



**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES
HUMANAS**

TESIS DE GRADO

**INSATISFACCIÓN CORPORAL E INTOLERANCIA A LA
FRUSTRACIÓN EN MUJERES ADULTAS QUE REALIZAN
ACTIVIDAD FÍSICA HOGAREÑA EN CONTEXTO DE PANDEMIA
DE COVID-19**

PRESENTADA POR

BELÉN ORELLANA

DIRECTORA: LIC. ELISA CORTESE

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en
Psicología

Fecha: Febrero de 2021

AGRADECIMIENTOS

A mi papá y a mi tía, por el gran apoyo brindado durante estos años y por confiar siempre en mí.

A mi tutora, la Lic. Elisa Cortese, por compartir conmigo sus conocimientos y su valioso tiempo.

A todos los profesores que fueron parte de mi formación académica, en especial al Lic. Maximiliano Preuss, por su ayuda, su guía y su pasión por enseñar, logrando transmitirme conceptos y valores que me quedarán para toda la vida.

A los profesores Lic. Ricardo Cortese, Lic. Julio Ríos y Lic. Cecilia Zugazaga, por sus enseñanzas, sus experiencias compartidas y su calidez humana.

A todos y cada uno de ellos, ¡muchas gracias!

RESUMEN

El objetivo del estudio es evaluar la relación entre la insatisfacción corporal y la intolerancia a la frustración, en mujeres adultas que realizan actividad física en el hogar en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Se tomó una muestra no probabilística accidental simple de 100 mujeres, con una edad promedio de 37,24 años (DT= 7,894 años; Mediana= 36 años; Máx.= 69 años; Mín.= 19 años). El 38,9% se encuentra soltera, el 18,5% convive o posee pareja de hecho, el 22,2% se encuentra casada, el 9,3% separada, otro 9,3% divorciada y el 1,9% viuda. El 42,6% de las mujeres tiene hijos. El 50% de la mujeres vive en Capital Federal y el otro 50% vive en el Gran Buenos Aires. El 85,2% de las mujeres trabaja y el 75,9% realiza actividad física en casa.

Se administraron la Escala de Intolerancia a la Frustración [EIF] (Harrington, 2005; adaptación argentina: Medrano et al., 2018) y la *Body Shape Questionnaire* [BSQ-21] (Cooper et al., 1987, adaptación argentina: Nieri y Fuentes Cuiñas, 2018). Los resultados mostraron relaciones significativas y positivas entre la intolerancia a la frustración y la insatisfacción corporal, así como relaciones y diferencias significativas con variables sociodemográficas.

Palabras clave: Insatisfacción corporal, Intolerancia a la frustración, Actividad física en el hogar, Pandemia de COVID-19.

ABSTRACT

The aim of the study is to evaluate the relationship between body dissatisfaction and intolerance to frustration, in adult women who perform physical activity at home in the context of the COVID-19 pandemic.

It was taken a simple accidental non-probabilistic sample of 100 women, with an average age of 37.24 years (SD = 7.894 years; Median = 36 years; Max. = 69 years; Min. = 19 years). 38.9% are single, 18.5% live or have a common-law partner, 22.2% are married, 9.3% are separated, another 9.3% are divorced and 1.9% are widows. 42.6% of women have children. 50% of the women live in Capital Federal and the other 50% live in Greater Buenos Aires. 85.2% of women work y 75.9% of perform physical activity at home.

They were administered the Frustration Intolerance Scale (Harrington, 2005; Argentine adaptation: Medrano et al., 2018) and the Body Shape Questionnaire [BSQ-21] (Cooper et al., 1987, Argentine adaptation: Nieri & Fuentes Cuiñas, 2018). Results showed significant and positive relationships between intolerance to frustration and body dissatisfaction, as well as significant relationships and differences with sociodemographic variables.

Keywords: Body dissatisfaction, Intolerance to frustration, Physical activity at home, COVID-19 pandemic.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE GENERAL.....	4
ÍNDICE DE GRÁFICOS	6
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	9
CAPÍTULO I	10
1. INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO II	17
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1. La imagen corporal.....	18
2.2. La insatisfacción corporal	21
2.3. El trastorno dismórfico corporal	24
2.4. La frustración.....	27
2.5. La intolerancia a la frustración	31
2.6. Actividad física	34
CAPÍTULO III	42
3. METODOLOGÍA	43
3.1. Objetivo general	43
3.2. Objetivos específicos.....	43
3.3. Hipótesis.....	43
3.4. Relevancia.....	44
3.4.1. Teórica.....	44
3.4.2. Práctica.....	44
3.4.3. Social	44
3.5. Tipo de estudio o diseño	44
3.6. Población.....	45
3.7. Muestra	45
3.8. Instrumentos.....	45
3.9. Procedimiento	47
CAPÍTULO IV.....	48

4. RESULTADOS.....	49
4.1. Caracterización de la muestra.....	49
4.2. Descripción de las variables.....	54
4.2.1. Escala de Intolerancia a la Frustración [EIF]	54
4.2.2. Body Shape Questionnaire [BSQ-21]	54
4.3. Análisis de la normalidad.....	54
4.4. Análisis de la relación entre las variables.....	55
4.5. Análisis de las diferencias de grupo	60
CAPÍTULO V.....	65
5. DISCUSIÓN	66
6. REFERENCIAS	71
7. ANEXOS	88
7.1. Instrumento para la recolección de datos.....	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Estado civil.....	49
Gráfico 2. Tiene hijos.....	49
Gráfico 3. Zona de residencia.....	50
Gráfico 4. Trabaja.....	50
Gráfico 5. Nivel de educación.....	51
Gráfico 6. Padece algún trastorno alimentario.....	51
Gráfico 7. Padece algún trastorno alimentario.....	52
Gráfico 8. Se encuentra actualmente bajo tratamiento psiquiátrico.....	52
Gráfico 9. Realiza actividad física.....	53
Gráfico 10. Realiza alguna actividad asociada a su bienestar.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resúmenes estadísticos de la Intolerancia a la frustración.....	54
Tabla 2. Resúmenes estadísticos de la Insatisfacción corporal.....	54
Tabla 3. Normalidad de las variables a estudiar.....	54
Tabla 4. Correlación entre la Preocupación por el peso y la Intolerancia a la frustración.....	56
Tabla 5. Correlación entre la Insatisfacción corporal y la Intolerancia a la frustración.	56
Tabla 6. Correlación entre la Insatisfacción con la imagen corporal (BSQ) y la Intolerancia a la frustración.	57
Tabla 7. Correlación entre el IMC y las variables analizadas.....	57
Tabla 8. Correlación entre la edad y la Insatisfacción corporal.....	58
Tabla 9. Correlación entre el peso y las variables analizadas.....	58
Tabla 10. Correlación entre la altura y la intolerancia a la frustración.....	59
Tabla 11. Correlación entre el nivel de educación y las variables analizadas.....	59
Tabla 12. Correlación entre el tiempo que realiza actividad en la casa y las variables analizadas.....	59
Tabla 13. Correlación entre la frecuencia con la que realiza actividad física y las variables analizadas.....	60
Tabla 14. Diferencias grupales según el estado civil.....	61
Tabla 15. Diferencias grupales según tiene hijos.....	61
Tabla 16. Diferencias grupales según si padeció en el pasado algún trastorno alimentario.....	62
Tabla 17. Diferencias grupales según si se encuentra actualmente bajo tratamiento psiquiátrico (I).....	62
Tabla 18. Diferencias grupales según si se encuentra actualmente bajo tratamiento psiquiátrico (II)	63
Tabla 19. Diferencias grupales según si realiza actividad física en la casa (I)	63
Tabla 20. Diferencias grupales según si realiza actividad física en la casa (II).....	64
Tabla 21. Diferencias grupales según si realiza alguna actividad	

asociada al bienestar..... 64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Interpretación gráfica del proceso de instauración de la insatisfacción corporal frente a una actitud crítica.....	22
Figura 2. Criterios diagnósticos del Trastorno dismórfico corporal.....	26
Figura 3. Mapa de Motivaciones para la realización de Ejercicio Físico...	36
Figura 4. Recomendaciones propuestas para obtener niveles adecuados de actividad física.....	40

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Existen diversos escenarios cotidianos en los cuales los sucesos no ocurren según lo esperado. En psicología, las respuestas se analizaron en relación a los refuerzos, señalando que los incentivos poseen un valor relativo que reside en las perspectivas que se posean de lo que va a suceder (Amsel, 1958, 1992). Cuando lo que ocurre es peor de lo esperado, se generan consecuencias afectivas, cognitivos, conductuales y neurales de frustración, como la ansiedad, la activación fisiológica y afectiva; los comportamientos de escape, la agresividad y la activación de áreas corticales asociadas al estrés y el dolor nociceptivo (Mustaca, 2013). La duración de los mismos va a estar afectada por los aprendizajes anteriores, la discrepancia, el suceso y las características individuales asociadas con la tolerancia frente al no cumplimiento de las expectativas.

Al respecto, Amsel y Penick (1962) definen la frustración como un “estado o respuesta del organismo que se desencadena cuando un sujeto experimenta una devaluación sorpresiva en la calidad o cantidad de un reforzador apetitivo, en presencia de señales previamente asociadas a un reforzador de mayor magnitud” (p. 3).

Por otro lado, la imagen corporal es la representación mental de cada sujeto sobre su cuerpo, encontrándose constituida por los elementos perceptual, cognitivo-emocional y comportamental. Es la forma en que la persona se percibe, se siente y se comporta en cuanto a su cuerpo (Arroyo et al., 2008).

La preocupación desmesurada por la imagen corporal no sucedió solamente en la actualidad. Cada momento histórico posee sus estándares de belleza, mientras que distintas nociones de belleza tienen lugar en cada cultura sobre la imagen, la forma y decoración corporal (Rodin, 1993). Como resultado, la misma se encuentra afectada por distintos elementos socioculturales, biológicos y situacionales (Cogan et al., 1993; Gupta et al., 2000; Levine, 1994).

Actualmente, existen estándares de belleza que siguen modelos a favor de la delgadez, la internalización de la misma sería un factor de riesgo de que aparezcan variaciones en la imagen corporal (Zuvirie & Rodríguez, 2011). La

insatisfacción corporal tiene lugar si una persona interioriza el ideal corporal de la cultura, entonces al compararlo llega a la conclusión de que su cuerpo difiere de dicho ideal (Acosta y Gómez, 2013). Diversas investigaciones hallaron que las ideas occidentales se propagan por distintos países (Cragi et al., 1996; Craig et al., 1999), haciendo que las distorsiones de la imagen corporal tengan más efectos en los países desarrollados y subdesarrollo.

A esto se añade que la mayoría de las mujeres no posee tiempo disponible para que se encarguen de ocupaciones no asociadas a la procreación. Por ende, las actividades efectuadas en el entorno social no son tan significativas como las que provienen de los roles de género: esposa, madre y cuidadora. Estas actividades logran mayor dedicación que el ejercicio físico o a la recreación (García-Lanzuela et al., 2007).

Este estudio tiene el objetivo de valorar la relación entre la insatisfacción corporal y la intolerancia a la frustración en mujeres adultas que realizan actividad física en el hogar en el contexto de la pandemia de COVID-19. Además, se pretende contrastar las hipótesis de que el nivel de insatisfacción corporal se asocia de forma directa con el nivel de intolerancia a la frustración de las mujeres adultas. Además, las mujeres que realizan actividad física en el hogar evidenciarán niveles mayores de insatisfacción corporal y de intolerancia a la frustración en comparación con sus pares que no realizan actividad física.

Cabe destacar que actualmente las problemáticas asociadas a la figura corporal toman una relevancia significativa por el aumento de la presencia de trastornos de la conducta alimentaria. Por ello, es imperante mejorar los tratamientos brindados, y fomentar su prevención mediante la promoción de la aceptación de estereotipos corporales más saludables y realistas. De esta manera, considerando la situación de confinamiento y los efectos sobre la actividad física, ¿cómo es la relación entre la insatisfacción corporal y la intolerancia a la frustración, en mujeres adultas que realizan actividad física en el hogar en el contexto de la pandemia de COVID-19?

1.1. ESTADO DEL ARTE

La revisión de la bibliografía evidenció que la intolerancia a la frustración fue principalmente abordada en niños y adolescentes, encontrándose una limitada cantidad de estudios en la población adulta. Por otro lado, se encontró una gran cantidad de literatura sobre la insatisfacción y la imagen corporal a nivel internacional.

Hueda Capristan (2017) efectuó un estudio con el objetivo de establecer las características psicométricas del Cuestionario de Insatisfacción con la Imagen Corporal en estudiantes universitarios peruanos. Se empleó una muestra no probabilística aleatoria de 1272 sujetos. Los resultados mostraron que dicha escala contaba con validez de constructo ítem-escala, evidenciando un nivel de correlaciones elevadas entre sus elementos y con el test, con niveles adecuados de discriminación. El análisis factorial evidenció la estructura cognitivo conductual, mientras que la validez congruente tuvo una correlación general muy elevada con el BSQ y con la primera dimensión del cuestionario de modelos estéticos. La consistencia interna fue muy alta ($\alpha = .953$) y la estabilidad mostró una alta significancia ($p < .01$) del test.

Además, Palomino Floriano (2018) realizó una adaptación del Body Shape Questionnaire (BSQ) en una muestra de 320 estudiantes universitarios peruanos varones, por el aumento de la insatisfacción corporal en dicho género y por la ausencia de escalas adecuadas que la evalúen esta insatisfacción brindando resultados confiables. La validez según la estructura interna fue confirmada a través de un modelo bifactorial, mostrando una validez divergente y convergente entre el BSQ y el PANAS. Además, la confiabilidad de la escala evaluada mediante el alfa de Cronbach fue de 0.88 para la dimensión Malestar Corporal Normativo y de 0.87 para el Malestar Corporal Patológico.

Por su parte, Solis Avalos (2014) llevó a cabo una investigación con el objetivo de analizar la percepción y las creencias irracionales asociadas a la imagen corporal en mujeres adultas de un gimnasio Crossfit guatemalteco. Se empleó una muestra de 21 mujeres de entre 21 y 29 años, a quienes se les administró el Test de Imagen Corporal para describir la percepción de su propia imagen corporal. Los resultados evidenciaron que 7 mujeres tenían una percepción negativa de la misma, por lo que se les administró una entrevista

semiestructurada de 36 preguntas que evaluaban la necesidad de aceptación, las perspectivas, la culpabilización, la intolerancia a la frustración, entre otros indicadores, para determinar las creencias irracionales. En este caso, los resultados mostraron que, de estas mujeres, la mayoría tenía creencias irracionales sobre aspecto físico.

Asimismo, Medrano et al. (2019) llevaron a cabo un estudio para analizar la relación entre la regulación emocional y la intolerancia a la frustración. Se tomó una muestra de 419 personas adultas, a quienes se les administró la Escala de Intolerancia a la Frustración, el Cuestionario de Agresión y la Escala de Regulación Emocional Cognitiva. Se encontraron relaciones directas en la mayor parte de las estrategias de regulación emocional desadaptativas, y relaciones inversas entre las estrategias de regulación emocional adaptativas y la agresividad, así como relaciones directas entre la intolerancia a la frustración y ésta última. Además, la agresividad estaba afectada por la catastrofización, la culpabilización de los demás y la intolerancia a la frustración.

Por otro lado, Quito Tapia et al. (2017) llevaron a cabo un estudio para aumentar la literatura sobre la frustración de las necesidades psicológicas en adolescentes deportistas de Ecuador. Se administraron la versión española de la Escala de Frustración de las Necesidades Psicológicas en el Ejercicio Físico (Sicilia, Ferriz & Sáenz, 2013), para evaluar los niveles de frustración.

Se encontró que el 6,17% de los sujetos mostraban una frustración elevada, el 41,41% una frustración normal, el 32,60% una frustración reducida y el 19,82% un nivel muy reducido. Asimismo, se estableció que la necesidad de competir se encontraba más afectada, y que la incapacidad y la incompetencia fueron las más frustrantes. Por otro lado, la relación se posicionó como lo satisfactorio debido a la edad y al disfrute de la participación en los deportes (Quito Tapia et al., 2017).

Por su parte, Torres Rondán (2019) analizó la tolerancia a la frustración en estudiantes de primaria de una escuela peruana. El diseño del estudio fue descriptivo. Se empleó una muestra de 103 estudiantes de entre 10 y 12 años de edad, administrándoseles la Escala de Tolerancia a la Frustración, versión española (Oliva et al., 2011; adaptado por Ventura, 2018). Los resultados mostraron que el 87,38% de los sujetos se mostraban muy intolerantes a la frustración.

En adición, Ventura-León et al. (2018) realizaron una investigación para adaptar la Escala de Tolerancia a la Frustración en niños peruanos. Se utilizó una muestra de 796 niños de entre 8 y 12 años, de cinco escuelas en Perú. Los resultados mostraron la unidimensionalidad de la escala, con una adecuada consistencia interna. Asimismo, la invarianza factorial señaló que la estructura unidimensional es estable en ambos géneros. Se concluyó que la versión peruana de la escala poseía suficientes evidencias para sostener su precisión, pudiendo ser empleada para medir la tolerancia a la frustración en niños peruanos.

A su vez, Álvarez et al. (2012) realizaron una investigación con el objetivo de analizar las consecuencias de tres programas de ejercicio en los valores antropométricos y metabólicos en mujeres que padecían sobrepeso, eran sedentarias y prediabéticas. La muestra empleada fue de 43 mujeres divididas en cuatro grupos, efectuando ejercicios por 3 meses. El Índice de masa corporal, las medidas antropométricas y el estado físico se midieron a través de la prueba de caminata de dos km antes y después del entrenamiento. Los resultados mostraron que no hubo cambios en las variables antropométricas y de composición corporal, aunque se observaron reducciones significativas en la glucosa en ayunas y la insulina, 72 horas luego de la intervención. No se encontraron diferencias significativas en los valores observados en los grupos combinados y control. Se concluyó que el entrenamiento mejoraba el control de la glucemia y la sensibilidad a la insulina en las mujeres que poseían un alto riesgo metabólico.

Asimismo, Namuche Salazar y Vázquez Limo (2017) efectuaron un estudio con el objetivo de establecer la asociación existente entre calidad de vida y tolerancia a la frustración en futbolistas. La muestra fue de 123 jugadores de fútbol profesionales, a quienes se les administró la Escala de Calidad de Vida (Olson & Barnes, 1982) y la Escala de Frustración creada por los autores de este estudio. El diseño de esta investigación fue descriptivo correlacional. Los resultados mostraron relaciones significativas y positivas entre la calidad de vida y la tolerancia a la frustración en los jugadores. Se concluyó que, si la calidad de vida era la indicada, el bienestar y la tolerancia a la frustración aumentaba.

De la misma forma, Oviedo Caro y Antequera (2015) realizaron un

estudio para conocer los hábitos y las razones para realizar actividad física en mujeres mayores de la zona rural de Sevilla, y para indagar los hábitos asociados a la actividad física que ocurría en el ámbito rural. Se empleó una muestra de 152 adultas mayores del municipio, a quienes se les administró el Cuestionario de Actividad Física y Personas Mayores. Los resultados mostraron que el 17,8% realizaban actividades físicas, sobre todo gimnasia y actividades acuáticas. Las razones para realizarla fueron la mejora de la salud, el bienestar y los vínculos sociales.

Además, Hernández et al. (2003) efectuaron un estudio con el objetivo de indagar la práctica de actividades físicas en mujeres mexicanas de entre 12 y 49 años, analizando la relación con atributos sociodemográficos. Se empleó una muestra de 2367 mujeres, efectuándose el análisis de la información proveniente de la Encuesta Nacional de Nutrición de México, 1999 (ENN-99). Los resultados mostraron que solo el 16% practicaban regularmente algún deporte. El mayor nivel educativo y el no haber tenido hijos se relacionaba con el practicar deporte. Se concluyó que la práctica deportiva no era usual como actividad física en mujeres mexicanas, principalmente en las mayores de 20 años y de bajo nivel educativo, lo que incrementaba la prevalencia de obesidad y de enfermedades crónicas.

Finalmente, González y Rivas (2018) analizaron los beneficios de la actividad física, planteando que la prescripción de ejercicio superaba los riesgos sujetos a la práctica. De todas formas, previamente, se debían conocer la composición corporal y los rasgos endocrinológicos de las mujeres, debido a que existían distintas respuestas fisiológicas asociadas a los entrenamientos extensos. Asimismo, la evaluación médica debía tener en cuenta los riesgos asociados al área cardiovascular, osteoarticular y metabólico. De todas formas, la inactividad física generaba secuelas preocupantes en las mujeres. Para ello, se debían promover estrategias que suscitara la realización de actividad física eliminando las barreras para su accesibilidad, y cuantificando la actividad física, lo que se convertiría en un desafío para los profesionales del área de la salud y para los actores generadores de políticas públicas.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. La imagen corporal

Una de las cuestiones más apremiantes para la salud mental es la alteración que se genera entre la imagen corporal, el peso y las presiones provenientes de la cultura occidental. Los estándares de belleza se volvieron más rigurosos para los sujetos de diferentes franjas etarias, provocando un incremento en las intervenciones quirúrgicas para mejorar la imagen corporal (Castrillón Moreno et al., 2007).

La imagen corporal es la forma en que la persona se percibe, se siente y se comporta en referencia a su cuerpo. Ésta puede cambiar a través de la vida, siendo más significativa en la infancia y la adolescencia (Raich, 2000). Justamente en este momento, existe una mayor vulnerabilidad por el aspecto físico, ya que se genera el sentido de la identidad, siendo un momento crítico para que comience la insatisfacción corporal (García y Garita, 2007).

La imagen corporal es una representación mental del aspecto físico (Raich, 2004, 2017; Thompson et al., 2012; Smolak & Thompson, 2001). Posee tres elementos: uno cognitivo, uno afectivo y uno conductual. Estos elementos tienen en cuenta lo que se cree, se valora y se realiza en relación con esa representación (Baile-Ayensa, 2003; Raich, 2004; Stice et al., 2003; Thompson et al., 1999).

La imagen corporal es una representación mental de la conciencia corporal. Las alteraciones en la misma provendrían de la perturbación en el funcionamiento cortical. Sin embargo, una visión dinámica la considera como los sentimientos hacia el cuerpo (Fisher, 1986).

Por otra parte, Gardner plantea que es la imagen mental sobre las medidas y la forma corporal, así como los sentimientos que se vinculan con estos atributos y las partes corporales. Lo subjetivo de la imagen corporal es el nivel de satisfacción en referencia al tamaño y las partes del cuerpo (Kakeshita & Almeida, 2006).

Sin embargo, Bemis y Hollon (1990) plantean que existe la necesidad de diferenciar entre representación interna y sentimientos hacia el cuerpo. La primera puede ser cierta, aunque puede estar afectada por sentimientos

provenientes del autoconcepto. Desde el psicoanálisis, la imagen corporal sería el límite percibido por la persona. Al respecto, Fisher (1986) encontró que las personas diferían en base a la definición de los límites corporales.

Según Rosen (1995), la imagen corporal se refiere a la forma de percibir, sentir y comportarse en referencia al cuerpo, considerándose elementos perceptivos y subjetivos como la satisfacción, la preocupación, la valoración, la ansiedad y demás.

Al respecto, Thompson (1990) considera que la imagen corporal posee tres elementos constitutivos:

- *componente perceptual*: exactitud con la que se percibe el tamaño del cuerpo, de sus partes o de su totalidad. La alteración genera una sobrestimación o subestimación, siendo el primero el más común en los trastornos alimentarios.
- *componente subjetivo (cognitivo-afectivo)*: actitudes y sentimientos sobre el cuerpo, principalmente tamaño, peso o demás aspecto de la apariencia física. La mayor parte de los instrumentos generados para analizar esta dimensión estudian la insatisfacción corporal.
- *componente conductual*: son los comportamientos generados por cómo se percibe el cuerpo y los sentimientos que esto genera.

Según Cash (1990), la imagen corporal involucra imágenes y apreciaciones del tamaño y la forma de elementos corporales, habiendo un foco de la atención al cuerpo, lo que lleva a que aparezcan autoafirmaciones y creencias sobre la vivencia corporal.

Las personas con este trastorno menosprecian su apariencia, creen que los demás se fijan y hacen foco en su defecto, ubicándolo en primer lugar, por lo que se desfavorecen. Consideran que éste es la evidencia de que no pueden ser queridos o valorados, siendo señal de debilidad o de un defecto. Esta preocupación se originaría en cualquier momento del día, incrementándose en sucesos sociales, cuando el sujeto es autoconsciente y espera ser evaluada por los demás. Esta sobrevaloración es el elemento cognitivo del trastorno (Raich, 2004).

Las cogniciones, actitudes y comportamientos referidos a la imagen corporal se encuentran afectados por el ambiente sociocultural, debido a que la sociedad promueve el estereotipo de belleza física en base a normas en la

forma y la figura corporal esperables (Raich-Escursell et al., 2008; Thompson et al., 2012).

De esta manera, vivir en una sociedad que considera la delgadez como belleza física genera vulnerabilidad en los sujetos, lo que puede llevarlos a sentir insatisfacción corporal, la cual ocasiona mucho malestar con el peso y la figura corporal. Esto modifica el curso de la vida, lo que provoca cogniciones, actitudes y comportamientos nocivos para la salud física y mental (National Eating Disorder Collaboration, 2017; Raich, 2017).

La imagen corporal posee diversos elementos intervinientes que pueden provocar consecuencias según las vulnerabilidades individuales. Cash y Pruzinsky (2002) plantean un modelo con variables que se asocian constantemente. La emocionalidad, la cognición y la conducta se vinculan con la cultura y los procesos para adaptarse, aunque no se puede esquivar la relevancia de la negatividad en la percepción corporal con foco en esta relación. El esquema corporal negativo es nodal para el surgimiento y mantenimiento de los trastornos asociados con la imagen, debido a que este esquema posee los datos asociados a las vivencias de la belleza (Cash & Pruzinsky, 2002; Kearney, 2002).

De acuerdo con Pruzinsky y Cash (1990), la imagen corporal es subjetiva y no es el reflejo social:

- Es una noción multifacética.
- Se asocia con los sentimientos de autoconciencia.
- Se encuentra establecida en lo social y lo cultural.
- Es un constructo que difiere en base a las vivencias personales y las atribuciones sociales y culturales.
- Repercute en los procesos perceptivos.
- Afecta el comportamiento.

De la misma forma, Slade (1994) afirma que la imagen corporal es una representación mental del cuerpo, de su forma y su tamaño, estando afectado por elementos históricos, culturales, sociales y personales, los cuales van cambiando en el tiempo. Bemis y Hollon (1990) afirman que es la diferencia entre la representación interna y los sentimientos que se poseen hacia el cuerpo. La representación corporal puede ser medianamente realista, aunque puede contar con sentimientos positivos o negativos que afectan la imagen y el

concepto de sí mismo.

Actualmente las visiones explicativas que son mayormente consideradas plantean que los trastornos de la conducta alimentaria poseen diversas causas, señalándose modelos de interacción de los elementos causantes de estos trastornos (Toro y Vilardell, 1987).

2.2. La insatisfacción corporal

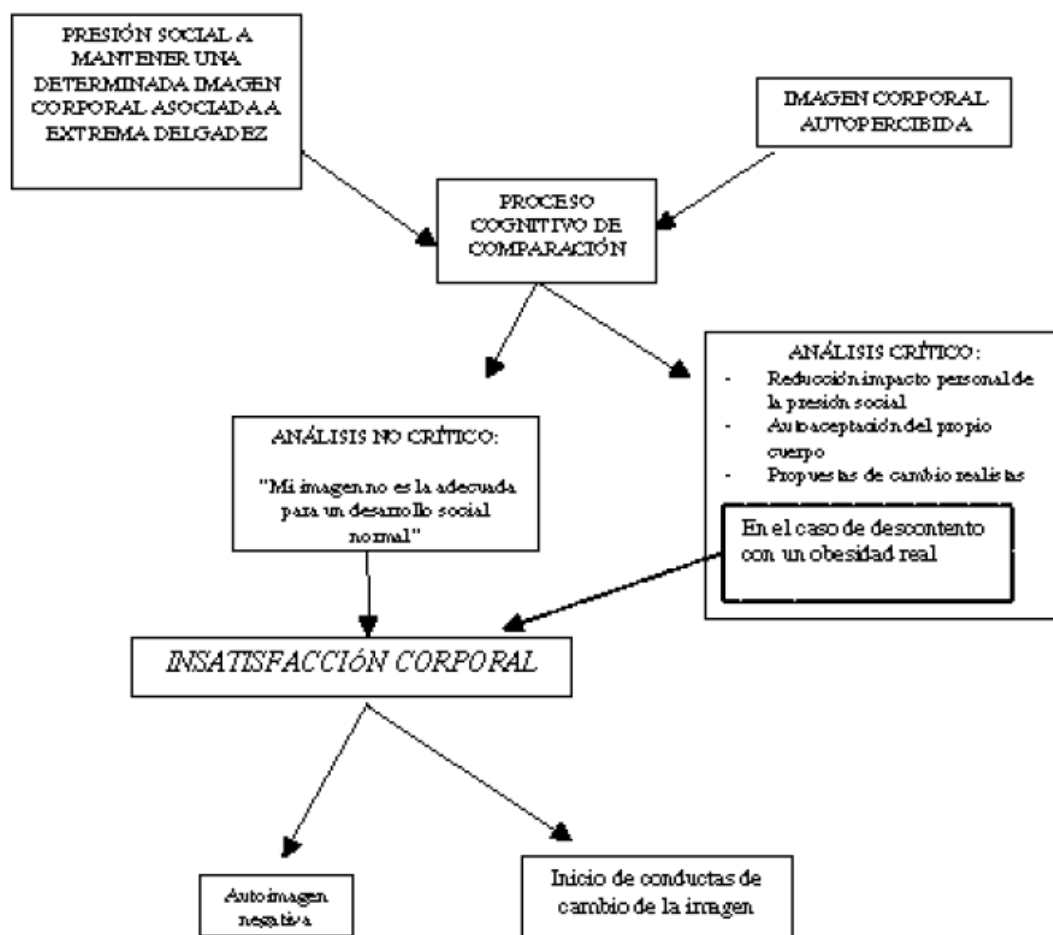
En cuanto a los elementos predisponentes, la insatisfacción corporal es uno de los más importantes. No existe una definición aceptada de ésta, aunque es considerada como la insatisfacción con el cuerpo o específicamente con alguna parte de éste, preocupando a quienes padecen trastornos de la conducta alimentaria (Garner, 1998). Asimismo, puede ser una inquietud excesiva que incrementa el malestar por un defecto en la apariencia física, aunque éste no sea real (Raich et al., 1996).

La insatisfacción puede ser con ciertas partes del cuerpo o con la forma, el tamaño o el peso. Las variaciones en la imagen corporal engloban la distorsión de la figura y la preocupación por la imagen del cuerpo (Phillips, 1991).

Contar con insatisfacción corporal puede generar problemáticas afectivas significativas en la adolescencia y en la juventud. Esto genera poca autoestima, sentimientos de ineficacia, y que se padezca depresión y ansiedad, lo que hace que el sujeto se encuentre incómodo en sus relaciones sociales, lo generando una autoevaluación negativa (Raich, 2000; Unikel y Gómez-Peresmitré, 2004). Asimismo, aparece el riesgo de que se generen síntomas de trastornos alimentarios (Cruz y Maganto, 2002; Goni et al., 2004).

Figura 1.

Interpretación gráfica del proceso de instauración de la insatisfacción corporal frente a una actitud crítica.



La literatura asociada a los trastornos alimentarios (Baile, 1999; Ghaderi, 2001; Gracia et al., 2001; Toro, 1996) plantea que existe presión social hacia la mujer para que tenga cierta imagen corporal relacionada con la delgadez, generando una elevada incidencia de estos trastornos. Asimismo, la insatisfacción corporal es una de estas variables que se encuentra entre la presión y el surgimiento de los trastornos, la cual se origina de la comparación entre los modelos estéticos de belleza y el cuerpo que se tiene, habiendo una valoración negativa.

La insatisfacción corporal es un rasgo de los trastornos de la conducta alimentaria (Bobadilla-Suárez y López-Avila, 2014; Laporta-Herrero et al., 2016;

Vaquero-Cristóbal et al., 2013). Es un elemento importante de la anorexia y la bulimia nerviosa, encontrándose en quienes padecen trastorno por atracón (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición [DSM-5], 2014). Asimismo, es un factor de riesgo que fomenta la persistencia de estos trastornos (Stice, 2002) siendo mayor la prevalencia en el género femenino (Gómez-Mármol et al., 2013; Runfola et al., 2013; Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

La presión social que padecen ciertos grupos poblacionales, como las mujeres jóvenes, debido a la obligatoriedad de seguir con un modelo estético de delgadez, genera que la preocupación por la imagen corporal pase de la salud física a la mental (Unikel et al., 2013).

Quienes al valorar sus cuerpos expresan juicios valorativos que no concuerdan con el tamaño real, pueden desarrollar una variación de la imagen corporal (Sepúlveda et al., 2004). Cada cultura tuvo un estereotipo corporal, por lo que la imagen del cuerpo está afectada por elementos socioculturales, biológicos y contextuales (Vaquero-Cristóbal et al., 2013). Hoy en día, se difunde la belleza corporal como objetivo para lograr el éxito social, haciendo hincapié en la delgadez.

Como resultado, toda la población, pero generalmente los adolescentes, le dan mucha relevancia al cuerpo, lo que se evidencia en el consumo de adelgazantes, el realizar dietas que no son saludables y en tener comportamientos que hacen peligrar la salud (Thompson et al., 1999; Sepúlveda et al., 2004). A esto se suma que los medios de comunicación se encargan de difundir modelos estéticos corporales que las mujeres emplean para su satisfacción (Stice et al., 2003).

En referencia a los factores vinculados de forma directa a la insatisfacción corporal, se puede mencionar al Índice de Masa Corporal (IMC). Los individuos delgados cuentan con una visión positiva de su cuerpo, aunque los sujetos con sobrepeso muestran insatisfacción. El IMC analiza el estado corporal en base a una escala que indica lo normal y lo patológico, considerando el estado nutricional y la existencia de mala nutrición y obesidad. La escala evalúa el cociente entre la masa corporal, expresada en kilogramos y la altura al cuadrado, siendo un indicador para encontrar distorsiones y el riesgo de que se genere algún trastorno (Oliva-Peña et al., 2016).

El IMC es un elemento fundamental para establecer la existencia de sobrepeso y obesidad, tanto en la infancia como en la adultez (Aguilar et al., 2011). Es un factor predictivo y de morbilidad y mortalidad superior a la relación del peso para la altura (Arroyo et al., 2008; Calle et al., 1999; Fariñas et al., 2012; González et al., 2010), siendo sencillo y de costo reducido (Dietz & Robinson, 1998; Ramírez et al., 2012).

Por otra parte, sus desventajas son que difieren según la edad, el sexo y la maduración sexual (Kuczmarski et al., 2000; Neovius et al., 2004), haciendo que no sea sencillo tener valores universales (Dietz & Robinson, 1998). Además, tampoco valora la grasa corporal en sujetos con una musculatura importante, debido a que no distingue el tejido adiposo del que no lo es (Arroyo et al., 2008; Batista et al., 2009). Finalmente, no puede identificar aspectos asociados al riesgo de morbilidad, debiendo emplearse indicadores que lleven a interpretar los resultados de mejor forma (Arroyo et al., 2008).

2.3. El trastorno dismórfico corporal

Según el DSM-5 (2014), los sujetos con trastorno dismórfico corporal cuentan con ideas delirantes y consideran que los demás individuos los observan principalmente a ellos o se burlan por cómo se ven. Este trastorno se relaciona con ansiedad, evitación social, depresión, perfeccionismo, poca extraversión y una autoestima pobre. Muchos sujetos que se encuentran avergonzados de su aspecto físico le brindan mucha significación a su aspecto y no quieren expresar sus preocupaciones con otras personas. La mayor parte de ellos efectúan tratamientos estéticos para mejorar sus defectos, principalmente dermatológicos y quirúrgicos.

El trastorno dismórfico corporal respondería mal a los tratamientos estético, haciendo que empeoren. Incluso existen personas que efectúan acciones legales o se violentan contra el médico por no encontrarse satisfechos con el resultado. Este trastorno se relaciona con la disfunción ejecutiva y en el procesamiento visual, lo que provoca un sesgo para analizar y codificar los detalles en vez de integrar los estímulos visuales. Las personas padecen un sesgo de interpretación negativa de las expresiones y escenarios confusos

(DSM-5, 2014).

La edad promedio del comienzo de este trastorno son los 16 y 17 años, aunque el promedio es de 15 años y la edad de inicio es de 12-13 años. Dos tercios de los sujetos cuentan con un comienzo del trastorno previo a los 18 años. Los síntomas subclínicos de este trastorno comienzan a los 12-13 años, a pesar de que algunos sujetos vivencian el surgimiento del trastorno dismórfico corporal. Por lo general, sería crónico, a pesar de que es común la mejoría al recibir tratamiento según la información científica (DSM-5, 2014).

Los atributos clínicos del trastorno serían parecidos en niños, adolescentes y adultos. El trastorno dismórfico corporal se genera también en los adultos mayores, aunque se conoce poco sobre que la enfermedad en esta franja etaria. Los sujetos que lo padecen desde antes de los 18 años tienen más probabilidad de tener intentos de suicidio, y cuentan con un comienzo gradual del trastorno en comparación con quienes padecen el trastorno dismórfico corporal en la adultez.

En referencia a los factores de riesgo y pronóstico, el DSM-5 (2014) indica que pueden ser de dos clases:

- *Contextuales*: el trastorno dismórfico corporal se relaciona con el abandono y el abuso en la infancia.
- *Genéticos y fisiológicos*: la prevalencia es alta en los familiares de primer grado de sujetos que padecen trastorno obsesivo-compulsivo.

El trastorno cuenta con más parecidos que discrepancias entre las razas y culturas, aunque los factores culturales y las preferencias pueden afectar los síntomas. El sistema de diagnóstico japonés reconoce el *Taijin kyofusho*, el cual posee un subtipo de este trastorno: el *shubo-kyofu*, "la fobia de un cuerpo deformado". Ambos géneros mostrarían más semejanzas que diferencias en referencia a los atributos clínicos del trastorno, como el aborrecimiento de áreas corporales, conductas repetitivas, gravedad sintomática, tendencias suicidas, comorbilidad en el curso de la enfermedad y el realizar tratamientos cosméticos (DSM-5, 2014).

Asimismo, los hombres son proclives a las preocupaciones genitales y las mujeres a padecer un trastorno alimentario. La dismorfia muscular aparece principalmente en los hombres. La mayoría de las personas con trastorno dismórfico corporal tienen un funcionamiento psicosocial comprometido por las

preocupaciones asociadas a su apariencia. El deterioro puede ser de moderado a extremo, en el que lo psicosocial y la calidad de vida encuentran empobrecidos. Los síntomas más complicados se vinculan con el mal funcionamiento y la mala calidad de vida: existen deterioros en el ámbito laboral, académico o en el desempeño, incluso de forma grave (DSM-5, 2014).

Cerca del 20% de los jóvenes que padecen este trastorno dejan la escuela por sus síntomas. Hay un detrimento en el funcionamiento social, existe la evitación. Los sujetos podrían dejar de salir de la casa por los síntomas del trastorno, el cual puede durar años. Una elevada cantidad de esas personas reciben hospitalización psiquiátrica. En cuanto a la comorbilidad, el trastorno depresivo mayor es el más común, empezando luego del trastorno dismórfico corporal. Otros trastornos comórbidos frecuentes son la ansiedad social, el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos asociados con sustancias (DSM-5, 2014).

Figura 2.

Criterios diagnósticos del Trastorno dismórfico corporal.

Criterios diagnósticos

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto).
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno de la conducta alimentaria.

Especificar si:

Con dismorfia muscular: Al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.

Especificar si:

Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismorfo corporal (p. ej., "Estoy feo/a" o "Estoy deforme").

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismorfo

corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismorfo corporal son probablemente ciertas.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismorfo corporal son ciertas.

2.4. La frustración

En su ciclo vital, la persona vivencia distintos escenarios que debe enfrentar y no puede responder como desearía, vivenciando frustración. La manera en que se la elabore y se responda a la misma establecerá una forma específica de enfrentarse a la vida, de conformar su psiquismo según las demandas, solucionar sus conflictos, de encontrarse frente a los demás y al ambiente circundante (Posada Quiroga, 2015).

Los trabajos más significativos sobre la frustración comenzaron en los años 50. La respuesta auto o hetero agresiva frente a la frustración fue descrita por Dollard et al. (1939).

Por otro lado, en la teoría de la personalidad de Dollard y Miller (s.f., como se citó en Cloninger, 2003), se considera:

A la frustración (...) como el bloqueo de algún comportamiento dirigido a alcanzar una meta, por lo tanto todas aquellas situaciones en nuestra vida que donde se nos vea bloqueado algún comportamiento, meta, necesidad que no sea satisfecha o una situación donde nos veamos coartados, será un factor que nos llevara en más de alguna medida a sufrir de frustración. (p.375)

La frustración es un estado afectivo que se produce por eventos que generan la disminución o la eliminación de reforzadores (Flaherty, 1996). Los reforzadores pueden ser primarios, como los estímulos alimenticios, o secundarios, como el dinero, el entretenimiento, y los estímulos sociales. La frustración se produce por la omisión total de lo que se aguardaba, la reducción cualitativa, la demora, la interrupción y los problemas para la realización de pruebas con diferentes niveles de exclusión (Kamenetzky et al., 2009).

La frustración es un vocablo muy empleado cotidianamente. En la psicología tiene dos consideraciones (Berkowitz, 1989): como un estímulo entre las respuestas tendientes a una meta (Dollard et al., 1939); o como según las repuestas del organismo frente a estímulos que involucran una reducción, una omisión o irrupciones de los reforzadores, generando una teoría de la frustración que se basa en asociaciones (Amsel, 1958, 1992).

La frustración (Amsel, 1992), el contraste negativo (Flaherty, 1996) o la omisión de reforzadores (Papini, 2003; Papini & Dudley, 1997) sería la respuesta al padecer una desvalorización en un reforzador deseable, existiendo señales ambientales vinculadas con un reforzador mayor. Los procedimientos para analizarlos son diferentes, teniendo en común la privación de una perspectiva positiva que se logró durante los aprendizajes previos.

Además, Amsel (1992) considera la frustración como la respuesta producida cuando una persona vivencia una desvalorización del reforzador, habiendo señales relacionadas a un reforzador mayor. Así, aparecen efectos afectivos, comportamentales, neuroendocrinos y fisiológicos parecidos al dolor, como los ocasionados por la anticipación de estímulos aversivos (Gray, 1987).

Por su parte, Rosenzweig (1954) diferencia dos clases de frustración:

- *Frustración primaria*: se conforma por el estorbo frente a un objeto o escenario que es primordial para el individuo, el cual se destaca por ser intrínseco, pudiendo satisfacerse con el resultado del hecho obturado (La teoría de la Frustración y del conflicto s.f.).
- *Frustración secundaria*: se refiere por el surgimiento de impedimentos que hacen que el sujeto no pueda aminorar sus impulsos (Rosenzweig, 1954).

En el plano neurológico, hay un aumento de corticosterona (Flaherty et al., 1985; Pecoraro et al., 2009; Ruetti et al., 2009), modificaciones en el sistema opioide (Pellegrini et al., 2005) y en la percepción del dolor (Mustaca &

Papini, 2005).

Gray (1987) plantea que la frustración activa los mecanismos neurales del miedo, ya que se evitan las claves y se activan las mismas áreas neuroanatómicas (Mustaca, 2013). El dolor físico y psicológico se asocian a estructuras en común como el córtex cingulado anterior y la sustancia gris periaqueductal (Mac Donald & Leary, 2005).

La falta de un estímulo apetitivo puede requerir de la eliminación del reforzador en los modelos animales, la disminución de su cantidad o calidad, del reforzamiento, habiendo una transformación de un reforzador menos predilecto, o la intercalación de una barrera entre la persona y el reforzador. Para valorar las consecuencias de la reducción o la falta de reforzadores sociales, se aíslan a las personas y se evalúan parámetros comportamentales y psicofisiológicos en la adultez. Los instrumentos para la evaluación son los corredores, laberintos, cajas de condicionamiento, privación social, entre otros (Mustaca, 2018).

Como reforzadores, se emplean alimentos sólidos o líquidos. Las variables dependientes medidas son la velocidad de recorrido y demás respuestas que difieren en base al reforzador, en comparación con grupos control. En adición, se analizan las respuestas fisiológicas y neurales, midiéndose el consumo o el tiempo de permanencia bebiendo soluciones apetitivas. De esta forma, prevalecen los procesos afectivos, excepto el contraste anticipatorio y comportamental, sobresaliendo los procesos cognitivos (Flaherty & Rowan, 1985; Pérez Manrique et al., 2009).

De acuerdo con Amsel (1992), el no refuerzo de lo esperado provoca un estado interno aversivo, la frustración primaria. Es la primera respuesta a la omisión de ésta, estando asociada al estrés agudo. Además, se genera una expectativa condicionada en situaciones ulteriores, conocida como frustración secundaria.

De esta forma, la frustración sería un proceso ecológico, debido a que es un escenario común para que se enfrente la vida cotidiana (Mustaca, 2013). Cabe destacar que hay distintos paradigmas animales admitidos en el análisis de esos comportamientos, siendo evaluados en distintas especies (Arnove & Dantzer, 1980; Mustaca et al., 2005; Parrott & Lloyd, 1995; Psyrdellis et al., 2016). De todas formas, no se puede englobar la complejidad de la conducta

del ser humano (Kamenetzky y Mustaca, 2005).

Últimamente, se efectuaron experimentos con personas donde se estudiaron las respuestas conductuales, psicofisiológicas y neurales frente a la exposición a la exclusión o el rechazo social (Kamenetzky et al., 2009, Zadro & Gonsalkorale, 2014). Quienes se Kamenetzky encontraban excluidos evidenciaban ansiedad, depresión, soledad y desabrigo (Eisemberger et al., 2006; Williams et al., 2000). En cuanto a las consecuencias sobre las respuestas interpersonales, la exclusión puede generar una reducción de las respuestas sociales, e incrementar la implementación de multas o castigos a quienes cometen delitos en comparación con los no excluidos y la hostilidad hacia los demás.

Según Kamenetzky et al. (2009), la mayoría de los métodos de frustración involucran reducciones u omisiones de reforzadores, demoras en las recompensas, paralización de las labores reforzantes o de recompensas, pruebas complicadas con diferentes niveles de presión, exclusión social e interrupción en el entretenimiento o en los videos. Los reforzadores más empleados son los primarios, como la comida y el afecto, o secundarios, como el dinero y el entretenimiento, presentándose solos o combinados.

Para analizar las consecuencias de la frustración se emplearon medidas conductuales, fisiológicas verbales e imágenes cerebrales, incluso se analizaron particularidades específicas de las personas. En los primeros estudios, se pretendió replicar en personas lo hallado en animales. Por ende, se emplearon medidas parecidas a las de esos trabajos, como tiempo de respuesta o latencia. Además, se añadieron expresiones faciales, rendimiento, entre otros. Entre las medidas fisiológicas, se empleó la tasa cardíaca, la presión arterial, la respuesta de la piel, entre otros, que evidenciaban la activación afectiva del sujeto incluso para cuando no se percibe. No obstante, los registros fisiológicos no se distinguen de la tonalidad afectiva, en otras palabras, si es frustración, enojo o alegría, debido a que la activación simpática es la misma (Scheirer et al., 2002).

2.5. La intolerancia a la frustración

Como se mencionó anteriormente, la psicología experimental fue la encargada de analizar las consecuencias, así como los mecanismos de la frustración (Amsel, 1962, 1992), la cual es considerada un estado del organismo generado por la omisión o la reducción de un reforzador positivo (Amsel, 1992).

Los procesos neurales, las respuestas fisiológicas y las conductas involucradas se parecen a las del dolor, el miedo y la ansiedad (ver Mustaca, 2013; Kamenetzky et al., 2009). En adición, su intensidad y extensión temporal depende de los elementos genéticos, cognitivos, motivacionales y las vivencias anteriores, siendo un fenómeno bastante intrincado (Cuenya et al., 2014; Cuenya & Torres, 2012; Justel et al., 2014; Pellegrini et al., 2004; Ruetti et al., 2010).

Más allá de los elementos involucrados, la intensidad de la respuesta depende de la divergencia entre lo anhelado y lo que efectivamente se logra (Mustaca, 2013), lo que confirma el rol de las creencias para explicar la frustración. De esta forma, Ellis (1979, 1980, 1995), y Ellis y Dryden (1987) señalaron que las creencias explicarían la intolerancia a la frustración, que los requerimientos de que la realidad deben ser como se espera y el no querer aceptar las diferencias entre la expectativa y la realidad. Los sujetos intolerantes a la frustración evitan los sucesos frustrantes, lo que a su vez aumenta la frustración y del estrés que se esperaba prevenir. Por ende, la terapia racional emotiva conductual (TREC) trata de reducir las creencias irracionales que llevan a elevados niveles de intolerancia a la frustración, para reducir las emociones negativas y enfrentar mejor la realidad (Ellis et al., 2006).

Ellis (2006) afirma que la frustración es una creencia irracional, impide el afrontamiento de escenarios y a individuos por el surgimiento de un obstáculo, mediante la implantación de la creencia de que los hechos deben ocurrir de forma establecida, sin que haya un esfuerzo extra. Por otro lado, Reguera (2007) plantea que la frustración es usual en la vida cotidiana, siendo vivenciada desde el comienzo de la vida de forma inconsciente, expresándose de distintas formas mediante el llanto, enojo o berrinches.

Por otro lado, Rosenzweig (1938, como se citó en Hidalgo y Soclle,

2011) señala que la tolerancia a la frustración es el afrontamiento de la frustración en un cierto tiempo sin pretender reducir la tensión. Asimismo, Ellis (2006) afirma que al afrontar las desgracias adecuadamente, se genera la tolerancia a la frustración, la cual lleva a conocer nuevas estrategias y capacidades para lograr lo que se requiere.

Por lo tanto, Ellis afirma que la teoría racional emotiva conductual (ABC) considera que los pensamientos, sentimientos y comportamientos operan conjuntamente, y que la alteración afectiva se genera por la valoración de eventos frustrantes y según la forma en que son percibidos. Además, plantea que las personas con pensamiento irracional no perciben correctamente los eventos, lo que provoca conflictos con las consecuentes sensaciones dañinas que repercuten en la salud (Agurto Periche, 2019).

Por otra parte, Coffey y Appley (1993 como se citó en Hidalgo y Soclle, 2011) indican que el sujeto poco tolerante a la frustración es vulnerable frente a lo incomodo y molesto, incrementando lo negativo de todo suceso. Señalan que lo desagradable es insoportable y que lo incomodo no puede ser resistido, por lo que extrema las tragedias y los sucesos estresantes, teniendo consecuencias que limitan la interpretación de los eventos cotidianos. De esta forma, es vital lograr lo que pretenden, ya que merecen cumplir lo necesario sin tomar una respuesta negativa, expresando ansiedad frente a los sucesos donde no pueden lograr sus objetivos, y abandonándolos para no vivenciar otro suceso.

Según Antunes Ribeiro (2020), existen varias teorías que explican la intolerancia a la frustración:

- *Teoría Clásica de la Frustración-Agresión*: aunque la relación entre frustración y agresión data de Freud, recién se convirtió en teoría por Dollard et al. (1939). Se plantea que todos los sucesos de agresión provienen de una frustración previa; y que toda frustración lleva a una agresión, habiendo una relación positiva entre frustración y agresión (Anderson, 2000; Dollard et al., 1939).

- *Teoría Psicoanalítica*: De acuerdo con Freud, la frustración sería un desequilibrio entre un deseo que pretende su satisfacción y su irrealización. Puede haber una tendencia interna del individuo oponiéndose a la realización del deseo. El psicoanálisis analiza los mecanismos de defensa y considera su relevancia para la adaptación y la subsistencia (Villemor-Amaral, 2008). Por

ejemplo, la sublimación puede ayudar con la frustración (Freud, 1920; Pitta, 1999).

- *Teoría General de la Frustración y Tolerancia a la Frustración*: fue planteada por Rosenzweig (1944) para señalar la diferencia entre la defensa del yo y la necesidad. La tolerancia a la frustración es su superación sin dejar de lado su adaptación psicológica. Existen diferencias individuales en la tolerancia a la frustración asociadas a la gravedad de la presión recibida y de la personalidad. Originado en el psicoanálisis, la tolerancia a la frustración necesita del principio de placer y de realidad, así como de la fortaleza del yo para posponer gratificación. La tolerancia a la frustración tiene implicaciones en la esfera emocional e intelectual.

- *Otras teorías sobre la frustración*: hoy en día la visión de las ciencias sociales es la que prevalece en la investigación de la frustración. Las mismas plantean la relación entre la frustración y la agresión, aunque plantean que ésta última solo es una respuesta del sujeto al frustrarse. La teoría neo-asociacionista de Berkowitz (1989, 1990, 1993, 2004) y Berkowitz et al. (2000), es la que mejor explica este fenómeno, considerando la visión cognitiva.

En adición, se pueden mencionar otros modelos para entender la frustración: la Teoría del Aprendizaje Social, del Script, de la Transferencia de la Excitación, de la Interacción Social y la Evolucionista. En el entorno cognitivo-conductual se origina la noción de Intolerancia a la Frustración, considerado como la no aceptación de la discrepancia entre la expectativa y la realidad. La misma, junto con la autoestima, son dos nociones inconscientes vitales, ya que las dificultades psicológicas pueden aparecer en alguna de estas creencias (Harrington, 2006).

Asimismo, Horney (1945) afirma que los sujetos tienen 3 formas de relacionarse con la incertidumbre y la frustración: moverse hacia las personas con necesidad de afecto, y movilizarse “contra” los sujetos que evidencian una negación de la debilidad y consideran la vida como una batalla para sobrevivir. Apartarse sería característico de los sujetos que expresan una evitación de los otros, por miedo a los conflictos o frustraciones que podrían generar esos vínculos. De esta forma, Horney realizó una clasificación de las respuestas que las personas pueden emitir a la frustración.

Por otro lado, Leal (s.f., como se citó en Rodríguez Yagüe, 2015) plantea que la frustración es el estado de quien se encuentra sin poder solucionar algo, se ve no puede satisfacer un deseo y se encuentra detenido para lograr la recompensa o se encuentra bloqueado en su accionar.

2.6. Actividad física

Desde la promoción de la salud, existe una intervención de profesionales para promover la salud desde diversas instituciones como un elemento que contribuye a lograr resultados significativos para la evolución y la mejora de la calidad de vida (Bouchard et al., 1990).

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (s.f.) define la actividad física como el elemento que media en el estado de la salud, considerándola la principal estrategia para evitar la obesidad. La define como el movimiento corporal generado por los músculos esqueléticos, el cual lleva a un gasto energético sobre la tasa de metabolismo basal. Incluye labores cotidianas, como las hogareñas y las laborales.

En adición, dentro de la noción de actividades que necesitan de cierto esfuerzo, como lavarse los dientes, trasladarse a diferentes sitios, limpiar el hogar, lavar el auto, practicar un deporte, entre otras actividades diarias (Bouchard et al., 1990).

La realización de actividades físicas se asocia a elementos establecidos por cada sujeto, por la asociación entre ellas y por el entorno en el que se encuentra. El no realizar actividad física supone un problema de salud pública, dado que el desarrollo económico y social fomentó el sedentarismo (Buchner & Miles, 2002). Debido a su relevancia, la actividad física fue reconocida, realizándose recomendaciones para incrementarla (Departamento de Salud y Servicios Humanos [HHS], 2000 como se citó en Hernández et al., 2003).

Por su parte, siguiendo la estrategia mundial sobre el régimen alimenticio y la actividad física, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] plantea que ésta se asocia a la salud y la calidad de vida, como una intervención para promover la autopercepción, la satisfacción de las necesidades individuales y grupales, y los beneficios biológicos, sociales y

cognitivos, siendo un elemento que sirve para prevenir el surgimiento de enfermedades crónicas (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC], 1990).

Hoy en día, la cantidad de mujeres que tienen un estilo de vida saludable es inferior comparado con los hombres, evidenciando la reducción de la realización de actividad física y el incremento del sedentarismo (Fernández et al., 2006).

Sin embargo, García et al. (2001) señalan que, a través de la historia, la actividad física se encontró influida en la mujer por características sociales y culturales que la marginaron. Algunas de las razones por las que las mujeres dejan el deporte son la falta de tiempo, las problemáticas familiares y de pareja, las exigencias por casarse, tener hijo o cuidar a algún integrante de la familia.

Diversas investigaciones estudiaron los hábitos deportivos con una visión de género, analizando las actividades físicodeportivas y los elementos personales y sociales, como condicionantes para la realización deportiva en las mujeres. Los resultados mostraron que la desigualdad se asocia a elementos psicológicos, como la identidad, el autoconcepto, los valores y los elementos sociales como el rol y los estereotipos de género, entre otros (Macías & Moya, 2002).

El rol de género y las responsabilidades sobre la familia promueven la no realización de ejercicio físico (Baert et al., 2011; Rodney et al., 2015). De acuerdo con el Instituto de la Mujer de España (2006), hace que 17,3% de las mujeres mayores no llevan a cabo dicha actividad.

Si se suma la ausencia de tiempo y de apreciación del ejercicio físico, se puede indicar que el deporte tiene un modelo androcéntrico, lo que incrementa las barreras para que las mujeres logren un lugar en dicha actividad. El mismo se orienta a los hombres, por lo que las mujeres deben considerarlo dentro del modelo masculino, aceptando una re-socialización que no las tiene en cuenta (Mosquera González, 2014).

Por ende, se deben comprender las concepciones sociales y generar intervenciones para promover el ejercicio físico, considerando la visión de género (Azevedo et al., 2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1998; Pederson et al., 2014).

Figura 3.

Mapa de Motivaciones para la realización de Ejercicio Físico.



Según Mazano Guerrero y Pescador Bernal (2017), los ejercicios físicos se clasifican en:

- **Aeróbicos:** incluso se los denomina cardiovasculares debido a que repercuten en la salud cardiovascular, mejoran el consumo del oxígeno durante la producción de energía o el metabolismo. Se realizan por un tiempo largo. Los más usuales son:

- *Ejercicios de bajo impacto:* incluye nadar, esquiar, remar, escalar, caminar, entre otros. Efectuarlas tres horas semanales disminuyen el surgimiento de enfermedades coronarias. Previenen lesiones en músculos o huesos, ayudando a reducir las celulitis.

- *Ejercicios de alto impacto:* incluye bailar, realizar tenis, correr, entre otros. Se deben efectuar día por medio.

- **Anaeróbicos:** aumentan la masa muscular y la potencia del deportista. Las actividades son de una intensidad elevada, aunque de poca duración, inferior a los 120 segundos. Las más usuales son las que implican realizar fuerza, como el levantamiento de pesas o los aparatos para la contracción de ciertos músculos. Si los ejercicios anaeróbicos se efectúan de forma correcta pueden

tener varias ventajas, como mejorar el equilibrio y la coordinación, disminuir la osteoporosis, bajar de peso, mejorar la resistencia y la fuerza. Además, sirven como paliativos de heridas, aumentan el colesterol bueno, mejoran la actividad cardíaca, queman calorías, controlan la diabetes, entre otras.

- *De flexibilidad*: previene que los músculos pierdan elasticidad. Se debe ingresar a un estado de relajación y estirar las extremidades por cierto lapso. El control de la respiración es fundamental (EUFIC, 2008).

Además, según el sitio web Concepto Definición (s.f.), el *fitness* está de moda entre quienes pretenden una vida sana, las actividades que engloba se describen a continuación:

- *Aerobics*: son coreografías guiadas por un instructor, se pretende la eliminación de toxinas aumentando el ritmo respiratorio.
- *Pilates*: se efectúan en el equipo especial.
- *Tai chi chuan*: son ejercicios leves para disminuir el estrés.
- *Spinning*: se realiza en una bicicleta.

De acuerdo con Infobae (2013), las 5 disciplinas del *fitness* son:

- *Crossfit*: es un trabajo de mucha intensidad, empleándose elementos para generar un circuito.
- *Bikram yoga*: es una variación del Yoga que se efectúa a 42°C y con una humedad del 60%, llevándose a cabo 26 posturas en 90 min.
- *Fitness boot camp*: es una combinación de entrenamientos realizados en intervalos de alta intensidad.
- *Aquafitness*: es una técnica acuática dirigida, que consta de movimientos cardiovasculares y musculares, con etapas de calentamiento, trabajo cardiovascular y muscular, y estiramientos que se efectúan con música.
- *Zumba fitness*: es la mezcla de *fitness* y baile, es coreografiado y se emplea música latinoamericana.

El *fitness* se puede utilizar en actividades repetitivas que provoquen un gasto calórico superior en una actividad cotidiana. Asimismo, se genera la opción de efectuar la actividad en distintos lugares con posibilidades de movimiento (Mazano Guerrero y Pescador Bernal, 2017).

Por otro lado, Arias (2017) afirma que el entrenamiento funcional es la actividad física con un propósito, como acondicionar y para aumentar la fuerza total. Debe integrar los elementos del movimiento, fundándose en el trabajo de

la fuerza funcional del cuerpo. Se emplea en los deportes y en la vida diaria, considerándose la impredecibilidad de lo que suceda. Los ejercicios cortos de elevada intensidad provocan mucho gasto calórico en poco tiempo.

Asimismo, el stretching consiste en ejercicios de estiramiento que deben efectuarse al comienzo y al final de un ejercicio intenso. Se logra el estiramiento de los músculos y se fomenta la flexibilidad en distintas partes del cuerpo. Se realiza antes del calentamiento y luego de los diferentes ejercicios (OkDiario, 2018).

En los estiramientos, los músculos se relajan y se preparan para realizar una actividad física. Disminuyen las tensiones musculares y sirven para volver a la calma cuando terminó el entrenamiento. El stretching sirve para evitar las lesiones y las reduce si es que ya se poseen. Consiste en estiramientos sencillos que pueden ser realizadas por alguien que no realice deporte. El tiempo de los estiramientos es reducido, siendo de 5 a 10 minutos antes y luego de realizar la actividad física. Ayuda a la circulación sanguínea y la oxigenación del músculo (OkDiario, 2018).

Además, se encuentran el Yoga y el Pilates, actividades que se diferencian en que el primero posee un elemento espiritual que el segundo no tiene. Además, las asanas, posturas y respiraciones del yoga llevan a la meditación, surgiendo con la idea de meditar y de lograr paz y quietud, mientras que el Pilates solo es físico, originándose como método de rehabilitación y como una forma de moverse en el espacio (Vitónica, s.f.).

Por otra parte, Pilates emplea máquinas y accesorios, mientras que en yoga se emplea el peso corporal, correas y bloques de Yoga. Ambas actividades ayudan a la mejora de la postura corporal. Esto se logra por el trabajo de la zona central, debido a que esta musculatura es responsable de la postura, mejorando la alineación corporal. Además, ambas actividades ayudan con las articulaciones y la flexibilidad, aumentando la calidad de vida y la salud a largo plazo. La flexibilidad es un elemento básico que se trabaja y se logra mejorar con el tiempo (Vitónica, s.f.).

Actualmente, el ejercicio que ayuda a mejorar la condición física de las mujeres en cualquier momento vital es el ejercicio aeróbico, aunque los modelos emergentes de ejercicio se encuentran siendo analizados en las mujeres. Por ejemplo, el entrenamiento intercalado de alta densidad involucra

periodos breves de ejercicio vigoroso y de recuperación, asociados a las actividades de la vida cotidiana. El mismo incrementa la masa magra y la fuerza, y reduce la circunferencia abdominal, la presión arterial en mujeres pre y posmenopáusicas. Asimismo, mejora el control de la postura, el riesgo de que hayan caídas, la calidad de vida y otros marcadores cardiometabólicos (Weston et al., 2014).

Además, se pueden agregar distintos métodos de entrenamiento para modificar la rutina, trabajando diversos grupos musculares, y disminuyendo las posibilidades de padecer lesiones. Como la condición cardiorrespiratoria mejora, habrá más confianza en actividades desafiantes, mejorando la adherencia al programa (Jung et al., 2014).

Los ejercicios que involucran la técnica mente cuerpo y pilates tienen beneficios para la salud, mejoran el equilibrio, el funcionamiento mental, la flexibilidad, el movimiento, disminuyen el dolor, mejoran la composición corporal y la calidad de vida (Cruz Díaz et al., 2016). Además, el tai chi reduce el riesgo cardiovascular e incrementa la fuerza y la masa muscular (Barbar Artigas et al., 2011). El fortalecimiento muscular debe efectuarse durante dos días semanales no consecutivos, efectuando 10 a 15 repeticiones con una intensidad de entre 60 y 75% de una repetición máxima (Higgins & Higgins, 2016).

Si hay sobrepeso y obesidad, incrementar el gasto energético a través del ejercicio llevaría a quemar grasa y disminuir el peso. Efectuar ejercicio a baja intensidad por una hora sin modificaciones en la ingesta calórica, reduciría hasta media libra por semana, llegando hasta 3 libras por semana si se realiza ejercicio. Por ende, el volumen total de ejercicio es más significativo que la intensidad en el perder peso (Higgins & Higgins, 2016).

Todas las mujeres deben realizar ejercicio, más allá del estado de salud, efectuando pruebas complementarias si es de moderada o elevada intensidad. Se deben dejar de lado factores de riesgo cardiovascular, óseo y metabólico, realizando pruebas antropométricas, funcionales, electrocardiogramas y recibir una evaluación del médico especialista (Mendoza et al., 2016).

Figura 4.

Recomendaciones propuestas para obtener niveles adecuados de actividad física.

1	Camine a diario, por ejemplo, en traslados y a la hora del almuerzo.
2	Para ir al trabajo prefiera hacerlo en bicicleta o en transporte público y bajarse antes y caminar.
3	Suba escaleras; no utilice el ascensor.
4	Propóngase metas y manténgalas en un lugar visible.
5	Identifique actividades que disfrute y realícelas (domésticas y recreativas)
6	Compre un podómetro y propóngase lograr 10.000 pasos por día.
7	Incremente la duración y la intensidad progresiva y lentamente.
8	Limite el tiempo frente a pantallas (televisión, computadora, celular, videojuegos. . .)
9	Trate de hacer ejercicio con amigos o con un grupo.
10	Añada entrenamiento de fuerza y equilibrio al menos dos o tres veces por semana.

Según Morena Garzón (s.f.), está corroborado que el deporte genera beneficios fisiológicos y sociológicos, además ayuda a las funciones cognitivas y brinda diversos beneficios psicológicos:

- *incrementa la esperanza de vida y evita las enfermedades degenerativas*: el ejercicio físico previene o pospone el surgimiento de demencias. Se genera una estimulación cognitiva, aumentando la concentración y la memoria, ya que regula el sistema nervioso. En las enfermedades mentales, existe una mejora de ciertas regiones del cerebro, hay una modulación del tejido cerebral, aumentando las células nerviosas en el hipocampo o incrementando los neurotransmisores. Además, el ejercicio aumenta la circulación de la sangre en el cerebro, mejorando las conexiones neuronales.

- *Mejora la autoestima*: el ejercicio físico incrementa el bienestar psicológico y el estado de ánimo general, debido a la generación de hormonas opiáceas. Son neurotransmisores que aumentan en momentos placenteros, como el ejercicio físico, por siendo un sedante y analgésico en el cuerpo, además de generar euforia. Son secretadas por la glándula pituitaria. El ejercicio físico activa la creación de dichas proteínas, ocasionando sensación de alivio y bienestar, e incrementando la autoestima. Si se suma una alimentación

equilibrada, el porcentaje muscular y graso es el indicado, haciendo que se mejore la imagen corporal.

- *Protege frente a los trastornos psicológicos:* en las mujeres, existe una prevalencia de trastornos psicológicos, algunos pueden ser la depresión, la ansiedad y las enfermedades psicosomáticas. El realizar actividad física sería un factor protector frente a estas problemáticas, disminuyendo su incidencia y a su vez, incrementando su tratamiento. Distintas investigaciones encontraron que existe una relación negativa entre actividad física y salud mental: hay un menor riesgo de depresión si se realiza más actividad física.

Por ende, para que los beneficios mencionados tengan lugar, el ejercicio físico debe tener ciertos requisitos acerca de su intensidad, duración y repetición; siendo el más significativo la periodicidad: es mejor realizar ejercicio usual que esporádicamente. Además, el médico especialista en Educación Física y el Deporte debe realizar una supervisión del mismo, sumado a la higiene, el respeto de los tiempos de descanso y una dieta equilibrada. Todos estos son elementos vitales para mejorar la calidad de vida de las personas, sobre todo de las mujeres (Morena Garzón, s.f.).

Tanto los sujetos sedentarios como los que no lo son y que realicen actividad física usual, presentan un mejor estado de ánimo por las endorfinas. El deporte mejora el sentido del humor y los vínculos, previniendo la monotonía, logrando el bienestar físico y mental, y ayudando a prevenir las enfermedades físicas o mentales. Para ello basta solamente con realizar 30 minutos diarios de actividad física (Morena Garzón, s.f.).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Objetivo general

- Evaluar la relación entre la insatisfacción corporal y la intolerancia a la frustración, en mujeres adultas que realizan actividad física en el hogar en el contexto de la pandemia de COVID-19.

3.2. Objetivos específicos

- Describir la muestra utilizada en base a sus atributos sociodemográficos: edad, nivel de educación, si trabaja, si realiza actividad física y frecuencia con que lo hace.
- Describir el nivel de insatisfacción corporal de las mujeres que realizan actividad física en el hogar como de las que no la realizan.
- Describir la intolerancia a la frustración de las mujeres analizadas.
- Asociar el nivel de insatisfacción corporal y la intolerancia a la frustración en las mujeres de la muestra.
- Comparar la insatisfacción corporal y la intolerancia a la frustración en las mujeres que realizan actividad física en el hogar y las mujeres que no efectúan dicha actividad.

3.3. Hipótesis

H1: El nivel de insatisfacción corporal se asocia de forma directa con el nivel de intolerancia a la frustración de las mujeres adultas.

H2: Las mujeres que realizan actividad física en el hogar evidenciarán niveles mayores de insatisfacción corporal en comparación con las mujeres que no realizan actividad física.

H3: Las mujeres que efectúan actividad física en el hogar mostrarán niveles mayores de intolerancia a la frustración comparadas con las mujeres que no realizan actividad física.

3.4. Relevancia

3.4.1. Teórica

Esta investigación ayudará a conocer los elementos que más efectos ejercen sobre la insatisfacción corporal, en adición, se conocerá las consecuencias que la intolerancia a la frustración acarrea sobre la misma. Cabe destacar que actualmente las problemáticas asociadas a la figura corporal adquieren una relevancia significativa por el aumento de los casos de trastornos de la conducta alimentaria.

3.4.2. Práctica

Este estudio pretende brindar una perspectiva integral del sujeto para fomentar la satisfacción corporal y la tolerancia a la frustración. Esto se lograría mejorando los tratamientos brindados a las mujeres que padecen alguna patología alimentaria, así como fomentando su prevención mediante la promoción de la aceptación de estereotipos corporales más saludables y realistas.

3.4.3. Social

Este trabajo podrá ayudar a que se informe desde temprana edad la irrealidad de ciertos modelos estéticos corporales, así como la detección de las conductas alimentarias de riesgo, mediante campañas de concientización en las escuelas y en los medios masivos de comunicación. De esta manera, se debería promover la salud desde el Estado, fomentando el bienestar biopsicosocial, además de la mera prevención de las patologías alimentarias.

3.5. Tipo de estudio o diseño

Se efectuó un estudio empírico correlacional, de corte transversal y con un abordaje cuantitativo.

3.6. Población

Estuvo conformada por mujeres adultas que cumplían los criterios de inclusión enumerados a continuación:

- Tenían entre 18 y 55 años de edad.
- Residían en el Área Metropolitana de Buenos Aires.
- Realizaban actividad física en el hogar (la mitad de ellas).
- Aceptaron participar de la presente investigación.

Por otro lado, criterios de exclusión planteados fueron los siguientes:

- Ser adolescentes.
- Presentar alguna patología psiquiátrica, excepto algún trastorno de la conducta alimentaria.

3.7. Muestra

Se tomó una muestra no probabilística accidental simple de 100 mujeres, con una edad promedio de 37,24 años (DT= 7,894 años; Mediana= 36 años; Máx.= 69 años; Mín.= 19 años). El 38,9% se encuentra soltera, el 18,5% convive o posee pareja de hecho, el 22,2% se encuentra casada, el 9,3% separada, otro 9,3% divorciada y el 1,9% viuda. El 42,6% de las mujeres tiene hijos. El 50% de las mujeres vive en Capital Federal y el otro 50% en el Gran Buenos Aires.

El 85,2% de las mujeres trabaja. El 7,4% tiene secundario incompleto, el 16,7% secundario completo, el 5,6% terciario incompleto, el 14,8% terciario completo, el 13% universitario incompleto y el 42,6% universitario completo. El 96,3% de las mujeres no padece ningún trastorno alimentario. El 11,1% de las mujeres padeció algún trastorno alimentario. El 9,3% se encuentra actualmente bajo tratamiento psiquiátrico. El 75,9% realiza actividad física en casa y el 55,6% de las mujeres realiza alguna actividad asociada a su bienestar.

3.8. Instrumentos

- *Cuestionario sociodemográfico*: el mismo fue elaborado para responder a los fines de la presente investigación.

- *Escala de Intolerancia a la Frustración [EIF]* (Harrington, 2005; adaptación argentina: Medrano et al., 2018). Consta de 17 ítems con una escala Likert de cinco opciones de respuesta, que oscilan desde 1- No es nada característico de mí a 5- Es muy característico de mí. A mayor puntaje de la escala, existe una intolerancia mayor a la frustración. Además, la escala total mostró un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.84. Posee cuatro dimensiones:
 - *Intolerancia a la incomodidad*: es la creencia de que la vida tendría que ser más sencilla y sin problemas. Quienes evidencian elevados puntajes en esta dimensión evitarían actividades que los lleven a la incomodidad o a esforzarse. La misma pronostica mejor la procrastinación (Ozer et al., 2012). Ítems 3, 9 y 12 ($\alpha = 0.61$).
 - *Derecho*: se asocia a creencias de que los otros sujetos tendrían que complacer y no estorbar con los deseos. Puntajes altos se relacionan con la ira y el enojo (Harrington, 2006). Ítems 1, 4, 6, 10, 13 y 15 ($\alpha = 0.76$).
 - *Intolerancia emocional*: son las creencias irracionales acerca de la controlabilidad de los estados afectivos displacenteros. Estas creencias ayudarían a provocar respuestas afectivas secundarias, teniendo más dificultades en regular la emocionalidad (Harrington, 2006, McHugh et al., 2014). Ítems 2, 5, 7, 11 y 16 ($\alpha = 0.78$).
 - *Logro*: son las creencias sobre la frustración que se generan por no cumplir con una tarea. Se vincula al perfeccionismo y a la autoestima si la misma es contingente, pretendiendo lograr los objetivos (Harrington, 2006). Ítems 8, 14 y 17 ($\alpha = 0.55$).
- *Body Shape Questionnaire [BSQ-21]* (Cooper et al., 1987, adaptación argentina: Nieri y Fuentes Cuiñas, 2018). Analiza la existencia de preocupación y de insatisfacción con la propia imagen corporal. Consta de 21 preguntas directas con una escala Likert con seis opciones de respuesta, que oscilan entre 1- Nunca y 6- Siempre. Además, la escala total mostró un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.85. Posee 2 dimensiones:
 - *Preocupación por el peso*: ítems 1, 2, 3, 4, 5, 13, 14, 15, 18, 19 y 21 ($\alpha = 0.90$).
 - *Insatisfacción corporal*: ítems 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 17 y 20 ($\alpha = 0.93$).

3.9. Procedimiento

La administración de los protocolos se realizó mediante una plataforma de formularios *on line*, debido a la situación de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio que se puso en marcha para enfrentar la pandemia de COVID-19. Justamente lo que se pretende evaluar en este trabajo son los efectos de la actividad física en el hogar causada por esta situación de aislamiento. De esta forma, se compartió un link por redes sociales solicitando la participación voluntaria de mujeres adultas. Luego de recabarse la muestra, se descargó una base de datos con las respuestas, las cuales fueron analizadas empleando el SPSS 26.0 para Windows. En base a los resultados obtenidos, se contrastaron las hipótesis planteadas anteriormente.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Caracterización de la muestra

Gráfico 1.

Estado civil



El 38,9% de las mujeres se encuentra soltera, el 18,5% convive o posee pareja de hecho, el 22,2% se encuentra casada, el 9,3% separada, otro 9,3% divorciada y el 1,9% viuda.

Gráfico 2.

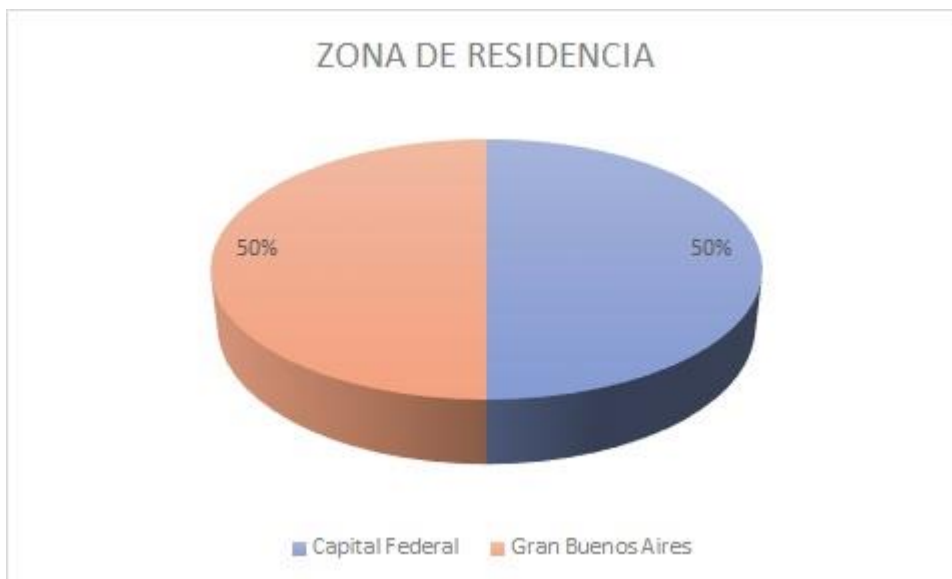
Tiene hijos



El 42,6% de las mujeres tiene hijos y el 57,4% de ellas no tiene hijos.

Gráfico 3.

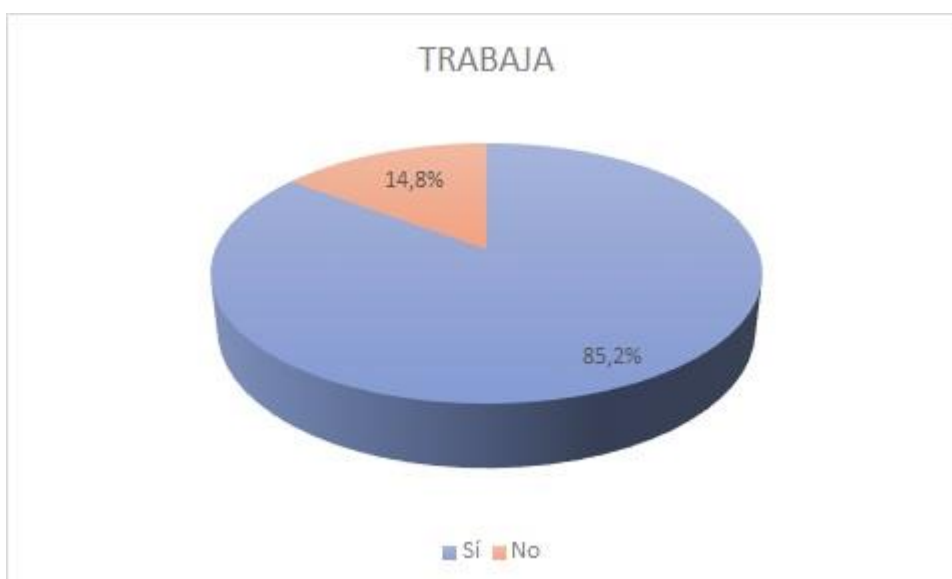
Zona de residencia



El 50% de las mujeres vive en Capital Federal y el otro 50% vive en el Gran Buenos Aires.

Gráfico 4.

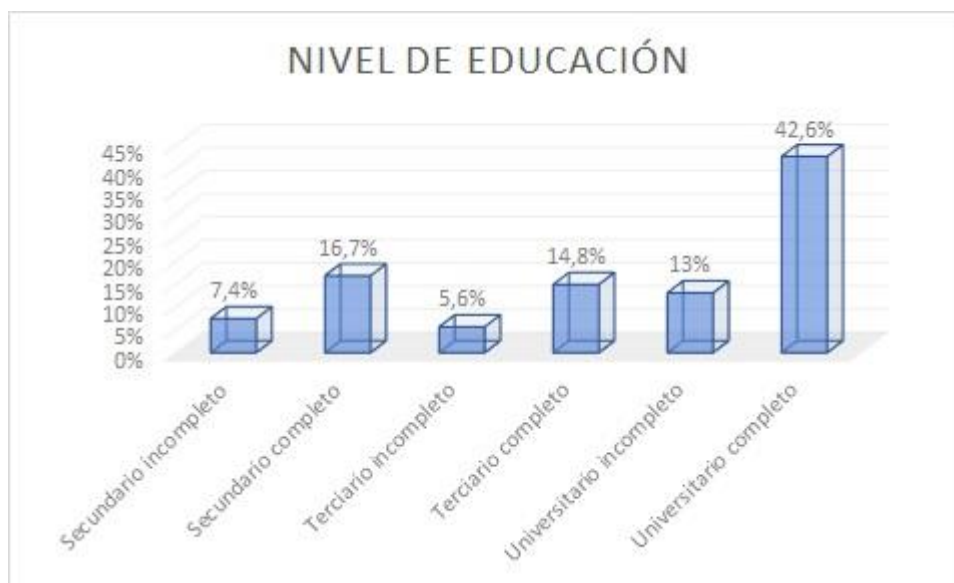
Trabaja



El 85,2% de las mujeres trabaja y el 14,8% no lo hace.

Gráfico 5.

Nivel de educación



El 7,4% tiene secundario incompleto, el 16,7% secundario completo, el 5,6% terciario incompleto, el 14,8% terciario completo, el 13% universitario incompleto y el 42,6% universitario completo.

Gráfico 6.

Padece algún trastorno alimentario



El 96,3% de las mujeres no padece ningún trastorno alimentario y el 3,7% si lo padece.

Gráfico 7.

Padeció algún trastorno alimentario



El 11,1% de las mujeres padeció algún trastorno alimentario y el 88,9% no padece ningún trastorno alimentario.

Gráfico 8.

Se encuentra actualmente bajo tratamiento psiquiátrico



El 9,3% de las mujeres se encuentra actualmente bajo tratamiento psiquiátrico, mientras que el 90,7% de ellas no está en tratamiento.

Gráfico 9.

Realiza actividad física



El 75,9% de las mujeres realiza actividad física en casa y el 24,1% no realiza actividad física en el hogar.

Gráfico 10.

Realiza alguna actividad asociada a su bienestar



El 55,6% de las mujeres realiza alguna actividad asociada a su bienestar y el 44,4% no las realiza.

4.2. Descripción de las variables

4.2.1. Escala de Intolerancia a la Frustración [EIF]

Tabla 1.

Resúmenes estadísticos de la Intolerancia a la frustración.

Variable	N	M	Md	DT	Min.	Max.
Intolerancia a la incomodidad	108	7,06	6	3,284	3	15
Derecho	108	17,09	17	6,314	6	30
Intolerancia emocional	108	12,20	12	5,507	5	25
Logro	108	7,61	8	3,346	3	15
Intolerancia a la frustración	108	43,96	45,50	15,812	17	85

4.2.2. Body Shape Questionnaire [BSQ-21]

Tabla 2.

Resúmenes estadísticos de la Insatisfacción corporal.

Variable	N	M	Md	DT	Min.	Max.
Preocupación por el peso	108	38,91	37	12,823	14	66
Insatisfacción corporal	108	19,20	16	9,221	10	54
Insatisfacción con la imagen corporal	108	58,11	52,50	20,706	24	120

4.3. Análisis de la normalidad

Se realizó el análisis de normalidad para las variables mencionadas. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk, los resultados son los siguientes:

Tabla 3.*Normalidad de las variables a estudiar.*

	p
Intolerancia a la incomodidad	,000
Derecho	,019
Intolerancia emocional	,000
Logro	,000
Intolerancia a la frustración	,007
Preocupación por el peso	,094
Insatisfacción corporal	,000
Insatisfacción con la imagen corporal	,000

Como se puede observar, las variables analizadas no poseen distribución normal, excepto la Preocupación por el peso.

4.4. Análisis de la relación entre las variables

Existen relaciones significativas entre la insatisfacción con la imagen corporal y la intolerancia a la frustración, tanto en sus niveles generales como en sus dimensiones. Además, se encontraron relaciones significativas entre el IMC, el peso, el nivel educativo, y los factores de la insatisfacción corporal y la intolerancia a la frustración. Asimismo, la edad mostró relaciones significativas con la insatisfacción corporal, mientras que las dimensiones de la intolerancia a la frustración se asociaron a la altura, el tiempo que realiza actividad física en la casa y la frecuencia con la que realiza actividad física.

No se encontraron relaciones significativas entre la cantidad de hijos y la intolerancia a la frustración y la insatisfacción corporal.

Tabla 4.*Correlación entre la Preocupación por el peso y la Intolerancia a la frustración.*

		p
Intolerancia a la incomodidad	,432	,000
Derecho	,368	,000
Intolerancia emocional	,238	,013
Logro	,350	,000
Intolerancia a la frustración	,396	,000

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas y positivas entre la Preocupación por el peso y la intolerancia a la frustración y sus dimensiones. En todos los casos, al aumentar la preocupación por el peso, se incrementa la intolerancia a la frustración y sus dimensiones.

Tabla 5.*Correlación entre la Insatisfacción corporal y la Intolerancia a la frustración.*

		p
Intolerancia a la incomodidad	,513	,000
Derecho	,326	,001
Intolerancia emocional	,308	,001
Logro	,334	,000
Intolerancia a la frustración	,377	,000

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas y positivas entre la insatisfacción corporal y la intolerancia a la frustración y sus dimensiones. En todos los casos, al aumentar la insatisfacción corporal, se incrementa la intolerancia a la frustración y sus dimensiones.

Tabla 6.*Correlación entre la Insatisfacción con la imagen corporal (BSQ) y la Intolerancia a la frustración.*

		p
Intolerancia a la incomodidad	,456	,000
Derecho	,348	,000
Intolerancia emocional	,246	,010
Logro	,340	,000
Intolerancia a la frustración	,374	,000

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas y positivas entre la insatisfacción con la imagen corporal (BSQ) y la intolerancia a la frustración y sus dimensiones. En todos los casos, al aumentar la insatisfacción con la imagen corporal, se incrementa la intolerancia a la frustración y sus dimensiones.

Tabla 7.*Correlación entre el IMC y las variables analizadas.*

		p
Derecho	-,256	,007
Intolerancia emocional	-,219	,023
Intolerancia a la frustración	-,257	,007
Insatisfacción corporal	,309	,001
Insatisfacción con la imagen corporal BSQ	,221	,021

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados mostraron relaciones significativas y negativas entre el IMC y las dimensiones Derecho, Intolerancia emocional e Intolerancia a la frustración. Además, se encontraron relaciones significativas y positivas entre el IMC y la Insatisfacción corporal y la Insatisfacción evaluada globalmente mediante el BSQ. Al aumentar el IMC, aumenta la insatisfacción corporal global

y como dimensión, se reduce la intolerancia a la frustración y la emocional, la dimensión Derecho y viceversa.

Tabla 8.

Correlación entre la edad y la Insatisfacción corporal.

		p
Insatisfacción corporal	,252	,008

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se hallaron relaciones significativas y positivas entre la Insatisfacción corporal y la edad. A mayor edad, se vivencia más insatisfacción corporal.

Tabla 9.

Correlación entre el peso y las variables analizadas.

		p
Derecho	-,296	,002
Intolerancia emocional	-,285	,003
Logro	-,245	,011
Intolerancia a la frustración total	-,319	,001
Insatisfacción corporal	,203	,035

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados mostraron relaciones significativas y negativas entre el peso y la intolerancia a la frustración y sus dimensiones. Además, se encontraron relaciones significativas y positivas entre el peso y la Insatisfacción corporal. A mayor peso, aumenta la insatisfacción corporal, disminuye la Intolerancia a la frustración y viceversa.

Tabla 10.*Correlación entre la altura y la intolerancia a la frustración.*

		p
Intolerancia emocional	-,259	,007
Intolerancia a la frustración total	-,219	,023

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas y negativas entre la altura y la intolerancia emocional y la intolerancia a la frustración. A mayor altura, hay menor intolerancia emocional e intolerancia a la frustración y viceversa.

Tabla 11.*Correlación entre el nivel de educación y las variables analizadas.*

		p
Intolerancia a la incomodidad	-,286	,003
Derecho	-,225	,019
Preocupación por el peso	,218	,023

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados mostraron relaciones significativas y positivas entre el nivel educativo y la preocupación por el peso, y relaciones significativas y negativas entre el primero y el Derecho y la Intolerancia a la incomodidad. A mayor nivel educativo, más preocupación por el peso, menos intolerancia a la incomodidad, menos derecho, y viceversa.

Tabla 12.*Correlación entre el tiempo que realiza actividad en la casa y las variables analizadas.*

		p
Intolerancia emocional	-,279	,012

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados mostraron relaciones significativas y negativas entre la intolerancia emocional y el tiempo que realiza actividad en la casa. A mayor tiempo de realización de la actividad física en el hogar, existe menos intolerancia emocional y viceversa.

Tabla 13.

Correlación entre la frecuencia con la que realiza actividad física y las variables analizadas.

		p
Intolerancia a la incomodidad	-,435	,000
Derecho	-,338	,001
Intolerancia a la frustración	-,285	,005

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados mostraron relaciones significativas y negativas entre la frecuencia con la que realiza actividad física y la intolerancia a la frustración, a la incomodidad y el Derecho. Al aumentar la frecuencia con la que se realiza la actividad física, se reduce la intolerancia a la frustración, a la incomodidad, el derecho y viceversa.

4.5. Análisis de las diferencias de grupo

Se encontraron diferencias significativas según el estado civil para la intolerancia a la frustración y sus dimensiones, y si realiza alguna actividad asociada al bienestar para la insatisfacción corporal y sus dimensiones. Además, se encontraron diferencias significativas según si tiene hijos, si padeció en el pasado algún trastorno alimentario, si se encuentra actualmente bajo tratamiento psiquiátrico, y si realiza actividad física en la casa, para la intolerancia a la frustración, la insatisfacción corporal y sus dimensiones.

No se encontraron diferencias significativas según el lugar de residencia, si trabaja y el tipo de trabajo para los constructos analizados. Además, para la variable que evalúa si padece algún trastorno alimentario, la gran mayoría

respondió que no, por lo que no fue sometida a análisis de diferencia de grupos.

Tabla 14.

Diferencias grupales según el estado civil.

		p
Derecho	Con pareja= (R= 66,77) Sin pareja= (R= 46,06)	,001
Intolerancia emocional	Con pareja= (R= 62) Sin pareja= (R= 49,34)	,038
Intolerancia a la frustración total	Con pareja= (R= 64,45) Sin pareja= (R= 47,66)	,006

Nota: coeficiente utilizado: U de Mann Whitney

Se encontraron diferencias significativas según el estado civil, para la intolerancia a la frustración y sus factores Derecho e Intolerancia emocional. Las personas con pareja se mostraron más intolerantes y con más derechos que los sujetos sin pareja.

Tabla 15.

Diferencias grupales según tiene hijos.

		p
Intolerancia a la incomodidad	Sí= (R= 62,63) No= (R= 48,47)	,019
Insatisfacción corporal	Sí= (R= 63,02) No= (R= 48,18)	,015
Insatisfacción con la imagen corporal BSQ	Sí= (R= 61,98) No= (R= 48,95)	,032

Nota: coeficiente utilizado: U de Mann Whitney

Se encontraron diferencias grupales según si tiene hijos, para la insatisfacción con la imagen corporal global, la insatisfacción corporal como dimensión y la Intolerancia a la incomodidad. Las mujeres con hijos se

mostraron más insatisfechas con su cuerpo y con mayor intolerancia a la incomodidad comparadas con las mujeres sin hijos.

Tabla 16.

Diferencias grupales según si padeció en el pasado algún trastorno alimentario.

		p
Derecho	Sí= (R= 73,83) No= (R= 52,08)	,023
Intolerancia emocional	Sí= (R= 76,50) No= (R= 51,75)	,009
Logro	Sí= (R= 75) No= (R= 51,94)	,016
Intolerancia a la frustración total	Sí= (R= 74) No= (R= 52,06)	,022
Insatisfacción corporal	Sí= (R= 84) No= (R= 50,81)	,001
Insatisfacción con la imagen corporal BSQ	Sí= (R= 78,17) No= (R= 51,54)	,005

Nota: coeficiente utilizado: U de Mann Whitney

Los resultados evidenciaron diferencias de grupo según si padeció algún trastorno alimentario, para la insatisfacción corporal general y como dimensión, la intolerancia a la frustración y sus dimensiones. Las personas que padecieron algún trastorno alimentario mostraron mayor insatisfacción con la imagen corporal e intolerancia a la frustración, y mayor nivel de sus respectivas dimensiones, comparado con las mujeres que no padecieron ningún trastorno alimentario.

Tabla 17.

Diferencias grupales según si se encuentra actualmente bajo tratamiento psiquiátrico (I).

	p

Preocupación por el peso	Sí= (M= 50,40) No= (M= 37,73)	,023
--------------------------	----------------------------------	------

Nota: coeficiente utilizado: T de Student

Tabla 18.

Diferencias grupales según si se encuentra actualmente bajo tratamiento psiquiátrico (II).

		p
Intolerancia a la incomodidad	Sí= (R= 100,10) No= (R= 49,85)	,000
Derecho	Sí= (R= 86,70) No= (R= 51,21)	,001
Intolerancia emocional	Sí= (R= 95,90) No= (R= 50,28)	,000
Logro	Sí= (R= 90,70) No= (R= 50,81)	,000
Intolerancia a la frustración total	Sí= (R= 98,10) No= (R= 50,05)	,000
Insatisfacción corporal	Sí= (R= 83,10) No= (R= 51,58)	,002
Insatisfacción con la imagen corporal BSQ	Sí= (R= 77,70) No= (R= 52,13)	,014

Nota: coeficiente utilizado: U de Mann Whitney

Se hallaron diferencias de grupo según si se encuentra actualmente bajo tratamiento psiquiátrico para la imagen corporal, la intolerancia a la frustración y algunas de sus dimensiones. Las mujeres bajo tratamiento psiquiátrico se mostraron más insatisfechas con su cuerpo y con más intolerancia a la frustración comparadas con quienes no realizan tratamiento psiquiátrico.

Tabla 19.

Diferencias grupales según si realiza actividad física en la casa (I).

	p
--	---

Preocupación por el peso	Sí= (M= 40,24) No= (M= 34,69)	,047
--------------------------	----------------------------------	------

Nota: coeficiente utilizado: T de Student

Tabla 20.

Diferencias grupales según si realiza actividad física en la casa (II).

		p
Intolerancia a la incomodidad	Sí= (R= 58,21) No= (R= 42,81)	,028
Logro	Sí= (R= 58,30) No= (R= 42,50)	,024

Nota: coeficiente utilizado: U de Mann Whitney

Los resultados evidenciaron diferencias significativas de acuerdo a si las mujeres realizan actividad física en el hogar, para la preocupación por el peso, la intolerancia a la incomodidad y el logro. Las mujeres que realizan actividad física en la casa se mostraron más preocupadas por el peso, más intolerantes y con mayor nivel de Logro en comparación con las mujeres que no realizan actividad física en el hogar.

Tabla 21.

Diferencias grupales según si realiza alguna actividad asociada al bienestar.

		p
Insatisfacción corporal	Sí= (R= 48,57) No= (R= 61,92)	,027

Nota: coeficiente utilizado: U de Mann Whitney

Se encontraron diferencias de grupo según si se realiza alguna actividad asociada al bienestar, para la insatisfacción corporal. Las mujeres que no realizan alguna actividad asociada al bienestar se mostraron más insatisfechas con sus cuerpos que quienes realizan una actividad relacionada con el bienestar.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

En este capítulo final del estudio, se contrastará la hipótesis de investigación con los resultados obtenidos. Posteriormente, se analizarán los hallazgos en base a la bibliografía empleada para elaborar el marco teórico y el estado del arte. Luego, se describirá alguna implicancia práctica que podría originarse gracias a los aportes del estudio. Finalmente, se mencionarán las fortalezas y limitaciones del trabajo efectuado, dando un cierre con propuestas a futuro.

Los resultados de la investigación mostraron la existencia de relaciones significativas y positivas entre la intolerancia a la frustración y la insatisfacción corporal, tanto en sus valoraciones globales, como en sus dimensiones. De esta manera, la hipótesis que afirma que el nivel de insatisfacción corporal se asocia de forma directa con el nivel de intolerancia a la frustración de las mujeres adultas, se corrobora.

No se debe olvidar que la frustración es un estado afectivo que se produce por eventos que generan la disminución o la eliminación de reforzadores (Flaherty, 1996). Estos pueden ser primarios, como los estímulos alimenticios, o secundarios, como el dinero, el entretenimiento, y los estímulos sociales. Coffey y Appley (1993) indican que el sujeto poco tolerante a la frustración es vulnerable frente a lo incomodo y lo molesto, incrementando lo negativo de todo suceso. Un hecho que puede ser considerado negativo puede ser la propia imagen corporal, es decir, la representación mental de cada sujeto sobre su cuerpo, constituida por los elementos perceptual, cognitivo-emocional y comportamental. Es la forma en que la persona se percibe, se siente y se comporta en cuanto a su cuerpo (Arroyo et al., 2008).

Además, los resultados evidenciaron diferencias significativas de acuerdo a si las mujeres realizan actividad física en el hogar, para la preocupación por el peso, dimensión del BSQ. Las mujeres que realizaban actividad física en la casa se mostraron más preocupadas por el peso en comparación con las mujeres que no realizaban actividad en el hogar. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas según el realizar actividad física hogareña para la insatisfacción corporal y la puntuación global del BSQ. De esta forma, la hipótesis que indica que las mujeres que realizan actividad

física en el hogar evidenciarán niveles superiores de insatisfacción corporal en comparación con las mujeres que no realizan actividad física, se refuta.

Asimismo, los resultados mostraron diferencias significativas según si las mujeres realizan actividad física en el hogar, para la intolerancia a la incomodidad y el logro, ambas dimensiones de la EIF. Las mujeres que realizaban actividad física en el hogar se mostraron más intolerantes y con mayor nivel de Logro en comparación con las mujeres que no realizaban actividad en el hogar. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas para la intolerancia a la frustración global ni para las demás dimensiones de la misma. Por ende, la hipótesis que indica que las mujeres que efectúan actividad física en el hogar mostrarán niveles mayores de intolerancia a la frustración comparadas con las mujeres que no realizan actividad física, también se refuta.

Cabe destacar lo que García et al. (2001) señalan, que a través de la historia, la actividad física en la mujer estuvo afectada por características sociales y culturales: la falta de tiempo, las problemáticas familiares y de pareja, las exigencias por casarse, tener hijo o cuidar a algún integrante de la familia. La desigualdad en realizar actividad física se asocia a elementos psicológicos, como la identidad, el autoconcepto, los valores y los elementos sociales como el rol y los estereotipos de género, entre otros (Macías y Moya, 2002).

El rol de género y las responsabilidades sobre la familia promueven la no realización de ejercicio físico (Baert et al., 2011; Rodney et al., 2015). De acuerdo con el Instituto de la Mujer de España (2006), el 17,3% de las mujeres mayores no llevan a cabo dicha actividad. Además, el deporte tiene un modelo androcéntrico, lo que incrementa las barreras para que las mujeres logren un lugar en dicha actividad. Deben considerarlo dentro del modelo masculino, aceptando una re-socialización que no las tiene en cuenta (Mosquera González, 2014).

Además, se encontraron relaciones y diferencias significativas entre la insatisfacción corporal y la intolerancia a la frustración y las variables sociodemográficas.

Al aumentar el IMC, aumenta la insatisfacción corporal como dimensión y de forma global, se reduce la intolerancia a la frustración, las dimensiones

Derecho e Intolerancia emocional y viceversa. Al respecto, se puede mencionar que el IMC es uno de los factores vinculados de forma directa a la insatisfacción corporal. Las personas delgadas cuentan con una visión positiva de su cuerpo, pero quienes tienen sobrepeso muestran insatisfacción (Oliva-Peña et al., 2016).

A mayor edad, se vivencia más insatisfacción corporal. Cabe destacar que toda la población, pero generalmente los adolescentes, le dan mucha relevancia al cuerpo, lo que se evidencia en el consumo de adelgazantes, el realizar dietas que no son saludables y en tener comportamientos que hacen peligrar la salud (Thompson et al., 1999; Sepúlveda et al., 2004).

Al respecto, aunque el DSM-5 (2014) establece las edades de inicio del trastorno dismórfico corporal, y entre las desventajas del IMC se encuentran otros factores como la edad (Kuczmarski et al., 2000; Neovius et al., 2004), se podría inferir que con el paso del tiempo habría una mayor percepción del cuerpo, encontrándose la persona también sometida a un mayor caudal de información sobre los modelos estéticos corporales.

Esto último podría relacionarse con el hecho de que, a mayor peso, aumenta la insatisfacción corporal, disminuye la Intolerancia a la frustración y viceversa. La presión social, principalmente en las mujeres jóvenes, genera que la preocupación por la imagen corporal pase de la salud física a la mental (Unikel et al., 2013). La imagen del cuerpo está afectada por elementos socioculturales, biológicos y contextuales (Vaquero-Cristóbal et al., 2013). Se difunde la belleza corporal como objetivo para lograr el éxito social, haciéndose hincapié en la delgadez.

A mayor altura, hay menor intolerancia a la frustración y viceversa. Más allá de estos hallazgos, la altura fue considerada en este estudio para evaluar el IMC, el cual valora el cociente entre la masa corporal, expresada en kilogramos y la altura al cuadrado, siendo un indicador para encontrar distorsiones y el riesgo de que se genere algún trastorno (Oliva-Peña et al., 2016).

A mayor nivel educativo, existe más preocupación por el peso, menos intolerancia a la incomodidad, menos derecho, y viceversa. Al respecto, se puede mencionar que, indirectamente en su estudio, Hernández et al. (2003) explicarían estos resultados. El mayor nivel educativo y el no haber tenido hijos

se relacionaba con la práctica deportiva en mujeres mexicanas. Esta no era usual en mujeres de más de 20 años y de bajo nivel educativo, ya que se incrementaba la prevalencia de obesidad y de enfermedades crónicas. Posiblemente esto explique que las mujeres con hijos se mostraran más insatisfechas con su cuerpo y con mayor intolerancia a la incomodidad comparadas con las mujeres sin hijos.

A mayor tiempo de realizar actividad física en el hogar, existe menos intolerancia emocional y viceversa. Por ende, la actividad física prevendría las creencias irracionales acerca de la controlabilidad de los estados afectivos displacenteros, las cuales provocan respuestas afectivas secundarias (Harrington, 2006, McHugh et al., 2014).

Al aumentar la actividad física que se realiza, hay menos intolerancia a la frustración y viceversa. Esto evidenciaría que la actividad física sería un factor protector frente a la intolerancia a la frustración. La realización de actividades físicas se asocia a elementos establecidos por cada sujeto, por la asociación entre ellas y por el entorno en el que se encuentra (Buchner & Miles, 2002).

Además, las personas con pareja se mostraron más intolerantes que los sujetos sin pareja. Tal vez este hecho fomente que las mujeres posiblemente prefieran continuar con su pareja por el hecho de no tolerar encontrarse solteras, aunque también podría considerarse lo opuesto.

Las personas que padecieron algún trastorno alimentario mostraron mayor insatisfacción con la imagen corporal e intolerancia a la frustración, comparado con las mujeres que no padecieron ningún trastorno alimentario. La alteración en la imagen corporal genera una sobrestimación o subestimación en los trastornos alimentarios (Thompson, 1990). La insatisfacción con el cuerpo o con alguna parte de éste preocupa a quienes padecen trastornos de la conducta alimentaria (Garner, 1998), apareciendo el riesgo de que se generen síntomas de trastornos alimentarios (Cruz y Maganto, 2002; Goni et al., 2004). De la misma forma, se podría explicar que las mujeres bajo tratamiento psiquiátrico se mostraron más insatisfechas con su cuerpo y con mayor intolerancia a la frustración.

Por último, las mujeres que no realizan alguna actividad asociada al bienestar se mostraron más insatisfechas con sus cuerpos. Podría

considerarse el realizar actividad física como una acción que promueve el bienestar, por lo que no efectuar ninguna actividad que suscite el bienestar provocaría la insatisfacción corporal, a pesar de ser actividad física o no física.

En síntesis, estos hallazgos demuestran como la cuestión de la insatisfacción corporal logró mucha relevancia en la actualidad, por la multiplicidad de factores predisponentes que existen, los modelos estéticos corporales que fomentan la delgadez extrema; así como la relevancia y la magnitud que adquirieron los trastornos alimentarios en las mujeres. De todas formas, aun queda mucho por descubrir en cuanto a los efectos de la intolerancia a la frustración sobre la insatisfacción corporal. Este estudio pretendió brindar el primer paso en esa dirección.

Como fortaleza de este estudio, se contribuye desde el entorno local con antecedentes de lo que sucede en las mujeres argentinas en cuanto a la insatisfacción corporal. Además, se plantea la relevancia de la actividad física en el hogar en el contexto de pandemia de COVID-19, contribuyendo a la bibliografía que surgió desde el 2020 en relación a dicha pandemia.

Como limitación, se encontraron pocos estudios acerca del análisis de la intolerancia a la frustración en general, siendo casi inexistente en relación a la insatisfacción corporal o a la realización de actividad física en mujeres adultas. Asimismo, la misma pandemia de COVID-19 pudo haber afectado en cierta forma la recolección de los datos y la manera que las mujeres efectuaban actividad física, pasando de realizarlo fuera del hogar a hacerlo “en casa”.

En conclusión, se espera que con el paso del tiempo se puedan conocer las consecuencias de la pandemia sobre la salud física y mental de las personas, sumado a los efectos que la cultura de la delgadez promueve en las mujeres de todas las edades. Sería interesante conocer como la superposición de ambos fenómenos pudieron haber afectado en las mujeres, y como la actividad física ocuparía el rol de fomentar la salud y promover el bienestar de la población en general y de las mujeres en particular.

6. REFERENCIAS

- Acosta, M. V. y Gómez, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Int J Clin Health Psychol*, 3(1), 9-21
- Aguilar, M., González, E., García, C., García, P., Álvarez, J., Padilla, C., y Mur, N. (2011). Estudio comparativo de la eficacia del índice de masa corporal y el porcentaje de grasa corporal como métodos para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en población pediátrica. *Nutr Hosp*, 27(1), 185-91.
- Agurto Periche, J. A. (2019). *Funcionamiento familiar y la tolerancia a la frustración en estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Tumbes – 2018* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Tumbes]. <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/401/TESIS%20-%20AGURTO%20PERICHE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Álvarez, C., Ramírez, R., Flores, M., Zúñiga, C. y Celis-Morales, C. A. (2012). Efectos del ejercicio físico de alta intensidad y sobrecarga en parámetros de salud metabólica en mujeres sedentarias, pre-diabéticas con sobrepeso u obesidad. *Revista Médica de Chile*, 140, 1289-1296 <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001000008>
- Amsel, A. & Penick, E. (1962). The influence of early experience on the frustration effect. *Journal of experimental psychology*, 167-176. <https://doi.org/10.1037/h0043161>
- Amsel, A. (1958). The role of frustrative nonreward in noncontinuous reward situations. *Psychological Bulletin*, 55, 102-119
- Amsel, A. (1962). Frustrative nonreward in partial reinforcement and discrimination learning: Some recent history and a theoretical extension. *Psychological Review*, 69(4), 306–328. <https://doi.org/10.1037/h0046200>
- Amsel, A. (1992). *Frustration theory: An analysis of dispositional learning and memory*. Cambridge University Press.
- Antunes Ribeiro, R. (2020). *Estilos parentales, apego y tolerancia a la frustración: transmisión intergeneracional abuelos-padres-nietos* [Tesis

- de doctorado, Universitat Ramon Llull].
https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/668744/Tesi_Rita_Antunes.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Arias, P. (2017). Entrenamiento funcional. <http://www.colegiociencias economicas.cr/boletin/20170608/salud-y-vida.pdf>
- Arnone, M. & Dantzer, R. (1980). Does frustration induce aggression in pigs?. *Applied Animal Ethology*, 6, 351-362. doi: dx.doi. org/10.1016/0304-3762(80)90135-2.
- Arroyo, E., Hernández, R., Herrera, H., y Pérez, A. (2008). Asociación del área grasa y muscular con el índice de masa corporal en niños de dos escuelas rurales, Municipio Hatillo, Edo. Miranda, Venezuela. *Interciencia*, 33, 146-51
- Arroyo, M., Rocandio, A. M., Ansotegui, L., Pascual, E., Salces, I. y Rebato, E. (2006). Calidad de la dieta sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp* 2006, 21, 673-9
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *American Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5ª Ed.). Autor.
- Azevedo, M. R., Araújo, C. L. P., Reichert, F. F., Siquiera, F. V., da Silva, M. C., y Hallal, P. C. (2007). Gender differences in leisure-time physical activity. *Int J Public Health*, 52(1), 8-15. doi: 10.1007/s00038-006-5062-1
- Baert, V., Gorus, E., Mets, T., Geerts, C., y Bautmans, I. (2011). Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: A systematic review. *Ageing Res Rev.*, 10(4):464-74. doi: 10.1016/j.arr.2011.04.001
- Baile, J. I. (1999). *La génesis de la anorexia nerviosa: la importancia de la insatisfacción corporal*. Trabajo presentado en las IV Experiencias Educativas. Tudela (Navarra)
- Baile-Ayensa, J. I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Revista de Humanidades Cuadernos del Marqués de San Adrián*, 2, 1-17
- Barbat Artigas, S., Fillion, M. E., Dupontgand, S., Karelis, A. & Aubertin-Leheudre, M. (2011). Effects of tai chi training in dynapenic and nondynapenic postmenopausal women. *Menopause*, 18, 974-979 <http://dx.doi.org/10.1097/gme.0b013e3182127c89>

- Batista, G., Horta, N., Freire, Z., Souza, G., Machado L., Correia, L., Nasciomento, A., Barreto, C. Barreto-Filho, J. & Ferrerira, H. (2009). Índice de masa Corporal presenta buena correlación con el perfil proateroesclerótico en niños y adolescentes. *Arq Bras Cardiol*, 93, 256-61.
- Bemis, K. V. & Hollon, s. d. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214
- Berkowitz, L. (1989). The frustration-aggression hypothesis: Examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106, 59-73. - Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression: A cognitiveneoassociationistic analysis. *American Psychologist*, 45, 494-503.
- Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression: A cognitive neo associationistic analysis. *American Psychologist*, 45, 494-503.
- Berkowitz, L. (1993). Pain and aggression. Some findings and implications. *Motivacion and Emotion*, 17, 277-293
- Berkowitz, L., Jaffee, S., Jo, E. & TrUccoli, B. T. (2000). On the correction of feelinginduced judgmental biases in feeling and thinking. In J. Forgas (Ed.). *Feeling and thinking: The role affect in social cognition* (pp. 131-152). Cambridge University.
- Bobadilla-Suárez, S. y López-Avila, A. (2014). Distorsión de imagen corporal percibida e imaginada. Un posible factor para la obesidad y el sobrepeso en mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(4), 408-414.
- Bouchard, C., Shephard, R. J., Stephens, T., Sutton, J. & McPherson, B. (1990). *Exercise, Fitness and Health. A Consensus of Current Knowledge*. Human Kinetics.
- Buchner, D. & Miles, R. (2002). Seeking a contemporary understanding of factors that influence physical activity. *Am J Prev Med*, 23, 3-4
- Calle, E., Thun, M., Petrilli, J. & Rodríguez, C. (1999). Heath C. Body mass index and mortality in a perspective cohort of US adults. *N Engle J Med*, 341, 1097-105

- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (eds.) (2002) *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice*. The Guilford Press.
- Cash, T. F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. Guilford.
- Castrillón Moreno, D., Luna Montaña, I., Avendaño Prieto, G. y Pérez-Acosta, A. M. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 15-23
- Centro de Control y Prevención de Enfermedades (1999). Promoción de la actividad física: la mejor inversión en salud pública. *Human Kinetics*, 8-35
- Cloninger, S. (2003). *Teoría de la personalidad*. México: Prentice-Hall.
- Cogan, J. C., Bhalla, S. K., Sefa-Dedeh, A., & Rothblum, E. D. (1996). A comparison study of United States and African students on perceptions of obesity and thinness. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27(1), 98–113. <https://doi.org/10.1177/0022022196271007>
- Craig, P. L., Swinburn, B. A., Matenga, T., Matangi, H., & Vaughn, G. (1996). Do Polynesians still believe that big is beautiful? Comparasion of body size perceptions and preferences of Cook Islands, Maori and Australians. *New Zeal Med J*, 109(1023), 200-3
- Craig, P., Halavatau, V., Comino E., & Caterson, I. (1999), Perception of body side in the Tongan community: differences from and similirities to an Australian sample. *Int J Obesity*, 23 (12), 1288-94 <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801069>
- Cruz Díaz, D., Martínez Amat, A., Osuna Pérez, M. c., De La Torre-Cruz, M. J. & Hita-Contreras, F. (2016). Short- and long-term effects of a six-week clinical Pilates program in addition to physical therapy on postmenopausal women with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Disabil. Rehabil.*, 38, 1300-1308 <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2015.1090485>
- Cruz, S. y Maganto, M. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Rev de Psicol Gral y Aplic*, 55(3), 455-473

- Cuenya, L. & Torres, C. (2012). The effect of partial reinforcement on instrumental successive negative contrast in inbred Roman high- (RHA-I) and low- (RLA-I) avoidance rats. *Physiology and Behavior*, 105, 1112-1116.
- Cuenya, L., Kamenetzky, G. & Mustaca, A.E. (2014). Early experience and incentive relativity in adulthood. *International Journal of Comparative Psychology*, 27, 474-487.
- Definición de fitness. Concepto definición. <http://conceptodefinicion.de/fitness/>
- Dietz, W. & Robinson, T. (1998). Use of body mass index (BMI) as measure of overweight in children and adolescents. *J Pediatr*, 132, 191-6.
- Dollard, J., Miller, N. E., Doob, L. W., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). Frustration and aggression. Yale University Press. <https://doi.org/10.1037/10022-000>
- Eisemberger, N., Jarcho, J., Lieberman, M., & Nalebuff, B. (2006). An experimental study of shared sensitivity to physical pain and social rejection. *Pain*, 126, 132-138.
- Ellis, A. & Dryden, W. (1987). *The practice of rational emotive therapy (RET)*. Springer
- Ellis, A. (1979). Rational-emotive psychotherapy. En W. S. Sahakian (dir.), *Psychopathology today* (2ª ed.), (pp. 439-448). Peacock.
- Ellis, A. (1980). Discomfort anxiety: a new cognitive behavioral construct. Part II. *Rational Living*, 15, 25-30.
- Ellis, A. (1995). *Better, deeper, and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach*. Brunner/Mazel
- Ellis, A. (2006). *El Camino de la Tolerancia: La Filosofía de la Terapia Racional Emotivo Conductual*. Editorial Obelisco.
- Ellis, A., Michael E. & Bernard, M. E. (2006). *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders. Theory, practice and research*. Springer.
- Eufic. Ejercicio físico. (2018). Tipos de ejercicio. <http://www.eufic.org/article/es/expid/tipos-ejercicio/>
- Fariñas, L., Vásquez, V., Martínez, A., Carmenate, M., y Marrodán, M. (2012). Evaluación del estado nutricional de escolares cubanos y españoles:

- índice de masa corporal frente a porcentaje grasa. *Nutr Clin Diet Hosp*, 32, 58-64.
- Fernández, E., Vázquez, B., Camacho, M. J., Sánchez, F., Martínez de Quel, O., Rodríguez, ... Aznar, S. (2006). La inclusión de la actividad física y el deporte en el estilo de vida de las mujeres adolescentes: estudio de los factores clave y pautas de intervención. *Serie ICd*, 46, 19-63.
- Fisher, E. (1986). *Development & structure of the body image*. Lawrence Erlbaum
- Flaherty, C. F. (1996). *Incentive relativity*. Cambridge University Press
- Flaherty, C. F., & Rowan, G. A. (1985). Anticipatory contrast: Within-subjects analysis. *Animal Learning & Behavior*, 13(1), 2–5. <https://doi.org/10.3758/BF03213357>
- Flaherty, C. F., Becker, H. C., & Pohorecky, L. (1985). Correlation of corticosterone elevation and negative contrast varies as a function of postshift day. *Animal Learning & Behavior*, 13, 309- 314. doi: [dx.doi.org/10.3758/BF03200025](https://doi.org/10.3758/BF03200025)
- Freud, S. (1920). *Além do princípio do prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos (1920-1922)*. Obras Completas, XVIII. Editora Imago.
- García, L. y Garita, E. (2007). Relación entre la satisfacción con la imagen corporal autoconcepto físico, índice de masa corporal y factores socioculturales en mujeres adolescentes costarricenses. *Pensar en Movimiento: Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*. 5. 10.15517/pensarmov.v5i1.356.
- García, M. E., Hernández, A. I., Oña, A. y Godoy, J. (2010). La práctica física de tiempo libre en la mujer. *Motricidad: revista de ciencias de la actividad física y del deporte*, 7, 145-186.
- García-Lanzuela, Y., Matute Bravo, S., Tifner, S., Gallizo Llorens, M., & Gil-Lacruz, M. (2007). Absence of physical activity and health perception: gender differences in a sample from Aragón. *Rev Int Med y Ciencias la Act Física y del Deport.*, 28(7), 344-58.
- Garner, D. M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2*. Tea Ediciones, SA
- Ghaderi A. (2001). *Eating Disorders*. Uppsala University

- Gómez-Mármol, A., Sánchez-Alcaraz, B. J., y Mahedero-Navarrete, M. P. (2013). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *Ágora para la Educación Física y el Deporte*, 15(1), 54-6
- Goni, A., Rodríguez, A., y Ruiz de Azúa, S. (2004). Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. *Psiquis*, 25(4), 141-151.
- González, E., Aguilar, M., García, C., García, P., Padilla, C., y Álvarez, J. (2010). Estudio epidemiológico de enfermería sobre la prevalencia de sobrepeso, obesidad y su asociación con hipertensión arterial en una población de estudiantes en la ciudad de Granada y su provincia. *Nutr Clin Diet Hosp*, 30, 42-50.
- González, N. F. y Rivas, A. D. (2018). Actividad física y ejercicio en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(1), 125-131
- Gracia, M., Ballester, D., Patiño, J. y Suñol, C. (2001). Prevalencia de insatisfacción corporal y de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Interpsiquis*, 1-5
- Gray, J. A. (1987). *The Psychology of fear and stress*. Cambridge University Press
- Gupta, M. A., Chaturvedi, S. K., Chandarana, P. C., y Johnson, A. M. (2000). Weight-related body image concerns among 18-24-years-old women in Canada and India. An empirical comparative study. *J Psychosomatic Res*, 50(4), 193-8. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00221-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00221-X)
- Harrington, N. (2005a). The Frustration Discomfort Scale: development and psychometric properties. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 374-387
- Harrington, N. (2006). Frustration Intolerance Beliefs: Their Relationship with Depression, Anxiety, and Anger, in a Clinical Population. *Cognitive Therapy and Research*, 30(6), 669-709
- Hernández, B., Haene, J., Barquera, S., Monterrubio, E., Rivera, J., y Shamah, T. (2003). Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva. *Rev Panam Salud Publica*, 14(4), 235-245

- Hidalgo N. y Soclle F. (2011). Escala de Tolerancia a la frustración (ETAF). https://kupdf.com/embed/manual-etaf-escala-de-tolerancia-a-lafrustracioacuten_58adda976454a70b04b1e922.html?sp
- Higgins, J. P. & Higgins, C. L. (2016). Prescribing exercise to help your patients lose weight. *Cleve Clin J Med.*, 83, 141-150
<http://dx.doi.org/10.3949/ccjm.83a.14139>
- Horney, K. (1945). *Our inner conflicts*. Norton.
- Hueda Capristan, A. C. (2017). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Insatisfacción con la Imagen Corporal en universitarios. *Revista de Psicología*, 18(1).
- Infobae (2013). Las cinco disciplinas del fitness que son furor
<https://www.infobae.com/2013/09/16/1509295-las-cinco-disciplinas-del-fitness-que-sonfuror/>
- Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Actitudes y Prácticas Deportivas de las Mujeres en España (1990-2005). <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/92practdeportivas.pdf>
- Jung, M. E., Bourne, J.E., & Little, J. P. (2014). Where does HIT fit? An examination of the affective response to high-intensity intervals in comparison to continuous moderate- and continuous vigorous-intensity exercise in the exercise intensity-affect continuum. *PLoS One.*, 9
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0114541>
- Justel, N., Pautassi, R., & Mustaca, A. (2014). Proactive interference of open field on consummatory successive negative contrast. *Learning y Behavior*, 42, 58-68.
- Kakeshita, I. & Almeida, S. (2006). Relacao entre índice de massa corporal e a percepcao da auto imagem em universitários. *Rev Saúde Pública*, 40, 497-504.
- Kamenetzky, G. V. y Mustaca, A. E. (2005). Modelos animales para el estudio del alcoholismo. *Terapia Psicológica*, 23, 65-72.
- Kamenetzky, G. V., Cuenya, L., Elgier, A. M., López Seal, F., Fosachecha, S., Martin, L., y Mustaca, A. E. (2009). Respuestas de Frustración en Humanos. *Terapia Psicológica*, 27(2), 191-201
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200005>

- Kearney, C. A. (2002). Case study of the assessment and treatment of a youth with multi-function school refusal behavior. *Clinical Case Studies*, 1, 67–80.
- Kuczmarski, R., Ogden, C., Grummer, L., Flegal, K., Guo, S., Wei, R., Mei, Z., Curtin, L. R., Roche, A. F. & Johnson, C. L. (2000). CDC Growth Charts: United States. *Adv Data*, 8, 1-27
- La teoría de la frustración y del conflicto. (s.f.). [http://www.juntadeandalucia.es/averroes/centrostatic/14002984/helvia/aula/archivos/repositorio/1000/1006/html/web4/memnon /frustracion.htm](http://www.juntadeandalucia.es/averroes/centrostatic/14002984/helvia/aula/archivos/repositorio/1000/1006/html/web4/memnon/frustracion.htm)
- Laporta-Herrero, I., Jáuregui-Lobera, I., Barajas-Iglesias, B., & Santed-Germán, M. A. (2016). Body dissatisfaction in adolescents with eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. doi: 10.1007/s40519-016-0353-x
- Levine, M. P., Solak, L., Moodey, A. F., Shuman, M. D. & Hessen, L. D. (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *Int J Eat Disord*, 15(1), 11-20. doi: 10.1002/1098-108x(199401)15:1<11::aid-eat2260150103>3.0.co;2-q
- Mac Donald, G. & Leary, M.R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological bulletin*, 131(2), 202-223. doi: 10.1037/0033290 9.131.2.202
- Macías, M. V. y Moya, M. C. (2002). Estereotipos y deporte femenino. La influencia del estereotipo en la práctica deportiva de niñas y adolescentes. *Serie ICd*, 35, 61-95
- Mazano Guerrero, D. y Pescador Bernal, C. A. (2017). *Promoción de la actividad física para la salud a través del entrenamiento funcional en escolares adolescentes* [Tesis de grado, Universidad Libre de Facultad de Ciencias de la Educación]. <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/11857/TESIS%20FINALcorreccion.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Medrano, L. A, Franco, P., Flores-Kanter, P. E., y Mustaca, A. E. (2019). Intolerancia a la frustración y estrategias cognitivas de regulación emocional en la predicción de la agresividad. *Revista Suma Psicológica*, 26(1), 19-27 DOI: <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi.2019.v26.n1.3>

- Medrano, L. A., Franco, P., y Mustaca, A. E. (2018). Adaptación argentina de la "Escala de Intolerancia a la Frustración". *Psicología Conductual*, 26(2), 303-321
- Mendoza, N., De Teresa, C., Cano, A., Rodríguez-Alcalá, L., Vélez, M. y Sánchez-Borrego, R. (2016). Benefits of physical exercise in postmenopausal women. *Maturitas*, 93, 83-88
<http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.04.017>
- Morena Garzón, J. M. (s.f.). Beneficios psicológicos del ejercicio. En Sanitas Hospitales, *Mujer y deporte. La salud como meta* (pp. 35-52).
- Mosquera González, M. J. (2014). ¿ Las mujeres no hacen deporte porque no quieren? ¿ Los hombres practican el deporte que quieren? *El género como variable de análisis de la práctica deportiva de las mujeres y de los hombres*. IV Ciclo de Conferencias Xénero, Actividade Física e Deporte, 2012-2013.
- Mustaca, A. (2013). Siento un dolor en el alma: "metáfora o realidad". *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5(2), 47-60
- Mustaca, A. E. (2018). Frustración y conductas sociales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(1), 65-81 <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4643>.
- Mustaca, A., Bentosela, M., Pellegrini, S., Ruetti, E., Kamenetzky, G., y Cuello, M. (2005). Aportes para la comprensión de la frustración. En J. Vivas (Comp.), *Las Ciencias del Comportamiento en los albores del Siglo XXI* (pp. 313-322). Editorial Universitaria.
- Mustaca, A. E. & Papini, M. (2005). Consummatory successive negative contrast induces hypoalgesia. *International Journal of Comparative Psychology*, 18, 333-339.
- Namuche Salazar, C. T. y Vázquez Limo, K. N. (2017). *Calidad de vida y tolerancia a la frustración en deportistas de un club de fútbol, Chiclayo* [Tesis de grado, Universidad Señor de Sipán]. <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/4109/Namuche%20Salazar%20-%20Vasquez%20Limo%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- National Eating Disorders Collaboration (2017). What is body image? <http://www.nedc.com.au/body-image>

- Neovius, M., Linne, Y., Barkeling, B., & O'Rossner, S. (2004). Sensitivity and specificity of classification for fatness in adolescents. *Am J Clin Nut*, 80, 597-603
- Nieri, L. y Fuentes Cuiñas, A. A. (2018). *Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres argentinas*. Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas Projectuales. Fundación UADE.
- OkDiario (2018). ¿Qué es el stretching? Los mejores ejercicios de estiramiento. <https://okdiario.com/salud/mejores-ejercicios-stretching-o-estiramientos-2271676>
- Oliva, A., Antolín, L., Pertegal, M., Ríos, M., Parra, Á., Gómez, Á., & Reina, M. D. (2011). *Instrumentos para la evaluación de salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Oliva-Peña, Y., Ordóñez-Luna, M., Santana-Carvajal, A., Marín Cárdenas, A. D., Andueza Pech, G. y Gómez Castillo, I. A. (2016). Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *Rev Biomed*, 27, 49-60 <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v27i2.24>
- Olson D. y Barnes, H. (1982). *Calidad de vida*. (Manuscrito no publicado).
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). Actividad física. https://www.who.int/topics/physical_activity/es/
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf
- Oviedo Caro, M. A. y Antequera, J. (2015). Hábitos y motivos de actividad física de mujeres mayores en una población rural de la Provincia de Sevilla. *Movimiento Humano*, 7, 65-77
- Ozer, B., Demir, A., & Harrington, N. (2012). Psychometric Properties of Discomfort scale frustration in a Turkish sample. *Psychological Reports: Measures y Statistics*, 111, 117-128.
- Palomino Floriano, A. A. (2018). *Adaptación del Body Shape Questionnaire (BSQ) en jóvenes varones universitarios de Lima Metropolitana* [Tesis de grado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. doi: <https://doi.org/10.19083/tesis/625008>

- Papini, M. R. (2003). Comparative psychology of surprising nonreward. *Brain, Behavior and Evolution*, 62, 83-95.
- Papini, M. R., & Dudley, R. T. (1997). Consequences of surprising reward omissions. *Review of General Psychology*, 1, 175-197.
- Parrott, R. F. & Lloyd, D. M. (1995). Restraint, But Not Frustration, Induces Prostaglandin-Mediated Hyperthermia in Pigs. *Physiology & Behavior*, 57(6), 1051-1055. doi: dx.doi.org/10.1016/ 0031-9384(94)00343-4.
- Pecoraro, N., de Jong, H., & Dallman, M. (2009). An unexpected reduction in sucrose concentration activates the HPA axis on successive post shift days without attenuation b discrimination contextual stimuli. *Physiology & Behavior*, 96, 651-661. doi: 10.1016/j.physbeh.2008.12.018.
- Pederson, A., Greaves, L., & Poole, N. (2014). Gender-transformative health promotion for women: A framework for action. *Health Promot Int*, 30(1), 140-50. doi: 10.1093/heapro/dau083
- Pellegrini, S., Muzio, R., Mustaca, A. & Papini, M. (2004). Successive negative contrast after partial reinforcement in the consummatory behavior in rats. *Learning and Motivation*, 35, 303-321.
- Pellegrini, S., Wood, M., Daniel, A.M. & Papini, M.R. (2005). Opioid receptors modulate recovery from consummatory successive negative contrast. *Behavioral Brain Research*, 164, 239-249. doi:dx.doi.org/10.1016/j.bbr.2005.06.035
- Pérez Manrique, T., Díaz Barbosa, J. H., Pulido Vega, J. C. (2009). Contraste conductual en operantes relacionales con participantes humanos. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 115-126
- Phillips, K. A. (1991). Body dismorphic disorders: The distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1138-1149.
- Pitta, A. M. F. (1999). *Hospital: dor e morte como ofício*. Hucitec.
- Posada Quiroga, E. (2015). La frustración como recurso terapéutico en la formación profesional del arteterapeuta. *Pulso*, 38, 35-56
- Psyrdellis, M., Pautassi, R., Mustaca, A. & Justel, N. (2016). Cholinergic transmission underlies modulation of frustration by open field exposure. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 140, 8–16. doi:10.1016/j.pbb.2015.10.017

- Quito Tapia, F., Arteaga Alvarado, P. A., Planche Rodríguez, D. D. y Campoverde Pesantez, A. X. (2017). Tolerancia a la frustración en deportistas adolescentes seleccionados de la Federación Deportiva del Azuay ante el fracaso en una competencia durante el año 2016-2017. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 69-82
- Raich, R. (2000): Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid, Ediciones Pirámide
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27
- Raich, R. M. (2017). *La tiranía de la imagen*. Singlatana.
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I., y Zapater, L. (1996) Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7(1), 51-66.
- Raich-Escursell, R. M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I., y Zapater L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7(1), 51-66.
- Ramírez, E. y Valencia, M. (2008). Tamaño y composición corporal en niños mexicanos I: implicaciones en el uso del BOD, DXA y dilución con deuterio en la evaluación de la masa grasa y masa libre de grasa. *RESPYN*, 9, 1-11
- Reguera J. (2007). Pensar bien, vivir mejor, mediante la terapia racional emotivo - conductual. <http://webs.ono.com/jureba/Pensar%20bien.pdf>
- Rodin, J. (1993). Cultural and pshychosocial determinants of weight concerns. *Ann Intern Med*, 119(7), 643-5.
- Rodney, J., Ainsworth, P., Keller, B. E., & Colleen Dodgson, J. E. (2015). Barriers to physical activity among African American women: an integrative review of the literature. *Women Health.*, 55(6), 679-99. doi: 10.1080/03630242.2015.1039184.
- Rodríguez Yagüe, R. (2015). *La frustración en la etapa de Educación Infantil* [Tesis de grado, Universidad de Valladolid]. <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/14479/TFG-G1331.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166.
- Rosenzweig, S. (1954). *Test de Frustración (P.F.T.). Manual*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Rosenzweig, S. (1944). *An outline of frustration theory*. In J. McV. Hunt (Ed.). *Personality and the behavior disorders*. Vol. I. Ronald Press.
- Ruetti, E., González Jatuff, A., Justel, N., Torrecilla, M. y Mustaca, A. E. (2010). Estrés neonatal y frustración. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42, 279-288
- Ruetti, E., Justel, N., Mustaca, A., & Papini, M. (2009). Posttrial Corticosterone Administration Enhances the Effects of Incentive Downshift: Exploring the Boundaries of this Effect. *Behavioral Neuroscience*, 123(1), 137-144. doi: dx.doi.org/10.1037/a0013805.
- Runfol, C. D., Von Holle, A., Trace, S. E., Brownley, K. A., Hofmeier, S. M., Gagne, D. A., & Bulik, C. M. (2013). Body dissatisfaction in women across the lifespan: Results of the UNC-SELF and gender and body image (GABI) studies. *European Eating Disorders Review*, 21(1), 52-59. doi: 10.1002/erv.2201
- Scheirer, J., Fernandez, R., Klein, J. & Picard, R. (2002). Frustrating the user on purpose: A step toward building an affective computer. *Interacting with Computers*, 14, 93-118. 10.1016/S0953-5438(01)00059-5.
- Sepúlveda, A. R., Gandarillas, A. y Carrobbles, J. A. (2004). *Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria*. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Sicilia, A., Ferriz, R y Sáenz, P. (2013). Validación Española de la escala de frustración de las necesidades psicológicas en el ejercicio físico. *Psy, Soc y Educ*, 1-19
- Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497-502. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90136-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8)
- Smolak, L. & Thompson, K., (2001). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. American Psychological Association

- Solis Avalos, G. M. (2014). *Percepción y creencias irracionales de la imagen corporal de mujeres adultas pertenecientes a gimnasio Crossfit Zona 15 Guatemala* [Tesis de grado, Universidad Rafael Landívar]. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Solis-Gabriela.pdf>
- Stice, E. (2002) Risk a maintenance factor for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-845. doi: 10.1037//0033-2909.128.5.825
- Stice, E., Maxfield, J., & Wells, T. (2003). Adverse effects of social pressure to be thin on young women: An experimental investigation of the effects of “fat talk”. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 108-117. doi: 10.1002/eat.10171
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. Pergamon Press.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. & TantleffDunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. APA.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10312-000
- Thompson, J. K., Schaefer, L. M., & Menzel, J. E. (2012). Internalization of thin-ideal and muscular-ideal. En T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 499-504). Academic Press.
- Toro J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Martínez Roca.
- Toro, J. (1996) *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Ariel.
- Torres Rondán, Y. S. (2019). *Tolerancia a la Frustración en alumnos de 5to. y 6to. grado de Educación Primaria de la Institución Educativa de Acción Conjunta Apóstol San Pedro – Mala, provincia de Cañete, 2018* [Tesis de grado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4117/008594_Trab_Suf_Prof_Torres%20Rondan%20Yasmin%20Selene.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- Unikel, C. y Gómez-Peresmitré, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud mental*, 27(1), 38-39.
- Unikel, C., Saucedo T., Villatoro J & Fleiz C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25(2), 49-57
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35 <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>
- Ventura, J., Caycho, T., Vasrgas, D., y Flores, G. (2018). Adaptación y validación de la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF) en niños peruanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(2), 23-29
- Ventura-León, J., Caycho-Rodríguez, T., Vargas-Tenazoa, D. y Flores-Pino, G. (2018). Adaptación y validación de la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF) en niños peruanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(2), 23-29 <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.2.3>
- Villemor-Amaral, A. E. (2008). A validade teórica em avaliação psicológica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(1), 98-109.
- Vitónica (s.f.). Las principales diferencias entre Yoga y Pilates, ¿con cuál me quedo? <https://www.vitonica.com/entrenamiento/las-principales-diferencias-entre-yoga-y-pilates-con-cual-me-quedo>
- Weston, K. S., Wisløff, U. & Coombes, J. S. (2014). High-intensity interval training in patients with lifestyle-induced cardiometabolic disease: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.*, 48, 1227-1234 <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2013-092576>
- Williams, K. D., Cheung, C. K. T., & Choi, W. (2000). Cyberostracism: Effects of being ignored over the internet. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 748-762.
- Zadro, L., & Gonsalkorale, K. (2014). Sources of Ostracism: The Nature and Consequences of Excluding and Ignoring Others. *Current Directions in Psychological Science*, 23(2), 93-97

Zuvirie, R. M. & Rodríguez, M. D. (2011). Psychophysiological reaction to exposure of thin women images in college students. *Mex J Eat Disord*, 2(1), 33-41

7. ANEXOS

7.1. Instrumento para la recolección de datos

Te invitamos a colaborar en una Investigación, dirigida por la Universidad Abierta Interamericana, en la que se estudia la insatisfacción corporal y la intolerancia a la frustración en mujeres adultas que realizan actividad física hogareña en el contexto de pandemia de COVID-19. Por ello, tu colaboración en este estudio es de especial relevancia. Recordá que no existen respuestas correctas o incorrectas, nos interesa tu opinión.

¡Muchas gracias por tu participación!

P.1) Por favor, contestá sinceramente todas las preguntas sobre cómo te sentiste respecto a tu cuerpo en el último mes:

	Nunca	Raramente	Alguna vez	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. ¿Me siento molesta o enfadada al hacer un examen de mi aspecto físico?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Me sentí tan preocupada por mi aspecto físico que pensé que debería hacer dieta?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Pensé que mis nalgas, caderas, cintura o muslos eran demasiado “grandes” gordos en relación al resto de mi cuerpo?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Sentí temor a volverme gorda o a empezar a aumentar de peso?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Me he sentido preocupada al sentir que mi	1	2	3	4	5	6

	Nunca	Raramente	Alguna vez	A menudo	Muy a menudo	Siempre
piel o mi carne no era suficientemente firme y tonificada?						
6. ¿Me he sentido tan mal en relación a mi figura corporal que tuve que gritar o llorar?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Evité trotar a causa de que mi carne podía tambalearse o moverse como gelatina?	1	2	3	4	5	6
8. El hecho de comer incluso pequeñas cantidades de comida ¿me hizo sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
9. El hecho de pensar en mi figura ¿hace que me sea difícil concentrarme en otras cosas? (por ejemplo, mientras veía la televisión, leía o estudiaba)	1	2	3	4	5	6
10. ¿Evito utilizar ropas que resalten mi figura corporal? (escote, minifalda)	1	2	3	4	5	6
11. ¿He imaginado modificar algunas zonas de mi cuerpo? (barriga, muslos, nariz)	1	2	3	4	5	6
12. ¿No asistí a reuniones sociales porque me sentí mal con mi figura?	1	2	3	4	5	6
13. ¿La preocupación acerca de mi figura me hizo ponerme a dieta?	1	2	3	4	5	6
14. ¿Me siento más feliz con mi figura cuando mi estómago está vacío?	1	2	3	4	5	6
15. ¿Pensé que la causa del estado de mi figura era debido a que no era capaz de controlarme a la hora de comer?	1	2	3	4	5	6
16. ¿He vomitado con la intención de sentirme más liviana?	1	2	3	4	5	6
17. ¿En compañía de otras personas, me siento preocupada por el hecho de ocupar demasiado	1	2	3	4	5	6

	Nunca	Raramente	Alguna vez	A menudo	Muy a menudo	Siempre
espacio (estar entada en el sofá o asiento del colectivo)?						
18. ¿Me siento preocupada porque se me formen hoyuelos en la piel (piel de naranja) o por tener celulitis?	1	2	3	4	5	6
19. ¿He pellizcado zonas de mi cuerpo para ver cuánta grasa contienen?	1	2	3	4	5	6
20. ¿Tomo laxantes buscando sentirme más liviana?	1	2	3	4	5	6
21. ¿La preocupación acerca de mi figura me hizo sentir que debería hacer ejercicio?	1	2	3	4	5	6

P.2) Respondé el siguiente cuestionario utilizando la escala que se presenta a continuación de cada ítem:

	No es nada característico de mí	Es poco característico de mí	Ni poco ni algo característico de mí	Es algo característico de mí	Es muy característico de mí
1. No soporto tener que esperar por cosas que quisiera tener ahora.	1	2	3	4	5
2. No soporto tener sentimientos perturbadores,	1	2	3	4	5

	No es nada característico de mí	Es poco característico de mí	Ni poco ni algo característico de mí	Es algo característico de mí	Es muy característico de mí
necesito librarme de ellos lo más pronto posible.					
3. No soporto hacer tareas que me parecen demasiado difíciles.	1	2	3	4	5
4. No soporto que otras personas actúen en contra de mis deseos.	1	2	3	4	5
5. No soporto sentir que me estoy volviendo loca.	1	2	3	4	5
6. No soporto que otras personas se interpongan en lo que quiero hacer.	1	2	3	4	5
7. No soporto tener pensamientos perturbadores.	1	2	3	4	5
8. No tolero bajar mis estándares, aun cuando sé que sería útil hacerlo.	1	2	3	4	5
9. No tolero tener que forzarme a mí misma para realizar una tarea.	1	2	3	4	5
10. No soporto tener que ceder ante las demandas de otras personas.	1	2	3	4	5
11. No soporto tener sentimientos que me perturban.	1	2	3	4	5
12. No tolero hacer cosas que implican muchos problemas.	1	2	3	4	5
13. No soporto tener que cambiar cuando los demás son los equivocados.	1	2	3	4	5
14. No soporto la sensación de no estar en el nivel más superior de mi trabajo.	1	2	3	4	5

	No es nada característico de mí	Es poco característico de mí	Ni poco ni algo característico de mí	Es algo característico de mí	Es muy característico de mí
15. No tolero las críticas, sobre todo cuando sé que tengo razón.	1	2	3	4	5
16. No soporto perder el control de mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17. No tolero ninguna falla en mi autodisciplina.	1	2	3	4	5

P.3) Datos Sociodemográficos:

a. Edad: _____ años.

b. Altura: _____

c. Peso: _____

d. Estado civil:

- ☐ 1. Soltera
☐ 2. Convive/Pareja de hecho
☐ 3. Casada
☐ 4. Separada
☐ 5. Divorciada
☐ 6. Viuda

e. Zona de residencia:

1. Ciudad de Buenos Aires ☐ Indicar barrio _____
2. Gran Buenos Aires ☐ Indicar localidad _____

f. ¿Tenés hijos? ☐ 1. Si ☐ 2. No

f.1. Si contestaste Sí, ¿cuántos?: _____

g. ¿Trabajás? ☐ 1. Si ☐ 2. No

g.1) Si respondiste Sí, indicá el tipo de trabajo:

- ☐ 1. En relación de dependencia
- ☐ 2. De manera independiente
- ☐ 3. Ambas

g.2) Si trabajás de manera independiente, ¿cuál es tu ocupación?

h. Máximo nivel de educación alcanzado:

- ☐ 1. Primario incompleto
- ☐ 2. Primario completo
- ☐ 3. Secundario incompleto
- ☐ 4. Secundario completo
- ☐ 5. Terciario incompleto
- ☐ 6. Terciario completo
- ☐ 7. Universitario incompleto
- ☐ 8. Universitario completo

h.1) En caso de que poseas estudios terciarios o universitarios completos indicá el título que te fue otorgado:

i. ¿Padecés actualmente algún trastorno de la alimentación?

- ☐ 1. Sí ☐ 2. No

i.1. ¿Padeciste en el pasado algún trastorno de esta índole?

- ☐ 1. Sí ☐ 2. No

i.2. ¿Te encontrás actualmente bajo tratamiento psiquiátrico?

- ☐ 1. Sí ☐ 2. No

j. ¿Realizás actividad física en tu casa? ☐ 1. Sí ☐ 2. No

(si respondiste NO, continuá en la pregunta k.)

j.1. Si respondiste Sí en la pregunta anterior, ¿cuánto tiempo hace que la realizás en TU CASA?

- ☐ 1. Menos de 1 mes
- ☐ 2. Entre 1 y 3 meses
- ☐ 3. Entre 3 y 5 meses
- ☐ 4. Más de 5 meses (desde antes de la cuarentena)

j.2. ¿Qué actividad realizás?

- ☐ Entrenamiento físico
- ☐ Acondicionamiento
- ☐ Aeróbica
- ☐ Baile
- ☐ Otra Especifique: _____

j.3. Indicá la frecuencia con la que realizás la actividad

- ☐ 1. Una vez al mes
- ☐ 2. Una vez cada dos semanas
- ☐ 3. Una vez a la semana
- ☐ 4. Más de una vez a la semana
- ☐ 5. Todos los días

k. ¿Realizás alguna actividad asociada a tu bienestar (sin considerar la actividad física)? ☐ 1. Si ☐ 2. No

k.1. Si contestaste Sí, indicá cuál: _____

¡MUCHAS GRACIAS POR TU TIEMPO Y TU PARTICIPACIÓN!