005).

## **El Optimismo**

Para Lyubomirsky y Sheldon (2005) la corriente optimista describe un lado diferente de percibir la felicidad, a continuación, se describen las cuatro perspectivas desde donde explican la felicidad:

- La práctica de virtudes como la gratitud, el perdón, la reflexión, entre otras, pueden ayudar a aumentar la sensación de bienestar.
- Los factores que tienen que ver con la voluntad de cambio se asocia al bienestar.
- La edad es un factor determinante para la felicidad, se sabe que las personas mayores son más felices que las jóvenes.
- Actuar para cambiar situaciones diarias que disminuyen el estrés o evitar conductas desadaptativas.

La perspectiva pesimista y optimista tienen postulados muy diferentes, por este motivo Lyubomirsky y Sheldon (2005), propusieron un modelo integrador de felicidad que adapta el rol de la personalidad, el rol de los factores genéticos y circunstanciales, así como, el rol de los factores demográficos sobre la personalidad. Además, en esta integración son tomados en cuenta los factores dinámicos sensibles al tiempo, para abarcar el cambio que ocurre dentro del

sujeto cuando alcanza el bienestar y el cambio mantenido. El modelo también plantea que los factores motivacionales y actitudinales para predecir, que la felicidad puede ser influida por ciertos tipos de actividades intencionales a pesar de los efectos de la adaptación.

### **Modelo de la Felicidad de Lyubomirsky**

Para Lyubomirsky la felicidad es un balance entre el afecto positivo, la alta satisfacción con la vida y el afecto negativo (poco frecuente, pero a la vez existente), estos son los tres componentes principales del bienestar subjetivo o la felicidad.

La felicidad es un término subjetivo, que es medida por la propia persona que la está experimentando (Lyubomirsky & Sheldon, 2005), pero el hecho de que sea autorreportada no significa que no sea objetiva.

Para Lyubomirsky y Sheldon (2005) el nivel de felicidad característico de una persona durante un periodo particular en su vida se le llama felicidad crónica, este tipo de felicidad es tan duradera como la felicidad momentánea o diaria, y el objetivo, es encontrar maneras de prolongarla.

La felicidad crónica se puede medir tomando en cuenta juicios retrospectivos durante un periodo de tiempo que va desde los últimos dos a doce meses, o bien se puede medir tomando el promedio de juicios momentáneos de humor y satisfacción realizados en varias ocasiones durante el periodo de tiempo seleccionado; sin embargo, tiende a variar dependiendo de las características personales, dos individuos con niveles de felicidad crónica similar, pueden definir sus niveles relativos de satisfacción con la vida en comparación con su frecuencia relativa de experimentar estados de ánimo positivos y negativos (Lyubomirsky & Sheldon, 2005),

Los factores que afectan el nivel de felicidad crónica son el punto de referencia, las circunstancias de la vida y la actividad intencional, estos tres factores son determinante para



abordar la capacidad del ser humano de ser feliz y observar cómo reacciona ante esta posibilidad (Lyubomirsky, 2008).

En el modelo propuesto por Lyubomirsky (2008) se sostiene que la felicidad depende de un 50% de factores genéticos, un 10% de las circunstancias y un 40% de la actividad intencional, por ello estos autores afirman que los esfuerzos volitivos tienen gran efecto en el nivel de felicidad de una persona, ya que cambiar las actividades intencionales proporciona un aumento en la felicidad.

El nivel de felicidad tiene un punto de ajuste en todos los seres humanos, el cual está genéticamente determinado y es fijo estable e inmune a la influencia o el control, por lo tanto, la felicidad es estable a largo plazo (Lyubomirsky & Sheldon, 2005). Es decir, la felicidad puede aumentar, sin necesidad de alterar los puntos de ajuste, pues este es constante (Lyubomirsky, 2008).

Cuando se menciona la probabilidad de cambio en la *felicidad crónica*, es necesario retomar a los factores circunstanciales, dicho de otra forma, a los factores incidentales pero estables en la vida de un individuo (Lyubomirsky & Sheldon, 2005). Estas se refieren a región, geográfica, cultura, edad, sexo, etnia, estado civil, estado ocupacional, seguridad laboral, ingresos, salud y afiliación religiosa; también incluyen los acontecimientos de la vida que pueden afectar su felicidad (Diener, Gohm, Suh, & Oishi, 2000).

Por su parte, Peterson (2006) afirma que las variables que tienen relación con la felicidad son:

- Nula o muy baja: edad (a mayor edad, menor felicidad), género (los hombres son más felices que las mujeres), nivel educativo, tener hijos, pertenecer a un grupo étnico, inteligencia y atractivo físico.
- Moderada: amigos, ser casado, espiritualidad recreación, salud física y hacer bien las cosas, extroversión, capacidad de toma de decisiones.
- Muy alto: gratitud, optimismo, empleo y ser activo sexualmente.

Myers (2000) por su parte menciona que el apoyo familiar era un predictivo muy importante para que las personas se sintieran felices y apoyadas; además de que también son menos propensas a tener alguna enfermedad.

Todas estas circunstancias combinadas representan un desde un 8% a un 15% de influencia en la felicidad, esta baja dependencia puede explicarse por la gran capacidad de adaptación a la felicidad hedónica del ser humano, así como a las nuevas circunstancias y eventos de la vida (Lyubomirsky, 2008).

Debido a la adaptación al contexto el efecto de felicidad se vuelve relativamente corto y costoso en términos de tiempo, dinero y recursos, de tal manera que alcanzarla se es visto como algo poco práctico o imposible. Es decir, los cambios en las circunstancias tienen un potencial limitado para producir cambios sustentables en la felicidad crónica, solo provocan efecto a corto plazo (Lyubomirsky & Sheldon, 2005).

Lyubomirsky propone el uso de las actividades intencionales, a fin de lograr una felicidad duradera; estas actividades son acciones o prácticas que las personas realizan voluntariamente y es necesario esforzarse para para realizarlas y lograr prolongar su efecto, si esto se logra realizar la sensación de bienestar pueden prolongarse (Lyubomirsky & Sheldon, 2005).

Las actividades intencionales se clasifican en tres categorías (Lyubomirsky & Sheldon, 2005):

- Conductuales: hacer ejercicio, ser amable con los demás, comer saludablemente, entre otras (Emmons & McCullough, 2003).
- Cognitivos: replantear situaciones de una manera más positiva, hacer una pausa durante el día para agradecer las cosas buenas, entre otras (Emmons & McCullough, 2003).
- Actividad volitiva: búsqueda de objetivos personales importantes, esforzarse por alguna causa significativa (Sheldon & Houser-Marko, 2001).

Las actividades intencionales se caracterizan por ser episódicas y transitorias, lo que hace poco probable que las personas se adaptan a ellas, el tiempo que transcurre antes de realizar otra vez la actividad es un elemento importante de su nivel de potencia; es necesario descubrir el momento indicado para volver a realizad la actividad, de tal manera que la actividad permanezca atractiva, significativa y positiva para la persona (Lyubomirsky & Sheldon, 2005).

La variabilidad en las actividades intencionales ya sean conductuales, cognitivas y volitivas, tanto en sus focos como en la forma, puede ayudar a reducir la adaptación a la actividad, lo que le permite conservar su potencia. Además de ello las actividades también pueden contrastar los problemas presentados por la adaptación hedónica (Lyubomirsky & Sheldon, 2005).

Adoptar nuevas actividades y cogniciones afecta positivamente el nivel de bienestar, estimular a las personas a practicar virtudes psicológicas positivas, como la gratitud la esperanza y el perdón tiene efectos positivos en la percepción de bienestar y satisfacción con la vida (Emmons & McCullough, 2003).

Es probable tener un aumento de bienestar cuando las personas elige objetivos que se ajustan a sus necesidades y deseos; por otra parte, cuando se acumulan muchas actividades o experiencias positivas el bienestar tiende a crecer (Lyubomirsky & Sheldon, 2005).

Para que la felicidad sea duradera y no tienda a la adaptación es importante que se realice una actividad intencional, más aún si es volitiva y se adata a las necesidades personales (Sheldon & Lyubomirsky, 2006). Otra manera de evitar que esta adaptación a la felicidad aparezca es realizar cambios en la actividad intencional (Lyubomirsky & Sheldon, 2005).

Cuando se es feliz se obtienen más beneficios independientemente de la salud mental, se tienen mayores posibilidades de tener una posición estable dentro del contexto sociocultural, un trabajo estable y más probabilidad de tener actividad física durante el día (Lyubomirsky & Sheldon, 2005).

Todas estas características son las que hacen que la actividad intencional pueda ser una

alternativa viable para aumentar y mantener la felicidad; de hecho, las estrategias para aumentar la felicidad pueden iniciarse solamente si se tiene compromiso y se está dispuesta a realizar esfuerzos para alcanzar lo que se desea (Lyubomirsky & Sheldon, 2005).

Esto aumenta aun en mayor grado su capacidad de autocontrol y autorregulación, las habilidades de afrontamiento, amplían su sistema inmune, mejorando su salud. Además, las personas que son felices se muestran más cooperativas, sociables, creativas y se preocupan por el bienestar de los que los rodean (Lyubomirsky & Sheldon, 2005).

Para el buen desarrollo del bienestar subjetivo o felicidad es necesario tener en claro cuáles son las emociones y fortalezas de carácter que se requieren para ampliar al máximo aquellas áreas que promueven el desarrollo de la felicidad, y realizar actividades intencionales que reduzcan al máximo el nivel de adaptación.

### **Las Emociones y los Rasgos Positivos**

Las emociones positivas son denominadas los pilares de la Psicología Positiva, puesto que sin el desarrollo y la buena implementación de estas no podría presentarse una felicidad verdadera, por ello es importante promover su estudio (Seligman, Rashid, & Parks, 2006).

### **Las Emociones Positivas**

Las emociones son tomadas como experiencias subjetivas valiosas que se describen en función del tiempo en el que se están desarrollando, puede ser pasado, presente o futuro; están encargadas de cambiar la forma de experimentar sentimientos sobre el pasado, de pensar sobre el futuro y de vivenciar el presente. Por otra parte, las emociones que pertenecen al tiempo pasado son aprender y practicar el modo de agradecer, perdonar, entre otras; las que se categorizan en el presente son entre otras; por último, en el tiempo futuro se encuentran emociones como la esperanza y el optimismo (Seligman et al.,2006).

## Los Rasgos Positivos

Los rasgos positivos se han estudiado mediante el análisis de las fortalezas, las virtudes personales (Seligman, 2000).

Las fortalezas y virtudes son rasgos de la personalidad duradera; se consideran características positivas que aportan sensaciones placenteras y gratificación. Las virtudes se hallan en un plano más abstracto o filosófico, mientras que las fortalezas son más concretas, susceptibles de ser modificadas y evaluadas. Las fortalezas se caracterizan por que se valoran por sí mismas y no por los resultados que permiten alcanzar, son promovidas por la cultura a través de rituales y costumbres, pueden adaptarse a cualquier tipo de persona, sin importar sus rasgos individuales (Seligman, Park, & Peterson, 2006).

Seligman (2002) creó un manual de clasificación de Virtudes y Fortalezas que se basa en seis virtudes generales que casi todas las culturas en el mundo respaldan, cada virtud cuenta con fortalezas particulares:

- La sabiduría y el conocimiento: adquisición y uso del conocimiento; se refiere a la creatividad, la curiosidad, la apertura de mente (pensamiento objetivo), la capacidad de aprendizaje y la perspectiva (capacidad de aconsejar sabiamente).
- Valor: fortalezas emocionales que implican el ejercicio de la voluntad para lograr las metas de la cara de la oposición, externo o interno. Sus fortalezas de carácter son la autenticidad (presentación de uno mismo de una manera genuina), la valentía, la persistencia y el zest (acercarse a la vida con entusiasmo y energía).
- La humanidad: fortalezas interpersonales que implican cuidar y hacerse amigo de los demás; esta virtud implica la amabilidad, el amor y la inteligencia social (consciencia de motivos y sentimientos propios y ajenos).

- Justicia: fuerzas que subyacen a la vida en comunidad saludable, esta virtud está conformada por la equidad, el liderazgo y trabajo en equipo.
- La templanza: protegen contra el exceso de sucesos negativos; sus componentes son el perdón, la modestia, la prudencia y la autorregulación: (capacidad de control de sentimientos y conductas).
- Trascendencia: fortalezas que forjan conexiones con el universo más grande y proporcionan significado; se refiere a la apreciación de la belleza y la excelencia, la gratitud, la esperanza, el sentido del humor y la religiosidad.

Estas virtudes y fortalezas son similares sin importar cultura género o edad, puesto que se puede decir que son requisitos generales humanos para formar parte de una sociedad (Seligman, 2002).

Otra de las razones para aumentar las emociones positivas del sujeto, es comprobar que las emociones positivas ayudan a controlar emociones negativas, además de fomentar percepciones positivas y duraderas, creando pensamientos de capacidad de logro (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), lo cual es útil para desarrollar una adecuada evaluación y afrontamiento de los cambios o dificultades personales, sociales y de salud (Vázquez & Hervás, 2009).

En el caso de las emociones que están fundamentadas en tiempo pasado, a pesar de ser positivas, pueden tener repercusiones muy negativas para el desarrollo de la felicidad en el presente, es por ello que es poner especial atención en ellas, de ampliarlas en el contexto adecuado para que tengan buenos resultados (Hervás, Sánchez, & Vázquez, 2008).

Dos de ellas, la gratitud y el perdón, están siendo estudiadas con mayor atención, ya que se sabe que su reforzamiento causaría un efecto positivo global en los niveles de felicidad de las personas (Hervás et al., 2008).

## **La Gratitud y el Perdón**

Todas las emociones relacionadas con el pasado están dirigidas por el pensamiento y la interpretación. Cuando se producen sucesos adversos o favorables, se dan las emociones; en poco tiempo, el estado de ánimo vuelve a situarse dentro de los parámetros de rango fijo. Si las emociones son expresadas y se les presta atención, acaban enriquecidas y nos enganchan para ocuparnos de los problemas pasados (Snyder & López, 2002).

Si la gratitud y el perdón son dirigidas de manera correcta ayudaran en distintas formas a quien las practica:

- Gratitud: aumenta el disfrute y la valoración de los buenos momentos pasados; valorar lo recibido, suelen tener mayores niveles de felicidad.
- Perdón: es capaz de transformar los malos recuerdos en buenos, cambia el dolor por neutralidad o recuerdos positivos, da mayor satisfacción y felicidad en la vida.

## **La Gratitud**

En las diferentes etapas vitales, las personas que están agradecidas muestran mayor satisfacción con la vida (Park, Peterson, & Sun, 2013)

La gratitud refleja los procesos emocionales y cognitivos de autorregulación involucrados en el funcionamiento social, las diferencias individuales entre estas dimensiones básicas pueden compartir algunas asociaciones con el perdón interpersonal (Rey & Extremera, 2014).

La gratitud se define como un estado afectivo positivo que es consecuencia de dos procesos cognitivos, los cuales son el reconocimiento por parte del sujeto de haber obtenido el resultado deseado y el reconocimiento hacia una fuente externa para lograr el resultado deseado (Bono & McCullough, 2006).

Las experiencias de gratitud se relacionan con mayores niveles de bienestar y felicidad, afecto

positivo y reducción de enfermedades, afecto negativo, altos niveles de optimismo (Emmons & McCullough, 2003; Bono & McCullough, 2006).

Algo que hay que tener en cuenta es que la práctica de la gratitud debe ser aplicada balanceadamente, de lo contrario con el paso del tiempo sus efectos no serían los mimos, pues entraría en un proceso de adaptación a la circunstancia (Hervás et al., 2008).

## **El Perdón**

El perdón es una herramienta útil para eliminar los sentimientos negativos que son provocados por recuerdo negativos; cuando el perdón no se presenta estos sentimientos provocan un bloqueo que hace imposible experimentar al máximo las emociones negativas. Cuando una persona perdona, las emociones negativas pasan a ser solo un recuerdo pasado sin carga emotiva. En algunas ocasiones el perdón se vale de recuerdos que evoquen emociones positivas pueden facilitar este proceso; desde este enfoque el perdón tiene un estilo positivo, con el cual es más factible tener un adecuado afrontamiento hacia el dolor, ofensa recibida y permite modificar los sentimientos que la víctima demuestra hacia su agresor (Hervás et al., 2008).

Los efectos de promover la práctica del perdón se reflejan en el incremento de la autoestima, reducción de los niveles de ansiedad y depresión, modificación del comportamiento del agresor e incremento los niveles de esperanza; además estos beneficios pueden ser duraderos (Emmons & McCullough, 2003).

Muchos de los problemas psicológicos que están asociados a emociones negativas intensas como la ira o la rabia, podrían desaparecer a través de la práctica del perdón; sin embargo, aún no se conoce que tipo de problemáticas pueden mejorar a través de la promoción del perdón (Hervás et al., 2008).



## **La Psicología Positiva y sus Aplicaciones**

La psicología ha sufrido bastantes modificaciones a lo largo de su historia, esto es debido a la evolución del individuo y la sociedad. Con la llegada de la Psicología Positiva, el interés de estudio (patología, enfermedad mental, emociones negativas, alivio de malestar), cambio y se centró en estudiar y ampliar las virtudes, fortalezas, emociones positivas y el aumento del bienestar. Es decir, lo que pretende la Psicología Positiva por medio del análisis y la ampliación de las emociones positivas es mejorar de afecto positivo, aplicación de fortalezas y cultivo de significado. Además, para lograr estos objetivos, los psicólogos se han visto en la necesidad de crear diversos programas de intervención desde la perspectiva de la Psicología Positiva (Lindley, Joseph, Harrington, & Wood, 2006).

Fordyce (1977, 1983) diseñó una intervención dirigida a estudiantes universitarios, con la finalidad de enseñarles que es la felicidad y como se puede ampliar. Con su intervención demostró que la felicidad es educable (Fordyce, 1997); dicha intervención la realizó a base de la aplicación de multicomponentes del programa psicoeducativo.

Pennebaker y Segal (1999) proponen la escritura de sucesos traumáticos, la cual consiste en modificar la estructura de la terapia narrativa, aumentando de manera significativa la expresión de emociones positivas y moderar el uso de expresiones que reflejaban emociones negativas; de tal manera que el paciente reflejara más aprendizaje en la experiencia que emociones negativas por el suceso traumático.

Fava (1999) diseñó un programa de intervención positiva para la promoción del bienestar en combinación con tratamientos farmacológicos y psicológicos; este tratamiento consistió en el reconocimiento de recuerdos de sucesos positivos, así como, la identificación de obstáculos a dichos recuerdos.

El programa de Frederickson (2001) consistió en lograr la ampliación y construcción, de

emociones positivas, creando carpetas personalizadas de emociones positivas usadas de forma alternada para evitar la adaptación hedónica, que servirán para evocar momentos alegres. Las emociones positivas sostenidas a largo plazo, crearán recursos de resiliencia (efecto construcción).

Bono y McCullough (2006) basándose en la gratitud asociada al bienestar psicológico investigaron sobre intervenciones cuyo núcleo era la gratitud. Intervenciones basadas en la esperanza (actividades relacionadas con la formulación de metas, uso de vías para alcanzar los objetivos, uso de recursos motivacionales).

Duckworth, Steen y Seligman (2005) propusieron cinco ejercicios positivos diferentes con el objetivo de incrementar niveles de bienestar y reducir la sintomatología depresiva:

- Escribir una carta de agradecimiento a una persona importante en la vida del participante y compartirla con él.
- Escribir una vez al día durante una semana tres cosas positivas dignas de agradecer y sus causas.
- Escribir recuerdos sobre una época en la que el participante mostrara sus mejores características y leerla cada noche durante una semana con el objetivo de reflexionar sobre las fortalezas presentes.
- Realizar un cuestionario sobre fortalezas para así poder identificar las más salientes.
- Realizar ese mismo cuestionario de fortalezas y reflexionar sobre nuevas formas de usar en la vida cotidiana las fortalezas principales de la persona.

La terapia de calidad de vida, se integra desde la teoría del bienestar, instrumentos de medida y recursos intervenidos, especialmente creados para generar y aumentar los elementos positivos para aumentar el bienestar, sin embargo, aún no tiene validación empírica (Frish, 2006; Vázquez, 2013).

Lyubomirsky (2008) diseñó ciertas tareas basadas, estas actividades consisten en narrar las cosas buenas que suceden durante el día. Estas narraciones podrían ser cartas de agradecimiento o técnicas de saboreo en relación a los buenos momentos del pasado, para mejorar el bienestar psicológico.

Una psicoterapia positiva se enfatiza en desarrollar o mejorar de los rasgos positivos, por esto es necesario implementar herramientas que fomenten las fortalezas humanas en las personas. Este tipo de terapias se caracterizan por promover intervenciones por medio de actividades intencionales que se alcanza el cambio (Lupano & Castro, 2010).

### **Terapia Cognitivo Conductual**

El termino cognitivo conductual se refiere a estrategias terapéuticas, que se especializa en técnicas para el mejoramiento de conductas y pensamientos. Esta teoría sostiene que el aprendizaje se adquiere de una conducta anterior, esto provoca reacciones desadaptativas en la conducta del sujeto, a la vez que ocasiona pensamientos irracionales; por ello este modelo pretende reducir el malestar reduciendo, a través de la reeducación de conductas y la reestructuración de pensamientos. El cambio aprendido en el paciente se refleja primero a nivel cognitivo y una vez que se interioriza se hace notar en una nueva conducta adaptativa y benéfica para el paciente (Ranero, 2014).

### **Tipos de Terapias Cognitivo Conductuales**

La terapia cognitivo conductual utiliza técnicas adecuadas para el tratamiento del paciente, dependiendo de la problemática que tenga el paciente. Estas técnicas provienen de dos tipos de terapia basadas en la teoría cognitivo conductual (Ranero, 2014).

Lo que se pretende lograr con la terapia cognitiva conductual (en sus diferentes modalidades) es que el paciente construya representaciones de los estados mentales basados en el entendimiento del terapeuta (Memerari, 2002).

El trabajo del terapeuta es hacer consciente al paciente de los pensamientos que causan su sufrimiento, se utiliza la disonancia cognoscitiva (hacer o se pensar algo que sea inconsistente con sus creencias y de esta forma induzca a la disonancia), para cambiar los pensamientos que son inadecuados. (Ranero, 2014).

### **Reestructuración Cognitiva**

En la reestructuración cognitiva cuenta con intervenciones terapéuticas que se basan en establecer patrones de pensamiento adaptativo a través de la confrontación del pensamiento desadaptativo, para que posteriormente se refleje en una conducta adaptativa. Su objetivo es brindar las herramientas necesarias para cambiar el pensamiento, a través de la enseñanza de habilidades de afrontamiento y solución de problemas, ambas estrategias enseñan al paciente a elegir la mejor solución a las situaciones problemáticas de la vida diaria (Ranero, 2014).

### **El modelo de Terapia Cognitiva de Aaron Beck**

Beck propuso la Terapia Cognitiva, la cual resultó ser una de las psicoterapias más eficaces (Ranero, 2014).

El modelo de terapia cognitiva, afirma que los trastornos psicológicos provienen de maneras erróneas de pensar, que conforman distorsiones cognitivas. Las distorsiones cognitivas se producen por una dinámica cognitiva que se da a tres niveles: creencias nucleares, creencias intermedias, y pensamientos automáticos. Las creencias centrales o nucleares (Ranero, 2014).

Las distorsiones cognitivas son significados personales implícitos o inconscientes sobre el mundo, los demás y el sí mismo, las cuales son aprendidas a partir de las experiencias de la vida infantil basadas en la interacción con el mundo y otras personas (Ranero, 2014).

Estos significados personales conforman un segundo sistema cognitivo de tipo emocional ajeno al sistema racional de pensamiento; a causa de estos solamente se piensa en información o conclusiones que confirman su creencia, descartando o no valorando información contraria a esta

(Ranero, 2014).

De esta forma mantiene su creencia a pesar de ser inexacta y disfuncional. Las creencias centrales representan el nivel más fundamental de creencias, son generales, rígidas e implican una sobre generalización (Ranero, 2014).

Las creencias centrales forman creencias intermedias en forma de actitudes, reglas y asunciones:

- Actitud: es terrible ser incompetente.
- Regla: yo debo trabajar tan duro como pueda todo el tiempo.
- Asunción: si trabajo tan duro como pueda, yo podré hacer algunas cosas que otros pueden hacer fácilmente.

Las creencias centrales y las intermedias conforman esquemas que afectan las percepciones y conceptualizaciones de eventos cotidianos o vitales. Los pensamientos automáticos son distintos eventos que pueden activar esos esquemas (creencias centrales e intermedias) que permanecían latentes, pero irrumpen en la conciencia y en el pensamiento racional en forma de distorsiones cognitivas, por medio de pensamientos automáticos (contenidos de pensamiento involuntarios, taquigráficos que emergen muy rápidamente) (Ranero, 2014).

Son pensamientos automáticos sobre los acontecimientos actuales y son ajenos al análisis racional, reflejando las distorsiones del pensamiento (Ruíz & Cano, 2002).

Su paradigma en su teoría es siguiente:

S - AT - R

*S* (estímulo o situación) *AT* (pensamientos automáticos) *R* (la respuesta o reacción).

Los pensamientos automáticos son palabras o imágenes que pasan por la mente de la persona, estos provocan deducciones que actúan sobre la reacción emocional, conductual y fisiológica que

se tendrá en situaciones actuales específicas, y pueden ser considerados como el nivel más superficial de cognición (Ruíz & Cano, 2002).

Los pensamientos automáticos son los que se manifiestan más rápido en la conducta del individuo, y son más accesible a su conciencia; el objetivo de la terapia es identificarlos, evaluarlos, rebatirlos, y modificarlos por nuevos pensamientos. Esto se realiza guiando al sujeto a identificar y modificar los pensamientos intermedios y pensamientos centrales (Ruíz & Cano, 2002).

Las creencias nucleares y las reglas intermedias conforman los esquemas cognitivos, se activan en situaciones específicas relacionadas a los contenidos de estos esquemas. De esta forma en un acontecimiento poco agradable, surge el pensamiento automático en forma de deducción. La deducción es la creencia nuclear (Ruíz & Cano, 2002).

Para Ruiz y Cano (2002) existen los siguientes tipos de pensamientos automáticos:

- Todo o nada (pensamiento dicotómico): Si no tengo un éxito completo, soy un fracaso.
- Catastrofización (adivinando el futuro): no seré aceptado en el trabajo.
- Descalificar o descartar los positivo: me fue bien en el examen, pero soy tonto.
- Razonamiento emotivo: creer que algo es cierto dado que siento que es así, a pesar de las evidencias en contra: hago todo bien, pero siento que soy un fracaso.
- Etiquetamiento a mí y a otros: soy un perdedor.
- Magnificar / Minimizar: magnifica lo negativo o minimiza lo positivo: el haber obtenido una evaluación mediocre prueba lo inadecuado que soy. El haber ganado algunas notas altas no me hace inteligente.
- Filtro mental o abstracción selectiva: atención a detalles negativos en vez de ver la totalidad. Dado que gané algunas bajas notas en mis evaluaciones, estoy haciendo un trabajo mediocre.

- Lectura de la mente: creer saber lo que los otros piensan, no viendo otras posibilidades igualmente factibles: él está pensando que no sé nada de este proyecto.
- Sobregeneralizaciones, saltar a conclusiones negativas que caen muy fuera del contexto de la situación actual: dado que no me sentí cómodo en esa reunión, significa que yo carezco de lo esencial para hacer amistades.
- Personalizaciones, creencia de que otros se comportan negativamente por mí, sin considerar otras explicaciones más plausibles por su comportamiento: el plomero fue seco conmigo porque algo debo haber hecho que le molestó.
- Afirmaciones con tengo y debo (imperativas). Ideas precisas y fijas de cómo deben comportarse, acompañadas de una sobreestimación de lo malo que es que estas expectativas no se cumplan: es terrible que haya cometido un error. Yo siempre debo hacer lo mejor.
- Visión de túnel, ver sólo el aspecto negativo de una situación: El maestro de mi hijo no puede hacer nada bien. Es crítico y poco sensitivo. Es un mal maestro.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) afirma que los trastornos mentales y la angustia psicológica son mantenidos por factores cognitivos; la mala adaptación de cogniciones contribuye al mantenimiento de la emocional, angustia y problemas de conducta (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012).

Beck sostenía que las cogniciones desadaptativas incluyen las creencias generales, o esquemas, sobre el mundo, el yo, y el futuro, dando elevarse a pensamientos específicos y automáticas en situaciones particulares. Su modelo se basa en herramientas terapéuticas que cambian las cogniciones desadaptativas (Hofmann, et al., 2012).

## **Principales Técnicas de Intervención en Psicoterapia Cognitivo Conductual**

### **Técnicas Cognitivo Conductuales**

Las técnicas conductuales tienen el objetivo de modificación de los pensamientos desadaptativos del cliente, poniendo en duda la validez de sus hipótesis y creencias; para complementar el tratamiento el paciente realizar actividades que antes no había hecho porque creía que no era capaz o que no podría hacerlo; con estas actividades se busca que el paciente se haga consciente de cómo algunos pensamientos actúan de manera negativa en sus emociones y conducta (Ruíz, Díaz, & Villalobos, 2013).

Estas técnicas que incluyen el debate de los pensamientos y actividades que ponen en duda la validez de sus juicios, permiten reducir pensamientos irracionales y modificar actitudes inadecuadas, dándole así una sensación de bienestar (Ruíz et al., 2013).

La programación de actividades, role playing, técnicas de afrontamiento (relajación, exposición graduada, control de la respiración o técnicas de hiperventilación y entrenamiento asertivo) son algunas de las técnicas más utilizadas (Ruíz et al., 2013).

### **Técnicas Emotivas**

Son respuestas adaptativas que el terapeuta enseña al paciente para que las ponga en práctica cuando se presenten situaciones similares; el terapeuta prepara al paciente para modificar la respuesta si es necesario (Ruíz et al., 2013).

Según Ruíz et al. (2013), las técnicas más utilizadas para estos casos son la distracción externa, hablar, evitar verbalizaciones internas catastróficas y análisis de responsabilidad.

### **Técnicas Cognitivas**

Estas técnicas son utilizadas para facilitar el cuestionamiento socrático, permiten que el paciente identifique pensamientos negativos (Ranero, 2014; Ruiz et al., 2013).



- Autorregistros: recoger la información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día, con esto se vuelve a la persona es consciente de su estado de ánimo y de los desencadenantes que lo provocan. Usualmente se utiliza una tabla en donde se registran los siguientes datos: fecha y hora, situación, emociones, pensamientos automáticos, respuesta racional y resultado.
- Descubrimiento guiado: ayuda al paciente a tener nuevas perspectivas que desafíen sus actuales creencias mediante el cuestionamiento socrático, por medio de preguntas como ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos?, ¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esta situación?, ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera?, entre otras.
- Técnicas de retribución: esta técnica tiene como finalidad volver a redefinir los pensamientos desadaptativos del paciente, debatiendo la validez de su valoración de un evento desadaptativo.
- Técnica de conceptualización alternativa: se trata de buscar razones o explicaciones diferentes para el problema del paciente.
- Técnicas basadas en la imaginación: el terapeuta guía el trabajo haciendo uso de la imaginación del paciente; para esta técnica se pueden utilizar ilustraciones que evoquen un hecho en particular, repetición continua del suceso o pensamiento, metáforas que hagan alusión al evento desadaptativo, imaginación catastrófica que puede resultar del evento desadaptativo, imaginación guiada, repetición de metas, imaginación positiva del evento de tal forma que se vuelva adaptativo, imaginarse enfrentando al evento desadaptativo.

Con el uso de estas técnicas se le muestra al paciente que hay soluciones para enfrentar estas

situaciones y se da una visión realista para que pueda enfrentarlas y solucionarlas (Ruíz et al., 2013).

### **Tareas para la Casa**

De acuerdo con Ruíz et al. (2013), que las tareas son parte importante de la terapia, ya que a través de ellas se obtienen la mayoría de los datos que permiten analizar y debatir con el paciente sus supuestos básicos inadecuados y sus pensamientos automáticos. También permiten al paciente comprobar la validez de sus pensamientos (Ranero, 2014).

Sirven además para proporcionar datos relacionados con los problemas que se van presentando y facilitan la estructuración y programación de sesiones de trabajo terapéutico (Ranero, 2014).

### **Imagen Corporal**

#### **Autoconcepto: Autoconcepto Físico e Imagen corporal**

Según Cash (2004) el cuerpo es el contenedor del ser humano, un espacio corporal interno y externo, posee una parte objetiva, otra subjetiva y otra intersubjetivo. El cuerpo depende de la conciencia de una entidad personal y una experiencia vital.

El autoconcepto es un conjunto de percepciones parciales del propio yo (multidimensionalidad), que se estructuran en una organización jerárquica. El autoconcepto está formado por cuatro componentes, el autoconcepto personal, el autoconcepto social, el autoconcepto académico y el autoconcepto físico (Esnaola, Goñi, & Madariaga, 2008).

El autoconcepto personal se refiere a la percepción que se tiene de las características personales y de los sentimientos y emociones. El autoconcepto social se refiere a la percepción que tiene la persona sobre su capacidad para socializar con su contexto y a la percepción que se tiene sobre la opinión que tienen los demás de esta capacidad de socialización. El autoconcepto académico, se refiere a la percepción que tiene la persona sobre su capacidad para aprender cosas escolares, se divide en matemático y verbal (Esnaola et al., 2008).

Por su parte el autoconcepto físico, es una representación mental, compleja y multidimensional que las personas tienen de su aspecto físico (Marchago, 2002).

El autoconcepto físico es una de las dimensiones más importantes y frágiles que conforma el autoconcepto del ser humano debido a que está sometido a influjos socioculturales, como la publicidad, información, entorno familiar y entorno de las amistades (Rodríguez-Fernández, González-Fernández, & Goñi-Grandmontagne, 2013).

El Autoconcepto físico es la representación mental de las capacidades y cualidades corporales; la representación del autoconcepto físico está formada por elementos de percepción, cognición, características físicas como el tamaño y la forma corporal, aspectos afectivos, emocionales, evaluativos y sociales y de otros factores que conciernen a la imagen corporal, como apariencia, salud y peso (Rodríguez-Fernandez et al., 2013).

El autoconcepto físico se forma por tres niveles jerárquicos, en el nivel superior está formado por el autoconcepto general, el nivel inferior se conforma por la condición física, la competencia deportiva, el atractivo físico y la fuerza y en el nivel intermedio se situaría el autoconcepto físico general (dominio del autoconcepto general) que actuaría como mediador entre los subdominios y el autoconcepto general (Contreras, Fernández-Bustos, García, Palou, & Ponseti, 2010).

A su vez, la Imagen Corporal es una pequeña parte del autoconcepto físico, se deriva del atractivo físico, el cual está integrado por las percepciones la apariencia física, la seguridad y la satisfacción por la imagen propia, que el individuo tiene de sí mismo (Fernández-Bustos et al., 2015).

### **Principales Fundamentos Teóricos de la Imagen Corporal**

La imagen corporal ha sido ampliamente estudiada durante más de una década, como resultado del interés por su estudio han surgido diferentes modelos que tratan de explicar desde su concepción como se define la imagen corporal.

El estudio de la imagen corporal dio como resultado la creación de modelos y teorías que explican el desarrollo y la interacción de la imagen corporal.

### **Modelos Biológicos**

Según Zhang, Zao y Chen (2011), la percepción de la belleza es innata y universal; de tal forma que si se hace una fusión de todas las caras humanas el promedio resultante sería el ideal de belleza facial. Por ello todas las personas que se parezcan a este prototipo, será considerado como atractivo.

Etcoff (1994) postuló que, en la concepción de imagen corporal, los criterios para la percepción de la belleza podrían cambiarse entre el promedio y la distinción.

Aharon (2001) propuso que para la imagen corporal la belleza es cumple un papel reforzador, así que tu belleza se incrementará con el tiempo y el desarrollo.

Estos modelos tratan de explicar en donde radica la belleza de la imagen corporal y cuáles son los criterios necesarios para considerar la imagen corporal de una persona como bella, desde una perspectiva biológica.

### **Modelos Explicativos Psicodinámicos**

En estos modelos se postula que el principio de la imagen corporal se interrelaciona con la interacción con otros y el contexto cultural que envuelve a la persona; por esto esta perspectiva considera que se deben estudiar los dos factores a profundidad.

Siguiendo el modelo desde una perspectiva evolutiva, López (2010) postuló que la adolescencia es un estadio crítico en la formación de la imagen corporal, pues en esta etapa se apenas empieza a formarse la identidad, los mecanismos reguladores, y la autoestima; además en un adolescente es aún más frágil y demuestra la necesidad de aprobación del grupo de iguales, la admiración de líderes y la necesidad de sentir afinidad entre los miembros del grupo al que se está adscrito.

Desde la perspectiva psicoanalítica, los problemas relacionados con la imagen corporal son

proyecciones de miedo hacia la vejez y la muerte y apegos inseguros en la infancia; el ser atractivo refleja la necesidad de aprobación de los otros, tras experiencias infantiles de rechazo, críticas y distancia emocional. La insatisfacción con la imagen corporal, cumple la función de ocultar el verdadero conflicto intrapsíquico (Lijtmaer, 2010).

### **Modelos Socioculturales**

El contexto social actual el canon de belleza de la mujer es un cuerpo esbelto que incluso puede ir en contra de lo saludable, un cuerpo sin grasa es un cuerpo que tiene autocontrol y fortaleza personal (Becker, Burwell, Gilman, Herzong, & Hamburg, 2002).

En general todas estas posturas mencionan que la imagen corporal necesita de la retroalimentación del contexto social, solamente que algunas de ellas solo la toman como un fenómeno de dos causas, siendo que la imagen corporal es un constructo que es muy multifactorial.

Por ello es factible decir que las teorías que toman en cuenta esto son las cognitivas ya que reconocen a la imagen corporal como un fenómeno que es multicausal.

### **Modelos Conductistas**

Condicionamiento evaluativo: la experiencia negativa directa con determinadas situaciones adversas, se vuelven estímulos incondicionados y pueden provocar que algunas zonas del cuerpo, que son consideradas problemáticas o todo el cuerpo, provoquen en la persona las mismas reacciones negativas que experimentaron cuando fueron burlados o insultados. El condicionamiento evaluativo, se centra en el aprendizaje de estímulos que son agradables o aversivos y el lenguaje es un importante mediador (Neziroglu, Khemlani-Patela, & Vealeb, 2008)

Otro modelo es propuesto por el Condicionamiento Operante, para este es importante desarrollar patrones comportamentales. Las personas que se ajusten perfectamente a determinados cánones de belleza serán reforzadas positivamente, por otro lado, los que lo logren serán reforzados negativamente. Este tipo de condicionamientos son causantes de que las personas mantengan el

aspecto físico o conductas de cambio físico para evitar el rechazo social que es vinculado con el refuerzo negativo (Neziroglu et al., 2008).

El aprendizaje vicario o por observación, sostiene que todos tienen diferentes fuentes de aprendizaje, estos pueden servir como modelos de aprendizaje que interiorizan con la observación de relaciones entre los comportamientos y las consecuencias resultantes, de esta manera es como se aprende que tener un cuerpo perfecto y hacer lo necesario para mantenerlo, tiene como resultado la aprobación y aceptación social (Neziroglu et al., 2008).

Por otro lado, el modelo de Marcos relacionales, afirma que el lenguaje es el medio un medio importante en las relaciones humanas, que se combina con estímulos sin previa comprobación empírica de dichas reglas, de tal manera que, al relacionar el ser atractivo con la capacidad de logro, esto se puede interiorizar sin haberlo comprobado.

### **Modelos Cognitivistas**

Modelo del aprendizaje social cognitivo (Cash 2002, 2008) sostiene que los factores históricos (socialización cultural, experiencias interpersonales, características físicas y atributos de personalidad) conducen al desarrollo de la percepción de la imagen corporal y actitudes así esta, que provocan emociones y comportamientos que luego se mantienen mediante el refuerzo negativo.

La percepción para este modelo hace referencia a las estimaciones de tamaño o forma de cuerpo, mientras que la actitud se refiere a autoevaluaciones (es decir, satisfacción corporal) e inversión (por ejemplo, importancia que se asigna a la apariencia). Las actitudes o esquemas sobre la apariencia contribuyen a las emociones, creencias y comportamientos relacionados con la insatisfacción corporal (Cash 2002).

Para Veale (2004), las personas con problemas de imagen corporal se ven a sí mismas como un objeto estético, en donde existen varios componentes que refuerzan la dinámica patológica. La

persona que le da importancia a su imagen desarrolla la atención autofocalizada, su atracción por valorar su imagen corporal negativamente le impide comprobar la veracidad de sus pensamientos en interacción con otros.

A su vez esta focalización les conduce a hacer comparaciones de su cuerpo o partes específicas de éste con otras personas; esto lo hacen para reafirmar que son menos atractivos y caer en el sesgo de las comparaciones injustas al evaluarse a sí mismos teniendo siempre como referencia a personas que son más atractivas. Como consecuencia, se crean imágenes mentales de cómo se cree que es percibido por los demás con su defecto físico (Veale, 2004).

Con el paso del tiempo estas representaciones se vuelven pensamientos intrusivos que atraerán a reacciones negativas emocionales, seguidas de conductas compensatorias, por ejemplo, restricción de alimentos, comprobación repetida de zonas del cuerpo, evitación de interacciones sociales, camuflaje de zonas corporales, etc. Las conductas se reforzarán negativamente porque el malestar desaparece por un momento, pero son contraproducentes al alimentar la autofocalización, retroalimentado tanto pensamientos erróneos (munición cognitiva), como conductas compensatorias (Veale, 2004).

Por otro lado, otro patrón cognitivo en la imagen corporal desadaptada es el perfeccionismo extremo o clínico, este es un patrón rígido e inflexible, centrado en el logro de objetivos ambiciosos y difíciles, a pesar de las consecuencias negativas que conllevan. La autovalía se basa en las consecuencias de estas metas elevadas; a rigidez cognitiva promueve la hiperfocalización en detalles, perdiendo la visión en conjunto, por ello se priva de recibir otras evidencias que refuten las ideas negativas sobre la apariencia física (Cooper & Fairburn, 2011).

### **Modelos de Psicología Positiva para la Imagen Corporal**

A pesar de que aún no hay un modelo teóricamente que explique los componentes de la imagen corporal y su interacción, los estudiosos de Psicología Positiva, reconocen que para

alcanzar un bienestar subjetivo óptimo, es necesario tener una buena salud, que a su vez se verá reflejado en el atractivo físico de las personas, y al mismo tiempo esto le dará una perspectiva de fortaleza y de desarrollo personal que impactará en su bienestar (Hervas et al., 2008).

### **Definiciones de la Imagen Corporal**

La principal característica de la imagen corporal es su multidimensionalidad, por ello su estudio, definición es variada, y su concepción depende de la perspectiva teórica y de las dimensiones que sean tomadas en cuenta para su definición.

Algunos de los nombres que denominaron a la imagen corporal son, esquema corporal (valoración de la percepción de nuestro cuerpo en el espacio en cuanto al ajuste postural y la localización de los estímulos corporales), modelo postural, cuerpo percibido, yo corporal, límites del cuerpo, concepto corporal (valoración de las creencias y conocimientos que tenemos sobre nuestros cuerpos), valoración corporal (valoración de las actitudes, emociones o valores sobre nuestro cuerpo), entre otros (Raich, 2013).

La definición más básica y práctica del término imagen corporal la proporciona Hausenblas y Symons, dicen que es la representación interna de su apariencia externa; según este postulado, la manera en el que un ser humano se percibe se siente y se piensa con respecto a su propio cuerpo, va a influir sobre la percepción y a interpretación que tiene del mundo (Meneses & Moncada, 2008).

Slade (1988) menciona que la imagen corporal es la representación mental y las sensaciones que tenemos del tamaño, figura y formas de las distintas zonas del cuerpo o del cuerpo globalmente; en este sentido se concibe a la imagen corporal como un constructo que contempla las influencias de factores situacionales, emocionales y de personalidad.

Tiempo después, Slade (2010) hizo modelo explicativo de la imagen corporal, incorporando a su anterior definición la influencia de factores históricos, culturales, sociales, individuales y



biológicos que varían con el tiempo (Martínez, 2014)

Para el neurólogo alemán Pick, cada persona tiene una imagen espacial del propio cuerpo, esa representación interna del propio cuerpo provenía de la información que la persona almacena en su sistema nervioso sensorial (Martínez, 2014).

De acuerdo con Vogelely (1999) la imagen corporal es parte de un yo, el cual a su vez pueden relacionarse directamente con una salud mental positiva.

Head (1926) lo llama Esquema Corporal, y postuló que la imagen que cada persona hace de sí mismo; cada esquema corporal tiene la capacidad de moverse de forma independiente y coherente de un lado a otro. Además, el esquema corporal es útil para percibir e interpretar otras formas de experiencia corporal (Martínez, 2014).

Rosen (1995) menciona que la imagen corporal es la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, además incorpora a su definición, al igual que Thompson (1990), tanto aspectos perceptivos (precisión para percibir el tamaño corporal), como aspectos cognitivo-afectivos (preocupación, autoevaluación corporal, pensamientos, satisfacción/insatisfacción, ansiedad) y también aspectos conductuales (conductas provocadas por la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados) (Martínez, 2014).

Para Pruzinsky y Cash (1990) mientras que el ser humano crece físicamente y se desenvuelve socialmente la imagen corporal también va evolucionando y la capacidad de desarrollo de la imagen corporal depende del crecimiento físico y cultural o social del ser humano (Martínez, 2014).

Siguiendo esta línea Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007) mencionan que la imagen corporal se va desarrollando a medida que interioriza y entiende cada una de las experiencias del cuerpo. Según esta postura la etapa en donde se determina la identidad del cuerpo, es en la adolescencia, esta etapa también es determinante para las valoraciones futuras que se hagan sobre el cuerpo, pues

todo lo aprendido durante la adolescencia es difícil de redefinir o de olvidar (Martínez, 2014).

Skrzypek, Wehmeier y Remschmidt (2001) consideran que el concepto de imagen corporal no cubre todos los aspectos relacionados con ella, debido a que no se pueden medir con objetividad las experiencias y juicios, ni tampoco es posible definir objetivamente las alteraciones de la imagen corporal. (Castillo & Moncada, 2008).

Para Fernández-Bustos et al. (2015) la imagen corporal es un constructo complejo que incluye percepciones del cuerpo, actitudes, sentimientos y pensamientos; las conductas que son causadas por las actitudes de la persona contribuyen a la formación del autoconcepto y forman parte de él.

### **Componentes de la Imagen Corporal**

El estudio por la imagen corporal se ha incrementado durante la última década, durante este proceso se descubrieron diferentes factores que conformaban y como afectaban, (positiva o negativamente), la calidad de vida y la salud de las personas (Meneses & Moncada, 2008).

La definición de imagen corporal, toma en cuenta la estructura física, silueta física, peso, sexo, funcionamiento del cuerpo, la activación fisiológica y emocional, movimiento, forma de moverse, de relacionarse, expresión del género, habilidades, competencias y estado físico o de salud (Rodríguez & Senín, 2014).

Un componente fundamental para su conformación, es la valoración social; el componente social fundamenta el ideal que se tiene del propio cuerpo, es decir el autoconcepto global, tomando en cuenta el aspecto físico (autoconcepto físico) y la cognición (autoestima corporal); al mismo tiempo la autoestima corporal depende de dos factores que son el propio ideal corporal y el ideal corporal de la sociedad (Rodríguez & Senín, 2014).

Por lo tanto, la representación mental se refiere al sentimiento que se tiene hacia el propio cuerpo; es decir, si la persona se percibe con alto nivel de valoración corporal, siente aprecio hacia su imagen corporal, y tiene una opinión objetiva, así como una conducta adecuada hacia su cuerpo,

además tiene una percepción neutra respecto a la percepción que tiene su contexto social del cuerpo y cómo reaccionan los demás al estar presente, entonces la representación mental del cuerpo va a tender a ser positiva; en caso de que todo lo que se piense, perciba, sienta y actúe sea negativo, se tiene una imagen corporal negativa (Rodríguez & Senín, 2014).

Las diferencias entre el ideal propio y el ideal social, cambian la manera de actuar con el propio cuerpo, esto puede afectar directamente en el estilo de vida de una persona y en su percepción de bienestar; por ello hay que diferencia entre apariencia (lo que los demás ven) y la imagen corporal (lo que yo percibo), porque es posible tener buena apariencia, pero tener una imagen corporal negativa (Grogan 2008).

Para la formación de la imagen corporal es muy importante como es la interacción entre el ideal de belleza social, la importancia del aspecto físico para el éxito personal y profesional, la importancia de la imagen corporal a nivel familiar, pareja, amigos e iguales (Cash & Smolak, 2011).

Otro de los aspectos importantes para la evolución de la imagen corporal, es la edad, puesto que, el ser humano va cambiando su aspecto conforme va pasando sus etapas de desarrollo en la que se encuentre el ser humano, ya que a medida que va creciendo su nivel de autoconciencia cambia, dependiendo del grado de desarrollo del autoconcepto global, autoestima, conducta y percepción de la imagen (Rodríguez & Senín, 2014).

Con la finalidad de tener mayor comprensión de estos factores, se tuvieron que realizar modelos explicativos de los componentes que interactúan en la imagen corporal.

Cash y Smolak (2011) mencionan que la imagen corporal se puede describir en dos dimensiones diferentes:

- Evolutiva o comparativa (emocional o afectiva): característica es subjetiva centralizada en el agrado o desagrado y satisfacción o insatisfacción de la apariencia, la cual se concentra

en los aspectos de la autoestima corporal, por lo tanto, depende del estado de ánimo y esta forma parte de la idealización social de imagen corporal. En este factor empiezan los problemas con la imagen corporal debidos a la importancia que adquiere el ideal físico internalizado para la valoración del cuerpo o apariencia real, lo cual favorece el comienzo de la insatisfacción corporal (Cash & Smolak, 2011).

- Dedicación, carga o inversión en la apariencia (cognitivo y conductual): esta dimensión habla de la importancia concedida, valor e involucramiento en conductas de cuidado por la apariencia. Es decir, las conductas de cuidado del cuerpo; considera de carácter adaptativo dedicar tiempo equilibrado a la imagen corporal. En esta dimensión también se toma en cuenta los autoesquemas de la apariencia, que proviene de los esquemas corporales generales; a su vez los autoesquemas provienen de la historia personal, de las experiencias sociales, lo cual provoca valoraciones y comparaciones cargadas de afecto; estas experiencias y emociones se esquematizan cognitivamente, de esta forma se crean los estereotipos de atractivo físico y de apariencia en general; es así como se plasman las interiorizaciones del ideal de belleza (Cash & Smolak, 2011).

Esta clasificación realizada por Cash en la década de los noventa, define la multidimensionalidad del concepto de imagen corporal, extendiendo y redefiniendo las áreas en las que se estudia este concepto y sus posibles alteraciones desarrolladas en los individuos, no limitándola exclusivamente a trastornos de conducta alimentaria. Para este autor es necesario tomar en cuenta el lado perceptivo, los procesos cognitivos y las conductas y emociones para poder estudiar debidamente el constructo variable corporal (Rodríguez & Senín, 2014).

Teniendo en cuenta que la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, para estudiarla de una forma

más amplia, se deben integrar al estudio aspectos perceptivos, aspectos subjetivos (por ejemplo, satisfacción, insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad, entre otros) y aspectos conductuales (Raich, 2013).

Tomando en cuenta la clasificación propuesta por Thomson (1990) la imagen corporal tiene tres aspectos que son importantes para su estudio, los cuales son:

- Perceptual: exactitud con la que se distingue el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o todo el cuerpo en general.
- Subjetivo (cognitivo – afectivo): actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que se tienen del cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo, o cualquier otro aspecto de la apariencia física (satisfacción, preocupación, ansiedad, entre otros)
- Conductual: conductas que la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados provocan.

Continuando con lo propuesto, Cash y Pruzinsky (1990) plantean los principales factores que influyen en la construcción de la imagen corporal:

- Perceptualmente, imágenes y valoraciones del tamaño y forma de varios aspectos del cuerpo.
- Cognitivamente, presume una focalización de atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y la experiencia corporal.
- Emocionalmente, se refiere a experiencias placenteras o de displacer, satisfacción o insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa.

Debido a la interacción de todos los factores mencionados, Raich (2013) definió a la imagen corporal como un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el

cuerpo y de cada una de sus partes como el movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos debido a las cogniciones y sentimientos que experimentamos.

El desarrollo una imagen corporal adecuada depende de los pensamientos, sentimientos y conductas que la persona realice en el contexto social en donde se desenvuelva. La percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico (Salaberria et al., 2007)

La imagen corporal se mantiene en constante cambio, pues se desarrolla junto con el individuo y depende tanto de la historia de vida de la persona como de su contexto social (Raich, 2013).

Para medir si se tiene una imagen corporal adecuada hay que tener un nivel óptimo en los siguientes elementos: satisfacción respecto a áreas corporales, preocupación por el sobrepeso, se refiere a la ansiedad respecto a aumentar de peso, el control excesivo del peso, las dietas de adelgazamiento y la restricción alimentaria; y por último la autclasificación del peso (Botella, Ribas, & Ruíz, 2009).

Para medirla con mayor precisión Botella et al. (2009) proponen tener en cuenta la siguiente clasificación:

- Importancia subjetiva de la corporalidad. Se compone de la preocupación por el aspecto físico, las conductas orientadas a mantener la forma física, la preocupación por el peso y las dietas, la preocupación por la salud y la enfermedad, y el atractivo autoevaluado de las diferentes áreas corporales (excepto la cara, el pelo y la altura).
- Conductas orientadas a mantener la forma física. Se refiere a todos los comportamientos tomados en cuenta para conservar la forma física, por ejemplo, la actividad física realizada.
- Atractivo físico autoevaluado. Se refiere a que tan atractiva se siente la persona.

Según Botella et al. (2009) al tener una percepción global de cada uno de estos elementos se puede saber si la imagen corporal de una persona es adecuada o presenta algún área de oportunidad a trabajar en ella.

### **Alteraciones de la Imagen Corporal**

En la imagen corporal se pueden desarrollar distorsiones o alteraciones, estas se pueden ver manifestadas en uno o varios de los componentes de la imagen corporal.

### **Perceptivos**

En relación a la imagen corporal el proceso de percepción juega un papel importante ya que este trabaja en conjunto con los autoesquemas que se procesan de forma proporcional a la imagen visual, de tal manera que cuando se evalúa la fiabilidad perceptiva la imagen que se tiene en frente se cómo buena de acuerdo a la realidad de cada persona, esto va a depender de las experiencias personales y contexto social en el que se desenvuelva. Otros aspectos que relacionados con la percepción es la sensación de ocupar un espacio, la composición corporal, forma de partes del cuerpo, conectividad (partes del cuerpo percibidas como individuales o interconectadas) percepción del cuerpo en movimiento, el olor, entre otras. Por sí misma la percepción no es determinante para influir en la imagen corporal, sin embargo, cuando se combina con los factores descritos anteriormente, se pueden desarrollar problemas con la imagen corporal (Rodríguez & Senín, 2014).

### **Afectivos**

Cuando los pensamientos acerca de la propia imagen corporal son interiorizados se manifiesta el componente emocional, en algunas ocasiones las emociones se presentan incluso antes de que el significado sea consciente para la persona (Cash & Smolak, 2011).

Según la forma en la que se manifiestan las emociones se puede mostrar o no la insatisfacción corporal, las personas que acostumbran a ser negativos y a ser influenciados socialmente, presentan

más evaluaciones negativas en cuestión de su imagen corporal, así como, altos niveles de preocupación por el sobrepeso y peor salud (Tylka, 2011).

La afectividad se relaciona con el grado de satisfacción o insatisfacción hacia el cuerpo y con muchas emociones y sentimientos relacionados con la evaluación del cuerpo, con respecto a peso, figura, partes del cuerpo o cuerpo en general (Cash & Smolak, 2011).

### **Cognitivos**

Los esquemas de apariencia son definidos como asunciones o creencias sobre la importancia e influencia de la imagen corporal. Estos esquemas se forman por información mayormente errónea con respecto a los alimentos, calorías, aspecto corporal, peso, distribución de la grasa del cuerpo, musculatura, entre otras. Se recibe mayormente del contexto social y de las retroalimentaciones que se tiene una vez procesada la información recibida.

Cuando se forman esquemas cognitivos que son inadecuados para la imagen corporal, se ocasionan emociones negativas y fortalecen las propias creencias las cuales se viven como una obsesión (Rodríguez & Senín, 2014).

Dichos autoesquemas se dividen en motivacionales y autoevaluativos (Cash & Hrabosky, 2003):

- **Motivacionales:** atención o dedicación hacia la apariencia y la atención a su control. Tienen que ver con la actitud de dedicación, valor o carga e influyen sobre la conducta.
- **Autoevaluativos:** expresan la forma en la que las personas se definen o miden su apariencia física, lo cual repercute directamente en su capacidad de socialización. Para este esquema es muy importante tomar en cuenta las discrepancias de la internalización del ideal de la apariencia y las autopercepciones, pues de esto deriva la insatisfacción corporal.

La internalización del ideal de la apariencia o del atractivo se establecen a través de la exposición a los estímulos socioculturales, el resultado a esta exposición es estándares de belleza



totalmente inalcanzables para la mayoría de las personas, lo cual ocasionan insatisfacción sobre todo a las mujeres. En los autoesquemas cognitivos se pueden identificar las verbalizaciones o contenidos que hacen referencia de las ideas sobrevaloradas, en ellas se puede notar una sobrecarga afectiva y son consideradas como un indicador de psicopatología en la imagen corporal (Cash & Hrabosky, 2003).

Los autoesquemas se generalizan a características que no son puramente corporales, de tal manera que a una característica física deseable socialmente se le atribuyen características de personalidad positivas que no tienen relación con la apariencia física, lo cual resulta en la creación de estereotipos acerca de la apariencia física (Rodríguez & Senín, 2014).

Siguiendo con las variables cognitivas, las variables de comparación social, se refieren a las valoraciones de juicios automáticos que incrementan la insatisfacción corporal. la comparación social que hace referencia a la comparación corporal, se hace teniendo como referencia el ideal. El reducir esos juicios mejoran la satisfacción corporal (Dijkstra y Barelds, 2011)

Tomando como referencia a Beck y Ellis, Cash identificó los errores cognitivos, o creencias irracionales; estas son cogniciones distorsionadas, las cuales se encargan de interpretar o prevenir acontecimientos futuros a partir de la observación de la realidad (Raich, 2013).

Estos errores cognitivos se les conoce como *la Docena Sucia* (Cash, 2011):

- La bella o la bestia: los pensamientos que se presentan son dicotómicos, en este tipo de error cognitivo no hay puntos intermedios, por ello, se califica a la persona como absolutamente bella o absolutamente fea.
- El ideal irreal: evalúa la apariencia a partir de un estándar irreal. Cuando se detectan desajustes entre su apariencia y el ideal se tiende a centrar únicamente en los defectos.

- Comparación injusta: se compara físicamente únicamente con pares más atractivos, fijando su atención solamente en algún aspecto atractivo se lleva a cabo la comparación. Estas comparaciones se hacen con pares reales.
- La lupa: se refiere a centrar la atención a un aspecto de su apariencia que es desagradable para la persona y exagerar su importancia, esto provoca que se dificulte observar las características físicas positivas se tiende a creer que el aspecto negativo representa la totalidad de la apariencia.
- La mente ciega: se ignora o minimizan los aspectos favorables de la apariencia física.
- La fealdad radiante: la insatisfacción con un aspecto de la apariencia se generaliza a otras características físicas. Se encuentran aspectos negativos en otras partes del cuerpo debió a está generalización.
- El juego de la lupa: se atribuyen acontecimientos negativos a un aspecto de la apariencia que le es desagradable.
- La mala interpretación de la mente: es la creencia de que se es poco atractivo y que todos los que conviven con la persona creen que su apariencia física es desagradable.
- Prediciendo desgracias: se refiere a esperar que la apariencia física traiga efectos negativos en el futuro, en todos los ámbitos de la vida. Implica una mala interpretación de la mente de todo un grupo de personas y no solo de una, sobre lo que piensa y cómo reaccionará al darse cuenta que no se es atractivo.
- Belleza limitadora: se limita el comportamiento debido a preocupaciones por la apariencia. Se piensa que el poder hacer cosas depende totalmente de la apariencia, se cree que no se puede hacer ciertas cosas por no tener un cuerpo atractivo.

- Sentirse feo: se refiere a sentirse feo y empezar a justificar y a creer esta afirmación. La interpretación de estar feo se convierte en certeza.
- El reflejo del mal humor: sentirse de mal humor constantemente a causa de que no se tiene la apariencia física deseada, se tiende a la autocrítica negativa de la imagen corporal.

Todas las distorsiones cognitivas provocan emociones negativas lo cual incita a actuar de manera equivocada. Dichas distorsiones cognitivas pueden ser solamente ideas sobrevaloradas, obsesiones o en los casos más graves se presenta un delirio por la apariencia física (Senín, Benítez, & Rodríguez, 2014; Barnett & Sharp, 2016)

Otro de los procesos cognitivos que es relevante para las alteraciones de la imagen corporal, es el Perfeccionismo, ya que este tiende a la autoevaluación para saber si las se cumplieron las metas autoimpuestas, a pesar de que cumplirlas signifique tener consecuencias negativas (Ben-Shahar, 2013).

El perfeccionismo tiene tres actitudes que son primordiales exhibir la perfección, no admitir verbalmente las limitaciones personales y esconder la imperfección. Dichas actitudes encajan muy bien en el contexto de las distorsiones de la imagen corporal, la aversión a los defectos, la incapacidad para asumir o aceptar imperfecciones físicas y la importancia de la observación de otros, son aspectos importantes en las distorsiones cognitivas, por esta razón se considera que el perfeccionismo está relacionado con los esquemas disfuncionales de la apariencia cuando se habla de trastornos de la imagen corporal, cuando pasan de ser solamente una preocupación a tener una sobrecarga afectiva se considera que es un indicador patológico (Barnett & Sharp, 2016).

Los niveles elevados de autojuicio y el perfeccionismo activaran la evaluación cognitiva negativa respuestas afectivas más sobrecargadas. Estas evaluaciones cognitivas y respuestas afectivas pueden afectar a la satisfacción general de la imagen del cuerpo del individuo (Senín et

al., 2014; Barnett & Sharp, 2016).

Según lo mencionado por Senín y Rodríguez (2014) los sesgos atencionales de memoria, pensamientos automáticos, la tendencia al pensamiento de detalle, las metapercepciones pueden ser considerados como productos cognitivos que pueden estar presentes en las distorsiones de la imagen corporal; no obstante, existen otros procesos cognitivos que son más específicos en las alteraciones de la imagen corporal, por ejemplo, la tendencia a la sobre estimación de la imagen corporal, la tendencia, motivación o impulso hacia la delgadez, tendencia o impulso a aumentar el volumen muscular, negación de la gravedad de la pérdida de peso, entre otros.

### **Conductuales**

Para Raich (2013) las conductas asociadas a la distorsión de la imagen corporal diversas; sin embargo, estas se pueden clasificar en cuatro grupos:

- Comprobación o escrutinio: mirar, ajustar o verificar la ropa, pellizcarse para observar la pérdida de peso, retocarse el maquillaje, peinado o afeitado, observar donde fijan los demás la mirada, mirarse en las superficies reflejantes, tocar el defecto, observar postura o movimientos correctos, medir talla o partes del cuerpo, contar calorías, calcular el índice de masa corporal (IMC).
- Búsqueda de seguridad: preguntar a los demás por algún defecto, hablar contantemente acerca del cuerpo, hablar solo con personas que conocen el problema, convencer a otros de la falta de atractivo o para que los demás digan que no es para tanto, buscar cirugías, dermatólogos dentistas obsesivamente, compararse con otros.
- Evitación: eludir el contacto ocular, bajar la cabeza, no salir de casa o dejar de salir, no desnudarse ante otros, evitar mantener relaciones sexuales, cambios de postura para que no se dé el contacto, no acudir a citas, reuniones, trabajo, no mirarse al espejo.

- Autocontrol o restricción: no comer, no comer ciertos alimentos, mirar a los espejos solo en privado, no mirar ciertos espejos o solo los oscurecidos, tapar espejos, limitar la horas de sueño, recortar o destruir fotografías, usar laxantes, diuréticos, anabolizantes, ejercicio físico intenso o actividad física continua, mantener una distancia ante otros, broncearse la piel, dejarse la barba para esconder defectos, rascar o tocar la piel para igualar, piercing o tatuajes para distraer la atención, usar rellenos, camuflarse con la ropa, levantar los músculos para no se produzca flacidez al sentarse, entre otros.

Para Vaquero-Cristóbal et al. (2013) en una imagen corporal negativa se alteran todos los componentes de la imagen corporal, por lo tanto, es importante saber qué tipo de alteraciones tiene cada uno de los componentes y darles un tratamiento adecuado. Raich (2013) describe dichas alteraciones:

- Alteraciones perceptivas: técnicas dirigidas a evaluar el grado de distorsión o percepción del tamaño corporal. Para ello se mide la figura real y la que se cree tener y se comprueba el grado de distorsión.
- Alteraciones de aspectos subjetivos: técnicas que persiguen detectar alteraciones en las emociones, pensamientos, actitudes sobre la propia imagen.
- Aspectos varios. Entorno a la evaluación de imagen corporal, se han propuesto gran cantidad de técnicas que miden diversos aspectos.

La insatisfacción corporal ocurre si se interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente, y por comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal (Muhannad, 2012; Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

Todos estos componentes forman parte de la imagen corporal, es muy difícil definir y explicar el concepto de imagen corporal sin tomarlos en cuenta. Por lo anterior es que este constructo es

determinado como multidimensional, ya que todos sus componentes explican una parte del concepto; es decir que cuando se habla de imagen corporal no se habla de una singularidad sino de multiplicidad de factores que integran este concepto (Cash, 2004).

### **Imagen Corporal Negativa en un Contexto Social**

La imagen corporal está influenciada por diferentes aspectos socioculturales, biológicos, siendo sometida constantemente al cambio ocasionado por la constante evolución de estos factores; lo cual ha llevado a los seres humanos a cambiar continuamente su imagen corporal, con la finalidad de lograr sentir satisfacción con lo que ven reflejado en el espejo (Voelker et al., 2015).

En cada periodo de la historia se modifican los estándares de belleza y cada cultura desarrolla diferentes conceptos sobre la propia imagen, forma y decoración del cuerpo; los factores que han sido tomados en cuenta para definir los cambios en los estándares de belleza son los perceptivos (tamaño estimado del cuerpo), y por otros como la actitud hacia el cuerpo (Grogan, 2008).

Este fenómeno ha fomentado la exigencia social, lo cual provoca una preocupación excesiva en las mujeres al descubrir que es imposible tener una imagen corporal ideal, que marcan los estereotipos sociales y ha fomentado a lo largo del tiempo (Díaz, Quintas, & Muñiz 2010; Van & Kinnally, 2012).

La autopercepción de la norma social y el comportamiento de otros individuos, en oposición a su comportamiento real son algunos de los factores socioculturales que aumentan el riesgo de sufrir alguna alteración en la imagen corporal. (Gerbasi et al., 2014).

De tal forma que el tener una imagen corporal ideal se vuelve lo más importante para las mujeres adolescentes o adultas jóvenes y se dejan influenciar los estereotipos, ya que están convencidas que eso les hará sentir satisfacción por su propio cuerpo (Kaczmarek, 2014).

En la actualidad los unos estándares de belleza socialmente aceptados basados en modelos que para muchas mujeres son imposibles de alcanzar, a menos de que modifique drásticamente sus

hábitos poniendo en riesgo su integridad física y emocional (Jáuregui & Bolaños, 2011).

Estos mensajes están constantemente presentes, de tal manera que la mayor parte del día están expuestas a estímulos negativos, reciben diariamente mensajes que estimulan un comportamiento inadecuado, sin embargo, no lo ven como algo dañino, sino necesario (Behar, Arancibia, Heitzer, & Meza, 2016).

La discrepancia entre su apariencia real y el ideal cultural, causa percepción equivocada de su cuerpo, y se refleja en sentimientos negativos hacia su cuerpo, debido cae en cuenta que el modelo de corporal perfecto es muy difícil de alcanzar para la mayoría de las mujeres (Homan, McHugh, Wells, Watson, & King, 2012).

Las mujeres que se convencen de no tener un cuerpo perfecto y que tienen que cambiarlo para alcanzar la imagen corporal ideal, se comparan con sus pares, cuando la comparación con sus pares les hace notar que tienen un cuerpo con más defectos de la mayoría los sentimientos desadaptativos se incrementan (Fardouly, Pinkus, & Vartanian, 2017).

Las mujeres que presentan niveles más altos de interiorización del ideal corporal tienden a intensificar las emociones negativas como la ira, la ansiedad cuerpo, y la depresión tras la exposición a los medios de comunicación ideal de corporal (Homan et al., 2012; Behar, Gramegna, & Arancibia, 2014).

La autopercepción del peso corporal podría influir para mantener, aumentar o perder peso; por su relación sobre la práctica de conductas alimentarias que afectan la salud (Behar et al., 2016). Cuando las personas tienen sobrepeso y obesidad, la imagen corporal negativa es más evidente ya que presentan constantemente problemas nutricionales, sentimientos de insatisfacción corporal, desórdenes, y distorsiones de la imagen corporal y ansiedad en el deseo por adelgazar (Castillo & Moncada, 2010).

Otro de los casos es que se tenga un normo peso o un bajo peso y la persona tenga una distorsión

de la imagen corporal, desembocando en lleva a conductas de comparación constante, dietas restrictivas, ejercicio excesivo, baja autoestima, entre otras (Amaya, Alvarez, & Mancilla, 2010; Fernández-Bustos et al., 2015).

El contexto familiar tiene un papel muy importante, debido a que, para muchas mujeres la presión por cumplir un canon de belleza muchas veces empieza y se retroalimenta constantemente en este contexto; de tal manera que las chicas empiezan a formarse opiniones equivocadas sobre su cuerpo (Jiménez, 2014; Behar et al., 2016).

La preocupación excesiva por su apariencia, obliga a realizar cambios en sus hábitos de alimentación y ejercicios que resultan inadecuados porque son recomendaciones de su contexto social inmediato, por ejemplo, familia, amigos o compañeros sin conocimiento adecuado que les permita guiar para lograr una imagen corporal sana (Cruzat-Mandich et al., 2016).

Para las personas con problemas de imagen corporal hacer ejercicio no es un signo de autocuidado corporal, sino un signo de rechazo por su cuerpo y excesiva preocupación por cambiar la apariencia (por la pérdida de grasa, ganar masa muscular), esto provoca que se desarrollen malos hábitos de alimentación, debido a la preocupación irracional del consumo de las calorías, en comparación a las calorías quemadas durante el entrenamiento (Tylka & Homan, 2015).

En el contexto social actual cuidado de la imagen corporal está enfocado a creencias subjetivas de lo que es saludable, que está orientado a lograr alcanzar el canon de belleza adecuado, estas creencias retroalimentan las percepciones erradas de las personas sobre su cuerpo (Jiménez, 2014).

Por toda la retroalimentación negativa que ha recibido constantemente, es muy común tener una imagen corporal distorsionada, en la que percibe alguna o varias partes del cuerpo con un tamaño y forma que no coinciden con la realidad, ven su cuerpo como un fracaso, con vergüenza y no se sienten cómodos con su cuerpo en su intimidad ni en público (Meneses & Moncada, 2008; Behar et al., 2016).



Esta percepción equivocada de la imagen corporal es muy común en las mujeres adolescentes y adultas puede ser la principal barrera para cambiar o mejorar las percepciones, valoraciones, sentimientos y conductas que tienen de su imagen corporal de manera exitosa y saludable (Sámano et al., 2015).

### **Población y Etapas de Desarrollo que Presentan Mayor Riesgo**

La preocupación por la imagen corporal ha ido incrementando los últimos años, cada vez más personas se preocupan por tener una imagen corporal ideal, o socialmente aceptable; sin embargo, debido al cambio constante del ideal corporal, se vuelve muy difícil lograr tener una imagen corporal ideal.

En cuestión de la imagen corporal las mujeres son que presentan mayor preocupación por alcanzar el ideal de imagen corporal. A diferencia de los hombres y las mujeres evalúan su imagen corporal de manera distinta, además, tienen mayor insatisfacción corporal que los hombres (Castillo & Moncada, 2010).

Las chicas van creciendo, con la idea de que deben alcanzar la imagen corporal ideal, esta percepción errada de la imagen corporal en las mujeres adolescentes y adultas puede ser la principal barrera para lograr tener una imagen corporal positiva. (Sámano et al., 2015).

Los rangos de edad en los cuales el tener el cuerpo ideal es muy importante varían, generalmente empieza a partir de los 12 años y termina aproximadamente a los 24 años, tendiendo a agudizarse agudiza 14 a 16 años (Vaquero-Cristobal, et al., 2013).

Aunque los rangos de edad no están muy bien definidos, se sabe que las edades de mayor riesgo para desarrollar problemas en la imagen corporal es la adolescencia y la adultez joven como las edades en las que las mujeres, pues en estas edades se tiene mayor riesgo de sufrir insatisfacción de la imagen corporal; por lo tanto, es trascendental tomar en cuenta las características que cada

etapa tiene en cuestión a la percepción de la imagen corporal (Vaquero-Cristobal, et al., 2013).

Para Siegling y Delaney (2013), las mujeres jóvenes están buscando el perfeccionismo de la imagen corporal constantemente, debido a la necesidad de sentirse aceptadas socialmente, se provoca la sensación de preocupación por lograr tener un cuerpo perfecto.

La mayoría de las mujeres buscan ser perfectas corporalmente, tener una imagen corporal envidiada por sus pares, que le brinde el reconocimiento social deseado; sin tener en cuenta que el logro de este objetivo implica riesgos para su bienestar físico y emocional (Ansari, Clausen, Mabhala, & Stock, 2010; Behar et al, 2014).

Aunque tengan un normo o bajo peso muchas veces las mujeres sobreestiman su peso corporal, sobre todo en la zona de la cintura, el pecho y la cabeza, y por tanto desean perder algunos kilos para llegar a su peso ideal y acomodar su cuerpo a sus aspiraciones. (Vaquero-Cristóbal et al., 2013; Míguez et al., 2011; Pérez-Gil et al., 2015).

El cambio de hábitos es muy común, ponen en riesgo su salud con dietas rigurosas, ejercicio excesivo, ayunos prolongados, purgas constantes y empiezan a fumar, hacer todo lo necesario para cambiar su cuerpo y lograr su ideal (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

Este tipo de comportamientos y juicios personales tienen su inicio en la adolescencia ya que esta es la etapa más vulnerable de los seres humanos, debido a que están en constante búsqueda de aceptación, lo cual aumenta la probabilidad de tener problemas con la imagen corporal.

Las mujeres jóvenes que cuentan con el suficiente repertorio de experiencias que les permita hacer una valoración objetiva de ellas mismas, presentan menor tendencia hacia la insatisfacción corporal, o inconformidad con el peso (Valenciano, & Solano, 2012; Cerquera et al., 2012).

La valoración que hacen sobre sus cuerpos, se acompaña de la comparación que hacen con sus pares, juzgan si están en el mismo rango de belleza o en un rango superior o inferior; cuando esta comparación resulta negativa, las mujeres tienden a desarrollar conductas que no son saludables

para llegar al rango de belleza deseado. Por ello es importante que se cambie la percepción de un ideal de belleza en las mujeres y se trabaje con las fortalezas cognitivas y corporales individuales de las mujeres (Convertino et al., 2016)

Por otra parte, la imagen corporal también repercute en el área del bienestar, ya que el no tener un buen concepto del cuerpo y no cumplir con los estándares sociales es causa de baja autoestima, poca tolerancia a la frustración y poca percepción de capacidad de logro (Tylka et al., 2014).

Para Swami, Tran, Stieger y Voracek (2014) las personas que no tienen una buena autoestima y optimismo, así como capacidad de cambio, no tienen una proyección positiva hacia el futuro, y por ende no pueden llegar a alcanzar la felicidad subjetiva o su bienestar.

Eso causa que además de no sentirse bien con su cuerpo, empiecen a compararse con sus pares, de tal manera que resaltan más sus defectos físicos y empiezan a realizar actividad física o cambian sus hábitos alimenticios solo para poder superar a sus pares, lo cual hace que su capacidad de logro desaparezca y sean cada vez menos felices (Homan & Tylka, 2015).

Las personas infelices se ven más afectadas por la comparación social con personas que son más atractivas que ellas (comparación ascendente) que las que se comparan con personas igual de atractivas (comparación lineal) o las que se comparan con personas menos atractivas (comparación descendente), es decir, por la comparación con quienes obtienen un mejor resultado que el propio (Moyano-Díaz, Cornejo, Carreño, & Muñoz, 2013).

Las personas infelices informaron sentirse más felices y seguros de sí mismos cuando habían recibido una evaluación pobre y habían sabido que otros habían recibido una evaluación peor, y más tristes cuando habían recibido una evaluación excelente y oído que otros tuvieron una evaluación aún mejor. En contraste, los estudiantes felices no mostraron este patrón al responder a las comparaciones sociales (Moyano-Díaz et al., 2013).

La autopercepción corporal de las mujeres adolescentes y las adultas jóvenes está adquiriendo

progresivamente un papel más determinante en la vida en ellas, para el desarrollo de un desorden en este ámbito desemboca en patologías de corte psicológico como la anorexia o la bulimia, con sus consecuentes perjuicios sobre la salud (Salazar, 2008).

### **La Percepción de la Imagen Corporal en la Adolescencia**

El cambio físico en la adolescencia se experimenta cuando se pierde el cuerpo infantil y aparecen todos los signos de cambio corporal que anuncian que el cuerpo está empezando un proceso que tiene como meta alcanzar la madurez; en este momento aparece la necesidad psicológica de reestructurar la imagen corporal (Fernández, 2014).

Cuando los adolescentes empiezan a tener autoconciencia de los cambios corporales que van a experimentar en esta etapa, empiezan a experimentar una preocupación por el grado de aceptación que su figura tiene entre sus pares, por ello tienen la necesidad de integrar una imagen individual del aspecto físico.

Debido a que el desarrollo de sus características sexuales secundarios (ensanchamiento de caderas y aumento de tejido graso) su imagen corporal se aleja del canon de belleza preestablecido (Fernández, 2014), estos cambios físicos impactan directamente en la percepción de su corporalidad, lo cual, las vuelve vulnerables a desarrollar alteraciones en su imagen corporal.

Para integrar su autoimagen, las adolescentes exploran detalladamente los cambios corporales experimentados y analizan las posibilidades que les ofrecen en su entorno para mejorar su apariencia. La aceptación en el aspecto físico es especialmente importante en la adolescencia pues ayuda a la formación una buena la imagen corporal (Salazar, 2008).

La adolescencia es conocida como la etapa con mayor peso en la autoevaluación de la imagen física y en la comparación social; su desenvolvimiento en el contexto social, podría dar lugar a la mayor o menor satisfacción corporal (Martínez, 2014).

En esta etapa la autoestima está aún en configuración, algunas veces se ve influenciada por los cambios corporales o del ambiente, incluso de la formación de valores que el sujeto está obteniendo (Pérez et al., 2011). Para ellas es muy importante cómo son percibidos por sus pares y el demás contexto social, al no tener la total aceptación ni recibir reconocimiento o les genera estrés, frustración y tristeza (Salazar, 2008).

La mayoría de los problemas de imagen corporal en esta etapa están relacionados con el peso, las mujeres que tienen un peso normal o están delgadas en esta etapa desea adelgazar más, lo cual indica que las ideas de delgadez se internalizan en edades más tempranas, aproximadamente a los 10 años de edad (Bully & Elosua, 2011; Franko et al., 2013).

Para alcanzar el equilibrio emocional, formar su propia identidad y su imagen corporal, toman en cuenta sus experiencias, juicios personales y sociales (Salazar 2008); lo cual las hace poner especial atención en proyectar una imagen y un comportamiento aceptado por su contexto social, esta atención a los detalles se agudiza entre los 15 y 16 años, se vuelve una obsesión por tener la imagen corporal perfecta (Bully & Elosua, 2011).

Las adolescentes con problemas de imagen corporal, apoyan los atributos físicos positivos en la delgadez ideal, se obsesionan por conseguirlo; asumen la delgadez como valor altamente positivo, como modelo corporal a imitar o criterio de evaluación estética del propio cuerpo, el ser delgado significa triunfo, éxito, control sobre sí mismo. Por el contrario, engordar, implica sentimientos del fracaso, aunque se hayan hecho intentos de alcanzar la figura deseada (Stice, Marti, Spoor, Presnell, & Shaw, 2008).

La obsesión por la imagen corporal empieza en la familia, pues los padres son los principales causantes del ideal de belleza, ya que los modelos familiares en torno a la alimentación e imagen corporal (dietas, atracones, preocupación por el peso, burlas por el tamaño del cuerpo), fomentan la realización de actos disfuncionales para alcanzar la figura corporal impuesta por sus padres. Por

estas razones en esta etapa tener una red familiar confiable que pueda empezar a educar objetivamente sobre el valor de la imagen corporal y como hacerle frente a los mensajes verbales y mensajes de los medios de comunicación de tal manera que, se cuente con las herramientas necesarias para confrontar ideas y concepciones distorsionadas, acerca de la importancia del ideal estético (Fernández, 2014).

### **Imagen Corporal en Mujeres Adultas Jóvenes**

Una vez que las mujeres entran a la edad adulta se considera que su etapa de desarrollo a terminado y que eso garantiza que se encuentran en el nivel óptimo tanto física como mentalmente.

En la etapa adulta es cuando se tienen las condiciones necesarias para el desarrollo óptimo de bienestar psicológico, lo que quiere decir que en esta etapa es cuando se considera un nivel óptimo en el nivel de desarrollo humano y una alta expectativa en cuestión de los logros que se tienen de los desafíos de la vida (Keyes et al., 2002; Diehl & Hay, 2011).

Esas características son las necesarias para que las mujeres sean capaces de valorar positivamente su imagen corporal, pero en muchos casos no es así. Esta etapa refleja si alguna de las áreas de la vida tuvo complicaciones considerables en la adolescencia o se tuvieron las condiciones adecuadas para resolver los conflictos y continuar con la maduración (Diehl & Hay, 2010).

A partir de los 20 años una mujer ya se cuenta con la suficiente madurez para regular la imagen corporal (Elosua, 2013); sin embargo, en cuestión de autopercepción del cuerpo se afirma que las mujeres que sufrieron de algún rasgo de insatisfacción de imagen corporal en la adolescencia lo mantienen o lo agudizan, dependiendo de lo fuerte de las percepciones negativas que haya tenido en la adolescencia (Elosua & Hermosilla, 2013).

Aunque la satisfacción por la imagen corporal sigue presente en cuestión de valoración y

percepción de peso, tamaño, forma del cuerpo, en esta etapa no les preocupa el peso tanto como en la adolescencia, sino se presenta un interés mayor por la composición corporal musculatura, tener un cuerpo más estilizado y musculatura definida (Tod, Hall, & Edwards, 2012).

Como las mujeres jóvenes tendencia a evaluar su aspecto no sólo en términos de peso o delgadez deseada, tono y definición muscular, dedican parte de su tiempo a realizar actividad física para lograr tener el cuerpo para ser aceptadas socialmente (Brudzynski & Ebben, 2010)

El llevar una rutina de ejercicio constante va a dar resultados a largo plazo, aunque al respecto hay un aspecto a considerar. Es conocido que las personas que realizan ejercicio tienen una imagen corporal más positiva y una mayor satisfacción corporal, pero cuando se tiene una imagen corporal negativa, el principal motivo para realizar actividad física con regularidad es mejorar la apariencia corporal, hay una alta probabilidad de no tener continuidad o se abandone la actividad física y que esto desencadene prácticas físicas no saludables (Brudzynski & Ebben, 2010)

La preocupación o la razón del complejo del cuerpo en las mujeres jóvenes aún en edades en donde se espera que el ser humano tenga una concepción equilibrada de su vida, es por la expectativa social que las personas tienen de una mujer joven. El no tener un cuerpo perfecto trae como consecuencia no ser atractivas para los demás.

A pesar de las exigencias sociales, las mujeres asumen que su imagen corporal es menor que la que creen que los hombres consideraban atractivas, afectando la relación que tienen ellas con su contexto social (Caccavale, Farhat, & Iannotti, 2012).

### **Estrategias para Formar una Imagen Corporal Positiva**

La imagen corporal se considera positiva cuando se tiene amor por sí misma, confianza, respeto, aprecio, aceptación de la apariencia física y las habilidades necesarias para el control del cuerpo; por ello la apreciación del cuerpo se asocia con factores relacionados con el bienestar, tales como

la autoestima, afrontamiento adaptativo, satisfacción con la vida, afecto positivo y el optimismo (Andrew, Tiggemann, & Clark, 2016).

Para fomentar el mejoramiento de la salud mental la psicología se ha enfocado en el desarrollo de los aspectos positivos del paciente con la finalidad de desarrollar las herramientas necesarias para el afrontamiento y logro de las metas personales (Slade, 2010; Deik, Moyano-Díaz, & Páez, 2014).

Con ello se pretende mejorar el bienestar, por lo cual será necesario trabajar con las metas y fortalezas de la persona, con integración de las intervenciones que promueven el bienestar en la práctica clínica habitual (Slade, 2010; Grossi & Tavano, 2016).

Incluir estrategias dirigidas a aumentar el bienestar podrían tener también un importante efecto como reductor de recaídas (Grossi & Tavano, 2016). Aunque diversos estudios sugieren que los tratamientos psicológicos previenen de forma más eficaz las recaídas que los tratamientos farmacológicos, las tasas observadas son aún importantes en ambos casos (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

También el control de peso se relaciona con las mujeres combinan una buena conducta alimentaria junto con una actividad física programada y cotidiana (Wood-Barcalow, Tylka, & Augustus-Horvath, 2010).

Para Carrillo y del Moral (2013) el bienestar subjetivo es muy importante para tener una buena percepción del cuerpo, debido a que a partir de este se definen los siguientes aspectos:

- Preocupación por la imagen corporal: la confianza en mí misma, la obsesión con algunas partes de mi cuerpo y mantener un peso estable comiendo normal.
- Las relaciones sociales: que tanto te comparas con los iguales o familia, influencia de los medios de comunicación, la preocupación por seguir la moda.



Estas dos dimensiones son importantes para aumentar el nivel de bienestar subjetivo que las mujeres tienen con respecto a su cuerpo (Carrillo & del Moral, 2013).

Para tener una imagen corporal positiva es necesario intervenir en áreas específicas las cuales son: conceptualización, operar en modelos multidimensionales, desarrollar las capacidades aprendidas a través del tiempo y de la vida, poner atención a la influencia de las interacciones sociales, trabajar en el mejoramiento de procesamiento positivo aumentándolo a través de intervenciones (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

El proceso de concientización, por medio de la psicoeducación buscando lograr promover la satisfacción corporal y reducir la internalización del ideal delgado, como adquirir habilidades de manejo del estrés para mejorar la comunicación, la aserción y la toma de decisiones (McVey et al., 2010). Esto funciona tanto para insatisfacción corporal como para trastornos de conducta alimentaria (Smith-Jackson, Reel, & Thackeray, 2014).

Las intervenciones cognitivas que se centran en potencializar la autoaceptación de la imagen corporal, puesto que, da muy buenos resultados, ya es necesario que el paciente tenga herramienta de aceptación hacia su propio cuerpo, para que desarrollar una conciencia de las partes físicas que le son agradables y con esto sea más consciente de su imagen corporal (Anuel et al., 2012).

Las estrategias que se utilizan para la imagen corporal deben de estar enfocadas en el establecimiento y mantenimiento de conductas que promuevan el cuidado de la salud, para lograrlo es necesario integrar una terapia que trabaje con la modificación de pensamientos y conductas, a través de las áreas positivas, habilidades y herramientas del sujeto

En primer lugar, es necesario enseñar al paciente a identificar factores que predicen satisfacción para que con la practica sea capaz de producir y reproducir ideas útiles que desarrollen una imagen más positiva y esto le ayude a sentirse mejor con su propio cuerpo (Grogan, 2008).

Al desarrollar una imagen corporal positiva pueden tener un mayor control del contexto social

que les rodea para que su percepción de está sea más sólida creando así un círculo recíproco en donde el ambiente y las personas que están alrededor también crean una imagen corporal positiva de tal manera que todo lo que se encuentra cerca ayuda a la consolidación del bienestar (Tylka, 2011).

La aceptación del cuerpo por otros también contribuye directamente a una mayor funcionalidad y aceptación de la propia imagen corporal, con esto se logra que los esfuerzos como la dieta y el ejercicio estén orientados correctamente y se obtengan mejores resultados, provocando con esto una mayor satisfacción corporal (Tylka & Homan, 2015).

Los individuos que poseen una imagen corporal positiva desarrollan un filtro de protección, en donde crea esquemas para poder decidir entre aceptar la información más positiva y rechazar la información más negativa. Es posible promover la aceptación social por medio de la enseñanza de estrategia que ayuden a las personas a confrontar imágenes y mensajes diarios, decidiendo si acepta o rechaza esta información relacionada cuerpo (Tylka, 2011).

El enfocar la intervención hacia lo positivo provoca: juicio hacia los demás y hacia uno mismo es más indulgente, codificar y recuperar recuerdos positivos, amplía el campo visual, un pensamiento más flexible y creativo, tener más repertorios de conducta, cambiar por razones positivas, no como huida, reducir la duda, conductas altruistas, contrarrestar afectos negativos, tolerar mejor el dolor físico y resistencia ante las adversidades (Anuel, Bracho, Brito, Rondón, & Sulbarán, 2012).

### **Intervenciones para mejorar la Imagen Corporal**

Es muy importante que en el tema de la imagen corporal se trabajen las fortalezas de las personas, puesto que cuando se tiene este tipo de conflictos se tiende a estar muy centradas en los defectos o en las carencias según sus propias valoraciones, por lo tanto, es importante implementar

y mejorar estas técnicas para que el efecto sea duradero (Franko et al., 2013).

### **Intervención con base en la Psicología Positiva**

La Psicología Positiva puede ser útil en la promoción, prevención e intervención de la imagen corporal, debido a que se aproxima al individuo teniendo en cuenta sus cualidades, así como sus dificultades. Esto permite utilizar las cualidades personales, sociales y culturales identificadas como una excelente manera de superar las dificultades (Park et al., 2013).

En el contexto de la Psicología Positiva se han propuesto algunas intervenciones breves que tenían efecto a corto plazo, el objetivo de estas intervenciones es aumentar el bienestar y reducir problemas como la depresión (Cuadra-Peralta, Veloso-Besio, Ibergaray, & Rocha, 2010).

Estas intervenciones desempeñan un papel evidente no sólo en la reducción del sufrimiento ante la adversidad, sino también en la construcción de recursos que atenúen los efectos negativos de la adversidad. Estas técnicas se pueden adaptar al contexto y necesidades de la imagen corporal (Park et al., 2013):

- **Saboreo:** consiste en tomar conciencia del placer e intentar reproducirlo en diferentes contextos para maximizar el impacto de las emociones positivas; algunas estrategias sencillas para saborear son compartir acontecimientos positivos con otros, en el momento o después del hecho; crear recuerdos de dichos eventos (por ejemplo, fotografías, diarios, recuerdos); felicitarse a uno mismo cuando suceden cosas buenas; prestar más atención a las percepciones durante la experiencia de eventos buenos, ocuparse de sentirse bien, sin preocuparse por lo demás, maximizar experiencias tan sencillas y cotidianas como comer o caminar.
- **Sentirse agradecido o Agradecimiento (counting blessings):** se pide que al final de cada día anoten las cosas que salieron bien y por las cuales se sienten agradecidos. Los detalles de

esta intervención pueden variar en el número de aspectos incluidos en la lista y en la frecuencia con que son listados.

- El enfoque basado en fortalezas: identificar y utilizar las fortalezas del carácter de nuevas maneras. útil para trabajar con personas con alguna discapacidad, bajo rendimiento o baja autoestima, ya que por medio de un listado se pueden identificar las fortalezas que tienen mayor peso en su caso, fortaleciendo las áreas positivas de su vida.

Por parte, también se puede aplicar la terapia del bienestar para mejorar la imagen corporal; esta técnica psicoterapéutica tiene una duración de ocho sesiones, pueden ser semanales o quincenales. Cada sesión dura entre 30 y 50 minutos.

Las técnicas utilizadas en la Terapia del Bienestar son: programación de actividades (de logro, placenteras y de asignación de tareas graduadas), el entrenamiento en asertividad y solución de problemas. También se apoya de la reestructuración cognitiva (Seligman et al., 2005).

Es una terapia estructurada, directiva, orientada al problema y educativa; el objetivo es pasar de un nivel disfuncional a uno óptimo en las seis dimensiones de bienestar psicológico control ambiental, crecimiento personal, propósito en la vida, autonomía, autoaceptación y relaciones positivas (Cuadra-Peralta et al., 2010; Rodríguez & Quiñones 2012).

### **Intervenciones Cognitivo Conductuales**

El objetivo general este tipo de intervenciones es la reducción de los síntomas, la mejora en funcionamiento, y la remisión del trastorno. En la Terapia Cognitivo Conductual el paciente se convierte en un participante activo en un proceso de resolución de problemas de colaboración para poner a prueba y cuestionar la validez de las cogniciones desadaptativas y modificar los patrones de comportamiento de mala adaptación (Hofmann et al., 2012).

Dentro de una intervención de terapia conductual se trabaja el bienestar personal y la

recuperación de pensamientos positivos de aspectos físicos y psicológicos del paciente, los cambios logrados tienen más impacto debido a que la responsabilidad de los mismos recae en el paciente, el cual toma conciencia de sus pensamientos, de esta forma modifica su conducta. Posteriormente se deben desarrollar y fortalecer habilidades de afrontamiento que le hace tener una mentalidad más proactiva y positiva a la meta que quiere lograr. Esto se logra siendo consciente de la realidad y poniendo a prueba las habilidades a lo largo de la terapia por medio de tareas que son realizadas en su contexto real social (Slade, 2010).

En la Terapia Cognitivo Conductual el tratamiento psicológico va dirigido al aprendizaje de nuevos patrones de pensamiento, emoción y comportamiento. En el caso de la imagen corporal es muy importante este tipo de intervención ya que a través de esta intervención lo que se busca lograr es modificar la autopercepción que se tiene del cuerpo (Veale, 2004).

Por ello contribuir a modificar la autopercepción física de las adolescentes y jóvenes, mejoraría su salud física y mental, repercutirá positivamente sobre su satisfacción vital. Esto se han hecho intervenciones por medio de la psicoeducación, auto registros y confrontamiento de pensamientos negativos de su imagen corporal y autoconcepto físico, entre otros (Axpe et al., 2015).

Las intervenciones más comunes utilizadas para mejorar el autoconcepto y la imagen corporal son (Ranero, 2014):

Para restaurar el autoconcepto es importante (Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007):

- Tratar de ser más flexible consigo mismo y con los demás, dejando atrás las ideas perfeccionistas, dejando que las experiencias fluyan no forzándolas. Es importante no dar rótulos a las personas y tampoco a ti mismo, únicamente a la conducta a la que se está refiriendo, ser flexible.
- Ponerse metas realistas, teniendo en cuenta elementos y capacidades de las cuales se disponen para poder alcanzarlas.

- Encontrar aspectos positivos no estar pendiente únicamente de los aspectos malos, ya que de esta manera solo se maximizan.
- No pensar mal de sí mismo, aunque se haya fallado en algo, pensar en aspectos positivos de sí mismos y de los cuales se pueden aprender.
- Aprender a perder, para esto se debe conocer las propias capacidades.

Para restaurar la imagen corporal (Ranero, 2014):

- Crear propios criterios acerca de las cosas que se crean bellas y estéticas, no prestar atención a las personas que critican las propias preferencias, cada quien puede gustarle o no lo que desee.
- Descartar la idea errónea de la existencia de la perfección física y los criterios estrictos.
- Es importante que la persona descubra y destaque las cosas que le gustan de sí mismas, ya que cuando hay algo que no agrada del propio aspecto se tiende a maximizar y generalizar negativamente las demás partes del cuerpo.
- Si una persona se menosprecia a sí mismas, esto es lo que reflejara a los demás y por consiguiente los demás la despreciaran del mismo modo, esto solamente hará que la persona confirme su creencia irracional, por lo cual es importante transmitir una buena autoimagen, así los demás percibirán aspectos positivos.
- Considerar que el aspecto físico es solo uno de los componentes de la autoimagen, la persona debe de buscar aspectos positivos fijándose también en su personalidad y así poder destacarlos.
- Si una persona se acepta a sí misma sabrá que siempre habrá alguien dispuesto a amarle.
- Evitar las comparaciones injustas.

En resumen, una intervención cognitiva para mejorar la imagen corporal, generalmente se basa

en el debate sobre creencias en torno a imagen corporal y hábitos saludables, evaluación crítica de imágenes contenidas en revistas y otros medios de comunicación respecto a su correspondencia con la realidad, y adicionalmente se plantearon interrogantes que ayudaran a desligar ideal de persona exitosa con cualidades físicas ideales como delgadez o belleza (Anuel, et al., 2012).

## CAPITULO III

### MÉTODO

#### Tipo de Estudio

De acuerdo a la clasificación de Montero y León (2002), esta investigación presenta un diseño cuasi-experimental de tipo pre test post test con grupos independientes ya que la selección de la muestra fue por conveniencia y esto no cumple con los criterios establecidos para que sean escogidos al azar.

#### Participantes

La muestra estuvo formada por 112 mujeres entre los 15 y 25 años ( $M = 18.70$ ,  $DE = 3.26$ ). Del total, 59 fueron adultas jóvenes de edades entre los 18 y 25 años ( $M = 21.64$ ,  $DE = 1.85$ ), 30 para el grupo experimental y 26 para el control. Asimismo, 53 fueron adolescentes de edades entre 15 y 17 años ( $M = 15.75$ ,  $DE = .55$ ), 21 para el grupo experimental y 35 para el grupo control.

En cuanto al estado civil, 75 participantes (67%) reportaron ser solteras, 13 (11.60%) son solteras con pareja, una (.90%) es casada, una (.90%) es separada, una (.90%) se encuentra divorciada y 21 (18.7%) no reportaron su estado civil.

De la muestra, el total de adolescentes son estudiantes de preparatoria, de dedicación completa, es decir que no realizan alguna actividad laboral. Mientras que las adultas jóvenes, ocho son estudiantes de posgrado (13.56%), 42 son estudiantes de licenciatura (71.20%), cuatro son empleadas (6.77%), cuatro (6.77%) estudian y trabajan, y una (1.70%) es ama de casa.

#### Criterios de Inclusión

Las participantes fueron seleccionadas bajo los siguientes criterios:

- Mujeres adolescentes en rango de edad de 12 a 18 años



- Mujeres adultas jóvenes rango de edad de 19 a 25 años
- Nivel socio económico medio
- Escolaridad: mayor o igual a Secundaria.
- Estado civil de las adolescentes solteras

### **Criterios de Exclusión**

Los criterios de exclusión de los grupos son:

- Edad fuera de los rangos mencionados
- Personas de sexo masculino
- Escolaridad menor a secundaria
- Estado civil de adolescentes casadas
- Tener diagnosticado un trastorno alimenticio

### **Definición de Variables**

#### **Variable Independiente**

**Terapia Cognitivo Conductual:** proceso de psicoterapia que cuenta con diversas estrategias que tienen por objeto la flexibilización y modificación de los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos que se desprenden de éstos (Ibáñez-Tarín, & Manzanera-Escartí, 2012).

#### **Variables Dependientes**

**Imagen Corporal:** es aquella imagen que cada persona percibe de sí mismo, puede ser negativa, en donde el sujeto no se acepta como realmente es, o positiva en donde el cuerpo se acepta tal cual es y se empieza a tener una relación de auto aceptación (Cook-Cottone, 2015).

**Autoconcepto Físico:** es el conjunto de características físicas y psicológicas que cada ser humano tiene y reconoce de sí mismo (Fernández-Bustos et al., 2015).

**Felicidad:** autoevaluación global y subjetiva de la calidad de vida tomando en cuenta el valor

de referencia, las actividades deliberadas y las circunstancias de, que rodean la vida de las personas (Lyubomirsky, 2008).

Bienestar psicológico: desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal los cuales se encargan del funcionamiento positivo. Está formado Autoaceptación (AU), Relaciones Positivas (RP), Autonomía (AT), Dominio del Entorno (DE), Propósito en la Vida (PV) y Crecimiento Personal (CP) (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002)

## **Instrumentos**

*Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (MBSRQ). Versión española (Botella et al., 2009). La escala consta de 45 ítems, con cinco opciones de respuesta, 1 (Totalmente de acuerdo), 2 (En bastante desacuerdo), 3 (Indiferente), 4 (Bastante de acuerdo), 5 (Totalmente de acuerdo). Se divide en cuatro factores, importancia subjetiva de la corporalidad (ISC), ejemplo de ítem: *Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto*; conductas orientadas a mantener la forma física (COMF), ejemplo de ítem: *Hago cosas que aumenten mi fuerza física*; atractivo físico autoevaluado (AFA), ejemplo de ítem: *Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa* y cuidado del aspecto físico (CAF), ejemplo de ítem: *Sé mucho sobre las cosas que afectan a mi salud física*. Este instrumento tiene una confiabilidad global de .88; una confiabilidad del factor ISC de .94; confiabilidad del factor COMF de .80; confiabilidad del factor CAF de .71; confiabilidad del factor AFA de .84.

*Cuestionario sobre los Pensamientos Automáticos acerca de la Imagen Corporal* (BIATQ) de Cash, Lewis y Keeton (1987), versión abreviada española de Raich (2001). Es una escala tipo Likert, evalúa el componente cognitivo de la Imagen Corporal. Está formado por 27 ítems que se dividen en dos subescalas: pensamientos positivos (10 ítems) ejemplo de ítem *Estoy orgullosa de mi cuerpo* y pensamientos negativos (17 ítems); ejemplo de ítem *Los demás piensan que estoy*

*gorda*. Cada pensamiento se puntúa de 1 (nunca) a 5 (muy a menudo). Ejemplo de ítem en subescala negativa: *Los demás piensan que estoy gorda*. La escala presenta una consistencia interna de .90 para pacientes bulímicas y para población general en ambas subescalas. La confiabilidad test-retest es de .90 en la escala negativa y de .71 en la escala positiva. Actualmente no se cuenta con una versión validada en México.

*Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF)* de Goñi, Ruíz de Azua, y Rodríguez (2006), esta escala mide el autoconcepto físico, se empleó una versión abreviada, conformada por 8 ítems, dos por escala, siendo éstas: habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza, ejemplo de ítem de fuerza: *Soy fuerte*. Tiene un coeficiente de confiabilidad interna para la escala de habilidad de .84, en condición de .88, en atractivo físico de .87, y en fuerza de .83; teniendo una consistencia interna total de .93. Actualmente no se cuenta con una versión validada en México.

*Escala de Felicidad Subjetiva (SHS)*, elaborada por Lyubomirsky y Lepper (1999), esta escala mide la felicidad; adaptación mexicana por Landero y Moreno, (2015); donde se obtuvo un alfa de Cronbach de .75; se compone de 4 ítems Ejemplo de ítem: *Algunas personas generalmente son muy felices. Disfrutan sin importar lo que está pasando y sacan el máximo provecho de todo. ¿En qué medida te consideras una persona así?* Teniendo un rango de puntuaciones posibles de 4 a 28.

*Escala de Bienestar Psicológico* (Ryff, 1989), adaptada por Díaz et al, 2006, versión reducida de 39 ítems. Esta escala mide la percepción de bienestar psicológico, por medio de seis subescalas, autoaceptación, ejemplo de ítem: *En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo*; relaciones positivas, ejemplo de ítem: *a menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones*; autonomía, ejemplo de ítem: *a menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo*, dominio del entorno, ejemplo de ítem: *soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria* propósito en la vida, ejemplo de ítem: *no tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida* y Crecimiento

Personal ejemplo de ítem: *hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida*. El formato de respuesta es Likert con seis puntuaciones, 1 (Totalmente en desacuerdo), 2 (En bastante desacuerdo), 3 (En desacuerdo), 4 (De acuerdo), 5 Bastante de acuerdo) 6 (Totalmente de acuerdo). En la confiabilidad esta escala se tienen valores en cada subescala, en Autoaceptación de .84, relaciones positivas de .78, autonomía.70, dominio del entorno de.82, propósito en la vida de.70, crecimiento personal de .71.

## **Aspectos Éticos**

Según el Manual del código de ética de APA (2010) para este estudio es necesario tener en cuenta lo siguiente:

### Artículo 3. Relaciones humanas

#### 3.10 Consentimiento Informado

(a) Cuando los psicólogos conducen investigaciones o presten servicios de evaluación, terapia, counseling, en persona o por vías de transmisión electrónica u otras formas de comunicación, obtienen el consentimiento informado del o los individuos, utilizando un lenguaje que sea razonablemente comprensible para la o las personas, excepto cuando llevar adelante tales actividades sin consentimiento o esté establecido en este Código de Ética.

(b) En el caso de las personas legalmente incapaces para dar consentimiento informado, los psicólogos igualmente (1) Proveen una explicación apropiada, (2) procuran el acuerdo del individuo, (3) consideran las preferencias y los mejores intereses de tales personas, y (4) obtienen el permiso apropiado de una persona legalmente autorizada, si tal consentimiento sustituto está permitido o requerido por ley. Si no lo estuviera, los psicólogos toman las medidas razonables para proteger los derechos y el bienestar del individuo.

(d) Los psicólogos documentan apropiadamente el consentimiento escrito u oral, el permiso y

el asentimiento.

## Artículo 8. Investigación y publicación

### 8.01 Autorización institucional

En caso de que se requiera autorización institucional, los psicólogos proveen información precisa acerca de sus propuestas de investigación y obtienen la autorización correspondiente antes de realizar la investigación. Dirigen la investigación de acuerdo con el protocolo autorizado.

### 8.02 Consentimiento informado para la investigación

(a) Al obtener el consentimiento informado en los términos requeridos en la Norma 3.10, (1) el propósito de la investigación, la duración estimada, y los procedimientos; (2) su derecho a rehusarse a participar y retirarse de la investigación una vez que su participación haya comenzado; (3) las consecuencias previsibles de rehusarse o retirarse; (4) los factores razonablemente previsibles que puedan influenciar su voluntad de participar, tales como riesgos potenciales, incomodidad o efectos adversos; (5) cualquier beneficio posible de la investigación; (6) los límites de la confidencialidad; (7) los incentivos por la participación; y (8) a quién contactar para preguntar acerca de la investigación y los derechos de los participantes en investigaciones. Dan la oportunidad a los eventuales participantes de formular preguntas y recibir respuestas.

(b) Al realizar intervenciones de investigación que involucren el uso de tratamientos experimentales, los psicólogos informan a los participantes al inicio de la investigación sobre: (1) la naturaleza experimental del tratamiento; (2) los servicios que estarán o no disponibles para el o los grupos control si fuera apropiado; (3) los medios a través de los cuales se realizarán las designaciones de los tratamientos y los grupos control; (4) tratamientos alternativos disponibles si un individuo no desea participar en la investigación o desea retirarse una vez que el estudio haya comenzado; y (5) la compensación o costo monetarios por la participación, incluyendo si se solicitará o no un reembolso para el participante o una tercera parte responsable del pago.

## Artículo 9. Evaluaciones

### 9.02 Uso de las evaluaciones

(a) Los psicólogos administran, adaptan, califican, interpretan o utilizan técnicas de evaluación, entrevistas, test o instrumentos, de manera y con propósitos apropiados a la luz de la investigación o de la manifiesta utilidad y aplicación apropiada de las técnicas.

(b) Los psicólogos utilizan instrumentos de evaluación cuya validez y confiabilidad hayan sido establecidas para su aplicación en la población objeto de los test. Cuando tal validez o confiabilidad no haya sido establecida, los psicólogos describen la efectividad y limitaciones de los resultados y la interpretación de los test.

(c) Los psicólogos utilizan métodos de evaluación apropiados para el idioma de preferencia y la competencia del individuo, a menos que el uso de un lenguaje alternativo sea pertinente para los temas de la evaluación.

### 9.03 Consentimiento informado en evaluaciones

(a) Los psicólogos obtienen el consentimiento informado para evaluaciones o diagnósticos, tal como se describe en la Norma 3.10, Consentimiento informado, excepto cuando (1) la evaluación sea indicada por ley o por las regulaciones gubernamentales; (2) el consentimiento informado esté implícito ya que la evaluación se realiza como parte de las actividades de la rutina educativa, institucional u organizacional (por ejemplo, cuando los participantes voluntariamente aceptan la evaluación al presentarse a un empleo); o (3) uno de los propósitos de la actividad es evaluar la capacidad de decisión. El consentimiento informado incluye una explicación de la naturaleza y propósito de la evaluación, los honorarios, la participación de terceras partes y los límites de la confidencialidad, así como la correspondiente oportunidad para que el cliente/paciente formule preguntas y reciba respuestas.

(b) Los psicólogos informan a las personas que tengan cuestionada la capacidad para dar

consentimiento o para quienes la evaluación haya sido indicada por ley o por las regulaciones gubernamentales, acerca de la naturaleza y propósito de la evaluación propuesta, usando un lenguaje que sea razonablemente comprensible para la persona objeto de la evaluación.

(c) Los psicólogos que utilizan los servicios de un intérprete obtienen el consentimiento informado del cliente/paciente, asegurando que se preservarán la confidencialidad de los resultados y la seguridad de los test e incluyen la descripción de las limitaciones de los datos recogidos en sus recomendaciones, informes y diagnóstico o declaración de evaluación, incluyendo el testimonio forense.

#### 9.04 Divulgación de datos de test

(a) El término datos de test se refiere a los puntajes en bruto, las respuestas del cliente/paciente a las preguntas o los estímulos de los test y las anotaciones y registros de los psicólogos en lo concerniente a los dichos y conductas del cliente/paciente durante la evaluación. Esas porciones de materiales de los test que involucran las reacciones y respuestas del cliente/paciente se incluyen en la definición de datos de test. De acuerdo con lo expuesto por el cliente/paciente, los psicólogos ofrecen los datos de test a los mismos clientes o a otras personas que se hayan identificado durante la actividad. Los psicólogos pueden abstenerse de divulgar los datos de test para proteger al cliente/paciente u otras personas de daño, mal uso o tergiversación de los datos o de los test, reconociendo que en muchos casos la divulgación de información confidencial bajo estas circunstancias está regulada por la ley.

(b) En ausencia de una autorización para la divulgación de datos por parte del cliente/paciente, los psicólogos disponen de los datos de test sólo como lo indica la ley o la justicia.

### **Procedimiento**

Se realizó un estudio piloto para comprobar que los ítems de las escalas fueran entendibles. La

secuencia y las técnicas utilizadas en las sesiones en los grupos experimentales y los grupos controles fueron las mismas.

### **Procedimiento Grupos Experimentales**

Durante la intervención se aplicaron técnicas cognitivo-conductuales apoyadas de Psicología Positiva para promover el cambio en la imagen corporal; además, para corroborar la evolución del grupo, se aplicaron los instrumentos mencionados antes y después de la intervención (Ibáñez-Tarín, & Manzanera-Escartí, 2012; Anuel, 2012; Park et al., 2013).

La intervención consta de ocho sesiones experimentales, con frecuencia semanal y duración de hora y media, todas las sesiones del grupo experimental tuvieron tareas a realizar en casa, que se revisaban al iniciar cada sesión.

### **Adolescentes**

Se contactó a las autoridades pertinentes de la preparatoria para pedir autorización de realizar la investigación dentro de sus instalaciones y con ayuda de su cuerpo estudiantil. Al dar su aprobación fueron asignados los grupos de adolescentes que participaron en la experimentación.

### **Adultas Jóvenes**

Se realizó una convocatoria a través de redes sociales para captar a este grupo; como requisitos para poder formar parte de la intervención se les pidió contactar al equipo investigador para realizar la inscripción, de esta forma se aseguró que cumplieran con los criterios de inclusión para la investigación.

A cada una de las participantes se le informaron vía mensaje de texto o telefónica la descripción general de la intervención, y los datos generales de la ubicación y horario del curso. Fue necesario hacer esta convocatoria en tres ocasiones diferentes, por lo tanto, este grupo estuvo conformado por tres subgrupos.



Las sesiones fueron realizadas dentro de un aula de una Universidad contando con la autorización de las autoridades correspondientes.

### **Descripción de las Sesiones**

Sesión 1. Al iniciar las sesiones se dio la bienvenida al grupo, se explica brevemente el objetivo de las sesiones, además se les pidió que firmaran el consentimiento informado y se aplicó la batería de pruebas. Para finalizar se llevó a cabo una técnica de Rapport (la telaraña), para fomentar empatía y confianza entre las participantes.

Sesión 2. Esta sesión se inició con la *Psicoeducación* la cual se explicó el concepto y los factores que influyen en la imagen corporal, que se considera imagen corporal positiva y negativa, hábitos saludables y desadaptativos; también se explicó la importancia de los rasgos positivos y habilidades personales y de qué forma se pueden ampliar a otros contextos. Después se hizo un *autorregistro* en una hoja en donde se detalló en forma de lista las partes de su cuerpo, el experimentador modeló describiendo parcialmente las partes del cuerpo, en seguida se realizó un *ensayo conductual* en donde cada miembro del equipo se describirá parcialmente evitando los juicios evaluativos.

Tarea: *Entrenamiento auto instruccional*. Repetir el ejercicio viéndose al espejo en casa. Todas las participantes llevaron un diario durante las sesiones, en donde identificaron actividades que realizaron durante la semana para tener un cuerpo saludable (esta es una tarea, se realizara a lo largo del taller).

Sesión 3. *Evocación de pensamientos, sentimientos y conductas*, el grupo fue dividido en equipos de tres personas y cada una de las participantes compartió al equipo la experiencia que tuvieron al ver su cuerpo al espejo sin juicios de valor. *Reestructuración de ideas irracionales* cada miembro del equipo dijo tres características físicas positivas de cada una de sus compañeras, explicando porque lo considera de esa forma. Se indicó a las receptoras que evitaran comentarios

de desaprobación y sólo agradecieran a sus compañeras por su opinión positiva.

Tarea: *Entrenamiento auto instruccional* verse al espejo y observar cada una de las características que fueron descritas por sus compañeras, resaltar por lo menos una de estas partes u otra que les parezca atractiva de su cuerpo.

Sesión 4. *Evocación de pensamientos, sentimientos y conductas*, se formaron equipos, cada una expuso a su equipo lo que pensó y sintió al realizar la tarea. Se ofreció un espacio para quienes quisieran compartir su experiencia con la tarea del espejo. *Restructuración de ideas irracionales*, consistió en describir detalladamente tres características que consideraran más desagradables de su cuerpo, después depositaron la hoja doblada en cuatro partes dentro de un contenedor, y se les pidió la participación de cada una para tomar una hoja del contenedor (al azar, que no fuera de ella) y lo leyeron en voz alta, fingiendo tener la actitud de quien escribió la carta; el experimentador cuestionó lo expresado en la carta haciendo preguntas con una pregunta retórica, o de funcionalidad de la parte del cuerpo, con el fin de descartar esa idea. Posteriormente le dará lugar a todo el grupo para ellas hagan preguntas, hasta poder descartar la idea.

Tarea: *Entrenamiento autoinstruccional y ensayo conductual*, recordar que actividad física realizaban antes con gran facilidad y tratar de realizarla por lo menos 3 veces en esa semana, (esta tarea fue constante a partir de esta sesión).

Sesión 5. *Evocación de emociones, pensamientos y sentimientos positivos*, voluntariamente compartieron con el grupo su experiencia al realizar la tarea.

*Restructuración de ideas irracionales por medio de la evocación del perdón*, escribieron una carta en donde se pedían perdón a sí mismas por no aceptarse o por haber realizado alguna conducta destructiva o inadecuada, tener pensamientos negativos de su imagen corporal o hacer caso a las acríicas negativas de su contexto social. Posteriormente se invitó a cada una a leer su carta y después de leerla destruirla. Para finalizar el experimentador agradeció la apertura,

confianza y los logros obtenidos de cada participante.

Tarea: *reestructuración de ideas irracionales*, cada día resaltaron alguna o algunas partes de su cuerpo.

Sesión 6. *Evocación de emociones, pensamientos y sentimientos positivos por medio de la gratitud*, cada participante expresó lo sintió y como actuó con su cuerpo al hacer la tarea. *Autoregistro*, cada una realizó una carta de auto agradecimiento, por todo lo que lograron hacer y reforzar durante esas semanas, la carta incluyó la siguiente frase *esto me ayudo a descubrir que yo puedo y / o yo tengo...* una vez terminado el ejercicio, se les dio el espacio para leer sus cartas. Se retomó el tema de hábitos saludables, se reconocieron los avances que tuvieron durante toda la intervención, tanto psicológicos como físicos y el hecho de que lo hayan fortaleciendo de tal manera que es ya parte de su rutina.

Tarea: *plan de vida enfocándose en los logros y cualidades positivas*, realizar tres objetivos a cumplir a corto plazo (dos semanas), a mediano plazo (un mes, dos o tres) y largo plazo (7 meses a 1 año), mediano y largo plazo para mantener sus logros.

Sesión 7. *Prevención de recaídas*, cada una tuvo un turno para expresar lo que aprendió durante las sesiones y que actividades o pensamientos va a implementar como parte de su rutina para mantener sus logros. Posteriormente se aplicará prevención de recaídas, aplicación de post test y finalmente se dará el cierre del curso.

### **Procedimiento de Grupos Control**

La intervención contó de dos sesiones de frecuencia bimensual y duración de hora y media cada una. Las sesiones se realizaron en auditorios que fueron solicitadas a las autoridades educativas correspondientes.

## Adolescentes

Se contactó a las autoridades pertinentes de la preparatoria para pedir autorización de realizar la investigación dentro de sus instalaciones y con ayuda de su cuerpo estudiantil. Al dar su aprobación fueron asignados los grupos de adolescentes que participaron en la experimentación.

## Adultas Jóvenes

Este grupo se convocó por medio de carteles publicitarios dentro de una universidad y también por medio de redes sociales. A cada una de las participantes se le informó vía mensaje de texto o telefónica la descripción general de la intervención, y los datos generales de la ubicación y horario del curso.

## Descripción de las Sesiones

Sesión 1. Se les explicó el motivo de su participación y posteriormente se aplicó el pre- test.

Sesión 2. Se aplicó el post test y posteriormente se realizó una sesión de Psicoeducación sobre salud y pensamientos positivos.

Al final del programa a cada participante se le ofrecieron sesiones de terapia individual. A continuación, se presenta una breve descripción de las sesiones con grupos experimentales (Tabla 1) y para el grupo control (Tabla 2).

Tabla 1.

*Descripción de objetivos, técnicas y duración de las sesiones de grupo experimental*

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas que se aplicarán	Duración
1.	Explicar los derechos y obligaciones de cada una de las partes.	Explicación y firma del consentimiento informado.	10 min
	Explicar brevemente la planeación de las sesiones	Exposición de cronograma de sesiones programadas.	10 min
		Explicación breve de cada una de las escalas	10 min
	Establecer el Rapport	La telaraña	30 min.
	Evaluar a cada sujeto	Aplicación de cuestionarios de evaluación.	30 min.

2.	Exponer el objetivo de las sesiones.	Presentación formal del taller	10 min
	Educar acerca de la importancia de cuidar la imagen corporal y el autoconcepto físico; indicar la definición de cada variable. Explicar las emociones positivas y como ampliarlas.	Psicoeducación	45 min
	Explicar la funcionalidad del cuerpo.	Autorregistro, ensayo conductual (agradecimiento).	30 min
	Explicar tarea a realizar: verse al espejo y repetir lo que se dijo en la sesión.	Entrenamiento auto instruccional	5 min
3.	Revisar tarea	Evocación de pensamientos, sentimientos y conductas.	30 min
	Reconstruir el concepto que se tiene de la imagen corporal.	Reestructuración de ideas irracionales	55 min
	Explicar tarea a realizar en casa: ensayar lo que se hizo en sesión y agradecer las cualidades positivas del cuerpo.	Entrenamiento en auto instrucciones evocación de emociones, pensamientos y sentimientos positivos	5 min
4.	Revisar tarea	Evocación de emociones, pensamientos y sentimientos positivos	35 min
	Invaldar ideas negativas que se tienen de la imagen corporal y el auto concepto físico.	Reestructuración de ideas irracionales	50 min
	Explicar tarea a realizar en casa: recordar y realizar actividades placenteras durante la semana.	Entrenamiento en auto instrucciones y ensayo conductual	5 min
5.	Revisar tarea	Evocación de emociones, pensamientos y sentimientos positivos	25 min
	Escribir una carta de perdón.	Reestructuración de ideas irracionales por medio de la evocación del perdón	55 min
	Explicar tarea: poner atención a las características positivas de su cuerpo y resaltarlas.	Reestructuración de ideas irracionales	5min
6.	Revisar tarea	Evocación de emociones, pensamientos y sentimientos positivos.	30 min
	Realizar una carta de gratitud reconociendo los logros alcanzados	Carta de gratitud	15 min
	Lectura de carta de gratitud	Evocar y resaltar habilidades y	30 min

		fortalezas	
	Explicar tarea: llevar un diario anotando todos los avances obtenidos	Autorregistro	5 min
7.	Prevenir recaídas	Prevención de recaídas	30 min
	Aplicar post tes	Aplicación de cuestionarios de evaluación.	30 min
	Cerrar intervención	Cierre de las sesiones	20 min

Tabla 2.

*Descripción de objetivos, técnicas y duración de las sesiones del grupo control*

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnica que se aplicará	Duración
1	Explicar los derechos y obligaciones de cada una de las partes.	Explicación y firma del consentimiento informado.	10 min
	Explicar brevemente la planeación de las sesiones	Exposición de cronograma de sesiones programadas.	10 min
	Establecer el Rapport	Explicación breve de cada una de las escalas	10 min
	Evaluar a cada sujeto (pre-test)	La telaraña	30 min.
		Aplicación de cuestionarios de evaluación.	30 min.
2	Evaluar a cada sujeto (post-test) 2 meses después	Aplicación de cuestionarios de evaluación.	30 min
	Educación acerca de la importancia de cuidar la imagen corporal y el autoconcepto físico; indicar la definición de cada variable. Explicar las emociones positivas y como ampliarlas.	Psicoeducación	45 min
	Cerrar la sesión	Cierre de sesión	10 min

## Análisis de Datos

Los estadísticos descriptivos (Media, Desviación Estándar, Error Estándar, Mínimo y Máximo), la fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951), las correlaciones ( $r$  de Pearson); la eficacia de la intervención mediante las pruebas ANOVA y  $t$  de student para grupos relacionados, fueron calculados empleando el software estadístico SPSS versión 24 para Microsoft Windows 10. El tamaño del efecto ( $d$ ; Cohen, 1992), utilizando un módulo creado en Excel 2016.

### Método para Evaluar la Eficacia de la Intervención Psicológica.

Para evaluar la intervención psicológica, se optó por utilizar la prueba *ANOVA* de medidas repetidas con un índice de confianza al 95% ( $p < .05$ ), para comparar separadamente los grupos control y experimental de las adolescentes y adultas jóvenes. Para lo anterior se esperaba que la Prueba *F* resultará significativa ( $p < .05$ ) y que la diferencia de medias entre la pre y post prueba del grupo experimental resultará estadísticamente significativa. Mientras que, para el caso de las medias del pre-test y post-test del grupo control se esperaba no encontrar diferencias significativas.

Se estimaron los tamaños de efecto empleando los coeficientes *d* de Cohen y  $\eta^2$  (eta al cuadrado), tomando las consideraciones señaladas por Cohen (1992) (Ver Tabla 10). Además, se utilizó el estadístico *t* de Student para grupos independientes, para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los post-test de los grupos experimentales de adultas y adolescentes, esto a fin de conocer si la intervención psicológica tuvo el mismo efecto en ambos grupos o si en alguna(s) variables(s) el efecto fue mayor. En este último caso, también se determinó el tamaño del efecto.

Tabla 3.  
*Rangos para el Tamaño del Efecto (Cohen, 1992).*

Tamaño del Efecto	Pequeño	Mediano	Grande
<i>d</i>	.20 a .49	.50 a .79	> .80
$\eta^2$	.02 a .14	.15 a .34	> .35

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **Estadísticos Descriptivos**

Para la presente investigación, se llevaron a cabo el cálculo de los siguientes estadísticos descriptivos: Medias (*M*), Desviaciones Estándar (*DE*), Errores Estándar (*EE*), los mínimos y máximos, para el grupo control formado por las adolescentes con los puntajes correspondientes a sus pre y post-test (Ver Tabla 4), así mismo, para el grupo control constituido por las adultas jóvenes con los valores de pre y post-test (Ver Tabla 5). De igual manera, para el grupo experimental de adolescentes pre y post-test (Ver Tabla 6), grupo experimental de adultas jóvenes pre y post-test (Ver Tabla 7), por último, las puntuaciones del grupo experimental de adultas jóvenes en sus post-test y el grupo experimental de adolescentes respecto a sus puntajes del post-test (Ver Tabla 8).





Tabla 4.

*Estadísticos Descriptivos Grupo Control Adolescentes Pre-Test y Post-Test (N = 35).*

		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>EE</i>	Mínimo	Máximo
Felicidad Subjetiva	Pre-Test	21.06	4.10	.69	11	28
	Post-Test	20.83	4.44	.75	8	27
Bienestar Psicológico	Pre-Test	161.97	20.29	4.43	127	203
	Post-Test	166.10	19.92	3.37	120	214
Autoaceptación	Pre-Test	24.14	5.57	.94	10	35
	Post-Test	24.89	5.09	.86	9	33
Relaciones Positivas	Pre-Test	25.57	5.77	.97	14	36
	Post-Test	26.06	5.36	.90	10	36
Autonomía	Pre-Test	31.26	5.17	.87	23	44
	Post-Test	31.68	4.81	.82	24	47
Dominio del Entorno	Pre-Test	23.20	3.80	.64	17	32
	Post-Test	23.82	4.13	.70	14	35
Propósito en la Vida	Pre-Test	25.97	4.68	.79	18	36
	Post-Test	26.74	4.93	.83	17	36
Crecimiento Personal	Pre-Test	31.83	4.53	.76	26	40
	Post-Test	33.03	4.90	.82	23	42
Imagen Corporal	Pre-Test	149.60	19.58	3.31	114	188
	Post-Test	150.86	18.86	3.19	118	187
Importancia Subjetiva de la Corporalidad	Pre-Test	99.46	12.07	2.04	78	126
	Post-Test	100.57	11.64	1.97	78	120
Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	Pre-Test	22.43	5.52	.93	11	35
	Post-Test	22.66	5.38	.91	11	34
Atractivo Físico Autopercibido	Pre-Test	8.70	2.88	.49	3	14
	Post-Test	9.14	2.70	.46	4	14
Cuidado del Aspecto Físico	Pre-Test	19.03	3.11	.53	13	25
	Post-Test	18.49	2.96	.50	11	24
Pensamientos Sobre la Imagen Corporal	Pre-Test	112.50	22.11	3.74	48	157
	Post-Test	109.83	27.63	4.67	33	147
Pensamientos Negativos	Pre-Test	78.83	14.93	2.52	34	101
	Post-Test	77.63	19.746	3.33	18	101
Pensamientos Positivos	Pre-Test	33.66	10.18	1.72	14	56
	Post-Test	32.20	10.68	1.81	14	53
Autoconcepto Físico	Pre-Test	23.11	4.56	.77	14	33
	Post-Test	23.09	4.65	.79	12	31

*M = Media, DE = Desviación Estándar, EE = Error Estándar.*

Tabla 5.

*Estadísticos Descriptivos Grupo Control Adultas Jóvenes Pre-Test y Post-Test (N = 26).*

Variable	Test	M	DE	EE	Mínimo	Máximo
Felicidad Subjetiva	Pre-Test	22.19	3.99	.78	13	27
	Post-Test	22.77	4.31	.84	13	28
Bienestar Psicológico	Pre-Test	180.12	22.19	4.35	130	221
	Post-Test	186.65	27.54	5.40	126	229
Autoaceptación	Pre-Test	27.58	5.11	1.0	15	35
	Post-Test	28.46	4.58	.90	20	36
Relaciones Positivas	Pre-Test	28.00	4.97	.97	20	36
	Post-Test	29.08	6.07	1.19	18	36
Autonomía	Pre-Test	31.50	5.07	0.99	22	42
	Post-Test	35.58	7.64	1.50	18	47
Dominio del Entorno	Pre-Test	27.81	4.47	.87	20	36
	Post-Test	29.04	4.65	.91	21	36
Propósito en la Vida	Pre-Test	28.42	4.98	.97	20	36
	Post-Test	28.50	5.47	1.07	19	36
Crecimiento Personal	Pre-Test	36.81	4.41	.86	27	42
	Post-Test	36.00	4.42	.87	27	42
Imagen Corporal	Pre-Test	148.35	20.64	4.05	110	183
	Post-Test	152.50	27.71	5.42	109	207
Importancia Subjetiva de la Corporalidad	Pre-Test	97.65	13.48	2.64	72	122
	Post-Test	100.92	17.47	3.42	72	137
Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	Pre-Test	22.00	7.67	1.50	7	34
	Post-Test	22.73	9.07	1.78	8	35
Atractivo Físico Autopercebido	Pre-Test	10.46	2.97	.58	4	15
	Post-Test	10.96	3.23	.63	3	15
Cuidado del Aspecto Físico	Pre-Test	18.23	3.41	.67	13	24
	Post-Test	17.88	3.34	.65	12	23
Pensamientos Sobre la Imagen Corporal	Pre-Test	95.00	32.24	6.32	55	152
	Post-Test	87.12	32.69	6.64	45	155
Pensamientos Negativos	Pre-Test	58.08	31.63	6.20	20	100
	Post-Test	47.92	32.23	6.32	19	100
Pensamientos Positivos	Pre-Test	36.92	10.07	1.98	19	54
	Post-Test	39.19	12.40	2.43	15	60
Autoconcepto Físico	Pre-Test	24.19	6.44	1.26	12	37
	Post-Test	25.46	6.78	1.33	14	38

*M = Media, DE = Desviación Estándar, EE = Error Estándar.*

Tabla 6.

*Estadísticos Descriptivos Grupo Experimental Adolescentes Pre-Test y Post-Test (N = 21).*

Variable	Test	M	DE	EE	Mínimo	Máximo
Felicidad Subjetiva	Pre-Test	17.67	4.56	.99	8	27
	Post-Test	24.14	2.50	.54	20	28
Bienestar Psicológico	Pre-Test	152.19	23.14	5.05	111	215
	Post-Test	185.86	23.16	5.05	142	229
Autoaceptación	Pre-Test	21.62	5.89	1.28	11	35
	Post-Test	28.81	5.46	1.19	15	36
Relaciones Positivas	Pre-Test	21.48	6.64	1.45	9	33
	Post-Test	27.00	5.01	1.11	15	36
Autonomía	Pre-Test	32.67	6.28	1.37	25	47
	Post-Test	37.90	6.11	1.33	27	48
Dominio del Entorno	Pre-Test	22.52	5.15	1.12	11	34
	Post-Test	27.48	4.26	.93	21	36
Propósito en la Vida	Pre-Test	23.10	5.67	1.23	11	36
	Post-Test	28.05	5.04	1.10	17	36
Crecimiento Personal	Pre-Test	30.81	4.92	1.07	23	39
	Post-Test	36.62	3.90	.85	31	42
Imagen Corporal	Pre-Test	136.43	16.31	3.56	113	174
	Post-Test	163.52	14.57	3.18	125	190
Importancia Subjetiva de la Corporalidad	Pre-Test	91.05	9.84	2.148	73	113
	Post-Test	108.14	8.63	1.88	89	125
Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	Pre-Test	20.86	5.58	1.22	13	31
	Post-Test	26.19	5.93	1.29	12	35
Atractivo Físico Autopercebido	Pre-Test	7.10	3.42	.75	3	15
	Post-Test	11.52	2.46	.53	6	15
Cuidado del Aspecto Físico	Pre-Test	17.43	4.24	.92	9	23
	Post-Test	17.67	2.27	.49	13	22
Pensamientos Sobre la Imagen Corporal	Pre-Test	99.05	32.14	7.01	37	145
	Post-Test	129.52	18.06	3.94	88	152
Pensamientos Negativos	Pre-Test	71.71	24.12	5.26	17	98
	Post-Test	89.48	12.09	2.64	62	102
Pensamientos Positivos	Pre-Test	27.43	11.56	2.52	13	51
	Post-Test	40.05	8.48	1.85	24	54
Autoconcepto Físico	Pre-Test	22.43	6.36	1.39	10	34
	Post-Test	29.10	5.96	1.30	18	40

*M = Media, DE = Desviación Estándar, EE = Error Estándar.*

Tabla 7.

*Estadísticos Descriptivos Grupo Experimental Adultas Jóvenes Pre-Test y Post-Test (N = 30).*

Variable	Test	M	DE	EE	Mínimo	Máximo
Felicidad Subjetiva	Pre-Test	17.03	3.33	.60	8	24
	Post-Test	24.67	2.19	.40	20	28
Bienestar Psicológico	Pre-Test	156.20	26.21	4.79	100	219
	Post-Test	193.60	21.68	3.96	145	228
Autoaceptación	Pre-Test	21.90	5.02	.91	12	33
	Post-Test	30.63	4.06	.74	20	36
Relaciones Positivas	Pre-Test	21.60	6.59	1.20	11	36
	Post-Test	28.27	4.85	.88	19	36
Autonomía	Pre-Test	29.80	5.80	1.06	22	44
	Post-Test	36.53	5.14	.94	26	46
Dominio del Entorno	Pre-Test	25.43	4.22	.77	18	36
	Post-Test	30.07	3.93	.71	22	36
Propósito en la Vida	Pre-Test	24.37	6.22	1.14	8	34
	Post-Test	30.90	4.29	.78	22	36
Crecimiento Personal	Pre-Test	33.10	6.01	1.10	16	42
	Post-Test	37.20	4.20	.77	27	42
Imagen Corporal	Pre-Test	145.70	23.94	4.37	103	190
	Post-Test	164.87	19.96	3.64	134	211
Importancia Subjetiva de la Corporalidad	Pre-Test	97.97	14.58	2.66	69	126
	Post-Test	109.37	12.62	2.30	88	139
Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	Pre-Test	21.83	7.59	1.39	9	32
	Post-Test	24.53	6.22	1.14	12	35
Atractivo Físico Autopercebido	Pre-Test	8.07	2.79	.51	3	15
	Post-Test	12.80	1.85	.34	9	15
Cuidado del Aspecto Físico	Pre-Test	17.83	2.914	.532	13	23
	Post-Test	18.17	2.75	.50	13	25
Pensamientos Sobre la Imagen Corporal	Pre-Test	103.67	23.68	4.32	49	145
	Post-Test	139.27	10.81	1.97	110	154
Pensamientos Negativos	Pre-Test	73.63	14.70	2.68	37	100
	Post-Test	92.63	4.71	.86	78	100
Pensamientos Positivos	Pre-Test	30.03	11.25	2.05	12	52
	Post-Test	46.63	8.10	1.48	30	57
Autoconcepto Físico	Pre-Test	24.47	5.48	1.0	16	33
	Post-Test	29.47	5.55	1.01	19	37

*M = Media, DE = Desviación Estándar, EE = Error Estándar.*

Tabla 8.

*Estadísticos Descriptivos Adultas Jóvenes Grupo Exp. Post-Test (N = 30) y Adolescentes Grupo Exp. Post-Test (N = 21).*

Variable	Test	M	DE	EE	Mínimo	Máximo
Felicidad Subjetiva	Adultas	24.67	2.19	.40	20	28
	Adolescentes	24.14	2.50	.54	20	28
Bienestar Psicológico	Adultas	193.60	21.68	3.96	145	228
	Adolescentes	185.86	23.16	5.05	142	229
Autoaceptación	Adultas	30.63	4.06	.74	20	36
	Adolescentes	28.81	5.46	1.19	15	36
Relaciones Positivas	Adultas	28.27	4.85	.88	19	36
	Adolescentes	27.0	5.01	1.11	15	36
Autonomía	Adultas	36.53	5.14	.94	26	46
	Adolescentes	37.90	6.11	1.33	27	48
Dominio del Entorno	Adultas	30.07	3.93	.71	22	36
	Adolescentes	27.48	4.26	.93	21	36
Propósito en la Vida	Adultas	30.90	4.29	.78	22	36
	Adolescentes	28.05	5.04	1.10	17	36
Crecimiento Personal	Adultas	37.20	4.20	.77	27	42
	Adolescentes	36.62	3.90	.85	31	42
Imagen Corporal	Adultas	164.87	19.96	3.64	134	211
	Adolescentes	163.52	14.57	3.18	125	190
Importancia Subjetiva de la Corporalidad	Adultas	109.37	12.62	2.30	88	139
	Adolescentes	108.14	8.63	1.88	89	125
Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	Adultas	24.53	6.22	1.14	12	35
	Adolescentes	26.19	5.93	1.29	12	35
Atractivo Físico Autopercebido	Adultas	12.80	1.85	.34	9	15
	Adolescentes	11.52	2.46	.53	6	15
Cuidado del Aspecto Físico	Adultas	18.17	2.75	.50	13	25
	Adolescentes	17.67	2.27	.49	13	22
Pensamientos Sobre la Imagen Corporal	Adultas	139.27	10.81	1.97	110	154
	Adolescentes	129.52	18.06	3.94	88	152
Pensamientos Negativos	Adultas	92.63	4.71	.86	78	100
	Adolescentes	89.48	12.09	2.64	62	102
Pensamientos Positivos	Adultas	46.63	8.10	1.48	30	57
	Adolescentes	40.05	8.48	1.85	24	54
Autoconcepto Físico	Adultas	29.47	5.55	1.01	19	37
	Adolescentes	29.10	5.96	1.30	18	40

*M = Media, DE = Desviación Estándar, EE = Error Estándar.*

## Fiabilidad de los Instrumentos Test / Re-Test

Aunque la investigación no tiene como objetivo la validación de escalas (estudio de validez interna y de constructo), es importante conocer la precisión de los instrumentos, debido a que estos fueron creados en países con otro idioma y cultura (Ejemplo. Estados Unidos). Para la presente investigación, los instrumentos en su mayoría son adaptaciones hechas en España. Por lo anterior, se requirió determinar el valor del coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para cada escala y subescala empleadas. El criterio tomado en cuenta para la fiabilidad de los instrumentos, fue el propuesto por Nunnally y Bernstein (1994), según el cual, el valor mínimo aceptado para cada escala o subescala debe ser  $\geq .70$ . Valores inferiores a  $.70$ , indicarían falta de precisión del instrumento y por tanto sería posible la existencia de una duda razonable respecto a las mediciones realizadas

Los análisis mostraron (Ver Tabla 9) que cada escala y subescala empleada en la investigación cuenta con buena consistencia interna. Para el test se utilizaron los valores de los pre-test de grupos control y experimental y para el re-test (se utilizaron los valores de los post-test de grupos control y experimental). Por ejemplo, la escala de *Felicidad Subjetiva* obtuvo valores de Alfa en test =  $.82$  y post-test =  $.84$ . Mientras que la escala de Bienestar Psicológico mostró coeficientes Alfa en test =  $.92$  y post-test =  $.94$ . Por su parte, la *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* el valor Alfa en test =  $.88$  y post-test =  $.91$ , el *Body Image Automatic Thoughts Questionnaire* obtuvo un coeficiente Alfa en test =  $.93$  y post-test =  $.95$ . De igual modo, el *Cuestionario de Autoconcepto Físico*, también presentó buenos valores de Alfa en test =  $.73$  y post-test =  $.81$ .

Tabla 9.

*Confiabilidad Test / Re-Test de los Instrumentos.*

	SHS	BP	AA	RP	AU	DO	PV	CP	MBSRQ	IS	CF	AF	CA	BIATQ	PN	PE	CAF
$\alpha$ Test N = 112	.82	.92	.86	.85	.70	.71	.83	.74	.88	.79	.87	.81	.70	.93	.95	.91	.73
$\alpha$ Post-test N = 112	.84	.94	.85	.81	.78	.78	.86	.78	.91	.85	.91	.83	.71	.95	.98	.92	.81

SHS = Subjective Happiness Scale, BP = Bienestar Psicológico, AA = Autoaceptación, RP = Relaciones Positivas, AU = Autonomía, DO = Dominio del Entorno, PV = Propósito en la Vida, CP = Crecimiento Personal, MBSRQ = Multidimensional Body Self Relations Questionnaire, IS = Importancia Subjetiva de la Corporalidad, CF = Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física, AF = Atractivo Físico Autopercebido, CA = Cuidado del Aspecto Físico, BIATQ = Body Image Automatic Thoughts Questionnaire, PN = Pensamientos Negativos, PE = Pensamientos Positivos, CAF = Cuestionario de Autoconcepto Físico.

### **Relación entre Felicidad, Bienestar Psicológico, Imagen Corporal y Autoconcepto Físico.**

Como parte de los objetivos específicos de la investigación, se analizó la correlación ( $r$  de Pearson) entre las variables de estudio, realizando dicha tarea únicamente con la muestra formada por los pre-test de las adultas jóvenes y adolescentes de los grupos control y experimental. La razón para solamente considerar los puntajes antes de la intervención, obedece al interés de estudiar las variables en su estado natural, ya que, si se tomaran en cuenta las post-pruebas, las variables irremediamente estarían alteradas por el factor tiempo (grupos control) o bien debido a la intervención psicológica (grupos experimentales).

La variable Felicidad (FE) mostró correlaciones significativas con: Bienestar Psicológico (BP) ( $r = .65, p < .01$ ), Imagen Corporal (IM) ( $r = .41, p < .01$ ), Pensamientos Sobre la Imagen Corporal (PIC) ( $r = .20, p < .05$ ) y Autoconcepto Físico ( $r = .37, < .01$ ). Además, el Bienestar Psicológico se correlacionó también con: Imagen Corporal ( $r = .48, p < .01$ ), Pensamientos Sobre la Imagen Corporal (PIC) ( $r = .30, p < .01$ ) y el Autoconcepto Físico (AC) ( $r = .46, p < .01$ ). Adicionalmente, la Imagen Corporal (IM) presentó correlaciones significativas con: Pensamientos Sobre la Imagen Corporal (PIC) ( $r = .34, p < .01$ ) y el Autoconcepto Físico (AC) ( $r = .70, p < .01$ ). Asimismo, los Pensamientos Sobre la Imagen Corporal (PIC) también presentó correlación significativa con el Autoconcepto Físico (AC) ( $r = .41, p < .01$ ). En la Tabla 10, se presentan las correlaciones completas entre las variables estudiadas en la presente investigación.



Tabla 10.

Correlaciones (*r* de Pearson) entre las Variables de Estudio (*N* = 112; \**p* < .05; \*\**p* < .01).

V	FE	BP	AA	RP	AU	DO	PV	CP	IM	IS	CF	AF	CA	PIC	PN	PE	AC
FE	1	.65**	.74**	.55**	.14	.45**	.55**	.44**	.41**	.38**	.23*	.43**	.20*	.20*	.06	.38**	.37**
BP	-	1	.85**	.76**	.48**	.79**	.81**	.74**	.48**	.44**	.31**	.63**	.06	.30**	.07	.61**	.46**
AA	-	-	1	.63**	.27**	.63**	.67**	.55**	.46**	.43**	.26**	.65**	.08	.42**	.21*	.61**	.49**
RP	-	-	-	1	.24*	.51**	.51**	.39**	.26**	.23*	.17	.35**	.04	.19	.02	.42**	.15
AU	-	-	-	-	1	.21*	.17	.24*	.03	.01	.09	.30**		.13	.05	.23*	.13
DO	-	-	-	-	-	1	.68**	.53**	.48**	.46**	.32**	.53**	.01	.20*		.51**	.52**
PV	-	-	-	-	-	-	1	.59**	.49**	.46**	.28**	.53**	.20*	.19*		.49**	.43**
CP	-	-	-	-	-	-	-	1	.42**	.40**	.25**	.44**	.16	.19*		.43**	.38**
IM	-	-	-	-	-	-	-	-	1	.96**	.78**	.44**	.56**	.34**		.58**	.70**
IS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	.64	.37**	.48	.30**		.54**	.63**
CF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	.16	.26**	.21*		.33**	.70**
AF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	.06	.44**	.22*	.64**	.40**
CA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	.12	.01	.28**	.16
PIC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	.92**	.60**	.41**
PN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	.25**	.27**
PEP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	.47**
AC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

V = Variable, FE = Felicidad, BP = Bienestar Psicológico, AA = Autoaceptación, RP = Relaciones Positivas, AU = Autonomía, DO = Dominio del Entorno, PV = Propósito en la Vida, CP = Crecimiento Personal, IM = Imagen Corporal, IS = Importancia Subjetiva de la Corporalidad, CF = Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física, AF = Atractivo Físico Autopercebido, CA = Cuidado del Aspecto Físico, PIC = Pensamientos Sobre la Imagen Corporal, PN = Pensamientos Negativos, PE = Pensamientos Positivos, AC = Autoconcepto Físico.

## Eficacia de la Intervención Psicológica en el Grupo de Adolescentes

De manera general, se puede precisar que la intervención fue efectiva en todas las variables que fueron tratadas (Ver Tabla 11), a excepción de la dimensión *Cuidado del Aspecto Físico* (CA) que resultó no significativa. Los tamaños del efecto estuvieron en el rango para la *d* de Cohen entre .00 a 1.15 y para las etas al cuadrado ( $\eta^2$ ) los valores entre .014 a 1.82.

Tabla 11.

ANOVA de un Factor y Prueba t de Student de Medidas Repetidas en Adolescentes (IC95%).

Variable	Grupo-Test	M	DE	Prueba F	Prueba t
FE	Exp. Pre	17.67	4.56	$F(3, 108) = 8.90$	$t_{(40)} = -5.71, p = .001, d = 1.11$
	Exp. Post	24.14	2.50		
	Contol. Pre	21.06	4.10	$\eta^2 = .20$	$t_{(68)} = .22, p = .82, d = .04$
	Control Post	20.83	4.44		
BP	Exp. Pre	152.19	23.14	$F(3, 108) = 9.46$	$t_{(40)} = -4.71, p = .001, d = .97$
	Exp. Post	185.86	23.16		
	Contol. Pre	161.97	20.29	$\eta^2 = .21$	$t_{(68)} = -.86, p = .40, d = .12$
	Control Post	166.09	19.92		
AA	Exp. Pre	21.62	5.90	$F(3, 108) = 6.31$	$t_{(40)} = -4.01, p = .001, d = .83$
	Exp. Post	28.81	5.47		
	Contol. Pre	24.14	5.56	$\eta^2 = .15$	$t_{(68)} = -.58, p = .56, d = .09$
	Control Post	24.89	5.09		
RP	Exp. Pre	21.48	6.65	$F(3, 108) = 3.99$	$t_{(40)} = -3.02, p = .004, d = .60$
	Exp. Post	27.00	5.19		
	Contol. Pre	25.57	5.77	$\eta^2 = .10$	$t_{(68)} = -.37, p = .72, d = .06$
	Control Post	26.06	5.36		
AU	Exp. Pre	32.67	6.28	$F(3, 108) = 7.48$	$t_{(40)} = -2.74, p = .009, d = .56$
	Exp. Post	37.90	6.12		
	Contol. Pre	31.26	5.17	$\eta^2 = .17$	$t_{(67)} = -.35, p = .73, d = .05$
	Control Post	31.68	4.81		
DO	Exp. Pre	22.52	5.15	$F(3, 108) = .59$	$t_{(40)} = -3.39, p = .002, d = .68$
	Exp. Post	27.48	4.26		
	Contol. Pre	23.20	3.80	$\eta^2 = .014$	$t_{(67)} = -.65, p = .52, d = .11$
	Control Post	23.82	4.13		
PV	Exp. Pre	23.10	5.67	$F(3, 108) = 3.76$	$t_{(40)} = -2.99, p = .005, d = .60$
	Exp. Post	28.05	5.05		
	Contol. Pre	25.97	4.68	$\eta^2 = .08$	$t_{(68)} = -.67, p = .51, d = .11$
	Control Post	26.74	4.94		
CP	Exp. Pre	30.81	4.93	$F(3, 108) = 6.60$	$t_{(40)} = -4.24, p = .001, d = .84$
	Exp. Post	36.62	3.91		
	Contol. Pre	31.83	4.53	$\eta^2 = .15$	$t_{(68)} = -1.06, p = .29, d = .17$
	Control Post	33.03	4.90		
IM	Exp. Pre	136.43	16.31	$F(3, 108) = 8.03$	$t_{(40)} = -5.68, p = .001, d = 1.15$
	Exp. Post	163.52	14.57		
	Contol. Pre	149.60	19.58	$\eta^2 = 1.82$	$t_{(68)} = -.27, p = .79, d = .04$
	Control Post	150.86	18.87		
IS	Exp. Pre	91.05	9.84	$F(3, 108) = 8.57$	$t_{(40)} = -5.98, p = .001, d = 1.21$
	Exp. Post	108.14	8.63		
	Contol. Pre	99.46	12.07	$\eta^2 = .19$	$t_{(68)} = -.39, p = .70, d = .06$
	Control Post	100.57	11.65		
CF	Exp. Pre	20.86	5.58	$F(3, 108) = 3.49$	$t_{(40)} = -3.00, p = .005, d = .62$
	Exp. Post	26.19	5.93		
	Contol. Pre	22.43	5.52	$\eta^2 = .09$	$t_{(68)} = -.18, p = .86, d = .03$
	Control Post	22.66	5.39		
AF	Exp. Pre	7.10	3.42	$F(3, 108) = 8.69$	$t_{(40)} = -4.82, p = .001, d = .95$
	Exp. Post	11.52	2.46		
	Contol. Pre	8.69	2.88	$\eta^2 = .19$	$t_{(68)} = -.69, p = .50, d = .11$
	Control Post	9.14	2.70		
CA	Exp. Pre	17.43	4.25	$F(3, 108) = 1.46$	$t_{(40)} = -.23, p = .82, d = .04$
	Exp. Post	17.67	2.27		
	Contol. Pre	19.03	3.11	$\eta^2 = .04$	$t_{(68)} = .75, p = .46, d = .12$
	Control Post	18.49	2.96		
PIC	Exp. Pre	99.05	32.14	$F(3, 108) = 5.23$	$t_{(40)} = -3.79, p = .001, d = .74$
	Exp. Post	129.52	18.06		

	Contol. Pre	112.49	22.11	$p = .003$	$t_{(68)} = .44, p = .66, d = .07$
	Control Post	109.83	27.63	$\eta^2 = .12$	
	Exp. Pre	71.71	24.13	$F(3, 108) = 3.54$	$t_{(40)} = -3.02, p = .004, d = .59$
	Exp. Post	89.48	12.09	$p = .017$	
PN	Contol. Pre	78.83	14.93	$\eta^2 = .09$	$t_{(68)} = .29, p = .78, d = .04$
	Control Post	77.63	19.75		
	Exp. Pre	27.33	11.56	$F(3, 108) = 5.47$	$t_{(40)} = -4.06, p = .001, d = .81$
	Exp. Post	40.05	8.48	$p = .002$	
PE	Contol. Pre	33.66	10.18	$\eta^2 = .13$	$t_{(68)} = .58, p = .56, d = .09$
	Control Post	32.20	10.68		
	Exp. Pre	22.43	6.36	$F(3, 108) = 7.94$	$t_{(40)} = -3.51, p = .001, d = .71$
	Exp. Post	29.10	5.96	$p = .001$	
AC	Contol. Pre	23.11	22.10	$\eta^2 = .18$	$t_{(68)} = -.86, p = .40, d = .00$
	Control Post	23.09	27.62		

$M =$  Media,  $DE =$  Desviación Estándar,  $d =$   $d$  de Cohen,  $\eta^2 =$  eta al cuadrado,  $FE =$  Felicidad,  $BP =$  Bienestar Psicológico,  $AA =$  Autoaceptación,  $RP =$  Relaciones Positivas,  $AU =$  Autonomía,  $DO =$  Dominio del Entorno,  $PV =$  Propósito en la Vida,  $CP =$  Crecimiento Personal,  $IM =$  Imagen Corporal,  $IS =$  Importancia Subjetiva de la Corporalidad,  $CF =$  Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física,  $AF =$  Atractivo Físico Autopercebido,  $CA =$  Cuidado del Aspecto Físico,  $PIC =$  Pensamientos Sobre la Imagen Corporal,  $PN =$  Pensamientos Negativos,  $PE =$  Pensamientos Positivos,  $AC =$  Autoconcepto Físico.

La variable *Felicidad* (Figura 1), presentó un incremento importante en el grupo experimental [ $t_{(40)} = -5.71, p = .001, d = 1.11$ ], con un tamaño de efecto grande. Mientras que el grupo control no sufrió cambios significativos [ $t_{(68)} = .22, p = .82, d = .04$ ].

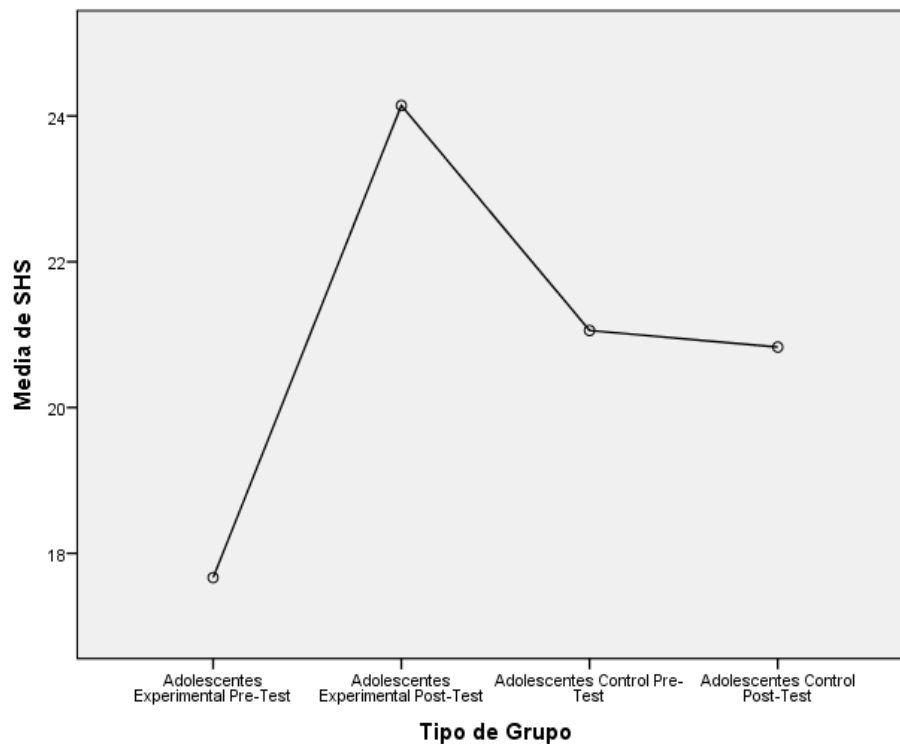


Figura 1. Comparación en Variable Felicidad entre el Grupo Experimental y Control.

La variable *Bienestar Psicológico* (Figura 2), mostró un aumento substancial en el grupo experimental, [ $t_{(40)} = -4.71, p = .001, d = .97$ ], obteniendo un tamaño de efecto grande. El grupo control no tuvo cambios significativos en su pre-test y su post-test [ $t_{(68)} = -.86, p = .40, d = .12$ ].

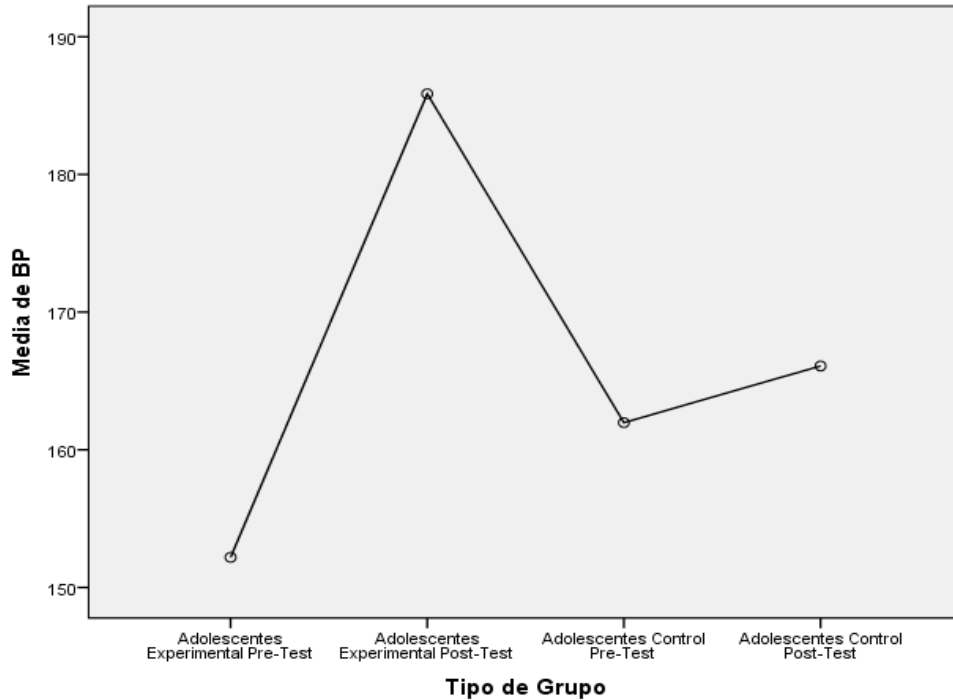


Figura 2. Comparación en Variable *Bienestar Psicológico* entre el Grupo Experimental y Control.

La dimensión *Autoaceptación* (Figura 3), por su parte también se incrementó en el grupo experimental [ $t_{(40)} = -4.01, p = .001, d = .83$ ], obteniendo un tamaño de efecto grande. En tanto, que en el grupo control no se presentaron cambios entre su pre-test y post-test [ $t_{(68)} = -.58, p = .56, d = .09$ ].

Las *Relaciones Positivas con Otras Personas* (Figura 4), en el grupo experimental, de igual forma también tuvo un incremento sustancial [ $t_{(40)} = -3.02, p = .004, d = .60$ ], obteniendo un tamaño de efecto mediano, en la diferencia de medias del pre y post-test. En el caso del grupo control no hubo cambios [ $t_{(68)} = -.37, p = .72, d = .06$ ].

La dimensión *Autonomía* (Figura 5), también se incrementó [ $t_{(40)} = -2.74, p = .009, d = .56$ ], con tamaño de efecto medio. El grupo control no tuvo cambios [ $t_{(67)} = -.35, p = .73, d = .05$ ].

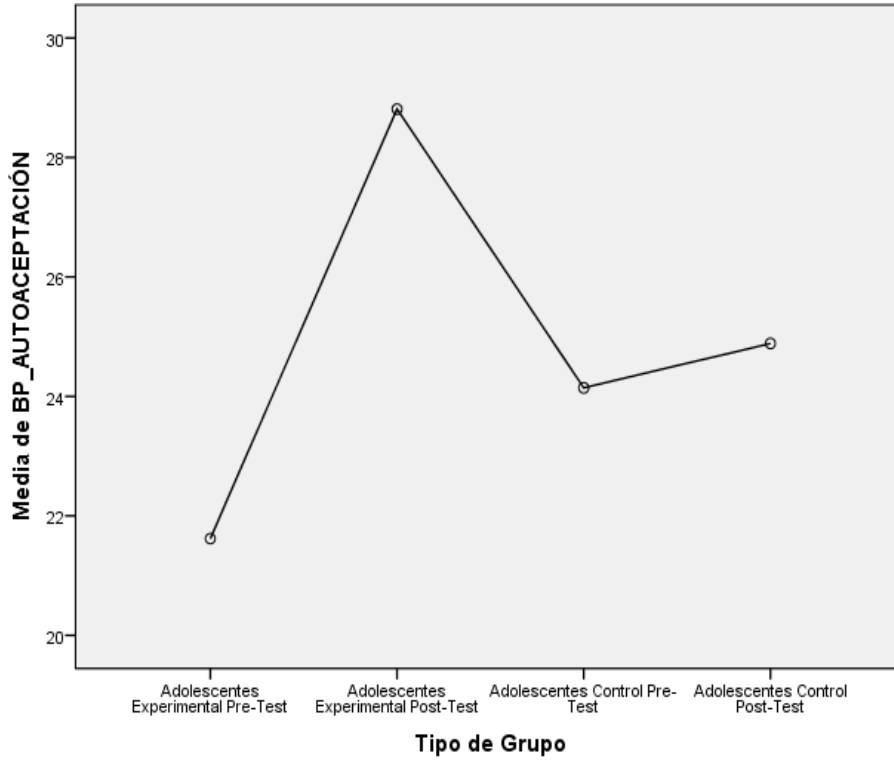


Figura 3. Comparación en dimensión Autoaceptación entre el Grupo Experimental y Control.

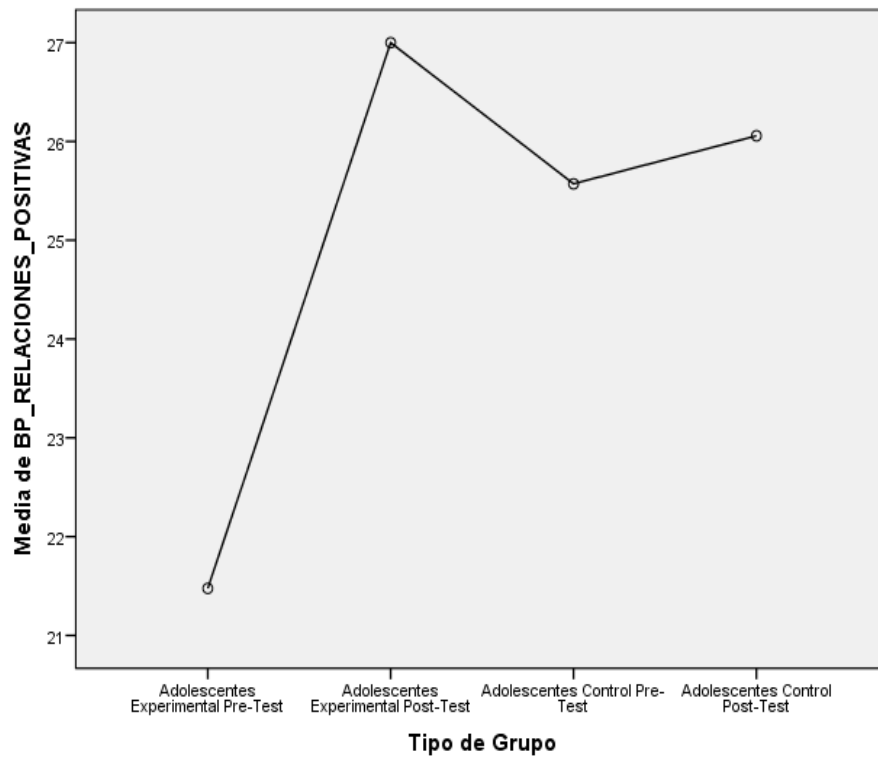


Figura 4. Comparación en dimensión Relaciones Positivas entre el Grupo Experimental y Control.

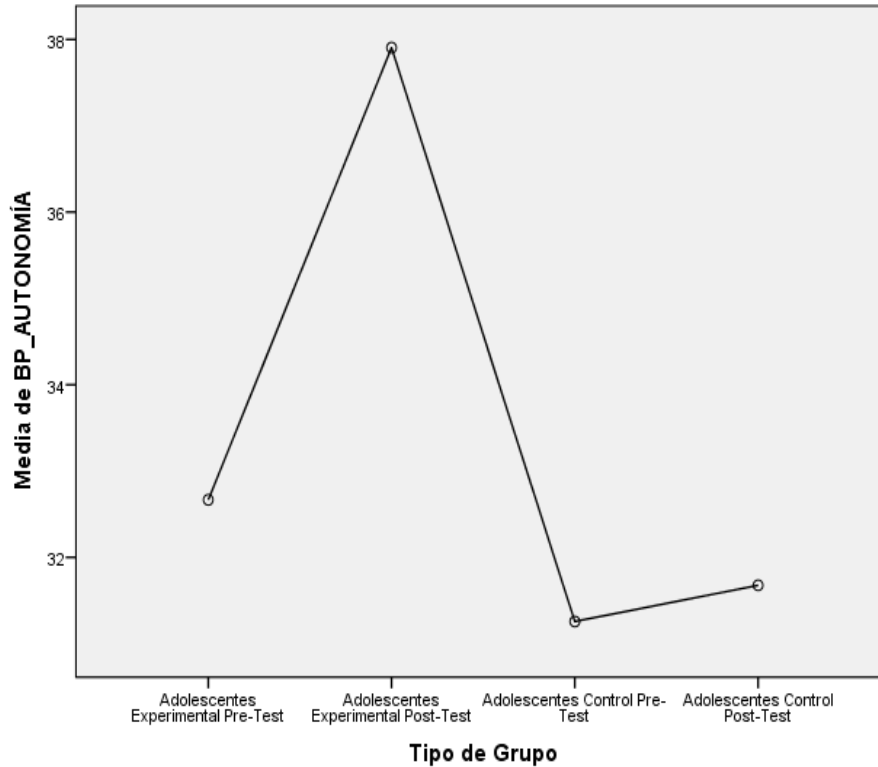


Figura 5. Comparación en dimensión Autonomía entre el Grupo Experimental y Control.

La dimensión *Dominio del Entorno* (Figura 6), para el grupo experimental, se elevó de manera considerable [ $t_{(40)} = -3.39, p = .002, d = .68$ ], con un tamaño de efecto mediano. Mientras, en el grupo control no se observaron cambios significativos [ $t_{(67)} = -.65, p = .52, d = .11$ ].

La dimensión *Propósito en la Vida* (Figura 7), al igual que otras variables (Ejemplo. Felicidad) obtuvo un importante incremento [ $t_{(40)} = -2.99, p = .005, d = .60$ ], con un tamaño de efecto mediano. En el grupo control no hubo cambios significativos [ $t_{(68)} = -.67, p = .51, d = .11$ ].

La dimensión *Crecimiento Personal* (Figura 8), en el grupo experimental de adolescentes, obtuvo un incremento muy importante [ $t_{(40)} = -4.24, p = .001, d = .84$ ], mostrando un tamaño de efecto grande. Mientras, el grupo control no sufrió cambios substanciales en sus correspondientes medidas [ $t_{(68)} = -1.06, p = .29, d = .17$ ].

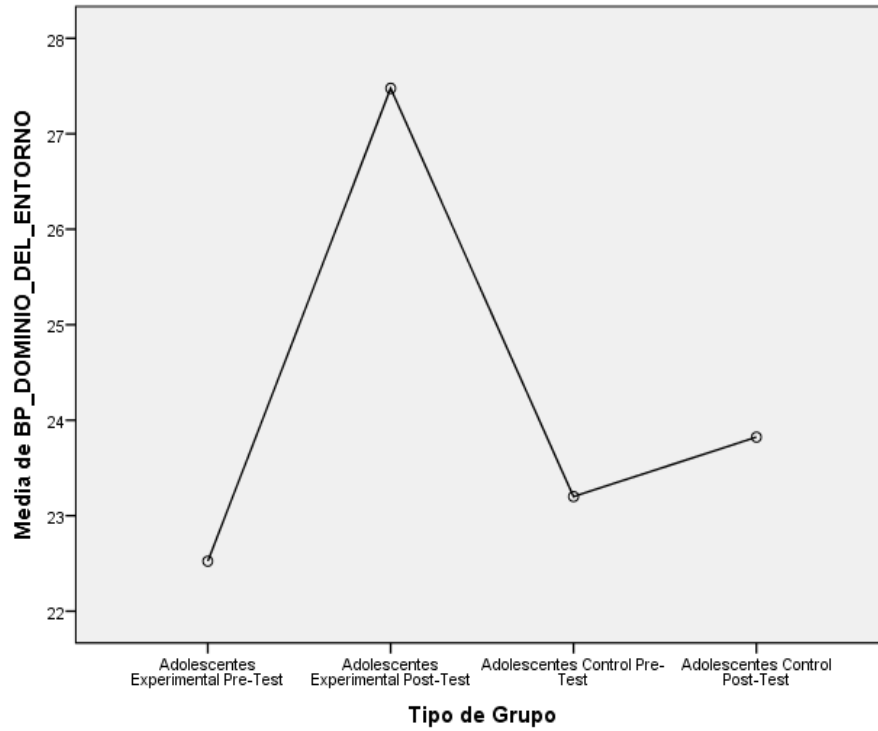


Figura 6. Comparación en dimensión Dominio del Entorno entre el Grupo Experimental y Control.

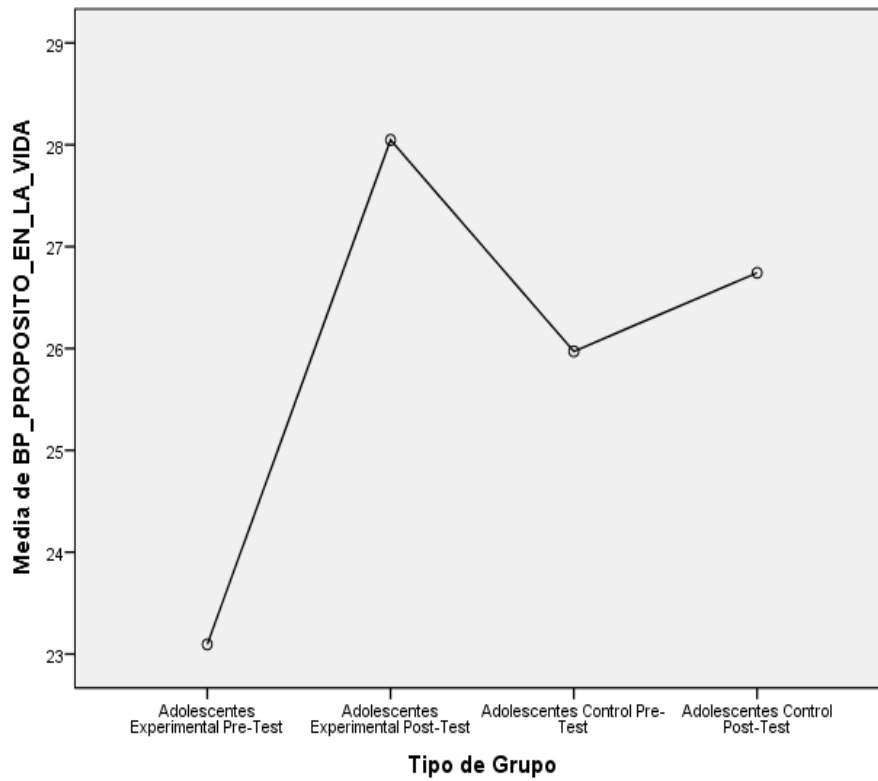


Figura 7. Comparación en dimensión Propósito en la Vida entre el Grupo Experimental y Control.

La variable *Imagen Corporal* (Figura 9), en el grupo experimental, presentó un incremento muy

importante [ $t_{(40)} = -5.68, p = .001, d = 1.15$ ], con un tamaño del efecto grande. En tanto, para el grupo control no hubo cambios en sus pre y post pruebas [ $t_{(68)} = -.27, p = .79, d = .04$ ].

La dimensión *Importancia Subjetiva de la Corporalidad* (Figura 10) [ $t_{(40)} = -5.98, p = .001, d = 1.21$ ], se incrementó notoriamente con un tamaño del efecto grande. En tanto, el grupo control no sufrió cambios significativos en sus correspondientes test [ $t_{(68)} = -.39, p = .70, d = .06$ ].

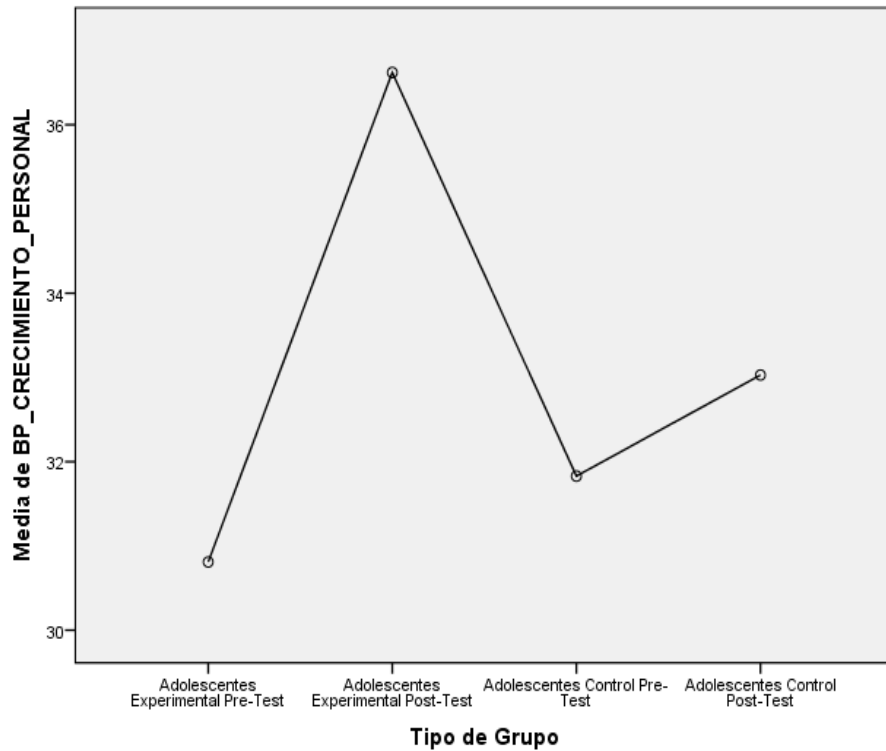


Figura 8. Comparación en dimensión Crecimiento Personal entre el Grupo Experimental y Control.



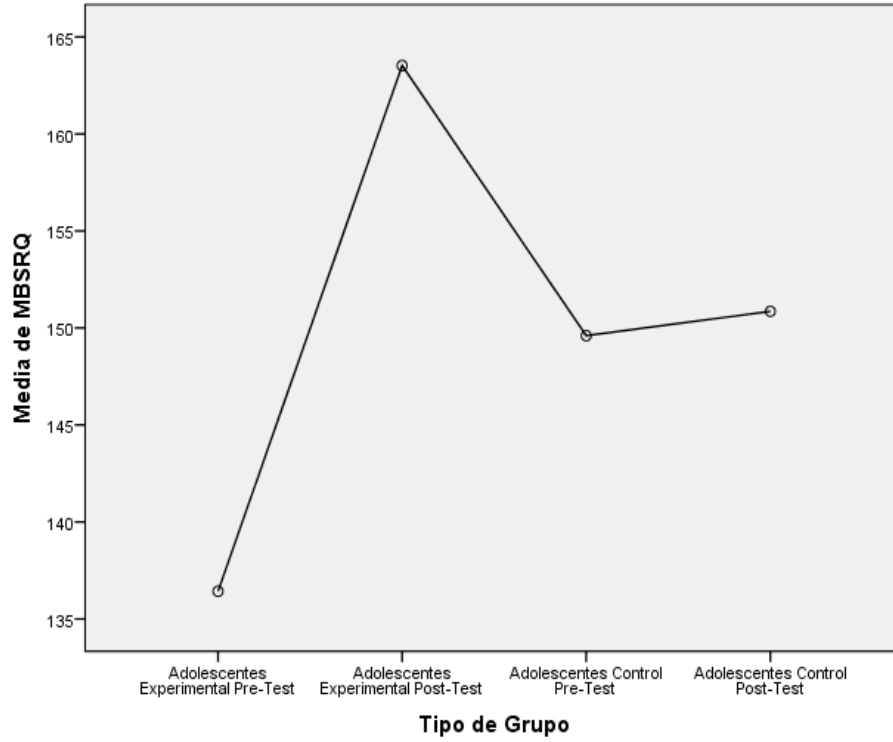


Figura 9. Comparación en Variable Imagen Corporal entre el Grupo Experimental y Control.

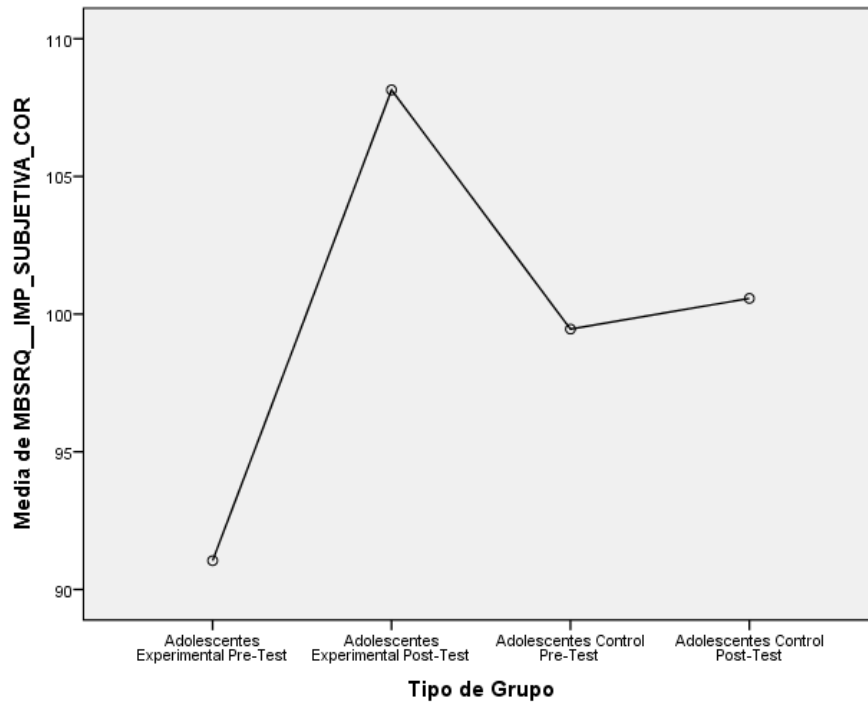


Figura 10. Comparación en dimensión Importancia Subjetiva de la Corporalidad entre el Grupo Experimental y Control.

La dimensión *Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física*, presentó un incremento con respecto al grupo control (Figura 11) [ $t_{(40)} = -3.00, p = .005, d = .62$ ], con tamaño de efecto mediano. El grupo control no mostró cambio [ $t_{(68)} = -.18, p = .86, d = .03$ ].

El *Atractivo Físico Autopercebido* (Figura 12), para el grupo experimental, obtuvo un incremento significativo [ $t_{(40)} = -4.82, p = .001, d = .95$ ], con un tamaño de efecto grande. Mientras el grupo control no mostró cambios con respecto a sus pre y post-test [ $t_{(68)} = -.69, p = .50, d = .11$ ].

El *Cuidado del Aspecto Físico* (Figura 13), no presentó cambios [ $t_{(40)} = -.23, p = .82, d = .04$ ]. En el grupo control de igual forma no presentaron cambios significativos [ $t_{(68)} = .75, p = .46, d = .12$ ].

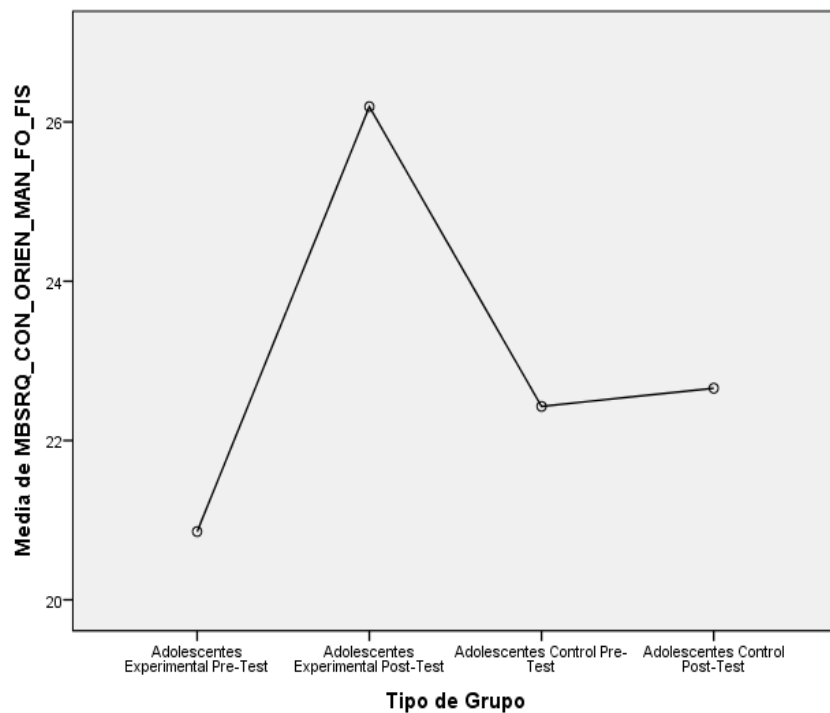


Figura 11. Comparación en dimensión *Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física* entre el Grupo Experimental y Control.

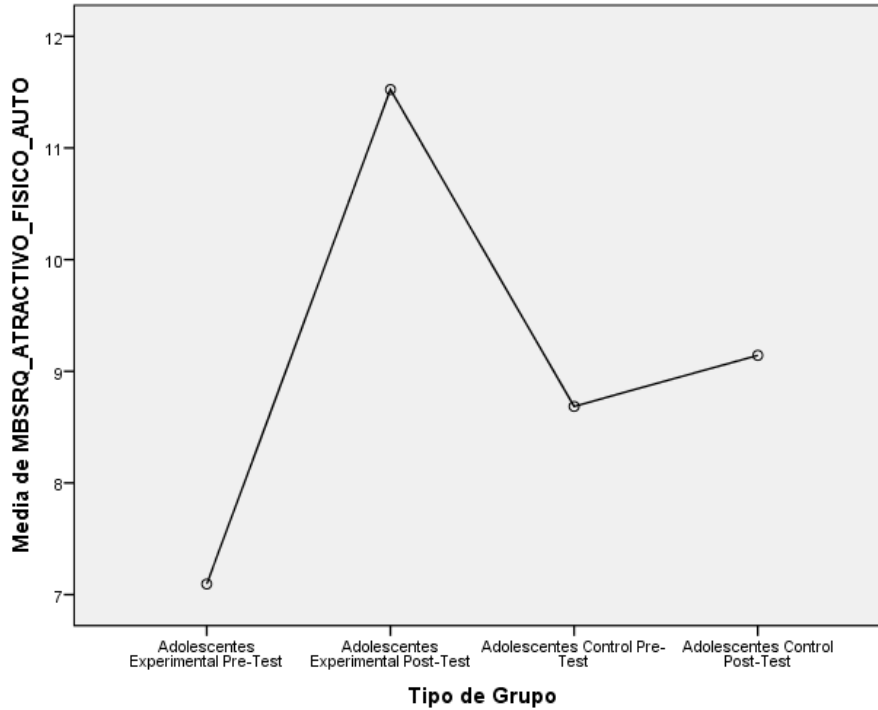


Figura 12. Comparación en dimensión Atractivo Físico Autopercebido entre el Grupo Experimental y Control.

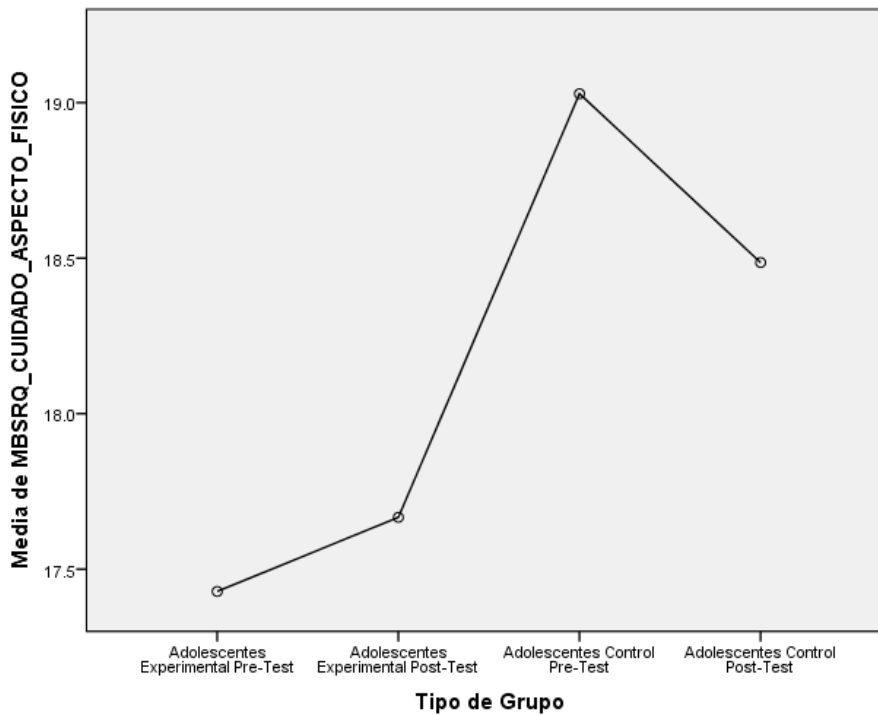


Figura 13. Comparación en dimensión Cuidado del Aspecto Físico entre el Grupo Experimental y Control.

Los *Pensamientos Sobre la Imagen Corporal* (Figura 14), en el grupo experimental, por su parte también tuvieron un notorio incremento [ $t_{(40)} = -3.79, p = .001, d = .74$ ], con un tamaño de

efecto medio. En el grupo control no se mostraron cambios significativos [ $t_{(68)} = .44, p = .66, d = .07$ ].

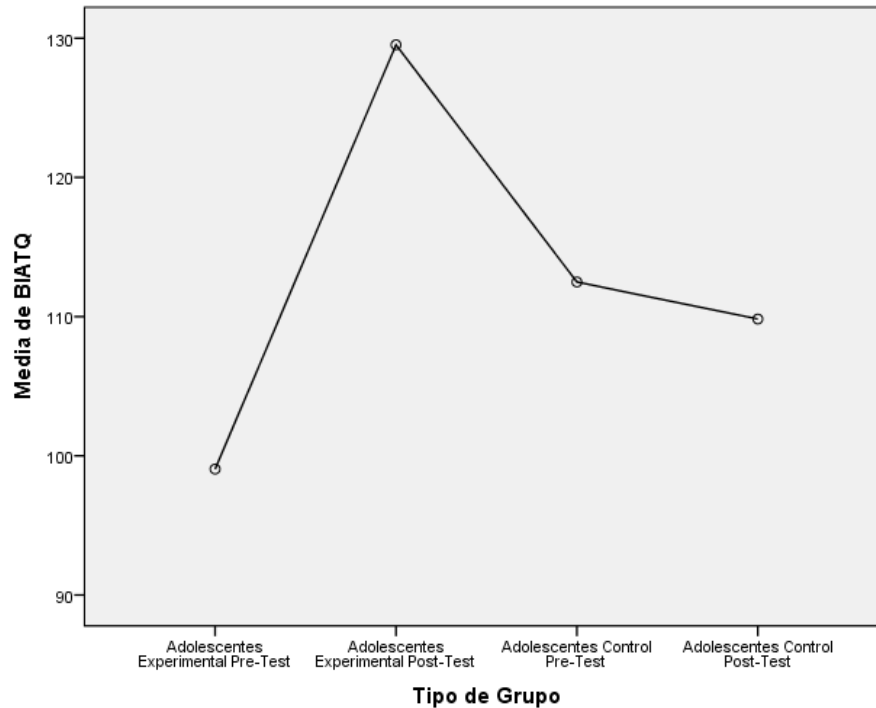


Figura 14. Comparación en Variable Pensamientos Sobre la Imagen Corporal entre el Grupo Experimental y Control.

La dimensión *Pensamientos Negativos* (Figura 15), con respecto a la Imagen Corporal, para el grupo experimental, tuvo un incremento considerable [ $t_{(40)} = -3.02, p = .004, d = .59$ ], con un tamaño de efecto mediano, en la diferencia de medias entre pre-test y post-test. En tanto, el grupo control no obtuvo cambios significativos en sus respectivas mediciones [ $t_{(68)} = .29, p = .78, d = .04$ ].

La dimensión *Pensamientos Positivos* (Figura 16), en el grupo experimental de adolescentes mostró un cambio muy importante [ $t_{(40)} = -4.06, p = .001, d = .81$ ], con un tamaño de efecto grande, con respecto a la diferencia de medias de las pruebas psicométricas aplicadas al inicio y fin de la intervención. En tanto, el grupo control no sufrió cambios significativos en sus correspondientes evaluaciones [ $t_{(68)} = .58, p = .56, d = .09$ ].

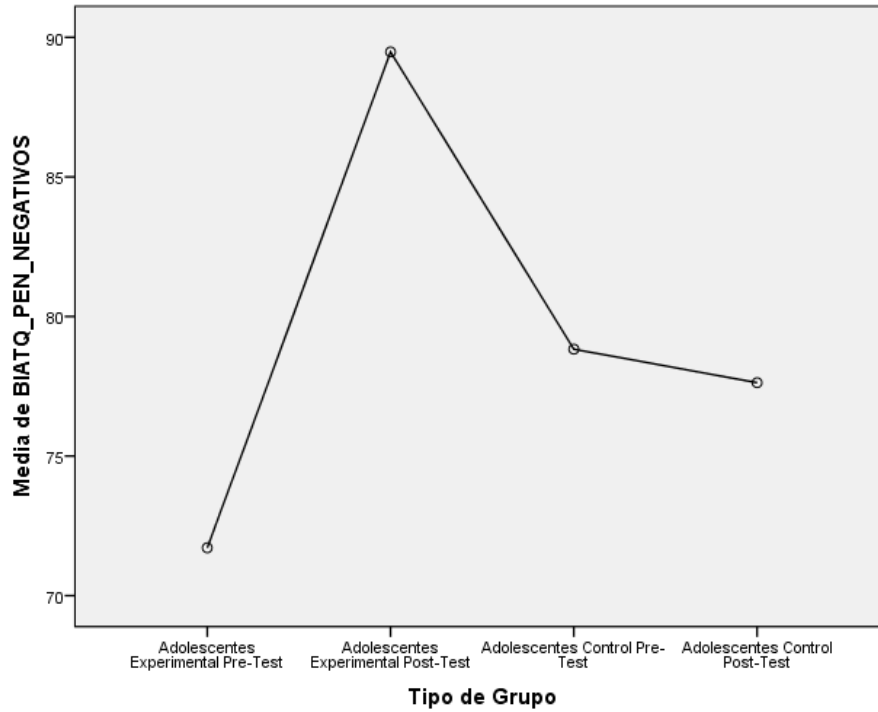


Figura 15. Comparación en dimensión Pensamientos Negativos entre el Grupo Experimental y Control.

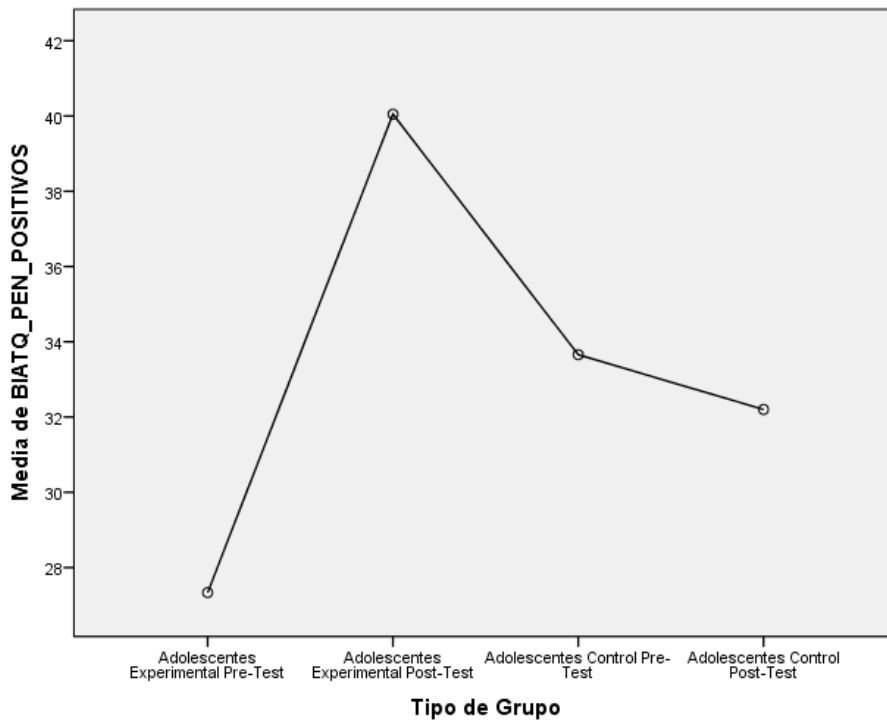


Figura 16. Comparación en dimensión Pensamientos Positivos entre el Grupo Experimental y Control.

Por último, la variable *Autoconcepto Físico* (Figura 17) se incrementó [ $t_{(40)} = -3.51, p = .001, d = .71$ ], con un tamaño de efecto mediano. En tanto, el grupo control no tuvo cambios [ $t_{(68)} = -.86,$

$p = .40, d = .00$ ].

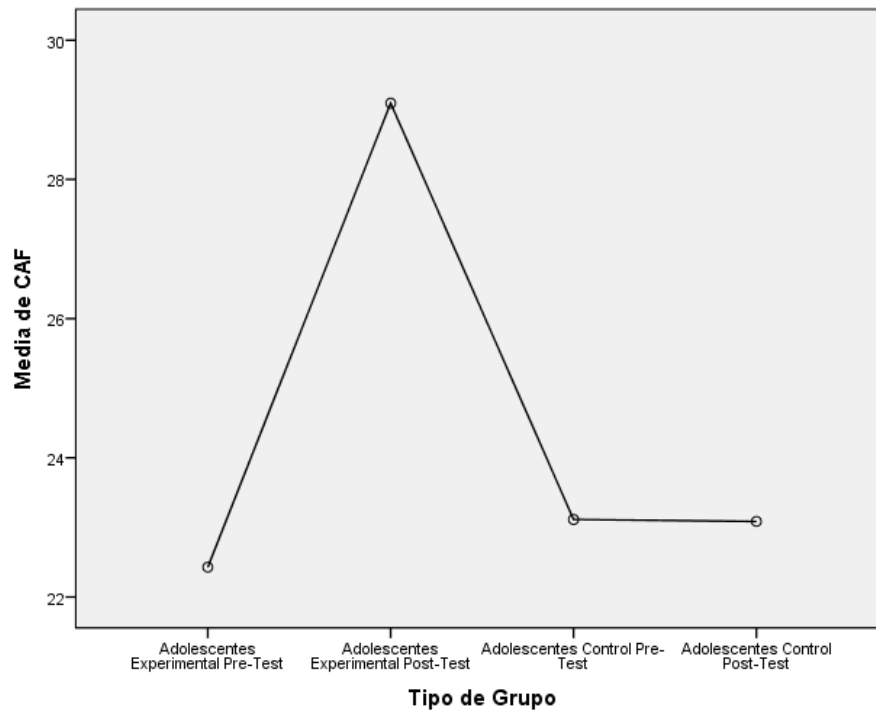


Figura 17. Comparación en Variable Autoconcepto Físico entre el Grupo Experimental y Control.

### Eficacia de la Intervención Psicológica en el Grupo de Adultas Jóvenes

De forma general, es posible precisar que la intervención psicológica fue positiva, en gran parte las variables abordadas (Ver Tabla 12). La dimensión *Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física* (CF) resultó no significativa y en el caso de la *Imagen Corporal* el cambio fue pequeño. Los tamaños del efecto estuvieron en el rango para la  $d$  de Cohen entre .01 y 1.72. Para las etas al cuadrado ( $\eta^2$ ) los valores oscilaron entre .00 y .42.

Tabla 12.

ANOVA de un Factor de Medidas Repetidas y Prueba *t* de student en Adultas Jóvenes (IC95%).

Variable	Grupo-Test	M	DE	Prueba F	Prueba <i>t</i>
FE	Exp. Pre	17.03	3.33	$F(3, 108) = 25.93, p = .001, \eta^2 = .42$	$t_{(58)} = -10.50, p = .001, d = 1.72$
	Exp. Post	24.67	2.19		
	Control Pre	22.19	3.99		$t_{(50)} = -.50, p = .619, d = .09$
	Control Post	22.77	4.31		
BP	Exp. Pre	156.20	26.21	$F(3, 108) = 13.07, p = .001, \eta^2 = .27$	$t_{(58)} = -6.02, p = .001, d = 1.01$
	Exp. Post	193.60	21.68		
	Control Pre	180.12	22.19		$t_{(50)} = -.94, p = .350, d = .18$
	Control Post	186.65	27.55		
AA	Exp. Pre	21.90	5.02	$F(3, 108) = 18.72, p = .001, \eta^2 = .34$	$t_{(58)} = -7.41, p = .001, d = 1.24$
	Exp. Post	30.63	4.06		
	Control Pre	27.58	5.11		$t_{(50)} = -.66, p = .514, d = .12$
	Control Post	28.46	4.58		
RP	Exp. Pre	21.60	6.60	$F(3, 108) = 10.79, p = .001, \eta^2 = .23$	$t_{(58)} = -4.46, p = .001, d = .74$
	Exp. Post	28.27	4.85		
	Control Pre	28.00	4.97		$t_{(50)} = -.70, p = .487, d = .13$
	Control Post	29.08	6.07		
AU	Exp. Pre	29.80	5.80	$F(3, 108) = 8.42, p = .001, \eta^2 = .19$	$t_{(58)} = -4.76, p = .001, d = .80$
	Exp. Post	36.53	5.14		
	Control Pre	31.50	5.08		$t_{(50)} = -2.27, p = .028, d = .46$
	Control Post	35.58	7.65		
DO	Exp. Pre	25.43	4.22	$F(3, 108) = 6.36, p = .001, \eta^2 = .15$	$t_{(58)} = -4.40, p = .001, d = .75$
	Exp. Post	30.07	3.93		
	Control Pre	27.81	4.47		$t_{(50)} = -.97, p = .335, d = .18$
	Control Post	29.04	4.65		
PV	Exp. Pre	24.37	6.22	$F(3, 108) = 7.84, p = .001, \eta^2 = .18$	$t_{(58)} = -4.74, p = .001, d = .78$
	Exp. Post	30.90	4.29		
	Control Pre	28.42	4.98		$t_{(50)} = -.05, p = .958, d = .01$
	Control Post	28.50	5.48		
CP	Exp. Pre	33.10	6.01	$F(3, 108) = 4.32, p = .006, \eta^2 = .11$	$t_{(58)} = -3.06, p = .003, d = .50$
	Exp. Post	37.20	4.21		
	Control Pre	36.81	4.41		$t_{(50)} = .66, p = .512, d = .12$
	Control Post	36.00	4.42		
IM	Exp. Pre	145.70	23.94	$F(3, 108) = 3.97, p = .010, \eta^2 = .10$	$t_{(58)} = -3.37, p = .001, d = .57$
	Exp. Post	164.87	19.96		
	Control Pre	148.35	20.64		$t_{(50)} = -.61, p = .543, d = .12$
	Control Post	152.50	27.71		
IS	Exp. Pre	97.97	14.58	$F(3, 108) = 4.11, p = .008, \eta^2 = .10$	$t_{(58)} = -3.24, p = .002, d = .54$
	Exp. Post	109.37	12.62		
	Control Pre	97.65	13.48		$t_{(50)} = -.76, p = .454, d = .14$
	Control Post	100.92	17.47		
CF	Exp. Pre	21.83	7.59	$F(3, 108) = .768, p = .514, \eta^2 = .02$	$t_{(58)} = -1.51, p = .137, d = .25$
	Exp. Post	24.53	6.22		
	Control Pre	22.00	7.67		$t_{(50)} = -.31, p = .755, d = .06$
	Control Post	22.73	9.08		
AF	Exp. Pre	8.07	2.79	$F(3, 108) = 15.25, p = .001, \eta^2 = .30$	$t_{(58)} = -7.75, p = .001, d = 1.27$
	Exp. Post	12.80	1.85		
	Control Pre	10.46	2.97		$t_{(50)} = -.58, p = .564, d = .11$
	Control Post	10.96	3.23		
CA	Exp. Pre	17.83	2.91	$F(3, 108) = .12, p = .95, \eta^2 = .00$	$t_{(58)} = -.46, p = .650, d = .08$
	Exp. Post	18.17	2.76		
	Control Pre	18.23	3.41		$t_{(50)} = .37, p = .713, d = .07$

	Control Post	17.88	3.34		
PIC	Exp. Pre	103.67	23.68	$F(3, 108) = 22.68, p = .001, \eta^2 = .39$	$t_{(58)} = -7.49, p = .001, d = 1.22$
	Exp. Post	139.27	10.81		
	Control Pre	95.00	32.24	$t_{(50)} = .88, p = .385, d = .16$	
	Control Post	87.12	32.69		
PN	Exp. Pre	73.63	14.70	$F(3, 108) = 19.93, p = .001, \eta^2 = .36$	$t_{(58)} = -6.74, p = .001, d = 1.11$
	Exp. Post	92.63	4.71		
	Control Pre	58.08	31.63	$t_{(50)} = 1.15, p = .257, d = .21$	
	Control Post	47.92	32.23		
PE	Exp. Pre	30.03	11.25	$F(3, 108) = 12.66, p = .001, \eta^2 = .26$	$t_{(58)} = -6.56, p = .001, d = 1.08$
	Exp. Post	46.63	8.10		
	Control Pre	36.92	10.07	$t_{(50)} = -.72, p = .472, d = .14$	
	Control Post	39.19	12.40		
AC	Exp. Pre	24.47	5.48	$F(3, 108) = 4.77, p = .004, \eta^2 = .12$	$t_{(58)} = -3.51, p = .001, d = .61$
	Exp. Post	29.47	5.55		
	Control Pre	24.19	6.44	$t_{(50)} = -.69, p = .492, d = .13$	
	Control Post	25.46	6.78		

*M = Media, DE = Desviación Estándar, d = d de Cohen,  $\eta^2$  = eta al cuadrado, FE = Felicidad, BP = Bienestar Psicológico, AA = Autoaceptación, RP = Relaciones Positivas, AU = Autonomía, DO = Dominio del Entorno, PV = Propósito en la Vida, CP = Crecimiento Personal, IM = Imagen Corporal, IS = Importancia Subjetiva de la Corporalidad, CF = Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física, AF = Atractivo Físico Autopercebido, CA = Cuidado del Aspecto Físico, PIC = Pensamientos Sobre la Imagen Corporal, PN = Pensamientos Negativos, PE = Pensamientos Positivos, AC = Autoconcepto Físico.*

La Felicidad (Figura 18), presentó un gran incremento en el grupo experimental, [ $t_{(58)} = -10.50, p = .001, d = 1.72$ ] con un tamaño de efecto grande. Mientras que el grupo control no sufrió cambios [ $t_{(50)} = -.50, p = .619, d = .09$ ].

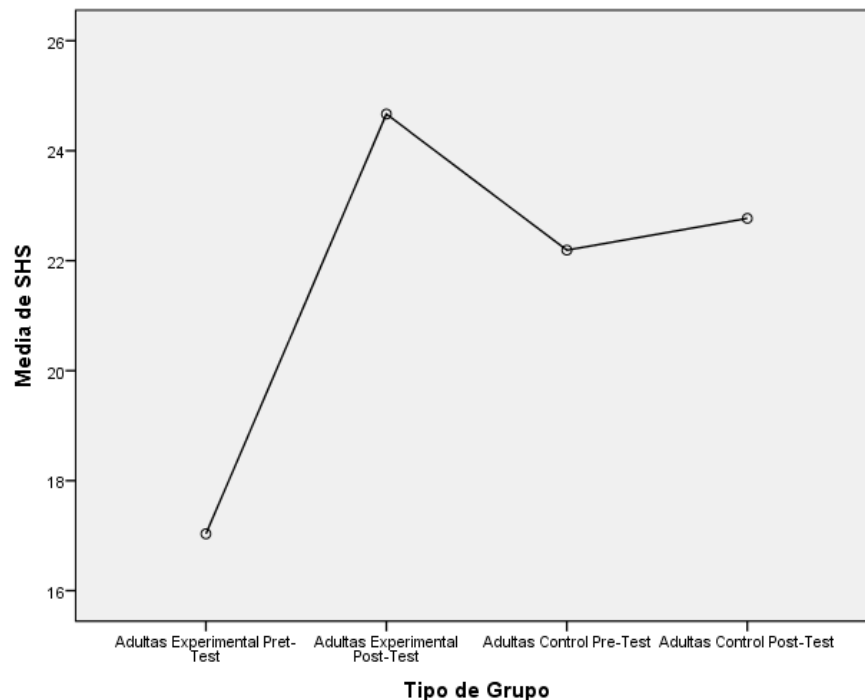


Figura 18. Comparación en Variable Felicidad entre el Grupo Experimental y Control.



La variable *Bienestar Psicológico* (Figura 19), mostró un aumento substancial en el grupo experimental, [ $t_{(58)} = -6.02, p = .001, d = 1.01$ ], obteniendo un tamaño de efecto grande. En tanto, el grupo control no tuvo cambios en su pre-test y su post-test [ $t_{(50)} = -.94, p = .350, d = .18$ ].

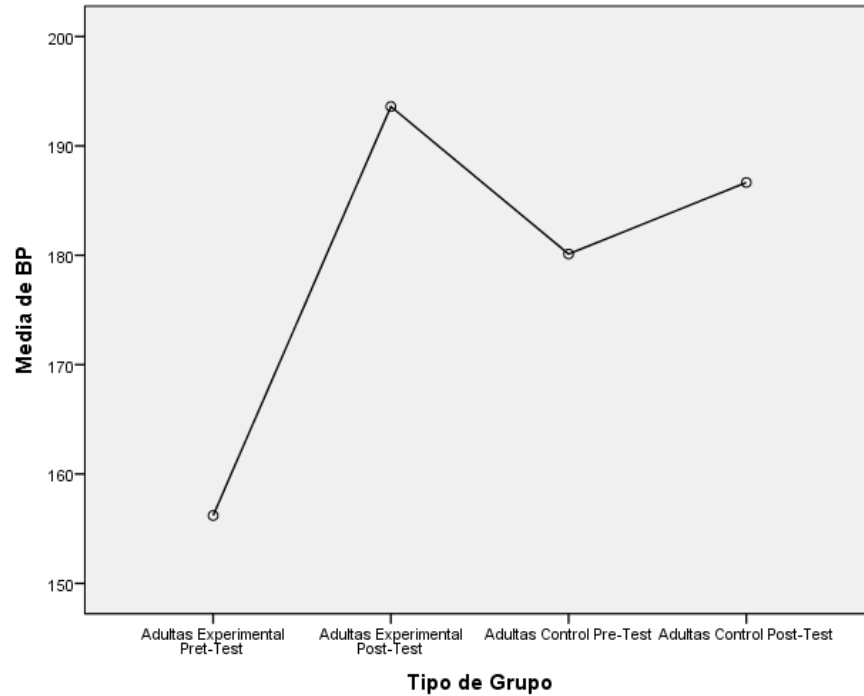


Figura 19. Comparación en Variable Bienestar Psicológico entre el Grupo Experimental y Control.

La dimensión *Autoaceptación* (Figura 20), por su parte también se incrementó en el grupo experimental [ $t_{(58)} = -7.41, p = .001, d = 1.24$ ], obteniendo un tamaño de efecto grande. En tanto, que en el grupo control no hubo cambios entre su pre-test y post-test [ $t_{(50)} = -.66, p = .514, d = .12$ ].

La dimensión *Relaciones Positivas con Otras Personas* (Figura 21), en el grupo experimental, de igual forma también obtuvo un incremento importante [ $t_{(58)} = -4.46, p = .001, d = .74$ ], obteniendo una tamaño de efecto mediano. En el caso del grupo control, no se presentaron cambios [ $t_{(50)} = -.70, p = .487, d = .13$ ].

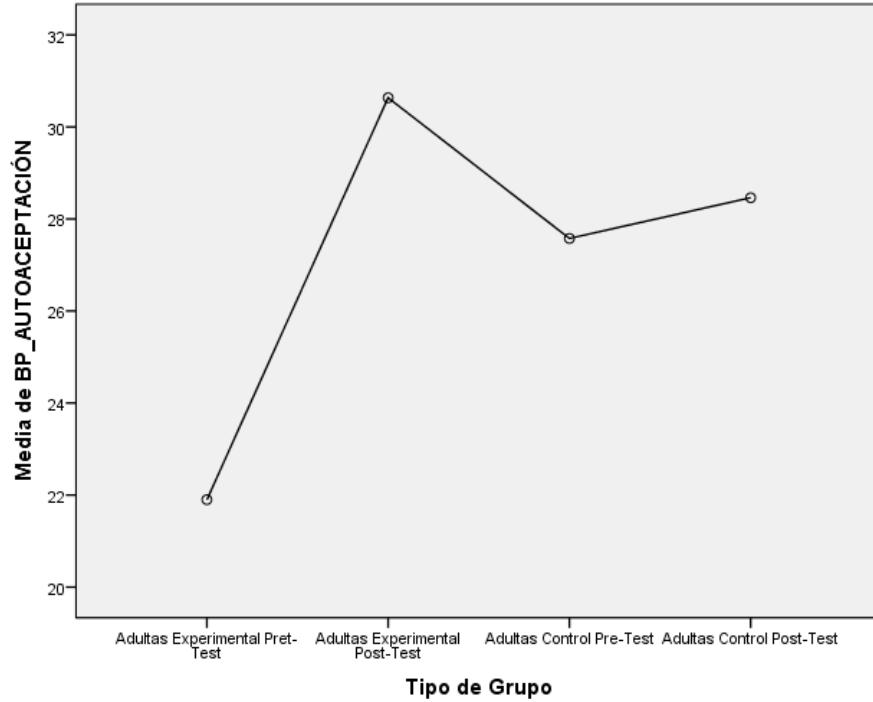


Figura 20. Comparación en dimensión Autoaceptación entre el Grupo Experimental y Control.

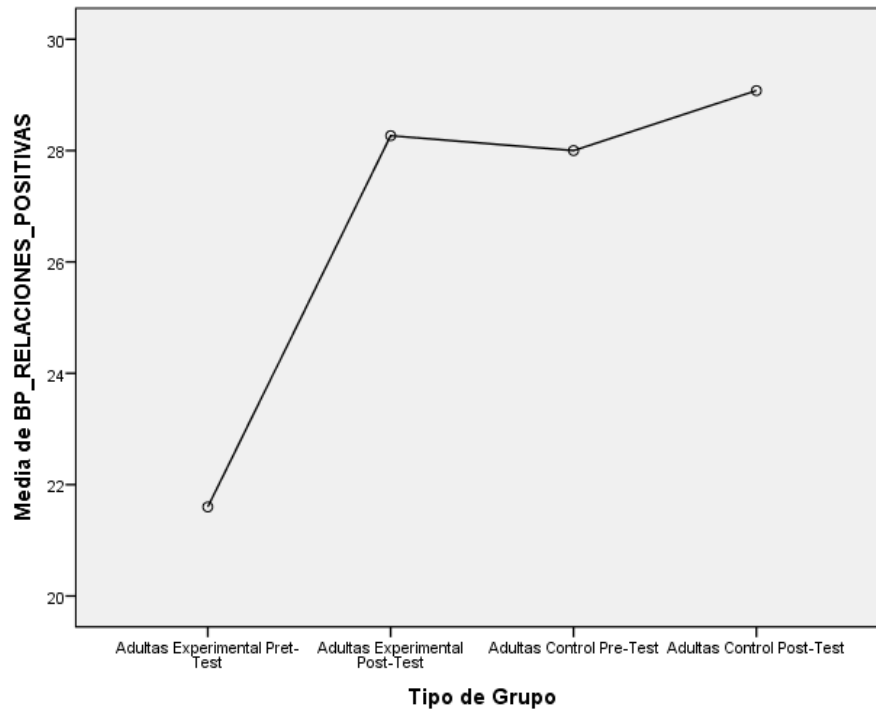


Figura 21. Comparación en dimensión Relaciones Positivas entre el Grupo Experimental y Control.

La dimensión *Autonomía* (Figura 22), se incrementó de manera significativa [ $t_{(58)} = -4.76, p = .001, d = .80$ ], con tamaño de efecto grande. El grupo control tuvo un leve incremento [ $t_{(50)} = -2.27, p = .028, d = .46$ ].

La dimensión *Dominio del Entorno* (Figura 23), para el grupo experimental, se elevó de manera considerable [ $t_{(58)} = -4.40, p = .001, d = .75$ ], con un tamaño de efecto mediano. Mientras, en el grupo control no se presentaron cambios significativos [ $t_{(50)} = -.97, p = .335, d = .18$ ].

La dimensión *Propósito en la Vida* (Figura 24), se incrementó considerablemente [ $t_{(58)} = -4.74, p = .001, d = .78$ ], con un tamaño de efecto medio. En el grupo control se presentó un ligero incremento en las puntuaciones [ $t_{(50)} = -2.27, p = .028, d = .46$ ].

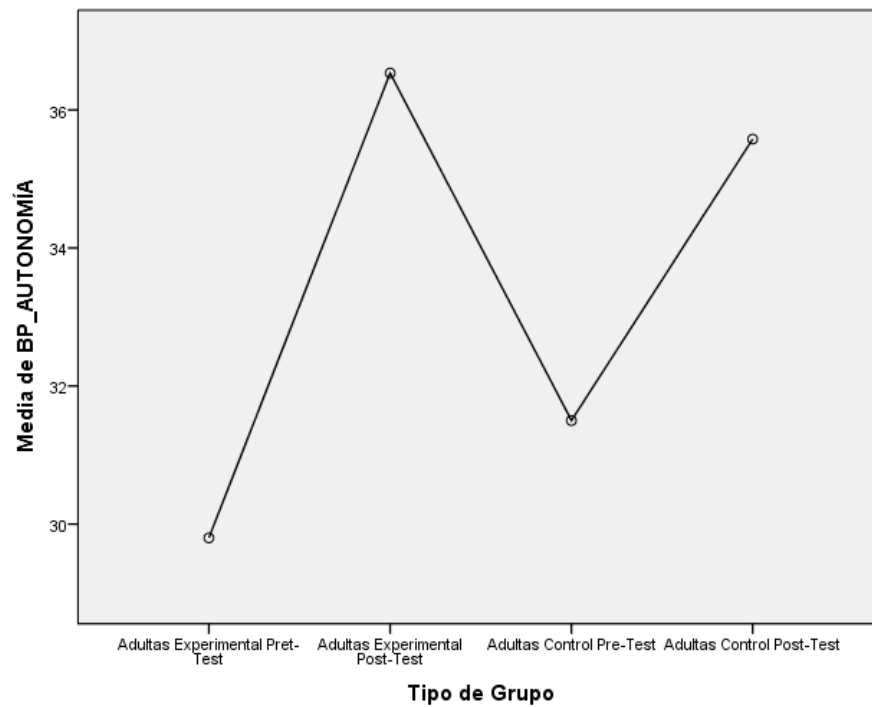


Figura 22. Comparación en dimensión Autonomía entre el Grupo Experimental y Control.

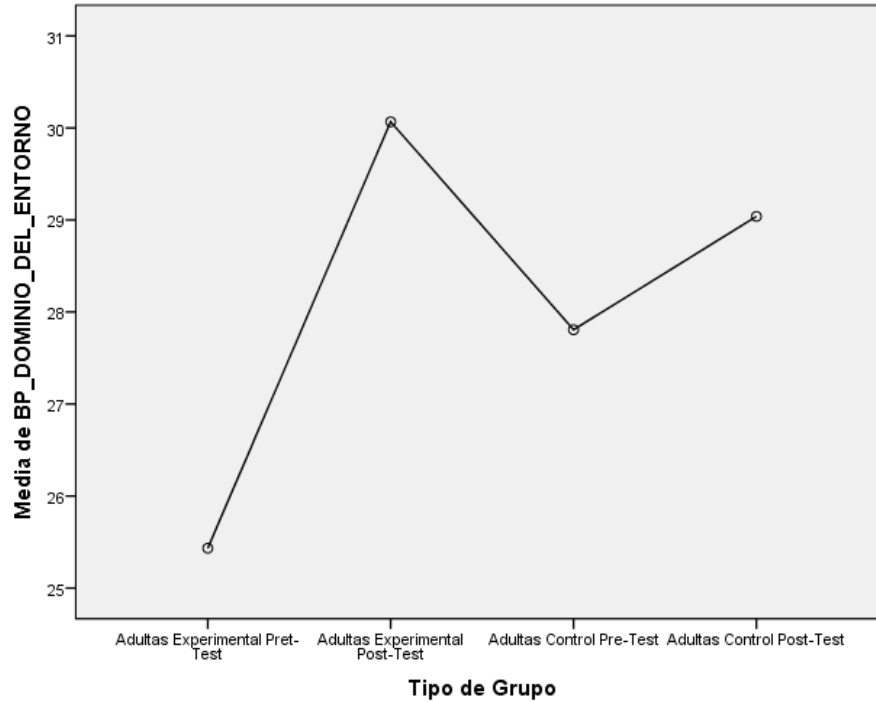


Figura 23. Comparación en dimensión Dominio del Entorno entre el Grupo Experimental y Control.

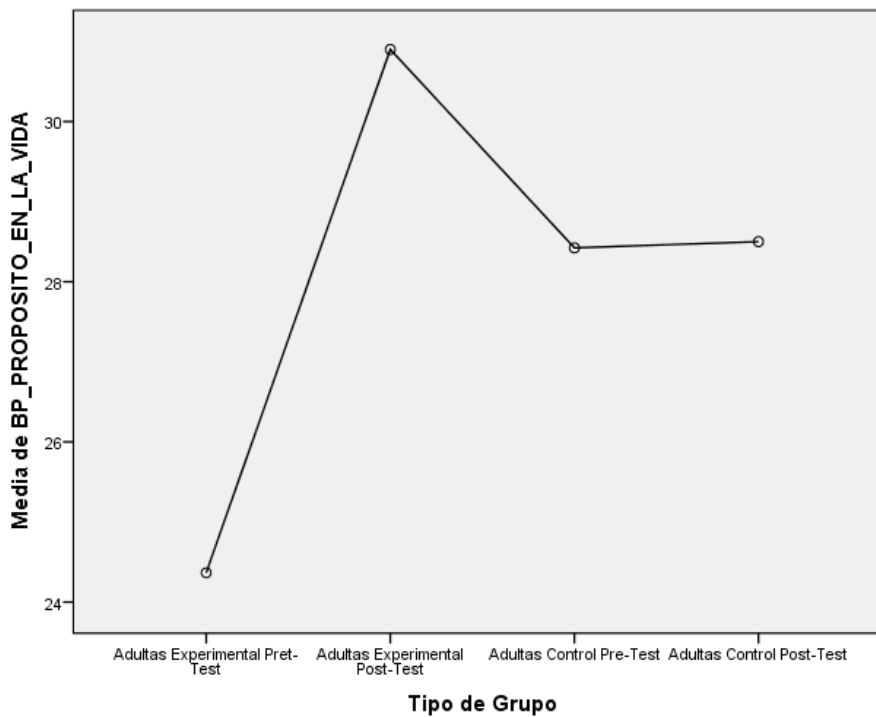


Figura 24. Comparación en dimensión Propósito en la Vida entre el Grupo Experimental y Control.

La dimensión *Crecimiento Personal* (Figura 25), en el grupo experimental de adultas jóvenes, presentó una elevación importante [ $t_{(58)} = -3.06, p = .003, d = .50$ ], mostrando un tamaño de efecto

moderado. Mientras, el grupo control no sufrió cambios substanciales en sus correspondientes medidas [ $t_{(50)} = .66, p = .512, d = .12$ ].

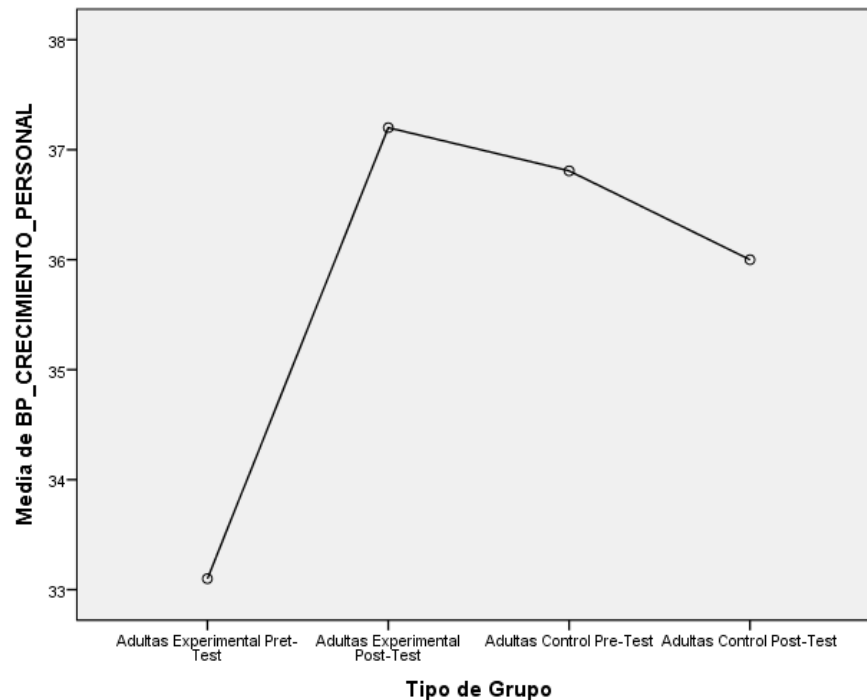


Figura 25. Comparación en dimensión Crecimiento Personal entre el Grupo Experimental y Control.

La variable *Imagen Corporal* (Figura 26), presentó cambios significativos [ $t_{(58)} = -3.37, p = .001, d = .57$ ], con un tamaño de efecto mediano. En tanto, el grupo control se mantuvo sin cambios importantes [ $t_{(50)} = -.61, p = .543, d = .12$ ]

La *Importancia Subjetiva de la Corporalidad* (Figura 27) tuvo un incremento importante [ $t_{(58)} = -3.24, p = .002, d = .54$ ], con un tamaño de efecto medio. En el caso del grupo control, este no sufrió cambios significativos [ $t_{(50)} = -.76, p = .454, d = .14$ ]

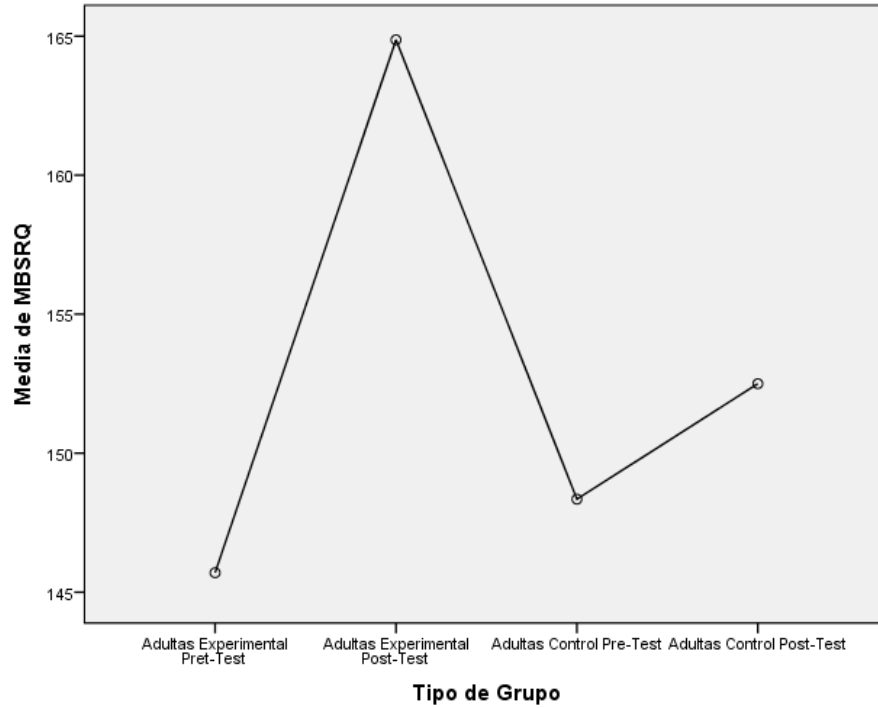


Figura 26. Comparación en Variable Imagen Corporal entre el Grupo Experimental y Control.

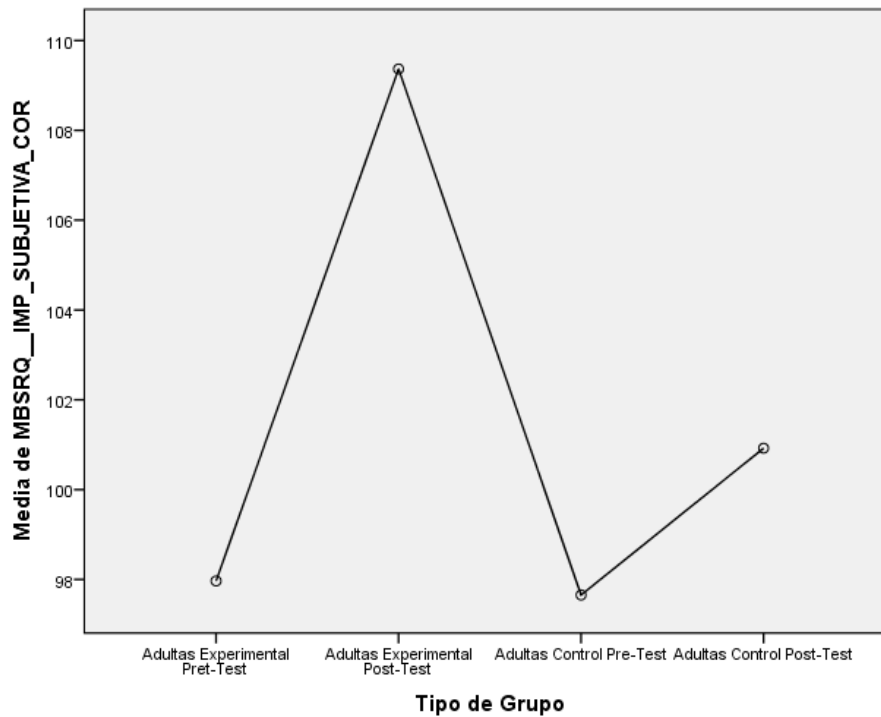


Figura 27. Comparación en dimensión Importancia Subjetiva de la Corporalidad entre el Grupo Experimental y Control.

La dimensión *Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física* (Figura 28) en el grupo de adultas jóvenes, mostró un ligero incremento [ $t_{(58)} = -1.51, p = .137, d = .25$ ]. Por otra parte, el

grupo control no registro aumento significativo [ $t_{(50)} = -.31, p = .755, d = .06$ ].

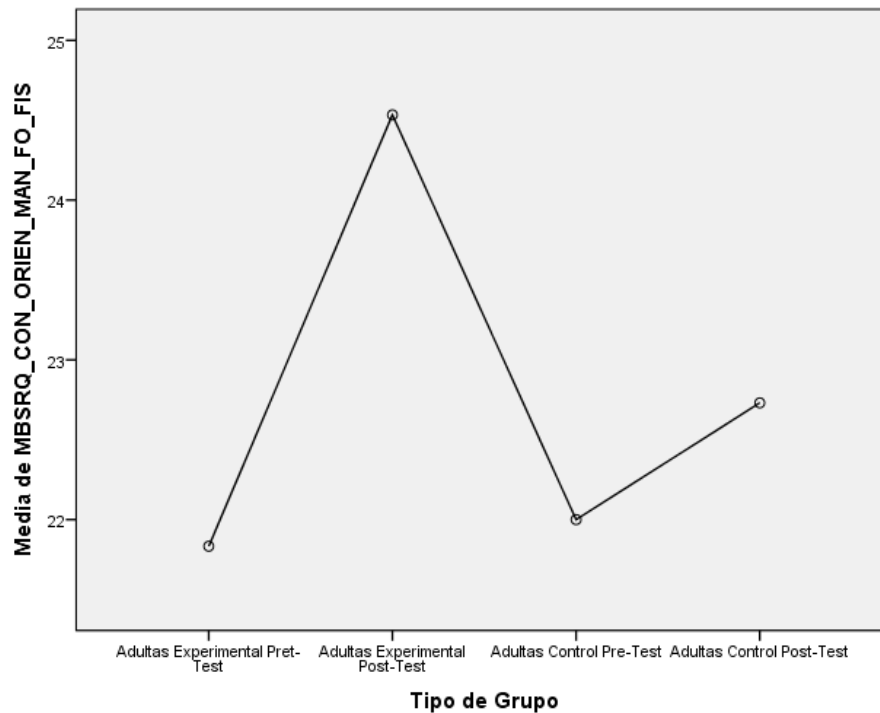


Figura 28. Comparación en dimensión Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física entre el Grupo Experimental y Control.

El *Atractivo Físico Autopercebido* (Figura 29), para el grupo experimental, obtuvo un incremento significativo [ $t_{(58)} = -7.75, p = .001, d = 1.27$ ], con un tamaño de efecto grande. Mientras, el grupo control no tuvo variaciones significativas [ $t_{(50)} = -.58, p = .564, d = .11$ ].

El *Cuidado del Aspecto Físico* (Figura 30), no presentó cambios tanto en el grupo experimental [ $t_{(58)} = -.46, p = .650, d = .08$ ] y el grupo control [ $t_{(50)} = .37, p = .713, d = .07$ ].

Los *Pensamientos Sobre la Imagen Corporal* (Figura 31), en el grupo experimental, por su parte también tuvo un claro incremento [ $t_{(58)} = -7.49, p = .001, d = 1.22$ ], con un tamaño de efecto grande. En el grupo control no se mostraron cambios significativos [ $t_{(50)} = .88, p = .385, d = .16$ ].

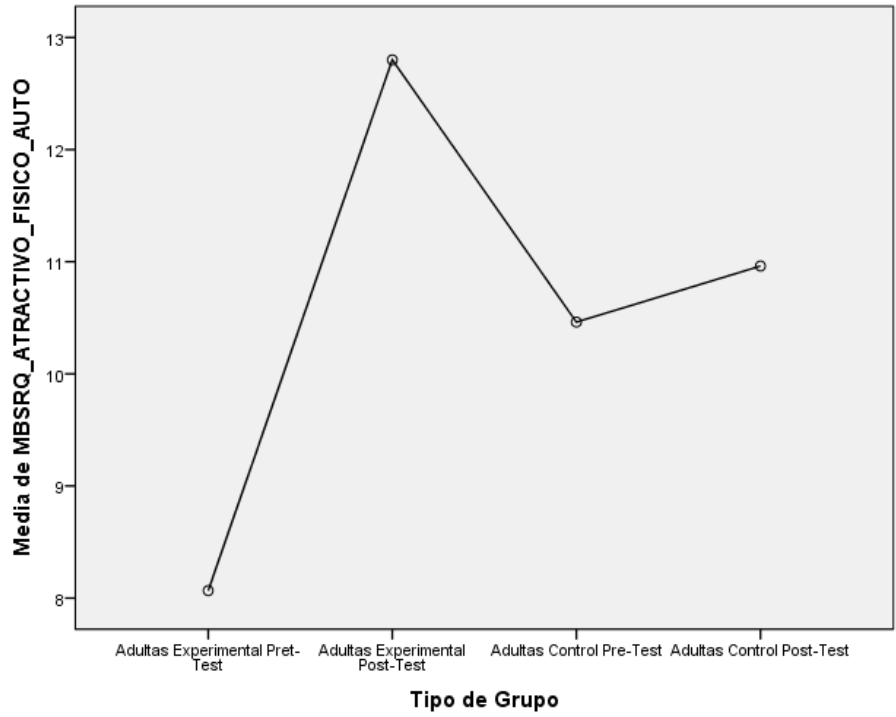


Figura 29. Comparación en dimensión Atractivo Físico Autopercebido entre el Grupo Experimental y Control.

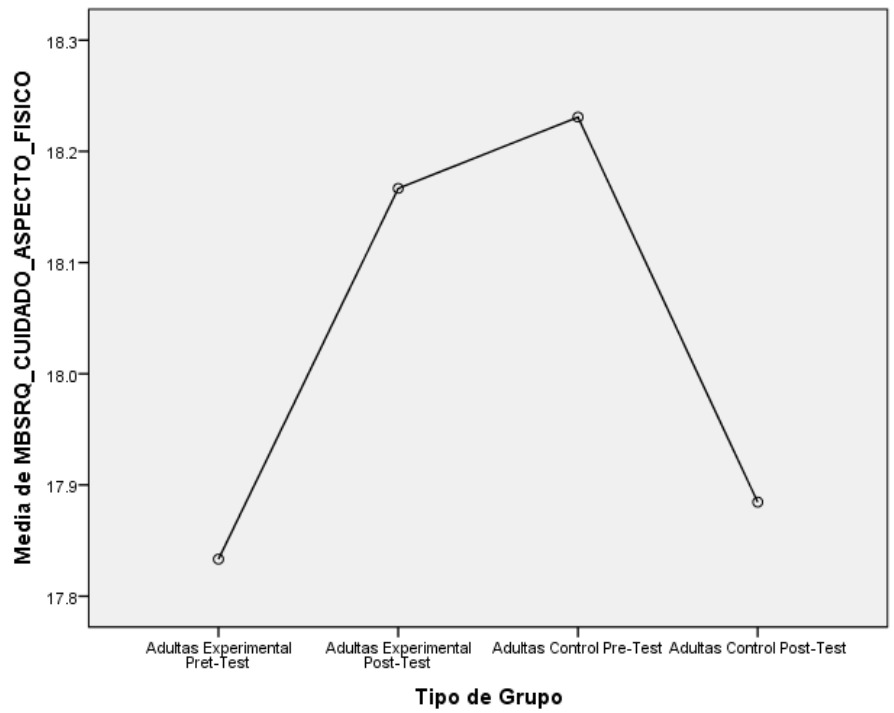


Figura 30. Comparación en dimensión Cuidado del Aspecto Físico entre el Grupo Experimental y Control.



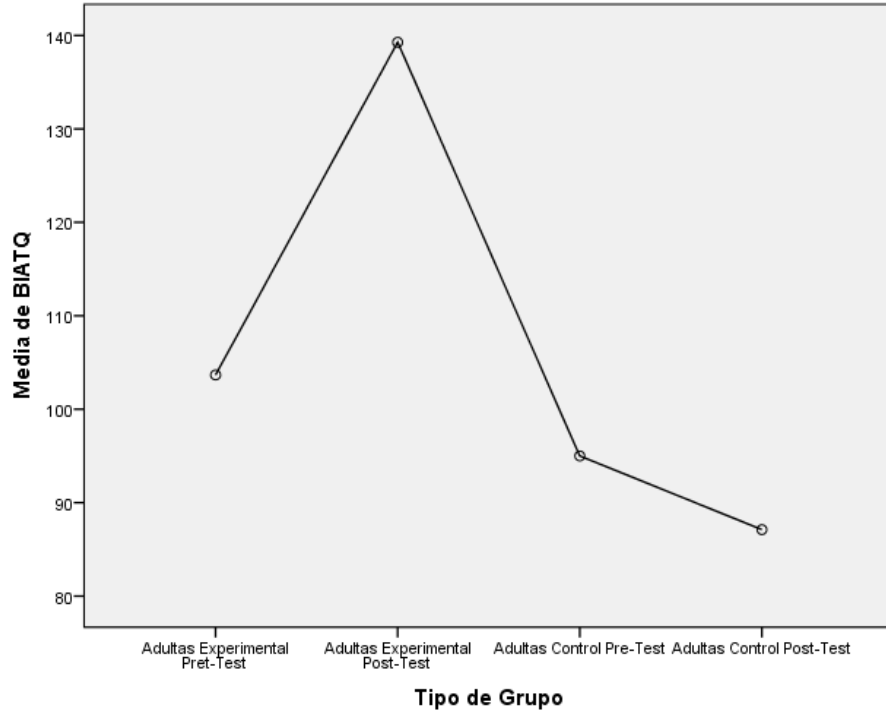


Figura 31. Comparación en Variable Pensamientos Sobre la Imagen Corporal entre el Grupo Experimental y Control.

La dimensión *Pensamientos Negativos* [Figura 32], con respecto a la Imagen Corporal, para el grupo experimental, tuvo un decremento notable [ $t_{(58)} = -6.74, p = .001, d = 1.11$ ], con un tamaño de efecto grande, en la diferencia de medias entre pre-test y post-test. Por su parte, el grupo control mostró un ligero decremento [ $t_{(50)} = 1.15, p = .257, d = .21$ ].

La dimensión *Pensamientos Positivos* (Figura 33), sufrió un incremento muy importante [ $t_{(58)} = -6.56, p = .001, d = 1.08$ ], con un tamaño de efecto grande. El grupo control no tuvo cambios significativos [ $t_{(50)} = -.72, p = .472, d = .14$ ].

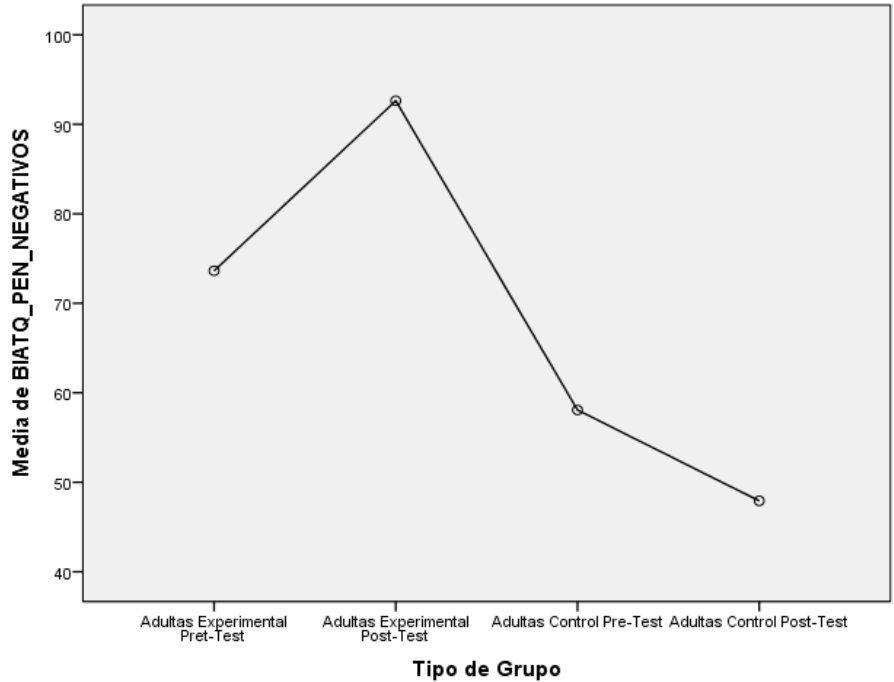


Figura 32. Comparación en dimensión Pensamientos Negativos entre el Grupo Experimental y Control.

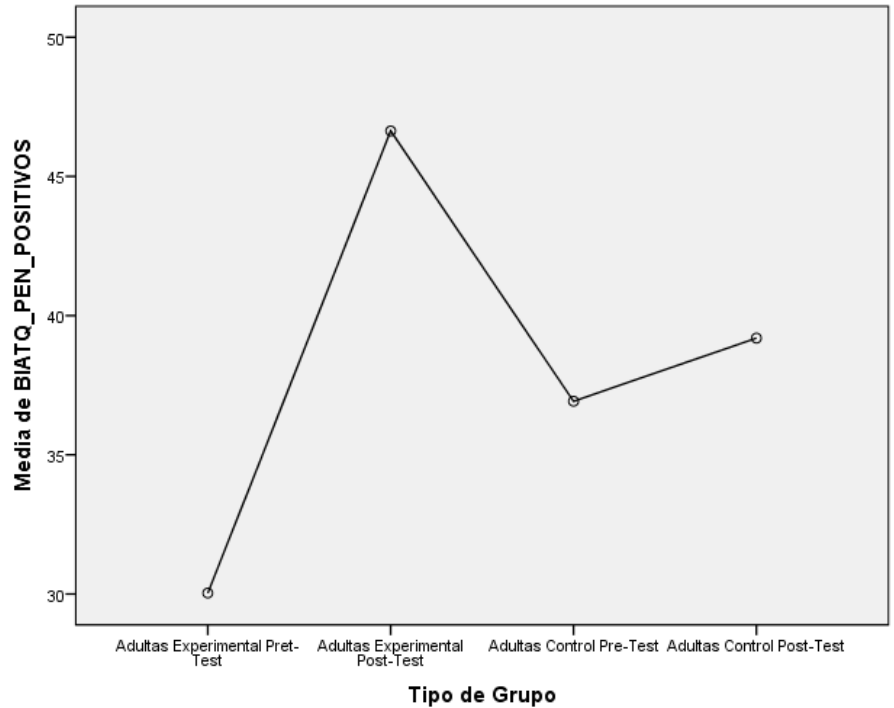


Figura 33. Comparación en dimensión Pensamientos Positivos entre el Grupo Experimental y Control.

Por último, la variable *Autoconcepto Físico* (Figura 34), se incrementó de manera importante [ $t_{(58)} = -3.51, p = .001, d = .61$ ], con un tamaño de efecto mediano. En tanto, el grupo control no tuvo cambios significativos [ $t_{(50)} = -.69, p = .492, d = .13$ ].

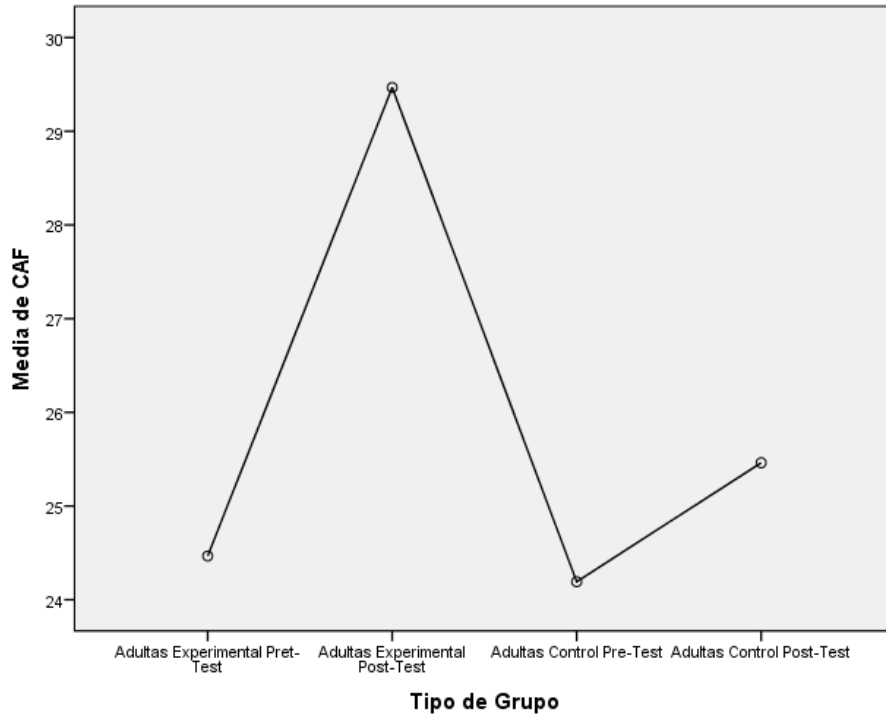


Figura 34. Comparación en Variable Autoconcepto Físico entre el Grupo Experimental y Control.

### Comparación de Pre-Test en Grupos Experimentales de Adolescentes y Adultas Jóvenes

Con el objetivo de poder comparar las calificaciones en los post-test de los grupos experimentales, se contrastaron las medias en los pre-test para asegurar la equivalencia en las puntuaciones iniciales y de este modo poder atribuir a la intervención psicológica las diferencias de los post-test.

Al realizar la comparación (Ver Tabla 13), solo se encontró una diferencia significativa en la dimensión *Dominio del Entorno* [ $t_{(49)} = 2.21, p = .03, d = .43$ ], con un tamaño de efecto pequeño. Se encontraron efectos pequeños en las dimensiones *Autonomía*, *Crecimiento Personal*, *Imagen Corporal*, *Importancia Subjetiva de la Corporalidad*, *Atractivo Físico Autopercebido* y *Autoconcepto*. Sin embargo, a pesar de los efectos encontrados, la prueba *t* de Student no resultó significativa, por lo que no es factible tomarlos en consideración y se concluye que al inicio de la intervención los grupos eran equivalentes.

Tabla 13.

*Prueba t de Student para Pre-Test Grupo Adultas Jóvenes y Adolescentes (IC95% a dos colas).*

Variable	Grupo	M	DE	Prueba t
FE	Adultas	17.03	3.33	$t_{(49)} = -.57, p = .57, d = .11$
	Adolescentes	17.67	4.56	
BP	Adultas	156.20	26.21	$t_{(49)} = .56, p = .58, d = .11$
	Adolescentes	152.19	23.14	
AA	Adultas	21.90	5.02	$t_{(49)} = .18, p = .86, d = .03$
	Adolescentes	21.62	5.90	
RP	Adultas	21.60	6.60	$t_{(49)} = .07, p = .95, d = .01$
	Adolescentes	21.48	6.65	
AU	Adultas	29.80	5.80	$t_{(49)} = -1.68, p = .10, d = .32$
	Adolescentes	32.67	6.28	
DO	Adultas	25.43	4.22	$t_{(49)} = 2.21, p = .03, d = .43$
	Adolescentes	22.52	5.15	
PV	Adultas	24.37	6.22	$t_{(49)} = .75, p = .46, d = .14$
	Adolescentes	23.10	5.67	
CP	Adultas	33.10	6.01	$t_{(49)} = 1.44, p = .16, d = .27$
	Adolescentes	30.81	4.93	
IM	Adultas	145.70	23.94	$t_{(49)} = 1.54, p = .13, d = .29$
	Adolescentes	136.43	16.31	
IS	Adultas	97.97	14.58	$t_{(49)} = 1.89, p = .06, d = .35$
	Adolescentes	91.05	9.84	
CF	Adultas	21.83	7.59	$t_{(49)} = .50, p = .62, d = .09$
	Adolescentes	20.86	5.58	
AF	Adultas	8.07	2.79	$t_{(49)} = 1.12, p = .27, d = .21$
	Adolescentes	7.10	3.42	
CA	Adultas	17.83	2.91	$t_{(49)} = .40, p = .69, d = .08$
	Adolescentes	17.43	4.25	
PIC	Adultas	103.67	23.68	$t_{(49)} = 59., p = .56, d = .12$
	Adolescentes	99.05	32.14	
PN	Adultas	73.63	14.70	$t_{(49)} = .35, p = .73, d = .07$
	Adolescentes	71.71	24.13	
PE	Adultas	30.03	11.25	$t_{(49)} = .83, p = .75, d = .16$
	Adolescentes	27.33	11.56	
AC	Adultas	24.47	5.48	$t_{(49)} = 1.22, p = .23, d = .24$
	Adolescentes	22.43	6.36	

*M = Media, DE = Desviación Estándar, d = d de Cohen, FE = Felicidad, BP = Bienestar Psicológico, AA = Autoaceptación, RP = Relaciones Positivas, AU = Autonomía, DO = Dominio del Entorno, PV = Propósito en la Vida, CP = Crecimiento Personal, IM = Imagen Corporal, IS = Importancia Subjetiva de la Corporalidad, CF = Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física, AF = Atractivo Físico Autopercebido, CA = Cuidado del Aspecto Físico, PIC = Pensamientos Sobre la Imagen Corporal, PN = Pensamientos Negativos, PE = Pensamientos Positivos, AC = Autoconcepto Físico.*

### Comparación de Post-Test en Grupos Experimentales de Adolescentes y Adultas Jóvenes

Como objetivo final, se planteó buscar diferencias significativas en los post-test de ambos grupos experimentales (Ver Tabla 14). Esto con la finalidad de conocer la existencia de variables en donde la intervención pudo resultar con mayor eficacia. Las siguientes variables en el grupo de

adultas presentaron un tamaño de efecto pequeño en comparación con las adolescentes: *Bienestar Psicológico* [ $t_{(49)} = 1.22, p = .23, d = .23$ ], *Autoaceptación* [ $t_{(49)} = 1.37, p = .18, d = .27$ ], *Pensamientos Negativos* [ $t_{(49)} = 1.30, p = .20, d = .29$ ], *AF* [ $t_{(49)} = 2.12, p = .04, d = .41$ ], *Propósito en la Vida* [ $t_{(49)} = 2.17, p = .04, d = .42$ ], *Dominio del Entorno* [ $t_{(49)} = 2.24, p = .03, d = .43$ ] y *Pensamientos Sobre la Imagen Corporal* [ $t_{(49)} = 2.41, p = .02, d = .49$ ]. Es necesario mencionar, que en las variables BP, AA y PN, aunque se obtuvo un tamaño de efecto pequeño ( $d > .20$ ), el nivel de significación no fue alcanzado ( $p < .05$ ), esto pudo darse por el tamaño de la muestra.

Por último, se encontró en la variable *Pensamientos Positivos* una diferencia significativa y tamaño de efecto mediano [ $t_{(49)} = 2.80, p = .007, d = .53$ ], siendo el grupo de adultas donde se obtuvo mayor eficacia.

Tabla 14.  
Prueba *t* de Student para Post-Test Grupos Adultas Jóvenes y Adolescentes (IC95% a dos colas).

Variable	Grupo	M	DE	Prueba <i>t</i>
FE	Adultas	24.67	2.19	$t_{(49)} = .79, p = .43, d = .15$
	Adolescentes	24.14	2.50	
BP	Adultas	193.60	21.68	$t_{(49)} = 1.22, p = .23, d = .23$
	Adolescentes	185.86	23.16	
AA	Adultas	30.63	4.06	$t_{(49)} = 1.37, p = .18, d = .27$
	Adolescentes	28.81	5.47	
RP	Adultas	28.27	4.85	$t_{(49)} = .90, p = .37, d = .17$
	Adolescentes	27.00	5.10	
AU	Adultas	36.53	5.14	$t_{(49)} = -.87, p = .39, d = .17$
	Adolescentes	37.90	6.12	
DO	Adultas	30.07	3.93	$t_{(49)} = 2.24, p = .03, d = .43$
	Adolescentes	27.48	4.26	
PV	Adultas	30.90	4.29	$t_{(49)} = 2.17, p = .04, d = .42$
	Adolescentes	28.05	5.05	
CP	Adultas	37.20	4.21	$t_{(49)} = .50, p = .62, d = .09$
	Adolescentes	36.62	3.91	
IM	Adultas	164.87	19.96	$t_{(49)} = .26, p = .79, d = .05$
	Adolescentes	163.52	14.57	
IS	Adultas	109.37	12.62	$t_{(49)} = .39, p = .70, d = .07$
	Adolescentes	108.14	8.63	
CF	Adultas	24.53	6.22	$t_{(49)} = -.95, p = .35, d = .18$
	Adolescentes	26.19	5.93	
AF	Adultas	12.80	1.85	$t_{(49)} = 2.12, p = .04, d = .41$
	Adolescentes	11.52	2.46	
CA	Adultas	18.17	2.76	$t_{(49)} = .69, p = .50, d = .13$
	Adolescentes	17.67	2.27	
PIC	Adultas	139.27	10.81	$t_{(49)} = 2.41, p = .02, d = .49$
	Adolescentes	129.52	18.06	

PN	Adultas	92.63	4.71	$t_{(49)} = 1.30, p = .20, d = .29$
	Adolescentes	89.48	12.09	
PE	Adultas	46.63	8.10	$t_{(49)} = 2.80, p = .007, d = .53$
	Adolescentes	40.05	8.48	
AC	Adultas	29.47	5.55	$t_{(49)} = .23, p = .82, d = .04$
	Adolescentes	29.10	5.96	

*M = Media, DE = Desviación Estándar, d = d de Cohen, FE = Felicidad, BP = Bienestar Psicológico, AA = Autoaceptación, RP = Relaciones Positivas, AU = Autonomía, DO = Dominio del Entorno, PV = Propósito en la Vida, CP = Crecimiento Personal, IM = Imagen Corporal, IS = Importancia Subjetiva de la Corporalidad, CF = Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física, AF = Atractivo Físico Autopercibido, CA = Cuidado del Aspecto Físico, PIC = Pensamientos Sobre la Imagen Corporal, PN = Pensamientos Negativos, PE = Pensamientos Positivos, AC = Autoconcepto Físico.*

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Debido a que mujeres adolescentes y adultas jóvenes son las que tienen mayor riesgo de presentar una distorsión en la imagen corporal (Sámano et al., 2015; Vaquero-Cristóbal, et al., 2013) y que cada etapa tiene características y necesidades diferentes (Park et al., 2013), fue importante trabajar con ambas etapas por separado, formando una muestra de adolescentes y una de adultas jóvenes.

Para comprobar el efecto de la intervención se evaluó cada grupo antes y después de la intervención, los resultados arrojados en el post test de los grupos experimentales mostraron puntuaciones significativamente mayores en comparación con sus pre test y con los pre test y post test de los grupos control. Por lo tanto, se comprobó la intervención fue eficaz para ambas muestras.

Lo anterior demuestra que al incorporar los programas de Terapia Cognitivo Conductual especializados en imagen corporal (Senín, Benítez, & Rodríguez, 2014), con los postulados de la Psicología Positiva, se lleva a cabo una integración psicológica en donde se interviene sobre la inconformidad corporal, por medio del desarrollo de habilidades y emociones positivas, de tal manera que mejore poco a poco la percepción de sí mismo y desarrolle conductas adaptativas (Tarragona, 2013).

Por otro lado, se consideró necesario comprobar el nivel de correlación entre cada variable de estudio (y sus subdimensiones); los resultados obtenidos revelaron que las cuatro variables del estudio tienen correlación significativa entre ellas.

La felicidad demostró estar correlacionada significativamente con el bienestar psicológico, imagen corporal y autoconcepto físico. Esto significa que al aumentar la felicidad también aumenta cada una de estas variables.

Por lo anterior se puede suponer que el aumento en la felicidad repercute en distintas áreas de la vida, y entre estas áreas están las variables que se estudiaron en esta investigación (Keyes et al., 2002; Sariçam, 2015).

En el caso del bienestar psicológico, se demostró una correlación significativa con las variables imagen corporal y pensamientos sobre la imagen corporal, es decir que al aumentar el bienestar psicológico también aumenta la imagen corporal y los pensamientos adaptativos sobre esta.

Esto es debido a que el bienestar psicológico, si bien, no se encarga de medir el nivel de satisfacción que la persona tiene con su cuerpo, se encarga de medir y proporcionar las herramientas necesarias para tener buena salud, lo que repercute en la percepción y los pensamientos que se tienen sobre una buena imagen corporal (Vazquez & Hervas, 2008).

La variable imagen corporal obtuvo una correlación significativa con pensamientos sobre la imagen corporal y el autoconcepto físico, esta relación indica que el nivel de imagen corporal será inversamente proporcional a la cantidad y calidad de pensamientos que se tengan respecto a ella y también se relaciona con la percepción de capacidades físicas que tiene el cuerpo (Raich, 2013).

La última correlación significativa entre variables fue los pensamientos sobre la imagen corporal y el autoconcepto físico, lo cual demuestra que hay relación entre lo que se piensa sobre la imagen corporal y la percepción que se tiene de las capacidades físicas del cuerpo, lo cual indica que tener pensamientos enfocados hacia lo positivo coincide con la buena percepción de la capacidad corporal (Raich, 2013).

A pesar que todas las variables correlacionaron significativamente entre sí, para algunas de las dimensiones no se obtuvieron correlaciones significativas; por ejemplo, no se mostró una relación significativa entre felicidad y autonomía, ni entre felicidad y pensamientos negativos de la imagen corporal.

Esto se debe a que en las edades estudiadas no existe aún un concepto de autonomía bien



fundamentado, ya que la mayoría de las participantes aún estaban en edad escolar y las que ya eran profesionistas o tenían trabajo aún vivían con sus padres, estas condiciones las limitaban para desarrollar su autonomía, sin embargo, esto no afecta su nivel auto percibido de felicidad.

Esto se respalda con una de las investigaciones de Ryff (1995) en está los chicos en edades universitarias se les dificulta manejar presiones externas, regular sus conductas internamente y evaluarse según sus propios estándares, sin embargo, no poder autorregularse no tiene que ver con la percepción de capacidad de logro en la vida y tener un balance en sus emociones positivas, ambas se desarrollan de manera diferente (Barrantes-Brais, & Ureña-Bonilla, 2015).

La felicidad tampoco tuvo una correlación significativa con los pensamientos negativos de la imagen corporal. Esto indica que, aunque las chicas presentaron pensamientos negativos por su imagen corporal, esto no afectó en su nivel de felicidad; lo que refleja que las ideas irracionales estaban presentes, pero las participantes tenían buenas estrategias de afrontamiento para lograr erradicarlas y enfocarse en los pensamientos positivos, de tal manera que se logre el equilibrio deseado para desarrollar sentimientos de felicidad (Lyubomirsky & Layous 2013).

La correlación entre el cuidado del aspecto físico y el bienestar tampoco fue significativa, esto quiere decir que, el desarrollar habilidades de afrontamiento y tener un propósito de vida no tiene que ver con poder cuidar el aspecto físico de las personas, es decir, el no tener un aspecto físico aceptable no significa que no se cuente con una buena salud (Cabarcas & Londoño, 2014).

Esto podría explicarse debido a que, el bienestar psicológico toma en cuenta los comportamientos relativos al mantenimiento de la salud, y el cuidado del aspecto físico se refiere a mantener el estándar de atractivo visual, por ello no se relacionan entre si (Díaz, 2006).

Lo anterior también explica porque que no se encontró correlación significativa entre pensamientos negativos de la imagen corporal y bienestar psicológico, ya que los pensamientos negativos sobre la imagen corporal son referentes a la percepción a cerca de lo estéticamente

aceptable.

Por otro lado, la autoaceptación no mostró relación significativa con el cuidado del aspecto físico, esto significa que la autoaceptación de sí mismas no se relaciona con las conductas de autocuidado físico que practicaban.

El hecho de que no existiera una relación entre estos constructos es porque hablan de dos cosas totalmente diferentes pues mientras para Keyes et al. (2002), la auto aceptación se refiere a la capacidad que el ser humano tiene de sentirse bien consigo mismo, teniendo en cuenta sus habilidades y sus áreas de oportunidad; esta descripción no toma en cuenta las conductas que la persona puede aprender para mejorar las áreas de oportunidad, que según Botella et al. (2009) se deben de aprender para cuidar del aspecto físico.

La otra dimensión a tomar en cuenta es la de relaciones positivas, ya que obtuvo una correlación no significativa con conductas orientadas a mantener la forma física, cuidado del aspecto físico y con la variable pensamientos sobre la imagen corporal. Lo cual indica que para las participantes pueden tener relaciones sociales positivas sin estar relacionada la calidad de estas con la calidad y cantidad de conductas para mantener y cuidar la forma física no afecta el cuidado y ejercicio o los pensamientos que tengan con respecto a su cuerpo, con la calidad de relaciones que ellas puedan desarrollar.

Si bien es cierto que parte de la insatisfacción corporal que una chica pueda desarrollar se debe a la influencia del contexto social (Raich, 2013), esto no quiere decir que ella no pueda desarrollar relaciones sociales positivas en su contexto social (Diaz, 2006), sin importar que tanto se preocupan por sus pensamientos sobre su imagen corporal ni las acciones que permitan mantener y cuidar la forma física de la persona.

La autonomía también mostró una relación no significativa con propósito en la vida, importancia subjetiva de la corporalidad, conductas orientadas a mantener la forma física

pensamientos negativos sobre las imagen corporal y autoconcepto físico. Lo cual indica que, la capacidad de las participantes de desarrollar su independencia, no tiene nada que ver con la percepción de propósito en la vida. Por otro lado, la autonomía de las mujeres no tiene relación con la importancia que cada una le da a su cuerpo, lo que haga o evite se hacer para mantener una buena forma física, la cantidad de pensamientos negativos o con la percepción que se tenga sobre lo que su cuerpo es capaz de hacer.

Lo anterior, se sustenta según la diferencia que marca Díaz et al. (2006) pues describe autonomía como la capacidad de ser independientes, mientras que el propósito en la vida se define como la capacidad de las personas de cumplir metas propuestas para dar sentido a la vida. Como se puede notar el autor no define que se tiene que ser autónomo para tener un propósito o tener un propósito para ser independiente, ambos se pueden cumplir sin que se presente el otro.

Generalmente las mujeres van desarrollando su autonomía conforme se enfrentan a situaciones en las que tienen que tomar decisiones de forma independiente (Vázquez & Hervás, 2009); la autonomía toma importancia en la adolescencia, debido a que es durante esta etapa cuando se enfrentan a una mayor presión social por cumplir las normas establecidas en el contexto (Senín & Rodríguez, 2014).

Si la adolescente no cuenta con las suficientes herramientas para crear su autonomía, esto repercute en querer alcanzar el ideal corporal social, provocando pensamientos negativos sobre su imagen corporal, conductas de riesgo debido a la preocupación por su cuerpo y por tener una forma física adecuada y preocupación por su capacidad física (Rodríguez & Senín, 2014). Mientras que en la edad adulta esa presión se enfoca en ser independiente, controlar su vida y tener determinación, de tal manera que, si en la adolescencia se presentó un problema de distorsión corporal, esta se disminuye de forma considerable por las preocupaciones que trae la vida adulta (Elosua & Hermosilla, 2013).

Por lo explicado anteriormente, es posible que la correlación no haya sido significativa debido a las características de la muestra, ya que, las adolescentes estaban muy preocupadas por su vida profesional y personal, lo cual habla de un tipo de pensamiento un poco más maduro, esto no quiere decir que no se preocuparan por su imagen corporal, pero presentaban una preocupación menor a la esperada. Por otro lado, las adultas jóvenes tenían responsabilidades más grandes debidas a su establecimiento en la vida adulta, más que en su imagen corporal.

Otra de las dimensiones que mostró correlaciones no significativas fue el dominio del entorno ni con cuidado del aspecto físico, ni con los pensamientos negativos sobre la imagen corporal. Eso significa que para las participantes el desarrollo del dominio del entorno no tiene relación con cuidado del aspecto físico ni con el desarrollo de pensamientos negativos de la imagen corporal.

Aumentar la sensación de control del entorno hace referencia a aprovechar las actividades, capacidad de crear los contextos adecuados para actuar, hace referencia a hacer lo necesario para lograr el propósito en la vida (Vázquez & Hervás, 2009), aunque es importante cuidar el aspecto físico y al mismo tiempo reducir al máximo los pensamientos negativos para sentirse bien con el cuerpo (Rodríguez & Senín, 2014), estos dos aspectos no son necesarios para cumplir el propósito en la vida, por ello estas variables no tienen relación entre sí.

Por su lado el Crecimiento personal no mostró tener correlación significativa con los pensamientos negativos sobre la imagen corporal; esto se debe a que el concepto de crecimiento personal engloba desarrollo continuo, (Vázquez & Hervás, 2009), si bien los pensamientos negativos sobre la imagen corporal pueden retrasar o modificar el grado de crecimiento personal en lo que respecta a la apreciación de las mejoras personales, la relación entre ambos no es indicadora de efectos entre sí.

La variable imagen corporal no mostró tener una correlación significativa con pensamientos negativos de la imagen corporal, esto demuestra que para las mujeres del estudio lo que era más

significativo eran las conductas que presentaban para mantener su imagen corporal.

Dentro de los elementos que forman el constructo imagen corporal están importancia subjetiva de la corporalidad, conductas orientadas a mantener la forma física, atractivo físico autopercebido y cuidado del aspecto físico, solamente el atractivo físico autopercebido se refiere a la construcción cognitiva del cuerpo (Botella et al., 2009) los demás hacen referencia mayormente a conductas por ello no se correlacionan con pensamientos negativos de la corporalidad

Por su parte la importancia subjetiva de la corporalidad, tampoco mostró una correlación significativa entre conductas orientadas a mantener la forma física y cuidado del aspecto físico, esto se puede explicar ya que la importancia subjetiva hace referencia a lo que siente la persona respecto a su forma física y los otros a conductas con respecto a mantener una buena forma física lo que los hace diferentes entre sí (Botella et al., 2009).

También el cuidado del aspecto físico tuvo una correlación no significativa con el atractivo físico auto percibido, esto es debido a que uno de ellos hace referencia a conductas o comportamientos enfocados a tener un buen aspecto físico y el otro a pensamientos y percepción (Botella et al., 2009), lo cual no los hace excluyentes, puesto que forman parte del mismo constructo, sin embargo, si marca una diferencia entre pensamiento y conducta de la imagen corporal.

La mayoría de las correlaciones no significativas tuvieron un común denominador, el cual se refiere a los pensamientos negativos de la imagen corporal, esto es debido a que las chicas contaban con buena capacidad de afrontamiento cognitivo para enfrentar este tipo de pensamientos o tenían una muy buena capacidad de abstracción para poder separarlos de contextos en donde los pensamientos de la imagen corporal no tienen mucha relevancia (Ranero, 2014).

Continuando con esta investigación, se planteó la necesidad de evaluar la eficacia de la intervención psicológica para aumentar la percepción de cada una de las variables del estudio,

tanto en el grupo de adolescentes, como en el grupo de las adultas jóvenes.

Cuando se realizó el análisis, se demostró que hubo modificaciones en las puntuaciones obtenidas después de la intervención en los grupos experimentales, mientras que en los grupos controles no se obtuvieron cambios significativos. Lo anterior indica que, después de realizarse la intervención, hubo un aumento en la percepción de las variables para las participantes de los grupos experimentales.

La intervención fue efectiva, ya que después de terminar las sesiones la variable felicidad obtuvo un tamaño de efecto grande En los grupos experimentales; siendo el grupo de adultas, quienes puntuaron más alto, es decir, desarrollaron una mayor satisfacción con la vida durante la intervención, de tal manera que aprendieron a disfrutar y programar actividades intencionales y balancear los afectos positivos y negativos, para detener el fenómeno adaptativo (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012).

Para que el efecto de la intervención sea duradero, es necesario mantener la felicidad en un nivel óptimo, evitando que se presente el fenómeno de la adaptación, por medio de variaciones de frecuencia, cantidad y calidad de actividades intencionales; de esta forma no se puede bajar la autopercepción en la satisfacción de la vida (Lyubomirsky & Sheldon, 2005).

El bienestar psicológico también tuvo un aumento significativo y un tamaño del efecto grande en ambos grupos. Para el grupo de adolescentes todas las dimensiones de esta variable fueron significativas; sin embargo, se obtuvieron distintas puntuaciones en el tamaño del efecto, por ejemplo, la autoaceptación y el crecimiento personal tuvieron un efecto grande, mientras que, las relaciones interpersonales, la autonomía, el dominio del entorno y el propósito en la vida tuvieron un tamaño del efecto mediano.

Según la teoría de Ryff (1989) el nivel de bienestar psicológico depende de la etapa de desarrollo, ya que durante la adolescencia se suelen fortalecer todas las dimensiones de bienestar

psicológico, sin embargo, estas se van obteniendo de forma gradual, conforme la persona se va enfrentando a situaciones propias de maduración personal. Es por esto que las puntuaciones de índole personal crecieron un poco más que los demás pues en las sesiones adquirieron herramientas para desarrollarlos un poco más rápido.

En el caso del grupo de adultas jóvenes la intervención tuvo aumento significativo en todas sus dimensiones y obtuvo diferentes puntuaciones según su tamaño del efecto, este fue grande en la dimensión autoaceptación (mayor a las de las adolescentes) y en autonomía, mientras que, en relaciones interpersonales, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal el tamaño del efecto resulto ser mediano.

Una característica de la edad adulta que el propósito en la vida, el dominio del entorno y el crecimiento personal, ya hayan alcanzado casi todo su desarrollo, esto justifica que el tamaño del efecto no haya sido tan grande; mientras que la autonomía y la autoaceptación van creciendo de acuerdo a la experiencia personal del sujeto, de tal forma que estas se pueden desarrollar sin tener un límite máximo esperado de acuerdo a su edad (Keyes et al., 2002; Diehl & Hay, 2011).

Para Ryff (1999) un desarrollo psicológico equilibrado depende del incremento en la aceptación de sí mismo, autonomía para tomar decisiones o para actuar de cierta forma, crecimiento personal, tener un propósito en la vida que sea alcanzable para las personas, relaciones sociales positivas y un dominio del entorno independientemente si este es positivo o negativo.

En términos generales, la variable de imagen corporal para ambos grupos mostró un cambio significativo y un tamaño del efecto grande en el caso de las adolescentes y mediano para las adultas jóvenes.

Cash (2004) menciona que, al aumentar la percepción, la valoración, cambiar las conductas y modificar sus pensamientos para que se vuelvan adaptativas, se aumenta la imagen corporal positivas; esto fue lo que se logró con la intervención.

El grupo de adolescentes mostró una diferencia significativa y un tamaño del efecto grande en las dimensiones importancia subjetiva de la corporalidad y atractivo físico autopercebido, por otro lado, se obtuvo un efecto de la intervención moderado en la dimensión de conductas orientadas a mantener la forma física; en cambio en la dimensión cuidado del aspecto físico no se mostró efecto y tampoco cambio significativamente.

Con lo anterior se puede decir que se pudo modificar con mayor éxito la percepción y los pensamientos sobre la imagen corporal, esto dio como resultado que poco a poco las conductas fueran adaptándose hasta volverse adaptativas y saludables.

Los resultados obtenidos en las subescalas de la imagen corporal se reafirmaron en los resultados de pensamientos sobre la imagen corporal, pues hubo un cambio significativo y un tamaño del efecto de la intervención moderado; los pensamientos negativos tuvieron un cambio significativo, además de un tamaño de efecto moderado, mientras que los pensamientos positivos sobre la imagen corporal tuvieron un cambio significativo y mostraron un tamaño de efecto grande. Lo anterior comprueba que al modificar pensamientos se pueden modificar las percepciones y crear conductas mayormente adaptativas (Stice et al., 2006).

El grupo de las adultas jóvenes mostraron mejorías discretas. La única dimensión que obtuvo un cambio significativo y tamaño de efecto grande fue atractivo físico autopercebido, mientras que la importancia subjetiva de la corporalidad obtuvo un cambio significativo, pero con un tamaño de efecto moderado; en las conductas orientadas a mantener la forma física se tuvo un cambio significativo y un tamaño del efecto pequeño, por otra parte, en cuidado del aspecto físico no hubo un cambio significativo.

Lo anterior quiere decir que este grupo aprendió a normalizar la percepción y los pensamientos sobre su imagen corporal, por medio del trabajo hecho en las sesiones y las tareas realizadas en casa, además que le dio mayor importancia a realizar ejercicio (Axpe et al., 2015).



El cambio que se realizó en el aspecto cognitivo dio como resultado que le dieran una importancia moderada al ejercicio y al mantenimiento de hábitos saludables, como lo son la alimentación y el ejercicio para fortalecer su autocuidado (Tylka & Homan, 2015). Sin embargo, no se vio ningún cambio en el aspecto de cuidado del aspecto físico, esto quiere decir que en esta etapa la importancia del aspecto físico es menor debido a que las adultas jóvenes están más ocupadas por lograr todos los aspectos relacionados con el bienestar psicológico (Keyes et al., 2002; Sariçam, 2015).

Los pensamientos sobre la imagen corporal, así como los pensamientos negativos sobre la imagen corporal y los pensamientos positivos sobre la imagen corporal mostraron un cambio significativo con un tamaño de efecto grande.

En general ambos grupos tuvieron cambios significativos en lo que se refiere a pensamientos y percepción de la imagen corporal, por lo tanto, se concluye que las técnicas que funcionaron mejor son las de reestructuración cognitiva (Axpe et al., 2015)

En la variable de autoconcepto físico se obtuvieron resultados favorables en ambos grupos, pues se mostró un cambio significativo y se obtuvo un tamaño del efecto moderado tanto para las adolescentes cómo para las adultas jóvenes.

Por lo tanto, el tratamiento aumentó la percepción y objetividad de las capacidades físicas corporales. Esto es debido al aumento en la percepción de la imagen corporal, puesto que al alterarse la percepción de la imagen corporal se cambia la percepción del atractivo físico, que forma parte del autoconcepto físico (Rodríguez-Fernández et al., 2013).

Por último, en esta investigación se comparó el efecto de las intervenciones entre grupos. Para hacerlo se comparó el pre test de los grupos control para comprobar que eran equivalentes en las variables de estudio; y después realizar lo mismo con el post test de los grupos y contrastar los dos resultados; las diferencias encontradas se atribuyeron al efecto de la intervención.

Al comparar el efecto de la intervención entre ambos grupos se puede notar que si hay diferencias entre las puntuaciones de la intervención en todas las variables estudiadas. Sin embargo, en la dimensión cuidado del aspecto físico correspondiente a la variable de imagen corporal, no se observaron diferencias entre las puntuaciones obtenidas en ninguno de los dos grupos experimentales.

En los resultados obtenidos se observa que hay algunas variables en las que si se nota una diferencia significativa, como es el caso del dominio del entorno y propósito en la vida, lo cual quiere decir que, aunque para ambos grupos es importante y se trabajó igual, las adolescentes perciben estas dimensiones de distinta forma que las adultas jóvenes.

Como se ha mencionado anteriormente, esto se debe a que la concepción que se tiene de estos dos conceptos y la importancia que se le da en ambas etapas es diferente, durante la adolescencia estas definiciones todavía están en proceso de formación, mientras que en la etapa adulta joven están por definirse por completo (Vázquez & Hervas, 2008). Por lo tanto, aunque sí tuvo efecto la intervención para ambos grupos, fue diferente el impacto.

Con respecto a la imagen corporal, las dimensiones que reportaron tener una diferencia significativa entre grupos fue la de atractivo físico autopercebido, esta diferencia significativa también fue encontrada en los pensamientos sobre la imagen corporal y dentro de la dimensión pensamientos positivos de la imagen corporal.

Según Homan y Tylka (2015) esta diferencia puede ser explicada, porque ambos grupos toman el concepto de imagen corporal distinto; durante la adolescencia se tiene mayor preocupación por tener una forma definida de cuerpo ni musculatura, pues en esta edad la preocupación se da por ser delgada para llegar a su imagen corporal ideal; mientras que en la etapa adulto joven, la importancia al atractivo físico, no se toma tanto en cuenta como el tener un cuerpo visualmente saludable, con la musculatura definida (Prieto, Muñoz-Najar, & Omar, 2015).

Por otro lado, hubo dimensiones que no alcanzaron el puntaje de significación mínimo, sin embargo, si reportan un tamaño de efecto de la intervención, lo que supone que tal vez el tamaño de la muestra no fue lo suficientemente robusta para obtener la significación, pero es probable que si haya diferencias.

Dentro de los puntajes que no alcanzaron el nivel de significación, pero si muestran un tamaño de efecto, está la variable de bienestar psicológico con un tamaño de efecto pequeño, la dimensión de autoaceptación que también tuvo un tamaño de efecto pequeño. Estos resultados concuerdan con los resultados que si reportaron un puntaje aceptable de significación.

Otra dimensión que no alcanzó el nivel de significación, pero obtuvo un tamaño de efecto de intervención mediano, fue el de pensamientos positivos de la imagen corporal, este resultado también concuerda con el efecto que se reportó en los pensamientos positivos de la imagen corporal.

Al comparar el efecto de la intervención en ambos grupos, también se encontró que la dimensión cuidado del aspecto físico, no tiene un puntaje para ser considerado significativo, ni un tamaño del efecto, lo cual indica que es muy probable que la intervención no afectó esta dimensión por lo cual, es recomendable que futuras intervenciones incluyan algunas técnicas o tareas para practicar cuidar del aspecto físico de forma adecuada (Tylka & Homan, 2015).

Por los resultados encontrados en este estudio, se puede mencionar que, debido a la creciente preocupación por la apariencia física, hay un gran aumento en la publicidad referente a los aparatos de ejercicio y rutinas de ejercicio (Mask & Blanchard, 2012); sin embargo, esto no significa que aumente la práctica del cuidado físico, ya que a pesar de que las mujeres preocupadas por su imagen corporal no tienen hábitos sanos de actividad física (Trejo-Ortiz, Mollinedo, Araujo, Valdez-Esparza, & Sánchez, 2016).

Además, las diferencias encontradas en los grupos de edad, demuestran que es necesario estudiar

a fondo las variables para contrastar cuales son las más importantes para cada rango de edad y que de esta forma se realice una intervención tomando en cuenta las variables importantes para cada población que presente este tipo de situación (Bully & Elosua, 2011; Cerquera et al., 2012; Elosua, 2013).

Para que las futuras intervenciones sean eficaces es importante tener en cuenta que, una imagen corporal positiva cumple una función protectora, causando mejoras en el bienestar (felicidad) lo cual cambia el comportamiento y la forma de pensar del sujeto para evitar las influencias perjudiciales (Halliwell, 2015). Para Videra y Reigal (2013) una herramienta de igual manera útil es la terapia cognitivo conductual porque promueve la autoimagen positiva, la satisfacción del cuerpo y afecta en individuos con altos niveles de insatisfacción corporal (Farrar, Stopa, & Turner, 2015).

Es importante que en estas intervenciones se realicen más tareas enfocadas a mantener hábitos de alimentación y ejercicio que sea adecuado, además de técnicas en donde se promueva el aprendizaje del cuidado adecuado del aspecto físico, esto a su vez provocará que las conductas aprendidas se vuelvan buenos hábitos de autocuidado y los resultados de la intervención sean duraderos (Tylka, 2011; McVey & Blanchard, 2012)

Por otro lado, hubo tres variables determinantes que no se tomaron en cuenta metodológicamente hablando, pero en aplicación del tratamiento fueron muy importantes y se trabajaron durante la intervención, el perfeccionismo, el autoperdón y la autogratitud.

En primer lugar, el perfeccionismo es una variable que está sumamente presente en las alteraciones de la imagen corporal, pues está presente dentro de los errores cognitivos (Cash & Hrabosky, 2003).

Aunque la mayoría de las intervenciones reestructuran la concepción del perfeccionismo que

es la causa de la comparación, no hay una escala de perfeccionismo en imagen corporal para medir que tanto baja ese error cognitivo al efectuar una intervención.

En segundo lugar, dentro de la Psicología Positiva se habla mucho de las emociones y rasgos positivos, como lo son el perdón y la gratitud, para aumentar el bienestar y la salud emocional, lo cual se ha demostrado que es útil su tratamiento para la mayoría de las intervenciones en psicología.

En tercer lugar, durante la intervención que se llevó a cabo en esta investigación se manifestaron variables positivas importantes para tratamiento de la imagen corporal, estas son el perdón y la gratitud (Seligman, 2002).

Estas variables son muy importantes porque al agradecer y perdonar al propio cuerpo las participantes mostraron tener valoraciones más objetivas y conductas más saludables hacia su propio cuerpo.

Por lo tanto, es importante estudiar más a fondo estas variables, así como, crear instrumentos que midan el autoperdón y autogratitud, para que de esta forma se pueda medir de una manera objetiva el efecto que tiene una intervención sobre estas variables.

Debido a los resultados obtenidos en esta investigación es necesaria la replicación de la intervención, con las mejoras necesarias, para ver cómo se comporta con otros grupos de las mismas características sociodemográficas y para poder comprobar si los resultados son duraderos.

### **Limitaciones del Estudio**

En las replicaciones de tratamiento es importante tener mayor control en algunas variables como el tiempo de la intervención para cada grupo, hacer mayor énfasis en hábitos saludables y delimitar más estrictamente la muestra.

Si las variables anteriormente mencionadas se tienen con mayor control es muy probable tener

mejores resultados, reflejados con mayor claridad.

Según García (2009) un estudio no puede ser experimental si sus participantes no son elegidos al azar, por ello, una de las limitaciones de este estudio es en su validez interna, ya que no cumple con las condiciones necesarias para ser considerada experimental, limitándose a un estudio cuasi experimental.

Otra de las limitaciones es el tamaño de la muestra, sin embargo, al ser un estudio de intervención psicológica no es posible manejar grupos grandes (García, 2009).

Es importante también tener mayor control en el seguimiento después de la intervención para cada uno de los grupos, ya que por el método de selección de las muestras fue difícil reunir a todas las participantes del estudio para un seguimiento.

### **Aportaciones del Estudio**

Por último, las aportaciones del estudio pueden sintetizarse en:

- Creación de una intervención para imagen corporal apoyada de Psicología Positiva
- Puntualizar la importancia del perdón y la gratitud para la imagen corporal.
- Dar importancia a la etapa de desarrollo, para la aplicación del programa de intervención.
- Revelar las diferencias de percepción de la imagen corporal de acuerdo a la edad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, J., Casas, F., & López, V. (2015). Bienestar en la infancia y adolescencia. *Psicoperspectivas Individuo y Sociedad*, 14(1), 1-5.
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2016). Predicting body appreciation in young women: An integrated model of positive body image. *Body Image*, 18(2), 34-42.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.003>
- Anuel, A., Bracho, A., Brito, N., Rondón, J., & Sulbarán, D. (2012). Autoaceptación y mecanismos cognitivos sobre la imagen corporal. *Psicothema*, 24(3), 390-395.
- APA. (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*.
- Axpe, I., Infante, G., & Fernández, A. (2015). ¿Es posible mejorar el autoconcepto físico universitario mediante una intervención cognitiva? *Acción Psicológica*, 12(1), 23-34.  
<http://dx.doi.org/10.5944/ap.12.1.11864>
- Barnett, M., & Sharp, K. (2016). Maladaptive perfectionism, body image satisfaction, and disordered eating behaviors among U.S. college women: The mediating role of self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 99(1), 225-234.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.004>
- Barrantes-Brais, K., & Ureña-Bonilla, P. (2015). Bienestar psicológico y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 101-123.
- Behar, R., Arancibia M., Heitzer, C., & Meza, N. (2016). Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. *Revista Médica de Chile*, 44(5). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500011>
- Behar, R., Gramegna, G., & Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(2).  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000200006>
- Berridge, K. C., & Kringelbach, M. L. (2011). Building a neuroscience of pleasure and well-being. *Psychology of Well-Being*, 1(1), 1-3. <http://doi.org/10.1186/2211-1522-1-3>
- Bibiloni, M., Pich, J., Pons, A., & Tur, J. (2013). Body image and eating patterns among adolescents. *BMC Public Health*, 13(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-1104>
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Lamers, S., & Westerhof, G. (2017). Intervenciones clínicas positivas:

- ¿Por qué son importantes y cómo funcionan? *Papeles del Psicólogo*, 38(1), 34-41.  
<http://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2819>
- Bono, G., & McCullough, M. E. (2006). Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 147-158. <http://dx.doi.org/10.1891/jcop.20.2.147>
- Botella L., Ribas, E., & Ruíz, J. (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: validación de la versión española del multidimensional body self relations questionnaire (MBSRQ). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 253-264.
- Brudzynski, L., & Ebben, W. (2010). Body image as a motivator and barrier to exercise participation. *International Journal of Exercise Science* 1(1), 14-24.
- Bully, P., & Elosua, P. (2011). Changes in body dissatisfaction relative to gender and age: The modulating character of BMI. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 313-322.
- Cabarcas, K., & Londoño, C. (2014). Trastornos de la conducta alimentaria, imagen corporal, afrontamiento y optimismo como predictores de aceptación de cirugías plásticas cosméticas. *Psicología y Salud*, 24(2) 125-136.
- Caccavale, L., Farhat, T., & Iannotti, R. (2012). Social engagement in adolescence moderates the association between weight status and body image. *Body Image*, 9(2), 221-226.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.001>
- Carrillo, V., & Del Moral, A. (2013). Influencia de los factores que definen el modelo estético corporal en el bienestar de las mujeres jóvenes afectadas o no afectadas por anorexia y bulimia. *Saúde Soc. São Paulo*, 22(2), 468-484.
- Cash, T. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1-5.  
[https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)
- Cash, T., & Hrabosky, J. (2003). The effects of psychoeducation and self-monitoring in a cognitive-behavioral program for body-image improvement. *Eating Disorders: A Journal of Treatment and Prevention*, 11(4), 255–270.  
<http://dx.doi.org/10.1080/10640260390218657>
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, Deviance, and Change*. Nueva York: Guilford Press.
- Cash, T., & Smolak, L. (2011). *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. Nueva York: Guilford Press.
- Castillo, I., & Moncada, J. (2010). El efecto de la frecuencia de participación en un programa de



- ejercicios contra resistencia sobre la estima y la satisfacción corporal de mujeres universitarias costarricenses. *Revista de Iberoamérica de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 5(2), 195-212.
- Castonguay, A., Sabiston, C., Crocker, P., & Mack, D. (2014). Development and validation of the body and appearance self-conscious emotions scale (BASES). *Body Image*, 20(4), 56-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.12.006>
- Caruana, A. (2010). *Psicología Positiva y Educación. Esbozo de una Educación Desde y Para la Felicidad*. Alicante: Hispana
- Cerquera, A., Meléndez, C., & Villabona, C. (2012). Identificación de los estereotipos sobre el envejecimiento femenino, presentes en un grupo de mujeres jóvenes. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 77-88.
- Cohn, M., Fredrickson, L., Brown, M., Mikels, A., & Conway, A. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9(3), 361-368. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015952>
- Contreras, O., Fernández-Bustos, J., García, L., Palou, P., & Ponseti, J. (2010). El autoconcepto físico y su relación con la práctica deportiva en estudiantes adolescentes. *Revista de Psicología del Deporte*, 19(1), 23-39.
- Contreras, O., Gil, P., García L., Fernández-Bustos, J., & Pastor, J. (2012). Incidencia de un programa de Educación Física en la percepción de la propia imagen corporal. *Revista de Educación*, 357(1), 281-303. <http://dx.doi.org/10-4438/1988-592X-RE-2010-357-061>
- Convertino A., Rodgers R., Franko D., & Jodoin A. (2016). An evaluation of the aerie real campaign: Potential for promoting positive body image? *Journal of Health Psychology*, 3(9) 1–12. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105316680022>
- Cook-Cottone, C. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image*, 14(1), 158-167. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.004>
- Costa, G., Petrucci, D., & Lessa, B. (2015). Change in body weight and body image in young adults: A longitudinal study. *BMC Public Health*, 15(1), 1-7. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1579-7>
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Lizana-Calderón, P., & Castro, A. (2016). Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. *Revista Médica de Chile*, 144(6), 743-750.

- <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600008>
- Cuadra L., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología, 12*(1), 83-96.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Ibergaray, M., & Rocha, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia Psicológica, 28*(1), 127-134. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100012>
- Dambrun, M., Ricard, M., Després, G., Drelon, E., Gibelin, E., Gibelin, M., Loubeyre, M., Py, D., Delpy, A., Garibbo, C., Bray, E., Lac, G., & Michaux, O. (2012). Measuring happiness: From fluctuating happiness to authentic–durable happiness. *Frontiers in Psychology, 3*(12), 1-11. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00116>
- Denegri, M., Castaño, A., Schnettler, B., & Vivallo, O. (2016). Subjective well-being and feeding patterns in Chilean adults: A qualitative study. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 7*, 105-115. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.07.003>
- Dezhu, Y., Yew-Kwang, N., & Yujun, L. (2014). Culture and happiness. *Social Indicators Research, 123*(2), 519–547. <http://doi.org/10.1007/s11205-014-0747-y>
- Diehl, M., & Hay, E. (2010). Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: the role of age, self-concept incoherence, and personal control. *Developmental Psychology, 46*(5), 1132-1146. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019937>
- Diehl, M., & Hay, E. (2011). Self-concept differentiation and self-concept clarity across adulthood: Associations with age and psychological well-being. *The International Journal of Aging and Human Development, 73*(2), 125-152. <http://dx.doi.org/10.2190/AG.73.2.b>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55*(1), 34-43. <http://dx.doi.org/10.1037//0003-066X.55.1.34>
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*, 227-268. [http://dx.doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](http://dx.doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- Deik, M. T., Moyano-Díaz, E., & Páez, D. (2014). Comportamiento juvenil universitario en busca de la felicidad: su caracterización y su eficacia. *Universitas Psychologica, 13*(4), 1419–1428. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-4.cjub>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national

- index. *American Psychologist*, 55(1).34-43. <http://dx.doi.org/10.1037//0003-066X.55.1.34>
- Diener, E., Gohm, C. L., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31(4), 419–436. <http://dx.doi.org/10.1177/0022022100031004001>
- Dijkstra, P., & Barelds, D. (2011). Women's meta-perceptions of attractiveness and their relations to body image. *Body Image*, 8(1), 74-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.09.007>
- Duckworth, A., Steen, T., & Seligman, M. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 629-651. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154>
- Elosua, P. (2013). Efecto diferencial y modular del índice de masa corporal sobre la insatisfacción corporal en mujeres jóvenes españolas y mexicanas. *Nutrición Hospitalaria*, 28(6), 2175-2181. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.6.6748>
- Elosua, P., & Hermosilla, D. (2013). Does body dissatisfaction have the same meaning for males and females? A measurement invariance study. *European Review of Applied Psychology*, 63(5), 315- 321. <http://dx.doi.org/10.1016/j.erap.2013.06.002>
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective wellbeing in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377–389-
- Esnaola, I., Goñi, A., & Madariaga, J. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 69-96.
- Farrar, S., Stopa, L., & Turner, H. (2014). Self-imagery in individuals with high body dissatisfaction: The effect of positive and negative self-imagery on aspects of the self-concept. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46(1), 8-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.07.011>
- Fardouly, J., Pinkus, & Vartanian, L. (2017). The impact of appearance comparisons made through social media, traditional media, and in person in women's everyday lives. *Body Image*, 20, 31–39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.11.002>
- Fernández, E. (2014). Etiología. En J. Rodríguez (Ed.), *Alteraciones de la Imagen Corporal*. España: Editorial Síntesis.
- Fernández-Bustos, J. G., González-Martí, I., Contreras, O., & Cuevas R. (2015). Relación entre

- imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 25-33. [http://doi.org/10.1016/S0120-0534\(15\)30003-0](http://doi.org/10.1016/S0120-0534(15)30003-0)
- Francisco R., Espinoza P., González M., Panero E., Mora, M., Roses R., & Raich R. (2015). Body dissatisfaction and disordered eating among Portuguese and Spanish adolescents: The role of individual characteristics and internalization of sociocultural ideals. *Journal of Adolescence*, 41,7-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.02.004>
- Franko, D., Cousineau, T., Rodgers, R., & Roehrig, J. (2013). Bodimojo: Effective internet-based promotion of positive body image in adolescent girls. *Body Image*, 10(4), 481–488. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.04.008>
- Gable, S.L. y Haidt, J. (2005). What (and why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>
- Garaigordobil, M. (2015). Predictor variables of happiness and its connection with risk and protective factors for health. *Frontiers in Psychology*, 6(1),1-10. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01176>.
- García, C. H. (2009). *Como Investigar en Psicología*. Ciudad de México: Trillas
- Gerbasi, M., Richards, L., Thomas, J., Agnew-Blais, J., Thompson-Brenner, H., Gilman S., & Becke, A. (2014). Globalization and eating disorder risk: Peer influence, perceived social norms, and adolescent disordered eating in Fiji. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 727-733 <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22349>
- Gómez-Marmol, A., Sánchez-Alcaraz, B., & Mahedero-Navarrete, M. (2013). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *Ágora*, 15(1), 54-63.
- González-Carrascosa, R., García-Segovia, P., & Martínez-Monzó, J. (2013). Valoración de la imagen corporal y de los comportamientos alimentarios en universitarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(1), 45-59.
- González, M., Panero, E., Gutiérrez, T., & Raich, R. (2010). Seguimiento a los 30 meses de un programa de prevención: el IMC como predictor de sintomatología alimentaria en chicas escolarizadas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 95(1), 35-42.
- Goswami, S., Sachdeva, G., & Sachdeva, S. (2012). Body image satisfaction among female college students. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(1). <http://dx.doi.org/10.4103/0972-6748.119653>

- Grogan, S. (2008). *Body Image. Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children*. Estados Unidos: Psychology Press.
- Grossi, E., & Tavano, G. (2016). Well-being, health status and culture: Findings from the Milan study. En R. Bowers (Ed.). *Psychological Well-Being: Cultural Influences, Measurement Strategies and health implications*, pp. 85-99. Nueva York: Nova.
- Halliwell, E. (2015). Future directions for positive body image research. *Body Image, 14*, 177-189. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.003>
- Hernández, F., & Landero, R. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de felicidad subjetiva (SHS) y su relación con el estrés, la salud percibida y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología, 11*(2-3), 357-363. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2014.v11.n2-3.47394](http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47394)
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de la Formación del Profesorado, 66*(3), 23-41.
- Hervás, G., Sánchez, A., & Vázquez, C. (2008) Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En C. Vázquez & G. Hervás. *Psicología Positiva Aplicada*, pp. 41-71. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer A., & Fang, A. (2012). The Efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy Restructuration, 36* (1), 78-92. <http://dx.doi.org/10.44010.1007>
- Homan, K., McHugh, E., Wells, D., Watson, C., & King, C. (2012). The effect of viewing ultra-fit images on college women's body dissatisfaction. *Body Image, 9*, 50-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.07.006>
- Homan, K., & Tylka, T. (2015). Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body Image, 15*(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.007>
- Ibáñez-Tarín, C., & Manzanera-Escartí, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *SEMERGEN - Medicina de familia, 38*(6), 377-387. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.019>
- Jáuregui, I., & Bolaños, P. (2011). Body image and quality of life in a Spanish population. *International Journal of General Medicine, 4*(1), 63-72. <http://dx.doi.org/10.2147/IJGM.S16201>
- Jackson, K., Janssen, I., Appelhans, B., Kazlauskaitė, R., Karavolos, K., Dugan, S., Avery, E.,

- Shipp-Johnson, K., & Powell, L. (2014). Body image satisfaction and depression in midlife women: The study of women's health across the nation (SWAN). *Archives of Women's Mental Health, 17*(3), 177-187. <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-014-0416-9>
- Jones, W., & Morgan, J. (2010). Eating disorders in men: A review of the literature. *Journal of Public Mental Health, 9*(2), 23-31. <https://doi.org/10.5042/jpmh.2010.0326>
- Kaczmarek, L., Enko, J., Awdziejczyk, M., Hoffmann, N., Bialobrzeska, N., Mielniczuk, P., & Dombrowski, S. (2014). Would you be happier if you looked better? A focusing illusion. *Journal of Happiness Studies, 17*(1), 357-365. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-014-9598-0>
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*(6), 1007-1022. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.82.6.1007>.
- Leija-Alva, G., Aguilera-Sosa, V., Lara-Padilla, E., Rodriguez-Choreño, J., Trejo-Martínez, J., & López-de la Rosa, M. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 1*(2), 19-28. <http://dx.doi.org/10.5461/rlmc.v1.i2.20964>
- Lev-Ari, L., Baumgarten-Katz, I., & Zohar, A. (2014). Mirror, mirror on the wall: How women learn body dissatisfaction. *Eating Behaviors, 15*(1), 397-402. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.04.015>
- Lindley, P., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A. (2006) Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology, 1*(1), 3-16. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760500372796>
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research, 46*(2), 137-155. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1006824100041>
- Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology, 9*(2), 111–131. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>
- Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad un Método Aprobado para Conseguir el Bienestar*. Barcelona: Ediciones Urbano.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being?

- Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 57-62.  
<http://dx.doi.org/10.1177/0963721412469809>
- Lupano, M., & Castro, A. (2010). Psicología Positiva: análisis desde su surgimiento. *Prensa Médica Latinoamericana*, 4(1), 43-56.
- Marchago, J. (2002). Autoconcepto físico y dilemas corporales de la ciudadanía adolescente. *Revista Psicosocial*, 2, 1-25
- Martínez, C. (2014). *Procesos Cognitivos y Emocionales en Trastornos de la Conducta Alimentaria, PICTODEMO (Percepción de la Imagen Corporal y Toma de Decisiones en Mujeres Onubenses)*. (Tesis doctoral). Universidad de Huelva, Huelva, España.
- Maruf, F., Akinpelu, A., & Nwankwo, M. (2012). Perceived body image and weight: Discrepancies and gender differences among university undergraduates. *African Health Sciences*, 12(4), 464-472. <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v12i4.11>
- Mask, L. & Blanchard, C. (2012). The effects of “thin ideal” media on women’s body image concerns and eating-related intentions: The beneficial role of an autonomous regulation of eating behaviors. *Body Image*, 8, 357–365.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.06.003>
- McVey, G., Kirsh, G., Maker, D., Walker, K., Mullane, J., Laliberte, M., Ellis-Claypool, J., Vorderbrugge, J., Burnett, A., Cheung, L., & Banks, L. (2010). Promoting positive body image among university students: A collaborative pilot study. *Body Image*, 7(3), 200-204.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.02.005>
- Meneses, M., & Moncada, J. (2008). Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 3(1), 13-14.
- Míguez, M., De la Montaña, J., González, J., & González, M. (2011). Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 472-479. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2011.26.3.4604>.
- Moyano-Díaz, E., Cornejo, F., Carreño, M., & Muñoz, A. (2013). Bienestar subjetivo en maximizadores y satisfechos. *Terapia Psicológica*, 31(3), 273–280.  
<http://doi.org/10.4067/S0718-48082013000300001>
- Montero, I., & León O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 503-508.
- Muhannad, M. (2012). Actual self-image, ideal self-image and the relation between satisfaction

- and destination loyalty. *Tourism & Hospitality*, 1(4), 114-124  
<http://doi.org/10.4172/2167-0269.1000102>
- Ojeda, A. (2011). El bienestar subjetivo como resultado de la apreciación ¿Qué tan felices somos? *Psicología iberoamericana*, 19(2), 5-8.
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 13(1), 11-19. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000100002>
- Pawelski, S. (2011) The many faces of happiness. *Scientific American Mind*, 22, 50-55.  
<http://dx.doi.org/10.1038/scientificamericanmind0911-50>
- Pérez, C., Bonnefoy, C., Cabrera A., Peine, S., Muñoz, C., Baquedano, M., & Jiménez, J. (2011). Análisis, desde la psicología positiva, de la salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción (Chile). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(1), 148-160.
- Pérez-Gil, S., & Romero, G. (2010). Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo. *Salud Pública de México*, 52(2), 111-118.
- Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Prieto, A., Muñoz-Najar P., & Omar, A. (2015). Bienestar subjetivo e imagen corporal en estudiantes universitarias de Arequipa. *Liberabit Revista de Psicología*. 21(2), 321-328.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I., & Zapater L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.
- Raich, M. (2013). *Imagen Corporal: Conocer y Valorar el Propio Cuerpo*. España: Editorial Pirámide.
- Ranero, M. (2014). Propuesta de programa cognitivo conductual de autoestima para niños de 7 a 10 años víctimas de maltrato intrafamiliar. (Tesis de Grado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Ramírez, M. J., Godoy, D., Vázquez, M. L., Lara, R., Navarrón, E., Vélez, M., Padial, A., & Jiménez, M. G. (2015). Imagen corporal y satisfacción corporal en adultos: diferencias por sexo y edad. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 10(1), 63-68
- Rey, L., & Extremera, N. (2014). Positive psychological characteristics and interpersonal forgiveness: Identifying the unique contribution of emotional intelligence abilities, big five traits, gratitude and optimism. *Personality and Individual Differences*, 68(1), 199–204. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.04.030>



- Richards, J., Jiang, X., Kelly, P., Chau, J., Bauman, A., & Ding, D. (2015). Don't worry, be happy: Cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *BMC Public Health*, *15*(53). <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1391-4>
- Rodríguez-Fernández, A., González-Fernández, O., & Goñi-Grandmontagne, A. (2013). Sources of perceived sociocultural pressure on physical self-concept. *Psicothema*, *25*(2), 192-208. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2012.229>
- Rodríguez, C. (2012). *Aplicación de la Psicología Positiva para la Prevención de Trastornos en la Conducta Humana*. (Tesis doctoral). Universidad del Turabo, Gurabo, Puerto Rico.
- Rodríguez, J., & Senín, C. (2014). Alteraciones de la imagen corporal y los diagnósticos. En J. Rodríguez (Ed.), *Alteraciones de la Imagen Corporal*, pp.57-84. España: Editorial Síntesis.
- Rodríguez, A., & Quiñones A., (2012). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. *Revista Griot*, *5*(1), 7-17.
- Rubio, M., & Berlanga V. (2012) Cómo aplicar las pruebas paramétricas bivariadas t de student y ANOVA en SPSS. Caso práctico. *Revista d'Inovació i Recerca en Educació*, *5*(2), 83-100. <http://dx.doi.org/10.1344/reire2012.5.2527>
- Ruíz-Ariza, A., de la Torre-Cruz, J., Redecillas-Peiró, M., & Martínez-López, E. (2015). Influencia del desplazamiento activo sobre la felicidad, el bienestar, la angustia psicológica y la imagen corporal en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, *29*(6) 454-457. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.06.002>
- Ruíz, J., & Cano, J. (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Úbeda (Jaén): R & C Editores.
- Ruíz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (2013). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. (3era Ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Rusk, R., & Walters, L. (2013). Tracing the size, reach, impact, and breath of positive psychology. *The Journal of Positive Psychology*, *8*(3), 207-221. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2013.777766>
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, *57*(6), 1069-1081. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, *4*(4) 99-104. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>.

- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87(2), 67-80.
- Sámamo, R., Rodríguez-Ventura, A. L., Sánchez-Jiménez, B., Godínez, E. I., Noriega, A., Zelonka, R., Garza M., & Nieto, J. (2015). Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1082-1088.  
<http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.8364>
- Sarıçam, H. (2015). Life satisfaction: Testing a structural equation model based on authenticity and subjective happiness. *Polish Psychological Bulletin*, 46(2), 278-274.  
<http://dx.doi.org/10.1515/ppb-2015-0034>
- Schimmack, U. (2008). The structure of subjective well-being. En M. Eid & R. Larsen. *The Science of Subjective Well-Being*, pp. 97-123. Nueva York: Guilford Press.
- Schnettler, B., Denegri, M., Miranda, H., Sepúlveda, J., Mora, M., & Lobos, G. (2014). Satisfaction with life and with food-related life in central Chile. *Psicothema*, 26(2), 200-206. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2013.13>
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. (2010). El estudio científico de la felicidad y la promoción de la salud: revisión integradora de la literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 192-199.
- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. Estados Unidos: Atria Books.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, M., Rashid, T., & Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
- Senín, C., & Rodríguez, J. (2014). Alteraciones corporales que inciden en la imagen corporal. En J. Rodríguez (Ed.), *Alteraciones de la Imagen Corporal*, pp. 85-102. España: Editorial Síntesis.
- Senín, C., Benítez, M., & Rodríguez, J. (2014). Tratamiento: guía para el terapeuta. En J. Rodríguez (Ed.), *Alteraciones de la Imagen Corporal*, pp. 171-238. España: Editorial

## Síntesis

- Sheldon, K., & Lyubomirsky, S. (2006). Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 55-86.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10902-005-0868-8>
- Sheldon, K., & Houser-Marko, L. (2001). Selfconcordance, goal-attainment, and the pursuit of happiness: Can there be an upward spiral? *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 152-165. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.80.1.152>
- Sheldon, K., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.216>
- Siegling, A., & Delaney, M. (2013). Toward understanding body image importance: Individual differences in a Canadian sample of undergraduate students. *Eating Disorders*, 21(1), 117-129. <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2013.761083>
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10(26), 1-14.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>
- Smith-Jackson, T., Reel, J., & Thackeray, R. (2014). The practical application of promoting positive body image on a college campus: Insights from freshmen women. *American Journal of Health Education*, 45(2), 105-111.  
<http://dx.doi.org/10.1080/19325037.2013.875965>
- Stice, E., Shaw, H., Burton, E., & Wade, E. (2006). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 263-275. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.263>
- Stice, E., Marti, E., Spoor, S., Presnell, K., & Shaw, H. (2008). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 329-340.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.329>
- Swami, V., Tran, U., Stieger, S., & Voracek, M. (2014). Associations between women's body image and happiness: Results of the youbeauty.com body image survey (YBIS). *Journal of Happiness Studies*, 16(3), 705-718. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-014-9530-7>
- Tarragona, M. (2012). Breve introducción a la psicología positiva y al estudio de la felicidad y el bienestar. En A. Tapia, M. Tarragona & M. González (Ed.). *Psicología Positiva*, pp. 21-44). Ciudad de México: Trillas.

- Tarragona, M. (2013). Psicología positiva terapias constructivas: una propuesta integradora. *Terapia Psicológica*, 31(1), 115-125.
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2015). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10(4), 624 -627.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>
- Thompson, J. K. (1990). *Psychology Practitioner Guidebooks. Body image Disturbance: Assessment and Treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
- Tod, D., Hall, G., & Edwards, C. (2012). Gender invariance and correlates of the drive for leanness scale. *Body Image*, 9(4), 555-558. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.06.004>
- Trejo-Ortíz, P., Mollinedo, F., Araujo, R., Valdez-Esparza, G., & Sánchez, M. (2016). Hábitos de actividad física y cánones de imagen corporal en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(1).
- Tylka, T. (2011). Positive psychology perspectives on body image. En T. Cash & Smolak, L. (Eds.). *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 55-66). Nueva York: The Guilford Press.
- Tylka, T., & Homan, K. (2015). Exercise motives and positive body image in physically active college women and men: Exploring an expanded acceptance model of intuitive eating. *Body Image*, 15(1), 90–97. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.003>
- Tylka, T., Russell H., & Neal., A. (2014). Self-compassion as a moderator of thinness related pressures associations with thin-ideal internalization and disordered eating. *Eating Behaviors*, 17(1), 23-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.009>
- Tylka, T., & Wood-Barcalow, N. (2015). A positive complement. *Body Image*, 14(1), 115-117. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.002>
- Tylka, T., & Wood-Barcalow, N. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Valenciano, C., & Solano, N. (2012). La insatisfacción corporal en mujeres adultas: un estudio piloto. *TOG (A Coruña)*, 9(19), 1-23.
- Van, K., & Kinnally, W. (2012). Media effects on body image: Examining media exposure in the broader context of internal and other social factors. *American Communication Journal*, 14(2), 41-57.
- Vázquez, C. (2013). La psicología positiva y sus enemigos: una réplica en base a la evidencia

- científica. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 91-115.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2009). *La Psicología Positiva Aplicada*. España: Desclée de Brouwer.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(1), 113-125.
- Voelker, D., Reel, J., & Greenleaf, Ch. (2015). Weight status and body image perceptions in adolescents: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 6(1), 149-158. <http://doi.org/10.2147/AHMT.S68344>
- Wade, T., & Tiggemann, M. (2013). The role of perfectionism in body dissatisfaction. *Journal of Eating Disorders*, 1(2), 89-108. <http://doi.org/10.1186/2050-2974-1-2>
- Webb, J., Butler-Ajibade, P., & Robinson, S. (2014). Considering an affect regulation framework for examining the association between body dissatisfaction and positive body image in black older adolescent females: Does body mass index matter? *Body Image*, 11(4), 426-437. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.002>
- Webb N., Wood-Barcalow N., & Tylka, T. (2015). Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body Image*, 14, 130-145. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.010>
- Wood-Barcalow, N., Tylka, T., & Augustus-Horvath, C. (2010). “But I Like My Body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7(2), 106-116. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>

# ANEXOS

## Anexo I: Consentimiento informado adolescentes grupo experimental

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del participante: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Nombre del padre o tutor: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Profesional responsable del curso: Mtra. Karina Sugeyi Venegas Ayala.
Cédula profesional: 9395865

INFORMACIÓN.
El presente curso tiene por objetivo: Mejorar la percepción de la imagen corporal del participante.
Procedimiento: Curso taller.
Modalidad: Presencial.
Duración: 8 semanas.
Frecuencia: una vez por semana.
Cronograma de trabajo.
Sesión 1: 27 de mayo, 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Sesión 2: 3 de junio, 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Sesión 3: 10 de junio, 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Sesión 4: 17 de junio, 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Sesión 5: 11 de marzo 11:00 a.m. a 1:00 p.m.

Sesión 8: 8 de julio, 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Pruebas a aplicar: MBSRQ, CAF, BIAQT, SHS y BP.
Protección de datos personales: los datos personales de la participante NO serán revelados durante o después del curso. Los datos que se revelarán dentro del curso serán completamente confidenciales, los participantes no pueden revelar ninguno de estos datos.
Los datos recabados por las pruebas psicométricas de este curso tienen propósitos de investigación académica y quedan a disposición del investigador, los datos recabados para fines de divulgación y académicos. Teniendo siempre como primicia los datos personales del participante.
Indicaciones: es importante que la participante acuda todas las sesiones del curso y realice todas las actividades que se señalarán dentro de este.
Otras Explicaciones e información: Las técnicas utilizadas dentro del curso serán de manera grupal.

CONSENTIMIENTO:
He escuchado, leído y comprendido en su totalidad todo lo antes descrito en el cuadro de información, por ello manifiesto que estoy de acuerdo con todo lo anteriormente mencionado y declaro que estoy de acuerdo con que mi hija tenga participación voluntaria en este curso.

Firma del Padre o Tutor

Firma del Profesional responsable  
Cédula profesional:  
9395865

Firma del Testigo

## Anexo II: Consentimiento informado adolescentes grupo control

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del participante: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Nombre del padre o tutor: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Profesional responsable del curso: Mtra. Karina Sugely Venegas Ayala.
Cédula profesional: 9392865

INFORMACIÓN.
El presente curso tiene objetivo: Conocer e informar sobre la percepción de la imagen corporal del participante.
Procedimiento: Curso.
Modalidad: Presencial.
Duración: 2 semanas.
Frecuencia: Bimestral.
Cronograma de trabajo.
Sesión 1: 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Sesión 2: 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Pruebas a aplicar: MBSRQ, CAF, BIAQT, SHS y BP.
Protección de datos personales: los datos personales de la participante NO serán revelados durante o después del curso. Los datos que se revelarán dentro del curso serán completamente confidenciales, los participantes no pueden revelar ninguno de estos datos.

Los datos recabados por las pruebas psicométricas de este curso tienen propósitos de investigación académica y quedan a disposición del investigador, los datos recabados para fines de divulgación y académicos. Teniendo siempre como prioridad los datos personales del participante.
Indicaciones: es importante que la participante acuda todas las sesiones del curso y realice todas las actividades que se señalarán dentro de este.
Otras Explicaciones e información: La aplicación de las pruebas y la información transmitida serán de manera grupal.

CONSENTIMIENTO:
He escuchado, leído y comprendido en su totalidad todo lo antes descrito en el cuadro de información, por ello manifiesto que estoy de acuerdo con todo lo anteriormente mencionado y declaro que estoy de acuerdo con que mi hija tenga participación voluntaria en este curso.

Firma del Padre o Tutor

Firma del Profesional responsable  
Cédula profesional:  
9392865

Firma del Testigo

# Anexo III: Consentimiento informado adultas jóvenes grupo experimental

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del participante: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Profesional responsable del curso: Mtra. Karina Sugeyi Venegas Ayala.
Cédula profesional: 9395865

INFORMACIÓN.
El presente curso tiene por objetivo: Mejorar la percepción de la imagen corporal del participante.
Procedimiento: Curso taller.
Modalidad: Presencial.
Duración: 8 semanas.
Frecuencia: una vez por semana.
Cronograma de trabajo.
Sesión 1: 27 de mayo, 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Sesión 2: 3 de junio, 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Sesión 3: 10 de junio, 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Sesión 4: 17 de junio, 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Sesión 5: 11 de marzo 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Sesión 6: 24 de junio, 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Sesión 7: 1 de julio, 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Sesión 8: 8 de julio, 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Pruebas a aplicar: MBSRQ, CAF, BIAQT, SHS y BP.

Protección de datos personales: los datos personales de la participante NO serán revelados durante o después del curso. Los datos que se revelarán dentro del curso serán completamente confidenciales, los participantes no pueden revelar ninguno de estos datos.

Los datos recabados por las pruebas psicométricas de este curso tienen propósitos de investigación académica y quedan a disposición del investigador, los datos recabados para fines de divulgación y académicos. Teniendo siempre como primicia los datos personales del participante.

Indicaciones: es importante que la participante acuda todas las sesiones del curso y realice todas las actividades que se señalarán dentro de este.

Otras Explicaciones e información: Las técnicas utilizadas dentro del curso serán de manera grupal.

CONSENTIMIENTO:
He escuchado, leído y comprendido en su totalidad todo lo antes descrito en el cuadro de información, por ello manifiesto que estoy de acuerdo con todo lo anteriormente mencionado y declaro que mi participación en este curso es completamente voluntaria.

Firma del Participante

Firma del Profesional responsable  
Cédula profesional:  
9395865

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo



## Anexo IV: Consentimiento informado adultas jóvenes grupo control

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del participante: _____	
Dirección: _____	Teléfono: _____

Profesional responsable del curso: Mtra. Karina Sugeyí Venegas Ayala.
Cédula profesional: 9395865

INFORMACIÓN.
El presente curso tiene objetivo: Conocer e informar sobre la percepción de la imagen corporal del participante.
Procedimiento: Curso.
Modalidad: Presencial.
Duración: 2 semanas.
Frecuencia: Bimestral.
Cronograma de trabajo.
Sesión 1: 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Sesión 2: 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
Pruebas a aplicar: MBSRQ, CAF, BIAQT, SHS y BP.
Protección de datos personales: los datos personales de la participante NO serán revelados durante o después del curso. Los datos que se revelarán dentro del curso serán completamente confidenciales, los participantes no pueden revelar ninguno de estos datos.
Los datos recabados por las pruebas psicométricas de este curso tienen propósitos de investigación académica y quedan a disposición del investigador, los datos recabados para fines de divulgación y académicos. Teniendo siempre como primicia los datos personales del participante.
Indicaciones: es importante que la participante acuda todas las sesiones del curso y realice todas las actividades que se señalarán dentro de este.

Otras Explicaciones e información: La aplicación de las pruebas y la información transmitida serán de manera grupal.
--

CONSENTIMIENTO:
He escuchado, leído y comprendido en su totalidad todo lo antes descrito en el cuadro de información, por ello manifiesto que estoy de acuerdo con todo lo anteriormente mencionado y declaro que mi participación en este curso es completamente voluntaria.

Firma del Participante

Firma del Profesional responsable  
Cédula profesional:  
9395865

Firma del Testigo

## Anexo V: Batería Aplicada

INICIALES: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
 OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
 HORARIO: \_\_\_\_\_

### Escala SHS

**Instrucciones.**

A continuación, encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta.

Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a usted.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo.

Por favor sea lo más sincero posible.

Gracias.

A continuación, marque la casilla con la que este más de acuerdo para cada una de las frases.

PREGUNTAS		1	2	3	4	5	6	7	
1. En general, me considero:	Una persona no muy feliz								Una persona muy feliz
2. Comparado con la mayoría de mis amigos(as):	Menos feliz								Más feliz
3. Algunas personas generalmente son muy felices. Disfrutan sin importar lo que está pasando y sacan el máximo provecho de todo. ¿En qué medida te consideras una persona así?	Para nada								Bastante
4. Algunas personas generalmente no son muy felices. Aunque no están deprimidas, no parecen tan felices como ellas quisieran. ¿En qué medida te consideras una persona así?	Para nada								Bastante

ESCALA BP

**Instrucciones.**

A continuación, encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta. Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a usted.

**No hay respuestas correctas o incorrectas.** Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo. **Por favor sea lo más sincero posible.**

Gracias.

A continuación, marque la casilla con la que está más de acuerdo para cada una de las frases.

PREGUNTAS	Totalmente en desacuerdo	En bastante desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contenta con cómo han resultado las cosas.						
2. A menudo me siento sola porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.						
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						
4. Me preocupo cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.						
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.						
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
7. En general, me siento segura y positiva conmigo misma.						
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.						
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.						
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.						
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.						
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propongo para mí misma.						
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.						
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.						
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						

	Totalmente en desacuerdo	En bastante desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.						
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.						
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.						
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
25. En muchos aspectos, me siento decepcionada de mis logros en la vida.						
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.						
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.						
28. Soy bastante buena manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.						
29. No tengo claro que es lo que intento conseguir en la vida.						
30. Hace mucho tiempo que deje de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.						
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.						
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.						
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.						
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.						
36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.						
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desmotivado mucho como persona.						
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						
39. Si me sintiera feliz con mi situación de vida diaria los pasos más eficaces para cambiarla.						

MBSRQ

Instrucciones.  
 A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta.  
 Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a usted.  
 No hay respuestas correctas o incorrectas. De la respuesta que más se ajuste a usted  
 mismo. Por favor sea lo más sincero posible.  
 Gracias.

A continuación marque la casilla con la que este más de acuerdo para cada una de las frases

PREGUNTAS	Totalmente en desacuerdo	En bastante desacuerdo	Indiferente	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto.					
2. Podría superar la mayoría de pruebas de estar en buena forma física.					
3. Para mí es importante tener mucha fuerza.					
4. Mi cuerpo es sexualmente atractivo.					
5. No hago ejercicio regularmente.					
6. Se mucho sobre las cosas que afectan a mi salud física.					
7. Me preocupo constantemente de poder llegar a estar gordo.					
8. Me gusta mi aspecto tal y como es.					
9. Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo.					
10. Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme.					
11. Tengo una buena capacidad de resistencia física.					
12. Participar en deportes no es importante para mí.					
13. No hago cosas que me mantengan en forma.					
14. Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mí.					
15. Soy muy consciente de cambios en mi peso aunque sean pequeños.					
16. Casi todo el mundo me considera gordo.					
17. Es importante para mí que mi aspecto sea siempre bueno.					
18. Adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas.					
19. Estar en forma no es una prioridad en mi vida.					
20. Hago cosas que aumenten mi fuerza física.					
21. Raramente estoy enfermo.					
22. A menudo leo libros y revistas de salud.					

	Totalmente en desacuerdo	En bastante desacuerdo	Indiferente	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
23. Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa.					
24. No soy buena en deportes o juegos.					
25. Raramente pienso en mis aptitudes deportivas.					
26. Me esfuerzo en mejorar mi resistencia física.					
27. No me preocupo de llevar una dieta equilibrada.					
28. Me gusta cómo me siento la ropa.					
29. Presto especial atención al cuidado de mi pelo.					
30. No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas.					
31. Trato de estar físicamente activa.					
32. Presto atención a cualquier signo que indique que puedo estar enferma.					
33. Nunca pienso en mi aspecto.					
34. Siempre trato de mejorar mi aspecto físico.					
35. Me muevo de forma armónica y coordinada.					
36. Se mucho sobre cómo estar bien físicamente.					
37. Hago deporte regularmente a lo largo del año.					
38. Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud.					
39. Al primer signo de enfermedad voy al médico.					

A continuación marque la casilla con la que este más de acuerdo para cada una de las frases

PREGUNTAS	Muy insatisfecha	Bastante insatisfecha	Punto medio	Bastante satisfecha	Muy satisfecha
40. Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies).					
41. Parte media del cuerpo (abdomen y estómago).					
42. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos).					
43. Tono muscular.					
44. Peso.					
45. Aspecto general.					

**BIATQ**

**Instrucciones.**

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta. Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a usted.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo.

Por favor sea lo más sincero posible.

Gracias.

A continuación marque la casilla con la que este más de acuerdo para cada una de las frases.

PREGUNTAS	Nunca	Ocasionalmente	Moderadamente	Con frecuencia	A menudo	Muy a menudo
1. Siempre pienso en mi apariencia.						
2. Me siento incapaz de cambiar mi apariencia.						
3. Mi vida es un desastre debido a mi apariencia.						
4. Mi apariencia me hace ser un don nadie.						
5. Mi aspecto no es lo suficientemente bueno para estar aquí.						
6. ¿Por qué nunca tengo buen aspecto?						
7. Es injusto que tenga esta apariencia.						
8. Con este aspecto nadie se va a enamorar de mí.						
9. Me gustaría haber sido más guapo.						
10. Puedo decir que otras personas piensan que no soy atractiva.						
11. Debo perder peso.						
12. Los demás piensan que parezco gorda.						
13. Se rien de mi aspecto.						
14. Quizás podría parecerme a ella.						
15. No soy atractiva.						
16. El no querrá sentirse conmigo porque no soy guapa.						

	Nunca	Ocasionalmente	Moderadamente	Con frecuencia	A menudo	Muy a menudo
17. Desearía parecerme a cualquier otra persona.						
18. Otras personas piensan que soy guapa.						
19. Mi apariencia me ayuda a tener más confianza.						
20. Estoy orgullosa de mi cuerpo.						
21. Mi cuerpo tiene buenas proporciones.						
22. Mi aspecto parece ayudarme socialmente.						
23. Me gusta cómo es mi apariencia.						
24. Con gente más atractiva yo pienso que soy atractiva.						
25. Soy por lo menos tan atractiva como la mayoría de la gente.						
26. No me importa que la gente me mire.						
27. Estoy a gusto con mi apariencia.						

**CAF**  
**Abreviado**

**Instrucciones.**

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta. Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a usted.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo.

Por favor sea lo más sincero posible.

Gracias.

A continuación marque la casilla con la que este más de acuerdo para cada una de las frases

PREGUNTAS	Falso	Casi siempre falso	A veces Verdadero/ A veces falso	Casi siempre verdadero	Verdadero
1. Tengo mucha resistencia física.					
2. Tengo más fuerza que la mayoría de la gente de mi edad.					
3. Me siento contenta con mi imagen corporal.					
4. Puedo correr y hacer ejercicio durante mucho tiempo sin cansarme.					
5. Soy de las personas que les cuesta aprender un deporte nuevo.					
6. Soy fuerte.					
7. Me veo torpe en las actividades deportivas.					
8. Me gusta mi cara y mi cuerpo.					

Muchas gracias por tu sinceridad y paciencia.