

# **UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA**

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial  
Del 3 de abril de 1981



“IMAGEN INTERNA-EXTERNA: LAS DOS CARAS DE LA AUTOESTIMA”

## **TESIS**

Que para obtener el grado de

**MAESTRA EN DESARROLLO HUMANO**

Presenta

**MARINA CONTRERAS MORENO**

Directora de tesis: Dra. Alejandra Domínguez Espinosa

Lectora: Dra. Silvia A. Sánchez Ochoa

Lectora: Mtra. Rosa Ma. Córdova Álvarez

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar al ser más amoroso de esta tierra: Manuel, mi compañero de vida, que sin su apoyo y aliento jamás hubiera podido realizar este sueño y no hubiera recorrido este camino que ha sido de gran aprendizaje para mí.

A mi hija, que está en mi vientre y que ha sido mi motivación para poder concluir con mi trabajo.

A mi directora, lectores y maestros de la maestría en Desarrollo Humano por sus enseñanzas.

A todas las mujeres que participaron en mi investigación.

Al mundo de la moda, porque si no lo hubiera conocido yo sería otra.

## INDICE

<i>Resumen</i>	<i>vi</i>
<i>Abstract</i>	<i>vii</i>
<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>CAPITULO I. IMAGEN CORPORAL</b>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<b>IMAGEN EXTERNA</b>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
ANTECEDENTES	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
GENERALIDADES	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
VARIABLES RELACIONADAS	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
IMAGEN	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
AUTOPERCEPCIÓN	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
AUTOIMAGEN	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
IMAGEN DEL CUERPO	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
CUERPO IDEAL	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<b>IMAGEN INTERNA</b>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
ANTECEDENTES	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
VARIABLES RELACIONADAS	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
AUTOCONCEPTO	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
AUTOACEPTACIÓN	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
SÍ-MISMO	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
IDENTIDAD	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
NARCISISMO	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
VANIDAD	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<b>PATOLOGÍAS VINCULADAS A LA IMAGEN CORPORAL</b>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
ANTECEDENTES	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
ANOREXIA	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
BULIMIA	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
ADICCIONES	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<b>EL MUNDO DEL MODELAJE</b>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<b>CAPITULO II. AUTOESTIMA</b>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
ANTECEDENTES	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
DEFINICIONES DE AUTOESTIMA	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
FACTORES QUE CIMENTAN LA AUTOESTIMA	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
CONSCIENCIA	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
ACEPTACIÓN	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
RESPONSABILIDAD	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
RESPECTO	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
PROPÓSITO	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
INTEGRIDAD	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
TIPOS DE AUTOESTIMA	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
AUTOESTIMA POSITIVA	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
AUTOESTIMA NEGATIVA	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<b>CAPITULO III. MÉTODO</b>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
JUSTIFICACIÓN	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
TIPO DE INVESTIGACIÓN	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<i>Fase 1. Estudio de campo</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<b>Método</b>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<i>Participantes:</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<i>Instrumentos</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<i>Procedimiento</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>

<i>Análisis</i>	_____	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Resultados</b>	_____	¡Error! Marcador no definido.
<b>Discusión</b>	_____	¡Error! Marcador no definido.
<i>Fase 2. Propuesta de Taller en Desarrollo Humano</i>	_____	¡Error! Marcador no definido.
<b>CONCLUSIÓN GENERAL</b>	_____	¡Error! Marcador no definido.
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	_____	¡Error! Marcador no definido.

## INDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Comparación de medias entre las Modelos y Población General en las escalas B, D, E1, F, I, J, L, M y la Escala de Rosenberg. .... ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 2. Comparación de medias de las Modelos y Población General en la sección L..... ¡Error! Marcador no definido.

Gráfica 1. Porcentaje de ISICG en Modelos. .... ¡Error! Marcador no definido.

Gráfica 2. Porcentaje de ISICG en Población General..... ¡Error! Marcador no definido.

Gráfica 3. Porcentaje de dieta para controlar el peso (sección E) ... ¡Error! Marcador no definido.

Gráfica 4. Porcentaje de edad en Primera Dieta (sección E)..... ¡Error! Marcador no definido.

Gráfica 5. Porcentaje de actitudes familiares frente al peso corporal (sección H) ..... ¡Error! Marcador no definido.

Gráfica 6. Porcentaje de Antecedentes de Enfermedades Familiares (sección H) ..... ¡Error! Marcador no definido.

Gráfica 7. Porcentaje de Antecedentes Familiares en Dieta y Ejercicio (sección H) ..... ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 3. Correlaciones entre variables..... ¡Error! Marcador no definido.

## Resumen

La mujer hoy en día juega diferentes roles profesionales, y va adquiriendo distintas responsabilidades dependiendo su tipo de trabajo; uno de estos trabajos es el de ser modelo en el cual las presiones a las que están sujetas las hace vulnerables a exagerar la importancia de la apariencia y la imagen física, al estrés, los trastornos alimenticios y la baja autoestima.

Por lo anterior el objetivo de la presente investigación fue estudiar dos grupos de mujeres: aquellas que son modelos de profesión y aquellas que tienen una profesión diferente para conocer las diferencias y la relación que hay con respecto a la apariencia e imagen física, al estrés, los trastornos alimenticios y la autoestima. Se trabajó con una muestra conformada por 30 mujeres de la Ciudad de México de las cuáles 15 eran modelos y 15 tenían una profesión distinta. Se llevo a cabo la aplicación de la batería Alimentación y Salud de Gómez-Peresmitré (1997 ) y la escala de autoestima elaborada por Rosenberg (1973)

De los resultados más relevantes encontrados en la presente investigación podemos mencionar los siguientes: no existe diferencia en la autoestima entre los grupos encuestados, en relación con el estrés, el grupo más vulnerable fue el de las mujeres con una actividad diferente a la moda, en cuanto a la imagen física las modelos están más satisfechas y no presentaron trastornos alimenticios

Palabras Clave: Imagen, Autoestima, Moda

## **Abstract**

Women today play different professional roles and acquire responsibilities depending on their line of work; one of these jobs is being a fashion model in which they are subjected to such pressure that they become vulnerable to exaggerating the importance of appearance and physical image, stress, eating disorders and low self-esteem.

Therefore, the objective of the present research was to study two groups of women: those that are professional fashion models and those that have a different profession in order to know the differences and the relationship that exists with respect to appearance and physical image, stress, eating disorders and self-esteem. The sample consisted of 30 women from Mexico City: 15 fashion models and 15 of a different profession. Two questionnaires were presented to them consisting of the Eating and Health questionnaire by Gómez-Peresmitré (1997 ) and the Rosenberg (1973) self-esteem scale.

Among the most relevant results derived from the present research are the following: there is no significant difference in self-esteem levels among the sampled groups, in relation to stress, the most vulnerable group was that composed of women with a profession different to fashion models, in relation to physical image, models are more satisfied and do not show signs of eating disorders.

Keywords: Image, Self-esteem, Fashion

## PRESENTACIÓN

En la actualidad, se observa que hay un interés muy marcado en lo relacionado con la imagen física, y más particularmente de aquellas mujeres que tienen como profesión principal el modelaje, ya que últimamente existe una exposición mayor en los medios de comunicación de masas acerca de algunas muertes debidas a las enfermedades como la anorexia nervosa y la bulimia en esta población. Por tanto, hoy más que nunca los medios y la opinión pública se cuestionan el interés que se tiene en la presencia y la imagen física de las modelos ya que ellas al igual que las celebridades, son el prototipo a seguir para mujeres jóvenes adultas dentro de una sociedad.

Las mujeres profesionistas, ejecutivas, amas de casa, etc., tienen diversas actividades que las hacen presumiblemente diferentes a aquellas que se dedican a modelar. Estos grupos de mujeres desempeñan roles diferentes dentro de su familia así como en su profesión, y por tanto, es posible que sus respuestas ante la imagen corporal y la autoestima sean diferentes, ya que al menos las modelos viven de su imagen, mientras que el resto no necesariamente basa su éxito en su apariencia física.

Es por esta razón que se requiere de estudios específicos para analizar el hecho de que realizar distintas profesiones puede favorecer o desfavorecer el hecho de cómo observan ellas mismas su imagen corporal; por ello el propósito principal de esta investigación fue describir la relación que existe entre los niveles de autoestima y la imagen corporal en dos grupos de mujeres, aquellas que se dedican al modelaje y aquellas que no.



## INTRODUCCIÓN

“Todo lo que es moda pasa de moda” (Coco Chanel en 1990, pp. 27-29)

Es difícil pensar que mujeres que tienen una carrera sobresaliente dentro de la moda pudieran llegar a tener problemas de autoestima, drogas, bulimia o anorexia, ya que se les llega a observar como personas que tienen fama, fortuna, relaciones personales positivas y en pocas palabras “que no les falta nada”; sin embargo, la panorámica que se observa cuando se está cerca de estas personas es diferente, y uno se puede llegar a cuestionar: ¿Por qué es que existen esas noticias donde hablan de la drogadicción dentro del medio de las modelos?, como en el caso de las modelos famosas Kate Moss (1974- ) de 34 años de edad, o Naomi Campbell (1970- ) de 38 años; incluso documentales que hablan de la vida de Margaux Hemmingway (1955-1996) dónde nos relatan que era una mujer alcohólica adicta a la cocaína y que su vida terminó en suicidio en Sta. Monica, California; así como también la vida de la modelo Gía Carangi (1960-1986) que a sus 26 años de edad ya se hablaba de su drogadicción y fue la primera modelo conocida en morir por sida (Toledo, 2008). Otro ejemplo importante es el de la modelo Carré Otis (1968- ), de 40 años, quien después de haber padecido anorexia y bulimia, hoy en día está recuperada y ayuda a niñas con este problema, incursionando en gran medida dentro de la Asociación Nacional de los Desórdenes Alimenticios (*National Eating Disorders Association*) en Estados Unidos. En 2005, Otis en una entrevista para el *Newsweek Health* indica que sentía vergüenza de su propio cuerpo cuando tenía que entrar en la ropa para poder trabajar como modelo y es por eso que, según ella, tenía que permanecer anoréxica y poder controlar su vida (Bennett, 2005)

En el 2007 la revista *Glamour* publicó que en recientes estudios se ha reportado que más mujeres han tratado de reducir peso y han perdido hasta 32% en su masa corporal, siendo ésta una cantidad indicada solamente para aquellas personas que están severamente excedidas de peso (Wright, 2007).

Lipovetsky (1999) indica que la modelo anula todo sentido trágico en el juego sinfín de las apariencias; imposible encontrar el menor indicio de depravación o destrucción cuando todo lo que hay es magia; sin embargo, la panorámica que se nos pinta es distinta a esta aseveración, con base en los hechos reportados en los periódicos.

Existe una entrega en exclusiva a la percepción visual respecto de nuestra belleza, así como a los gustos y modas pasajeras y a los señalamientos que desde afuera nos otorgan, dejando a merced de estas influencias externas nuestra autoestima y seguridad (Albi, 1999).

En la actualidad los factores externos en la persona tienen un peso importante en la constitución de su identidad y de su autoestima. Esto es especialmente notable en las mujeres. Es necesario conocer y comprender cómo las formas y prácticas sociales de las mujeres conforman los significados que dan sentido a su vida. Las mujeres en la cultura moderna priorizan la aceptación social de su grupo. Las variadas y múltiples culturas de las modas ocupan un papel importante en la constitución de la identidad de las mujeres (Brenner & Cunningham, 1992).

En la historia de las comunidades, las personas valoran y representan en su cuerpo distintos aspectos de su cultura. La imagen corporal es una dimensión importante de la identidad de la mujer que se expresa en modos particulares de vestir y formas personales de vivir el propio cuerpo –sexualidad, erotismo, cuidado del cuerpo, huellas como el tatuaje, los accesorios y joyería, la forma de portar el cabello, etc.- Las culturas construyen conceptos de belleza según su tiempo, espacio e historia. Considerar hermosa a una persona varía mucho de cultura a cultura y de tiempo en tiempo. Así, la belleza es una práctica y una construcción social (como la de género) (Giddens, 2000) y la gran preocupación por el peso ha creado en las mujeres una baja autoestima, la pérdida de control de su vida y vergüenza sexual (Albi, 1999).

De tal suerte que comprender la relación entre los factores exógenos a la persona y los significados personales contribuye a la comprensión de un aspecto fundamental de la identidad: la imagen que construye de su cuerpo. Hablar de la autoestima no es algo nuevo, sin embargo, el presente trabajo se enfoca en el hecho de cómo la imagen interna y externa de las mujeres puede llegar a afectar en gran medida su calidad y sentido de vida si no hay una buena relación con la autoestima. Con relación a la imagen externa las mujeres se dejan llevar por lo que puede estar de moda: el cuerpo delgado, el vestir de temporada, el cabello y el maquillaje como se porta en las grandes pasarelas de moda en el mundo. Los medios de comunicación y mercadotecnia ocupan un sitio destacado en la cultura.

Por imagen externa se entiende la autoimagen del cuerpo, esto es la percepción, simbolización y significado que una persona tiene de su propio cuerpo. Por imagen interna se entiende el autoconcepto, la autoestima, el sí-mismo y la identidad de la persona.

## **JUSTIFICACIÓN**

La importancia que tiene la apariencia física en la sociedad influye particularmente en la mujer para que tenga una apariencia acorde a lo indicado por los cánones de la moda, ya que se ha creído durante mucho tiempo que la belleza es una cuestión de “gusto” personal, vinculada a unos criterios estéticos atemporales y universales (Bruchon-Schweitzer, 1992).

La idea fundamental de este trabajo es que la imagen corporal afecta y es parte fundamental de la autoestima de cualquier persona, hombre o mujer, y que en muchas ocasiones es sujeto de crítica, desprecio o influencia negativa. En el caso de las modelos, este fenómeno se exagera. Las modelos están expuestas a las presiones sociales y la exigencia profesional de ajustarse a arquetipos de belleza difíciles de

alcanzar, jugando ellas mismas el papel de un ideal a seguir, muchas veces desde su adolescencia (Brenner & Cunningham, 1992).

Dada la importancia de este fenómeno en esta población particular, fue importante realizar la presente investigación para ahondar en la problemática que viven estas mujeres y en su momento crear planes de desarrollo humano que ayuden en la prevención de comportamientos autodestructivos.

## **CAPITULO I. IMAGEN CORPORAL**

“Desde los liftings pasando por las dietas milagrosas hasta llegar a la liposucción, cada vez hay más mujeres que luchan por lograr la belleza que está de moda” (Rodin, 1993, p. 13)

“La hembra humana ha sufrido cambios espectaculares en el transcurso de su evolución, muchos más que el macho. Ha abandonado muchas de las características femeninas de otros primates y en forma de mujer moderna, ha llegado a convertirse en un ser único de una clase extraordinaria, los conceptos locales de belleza han variado muchísimo y cada sociedad humana ha desarrollado sus propias ideas sobre lo que es más atractivo” (Morris, 2005, p. 9).

### ***IMAGEN EXTERNA***

#### **ANTECEDENTES**

La industrialización de la belleza y las tendencias sociales de la actualidad viven su máximo apogeo en este momento, parece claro que la preocupación por el aspecto y el peso no es una simple aberración de la cultura occidental contemporánea. Cada periodo de la historia ha tenido sus propios estándares de belleza y cada cultura tiene sus propias y características nociones respecto del tamaño, forma y adornos adecuados para el cuerpo. En los siglos XII y XIII a las niñas chinas les vendaban fuertemente sus pies para crearlos estrechos y pequeños porque estaba de moda, esa costumbre dejó cojas a centenares de miles de mujeres. Y en el siglo XIX el cuerpo femenino bello necesitaba del corsé, que generaba dificultades respiratorias, estreñimiento, debilidad y una clara tendencia a la indigestión. En todas partes y en todos los tiempos, las mujeres han percibido sus cuerpos como incompletos, como faltos de un modelado, de perforaciones, de incisiones, de refinamiento y de un ajuste final que los convirtiera en motivo de belleza y de alegría, tanto en el plano individual como el social (Rodin, 1992).

Sontag (1979) describe cómo es que se comparaba a la enfermedad de la tuberculosis en el siglo XIX con una imagen de belleza al adquirir un semblante blanco y ojeroso que daba un aire de misterio y tristeza.

Los avances industriales del siglo XX han causado un fuertísimo impacto en la forma en que apreciamos nuestros cuerpos. En particular, desde el auge de los medios masivos de comunicación, con la inclusión de la fotografía y de las películas, estamos expuestos a estándares demasiado uniformes de belleza y moda, y las revistas y el cine nos hacen más conscientes de nuestro propio aspecto (Rodin, 1993).

## **GENERALIDADES**

La autoimagen corporal es una parte del sí-mismo muy relevante para la persona y más para la mujer, ya que la vive y la valora de manera necesaria para satisfacer una de las necesidades básicas del ser humano como recibir afecto y ser amado (Cardenal, 1999). Por imagen externa se entiende la autoimagen del cuerpo, esto es la percepción, simbolización y significado que una persona tiene de su propio cuerpo (Rodin, 1993). El desarrollo de una nueva imagen corporal y la aparición de un autoconcepto e identidad más complejos, están inextricablemente unidos (Erikson, 1968).

Durante la adolescencia, hay profundas alteraciones en el funcionamiento biopsicosocial, incluyendo cambios en la apariencia del cuerpo y en las funciones afectivas, cognitivas, de personalidad y de comportamiento social (R. Lerner, 1987). La incorporación de una transformación física y de logro de una serie de facetas, así como un nuevo sentido del sí-mismo, son considerados como factores que demandan una nueva integración (Rosenberg, 1985).

En la etapa adulta (20 a 34 años), también se pone de relieve que las mujeres obtienen puntuaciones significativamente más bajas que los hombres en la aceptación de su imagen corporal. (Stowers & Durm, 1996). Estas diferencias se deben a que las

mujeres tienden a considerar sus cuerpos primariamente como elementos significativos para el atractivo de otros, mientras que los hombres tienden a percibir sus cuerpos como elementos que sirven a un funcionamiento efectivo y operativo sobre el medio externo (Erikson, 1968).

Las mujeres al valorar más su imagen corporal en términos de atractivo físico para los otros están más determinadas y condicionadas para alcanzar los estándares convencionales de una imagen física atractiva (Davis & Katzman, 1997). Es por esto que tienden más fuertemente a querer lograr un ideal de belleza física que se potencia principalmente desde los medios de comunicación y que aparece muy realzado en anuncios televisivos, revistas, libros, etc. Así, esa distancia entre la imagen corporal individual y la imagen corporal social exige un esfuerzo constante, a veces persecutorio y muy traumático de la mujer por alcanzar el ideal de belleza (Matoso, 1992).

Los ideales físicos no siempre pueden ser alcanzados en la mayoría de las mujeres, y como consecuencia tienden a valorar su aspecto físico como muy negativo y pobre, ya que están muy lejos de llegar al prototipo que fomenta la sociedad. Estos análisis se han visto confirmados en diferentes estudios en los que se pone de manifiesto claramente que las mujeres tienen peor imagen corporal que los hombres (Brooks-Gunn, 1992; Clifford, 1971; Davis & Katzman, 1997; Kavrell & Jarcho, 1980; Leray, 1983; McIntyre, 1989; Petersen, Shulenberg, Abramowitz, Offer, & Jarcho, 1984; Simmons & Blyth, 1987; Tobin-Richard, Boxer, & Petersen, 1983).

En esta información encontrada, también se ha visto que la imagen corporal está muy relacionada con la autoestima y que es más fuerte su relación en las mujeres que en los hombres (Polce-Lynch, Myers, Kilmartin, Forssmann-Falck, & Kliewer, 1998).

En la elaboración de la imagen corporal como lo explica Rodríguez-Tomé (1993), intervienen el proceso perceptual en su más amplia gama de expresiones-visuales, auditivas, kinestésicas, etc., las reacciones a la percepción y evaluación de los otros, la

comparación y los nuevos grupos de pertenencia social, la confrontación de los estereotipos culturales sobre belleza, éxito, roles, amor, etc.

Cada persona va formando a través de las influencias familiares y sociales su propia escala de valores que es para ella más importante y sobre la que basa sus juicios sobre ella misma; Al respecto Cardenal (1999), explica que puede suceder que un sujeto esté sosteniendo su autoestima sobre valores desmedidos e irreales sobre cómo tiene que ser su autoimagen corporal y nunca alcance a satisfacerlos, como es el caso de algunos tipos de anorexia.

Sobre este tema, es importante hacer a un lado criterios y valores erróneos sobre los que se asienta su autovaloración y propiciar alternativas en otras áreas de su vida donde encuentre posibilidades realistas de obtener autoaceptación (Cardenal, 1999).

Las personas pueden desarrollar una preocupación excesiva por su apariencia y esto según Jourard (2005) tiene más probabilidad de ocurrir entre personas que usan su apariencia para obtener la aceptación de otras, para fortalecer su posición social o para atraer la atención y le da a esto el término de *preocupación narcisista excesiva*. Una persona se dejará llevar por el pánico si aparece una cana en su cabeza, una arruga en su rostro o cambia de peso.

La excesiva preocupación ansiosa por el cuerpo se denomina hipocondría, y aunada a la preocupación narcisista excesiva pueden considerarse respuestas insanas a la apariencia y a las funciones del cuerpo (Jourard, 2005).

Fredrickson y Roberts (1997) quienes desarrollan la Teoría de la Objetificación indican que la sexualización de la imagen de las mujeres en nuestra cultura las socializa para auto-objetificarlas, lo que implica poner énfasis en su apariencia y tener una confianza disminuida en actividades relacionadas con sus capacidades y competencia. Ellos mismos han encontrado que el auto-objetificarse es asociado con un número negativo de consecuencias y síntomas como desórdenes alimenticios y vergüenza de cuerpo,



depresión, ansiedad sobre la apariencia y disfunciones sexuales entre otras cosas. Al auto-objetificarse las mujeres ven a su cuerpo en perspectiva y viven como si estuvieran en tercera persona. Esta consecuencia experiencial puede llevarlas a un desarrollo en los riesgos de la salud mental incluidos los desórdenes alimenticios y depresión unipolar (Strelan, 2005).

Otro término referido en la literatura es el de la *descorporización*, utilizado cuando existe una tendencia a dividir mentalmente a los seres humanos en un cuerpo hecho de carne sujeto a leyes mecánicas y biológicas, y una mente no material que se debate dentro de este (Laing, en Jourard, 2005).

Jourard (2005) indica que una forma de que las personas se deshagan de su cuerpo consiste en pretender que son otra persona. “Al manejar la descorporización, tales personas no están en sus cuerpos y dicha simulación estará apoyada si pueden destruir la experiencia del cuerpo. Tal destrucción se lleva a cabo mediante la represión de la experiencia somática no deseada” (Jourard, 2005, p. 124).

En varios estudios como lo indica Jourard (2005), se ha demostrado que la autoestima está muy correlacionada con una actitud positiva hacia el cuerpo, esto es, que las personas que aceptan sus cuerpos son más propensas a manifestar una autoestima elevada que aquellas que tienen aversión por éstos, y una razón de esto reside en que el ideal de sí-mismo incluye un conjunto de propósitos relativos a la apariencia del cuerpo, el llamado *ideal corporal*, esto es, que si sus cuerpos se ajustan en dimensiones y en apariencia al concepto del cuerpo ideal, entonces sus cuerpos les gustarán; si sus cuerpos no corresponden a sus ideales corporales, tenderán a rechazarlos y a tenerles aversión. Estos ideales están determinados por la cultura a la cuál se pertenece, por lo que el ideal puede variar de contexto en contexto.

*“El concepto del cuerpo ideal que establece la cultura tiene repercusiones en la personalidad saludable, ya que el ideal cultural influye en el ideal personal del*

*cuerpo, y la congruencia del cuerpo real con el ideal del cuerpo ayuda a determinar la autoestima” (Jourard, 2005, p. 131).*

Por supuesto que es válida una preocupación razonable por la apariencia dentro de los términos de una personalidad saludable, sin embargo, una preocupación exagerada podría indicar que la autoestima del individuo se apoya en una base demasiado débil, es por esto que para una óptima condición el individuo pueda basar su autoestima en varios aspectos como lo son el logro, la posición social, la conducta ética, y de esta forma la apariencia sea una sola de numerosas determinantes de la autoestima (Jourard, 2005).

Mounburquette, Ladoceur y D’Asprermont (2004) indican que para dimensionar adecuadamente el ámbito corporal, se deben valorar los siguientes aspectos: la alimentación, el reposo y la relajación, el ejercicio muscular y el ejercicio al aire libre, la vida sexual, el entorno, el atuendo, las actividades relativas al ocio y las vacaciones, los síntomas de fatiga, los problemas de salud y el envejecimiento. Estos mismos autores indican que hay personas que no aprecian su cuerpo porque no conceden atención más que a las partes de su fisonomía no conformes con los criterios de belleza convencionales y que tienen a identificarse con la parte imperfecta de su cuerpo y pierden de vista el conjunto de los rasgos agradables de su fisonomía.

Al igual que la alimentación, los comportamientos en relación con el deporte ilustran la salida de la era de la normalización disciplinaria de los cuerpos. Se sabe que cada vez son más las mujeres que practican actividades físicas y deportivas: el atletismo, el tenis, el esquí y la gimnasia se han convertido en actividades femeninas de masas (Lipovetsky, 1999).

Asimismo, el cuerpo va registrando todas las tensiones y el entrar en contacto con el propio cuerpo se va constituyendo en un medio privilegiado de conocer el estado psicológico personal (Monbourquette et al., 2004). En general las mujeres tratan por

todos los medios a su alcance de conseguir una elevada auto-imagen corporal, la cual es determinada en gran medida por la sociedad actual.

Cardenal (1999), sugiere que lo saludable psicológicamente hablando sería ofrecer desde los medios de comunicación y diversas asociaciones colectivas, criterios y valores de referencia sobre los cuales asentar la autoestima y el autoconcepto, mas acordes con las cualidades psicológicas y humanas de la persona y sobre todo mas alejados de una imagen física sobre la que no se tienen muchas posibilidades de maniobra y de manipulación y eso si refleja sólo la parte más exterior y superficial de la riqueza de una persona.

## **VARIABLES RELACIONADAS**

### *IMAGEN*

La palabra imagen puede definirse de muchas maneras. Si nos dirigimos a la enciclopedia, encontraremos que es la figura, representación, semejanza y apariencia de una cosa (Garschagen, 2002). Reflexionando sobre esta definición podremos darnos cuenta que existen las cosas y además su imagen. Ello nos remite a la existencia de una representación de las cosas a través de su imagen sin que forzosamente tenga ésta que ser fiel al original lo que ocasionaría que el objeto fuera lo real y su imagen lo ficticio. Este significado está fuertemente ligado con lo visual y tal es su poder, aunque conlleva el riesgo de no comunicar la totalidad de la realidad.

No es lo mismo ver la foto de un personaje que estar frente a él. No es lo mismo presenciar la actuación de un artista que comprar el video del concierto en vivo. La imagen en este caso modifica la realidad, para bien o para mal y está involucrado un proceso físico-psicológico de percepción que abarca primeramente una sensación que se canaliza al sistema nervioso central para de ahí pasar al proceso cerebral de la aprehensión, desciframiento y comprensión de la causa que la produjo traduciéndola en un efecto semejante a una experiencia o vivencia que a su vez se convierte en una

imagen mental de lo percibido (Gordoa, 1999, p. ). Nuestra imagen afecta la manera en que los otros nos perciben, pero lo más importante aún influye en cómo nos percibimos a nosotros mismos. No podemos dar aquello que no tenemos (Vargas, 1998, p. ).

### *AUTOPERCEPCIÓN*

La autopercepción hace tomar conciencia de los diversos aspectos de la propia personalidad: rasgos físicos y psicológicos, cualidades morales, necesidades, conocimientos y recursos, capacidades y límites, fuerzas y debilidades (Monbourquette et al., 2004).

### *AUTOIMAGEN*

Rosenberg (1973) explica que una característica del animal humano es la capacidad de verse a sí-mismo como desde afuera y que él es al mismo tiempo el observador y el observado, el juez y el juzgado, el que evalúa y el evaluado. Para el individuo el sí-mismo (self) es probablemente lo más importante del mundo, el problema de la apariencia y de los sentimientos respecto de sí-mismo lo absorbe por completo.

Asimismo como explica Rosenberg (1973) una gran cantidad de trabajos empíricos realizados por psicólogos han distinguido entre dos tipos de autoimágenes: el *sí-mismo* actual y el sí-mismo ideal. Además, Horney (1950) ha desarrollado el concepto de la *imagen idealizada* que se basa en las defensas predominantes y los atributos que exaltan. Freud (1949) se dedicó al estudio del *ideal del yo* o *superyó* que hace las veces de juez o censor de las actividades reflexiones del yo; la conciencia, la auto-observación y la formación de ideales.

## *IMAGEN DEL CUERPO*

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

## *CUERPO IDEAL*

El concepto del cuerpo ideal que establece la cultura tiene repercusiones en la personalidad saludable, ya que el ideal cultural influye en el ideal personal del cuerpo, y la congruencia del cuerpo real con el ideal del cuerpo ayuda a determinar la autoestima. Si una persona en nuestra sociedad no puede ajustarse a los conceptos dominantes del cuerpo ideal, puede enfrentar problemas producidos por una menor autoestima. Si los conceptos del cuerpo ideal en la sociedad son sumamente restrictivos y difíciles de alcanzar, muchas personas sufrirán de pérdida de autoestima (Jourard, 2005).

## **IMAGEN INTERNA**

### **ANTECEDENTES**

Por imagen interna se entiende el autoconcepto, el sí-mismo y la identidad de la persona.

En su obra teórica más importante, Rogers (1959) define los conceptos que conforman la parte medular de su teoría de la personalidad, de la terapia y de las relaciones

personales. Estos constructos primarios establecen un marco dentro del cual los individuos erigen y modifican la imagen de sí-mismos. Para este autor el *self ideal* es “el concepto de sí-mismo que la persona anhela y al cual le asigna un valor superior” (Rogers, 1959, p. 200). Al igual que el *self*, es una estructura sujeta a un cambio constante, razón por la que requiere una redefinición continua. Cuando el *self ideal* difiere significativamente del *self real*, la persona se siente insatisfecha e inconforme y, por ende, surgen problemas neuróticos. La capacidad de percibirse con claridad y, al mismo tiempo, aceptarse, representa un signo de salud mental (Rogers, 1959).

Rogers (1982) afirma que en el *si-mismo* está siempre presente su parte afectiva y más emotiva y que se traduce normalmente en términos de autoestima. Hay investigaciones que hacen referencia a como es que el ejercicio brinda dos beneficios, particularmente el incremento de la autoestima y el incremento en la estima del cuerpo; la persona auto-objetificada, utiliza el ejercicio para levantar su autoestima y su autoestima corporal (Strelan, Mehaffey, & Tiggemann, 2003).

De la misma forma existen investigaciones que indican favorable la práctica del yoga para una mejor consciencia y sensibilidad del cuerpo para evitar la objetificación y los desórdenes alimenticios (Daubenmier, 2005). Indudablemente el cuidado del cuerpo y la apariencia están relacionados con la autoestima y es importante tomar consciencia de este hecho, como lo indica Monbourque, Ladouceur, d'Aspremont, (2004) en donde una persona que carece de oxígeno, carece de energía, lo que afecta a su autoestima y confianza personal o cómo una persona que no tiene una buena postura (espalda curvada, cabeza inclinada, etc.) verá disminuida su capacidad de aumentar su autoestima y confianza personal.

Numerosas personas ignoran que la mejora de su apariencia o de su forma física puede ayudarles a fomentar una autoestima adecuada, siendo que las estrategias psicológicas y espirituales no son los únicos medios de aumentar la autoestima y la confianza personal y es por eso importante ocuparse de las tres dimensiones del ser: espiritual, psicológica y corporal (Monbourquette et al., 2004).

## **VARIABLES RELACIONADAS**

### *AUTOCONCEPTO*

El autoconcepto y la autoestima están inextricablemente unidos y no se puede estudiar uno sin hacer referencia inmediatamente al otro, Aunque el autoconcepto se refiera principalmente al aspecto descriptivo de la persona y la autoestima a la parte evaluativa, es difícil delimitar dónde acaba uno y dónde empieza el otro (Cardenal, 1999).

El término autoconcepto hace referencia a los conocimientos o a la información que tenemos sobre nosotros mismos, la forma en que nos percibimos y describimos, esta información de nuestro autoconcepto se conoce con la pregunta ¿Quién soy? Se trata del componente cognitivo del sí-mismo (Hansen, 2002). Sirve como marco mental en el que se organiza la información. El autoconcepto es jerárquico y complejo y se considera que influye prácticamente en cada aspecto del funcionamiento de la persona; no es estático sino dinámico, en cuanto a que está sujeto a revisión y a alteración (Hansen, 2002). También se definió el autoconcepto como las concepciones acerca de uno mismo, de quién es uno (Mosak, 1989, en Frager & Fadiman, 2004).

La valoración del autoconcepto es importante porque, como lo señala Fitts (1965), la persona tiende a actuar según la percepción que tiene de sí misma, en la cual influye el modo en otros la ven. Si la persona se ve a sí misma como “positiva” o como “buena”, se comporta de tal manera que se confirme esta percepción. Si se percibe como alguien “indeseable”, “negativo” o “malo”, tenderá a actuar según estas percepciones (Gómez del Campo, 1997).

### *AUTOACEPTACIÓN*

Branden (2005) afirma que la autoaceptación es esencial para la autoestima, ya que permite experimentar la realidad plenamente en lugar de negarla y rechazarla, y que en este sentido es fácil comprender por qué hay tantas personas a las que les resulta difícil aceptar sus pensamientos, sentimientos y acciones negativos. El desafío de la autoaceptación es igualmente aplicable a los aspectos positivos, al potencial y las virtudes que sentimos, aceptar lo mejor de nosotros mismos puede ser un desafío más difícil que aceptar nuestro “lado oscuro”.

### *SÍ-MISMO*

Consiste en todo conocimiento, emoción y actitud que tenemos sobre nuestro propio ser como individuos funcionales únicos (Baron, Bryne, 1991, en Hansen, 2002). En términos fenomenológicos el sí-mismo refleja “el propio sentir de nuestra existencia” (Hamachek, 1990, en Hansen, 2002).

El sí-mismo alude a pensamientos y emociones que experimenta el individuo, en tanto que la personalidad y “los rasgos de la personalidad” son juicios o inferencias hechas por alguien más sobre el individuo. Dicho llanamente, el sí-mismo está dentro; la personalidad, afuera (Hansen, 2002). El sí-mismo influye en el comportamiento, las intenciones y las aspiraciones en todos los aspectos importantes de la vida de una persona.

Nuestro sentido del sí-mismo está determinado en gran medida por la forma en que evaluamos la retroalimentación social de los demás, y que se le denomina el sí-mismo reflejo, es decir, lo que nos rodea sirve como espejo social en los que nos vemos reflejados (Hansen, 2002).

L'ecuyer (1985) explica que los contenidos del sí-mismo están organizados jerárquicamente por estructuras (sí-mismo material, personal, adaptativo, social y no sí-mismo) subestructuras (sí-mismo somático, posesivo, autoimagen, autoidentidad). Y categorías (rasgos físicos, condición física, aspiraciones, actividades, emociones,



intereses, capacidades). El fracaso en un aspecto concreto de la vida del sujeto puede ser estrepitoso si este afecta a su sí-mismo, pero si no pesa lo suficiente en su sí-mismo puede que no afecte demasiado a su valoración global. En cambio, un ligero menosprecio en el sí-mismo más importante de la persona (autoconcepto físico) puede resultar devastador de en los cimientos de su autoestima (Cardenal, 1999).

## *IDENTIDAD*

La identidad hace referencia al sentido de lo que uno es, en lo que uno cree y adonde va uno en la vida. El desarrollo del sí-mismo adquiere algunas importantes dimensiones adicionales durante la adolescencia, ese periodo que comienza alrededor de los 12 y que termina entre los 18 y los 20 años de edad. Se trata de un periodo marcado por una capacidad cognitiva cada vez mayor, ya que quienes piensan en términos concretos pueden manejar ahora las abstracciones del pensamiento formal. El término que más se identifica con el desarrollo del sí-mismo en la adolescencia es identidad (Berk, 1999).

En realidad, debemos asumir que los procesos de formación de la identidad se extienden a la edad adulta cuando el individuo confronta los desafíos de la vida (Berk, 1999). El término identidad reúne las teorías de la psicología profunda, la cognoscitiva y la del yo (Erikson, 1993, en Frager & Fadiman, 2004).

Sólo se hace más explícito el concepto de identidad si se aborda desde varios ángulos y es un punto de encuentro de la psicología, la sociología y la historia. Así, en algún momento se referirá a un sentido de la identidad individual consciente, en otro a una lucha inconsciente por una continuidad el carácter personal, en otro más como criterio para las acciones silenciosas de la síntesis del yo y, finalmente, como sostén de una solidaridad interior con los ideales y la identidad de un grupo (Erikson, 1980, en Frager & Fadiman, 2004).

El concepto de identidad se ha vuelto muy popular debido a que se considera la mayor crisis existencial de, tal vez, toda sociedad moderna. Nuestro énfasis cultural en la educación prolongada, así como la complejidad de la mayoría de las vocaciones contemporáneas, hace especialmente difícil adquirir un sentido de identidad en nuestra sociedad. La lucha por tener un sentido claro y sano de identidad se extiende luego de la adolescencia y vuelve a manifestarse en la crisis de la mitad de la vida (Frager & Fadiman, 2004).

Asimismo existen componentes del ser que pueden tener un contexto negativo y de los cuales es importante hablar ya que a partir de ellos, la persona puede llegar a tener síntomas patológicos y de ellos se puede derivar también un problema de autoimagen y baja autoestima.

### *NARCISISMO*

En lo que concierne al narcisismo, por este podemos entender la actitud propia de quien centra la atención en sí-mismo, particularmente en su propio cuerpo (Moliner, 1998). El Narcisismo identifica la apariencia con el ser profundo y liga el problema de la expresión al de la autenticidad: angustia por la edad, obsesión por las arrugas, interés por la salud y la línea, rituales de control (chequeo), y mantenimiento (masajes, saunas, deportes, regímenes de adelgazamiento); cultos solares y terapéutico como hiperconsumo de los cuidados médicos y productos farmacéuticos (Gervilla, 2000).

Hasta Kohut (1977), el narcisismo había sido considerado como una condición patológica en la que la persona -como el mítico Narciso que admiraba su reflejo en el estanque del bosque- toma su propio cuerpo y sentido de identidad como el centro del mundo y el único criterio válido. Kohut advirtió que dicha condición es una aberración de un proceso esencialmente normal y que atravesar por un periodo narcisista es un aspecto sano y necesario del crecimiento. Los bebés y pequeños necesitan sentirse el centro del universo, al menos en algunas ocasiones. Cuando se les niega esta sensación, el resultado es un vacío derivado del hambre narcisista de atención que

posteriormente se convierte en un defecto de la personalidad. En efecto, Kohut pensaba que el narcisismo normal era el centro del self (Frager & Fadiman, 2004).

Dentro de los trastornos narcisistas con la relación a la autoestima se encuentran como lo explica Beichmar (1997).

- Déficit de autoestima cuando la persona se siente inferior e incompetente.
- Exceso de autovaloración, donde la autoestima está irrealmente aumentada y lo que aparece son sentimientos de grandiosidad y la persona se cree alguien realmente excepcional.
- Autovaloración exagerada de uno mismo, pero compensatoria o defensiva y es cuando la persona hace frente a traumas infantiles o circunstancias de desprecio, adopta un autoconcepto engrandecido, pero como defensa a una autoestima pobre y un yo empequeñecido.

## *VANIDAD*

El término vanidad se define como la cualidad de la persona que tiene afán excesivo y predominante de ser admirada: contribuye a la suscripción por vanidad. 'Si halagas su vanidad, conseguirás de él lo que quieras'. Se cree con derecho a la admiración y el acatamiento de los demás y lo muestra en su actitud y palabras por sus cualidades, por su posición, etc. (Moliner, 1998).

¿Una persona es vanidosa y está obsesionada consigo misma porque se preocupa tanto por su aspecto? No. Ella no busca la delgadez y el tener un buen aspecto por vanidad. No es acertado decir que somos presumidas porque pasemos tanto tiempo preocupándonos por nuestro aspecto físico. Esa preocupación refleja la profunda importancia psicológica del cuerpo y forma parte de la trampa de la vanidad (Rodin, 1993).

## **PATOLOGÍAS VINCULADAS A LA IMAGEN CORPORAL**

### **ANTECEDENTES**

En un estudio realizado en Estados Unidos se obtuvieron resultados en donde las modelos no mostraron un comportamiento de desórdenes alimenticios diferente a la población general no obstante de tener un peso corporal inferior al promedio, pero si se encontró correlación negativa en la población general entre la satisfacción corporal, la autoestima, la desviación entre el peso promedio y los desórdenes alimenticios y entre más pesadas estaban y más pesadas se veían más alto resultó el puntaje de trastorno alimenticio, entre las modelos que tienen el mismo peso que la población no hubo diferencia pero si hubo evidencia de una autoestima mas alta, mayor satisfacción corporal y no hubo evidencia de la existencia de dietas excesivas. Se concluyó que las figuras delgadas de las modelos se pueden ver como mujeres que están en un extremo de la distribución normal del fenotipo más que como el producto de un comportamiento intencional de dieta restringida para ser logrado por las mujeres de fenotipo promedio (Brenner & Cunningham, 1992).

### **ANOREXIA**

La *anorexia nerviosa* es, probablemente, el trastorno de la alimentación más conocido y se caracteriza por la necesidad de restringir el consumo de alimentos de una manera que llega a poner en peligro la vida de la persona que cae en esta patología. Paradójicamente, esta necesidad voluntaria de controlar la sensación de hambre para perder peso ha irrumpido con fuerza en la cultura occidental, que tiene como una de sus señas de identidad el hecho de haber creado unas condiciones no sólo de abundancia, sino, además de opulencia nutricional, La anorexia es una enfermedad social propia de nuestro tiempo (Amigo, 2003)

La anorexia nervosa es una enfermedad en la cual hay un rechazo de los alimentos producida por alteraciones emocionales; estas alteraciones emocionales son el resultado de la no aceptación de la imagen propia, del no amar el propio cuerpo, y es entonces cuando surge una separación entre lo que es la imagen verdadera y el querer imponer una imagen que está fuera de la realidad, esa realidad que no es uno mismo. Se aceptan imágenes externas como las que presentan las grandes modelos impuestas por la mercadotecnia y para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma de anorexia nervosa, debe cumplir con los siguientes criterios:

- a) Negativa a mantener el peso corporal en un nivel mínimo esperado o por encima de ese nivel para su edad y talla.
- b) Intenso temor de subir de peso o volverse gorda, a pesar de estar por debajo del peso esperado.
- c) Perturbación en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del propio cuerpo, influencia excesiva de la percepción del propio peso o forma corporal en la autoevaluación o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual.
- d) Amenorrea en mujeres postmenárquicas, por ejemplo, la falta de por lo menos tres periodos menstruales consecutivos (APA, 2003).

Partiendo de la base de una definición de lo que significa la palabra realidad, que es una existencia real y efectiva de una cosa, verdad, sinceridad, algo que es efectivamente, o sin duda alguna (Moliner, 1998).

Hay que enfatizar que se trata de una enfermedad social, en la que podría existir una predisposición genética que difícilmente se manifestará fuera de ese nicho ambiental que es la sociedad desarrollada (Amigo, 2003).

## *BULIMIA*

En la actualidad la bulimia se considera el otro gran trastorno de la alimentación. Al contrario de lo que ocurre con la anorexia no suele tener un desenlace tan trágico, pero sí condiciona muy negativamente la vida de las personas que la padecen en el ámbito

personal, familiar y social. El diagnóstico de la bulimia se establece por la presencia de momentos de gran voracidad que llevan a la persona a ingerir una gran cantidad de alimentos en un espacio de tiempo muy corto y para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma de bulimia nerviosa, debe cumplir los siguientes requisitos:

- a) Episodios recurrentes de atracones (ingesta de una comida más grande de lo que la mayoría de la gente come durante un periodo similar y en circunstancias similares y sensación de falta de control sobre la ingesta).
- b) Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado, para prevenir el aumento de peso tal como: vómito autoinducido, exceso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o exceso de ejercicio.
- c) Los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados ocurren con un promedio de por lo menos dos veces a la semana, por un periodo de tres meses.
- d) La percepción de si misma está excesivamente influida por la forma corporal y el peso.
- e) El trastorno no aparece exclusivamente durante periodos de anorexia nervosa (APA, 2003).

La bulimia afecta sobre todo a mujeres jóvenes, en torno a un 90% de los casos, y su prevalencia está creciendo, aunque la incidencia real no se conoce con exactitud, se habla de un 1% para las mujeres jóvenes porque las personas que lo padecen tienden a ocultar su enfermedad (Hoek,1993,en Amigo, 2003).

## *ADICCIONES*

Al cambiar las tradiciones socioculturales se introducen nuevas dinámicas en nuestras vidas. Pueden resumirse como un estira y afloja entre autonomía de la acción y compulsividad por un lado, y entre cosmopolitismo y fundamentalismo por otro. Donde la tradición se ha replegado nos vemos forzados a vivir de una manera más abierta y reflexiva. Autonomía y libertad pueden sustituir su poder oculto por más discusión abierta y diálogo (Giddens, 2000), pero estas libertades traen consigo otros problemas. El lado oscuro de esto es el aumento de adicciones y compulsiones, aquí ocurre algo realmente intrigante y perturbador. De momento, se limita básicamente a los países desarrollados, pero también comienza a verse entre sectores prósperos en otros lugares. Me refiero a la difusión de la idea y la realidad de la adicción. La noción de adicción se aplicaba originariamente sólo al alcoholismo y al consumo de drogas, pero ahora cualquier área de actividad puede ser invadida por ella. Uno puede ser adicto al trabajo, al ejercicio, a la comida, al sexo -incluso al amor-. La razón es que estas actividades y también otras partes de la vida, están mucho menos estructuradas por la tradición y la costumbre que antes (Giddens, 2000).

## ***EL MUNDO DEL MODELAJE***

En contra de la idea de que la moda es un fenómeno consustancial a la vida humano-social, se la afirma como un proceso excepcional, inseparable del nacimiento y desarrollo del mundo moderno occidental. Durante decenas de milenios la vida colectiva se desarrolló sin culto a las fantasías y las novedades, sin la estabilidad y la temporalidad efímera de la moda, lo que no quiere decir sin cambio ni curiosidad o gusto por las realidades de lo externo. Hasta finales de la Edad Media no es posible reconocer un orden mismo de la moda, la moda como sistema, con sus incesantes metamorfosis, sus sacudidas, sus extravagancias. Ni fuerza elemental de la vida

colectiva ni principio permanente de transformación de las sociedades enraizado en las características generales de la especie humana; la moda es una formación esencialmente histórica, circunscrita a un tipo de sociedad. No es invocando una llamada universalidad de la moda como se revelarán los efectos fascinantes y el poder de la misma en la vida social, sino precisamente delimitando de forma estricta su extensión histórica (Lipovetsky, 1990, pp. 23-24).

La misma profesión de modelo implica que se está siendo seleccionada por su atractivo físico que es más cercano al ideal y esto tiene un valor comercial ya que una modelo atractiva tiene impacto positivo en las ventas de algunos productos (Bower & Landreth, 2001). Por lo tanto es de esperarse que la imagen externa y el cuidado de ésta sean relevantes para las modelos.

Además de que el sí mismo ideal y la imagen representativa que debieran tener las modelos dentro de el mundo de la moda es en un peso del 19% por debajo de la población en general, y hay un fuerte indicativo de que estas mujeres representan en nuestra cultura una idea de belleza y extremada delgadez como un ideal para las mujeres (Brenner & Cunningham, 1992).

En el mundo de la moda, las agencias internacionales buscan a modelos muy jóvenes y esto hace que sean envueltas en su carácter para representar la imagen de los productos, llegando un punto en la industria que no se les ve como personas sino como una imagen (Marano, 1994).

La industria hoy en día está en el escrutinio y la crítica por tener en sus pasarelas a mujeres muy delgadas, es por esto que no están permitiendo a las que son talla cero, esto supondría un cambio de visión y estándar de belleza para los tiempos futuros (Meyer, Enstrom, Harstveit, Bowles, & Beever, 2007).



## **CAPITULO II. AUTOESTIMA**

### **ANTECEDENTES**

Dentro del ámbito psicológico ha habido autores de gran prestigio que se ocuparon del tema de la autoestima, prácticamente desde el nacimiento de la psicología científica en el siglo XIX. Entre ellos puede mencionarse a William James (1842-1910), fundador de la escuela funcionalista, y a Alfred Adler (1870-1937), uno de los mayores exponentes de la escuela psicodinámica (Garay, 2005).

Según la dinámica freudiana, la autoestima no tiene muchas posibilidades de desarrollarse. Ya que el ego está demasiado ocupado defendiéndose, cualquier crecimiento y desarrollo de la autoestima es, pues, imposible (Monbourquette, 2002).

Si hablamos de coincidencias de diferentes autores con respecto a la autoestima podemos observar a continuación como se unen en un descubrimiento interior del ser humano.

Para Fensterheim y Baer (1990), el primero que intentó definir la autoestima fue el padre de la psicología norteamericana, William James, quien evaluaba la autoestima de una persona a partir de sus éxitos concretos confrontados con sus aspiraciones y dio una definición de la autoestima en el año de 1890 en *Principles of Psychology* que decía lo siguiente: “la estima que sentimos por nosotros depende enteramente de lo que pretendemos ser y hacer” (Monbourquette, 2002).

Alfred Adler situó el complejo de inferioridad en el centro de su teoría de la personalidad y que para compensar sus efectos, el hombre trata de desarrollar un sentimiento desmesurado de superioridad y esta teoría se apoya en principio en la

concepción de una baja autoestima innata que la persona afana por sustituir por una sobrestima (Mézerville, 2004).

Carl Rogers (1902-1967), quien habló de la aceptación incondicional, dice que esta se necesita por parte del terapeuta y eso permitirá al cliente aprender a aceptarse tal como es y amarse incluso con sus debilidades. Identificó en la mayoría de sus clientes la tendencia a no aceptarse como eran y a denigrarse, sobre lo cuál escribió “en la inmensa mayoría de los casos, se menosprecian y se consideran carentes de importancia e indignos de amor” (Monbourquette, 2002).

Abraham Maslow (1908-1970), fundador de la psicología humanista, sostiene que lo más importante es interesarse por su salud mental y espiritual. Y es por esto que se esforzó por identificar los rasgos de las personas que han hecho realidad su potencial e incluye la autoestima dentro de su jerarquía de necesidades (Monbourquette et al., 2004).

Virginia Satir (1916-1988), consideraba que la autoestima de cada miembro de una familia daba un excelente criterio de salud mental y que la libertad concedida a cada miembro para expresar sus emociones es un criterio evidente de una buena autoestima (Monbourquette et al., 2004).

Éric Berne (1910-1970), fundador del análisis transaccional, subrayó la importancia de las muestras de afecto y de atención para desarrollar en el niño una buena autoestima hecha de amor y de confianza en sí-mismo (Monbourquette et al., 2004).

Carl Jung (1875-1961), concede en sus obras a la estima del sí-mismo y es uno de los primeros psicólogos en poner de relieve los vínculos orgánicos existentes entre psicología y espiritualidad (Monbourquette et al., 2004).

## DEFINICIONES DE AUTOESTIMA

Para Cardenal (1999), la autoestima es un conjunto de valoraciones y evaluaciones que se traducen en sentimientos y comportamientos sobre sí mismo; es la configuración organizada de percepciones, de autoconcepto y de autoimagen que tiene el sujeto de forma consciente e inconsciente.

La autoestima es un tema que está profundamente ligado al de la salud (L. Lerner, 2003), ya que si no se tiene un buen vínculo con uno mismo y una imagen de autoafirmación que permita proyectarse en el mundo de una manera autovalorativa, la salud del individuo se ve lastimada. Branden (1997b) asimismo indica que la autoestima es una necesidad muy importante para el ser humano; es básica y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida; es indispensable para el desarrollo normal y sano; tiene valor de supervivencia. La autoestima alude a los sentimientos que albergamos sobre nuestra persona, es el componente afectivo del sí-mismo y la evaluación del mismo siendo una ponderación de su valor, en un continuo que va de lo positivo a lo negativo.

La autoestima para Rosenberg (1973) es una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular: el sí-mismo, con dos connotaciones muy diferentes. Una connotación de la alta autoestima implica que el individuo piensa que él es “muy bueno” y la otra muy diferente, se relaciona con el hecho de que crea ser “lo suficientemente bueno”.

Lindenfield (2001) indica que la autoestima consiste fundamentalmente en un estado del ser: es un estado dinámico y subjetivo de nuestro cuerpo y mente y que no es fácilmente observable y medible. Un individuo con un grado de autoestima elevado ha valorado en forma realista al sí-mismo y lo acepta, respeta y le encuentra valor (Berk, 1991, en Hansen, 2002).

La autoestima es un fenómeno psicológico y social; una actitud. Es una actitud favorable o desfavorable que la persona tiene hacia sí misma, conformada por un grupo de opiniones y sentimientos (Burns, 2002).

Coopersmith (1967), indica que la autoestima es la evaluación que el individuo realiza y cotidianamente mantiene respecto de sí-mismo que se expresa en una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en que el individuo cree ser capaz, significativo, exitoso y valioso. La autoestima no es otra cosa que la estimación de sí-mismo, el modo en que la persona se ama a sí misma, la convicción de ser digno de ser amado por sí-mismo y por ese motivo por los demás (Polaino, 2004).

## **FACTORES QUE CIMENTAN LA AUTOESTIMA**

La autoestima se forma a través de la observación y apreciación que cada persona hace de sí misma. También contribuyen las creencias que cada uno tiene acerca de la imagen que las demás personas tienen de uno mismo. Cambiar la autoestima supone modificarla para aumentar la confianza en las propias capacidades personales (González, 2002). El proceso de formación de la autoestima se inicia desde nuestras edades más tempranas y se continúa a lo largo de la edad adulta. En la formación de la autoestima influye el entorno familiar próximo y el contexto cultural en el que nos desarrollamos (Branden, 2005).

Los modelos familiares se transmiten influyendo en su configuración no sólo la vinculación afectiva con el mundo adulto, sobre todo con el padre y la madre, sino también el mayor o menor aprecio que se hace de nuestro comportamiento y lo que se espera de nosotros por el hecho de ser mujeres u hombres. Desde pequeños, por el hecho de ser niñas o niños, se interiorizan una serie de creencias acerca de lo que se espera de uno mismo, lo que se va asumiendo y, al llegar a la edad adulta se tiende a reafirmar porque es lo que, por el hecho de ser mujer u hombre, se ha asumido como modelo cultural. Tanto los modelos familiares como los culturales conforman la

autoestima, por eso es importante observarlos y revisarlos para tener conciencia de los modelos negativos que se han interiorizado y así poder cambiarlos (Torres, 1999).

Para Ruiz (2002), existen componentes en la actitud con los cuales disponemos para un cambio en la autoestima: 1) Componente cognitivo: Supone actuar sobre "lo que pienso" para modificar nuestros pensamientos negativos e irracionales y sustituirlos por pensamientos positivos y racionales. 2) Componente afectivo: Implica actuar sobre "lo que siento", sobre las emociones y sentimientos que tenemos acerca de nosotros mismos. 3) Componente conductual: Supone actuar sobre "lo que hago", esto es, sobre el comportamiento, para modificar nuestros actos. Los tres componentes están muy relacionados entre sí, de manera que actuando sobre uno de ellos, obtenemos efectos sobre los otros dos. Si se modifica un pensamiento negativo acerca de mí mismo por otro positivo, seguramente me sentiré mejor conmigo mismo y este sentimiento de bienestar me impulsará a actuar, probablemente haciendo algo de lo que no me creía capaz.

La autoestima surge de la autopercepción de sí-mismo y tiene que ver mucho con el conocimiento personal (Polaino, 2004). Branden (1997a) identificó seis prácticas esenciales para cimentar la autoestima: conciencia, aceptación, responsabilidad, respeto, propósito e integridad. A continuación se analizarán qué implica cada una:

## *CONSCIENCIA*

Significa el reconocer la realidad que rodea al individuo y su rol activo en ella. Principalmente, es tomar conciencia de los hechos que nos hacen ser quienes somos, implicando las elecciones que se toman, los esfuerzos que se realizan, la reflexión que se aporta, los hábitos que se desarrollan, etcétera. La conciencia también permite estar completamente presente en las cosas que se hacen y se permanece abierto a recibir información, conocimiento y retroalimentación externos (Filissiadis, 2006).

## *ACEPTACIÓN*

Es el asumir los pensamientos y sentimientos, sin repudiarlos ni negarlos. Aceptar, valorar y comprometerse con la mejora, sin por eso caer en la autocomplacencia. También implica admitir los límites, problemas, dudas y sentimientos negativos como el dolor, la vergüenza y el temor; aceptar tanto lo positivo como lo negativo. Una aceptación incondicional, total y permanente. Polaino (2004),

## *RESPONSABILIDAD*

Entender que se es responsable de las propias elecciones y acciones, del bienestar, del logro de objetivos, de la propia conducta hacia otras personas, de la calidad del propio trabajo y de la elección de los valores según los cuales vive cada individuo. Cuando se basa en la responsabilidad, la autoestima va acompañada de autoevaluación y autocontrol (Morales., 2006).

## *RESPETO*

Hacia los demás y hacia uno mismo. Respetar los deseos, necesidades y valores. No influirse por el afuera o lo que dicen los demás, sino defender la propia posición y aceptar que no se puede complacer a todos. El respeto permite confiar en que se es capaz de enfrentar los desafíos de la vida, de alcanzar cierto éxito y de ser felices; proveerse de la necesaria seguridad y confianza (Polaino, 2004).

## *PROPÓSITO*

Definir las metas a corto y a largo plazo, elegir las acciones necesarias para alcanzarlas, evaluar periódicamente para no perder el rumbo y prestar atención a los resultados que se obtienen. Cuando se vive con un sentido de propósito, no hay

dependencia de la suerte o de acontecimientos fortuitos y se cuenta con criterios para evaluar aquello que hace bien y aquello que no. El logro de metas significativas influye considerablemente en la autoestima, porque brinda una sensación de control sobre la vida, implicación de circunstancias, necesidades y posibles dificultades (Polaino, 2004).

## *INTEGRIDAD*

Es el ser congruente entre lo que se dice y se hace. Una persona con integridad es honesta, honra sus compromisos y ejemplifica sus valores con sus acciones. Su práctica diaria apoya sus más altos ideales. La confiabilidad que genera, es una fuente de autoestima. La coherencia personal es parte fundamental para cimentar la autoestima (Polaino, 2004).

Estas prácticas protegen de los mayores peligros para la autoafirmación y el amor propio: el orgullo, la arrogancia, la vanidad, la presunción y el sentimiento de superioridad. Como se desprenden del conocimiento de uno mismo, nos libran de compararnos con los demás, o de creer ser algo que no somos. Cuando cimentamos la autoestima en el autoconocimiento, se comprende que nadie puede proveer de ella: el entorno social (Branden, 1997a).

En resumen, más que una actitud, la autoestima es una disposición a experimentar la vida con confianza en nuestra capacidad para pensar, para aprender, para tomar decisiones acertadas y para actuar en nuestro beneficio.

El modelo de persona de lo que uno quiere llegar a ser es lo que en ocasiones se toma como criterio con el que compararse y, según los resultados que se obtengan, estimarse o no (Polaino, 2004).

## TIPOS DE AUTOESTIMA

### *AUTOESTIMA POSITIVA*

“La persona que tiene bien organizada su autoestima camina de una manera especial, habla con cierto tono, se dirige a las personas de un modo particular, no tiene pudor en pedir perdón cuando siente que se ha equivocado, rectifica sus errores, reconoce sus apresuramientos, sabe pedir disculpas sin sentirse humillado” (L. Lerner, 2003, p. 72).

La calidad de vida personal está notablemente influenciada por la forma como cada persona se percibe y se valora a sí misma. Esta valoración que cada individuo hace de sí-mismo es lo que en la literatura científica se conoce con el nombre de autoestima. La palabra autoestima está compuesta por dos conceptos, el de "auto" que alude a la persona en sí y por sí misma y "estima" que alude a la valoración, por lo tanto podemos definir la autoestima como la valoración que una persona hace de sí misma. Cuando la valoración que hacemos de nosotros mismos es beneficiosa para nuestra calidad de vida se puede decir que existe una autoestima positiva, mientras que si es perjudicial nos encontramos ante una autoestima negativa. El proceso de mejora de la autoestima es un proceso de aprendizaje, en el que juegan un papel fundamental diversas claves, así como un trabajo continuo de crecimiento personal (Bersing, 2000).

En diversos estudios se ha descubierto que la autoestima elevada es un activo valioso, con repercusiones importantes en la motivación y el logro, las relaciones sociales, la salud y la adaptación. Por ejemplo, puede motivarlo a hacer cosas que lo beneficien y protejan, pues se considera que tiene un valor (Greenwald, 1988 en Hansen, 2002, p. 86). Esto tal vez explique en parte por qué la autoestima se correlaciona con la salud física (Antonucci y Jackson, 1983, en Hansen, 2002).

La autoestima positiva aporta un conjunto de efectos beneficiosos para la salud y calidad de vida, que se manifiestan en el desarrollo de una personalidad más plena y



una percepción más satisfactoria de la vida, aumenta la capacidad de afrontar y superar las dificultades personales al enfrentarse a los problemas con una actitud de confianza personal, fomenta la capacidad de adquirir compromisos y por lo tanto de ser más responsables al no eludirlos por temor, potencia la creatividad al aumentar la confianza en las propias capacidades personales, fundamenta la autonomía personal, al aumentar la confianza en uno mismo, hay más capacidad de fijar las propias metas, permite establecer relaciones sociales más igualitarias y satisfactorias, al ser más asertivas y enfrentarse a los conflictos con actitud positiva (Duque, 2002).

### *AUTOESTIMA NEGATIVA*

La Baja autoestima va a actuar en decremento hacia nuestra vida como lo indica Lerner (2003) donde nos dice que la baja autoestima puede promover conductas autodestructivas. Branden (1998) indica que cuando la autoestima es negativa, la salud se resiente porque falta confianza para abordar los sucesivos retos que se presentan en la vida desde una perspectiva positiva y esto hace que la calidad de vida no sea todo lo buena que pudiera serlo. La falta de confianza hace que se eviten los compromisos y por lo tanto se aborden nuevas responsabilidades, privándose así de una mayor riqueza en las experiencias vitales, o bien cuando afrontamos nuevos compromisos nos abruma las responsabilidades, siendo el umbral de resistencia al conflicto más limitado.

En la falta de autoconfianza, difícilmente se fijan metas y aspiraciones propias por lo que se es más vulnerable a actuar de acuerdo con lo que se espera de uno mismo y no de acuerdo a las propias decisiones. Por otro lado, la baja autoestima da lugar a sentimientos de inferioridad (González, 1994, en García, 1997). A esto las relaciones que se establecen con otras personas no son de igualdad, dado que la falta de confianza impide abordar los conflictos personales desde una perspectiva igualitaria, adoptándose muchas veces actitudes sumisas o bien agresivas.

La autoestima puede ser mejorada a lo largo de nuestra vida, cuando tomamos conciencia de nosotros mismos y decidimos cambiar el modelo de pensamiento, sentimiento y conducta aprendidos. Aceptarnos tal y como somos supone que para ello hay que tomar conciencia de nosotros mismos cuestionándonos acerca de nuestra autovaloración y reflexionando sobre los modelos familiares y culturales que están influyendo en la opinión que tenemos de nosotros mismos e intentar cambiar los modelos negativos por otros positivos que fomenten nuestra autoestima (Walter., 2006).

Controlar la crítica destructiva porque lo que pensamos tiende a cumplirse, es el "autocumplimiento de la profecía" sea positivo o negativo y por ello si nos mandamos permanentemente mensajes negativos, al interiorizarlos y creérmolos acabamos actuando de tal forma que propiciamos su cumplimiento. Evitar compararnos con otras personas, puesto que cada persona es única y singular. No tiene ningún sentido hacerlo y, además, al compararnos siempre encontramos a alguien que a nuestros ojos es mejor o más feliz. Una mente positiva produce realidades positivas y una mente negativa atrae realidades negativas (Caunt., 2005).

## **CAPITULO III. MÉTODO**

### **JUSTIFICACIÓN**

En los últimos diez años la preocupación por el cuerpo se ha convertido en una manía social. Nos han inducido a pensar, hablar, planificar y preocuparnos por nuestros cuerpos. Preguntas como “¿Tendré un aspecto aceptable?”, “¿Parezco saludable?” o “¿Soy lo suficientemente delgada?” ilustran pensamientos generalizados que en ocasiones son obsesiones (Rodin, 1992).

Sabemos que todo individuo es a la vez “emisor” de una apariencia física y “receptor” de la apariencia de los otros. Todo encuentro entre individuos da lugar a una emisión-recepción mutua de impresiones e informaciones por medio de la apariencia. Este tipo de relación está regido por dos sistemas de convenciones sociales de naturaleza diferente. Por una parte, la información mutua de los dos interlocutores por la apariencia se apoya en un sistema de convenciones de orden semiológico. Este sistema es de la misma naturaleza que lo que se ha convenido llamar la comunicación no verbal, el lenguaje del cuerpo o el lenguaje de la moda, etc. Por otra parte, la apariencia, como todas las relaciones sociales, es un objeto de un conjunto de reglas y costumbres referentes a su práctica, que competen a la moral o la conveniencia e incluso, para emplear la palabra, a la etiqueta” (Duflos-Priot, 1987, en Bruchon-Schweitzer, 1992, p. 61).

La importancia que tiene la apariencia física en la sociedad influye particularmente en la mujer para que tenga una apariencia acorde a lo indicado por los cánones de la moda, ya que se ha creído durante mucho tiempo que la belleza es una cuestión de “gusto” personal, vinculada a unos criterios estéticos atemporales y universales (Bruchon-Schweitzer, 1992).

La idea fundamental de este trabajo es que la imagen corporal afecta y es parte fundamental de la autoestima de cualquier persona, hombre o mujer, y que en muchas ocasiones es sujeto de crítica, desprecio o influencia negativa. En el caso de las modelos, este fenómeno se exagera. Las modelos están expuestas a las presiones sociales y la exigencia profesional de ajustarse a arquetipos de belleza difíciles de alcanzar, jugando ellas mismas el papel de un ideal a seguir, muchas veces desde su adolescencia (Brenner & Cunningham, 1992).

Dada la importancia de este fenómeno en esta población particular, fue importante realizar la presente investigación para ahondar en la problemática que viven estas mujeres y en su momento crear planes de desarrollo humano que ayuden en la prevención de comportamientos autodestructivos.

Tanto hombres como mujeres viven hoy en día diferentes mensajes acerca de lo que es bello o no, y lo que trae consigo para la persona: si una persona no tiene belleza física no será triunfadora o exitosa y no podrá salir adelante si no obtiene esos cánones de belleza como en los mensajes publicitarios. Entonces, los cánones de belleza se van imponiendo a través de una publicidad y mercadotecnia que lleva muchas veces a querer lograr el éxito a través de desprenderse inconscientemente de la salud y de que las sociedades y sus miembros tengan menos aspectos internos que den sentido y dirección a su vida (Marano, 1994).

En la imagen externa, imagen física o apariencia se va a observar en gran medida que está constituida por la imagen interna, que a su vez, está fuertemente cimentada en la autoestima. Es por eso importante el reconocimiento de que la autoestima y la autonomía personal constituyen condiciones indispensables del bienestar humano.

Branden (1997a) explica que la autoestima es una necesidad muy importante para el ser humano; es básica y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida; es indispensable para el desarrollo normal y sano; tiene valor de supervivencia.

La belleza tiene un carácter subjetivo y existen diferencias en el tipo de belleza por cultura o raza, sin embargo, se observa que los cánones de belleza pueden ser introyectados basados en una idea que se fomente a partir de la mercadotecnia, y eso hace que se distorsione la idea de una belleza propia de la persona, lo cual es evidente en el momento en que esta quiere cambiarse a través de métodos que quedan fuera del alcance de la salud. A medida que la persona crece y evoluciona, desde la infancia hasta la vejez, el cuerpo es el centro alrededor del cual giran el cambio personal, las nuevas experiencias y las expectativas.

Dada la importancia que el ser humano le da a la imagen externa, es relevante comprender que los factores exógenos en una mujer pueden llegar a afectar los factores internos de la autoestima y de ahí el sentido que le dan a sus vidas sin que esta se convierta en una obsesión, como lo señala Rogers. “como siempre he denunciado que la compulsión puede alterar la personalidad y la conducta” (Rogers, 1985, p. 7),

Así, varios son los factores que constituyen la imagen que tenga la mujer de su cuerpo, conocerlos y comprender la relación entre ellos por varias subculturas puede contribuir a entender el significado –motivo, valores, razones, necesidades e intereses – que construyen las mujeres.

Frente a esta situación, surgen algunos interrogantes:

1. ¿Habrá diferencias en el nivel de autoestima de las mujeres cuya profesión es el modelaje respecto de otras mujeres?
2. ¿Las modelos experimentarán mayor presión social por su imagen que otras mujeres?
3. ¿Las modelos sentirán mayores afecciones psicológicas (estrés) debidas a la presión sobre su imagen a diferencia de otras mujeres?
4. En general ¿Las modelos estarán menos (más) satisfechas con su imagen que otras mujeres?

## **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es un estudio de campo de carácter exploratorio; Se desarrolla en 2 fases, la primera una exploración de posibles diferencias entre modelos y no modelos y la segunda una propuesta de Desarrollo Humano.

## **Fase 1. Estudio de campo**

### ***Método***

#### ***Participantes:***

Se solicitó la participación voluntaria de 30 mujeres trabajadoras, la mitad de las cuáles se desempeñan en el oficio del modelaje profesional y la otra mitad con cargos de nivel gerencial y secretarías ejecutivas. La selección se realizó mediante un muestreo no probabilístico intencional, en los lugares de trabajo. El grupo de modelos tuvo un rango de edad de los 20 a los 31 años ( $\mu = 26.8$ ,  $\sigma = 3.12$ ), el 50% con estudios de licenciatura, 26% casadas o con pareja y ninguna con hijos. El grupo de mujeres de población abierta tuvo un rango de edad de los 25 a los 35 años ( $\mu = 29.8$ ,  $\sigma = 2.83$ ), 60% con estudios de licenciatura, 20% casadas o con pareja y solamente una participante reportó tener un hijo.

### ***Instrumentos***

Se llevó a cabo la aplicación de la batería Alimentación y Salud de Gómez-Peresmitré (1997)<sup>1</sup> y la escala de autoestima elaborada por Rosenberg (1973).

---

<sup>1</sup> Cualquier consulta referente a este instrumento favor de remitirse directamente con la Dra. Peresmitré a la facultad de psicología de la UNAM edificio de postgrado D mezanine.

El instrumento de Alimentación y Salud, esta constituido por 13 secciones, divididas en las siguientes:

- Sección A, que incluye 13 preguntas sociodemográficas como son la edad, estado civil, si tiene hijos o no, etc.
- Sección B, que incluye antecedentes psicofisiológicos, como el uso de inhibidores de hambre, problemas de constipación, tipos de apetito, cambios fisiológicos, etc. Son 24 preguntas, que se contestan en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van desde 1 nunca, hasta 5, siempre.
- Sección C, que evalúa con base en una escala pictográfica, la imagen corporal actual. Esta escala presenta nueve imágenes que muestran diferentes proporciones del cuerpo, en relación a los muslos, cintura y cadera.
- Sección D, que evalúa la autoatribución, en donde se da una lista de adjetivos tanto positivos como negativos que indican como se describen; Se contestan en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, en donde 1 es no me describe nada, hasta 5, me describe exactamente. En total son 33 adjetivos.
- Sección E, E1 y F, evalúan la conducta alimentaria, e incluyen dentro de la sección E, 10 preguntas como ¿qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?, ¿con que intensidad sientes hambre?, etc.  
Dentro de E1 se contestan en una escala tipo Likert con 5 opciones que va desde 1 nunca, hasta 5 siempre y son un total de 48 preguntas. Dentro de la sección F se mide 1 muy de acuerdo, hasta 5, muy en desacuerdo y hay un total de 24 preguntas.

- Sección G, evalúa la imagen corporal ideal con base en una escala pictográfica. Dentro de esta escala hay nueve imágenes que muestran diferentes proporciones del cuerpo, en relación a la cintura, muslos y cadera.
- Sección H, que incluye 12 preguntas de apoyo social como son ¿A cuántas personas conoces que sabes te puedan ayudar en tiempos difíciles?, ¿cómo son tus relaciones familiares?, etc.
- Sección I, que evalúa un total de 10 preguntas relacionadas al tema del afrontamiento al estrés y se miden a través de una escala tipo Likert con 5 opciones que van desde 1 no me describe nada, hasta 5, me describe excelentemente.
- Sección J, que evalúa a través de 30 preguntas la relación materna en un tipo de escala Likert, con 5 opciones en donde 1 es nada, hasta 5 exactamente.
- Sección K, que evalúa con 14 preguntas relacionadas al tema de la preocupación por el peso corporal y actitud hacia la obesidad como son, ¿cómo te sientes con tu figura?, ¿qué peso te gustaría tener?, qué tan importante crees que sea la propia figura (apariencia) para tener éxito en los diferentes aspectos de la vida?.
- Sección L, que mide la satisfacción en las diferentes partes corporales como son la cara, el busto, el tórax, los brazos, la espalda, la cintura, los glúteos y las piernas; hay un total de 67 preguntas.
- Sección M, que evalúa a través de 30 preguntas la relación con el padre en un tipo de escala Likert, con 5 opciones en donde 1 es nada, hasta 5 exactamente.
- Sección N, que incluye 23 preguntas relacionadas con antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria como son, ¿llaman tu atención los



anuncios de televisión que promueven productos adelgazantes?, ¿tienes algún familiar que haya sido diagnosticado de anorexia nervosa, bulimia nervosa u otros trastornos alimenticios? etc.

La escala de autoestima de Rosenberg, está constituida por 10 afirmaciones, las cuáles se miden en una escala Likert, con 4 opciones en donde 1 es estoy muy de acuerdo, hasta 4 estoy muy en desacuerdo. El rango posible de respuestas abarca de 10 a 40, en donde un puntaje alto representa alta autoestima.

Las escalas C y G, se trabajan conjuntamente para la obtención de un Índice de Satisfacción de la Imagen Corporal General (ISICG), en donde se resta la escala C (imagen actual) a la escala G (imagen ideal). La ponderación de las imágenes se asigna de la más delgada a la más gruesa, teniendo en cada escala el mismo valor para imagen, aunque el orden de presentación varía. Al restar la escala C a la escala G, obtenemos valores posibles negativos y positivos, en donde los primeros indican un deseo por incrementar la proporción corporal, y los segundos indican un deseo por la disminución de la proporción corporal. El cero indica que hay una total correspondencia entre la figura actual e ideal, por lo que no se indica deseo alguno de cambiar la proporción corporal.

### ***Procedimiento***

Las aplicaciones se llevaron a cabo en dos escenarios. Las entrevistas para las modelos, se realizaron en diversos desfiles de modas organizados durante el periodo de verano de 2007, en la ciudad de México. Previo al desfile, se platicó con las modelos y se solicitó su participación voluntaria y anónima en el estudio, a las que aceptaban participar, se les daba un lápiz y el cuestionario. La aplicación tenía una duración promedio de 25 min. y al finalizar se les agradecía su participación.

El grupo de población general se llevó a cabo en dos empresas con giro de servicios, en horario de oficina, en los meses de Julio y Agosto de 2007, en la ciudad de México.

Se platicó con las empleadas y se pidió su participación voluntaria y anónima en el estudio, a las que aceptaban participar, se les daba un lápiz y un cuestionario y al finalizar se les agradecía su participación ofreciéndoles a los dos grupos la entrega de los resultados de la investigación para aquellas que lo requirieran. En ambos casos el orden de aplicación fue primero el cuestionario de alimentación y salud y posteriormente la escala de autoestima de Rosenberg.

### ***Análisis***

Se llevaron a cabo análisis de comparación entre el grupo de modelos y el de población general, en cada una de las escalas utilizadas. Se realizaron análisis descriptivos, así como se utilizaron pruebas de comparación de medias (prueba t) y análisis de correlación.

## Resultados

A continuación se muestran los análisis para todas las secciones.

Tabla 1. Comparación de medias entre las Modelos y Población General en las escalas B, D, E1, F, I, J, L, M y la Escala de Rosenberg.

Variables	Modelos		Población General		gl	t
	M	DE	M	DE		
Sintomatología de Estrés	39.21	11.63	39.33	7.59	27	-0.030
Atributos positivos	74.78	8.71	72.60	6.85	27	0.753
Atributos negativos	32.86	4.99	30.60	3.58	28	1.428
Conducta alimentaria TOTAL	55.14	16.95	52.33	9.81	27	0.551
<i>Conducta Alimentaria Compulsiva</i>	21.73	3.88	21.60	5.26	28	0.079
<i>Preocupación por Peso y Comida</i>	17.06	9.13	16.40	5.06	28	0.247
<i>Dieta Crónica y Restringida</i>	11.33	4.32	8.53	2.26	28	<b>2.220*</b>
Control Alimentario	38.60	4.10	38.13	5.02	28	0.279
Afrontamiento al Estrés	24.46	5.70	20.46	3.13	28	<b>2.379*</b>
Relación Positiva con la Madre	49.92	9.37	50.13	10.32	27	-0.056
Relación Negativa con la Madre	32.85	10.86	36.53	12.82	27	-0.83
Relación Positiva con el Padre	55.35	11.66	54.85	12.01	26	0.112
Relación Negativa con el Padre	34.46	8.32	32.64	11.53	25	0.466
Autoestima	35.13	4.56	34.13	2.85	28	0.720

\*  $p < .05$

Se observa en la tabla 1 que sólo dos escalas muestran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. El grupo de modelos tiene mayor riesgo de presentar una dieta crónica y restringida ( $\mu = 11.33$ ,  $\sigma = 4.32$ ),  $t(28) = 2.20$ ,  $p = .05$  en comparación del grupo de población normal ( $\mu = 8.53$ ,  $\sigma = 2.26$ ). Respecto al afrontamiento al estrés, el grupo de modelos obtiene puntajes mayores ( $\mu = 24.46$ ,  $\sigma = 5.70$ ),  $t(28) = 2.379$ ,  $p = .05$  comparadas con las demás mujeres ( $\mu = 20.46$ ,  $\sigma = 3.13$ ).

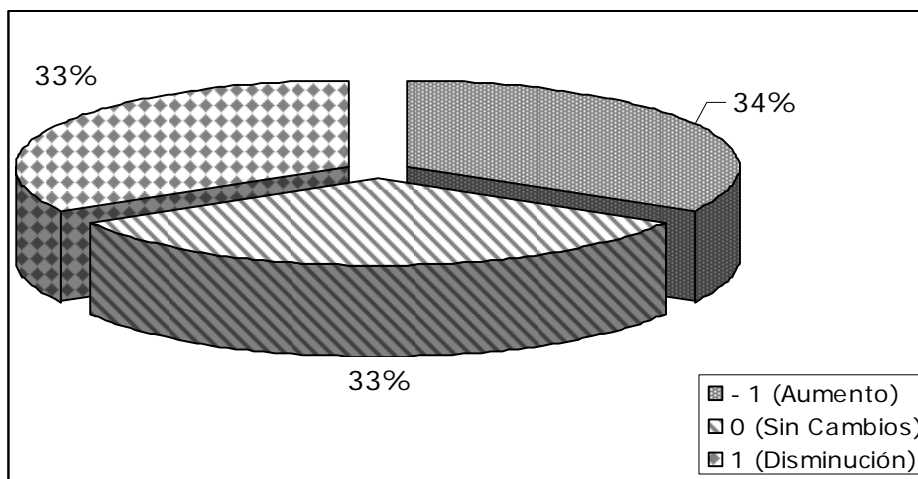
Tabla 2. Comparación de medias de las Modelos y Población General en la sección L.

Variables	Modelos		Población General		gl	t
	M	DE	M	DE		
Insatisfacción de partes corporales (Total)	133.00	35.56	160.73	31.37	27	<b>-2.231 *</b>
<i>Cuerpo</i>	25.86	4.53	28.60	3.73	28	-1.802
<i>Cara</i>	12.07	3.66	15.46	5.38	27	-1.907
<i>Busto</i>	11.14	4.03	16.00	4.65	27	<b>-2.991 *</b>
<i>Tórax</i>	12.57	4.63	16.60	6.00	27	-2.010
<i>Brazos</i>	15.00	5.61	15.80	4.39	28	-0.434
<i>Espalda</i>	13.73	6.00	14.26	3.76	28	-0.291
<i>Cintura</i>	13.46	5.55	19.26	5.27	28	<b>-2.934 *</b>
<i>Glúteos</i>	15.60	6.04	17.60	4.82	28	-1.002
<i>Piernas</i>	14.80	6.00	17.13	4.82	28	-1.174

\*  $p < .05$

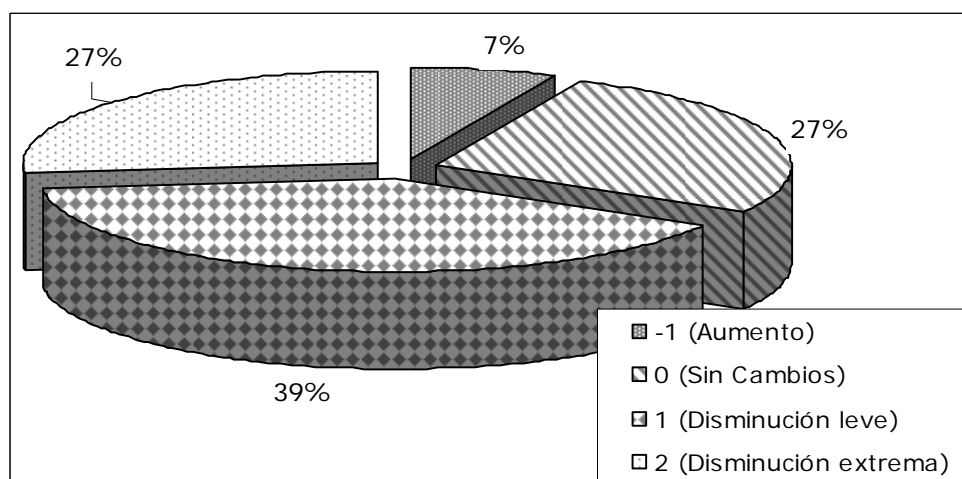
Observando la tabla 2, encontramos que en tres escalas se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. El grupo de modelos tiene menor insatisfacción en el total de sus partes corporales ( $\mu = 133.00$ ,  $\sigma = 35.56$ ),  $t(27) = -2.231$ ,  $p = .05$  en comparación del grupo de población normal ( $\mu = 160.73$ ,  $\sigma = 31.37$ ). Respecto a la insatisfacción en el busto el grupo de las modelos tiene puntajes menores de insatisfacción ( $\mu = 11.14$ ,  $\sigma = 4.03$ ),  $t(27) = -2.991$ ,  $p = .05$  en comparación con las demás mujeres ( $\mu = 16.00$ ,  $\sigma = 4.65$ ). La insatisfacción en la cintura en el grupo de las modelos es menor ( $\mu = 13.46$ ,  $\sigma = 6.04$ ),  $t(28) = -2.934$ ,  $p = .05$  en comparación con las mujeres de la población general ( $\mu = 17.60$ ,  $\sigma = 4.82$ ).

Gráfica 1. Porcentaje de ISICG en Modelos.



Una tercera parte del grupo evaluado acepta su imagen corporal; no obstante el 66% restante de alguna u otra forma (deseando aumentar o disminuir su peso) quisieran un cambio en su imagen corporal.

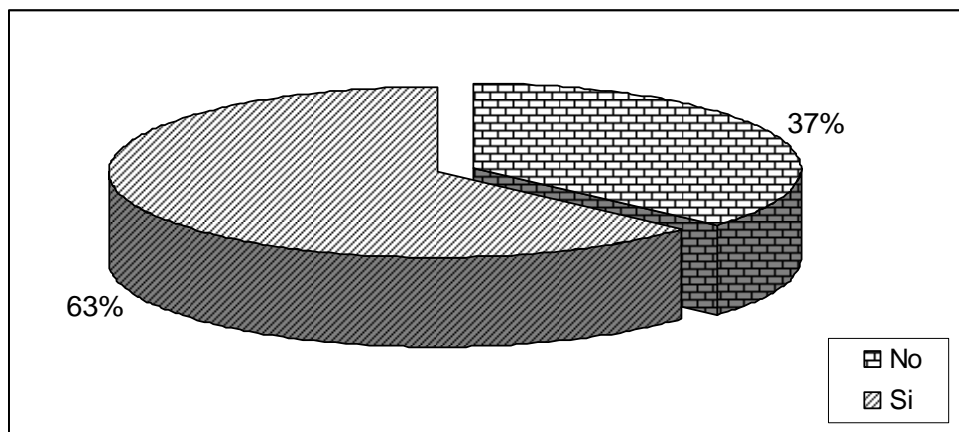
Gráfica 2. Porcentaje de ISICG en Población General.



En la gráfica 2, se muestran los porcentajes del ISICG que indican que el 27% de las mujeres no desean cambios, pero se observa que el 73% del grupo sí.

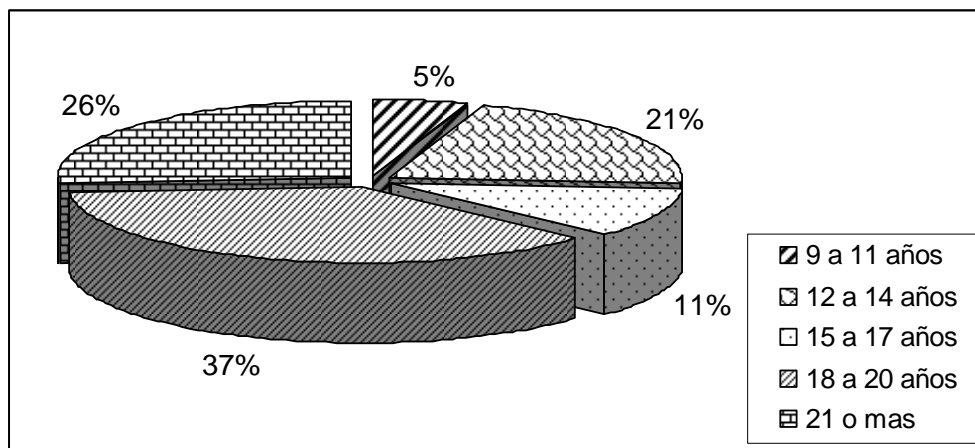
Completando esto con las tablas anteriores, se observa que hay una menor aceptación en la imagen corporal de las mujeres en la población abierta mientras que en el grupo de las modelos hay una mayor aceptación de la imagen corporal.

Gráfica 3. Porcentaje de dieta para controlar el peso (sección E)



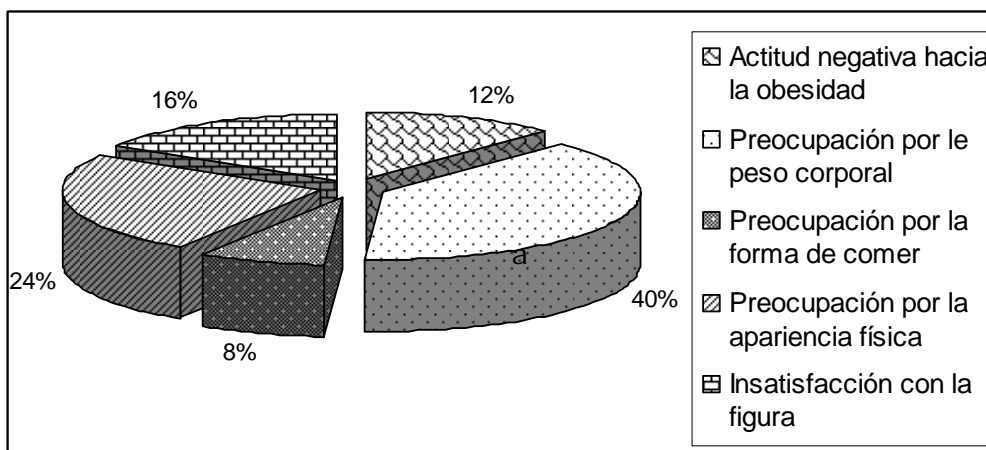
Se puede observar que el 63% de la población total encuestada utiliza dietas para controlar el peso, siendo este un factor importante para las mujeres de los dos grupos.

Gráfica 4. Porcentaje de edad en Primera Dieta (sección E)



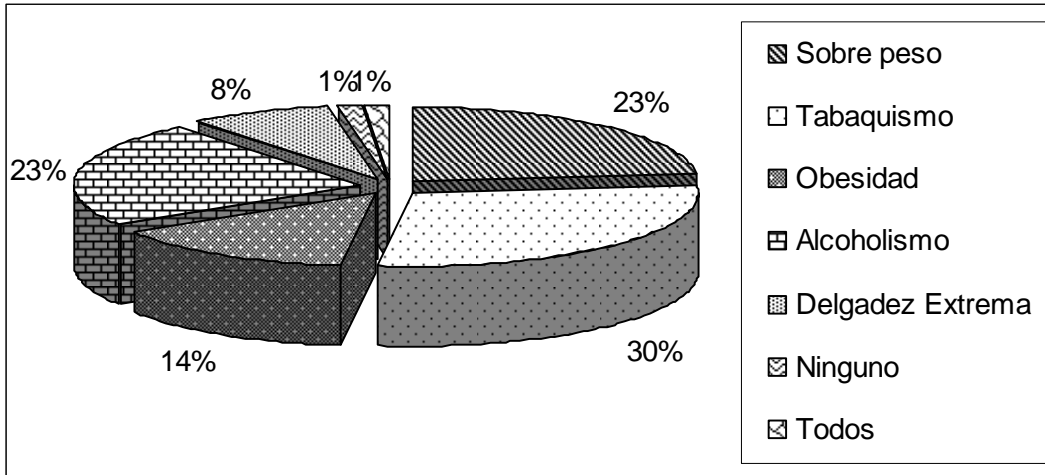
El 37% del total de la población encuestada realizó su primera dieta (en su sentido coloquial, como un régimen alimenticio para disminuir de peso) entre los 18 y 20 años de edad. Una de cada cuatro mujeres lo hizo antes de los quince años de edad.

Gráfica 5. Porcentaje de actitudes familiares frente al peso corporal (sección H)



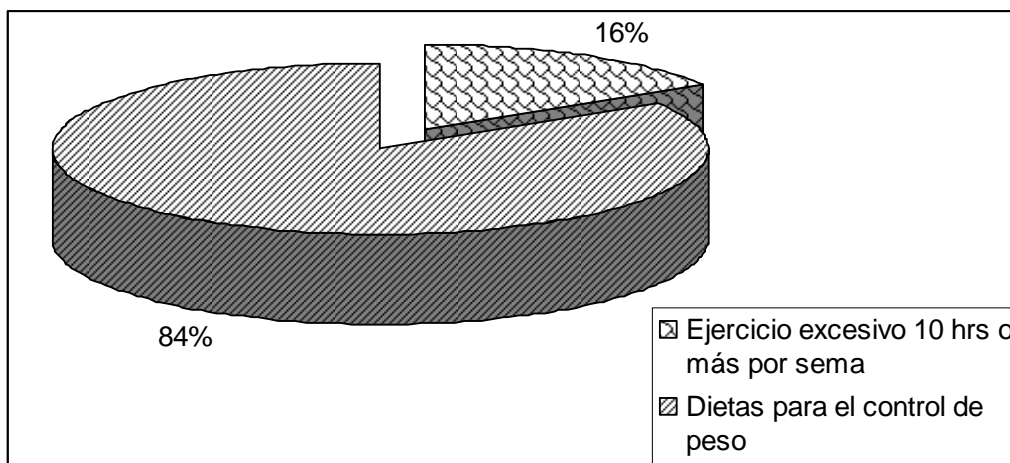
En esta gráfica se observa que las encuestadas muestran en un porcentaje mayor el que sus familiares tienen una actitud de preocupación por el peso corporal siguiéndole un 24% de actitud de preocupación por la apariencia física.

Gráfica 6. Porcentaje de Antecedentes de Enfermedades Familiares (sección H)



En esta gráfica se observa que existe un porcentaje mayor en antecedentes de tabaquismo con un 30% y con igual porcentaje para el antecedente de sobrepeso y alcoholismo con un 23%.

Gráfica 7. Porcentaje de Antecedentes Familiares en Dieta y Ejercicio (sección H)





Un 84% del total de la población tiene un porcentaje de familiares que hacen dieta para el control de peso mientras que el 16% hacen ejercicio excesivo.

Tabla 3. Correlaciones entre variables

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Sintomatología de estrés	-												
atributos positivos	0.022	-											
atributos negativos	0.066	-0.038	-										
Conducta Alimentaria	<b>0.656*</b>	0.008	-0.050	-									
Control Alimentario	0.222	0.157	-0.209	-0.011	-								
Afrontamiento al estrés	-0.047	0.277	0.260	-0.101	0.218	-							
Relación con la madre (+)	0.148	0.338	-0.277	0.144	0.005	0.204	-						
Relación con la madre (-)	-0.083	-0.006	0.284	-0.130	0.036	0.073	<b>-0.717*</b>	-					
Relación con el padre (+)	-0.062	0.253	-0.162	-0.108	0.174	0.290	<b>0.430*</b>	-0.294	-				
Relación con el padre (-)	0.241	-0.135	0.268	-0.012	-0.171	-0.113	-0.187	0.267	<b>-0.616*</b>	-			
Autoestima	-0.056	<b>0.549*</b>	0.133	<b>-0.374*</b>	0.075	0.317	0.303	-0.052	0.293	0.064	-		
ISICG	0.239	-0.156	-0.116	0.302	-0.032	0.012	0.156	-0.284	0.260	-0.084	-0.273	-	
Insatisfacción corporal	-0.204	-0.580	-0.231	0.009	-0.275	-0.065	-0.153	-0.028	-0.316	-0.012	-0.545	0.158	-

p<.05

Como se observa en la tabla 3, se realizaron análisis de correlación bi-variada de Pearson ( $r_p^2$ ), y se encontraron seis correlaciones significativas al .05, de las cuales tres tienen que ver con la relación con cada uno de los padres. Estas últimas correlaciones resultan ser esperadas, ya que son correlaciones que asocian variables de la misma naturaleza. De las tres restantes, se observa como se esperaba, una asociación significativa entre la autoestima y los atributos positivos, siendo esta de  $r_p^2 = 0.549$ , lo que significa que efectivamente parte de la autoestima tiene que ver con la valoración o apreciación de nuestras características positivas. Las dos correlaciones restantes, son de llamar la atención y tienen que ver con el objetivo del estudio. La sintomatología de estrés está medianamente asociada ( $r_p^2 = 0.656$ ) con la conducta alimentaria, y ésta última con la autoestima ( $r_p^2 = -0.374$ ) de manera inversa.

## ***Discusión***

Ya se ha indicado en la literatura que la imagen corporal es un factor muy importante dentro de la vida cotidiana de los individuos, ya que su nivel de bienestar está enraizado en el grado que tengan de satisfacción con su propio cuerpo (Brenner & Cunningham, 1992).

Se puede observar en los resultados que las modelos tienen un mayor índice de presentar una dieta crónica y restringida para alcanzar el estándar de delgadez e imagen que es característico de este grupo, y tiene una aceptación mayor de todas sus partes corporales en particular el busto y la cintura.

Un resultado interesante es que muestran mayores habilidades para afrontar al estrés que las mujeres de la población abierta lo cual puede derivarse de que al estar expuestas constantemente al escrutinio por parte del medio de la moda, llegan a amoldarse más a las exigencias que les provoca el trabajo (Marano, 1994). Aunque no se observaron niveles de estrés distintos al de la población abierta.

Del análisis de la información se deriva que no obstante que la proporción de modelos y población abierta que muestran un nivel de aceptación de su imagen corporal no es muy distinto (33% y 27% respectivamente), nueve de cada diez de mujeres de población abierta encuestadas que se encuentran insatisfechas con su imagen desean bajar de peso, lo cual contrasta significativamente con las modelos insatisfechas con su imagen, donde la mitad desea aumentar y la otra mitad desea disminuir.

El tema de la imagen y el peso corporal son dos asuntos importantes a tratar para las mujeres de los dos grupos encuestados y se hace notar en la importancia que le dan al mantener una dieta para este propósito lo cual empiezan a realizar desde la

adolescencia para llegar a tener una figura esbelta y cubrir su figura ideal (Frederickson & Roberts, 1997).

Por lo que se pudo observar en los resultados, ambos grupos pudieran manejar un patrón de conducta similar al de sus familiares ya que al igual que ellas están interesados en llevar dietas para el control de peso así como el estar preocupados por su apariencia física y el estar insatisfechos con su figura. Como lo habla la literatura (Jourard, 2005) y aquí lo podemos constatar, la apariencia física es de gran importancia para los grupos encuestados. Un dato interesante es el encontrado en las enfermedades familiares, observando que el alcoholismo y el sobrepeso se presentan en igual medida estas dos enfermedades en la muestra total sólo superados por el tabaquismo, dato que corrobora el encontrado con anterioridad por Marano (1994) donde nos dice que muchos modelos observadas dentro de una terapia tienen padres con problemas relacionados al tabaquismo, alcoholismo, drogas y depresión.

También se encontró que existe una alta correlación positiva y significativa entre la autoestima y los atributos positivos, de lo cual podemos sugerir que la autoestima de las mujeres encuestadas tiene relación con la percepción de sus atributos personales que juzgan positivos, lo que se esperaba según nos indica la literatura (Brenner & Cunningham, 1992).

Por otra parte se observó que la variable conducta alimentaria de este mismo cuestionario tiene correlaciones significativas tanto con la autoestima como con la sintomatología del estrés, siendo la primera negativa y la segunda positiva, lo cual indica una relación entre los niveles de estrés y la preocupación por el control del peso corporal.

Por último, la correlación negativa significativa entre la autoestima y la variable conducta alimentaria, refleja el grado de preocupación de las mujeres hacia la comida.

Por lo tanto se puede deducir que la elaboración de un taller propuesto orientado a incrementar la autoestima en mujeres, puede tener un impacto en la mejora no solamente de la conducta alimentaria sino también en un crecimiento y desarrollo personal y mayor seguridad y confianza para enfrentar los retos que se presenten.

## **Fase 2. Propuesta de Taller en Desarrollo Humano**

Con base en los hallazgos anteriores, a continuación se propone un taller en Desarrollo Humano, el cual está planteado para que las participantes tomen consciencia de su realidad, busquen su propia aceptación, tomen responsabilidad sobre su vida, se respeten y encuentren un propósito de vida basado en la congruencia.

A través del taller se pretende dotar a las mujeres con herramientas que les permitan manejar el estrés y acercarse a su imagen ideal de una manera sana.

### **PROPUESTA DE TALLER**

#### **EL VALOR DE LA AUTOESTIMA: IMAGEN INTERNA/IMAGEN EXTERNA**

Por medio de una orientación tanto a nivel físico como emocional se propone que las mujeres busquen su propia realización interior y que de esta manera puedan manejar adecuadamente las diferentes críticas a su cuerpo y a su apariencia física.

El taller no proporcionará ayuda hospitalaria o terapéutica a las personas que se les detecte un problema de adicción o desórdenes alimenticios; a estas personas se les canalizará al lugar adecuado en donde pueda ser tratada su enfermedad.

El taller pretende ser preventivo más que correctivo y proporcionará a las mujeres los elementos necesarios para hacer frente a las presiones específicas de sus profesiones y de esta manera evitar recurrir a estrategias autodestructivas.

En este taller se propone un modelo de educación bajo el Enfoque Centrado en la Persona ya que el tipo de aprendizaje es experiencial y significativo.

A lo cual Rogers (1973) menciona lo siguiente:

“La mayor parte del conocimiento parece ser cognoscitivo, en sentido primario una fijación de ciertas asociaciones. Un niño puede aprender las letras y los números de esta manera; y más tarde a recitar la tabla de multiplicar, y todavía más tarde la regla para resolver una ecuación o los verbos irregulares franceses. Sólo muy imperceptiblemente cualquiera de estos aprendizajes le cambia. Además, este tipo de aprendizaje es muchas veces dolorosamente difícil y también olvidado con facilidad” (Rogers, 1973, p. 235).

En cuanto al aprendizaje experiencial es donde la persona que lo experimenta le encuentra un sentido, descubre algo. El sentimiento relacionado con cualquier aprendizaje “experiencial” es: “Ahora estoy aprendiendo lo que necesito y quiero” (Ochoa, 2002).

Los elementos del aprendizaje significativo son:

1. Posee una calidad de implicación personal; toda persona, tanto en el aspecto cognoscitivo como en el de los sentimientos, está comprometida en el hecho del aprendizaje.
2. Es auto-iniciado.; Aún cuando el estímulo procede del exterior, la sensación de descubrimiento, de captar y abarcar llega desde lo interno.
3. Es penetrante.; Influye diferencialmente en la conducta, las actitudes quizá incluso en la personalidad del que aprende.
4. Es evaluado por el estudiante.; El que evalúa es el que aprende y nadie más.

5. Su esencia es significado.; “Cuando tiene lugar este aprendizaje, el elemento de significado para el sujeto queda incorporado a su experiencia total” (Rogers, 1973, p. 236).

Rogers (1973) menciona que hay que confiar en el ser humano, en su potencialidad natural para aprender y descubrir. Esta potencialidad se libera en un ambiente de apertura que se puede proporcionar bajo intervenciones basadas en el enfoque centrado en la persona (Ochoa, 2002).

Es importante que los expertos y orientadores que se encuentren dentro del programa atiendan su salud para que puedan tener un desempeño mejor. El profesional de la salud, así como el trabajador comunitario, profesional o no, se enfrentan a la tarea de facilitar el buen manejo de las emociones de los usuarios de sus servicios. Tarea tan importante como ésta, es la forma como el que está en el papel del que ayuda, enfrenta sus propias emociones y necesidades. Una de las cuestiones que más inquieta en este aspecto es el enfrentamiento con el dolor propio y ajeno sin tener que llegar a la despersonalización o a la insensibilización como defensa (Gómez del Campo, 2002).

## **OBJETIVO DEL TALLER**

El taller “El valor de la autoestima: Imagen Interna/Imagen Externa” pretende elevar los niveles de autoestima de las participantes y dotarlas con los conocimientos y herramientas que les permitan hacer frente al estrés cotidiano y controlar su peso de una manera sana.

## **DESARROLLO DEL TALLER**

Este taller “El valor de la autoestima: Imagen Interna/Imagen Externa” se desarrollará en 12 sesiones.

La duración de cada sesión es de dos horas, aunque no hay límite de tiempo si por alguna razón las participantes tienen dudas o la necesidad de expresar alguna situación personal.

### ***Sesión 1. Expectativas del programa y compromiso de los participantes.***

**Objetivo:** Se busca que las participantes expresen a través de diferentes estrategias cuales son sus expectativas del programa, así como también que se hagan responsables de su participación en el mismo.

**Contenido:** Enfoque centrado en la persona.

**Metodología:** Sesión grupal en la que se invite a los participantes a presentarse y a compartir con el grupo sus expectativas y fantasías. Después el facilitador expone algunas de las fantasías más comunes y continúa con la exposición del programa. La tarea del facilitador será facilitar la creación de un clima adecuado para el desarrollo de relaciones interpersonales cercanas y significativas

**Evaluación:** Se harán las siguientes preguntas por escrito para que una vez contestadas, socialicen sus respuestas

¿Que espero que suceda en el programa?

¿Qué temo que suceda en el programa?

¿Que espero del facilitador?

¿Qué estoy dispuesto a aportar para que se logre lo que espero del programa?

### ***Sesión 2. Sentimientos y Emociones.***

**Objetivo:** Que las participantes empiecen a explorar sus sentimientos y emociones con el fin de iniciar una reflexión sobre su propia persona.

**Contenido:** Los sentimientos y emociones en la teoría de Carl Rogers (Rogers, 2001)

**Metodología:** Crear un grupo de enfoque.

Se facilitará a los modelos dentro de un grupo de crecimiento una vez por semana con una duración de dos horas.

Este grupo se llevará a cabo en las instalaciones donde se realiza el taller.

Se creará un grupo de enfoque o desarrollo personal en donde las participantes podrán asistir aún cuando no estén dentro del periodo del taller con la finalidad de que puedan seguir con su proceso de crecimiento.

**Evaluación:** A partir de una dinámica de espejo se recuperará lo esencial del contenido tratado en la sesión.

### ***Sesión 3. Autodescubrimiento del cuerpo***

**Objetivo:** Ayudar a autodescubrir y tener consciencia del propio cuerpo y la relación que existe con él.

**Contenido:** Este ejercicio se hará a través de la dinámica del cuerpo pintado.

**Metodología:** Los participantes empiezan a descubrir su cuerpo a través del contacto y reconocimiento cuando con pinturas empiezan a pintarlo de forma libre sobre papel.

El facilitador pide a las participantes que en hojas de papel bond o cartulina hagan un dibujo de ellas mismas.

Se les pide que expresen la forma de su cuerpo, que pinten como ellas se observan.

Incluir con tarjetas arriba de la figura humana las partes del cuerpo que más les gusta a ellas.

**Evaluación:** En plenaria se le pide a cada una de las participantes que expresen como se sintieron y se guía un proceso para llevar a cabo a su vida lo aprendido en esta práctica.



## ***Sesión 4. Movimientos corporales para descubrir el self***

**Objetivo:** Desarrollar integralmente un relajamiento sencillo balanceando los movimientos y la actividad, facilitar para que descubran su “centro” o equilibrio en el aquí y el ahora.

**Contenido:** Dinámica T’aichi, es una antigua disciplina china practicada para mejorar la salud, para meditar, como ejercicio, para liberar energía (“Chi”) y para autodefensa. La lenta liberación de los movimientos enfatiza el conocimiento integral de la persona; el conocimiento del cuerpo, la respiración, relajación y movimiento continuo; la mente alerta y serena: en el aquí y el ahora; el equilibrio y economía en los movimientos.

**Metodología:** Se pide a los participantes se coloquen alrededor del salón, dejando espacio suficiente para moverse. El facilitador les dice que es lo que ellas experimentarán con sus cuerpos a medida que se den las instrucciones. Se les sugiere que presten atención a los sentimientos y a los cambios de humor que se presenten durante el ejercicio, y a las diferentes áreas de tensión; así como a la sobre compensación del equilibrio durante los movimientos. Se explica que “la mayor parte del tiempo no hacemos caso de los mensajes corporales sutiles, la economía en los movimientos y las tensiones musculares crónicas que se presentan por movernos rápidamente de donde estamos, a donde queremos estar”. Generalmente ignoramos o damos por sentado la vida interior, el proceso del movimiento.

El facilitador pone la música de fondo e inicia: el movimiento del T’ai Chi, haciendo pausas entre cada uno al darles las instrucciones:

Separen los pies hasta quedar paralelos con los hombros. Lentamente doblen las rodillas. Escuchen interiormente; sientan la postura de su cuerpo, las ligeras tensiones y contracciones, escuchen los latidos de su corazón, escuchen su respiración.

Lentamente, con las rodillas dobladas, levanten la pelvis y la cadera hasta que quede paralela al suelo. Ahora usen la pelvis para acunar su estómago y los intestinos en vez de sujetarlos al diafragma. Para respirar usamos el diafragma y no el pecho. Relajen los hombros y el pecho y respiren con el diafragma, con la parte inferior del abdomen. Justo cuando esto suceda relájense y respiren lenta y regularmente.

Enfoquen su atención en el estómago, unos cinco centímetros abajo del ombligo. Este es su “tant’ien”, su “centro”. Empleen la fantasía, imaginen una gran bola de fuego o un horno en ese lugar, que mandará chorros de energía a cualquier parte de su cuerpo. Sientan fuerte y sólido su tant’ien.

Que su tant’ien, los haga sentir fuertes abajo de la cintura, permitan que la parte superior de su cuerpo se haga ligera, dejen flotar su cabeza. Déjenla girar lentamente en pequeños círculos hasta que encuentre el punto dónde su cabeza está en equilibrio, la cara hacia delante y la barbilla ligeramente hacia abajo. Imaginen que la parte superior de su cabeza está sostenida por un delgado hilo desde el techo o el cielo. Entre su abdomen hundido y su cabeza flotando, la espalda estará derecha pero no tirante o rígida. La espalda deberá permanecer siempre perpendicular al suelo, de lo contrario habrán “roto la postura” y perdido el balance o crearán innecesariamente un distractor de tensión.

Nuevamente sientan el ritmo de la respiración e imaginen que la parte superior de su cuerpo es atravesada por olas de energía con cada respiración.

Mantengan la lengua sumergida contra el paladar (Esto afecta la corriente de energía)

Enfoquen su pensamiento en las piernas. Piensen que su peso está bien distribuido. En el T’ai Chi nos enfrentamos continuamente a cambios opuestos: YIN y YANG- positivo y negativo, fuerte y débil, activo y pasivo, etc. Trasladen todo su peso de una pierna a la otra muy lentamente. La pierna que sostiene el peso es su pierna “fuerte”, “llena” o sea YANG. Cuando pase su peso a la otra pierna, aquélla se convierte en la “ligera”, “débil” o YIN. Los movimientos continúan cambiando YIN a YANG y nuevamente al contrario.

Manteniendo las piernas dobladas y rectas, de un paso hacia adelante, muy lentamente, pisando primero con el talón. Dejen que sea un paso “vacío”, sin peso ni energía, pasando poco a poco, hasta que todo el pie se apoye en el piso. Continúe caminando lentamente en la misma forma hacia adelante, apoyando el talón primero, luego todo el pie y finalmente cargar el peso del cuerpo.

Ahora de un paso hacia atrás teniendo cuidado de “mantener la postura” Al caminar hacia atrás apoye primero los dedos de los pies nuevamente con un paso “vacío” hasta

que todo el pie esté apoyado, luego cargue el peso del cuerpo. Continúe caminando hacia atrás.

Ahora experimente caminar hacia adelante, hacia atrás y de lado a lado, experimentando el cambio de la carga del peso del cuerpo. Muévase lentamente para que pueda enfocarse en la sensación y no en el movimiento. Imagine la energía de su tant'ien recorriendo sus dos piernas una y otra vez.

De la misma forma en que sus piernas están una frente a la otra en posición T'ai Chi, se encuentran también sus brazos y la parte superior de su cuerpo están en posición opuesta a la mitad inferior. Mientras usted se mueve, sienta como una pierna se vuelve "pesada", así como el brazo del lado opuesto. La otra pierna y su brazo opuesto están "ligeros". En tanto usted se mueve y el peso del cuerpo varía, el lado opuesto es el que experimenta "la carga". Nuevamente imagine la energía de su tant'ien recorriendo sus brazos y piernas.

Vivimos en un océano, un universo de energía. Con cada movimiento imagine que está nadando a través de esa energía. Sienta el movimiento de su cuerpo a través de ese océano. Relájese completamente, usando solamente los músculos necesarios para cada movimiento. Permita que sean sus dedos los que guíen el movimiento de sus brazos. Imagine corrientes de energía surgiendo de las palmas de sus manos y las puntas de sus dedos.

Cuando siga su corriente de energía, ésta lo moverá. Todo movimiento es circular, tan largo como para semejar una línea o tan pequeño como parecer un punto.

Experimente con sus propios movimientos. Use todo su cuerpo como si fuera una sola pieza. Muévase hacia arriba y hacia abajo, hacia adelante y hacia atrás, de lado, hacia dentro y hacia fuera. Contrayéndose y expandiéndose.

Mientras se mueve, haga conciencia de su respiración. Deje que su respiración corresponda a su movimiento. Exhale mientras se mueve para abajo, hacia atrás o hacia dentro; inhale cuando se mueva hacia arriba, hacia adelante o cuando se expanda.

Utilice su visión periférica y manténgase abierta a todas sus sensaciones. No enfoque su atención a una sola cosa porque de esa forma se limitaría. Siga la corriente de su

estimulación sensorial. Haga conciencia de la sincronía de los movimientos de su cuerpo y de los demás que se mueven a su alrededor.

Nuevamente imagínese moviéndose en un océano de energía. Mientras alguien se mueve y crea una ola, llénese con su propio movimiento mientras alguien más ocupa el espacio que usted deja. Deje que todos los movimientos sean tan lentos como sea posible, complementándose con los movimientos de los demás. Todos los participantes están conectados por las mismas corrientes en el océano de energía.

**Evaluación:** Siguiendo las instrucciones para los movimientos T'ai Chi, los participantes son alentados, para que experimenten conscientemente el uso de los principios, en los movimientos cotidianos. El Facilitador dice que lo que ellos descubrieron es la esencia del T'ai Chi. Sugiere que intenten los movimientos durante diez o quince minutos en las mañanas, y también otro tanto por las noches y durante sus actividades del día y se guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

## ***Sesión 5. Exploración de la Autoimagen***

**Objetivo:** Permite el intercambio emocional gratificante, ayuda el fortalecimiento de la autoimagen de las participantes, propicia el manejo creativo de la comunicación verbal escrita.

**Contenido:** Dinámica de las caricias por escrito

**Metodología:** Se solicita a las participantes que tomen dos o tres hojas carta y las doblen en ocho pedazos, cortándolas posteriormente lo mejor que puedan.

En cada uno de los pedazos tienen que escribir por el anverso, uno a uno, los nombres de sus compañeras.

Por el reverso, escriben en dos líneas o renglones, un pensamiento, buen deseo, verso, o una combinación de estos, dirigido a la compañera designada en cada pedazo de papel.

**Evaluación:** Al terminar son entregados a los destinatarios en propia mano. Se forman subgrupos de 4 ó 5 personas para discutir la experiencia. Cada subgrupo nombra a una

reportera para ofrecer en reunión plenaria sus experiencias y se guía un proceso para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

## ***Sesión 6. Salud Nutricional***

**Objetivo:** Mejorar el rendimiento físico, mental y laboral.

**Contenido:** Pirámide nutricional, peso, índice de grasa corporal, índice de masa muscular.

**Metodología:** Se pesan en grasa y músculo a las participantes a través de una báscula y el medidor de grasa corporal FUTREX, se analizan los resultados de cada una de ellas y se personalizará una dieta nutritiva.

Se dará una plática a través de una experta en nutrición para que explique el funcionamiento del cuerpo humano en su parte nutricional y los elementos que lo conforman y explicará dentro de esta plática como se pueden revisar las etiquetas nutricionales de los productos que existen en el mercado.

**Evaluación:** Se harán cuestionamientos acerca de la pirámide nutricional para entender cada uno las partes que la componen como son los carbohidratos, proteínas, grasas y las diferentes vitaminas y minerales que son parte esencial del ser humano.

## ***Sesión 7. Exploración del Autoconcepto***

**Objetivo:** Ayudará a descubrir quienes son ellas atrás de máscaras auto-impuestas y los roles que se juegan en cada una de ellas.

**Contenido:** Dinámica de la máscara de yeso

**Metodología:** El facilitador pide a las participantes crear una máscara de yeso a partir de cómo creen que las ven los demás o de cómo pretenden que las observen, después de esto se les pide las coloquen en su rostro.

Se les pide que hablen a partir de la máscara “yo soy una persona muy fría” etc., y de la manera que se sienten con esa máscara, trabajar lo que se esconde detrás de la misma, para que sirva y si se sienten bien con ella.

A continuación se les pide a las participantes despojarse de esa máscara y volver a introducirse al tema que estaba planteado por ellas mismas, hablando de las propias necesidades, descubriendo esas necesidades y hablar al último desde ellas mismas ya con esas necesidades descubiertas.

**Evaluación:** Se les pide a las participantes expresen como se sintieron y el facilitador guía un proceso en plenaria para llevar a su vida lo aprendido.

## ***Sesión 8: Autoreconocimiento***

**Objetivo:** Lograr que las personas puedan derribar las barreras impuestas por ellas mismas ya que no les permiten tener un buen concepto propio; mejorar la imagen de ellas mismas mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales.

**Contenido:** Dinámica Acentuar lo positivo

**Metodología:** Muchos hemos crecido con la idea de que no es “correcto” el autoelogio o, para el caso, elogiar a otros. Con este ejercicio se intenta cambiar esa actitud al hacer que equipos de dos personas compartan algunas cualidades personales entre sí. En este ejercicio, cada persona le da a su compañero la respuesta a una, dos o las tres dimensiones siguientes sugeridas:

Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo.

Dos cualidades de personalidad que me agradan de mí mismo.

Una capacidad o pericia que me agrada de mí mismo.

Explique que cada comentario debe ser positivo. No se permiten comentarios negativos. (Dado que la mayor parte de las personas no ha experimentado este encuentro positivo, quizá necesiten un ligero empujón de parte del facilitador para que puedan iniciar el ejercicio).

**Evaluación:** Se les aplicará unas preguntas para su reflexión:

¿Cuántos de ustedes, al oír el trabajo asignado, sonrió ligeramente, miró a su compañero y le dijo, “Tú primero”?

¿Fue difícil señalar una cualidad al iniciar el ejercicio?

¿Cómo considera ahora el ejercicio?

El instructor guía un proceso para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

## ***Sesión 9. Desarrollo del autocuidado***

**Objetivo:** Concientizar en que la vida es el aquí y ahora, ayudar a planear el futuro e ir en busca de los logros, descubrir que la felicidad y satisfacción así como la paz interna, es una labor del propio individuo aquí y ahora.

**Contenido:** Dinámica una alegre y larga vida.

**Metodología:** El facilitador solicita a las participantes que tomen una hoja de papel y tracen una línea horizontal que la cruce. Les solicita que coloquen puntos en los dos extremos de la línea. El punto de la izquierda representa la fecha de nacimiento, y les solicita que escriban abajo del punto su fecha de nacimiento.

El facilitador explica a las participantes que el punto del otro extremo (derecha) representa la fecha de la muerte. Comenta que sobre este punto se debe escribir el año de nuestra muerte, el cual depende del número de años que se crea se va a vivir. Solicita a los participantes que debajo de este punto, escriban la fecha estimada de su muerte.

Ahora, solicita a las participantes poner un punto que represente donde se está ahora en la línea entre el nacimiento y la muerte. Después deberán poner la fecha de hoy debajo de este punto.

Fecha de nacimiento. Aquí estoy ahora. Fecha de mi muerte

El facilitador solicita a los participantes que hacia la izquierda de la fecha de hoy, sobre la línea escribir una palabra que representen lo que se cree que se ha logrado hasta ahora.

Terminada la actividad anterior el instructor solicita a los participantes que hacia la derecha de hoy, indiquen con una o dos palabras algunas cosas que se quieran hacer o experimentar antes de la muerte.

El facilitador solicita a las participantes que analicen esta sencilla, pero significativa línea de la vida. Quizá, como facilitador, más tarde quiera referirse a ella nuevamente para qué se asiente en la consciencia.

**Evaluación:** En sesión plenaria comentan lo que sintieron y pensaron al realizar este ejercicio.

El instructor guía un proceso para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

## ***Sesión 10. Consciencia sobre el crecer y envejecer.***

**Objetivo:** Estimular el contacto con la historia personal

**Contenido:** Dinámica Volver a vivir

**Metodología:** El facilitador da a conocer a los participantes el objetivo del ejercicio y les da las siguientes instrucciones en voz baja (es conveniente poner una música de fondo que facilite la meditación):

Pónganse lo más cómodos posible, relajados, cierren por un momento los ojos, y mientras, presten atención a su respiración.

Cuenten hasta 10 y al contar tomen todo el aire que puedan, Retengan el aire mientras cuentan hasta 10, Exhalen el aire y cuenten hasta 10, Quédense sin aire y cuenten hasta 10, Repitan el ejercicio anterior tres veces.

Vamos ahora, a hacer un viaje a nuestro propio pasado más remoto. Cada uno trate de imaginarse a sí-mismo como un bebito recién nacido.

Ahora, imagínese ser un bebé de 1 mes. Dense cuenta de cómo se siente, qué necesita... qué lo pone contento, qué le incomoda, qué le da miedo, cómo lo trata su mamá... su papá.

Imagínese que tiene 3 meses. Dense cuenta de cómo se siente, qué necesita... qué lo pone contento, qué le incomoda, qué le da miedo, cómo lo trata su mamá... su papá.



Ahora tiene usted 6 meses. Dense cuenta de cómo se siente, qué necesita... qué lo pone contento, qué le incomoda, qué le da miedo, cómo lo trata su mamá... su papá. Imagínese de 9 meses. Dense cuenta de cómo se siente, que necesita... qué lo pone contento, qué le incomoda, qué le da miedo, cómo lo trata su mamá... su papá. Imaginen que empiezan a gatear, a pararse sostenidos, a dar los primeros pasos, qué sienten, qué necesitan ahora, cómo se sienten dando los primeros pasos... subiendo a las sillas y sillones... articulando las primeras palabras... cómo se sienten cuándo les dicen ¡No hagas eso! ... y cuándo ven juntos a papá y mamá... qué sienten... Poco a poco el facilitador les pide a las participantes que vayan volviendo al momento actual, lentamente abren los ojos y experimentan cómo se sintieron.

**Evaluación:** El facilitador invita al grupo a comentar su vivencia:

¿De qué se dieron cuenta?, ¿Qué aprendieron? ¿Cómo están con este ejercicio?, ¿Cuáles fueron sus sensaciones corporales?, ¿Cómo se sienten?

El facilitador guía un proceso, para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido a su vida.

## ***Sesión 11. Proyecto de vida***

**Objetivo:** Que las participantes tengan un proyecto y metas conscientes de motivación para su vida.

**Contenido:** Dinámica Mi proyecto de vida.

**Metodología:** Elaborar un proyecto de vida.

El facilitador distribuye a los participantes la hoja de trabajo "Mi Proyecto de Vida".

El facilitador solicita a las participantes que contesten la hoja de trabajo que incluyen tres preguntas ¿Qué quiero lograr?, ¿Cómo lo lograré?, ¿Para qué lo quiero lograr?, y les indica que sean concretas y que omitan enunciados demasiado generales o vagos.

**Evaluación:** El facilitador invita a los participantes a que voluntariamente compartan sus proyectos con el grupo y se guía un proceso para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido a su vida.

## **Sesión 12. Grupo de Crecimiento y Resultados**

**Objetivo:** Que las participantes se conozcan, autoexploran y tengan un crecimiento y desarrollo personal en el grupo de crecimiento y se den cuenta a través del aprendizaje significativo que resultado y cambio interior obtuvieron tras haber tomado el curso y cuestionarse si lograron llegar a sus metas y expectativas.

**Contenido:** Enfoque centrado en la persona.

**Metodología:** Sesión grupal que tendrá una duración de dos horas, invitándolas a seguir participando dentro de este grupo con tiempo indefinido para seguir con un trabajo interior y un proceso individual.

**Evaluación:** Se evaluará el crecimiento individual de cada una de las participantes, a través de lo experimentado y vivenciado dentro del taller y se harán preguntas para que en plenaria las comenten para ver si sus expectativas fueron cumplidas.

¿Fueron cumplidas mis expectativas con respecto al taller?

¿Qué me hubiera gustado cambiar del taller?

¿Qué me faltó trabajar personalmente?

¿Mi nivel de atención fue el adecuado?

¿Qué fue lo que más se me dificultó trabajar?

¿Qué cambios significativos veo en mí ahora?

¿Me gustaría seguir con este proceso y para que?

Rogers nos expresa que es muy común que se experimente una sensación de mayor realidad y autenticidad. "Parecería que el individuo está aprendiendo a aceptarse a sí mismo -y a serlo- y echa (sic) así las bases para una transformación. Esta más ligado con sus propios sentimientos; de ahí que estos ya no se encuentren organizados de manera tan rígida, y por consiguiente sean más susceptibles al cambio" (Rogers, 2001, p. 33).

## CONCLUSIÓN GENERAL

Si bien se tiene una visión del mundo de la moda como algo lejos de alcanzar es a través de la presente investigación que se pudo concluir que las modelos no están muy lejos de parecerse a las mujeres con una profesión distinta a ellas ya que se encontraron similitudes en sus niveles de autoestima, y niveles de estrés.

Sin embargo aunque tanto en el grupo de modelos como en el de la población general no se encontraron evidencias de trastornos en su conducta alimentaria, las modelos son más propensas a realizar dietas excesivas para cambiar su figura actual por una idealizada.

No obstante que las modelos encuestadas muestran una satisfacción corporal mayor a la observada en la población general, en gran medida se encuentran insatisfechas, por lo cual se beneficiarían de contar con herramientas para subsanar esta carencia.

El taller de Desarrollo Humano que se propone se encuentra basado en el contenido teórico del enfoque centrado en la persona el cual es adecuado para su comprensión ya que contiene los elementos básicos para poder analizar la problemática que existe entre el separar el cuerpo y la mente y da la posibilidad de analizar los componentes de de esta separación y reconoce en el ser humano una sabiduría orgánica, una tendencia actualizante y un proceso de crecimiento individual al explorar todas sus potencialidades.

Después de conocer los resultados se tiene la confianza que este taller podría implicar una posibilidad de encontrar un camino de conocimiento personal a través del cual estas mujeres pudieran obtener herramientas suficientes y necesarias para lidiar con los problemas que se encuentran en sus lugares de trabajo cuando son orilladas algunas veces a actuar en contra de su propia persona, descubriendo las acciones y alternativas para obtener una sana autoestima.

## BIBLIOGRAFÍA

- Albi, A. (1999). *Tu cuerpo es tuyo*. México: Aguilar.
- Amigo, I. (2003). *La delgadez imposible*. México: Paidós.
- APA (Ed.). (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Beichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica: Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- Bennett, J. (2005). Weighty Matters. *Newsweek Health*
- Berk, L. E. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice May.
- Bersing, D. (2000). *Autoestima para mujeres*. México: Alfa Omega.
- Bower, A. B., & Landreth, S. (2001). Is beauty best? Highly versus normally attractive models in advertising. *Journal of Advertising*, 30(1), 1-12.
- Branden, N. (1997a). *El poder de la autoestima*. México: Paidós.
- Branden, N. (1997b). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.
- Branden, N. (1998). *La autoestima en el trabajo*. Barcelona: Paidós.
- Branden, N. (2005). *La autoestima de la mujer: desafíos y logros en la búsqueda de una identidad propia*. México: Paidós.
- Brenner, J., & Cunningham, J. (1992). Gender differences in eating attitudes, body concept, and self-esteem among models. *Sex Roles*, 27(7/8), 413-436.
- Brooks-Gunn, J. (1992). Growing up female: Stressful events and the transition to adolescence. In *Stress and coping in infancy and childhood*. Hillsdale: Erlbaum.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Burns, D. (2002). *Sentirse bien*. México: Paidós.
- Cardenal, V. (1999). *El autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal*. Málaga: Aljibe.
- Caunt., J. (2005). *Eleve su autoestima*. Barcelona: Gedisa.
- Clifford, E. (1971). Body ratification in adolescence. *Perceptual and motor skills*, 33(1), 119-125.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freedman.
- Daubenmier, J. (2005). The relation of yoga, body awareness, and body responsiveness to self-objectification and disordered eating. *Psychology of women quarterly*, 29(5), 207.
- Davis, C., & Katzman, M. (1997). Charting new territory: Body esteem, weight satisfaction, depression and self-esteem among chinese males and females in Hong Kong. *Sex-Roles*, 36(9), 449-459.
- Duque, H. (2002). *Autoestima en la vida familiar*. Bogotá: San Pablo.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Nueva York: Norton.
- Fensterheim, H., & Baer, J. (1990). *No diga si cuando quiera decir no*. México: Grijalbo.
- Filissiadis, A. (2006). *El hombre que quería cambiar su vida: este libro es un grito, el grito de cualquier ser humano*. Barcelona: Obelisco.
- Fitts, W. (1965). *Tennessee Self Concept Scale*. Acklen: Counseling Recording and Test.
- Fragar, R., & Fadiman, J. (2004). *Teorías de la personalidad*. México: Oxford University Press.

- Frederickson, B., & Roberts, T. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risk. *Psychology of women quarterly*, 21(9), 207-226.
- Freud, S. (1949). *New introductory lectures on psycho-analysis*. Nueva York: Norton.
- Garay, J. (2005). *Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa)*. Unpublished Universidad Iberoamericana, México.
- García, G. (1997). *Crecimiento personal y comunicación: Un manual para la exploración de la autoestima, la agresividad, la sexualidad y la salud en la intervención comunitaria*. Universidad Iberoamericana, México.
- Garschagen, D. M. (Ed.) (2002) *Lexipedia* (Vols. 2). Kentucky.
- Gervilla, E. (2000). *Valores del cuerpo educado*. Barcelona: Herder.
- Giddens, A. (2000). *Un mundo desbocado*. Madrid: Taurus.
- Gómez Peresmitré, G. (1997 ). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(1), 31-40.
- Gómez del Campo, J. (1997). *Intervención en la crisis: Manual para el entrenamiento*. México: Plaza y Valdés.
- Gómez del Campo, J. (2002). *Psicología de la comunidad*. México: Plaza y Valdés.
- González, L. (2002). *La autoestima: Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia de la reconstrucción del ser*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Gordoa, V. (1999). *El poder de la imagen pública*. México: Edamex.
- Hansen, B. (2002). *El desarrollo en la edad adulta*. México: Manual Moderno.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. Nueva York: Norton.
- Jourard, S. (2005). *La personalidad saludable*. México: Trillas.
- Kavrell, S., & Jarcho, H. (1980). *Self-esteem and body image in early adolescence*. Paper presented at the The annual meeting of the American Psychological Association.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. Nueva York: International Universities Press.
- L'ecuyer, R. (1985). *El concepto de sí mismo*. Barcelona: Oikos-Tau.
- Leray, R. (1983). Levels of self-concept and the relation to achievement, grade and sex for children engaged in special education programs. *Dissertation abstracts international*, 44(2), 5.
- Lerner, L. (2003). *Del automaltrato a la autoestima: En busca de la salud*. Buenos Aires: Lugar.
- Lerner, R. (1987). A life-span perspective for early adolescence. In *Biological-psychosocial interactions in early adolescence*. Hillsdale: Erlbaum.
- Lindenfield, G. (2001). *Autoestima*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Lipovetsky, G. (1990). *El imperio de lo efímero*. Barcelona: Anagrama.
- Lipovetsky, G. (1999). *La tercera mujer*. Barcelona: Anagrama.
- Marano, H. E. (1994). Model existence. *Psychology Today*, 27, 50-57.
- Matoso, E. (1992). *El cuerpo territorio escénico*. Buenos Aires: Paidós.
- McIntyre, P. (1989). Sex differences in the interaction of self-esteem and body-esteem at two universities. *Dissertation abstracts international*, 49(3), 9.

- Meyer, B., Enstrom, M., Harstveit, M., Bowles, D., & Beever, C. (2007). Happiness and despair on the catwalk: Need satisfaction, well-being, and personality adjustment among fashion models. *Journal of Positive Psychology*, 2(1), 2-17.
- Mézerville, G. (2004). *Ejes de salud mental: Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México: Trillas.
- Moliner, M. (Ed.) (1998) Diccionario de uso del español. Madrid: Gredos.
- Monbourquette, J. (2002). *De la autoestima a la estima del yo profundo*. Bilbao: Sal Terrae.
- Monbourquette, J., Ladoceur, M., & D'Aspremont, I. (2004). *Estrategias para desarrollar la autoestima y la estima del yo profundo*. Bilbao: Sal Terrae.
- Morales., M. A. (2006). *¿De quién es la responsabilidad?: Crisis y reconstrucción del espacio social*. México: Taurus.
- Morris, D. (2005). *La mujer desnuda: un estudio del cuerpo femenino*. Barcelona: Planeta.
- Ochoa, T. (2002). *La educación en nutrición: Un modelo de trabajo de autoestima y autoconcepto bajo el enfoque centrado en la persona*. Universidad Iberoamericana, México.
- Petersen, A., Shulenberg, J., Abramowitz, R., Offer, D., & Jarcho, H. (1984). A questionnaire for young adolescents (SIQYA): Reliability and validity studies. *Journal of youth and adolescence*, 13(5), 93-110.
- Polaino, A. (2004). *Familia y autoestima*. Barcelona: Ariel.
- Polce-Lynch, M., Myers, B., Kilmartin, C., Forssmann-Falck, R., & Kliewer, W. (1998). Gender and age patterns in emotional expression, body image, and self-esteem: A qualitative analysis. *Sex Roles*, 38(6), 1025-1048.
- Rodin, J. (1992). Body Mania. *Psychology today new york*, 25(1), 56-60.
- Rodin, J. (1993). *Las trampas del cuerpo*. Bilbao: Paidós.
- Rodriguez-Tomé, F. (1993). The effects of pubertal changes on body image and relations with peers of the opposite sex in adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 16(9), 421-483.
- Rogers, C. (1959). *A theory, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*. Nueva York: McGraw Hill.
- Rogers, C. (1973). Facilitación del aprendizaje significativo. In R. Sprinthall & A. Norman (Eds.), *Psicología de la educación*. Madrid: Morata.
- Rogers, C. (1982). A model of the self as an aspect of the human information processing system. In *Psychologic perspectives on the self*. Hillsdale: Erlbaum.
- Rogers, C. (1985). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rogers, C. (2001). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Rosenberg, M. (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. In *The development of the self*. Nueva York: Academic Press.
- Ruiz, L. (2002). *Animación y discapacidad: la integración en el tiempo libre*. Salamanca: Amarú.
- Simmons, R., & Blyth, D. (1987). *Moving in adolescence: The impact of pubertal change and school context*. Hawthorne: Aldine de Gruyter.

- Sontag, S. (1979). *La enfermedad y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- Stowers, D., & Durm, M. (1996). Does self-concept depend on body image? A gender analysis. *Psychological reports*, 78(1), 643-646.
- Strelan, P. (2005). Women who objectify other women: the vicious circle of objectification? *Sex roles*, 52(2), 9-10.
- Strelan, P., Mehaffey, S., & Tiggemann, M. (2003). Self-objectification and esteem in young women: The mediating role of exercise. *Sex Roles*, 48(5), 89-95.
- Tobin-Richard, M., Boxer, A., & Petersen, A. (1983). *The psychological significance of pubertal change: Sex differences in perception of self during early adolescence*. Nueva York: Plenum Press.
- Toledo, F. (2008). Acecha tragedia a las pasarelas. *Reforma*, p. 1.
- Torres, Z. (1999). *Autoestima: Llave del éxito*. México: Sensores Fernández.
- Vargas, G. (1998). *La imagen del éxito*. México: McGraw-Hill.
- Walter., R. (2006). *Aprendiendo a quererse a si mismo*. Bogotá: Norma.
- Wright, C. (2007). How to stop punishing and start respecting your body. *Glamour*, 22, 306-311.