

**Nombre de alumno:** Angelina Roblero Díaz

**Nombre del profesor:** María del Carmen cordero gordillo



**Nombre del trabajo:** El fisicoculturismo y su relación con psicopatología de la imagen corporal del gimnasio power gym

**Materia:** taller de elaboración de tesis

**Grado:** 9

**Grupo:** A

Comitán de Domínguez Chiapas a 2 de junio 2020

DEDICATORIA

**INDICE**

CAPITULO 1 PROTOCOLO DE INVESTIGACION

* 1. planteamiento del problema
  2. pregunta de investigación
  3. objetivos
  4. justificación
  5. hipótesis
  6. metodología

CAPITULO II ORIGEN Y EVOLUCION DEL FISICOCULTURISMO Y PSICOPATOLOGÍA DE LA IMAGEN CORPORAL.

* 1. Origen de la psicopatología
  2. Origen de la psicopatología de la imagen corporal
  3. origen del fisicoculturismo
  4. origen del fisicoculturismo en México
  5. origen del fisiculturismo en Chiapas
  6. evolución de la psicopatología en México
  7. evolución de la psicopatología de la imagen corporal

CAPITULO III MARCO TEORICO

3.1 definición psicopatología de la imagen corporal

3.2 definición fisicoculturismo

3.3 psicopatología de la imagen corporal según la teoría de Víctor Frankl

3.4 Abraham Maslow y su teoría de la motivación humana

3.5.1 causas de la psicopatología de la imagen corporal

3.5.2 síntomas

3.5.3 tratamiento

3.6 Claves para entender los trastornos de la conducta alimentaria

Capitulo IV

INTRODUCCION

Entendemos que el fisicoculturismo es la actividad física encaminada al máximo desarrollo muscular (de la musculatura visible) así como mantener la definición y simetría posible de la misma.

Pretendemos enfocar el trastorno desde su posible "comorbilidad"

La Dismorfia muscular como una distorsión en la imagen corporal que la persona padece y, más concretamente, en relación a su tamaño muscular. A lo largo de esta médico empleado por primera vez Feinstein en 1970, el cual hace referencia a la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. En la misma línea, Cazau (2002) lo define como el grado de asociación entre dos patologías diferentes en un mismo sujeto.

Presentada la justificación anterior, se puede afirmar que la DM está considerada como un Trastorno Dismórfico Corporal (Castro & Iglesias, 2010) pero también podría enmarcarse dentro del cuadro de Trastornos Obsesivo-Compulsivos, debido a las conductas de verificación que sufren las personas que lo padecen (Cheng, 2001), asimismo se asocia con sujetos que tienen un bajo auto concepto, problemas de identidad, depresión y que abusan de sustancias, además tienen falta de deseo sexual, Este hecho se atribuye a un estrechamiento del foco de atención en dietas, entrenamientos, descanso y poco gasto energético, sumados a bajos niveles de grasa corporal. El abuso de esteroides se relaciona directamente con personas que realizan entrenamientos de musculación en gimnasios, de hecho inicialmente se descubrió la Dismorfia muscular mientras se investigaban los efectos de anabólicos en fisicoculturistas (Pope & Katz, 1994; Pope *et al.,* 2000). En este sentido, el 100% de los sujetos con las características de Dismorfia muscular informaban haber abusado de ellos (Pope & Katz, 1994), aunque posteriormente el dato se reduce al 40% y en el caso de las mujeres, este porcentaje se situaría en torno al 38% (Kouri, Pope & Katz, 1995). Los esteroides anabolizantes, denominados por Kanayama como "drogas de la imagen corporal" se asocian a alta comorbilidad (Kanayama, Pope & Hudson, 2001). De igual forma, los trastornos obsesivo-compulsivos, que se asocian a la DM (Phillips, McElroy, Hudson & Pope, 1995), se han visto en porcentajes que varían desde el 28% al 60% en varones y del 3% en mujeres que practican fisicoculturismo (Kouri, Pope & Katz, 1995). Otros trastornos psicopatológicos que se han manifestado en los sujetos con DM, se relacionan con las alteraciones en el estado de ánimo a lo largo de la vida, como es el caso de los trastornos bipolares, En resumen, los trabajos revisados que estudian la comorbilidad de la DM (Castro López, 2013), apuntan a que podría relacionarse con las siguientes alteraciones o trastornos: tendencias obsesivas, comportamientos compulsivos, trastornos depresivos, perturbaciones por ansiedad, abuso de sustancias (por ejemplo esteroides anabólicos), alteración de la imagen corporal, insatisfacción corporal, auto concepto negativo, riesgo de sufrir TCA y trastornos bipolares.

Es por ello considerado de vital importancia para el estudio y desarrollo de este trabajo identificar y exponer las investigaciones que han analizado esta "pluripatología" o "diagnóstico dual" relacionando la patología de estudio (DM) con la aparición o presencia de otras diferentes.

Los sujetos con DM presentaban importantes síntomas obsesivos, por ejemplo, el 50% señalaba dedicar más de tres horas diarias pensando en sus músculos.

- El 50% de los culturistas con DM indicaban moderada o severa evitación de actividades, lugares o personas porque realmente creían tener un cuerpo defectuoso.

- El 54% de los deportistas con DM mostraba poco o nada de control sobre su necesidad compulsiva de hacer levantamiento de pesas o mantener regímenes alimentarios.

- El 55% de los deportistas con DM en comparación con el 20% de los culturistas que no presentaban referían haber padecido algún tipo de alteración depresiva.

- En cuanto a desórdenes de ansiedad, el 3% de los culturistas que no padecían DM informaban de haberlos padecido frente al 29% de los que sí presentaban DM.

- Igualmente el 30% de los deportistas con DM informaba haber padecido anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o atracones frente a ninguno de los culturistas que no la presentaba.

- El 50% de los sujetos con DM informaban del uso de esteroides anabolizantes, frente al 7% de culturistas no enfermos de DM.

- Los sujetos con DM mostraron mayor alteración de la imagen corporal, es decir, mayor insatisfacción corporal que los sujetos que no la presentan (46% frente al 10%).

- También se observó mayor riesgo de sufrir un TCA en los sujetos con DM que en los sujetos que no la tenían. En un test específico para medir este riesgo

**CAPITULO I PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

**TEMA DE INVESTIGACION**: fisicoculturismo y su relación con psicopatología de la imagen corporal

**OBJETO DE ESTUDIO:** A los fisicoculturistas de frontera Comalapa 202

1. **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Trastorno de la Imagen Corporal es una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física. Es la persona la que se ve, piensa y se comporta de manera desfavorable hacia su cuerpo, por lo tanto, es la persona a aceptarse y comportarse de forma más positiva respecto a su imagen. Este diagnóstico aborda aspectos perceptivos, cognitivos, emocionales y conductuales que ayudan a identificar la existencia de este trastorno a través de cambios que experimenta la persona en el desempeño del rol habitual, de la identidad personal y la autoestima. Es de gran importancia la influencia que ejercen los factores sociales y culturales, además de las características personales.

Es por ello que perseguí esta investigación por lo que ha surgido en los últimos años, conocer cómo evoluciona y la importancia que ha tomado la psicopatología en el deporte de los fisicoculturistas, Los rasgos egocéntricos presentes en los fisicoculturistas, El fármaco descontrolado en ellos, con que finalidad lo hacen y para satisfacer a quien o a quienes.

¿Cuándo un fisicoculturista se vuelven vigorexico (a)? Por ello es que este tema se me hace uno de los más interesantes para poder investigar una sociedad que impone un estereotipo de belleza y que ha impactado tanto lo llevare a campo y saber cuáles son las cusas y los factores principales de lo antes ya mencionado.

* 1. **PREGUNTAS DE INVESTIGACION**

¿Cuáles son las consecuencias de la psicopatología dentro del deporte del fisicoculturismo?

¿Cuáles son las principales causas de un fisicoculturista que llega a tener psicopatología de la imagen corporal?

¿Cuándo un fisicoculturista se vuelven vigorexico (a)?

¿Por qué un fisicoculturista no llega satisfacer su autoestima cuando ya consigue tener el cuerpo que buscaba relacionada con su imagen?

**OBJETIVOS**

Objetivo general

* Conocer las causa de la psicopatología de la imagen corporal dentro del fisicoculturismo.

Objetivos específicos

* conocer las patologías integradas dentro de la adicción de ejercitarse al extremo.
* identificar a las personas que sufren de la patología de la imagen corporal
* descubrir las emociones que una persona tiende a tener con la psicopatología de la imagen corporal.

**3. JUSTIFICACIÓN**

Actualmente la sociedad manifiesta afinidad hacia una determinada estética impuesta por la misma sociedad contemporánea, esto hace que las personas presente una preocupación excesiva por su cuerpo y llevan a cabo conductas de riesgo que pueden conducir al desarrollo una psicopatología en particular.

Hoy en día se con considera el deporte como una estética corporal de que tan bien te vez antes los demás, ya no es como era sugerido por los nutriólogos o médicos, un bienestar para la salud, por hoy se ha vuelto una pelea constante entre me veo bien, pero me puedo ver mejor o la propia insatisfacción de tu propia anatomía corporal, es tan injusto que la propia sociedad imponga como debes estar corporalmente para pertenecer a un grupo de deportista.

 fisicoculturismo es un tipo de [deporte](http://enciclopedia.us.es/index.php/Deporte) basado generalmente en [ejercicio físico](http://enciclopedia.us.es/index.php/Ejercicio_f%C3%ADsico) intenso, generalmente [anaeróbico](http://enciclopedia.us.es/index.php/Ejercicio_anaerobio), consistente la mayoría de veces en el levantamiento de pesas, que se suele realizar en [gimnasios](http://enciclopedia.us.es/index.php/Gimnasio), y cuyo fin suele ser la obtención de un cuerpo lo más definido, voluminoso y proporcionado muscularmente posible. También se suele llamar culturismo o musculación y no debe confundirse con la [halterofilia](http://enciclopedia.us.es/index.php/Halterofilia) ni con el [atletismo](http://enciclopedia.us.es/index.php/Atletismo).

Los fisicoculturistas ejecutan poses frente a un jurado, que asigna puntuaciones y otorga premios como los de *mister universo*.

El fisicoculturismo es un [estilo de vida](http://enciclopedia.us.es/index.php/Estilo_de_vida) que puede ser saludable, considerando que promueve un hábito de vida basado en el ejercicio físico y una [alimentación](http://enciclopedia.us.es/index.php?title=Alimentaci%C3%B3n&action=edit&redlink=1) sana. Pero el fisicoculturismo llevado al extremo podría degenerar en trastornos psicopatológicos importantes como puede ser la [musculo dismorfia](http://enciclopedia.us.es/index.php?title=Musculodismorfia&action=edit&redlink=1) o [vigorexia](http://enciclopedia.us.es/index.php/Vigorexia), [narcisismo](http://enciclopedia.us.es/index.php?title=Narcisismo&action=edit&redlink=1) excesivo, conductas violentas, trastornos alimentarios o el consumo abusivo de [drogas](http://enciclopedia.us.es/index.php/Droga) como los [anabolizantes androgénicos esteroideos](http://enciclopedia.us.es/index.php/Anabolizante_androg%C3%A9nico_esteroideo).

El fisicoculturismo es el proceso de desarrollo de [fibras musculares](http://enciclopedia.us.es/index.php?title=Fibra_muscular&action=edit&redlink=1) mediante la combinación de levantamiento de peso, aumento de la ingesta calórica y descanso. Para alcanzar un desarrollo muscular extraordinario, los *fisicoculturistas* deben concentrarse en tres líneas básicas de acción:

Levantamiento de peso contra resistencia: El entrenamiento con pesas provoca daños en los [músculos](http://enciclopedia.us.es/index.php/M%C3%BAsculo). Esto se conoce como micro trauma. Estas pequeñas lesiones en el músculo contribuyen al cansancio experimentado tras el ejercicio. La reparación de los micro traumas forma parte del crecimiento muscular (hipertrofia). Para el entrenamiento culturista se utilizan normalmente rutinas de entrenamiento basadas en series y repeticiones.

Una [dieta](http://enciclopedia.us.es/index.php/Dieta) de alta calidad incorporando proteínas adicionales: El crecimiento y reparación, sin embargo, no pueden suceder sin una adecuada nutrición. Un fisicoculturista tiene requerimientos de proteínas mayores que los de una persona sedentaria para reparar el daño causado por el entrenamiento con pesas. Además de las proteínas, los [hidratos de carbono](http://enciclopedia.us.es/index.php?title=Hidratos_de_carbono&action=edit&redlink=1) son muy importantes para el aporte de energía durante el entrenamiento.

Un descanso apropiado para facilitar el crecimiento. Sin un descanso adecuado y sueño el cuerpo no encuentra oportunidad para reconstruir y reparar las fibras dañadas. Son necesarias unas ocho horas como mínimo de descanso para un fisicoculturista para encontrarse en buen estado en la siguiente sesión de entrenamiento.

Los fisicoculturistas a menudo utilizan [esteroides](http://enciclopedia.us.es/index.php/Esteroide), drogas que pueden aumentar notoriamente la masa muscular. El abuso de esteroides puede provocar efectos secundarios negativos. Además de esteroides suelen administrarse otro tipo de [drogas](http://enciclopedia.us.es/index.php/Droga) [dopantes](http://enciclopedia.us.es/index.php?title=Doping&action=edit&redlink=1) como [diuréticos](http://enciclopedia.us.es/index.php?title=Diur%C3%A9tico&action=edit&redlink=1), [eritropoyetina](http://enciclopedia.us.es/index.php/Eritropoyetina), [insulina](http://enciclopedia.us.es/index.php/Insulina), [hormona del crecimiento](http://enciclopedia.us.es/index.php/Hormona_del_crecimiento), [análogos de hormonas gonadotrópicas](http://enciclopedia.us.es/index.php?title=An%C3%A1logos_de_hormonas_gonadotr%C3%B3picas&action=edit&redlink=1), [simpaticomiméticos](http://enciclopedia.us.es/index.php?title=Simpaticomim%C3%A9tico&action=edit&redlink=1),...

Aunque fue iniciado como un deporte exclusivamente para hombres, en la década de los 80 la mujer comenzó a competir en competiciones separadas. Las mujeres que practican el fisicoculturismo tienden a provocar un cierto rechazo social, debido a preconcepciones culturales sobre la feminidad. Este hecho ha generado que esta modalidad sea abandonada paulatinamente, por sus practicantes en favor de una modalidad de fitness con una mayor musculación. Esto es: más cerca de la imagen de feminidad que la sociedad suele entender como aceptable.

**4. HIPOTESIS**

Los estereotipos que la sociedad nos impone, son un factor importante por el cual los deportistas tienen psicopatología de la imagen corporal.

**4.1 VARIABLES**

Variable independiente: los estereotipos

Variable dependiente: sociedad

**6. METODOLOGIA**

La presente investigación se realiza utilizando el método científico, entendido como el conjunto de procedimientos por los cuales se plantean los problemas científicos y se ponen a prueba las hipótesis científicas. Un método es un procedimiento para tratar un conjunto de problemas. En ciencia, el método científico es la estrategia para la investigación y la exploración de lo desconocido. (Doctora Ana zita)

Se realiza utilizando el método inductivo que va de lo particular a lo general. Es un [método](https://concepto.de/metodo/) que se basa en la [observación](https://concepto.de/observacion/), el estudio y la experimentación de diversos sucesos reales para poder llegar a una [conclusión](https://concepto.de/conclusion/) que involucre a todos esos casos.La acumulación de [datos](https://concepto.de/dato/) que reafirmen nuestra postura es lo que hace al método inductivo.

Apoyándonos también, en El  Método analítico, consistente en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos, Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia

**Tipo de investigación**

**(**Mixta) documental y de campo

**Enfoques metodológicos**

Utilizaremos método cualitativo**,** porque es el tipo de método de [investigación](https://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n) de técnicas cualitativas todas aquellas distintas a la [encuesta](https://es.wikipedia.org/wiki/Encuestas) y al [experimento](https://es.wikipedia.org/wiki/Experimentos). Que aremos con todos los atletas de fisicoculturismo Es decir, [entrevistas abiertas](https://es.wikipedia.org/wiki/Entrevista_abierta), y técnicas de [observación](https://es.wikipedia.org/wiki/Observaci%C3%B3n) .

**TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN**

Observación

Entrevista

Encuesta

**Corriente que se abordara**

Psicoanálisis, dado que se realizará entrevistas, analizaremos a las personas con las preguntas y su comportamiento, durante los próximos meses.

**Ubicación**

Se realizara en frontera Comalapa en el gimnasio power gym, a hombres y mujeres que asistan a ese gimnasio, durante los 2 próximos meses.

CAPITULO II ORIGEN Y EVOLUCION DEL FISICOCULTURISMO Y PSICOPATOLOGÍA DE LA IMAGEN CORPORAL

2.1 Origen de la psicopatología

El mundo occidental antiguo los filósofos de la antigua Grecia fueron los primeros en escribir sobre los enfoques psicológicos y orgánicos de las desviaciones. Los griegos se concentraron en el análisis racional del mundo natural.

En la época en que Homero escribió la Ilíada y la Odisea (siglo IX a.c) la conducta desequilibrada o psicótica se interpretaba como una forma de castigo para los que ofendían a los dioses. (Aquellos que los dioses destruirían, primero los volvían locos). La terapia se llevaba a cabo en un conjunto de templos dedicados a Esculapio, el dios de la salud.

Cada templo era una estructura con forma de laberinto en la cual las personas con padecimientos mentales caminaban y dormían hasta que por fin llegaban al centro. Se creía que durante el proceso, Esculapio se hacía cargo de sus sueños y los curaba.

Hipócrates describió los ataques epilépticos y llegó a la conclusión de que eran provocados por un cerebro enfermo. También escribió sobre la depresión, los estados de delirio, los temores irracionales (actualmente fobias) y la histeria. Las técnicas terapéuticas eran: descanso, baño y dieta.

Platón (427-347), creía que la conducta desequilibrada surgía de los conflictos entre la emoción y la razón. Hizo hincapié en el poder de las ideas, y llego a decir que la mente es la única realidad de la existencia humana. Galeno (130-200) Hizo las teorías de los 4 humores del carácter y temperamento: tierra, aire, fuego y agua. Sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema.

LA EDAD MEDIA San Agustín (354-430) empleó la introspección o análisis de sus propios pensamientos, sentimientos y motivaciones para estudiar los procesos mentales como el conflicto entre el placer y la disciplina. Trabajó arduamente por lograr un autoanálisis completo, aunque doloroso, y en sus confesiones reveló sus pensamientos, tentaciones y temores más profundos.

La demonología y la superstición adquirieron una importancia renovada en la explicación de la psicopatología. A finales de la edad Media se incrementó el anti intelectualismo y la creencia en la magia y la brujería. Muchas personas creían fuertemente en el exorcismo, la extracción del diablo del cuerpo de una persona afectada de los malos espíritus

En Inglaterra, la corona tenía el derecho y el deber de proteger a los enfermos mentales, a los que dividió en 2 categorias: Tontos naturales: retraso mental, capacidad mental de niño. Después idiota. Non campos mentís (“no en su sano juicio”) no mostraban incapacidad mental al nacer. Después lunático

EL RENACIMIENTO Johann Weyer (1515-1576) hizó hincapié en el conflicto psicológico y las relaciones interpersonales desequilibradas como causas de los trastornos mentales. Insistió en que las brujas eran personas mentalmente perturbadas y no criaturas de satanás. Salvó a muchos de morir en la hoguera.

Weyer describió lo que ahora se conoce como paranoia, epilepsia, psicosis, depresión y pesadillas recurrentes. Estableció que el tratamiento clínico debería orientarse a las necesidades de las personas perturbadas y no para seguir las reglas de instituciones religiosas.

LA EDAD DE LA RAZÓN Y LA ILUSTRACIÓN En los siglos XVII y XVIII los que analizaban la experiencia subjetiva y quienes trataban de identificar los defectos físicos, rechazaron la idea de que los demonios y las causas sobrenaturales provocaran la conducta anormal.

En Inglaterra, el rey Jorge III en 1765 sufrió un ataque psicótico y precipitó una crisis constitucional e hizo que se tomara conciencia de que ni las personas sobresalientes fueran inmunes a los trastornos mentales. >En 1774 en Gran Bretaña se aprobó la primera ley que autorizaba los manicomios y regulo su admisión.

A finales del siglo XVII y principios del XVIII, surgió interés por la fisiognomía, el arte de juzgar el carácter, la personalidad y los sentimientos a partir de la forma del cuerpo, sobre todo del rostro.

Franz Joseph Gall (1758-1828) recopiló evidencias de jóvenes, ancianos trastornados y sugería que el tamaño del cerebro y el desarrollo mental estaban relacionados. (Frenología, distintas facultades” en áreas del cerebro).

William Cullen (1710-1790), creía que la conducta neurótica era provocada por los defectos físicos del sistema nervioso. Trataba a sus pacientes con baños fríos, sangrías, inducción de vómito, dietas especiales, programas de ejercicio y fisioterapia. Empleaba severas restricciones y camisas de fuerza para controlar a los individuos violentos.

Franz Antón Mesmer (1734-1815), escucho que había médicos ingleses que trataban ciertas enfermedades con imanes. Dio tratamiento a una paciente haciéndola ingerir una preparación que contenía hierro y sujetando 3 imanes a su cuerpo, uno en el estómago y dos en las piernas. Baquet: Tina redonda en la que colocaba agua magnetizada. El mecanismo de su terapia estaba más relacionado con el poder de la sugestión que con los líquidos magnéticos humanos.

Philippe Pinel (1745-1826), fue un líder en la reforma de los hospitales mentales franceses, expresó gran simpatía por la condición de los dementes. Creía con firmeza que lo que necesitaban era cuidado humano y tratamiento. Estaba en contra de que las instituciones eran necesarias para proteger a la sociedad que para ayudar a los enfermos. EL MOVIMIENTO DE LA REFORMA

El 25 de mayo de 1815 la Cámara de los Comunes británica ordenó una “Investigación Parlamentaria en los manicomios de Inglaterra”. El tratamiento era brutal. Los pacientes eran azotados, apaleados y encadenados además de los tratamientos de sangrado y vómito.

El Hospital de St. Mary de Bethlehem, en Londres se había hecho famosa por el ruido y el caos que siempre había adentro. Los visitantes iban con frecuencia a observar las extravagancias de los pacientes. Incluso se vendían boletos para esta atracción turística. Carecían de regulación y su personal no estaba capacitado.

A mediados del siglo XIX se iniciaron movimientos enérgicos para establecer asilos protectores y benignos para los enfermos mentales. Se trataba de rehabilitar mediante un horario fijo que apoyara sus hábitos regulares; un trato bondadoso, visita diaria del superintendente, algunos medicamentos, actividades físicas y mentales, ambiente tranquilo y agradable. Instalaciones para separar a los pacientes con distintos grados de trastornos.

**2.2Origen de la psicopatología de la imagen corporal**

El trastorno de la imagen corporal pertenece al dominio 6 Autopercepción. Este diagnóstico se integró en 1973, en la primera conferencia nacional para la clasificación de los diagnósticos enfermeros y revisado por última vez en 1998.

Imagen metal del yo físico (5). Esta definición resulta poco clarificadora y escasa puesto que una representación corporal puede ser más o menos verídica pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto. El trastorno de la imagen corporal se produce por una preocupación exagerada que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física. Las primeras referencias a la imagen corporal y alteraciones asociadas aparecen en trabajos médicos sobre neurología de principio del siglo XX. Existen varias definiciones de que es la imagen corporal, la más utilizada se la debemos a Schilder (1950) que la describe como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Decía: “la imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos”. Otros enfoques psicoanalíticos, como en el caso de Fisher (1986), entienden por imagen corporal el límite corporal percibido por cada sujeto; considera que la gente varía respecto a la descripción que adscribían a sus límites corporales. Además aparecen otras definiciones que muestran una concepción más dinámica del término imagen corporal, basándose en los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Por ejemplo Bemis y Hollon (1990), advierten en la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él (6,8). Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Grado. 4 (1): 478-518, 2012 ISSN: 1989-5305 482 Thomson (1990) decía que la imagen corporal estaba constituida por tres componentes: un componente perceptual, un componente subjetivo y un componente conductual (conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan) (6, 7,8). Para Cash y Pruzinsky (1990) el concepto de imagen corporal implica: perceptivamente, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; y emocionalmente, involucra experiencias de placer/ displacer, satisfacción/insatisfacción, y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa(7,8) . Por último haremos referencia a la definición de Rosen (1992) según la cual, la imagen corporal hace referencia a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo contemplando aspectos perceptivos (precisión con que se percibe el propio cuerpo provocando situaciones de subestimación, centrándose principalmente en el tamaño y la forma de nuestro cuerpo y sus partes), subjetivos (insatisfacción, preocupación y ansiedad que provoca en el sujeto su imagen corporal) y aspectos conductuales. En los últimos años hemos observado que no existe un consenso científico sobre qué es la imagen corporal, cómo se evalúa y cómo se manifiesta una alteración de ella. Algunos autores han determinado que “el concepto de imagen corporal no ha sido definido todavía de forma concluyente, y la tarea de medir las alteraciones de la imagen corporal de una forma objetiva es todavía un desafío formidable” (Skrzypek, Wehmeier y Remschmidt, 2001)(9) . A pesar de no existir ese consenso internacional sobre que es la imagen corporal, podemos resumirla como un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. La imagen corporal resulta crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto o para explicar ciertas psicopatologías, ansiedad y/o depresión, o la dificultad de integración social debida a la percepción del propio cuerpo. La imagen que cada individuo tiene de su propio cuerpo es fundamentalmente subjetiva y no tiene por qué corresponderse con la realidad.

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS SOBRE LA IMAGEN CORPORAL Las terapias que se han mostrado más eficaces en el tratamiento del trastorno de la imagen corporal han sido las cognitivo-conductuales (Salaberria, Borda, Amor y Echeburúa, 2000). Se realizan en formato individual o grupal, tiene una duración entre 2 y 3 meses, y el número de sesiones oscila entre 6 y 12. La duración de cada sesión es de 60 a 90 minutos y se realizan con una periodicidad semanal, con tareas para casa y materiales de ayuda.

**2.3 HISTORIA DEL FISICOCULTURISMO**

Ya en Egipto y durante la Grecia antigua, el cuidado del cuerpo y mantenerse en forma era una obligación social. La perfección física externa se consideraba reflejo de rectitud moral, era señal de valor interior. Así se representaban las esculturas: hombros anchos, cinturas estrechas y muslos potentes, siempre cuidando las proporciones al máximo. Esto sentaría las bases de la civilización occidental. En la mitología griega encontramos varios personajes significativos como Hércules, quien su extraordinaria fuerza es su principal atributo o Milón de Crotona, alumno del matemático Pitágoras (¿Quién no recuerda el “teorema de Pitágoras” del cole?) quién decidió ser el hombre más fuerte del mundo, emprendiendo el trabajo de levantar y cargar un ternero todos los días hasta convertirse en un toro.

El culto al cuerpo tenía en los Juegos Olímpicos, que comenzaron en el 776 a.c, uno de sus máximos exponentes. Olimpia fue uno de los centros olímpicos más importantes. Los atletas que triunfaban tenían un prestigio que les acercaba a los dioses (por ejemplo la estatua del Discóbolo de Miron). A los 12 años, los niños ingresaban en la palestra donde desarrollaban su musculatura y a los 16 entraban en el gimnasio para realizar diferentes ejercicios físicos. El levantamiento de pesos ya era la clave para tal menester, pero claro, levantaban en vez de mancuernas y barras, troncos pesados y piedras.

Siguiendo la línea del tiempo, los países del este siempre han sido pioneros en levantamiento de pesos, ya sea con el Powerlifting, las giryas o kettlebells….y por lo tanto, en desarrollar unos cuerpos voluminosos e hipertrofiados, aunque no siempre definidos. Lo importante era la fuerza, pero no tanto la simetría, por eso podemos ver a numerosos personajes de la época con físicos imponentes pero con estómagos hinchados. Pero todo cambia cuando entra en escena, el padre del culturismo, EUGEN SANDOW, nacido en 1867 (Rusia). Su obsesión por construir un  físico siguiendo las proporciones de las estatuas griegas lo coronó como la primera persona en desarrollar intencionadamente su musculatura hacia unas medidas predeterminadas, con el fin de mostrarlas al resto, y ésta fue la diferencia con el pasado, ya que hasta el momento, levantar pesos era una cuestión de “estar más fuerte”, pero ahora le tocaba el turno al exhibicionismo. Escribió libros sobre culturismo y nutrición, apareció en películas, comercializó equipos de gimnasia caseros y actuaba en diversas representaciones itinerantes por toda Europa y América, demostrando su fuerza y su cuerpo escultórico, pero lo que lo coronó como personaje influyente de la historia fue la organización del primer concurso de culturismo en el 1901 en Londres “The Great Competition” y fue el impulsor de la “pose” que se utiliza en este deporte. A partir de este momento, se empezó a comercializar con barras con pesos, mancuernas….y todo el material que conocemos hoy en día.

Un dato importante es que Joseph Pilates, contemporáneo a Eugen Sandow, admiraba a este último y basó el método Pilates en construir un cuerpo armónico desde el centro, una de las bases del culturismo (a los amantes de este deporte os recomiendo leer Tudor O.Bompa): antes de fortalecer extremidades, hay que fortalecer el centro.

Más adelante en el tiempo, a partir de la década de 1940, el fisicoculturismo empieza a hacerse popular, durante la  llamada “Edad de oro del culturismo” donde empiezan a aparecer revistas especializadas de este deporte, pequeñas intervenciones en el cine de algunos culturistas famosos, aparecen las primeras competiciones como el “Mr.América” (establecida por la AAU, Amateur Athletic Union), el “Mr.Universe” (1950, Inglaterra,  por la NABBA-National Amateur Bodybuilders Association), el “Mr. Olympia”  (1967, América, por la IFBB-Federación Internacional de Fisicoculturismo), la WABBA (World Amaterur Body Building Association)…

La IFBB fue fundada en 1946 en Montreal, Canada por Jon y Ben Weider. Con el “Mr. Olympia” se marcó un antes y un después en la competición, profesionalizando el deporte y elevando a la IFBB al dominio internacional en cuestión de organización, contando con más de 100 países miembros y está dentro de las 6 organizaciones deportivas más grandes del mundo. El primer Olympia se lo llevó Larry Scott recibiendo la cantidad de 1000 dólares, una cantidad irrisoria en comparación a los últimos 400000 dólares que se llevó Phil Heath, en su 52 edición.  Han sido diversas figuras las que nos han deleitado año tras año con sus triunfos: Sergio Oliva, Arnold Schwarzenegger (quién creó el “Arnold Classic”), Lee Labrada, Lee Haney, Frank Zane, Dorian Yates, Ronnie Coleman, Jay Cutler, Dexter Jackson…  El Ms. Olympia femenino apareció en 1980. Ante la preferencia por ver cuerpos femeninos menos voluminosos surgieron  el Fitness Olympia en 1995 y el Figure Olympia en 2003. Figuras relevantes del culturismo femenino: Rachel McLish, Cory Everson, Lenda Murray, Iris Kyle…

Pero no sólo de competiciones vive el culturismo. Millones de aficionados en el mundo se entrenan cada día para conseguir un cuerpo con buenas proporciones. Esto significa un negocio internacional que mueve millones y millones de euros. Por este motivo, culturismo no significa competir, sino que la competición es el extremo de este deporte y que representa un pequeño porcentaje de todos los deportistas que lo practican

Mucho ha evolucionado el arte de entrenarse para conseguir un cuerpo en perfectas proporciones, hipertrofiado y bien definido. Las investigaciones científicas, la periodización para conseguir más fuerza y masa muscular, la nutrición especializada, el descanso programado, las ayudas ergogénicas, los entrenadores especializados….hacen que la manera de conseguirlo sea diferente, pero con resultados similares.

Eugen Sandow (1867 – 1925). Considerado el padre del culturismo debido a que fue el primer exponente en realizar exhibiciones en las que mostraba su musculatura, además fue el pionero en comercializar maquinas con las cuales se podía esculpir partes especificas del cuerpo, fundador del primer concurso de culturismo el 14 de septiembre de 1901 celebrado en Londres, atleta nacido en Prusia. Edad de oro La edad de oro del culturismo fue el siglo pasado entre los años 1940 – 1970, durante este periodo de tiempo se hacen famosos grandes personajes como: Vince Gironda, Steve Reeves, Franco Columbu, Arnold Schwarzenegger. Salió a la luz la competencia Mr. Olympia, el concurso más famoso del fisicoculturismo en el tiempo que se desarrollaban paralelamente investigaciones acerca de la nutrición, suplementación y entrenamiento.

AÑOS 1950 Y 1960

El culturismo se hizo más popular en estos años con la aparición de multi fuerzas y aparatos de gimnasio más sofisticados, la unión a este deporte de campeones de gimnasia y la divulgación simultanea de entrenamiento de los músculos, sobre todo por Charles Atlas, cuya publicidad en los libros de historietas y publicaciones de otros alentó a muchos jóvenes al entrenamiento con pesas para mejorar su físico y parecerse a los superhéroes de los comics.

De forma un tanto subjetiva, suele entenderse que la denominada Edad de Oro comienza su declive en la década de 1980 y, sobre todo, en la de 1990. A partir de estas fechas, en las competiciones de culturismo, el volumen comienza a estimarse más que la proporción, la definición y la simetría.

2.4 Origen de la psicología del deporte

La psicología del deporte es un área relativamente joven, cuyo objeto de estudio lo constituyen las particularidades psicológicas de la actividad deportiva y del deportista. Cuando hablamos de psicología del deporte puede parecernosuna cuestión reciente la unión entre la psicología - de por si reciente- y el deporte, entendiéndose que, la aplicación de lapsicología en el deporte es una cuestión de hace pocos años, y,de ningún modo, es una cuestión que se tenga que abordar como algo histórico. En este trabajo pretendemos demostrar que ambas, psicologíay deporte, están unidas desde hace ya más de un siglo, enconcreto desde el siglo XIX, si bien es cierto que, en una mayoramplitud, no ha sido hasta hace unos 20 ó 30

años que nose ha difundido y consolidado dicha relación,al menos en cuanto a aplicaciones se refiere,aunque también es cierto que ya empezó a consolidarse hace ya medio siglo, al menos en cuanto a la creación de diferentes organizaciones y la realización de diferentes congresos. Nuestro repaso histórico lo hemos dividido en cinco periodos, basándonos en aquellas obras en las que se repasa dicha historia (Cruz, 1997; Dosil, 2008; Riera y Cruz, 1991; Weinberg y Gould, 2010), si bien en este trabajo aportamos nuevos datos y revisamos el acontecer histórico en los países del Este de Europa basándonos en los conocimientos obtenidos durante la estancia de los autores en Cuba, donde pudimos conocer más de cerca esta evolución

Estos periodos son: - 1879-1919: Comienzos - 1920-1945: Periodo entre guerras - 1946-1964: Antes del I Congreso Mundial - 1965-1985 : Consolidación - 1986-hoy: Reconocimiento oficial En un apartado final, revisaremos también la evolución de la disciplina en España. Hemos de mencionar, no obstante, que pese a que a partir de 1965 no podríamos considerarlo ya como algo histórico, pues solo han pasado 50 años, sí que podemos detallar el proceso o la evolución que la psicología del deporte ha tenido desde 1965, pues cuando muchos atores consideran que esta área comienza a consolidarse, finalizando dicho periodo en 1985. Desde esta fecha y hasta la actualidad comienza lo que se ha denominado comoreconocimiento oficial de la disciplina. Una vez finalizada la visión mundial, nos centraremos en detallar la evolución de la psicología de la actividad física y el deporte en nuestro país. Este recorrido histórico lo realizaremos atendiendo a las diferentes etapas históricas que acabamos de mencionar pero analizando también, al interior de cada periodo, los aspectos docentes, de investigación y de aplicación más relevantes que se producen.

Estas investigaciones del siglo XIX fueron trabajos aislados, dependiendo más del acercamiento personal de los autores al deporte que de la existencia de una verdadera aplicación y/o investigación sistemática de la psicología en el deporte. Otros trabajos de investigación realizados ya en el siglo XX, son los de E.W. Scripture, en 1900, sobre los efectos de la práctica en niños de reformatorio, los de G.T.W. Patrick (1903) analizando la psicología del juego, los de R.A. Cummins, quien estudió en 1914 si con la práctica mejora la atención y la habilidad de los jugadores de baloncesto, o los llevados a cabo por H.H. Murphy (1916) sobre los efectos de la distribución de la práctica en lanzadores de jabalina. En la Rusia anterior a la revolución soviética también encontramos algunos trabajos aislados, como es el manual de P. Lesgaft, publicado entre 1888 y 1901 y titulado Guía de la educación física de los niños en edad escolar. En 1917, Lenin firmó un decreto para implementar la actividad física y el entrenamiento deportivo dentro del sistema educativo (Silva, 2002). Entre las contribuciones relevantes de este periodo debemos mencionar también el libro de Jusserand (1901) sobre psicología del fútbol (citado por Vanek y Cratty, 1970), o el de Barth, de 1912, sobre el poder mental y el carácter en la actividad física (citado por Konzag, 1990), antecedentes todos ellos del libro publicado por Pierre de Coubertain titulado Essays de Psychologie Sportive (1913).

Los comienzos: 1879-1919 El primer periodo lo comenzaremos en 1879, fecha en que se produjo el nacimiento de la Psicología, y lo terminaremos en 1919, coincidiendo con el fin de la Primera Guerra Mundial. En este periodo podríamos decir que no existe propiamente psicología del deporte, aunque, también sería cierto si afirmamos que los temas que trabajan los pioneros de la psicología, son temas que, en el fondo, son trabajados por los psicólogos en el deporte. Así, los trabajos de Wundt, Watson, Thorndike y Becterev son el punto de partida de la Psicología como área, pero los temas trabajados, tales como el tiempo de reacción, el encadenamiento motor, el reflejo motor o el aprendizaje, son temas que bien podría decirse son centrales para los psicólogos en el ámbito deportivo. Pero, lo más sorprendente no estriba en estos trabajos y su aplicabilidad al campo del deporte, sino que, ya en el siglo XIX, encontramos investigaciones psicológicas que utilizan a deportistas como sujetos participantes. Ejemplo de ello son los trabajos realizados en EEUU con ciclistas por N. Triplett (1898), o los realizados por G.W. Fitz (1985) con jugadores de tenis y tiradores de esgrima, analizando el tiempo de reacción, o por W.W. Davies en 1898 sobre la transferencia de la fuerza con deportistas de halterofilia (citado por Cruz, 1997; Davis, Huss y Becker, 1995; Pérez Córdoba, 1993).

El periodo entreguerras (1920-1945) En este periodo entre guerras se van empezando a consolidar algunas investigaciones, tanto en la zona occidental del mundo como en la URSS, si bien es cierto que, durante este periodo y en la zona de influencia de los Estados Unidos, seguían siendo actuaciones individuales; el autor más destacado fue Coleman Griffith (Cox, 2009; Weinberg y Gould, 2010). Por el contrario, en la Unión Soviética se llevaron a cabo actuaciones institucionales. A.Z. Puni y P. Rudick, crearon el primer laboratorio de Leningrado, donde inician investigaciones sobre el tiempo de reacción, las motivaciones hacia la práctica deportiva, el poder mental, las tensiones y la personalidad del deportista (Casis y Zumalabe, 2008) y diseñaron una política deportiva integral que incorporó desde el primer momento la Psicología. Desde los Institutos de Cultura Física creados en 1920 en Moscú y en Leningrado, donde trabajaron P. Rudik y A.Z. Puni respectivamente, se aplicó un enfoque dirigido a la promoción de las habilidades deportivas desde la niñez; los menores eran constantemente evaluados en todas sus capacidades físicas y atléticas. A aquellos con mayor potencial se les permitió continuar sus estudios en los Institutos del Deporte y de Cultura Física y allí fueron entrenados y estimulados con un sistema bastante completo y amplio de habilidades motoras, creando así en

los futuros deportistas un fundamento sólido para la posterior transición natural hacia la especialización deportiva. Los deportistas que destacaron tuvieron entrenamientos y programas educativos individualizados. Este enfoque educativo engarzado con un sistema deportivo, pudo lograr que sus campeones no solo fueran grandes atletas reconocidos nivel mundial, sino que también fuesen especialistas en ciencias deportivas del más alto nivel educativo. Es decir, en el mismo sistema educativo y deportivo reintegraban a los ex-campeones olímpicos o mundiales como entrenadores o como profesionales de las ciencias deportivas y también como profesores de los Institutos, ya que poseían la formación necesaria para cumplir este cometido. La transmisión de conocimientos o experiencias ya sea en el plano educativo, profesional o deportivo fue más orientado y efectivo. Es por ello que las psicología deportiva siempre estuvo insertada en los planes de entrenamiento deportivo como algo natural, tanto para entrenadores como para deportistas, ya que los psicólogos del deporte habían sido anteriormente deportistas de élite y podían transmitir su experiencia con más eficacia (Steinbakh, 1987). Años más tarde, en 1930, se creó el Consejo Superior del Deporte, que aglutinaba ambos Institutos, abogándose por un trabajo indirecto con los deportistas, a través de la figura del entrenador, quien era la persona que intervenía directamente y quien era asesorado por los psicólogos mediante informes breves editados por dicho Consejo. La base del asesoramiento y posterior intervención se fundamentaba en torno a las siguientes líneas: la motivación, el poder mental y la tensión precompetitiva, siendo las primeras aportaciones al ámbito aplicado las del impacto de la competiciónen la psique de los esquiadores y los efectos psicofisiológicos del tenis de mesa (Dosil, 2008). Respecto a las publicaciones, según Dosil (2008), Rudik escribe dos volúmenes, en 1924 y en 1925, sobre el tiempo de reacción aplicado a la educación física. Ya en 1936 publica el primer manual de psicología de la actividad física y el deporte, con el título de Psicología: un manual para educadores físicos, profesores de deporte y entrenadores. Las aportaciones de Puni no se publicaron hasta finales de los veinte, versando estos trabajos sobre personalidad (Vanek y Cratty, 1979). Mientras, en EEUU el estudio del deporte se enfoca más hacia el deporte universitario, más habitual en el ámbito norteamericano, siendo Coleman Griffith, de manera aislada, quien comienza estos trabajos aplicados. Estas primeras intervenciones en el deporte universitario comenzaron en el año 1925 (Dosil, 2008) realizando intervenciones directas con deportistas en la Universidad de Illinois (Chicago) y creando el primer laboratorio de psicología del deporte de Estados Unidos (Griffith, 1930) donde se investigaban preferentemente temas como el tiempo de reacción, la personalidad, la habilidad motriz y el aprendizaje motor. Otras aportaciones de este autor fueron la impartición de los primeros cursos de psicología de la actividad física y el deporte y la publicación de dos grandes obras Psychology of Coaching (1926) y Psychology of Athletics (1928), que han sido referentes de la disciplina a lo largo de su historia. Su prestigio y sus buenos resultados dieron lugar a que en 1938 fuera contratado como asesor por los Chicago Cubs de béisbol (Casis y Zumalabe, 2008). También en 1938 se creó un programa de posgrado de psicología de la actividad física y el deporte en el Departamento de Educación Física de la Universidad de California en Berkeley, dirigido por Franklin Henry (Weinberg y Gould, 2010). En Europa, R.W. Schulte creó en Berlín el primer laboratorio especifico de psicología del deporte en 1920 (Dosil, 2008) y diez años más tarde C. Diem creó el primer laboratorio de psicofisiología del deporte (Casis y Zumalabe, 2008). Durante este período también aparecieron publicaciones relacionadas con esta temática, tal es el caso de los manuales elaborados por R.W. Schulte en 1926, 1927 y 1932, o por H. Sippel y F. Giese en la década de los veinte y por O. Klemm en 1938 (Dosil, 2008).

Antes del Primer Congreso Mundial (1946-1964) Este periodo transcurre desde la finalización de la IIª Guerra Mundial hasta la celebración del Ier Congreso Mundial de la especialidad, celebrado en Roma (1965) y se caracterizó por una amplia dispersión, tanto a nivel teórico como metodológico. Fue sin duda en la antigua Unión Soviética y gracias al trabajo de psicólogos tales como Rudick, Puni y Hanin, donde el área llegó a consolidarse, emergiendo como disciplina de estudio y campo aplicado entre los años 1947-1957. Allí se introduce el término “preparación psicológica” para hacer referencia al trabajo centrado en las necesidades y demandas de cada deporte y deportista. Estas prácticas se generalizan asimismo en los países de Europa del Este, en ese periodo bajo influencia soviética, destacando los casos de la República Democrática Alemana (RDA) y Checoslovaquia. En la RDA se reorganizaron los centros deportivos centrándose en tres áreas: aprendizaje motor, técnicas de observación y activación fisiológica y preparación competitiva. De acuerdo a la historia de la psicología del deporte de los países de Europa del Este, fue un área de estudio muy reconocida y de mucho interés. Estas naciones prestaron una enorme atención a los aspectos aplicados de la psicología del deporte, optimizando el rendimiento de los deportistas de élite por medio de la investigación aplicada y la intervención directa. Como consecuencia de este interés, los psicólogos del deporte jugaron un papel muy activo en todos los niveles de la planificación deportiva, tanto en la selección como en el entrenamiento y preparación competitiva de los deportistas. En algunos de estos países hubo psicólogos del deporte a quienes se les concedió reconoci mientos y honores académicos que elevaban al nominado a la categoría de héroe nacional (Williams y Straub, 1991). La formación reglada de psicólogos en la especialidad es aún inexistente; únicamente se imparten algunos cursos de formación básica orientada a los entrenadores, que son los verdaderamente interesados en la psicología de la actividad física y el deporte en este periodo. En cuanto a las investigaciones, en este periodo en el bloque soviético se trabaja con temas como la evaluación de la personalidad y el aprendizaje motor, siendo lo más destacable la metodología empleada, ya que se empiezan a utilizar pruebas específicamente diseñadas en el deporte, muchas de carácter psicofisiológico, y no los típicos tests psicomotores. En cambio en EEUU las investigaciones giraron en torno a las habilidades motrices y los temas perceptivos, si bien hay que decir que, en sus comienzos, eran pruebas de laboratorio orientadas para la selección de pilotos; no olvidemos que se acaba de terminar la IIª Guerra Mundial, en la que la aviación jugó un papel fundamental y ahora se comienza la carrera espacial en la que se necesitan pilotos de naves aeroespaciales muy preparados en aspectos perceptivo-motrices. Estas investigaciones de laboratorio fueron paulatinamente desarrollándose también con deportistas. Referente a las aplicaciones, hay que mencionar que es en este periodo cuando se realizan, en el bloque soviético, las primeras intervenciones directas. Si bien, como se ha mencionado, el contrato de C. Griffith en USA es de 1938, es en este periodo y en el bloque soviético donde se encuentran las primeras intervenciones con deportistas olímpicos. La primera intervención documentada de esta naturaleza corrió a cargo de Vanek, quien trabajó con los deportistas checoslovacos que iban a asistir a las olimpiadas de Tokio en 1964, utilizando técnicas de desvanecimiento; si bien él no acudió en esa primera ocasión a la cita olímpica junto con los deportistas, sí lo hizo en persona en las siguientes olimpiadas, las de México 1968. Estas intervenciones son aisladas aún y se centran en el trabajo previo con los deportistas de cara a disminuir la posible ansiedad de los atletas cuando lleguen a competir, mediante la presentación previa de imágenes y sonidos de los estadios en los que iban a participar. En el bloque occidental cabe señalar las intervenciones llevadas a cabo por B.C. Ogilvie y T.A. Tutko (1966) con deportistas olímpicos (natación) y con equipos de beisbol y fútbol americano. En Europa occidental el abordaje es más teórico, poniéndose el énfasis en la evaluación y el diagnostico y no tanto en la intervención. Destacan los trabajos hechos en la República Federal Alemana sobre el papel de las instrucciones, en Italia sobre la personalidad -más cercanos al mundo de la medicina y la psiquiatría-, en Francia acerca de la motivación y en Gran Bretaña donde se investiga el efecto de la práctica deportiva en la inteligencia. Una expe riencia pionera son las evaluaciones médico-psicológicas a los atletas italianos que van a competiren las olimpiadas de Melbourne en 1956, pero no se realiza ningún tipo de intervención. Las escasas y aisladas intervenciones en este periodo suelen ser indirectas, a través de los entrenadores, y se trabajan temas tales como el aprendizaje motor, la personalidad y el entrenamiento autógeno. En la entonces URSS, Chernikova publica Cuestiones de Psicología del Deporte en 1958; Rudik es autor de Psicología (1957) y Psicología de la educación física y el deporte (1960), con un enfoque eminentemente práctico; por su parte, Puni publicó sus Ensayos de Psicología del Deporte en 1959, un clásico de la especialidad, donde sintetiza todos los aspectos teóricos y metodológicos de sus resultados científicos y expone las particularidades psicológicas de las actividades deportivas, de las bases psicológicas de los diferentes períodos del proceso de preparación deportiva y del entrenamiento haciendo énfasis en el impacto de la actividad deportiva sobre la psiquis del participante. En Checoslovaquia, Macak publica Psicología del Deporte (1962) y Vanek su manual Bases psicológicas de la educación física en 1963 (Dosil, 2008). En Alemania sucede algo similar, destacando las figuras de Meinel, con el libro Aprendizaje motor (1960) y Kunath con Psicología del Deporte en 1963 (Vanek y Cratty, 1970). Cratty y Vanek escribieron el libro Movement Behaviorand Motor Learning en 1964 (Cox, 2009; Weinberg y Gould, 2010). En el ámbito occidental, hay que señalar la aparición de los primeros manuales publicados por W.R. Johnson (1949), sobre las emociones precompetitivas de jugadores de fútbol americano y baloncesto, y la publicación del manual Psychology of Coaching de Lawther en 1951 (Cox, 2009). Un hecho también destacable en este periodo es la creación de las primeras asociaciones de Psicología del Deporte: en Checoslovaquia en 1954, con Miroslav Vanek al frente; en Japón en 1960, y en Bulgaria en 1962. Como un anticipo de la consolidación, A.Z. Puni organiza en Leningrado en 1956 el primer congreso para psicólogos del deporte (Dosil, 2008).

El periodo de consolidación (1965-1985) El inicio de este periodo se fija convencionalmente en 1965 porque en esta fecha se celebró en Roma el primer congreso mundial de la disciplina, organizado por el psiquiatra F. Antonelli, considerado por muchos como el padre de la psicología del deporte internacional. No obstante y dado que esta fecha es, tal como venimos relatando, posterior a muchas investigaciones pioneras, sería más correcto sería definir a Antonelli como el padre de la psicología de la actividad física y del deporte contemporánea, si bien a este respecto no hay consenso; por ejemplo, para Cox (2009) el padre de la psicología del deporte moderna ha sido R. Martens, cuyo artículo sobre batas y chándales (Martens, 1979) es un famoso referente, al menos en el área de influencia occidental. Lo cierto es que a partir de la celebración de ese primer congreso mundial la psicología de la actividad física y el deporte comienza a consolidarse y se crean numerosas asociaciones nacionales e internacionales, como la International Society of Sport Psychology (ISSP), fundada en 1965, la North American Society for the Psychology of Sport and Physical Activity (NASPSPA), creada en 1967, o la Fédération Européenne de Psychologie des Sports et des Activités Corporelles (FEPSAC), fundada en 1968. En la República Federal Alemana nace la Asociación Alemana de Psicología del Deporte en 1969, que un año después se convierte en miembro de la FEPSAC y en 1972 organiza el IIIer Congreso Europeo de Psicología del Deporte, en Colonia. Los países sudamericanos crearon en 1984 la Sociedad Sudamericana de Psicología del Deporte (SOSUPE), los países árabes se unieron en la Arabic Federation of Sport Psychology en 1987 y los países del Pacífico (Asia y Oceanía) crearon la Asiatic South Pacific Association of Sport Psychology (ASPASP) en 1989 (Dosil, 2008). En cuanto a las publicaciones, es importante constatar en este periodo el nacimiento de la primera revista específica sobre la temática, el International Journal of Sport Psychology, fundado en 1970 como órgano de difusión de la ISSP, a la que siguieron otras revistas, la mayor parte bajo los auspicios de las recién creadas asociaciones nacionales de psicología de la actividad física y el deporte (Dosil, 2008). También contribuye a la consolidación el reconocimiento que logran algunos manuales que han tenido gran influencia en la configuración del área: Problem athletes and how to handle them (Ogilvie y Tutko, 1966), considerado el primer manual de carácter aplicado, Motor Learning and Motor Performance (Singer, 1967), Psychology of motor learning (Oxendine, 1967), sobre aprendizaje y control motor, y Psychology of the superior athlete (Vanek y Cratty, 1970), referido a aspectos generales y dirigido a los países de influencia soviética. Mientras tanto, en la URSS se aborda la intervención directa con los deportistas y, tras el primer acercamiento de Vanek, se pasa a la preparación directa para los juegos de México 68, donde se trabaja de manera específica la preparación psicológica de los deportistas, asistiendo los psicólogos a los Juegos Olímpicos. Por su parte, en la RDA hubo una inclusión del psicólogo en el deportista de alto nivel; Kunath y sus colaboradores del Instituto de Cultura Física de Leipzig, dirigieron la preparación psicológica en altitud del equipo olímpico para esa misma Olimpiada (Dosil, 2008). La competencia deportiva entre países condujo a un enorme secretismo del trabajo psicológico a lo largo de la década de los setenta y originó que la psicología aplicada al deporte fuese conocida exclusivamente por los directivos y entrenadores del país (Dosil, 2008). Salmela (1981) mencionó que muchos especialistas norteamericanos deseaban saber en qué trabajaban estos psicólogos del deporte, pero sus deseos fueron en vano porque los especialistas de dichas naciones se resistieron a compartir sus investigaciones y técnicas para la maximización del rendimiento. Salmela en 1984 (citado en Williams y Straub, 1991) también comentó que la investigación estuvo más limitada en su ámbito de aplicación a causa de un mayor control gubernamental. En 1980 el Comité Olímpico de los Estados Unidos (USOC) crea la junta de asesoramiento psicológico y en 1983 elabora unas normas sobre quién podía o no podía ser psicólogo de los equipos olímpicos norteamericanos y en 1985 contrata con dedicación exclusiva al primer profesional especializado en psicología del deporte (Weinberg y Gould, 2010). En términos más o menos consensuados, se establece el año 1985 como el del reconocimiento oficial de la disciplina, pudiendo decirse que, desde entonces, la psicología de la actividad física y el deporte es una disciplina reconocida y consolidada en la mayoría de los países.

1986-hoy: reconocimiento oficial El desarrollo y consolidación fue tal que en 1986 la American Psychological Association aprobó su división 47 sobre Exercise and Sport Psychology, en esa misma fecha se crea también la Association for the Advancement of Applied Sport Psychology (AAASP), de carácter básicamente aplicado, y se establecen las bases del Consultor Certificado (Cox, 2009). Otra característica de este período es el intento de dar el paso definitivo de la teoría a la práctica. Al respecto destaca la creación de la división 12 de la International Association ofApplied Psychology (IAAP) en 1994, dedicada a la Psicología de la Actividad Física y el Deporte. El panorama mundial actual presenta un psicólogo del deporte que persigue una incorporación definitiva a los equipos técnicos que acompañan a los deportistas (Dosil, 2008). El derrumbe del bloque soviético en 1991 y la desmembración de la ex-URSS tuvieron consecuencias no solo en la vida diaria y social de los ciudadanos, sino también trajo una reducción dramática de dinero y servicios para los deportes olímpicos. La mayor parte de los especialistas en ciencias del deporte incluidos los psicólogos deportivos, tuvieron que salir de los centros de alto rendimiento por falta de presupuesto o que regresaron a su países de origen (Melnikov, 1992). La actual Rusia está reconstruyendo lentamente su sistema de ciencias deportivas que fue tan efectivo para desarrollar talentos deportivos de alto nivel (Silva, 2002).

La Psicología del Deporte en España En España la aparición de esta disciplina estuvo ligada, de una parte, al Instituto Nacional de Educación Física (INEF) y, de otra, a la medicina del deporte. José María Cagigal, el creador de los Institutos Nacionales de Educación Física, el primero de los cuales se fundó en Madrid en 1967, incluyó en el plan de estudios la materia de psicología, y según Casis y Zumalabe (2008) estableció una clara conexión entre la pedagogía y la psicología del deporte (Cagigal, 1957,1962, 1963, 1964). Paralelamente, en Barcelona se crea el Centro de Medicina Deportiva de la Residencia Blume, que aborda el estudio y la evaluación de aspectos tanto médicos como psicológicos del rendimiento deportivo y que, junto al INEF de Barcelona creado en 1976, constituye otro de los núcleos de referencia de la psicología del deporte en España (Casis y Zumalabe, 2008). Con anterioridad se había creado el primer laboratorio español de psicología del deporte (Roig Ibañez, 1964, 1965, 1966) y se había publicado el primer número de la revista Apuntes de Medicina Deportiva (Ferrer-Hombravella, 1965), donde se recogían cuestiones propias de estas disciplinas. A nivel internacional hay que señalar que J.M. Cagigal, J. Ferrer-Hombravella y J. Roig, tomaron un papel activo en el I Congreso Mundial de Roma (1965) contribuyendo a que la organizaciónfuera un éxito. Según Dosil (2004), el reconocimiento de la labor de los españoles en la organización mundial vino al ser nombrado J. Ferrer-Hombravella Secretario General de la Sociedad Internacional de Psicología del Deporte (ISSP). Además, en 1973 Madrid fue sede del III Congreso Mundial de Psicología del Deporte. No obstante, este congreso tuvo poca difusión y repercusión en nuestro país por dos razones (Cruz y Cantón, 1992): a) los estudios de Psicología estaban recién creados en las universidades españolas (la primera promoción se licenció justamente en ese 1973) y b) sólo existía un INEF en España, el de Madrid, creado en 1967. La Psicología del Deporte se iniciaba en España cuando ya estaba consolidándose a escala internacional. No obstante, en estos 50 años se han producido notables avances en su articulación profesional, en su penetración en la práctica deportiva, en el desarrollo de aplicaciones, en investigación y en publicaciones. Por lo que se refiere al movimiento asociativo dentro de la especialidad, la pionera fue la Associació Catalana de Psicologia de L’Esport fundada en 1983. En 1986, y coincidiendo con el décimo aniversario de la creación del INEF de Barcelona se celebró en dicha capital el Ier Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte, al que asistieron unas 400 personas y al que acudió la Junta Directiva de la ISSP. La Federación Española de Asociaciones de Psicología de la Actividad Física y el Deporte (FEAPAFD), se constituyó durante la celebración del IIº Congreso Nacional, celebrado en Granada en 1987, agrupando las nueve asociaciones autonómicas creadas durante ese año y el anterior. Tras la celebración del IIIº y IVº Congresos (Pamplona, 1989 y Sevilla, 1993, respecti vamente), son ya 12 las asociacionesde ésta índole (Pérez Córdoba y Caracuel, 1996). En cuanto a las publicaciones, hay que aludir, con Dosil (2008), al hecho de que el primer manual traducido al español fue Psicología aplicada al deporte (Williams, 1991). También es digno de mención el aumento del número de libros publicados por autores españoles: Roca (1983a, b), Oña (1987) y Ruiz Pérez (1987), sobre tiempo de reacción y desarrollo motor; Palmi (1983), Riera (1985, 1989), Marrero (1988), Gil Martínez (1991) y Riera y Cruz (1991) sobre aspectos generales de la psicología del deporte y la psicología aplicada a la actividad física así como del entrenamiento psicológico de los deportistas. Por lo que se refiere a publicaciones periódicas especializadas, cabe reseñar tanto el aumento de trabajos de carácter psicológico publicados en revistas sobre actividad física y deporte (tales como Apunts. Educació Física i Esport, Motricidad, Revista de Investigación y Documentación en Ciencias de la Educación Física y el Deporte), como la aparición, en 1992, de la Revista de Psicología del Deporte, auspiciada por la FEAPAFD y de carácter semestral. Más recientemente han iniciado su trayectoria como revistas especializadas tanto Cuadernos de Psicología del deporte como la Revista Iberoamericana de Psicología del Deporte. Reseñables es igualmente el aumento en el número de tesis doctorales, pasando de tan sólo dos en el período 1980-1985, a más de 20 en el quinquenio 1985-1990, tanto por la finalización de algunos programas de doctorado en los INEF, como por el inicio de los estudios de máster en Madrid en 1989 y Barcelona en 1990 y Cursos de Postgrado en muchas otras Facultades de Psicología y por el hecho de que la psicología del deporte figurara como temática preferente en el Plan Nacional de Investigación hasta 1992 (Cruz, & Cantón, 1992). En lo que respecta a la aplicación, hay que decir que si bien ésta se ha desarrollado más tardíamente, los Juegos Olímpicos de Barcelona’92 supusieron un buen paso adelante en la instauración de la figura del psicólogo del deporte en los equipos multidisciplinares (Dosil, 2004). El Centro Olímpico Español en 1992, constituyó un proyecto sólido surgido en España para impulsar el desarrollo de las Ciencias del Deporte (Casis y Zumalabe, 2008). Así, según la encuesta realizada en 1991 por Diego y Sagredo (1992), siete federaciones olímpicas contaban con un psicólogo de forma más o menos estable, incluyéndose en algunas otras de forma esporádica o para cursos específicos de formación de entrenadores, encontrándose entre ellas federaciones de tenis, gimnasia, halterofilia, hockey sobre patines y sobre hierba, baloncesto, judo, esgrima, badminton, ciclismo, taekwondo y fútbol, así como la de deportes de invierno. En general hay que convenir que la década de los 80 supuso el reconocimiento oficial de la psicología del deporte en España, aumentando el número de investigaciones y de cursos sobre esta disciplina, aunque hay que reconocer que en el ámbito aplicado la evolución ha sido más lenta.

2.5 Origen del fisicoculturismo en México

En México se reconoce al fisicoculturismo como deporte federado hasta 1984 cuando se crea la Federación Mexicana de Físico constructivismo y Fitness a la Confederación Deportiva Mexicana. Al día de hoy la federación se enfoca en promocionar y difundir la disciplina culturista y los formatos derivados. Paralelamente apoya a atletas, entrenadores, jueces; directivos de gimnasios con asesorías técnicas, nutricionales, médicas; así como en la organización de exhibiciones y competencias. Ésta integra 31 asociaciones estatales y es el enlace directo con la IFBB a nivel internacional.4

Actualmente el fisicoculturismo se ha transformado al igual que el cuerpo de los atletas. Gracias al desarrollo de los aparatos, la alimentación y la medicina. Si frecuentas un gimnasio podrás notar que existen diversos aparatos para ejercitar específicos músculos esqueléticos, las innovaciones en equipo deportivo han ayudado a modificado el cuerpo de los fisicoculturistas comparado con los pasados culturistas. Además la alimentación ha jugado un papel determinante, no sólo por la cantidad y diversidad de productos que hoy encuentra uno fácilmente en el mercado, sino por la incorporación de proteínas, suplementos y demás sustancias químicas que el cuerpo por sí solo no produce.

El deporte se ha especializado al grado de clasificar en más de 30 categorías a los fisicoculturistas, hombres y mujeres que son catalogados por edad, peso e incluso altura. Las competencias consisten en demostrar la musculatura determinada, generalmente, por simetría y definición del tono muscular mediante series de poses obligatorias u opcionales. Algunas exhibiciones o competencias presentan un formato de competición que premia la demostración de habilidad o resistencia en ejercicios concretos. Atributos más apegados al inicio del culturismo.

2.6 Origen del fisiculturismo en Chiapas

El fisicoculturismo en Chiapas surgió oficialmente en el año 2013, después de una de la primera competencia que fue reconocida ante la federación mexicana de fisicoculturismo, anteriormente si habían competencia pero no era para el selectivo ni para ir a competencia, se hacía más interno dentro de chipas y las categorías como actualmente hay dentro del fisicoculturismo no existía, era meramente competencia para que las personas se inculcaran dentro del deporte.

2.7 EVOLUCIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA EN MÉXICO

No fue hasta el año de 1984 cuando se promulga la Ley General de Salud, cuando se da el inicio al cuidado de la salud mental del mexicano. En el siguiente apartado se abordarán los fundamentos legales y bioéticos de la salud mental en México.

Fundamento legal de la salud mental en México Para abordar el marco legal de la salud mental en México transcribimos el artículo 72 de la Ley General de Salud: Artículo 72. La prevención y atención de los trastornos mentales y del comportamiento es de carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control multidisciplinario de dichos trastornos, así como otros aspectos relacionados con el diagnóstico, conservación y mejoramiento de la salud mental. Para los efectos de esta Ley, se entiende por salud mental el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

La atención de los trastornos mentales y del comportamiento deberá brindarse con un enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto de los derechos humanos de los usuarios de estos servicios (4). ¿Pero qué derechos tiene el paciente? ¿Está realmente protegido por la ley? ¿Hay seguridad en el paciente y su manejo?

Derechos del paciente psiquiátrico en México Respecto a los derechos del paciente psiquiátrico en México, en la Ley General de Salud observamos lo siguiente: Artículo 74 Bis. La persona con trastornos mentales y del comportamiento tendrá los siguientes derechos: I. Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental y acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye el trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona, en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud; II. Derecho a contar con un representante que cuide en todo momento sus intereses. Para esto, la autoridad judicial deberá cuidar que no exista conflicto de intereses por parte del representante;

III Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir. Esto sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente; IV. Derecho a que le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo caso, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y que el tratamiento a recibir sea lo menos alterador posible; V. Derecho a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado llegado el caso; VI. Derecho a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona; VII. Derecho a ser tratado y atendido en su comunidad o lo más cerca posible al lugar en donde habiten sus familiares o amigos, y VIII. Derecho a la confidencialidad de la información psiquiátrica sobre su persona (4). Ya observamos el fundamento legal, ahora veamos el propósito esta investigación. Un estudio realizado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), publicado por ANSA Latina, dice que de los 41 manicomios del país, llamados oficialmente Clínicas de Salud Mental, ocho son controlados por el gobierno federal y 32 por los gobiernos estatales, el sufrimiento ronda en los pabellones y hasta en el último rincón (5, 6).

En este estudio, realizado después de enviar a sus visitadores a verificar el ambiente y el panorama reinante en los 41 psiquiátricos, la Comisión Nacional de Derechos Humanos indicó que todos tienen fallas, mayores o menores, se aísla a los pacientes; en algunos sitios se les niega atención a personas que, además de tener perturbaciones mentales, padecen del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); hay irregularidades como el racionamiento de comida, la negativa a otorgar vestido y calzado a los pacientes, las plagas de cucarachas y otros insectos en las instalaciones, la negativa a dar libros o acceso a la radio y a la televisión a los internos (7). Esto nos lleva a dar una respuesta más humana y con mejor seguridad jurídica al paciente psiquiátrico, lo que nos conduce a proponer una ley contemple estos aspectos, y que además contemple la seguridad bioético jurídica al paciente. El establecer parámetros especializados dentro de la Carta Magna es fundamental, el concepto de salud en general no es suficiente ya que se deja desprotegido al ciudadano en su integridad a nivel mental, teniendo como referencia el artículo 4 que trata de las garantías individuales: …Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución… (4). La creación de una ley nacional de salud mental es vital para el desarrollo del país, ya que eso la elevaría a una ley federal, y otorgaría todos los beneficios legales al personal especializado y al paciente.

Ley Nacional de Salud Mental La Ley Nacional de Salud Mental reglamentaría el derecho a la protección de la salud mental que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en donde se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Asimismo, basándose en el artículo 1º en donde explica que todo individuo gozará de las garantías individuales, haciendo de la salud mental un derecho humano por excelencia (8). Dicha ley sería de orden público, interés social y observancia general, aplicable en toda la república mexicana, para instituciones públicas, sociales y privadas que planifiquen, administren y coordinen los servicios de salud mental y tendría por objeto: 1. Regular las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud mental para la Federación, con un enfoque ético ante los derechos humanos del paciente y un enfoq0ue bioético en la relación médico-paciente, incorporando la perspectiva de género. 2. Establecer los mecanismos adecuados para la promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental en instituciones de salud pública de la Federación, así como para personas físicas o morales de los sectores social y privado, que coadyuven en la prestación de 3. Definir los mecanismos y lineamientos para promover la participación de la población y el desarrollo de la salud mental con respecto a la creación de programas en donde se vincule a la Bioética y se fortalezca la seguridad en la relación médico-paciente de manera ética y acorde con las necesidades específicas de cada individuo (8). La constitución no hace una clara referencia a la salud mental, y menos a los comités de Bioética y de Ética contemplados en leyes secundarias, como la Ley General de Salud; la existencia de estos comités es fundamental dentro de hospitales de todo tipo, en este caso de los psiquiátricos (9). La Bioética, basada en el respeto a la vida, la autonomía, la libertad y la responsabilidad de un paciente psiquiátrico, quitaría todos los prejuicios que la sociedad a perpetuado, y aparecería en el horizonte científico

Artículo 73. Para la promoción de la salud mental y la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán: I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente a grupos en situación de vulnerabilidad. II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental, así como el conocimiento y prevención de los trastornos mentales y del comportamiento; III. La realización de programas para la prevención y control del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia; IV. Las acciones y campañas de promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, así como de sensibilización para reducir el estigma y la discriminación, a fin de favorecer el acceso oportuno de la atención; V. La implementación estratégica y gradual de servicios de salud mental en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud, que permita abatir la brecha de atención; VI. La investigación multidisciplinaria en materia de salud mental; VII. La participación de observadores externos para vigilar el pleno respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, que son atendidas en los establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud, y VIII. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan a la prevención, atención y fomento de la salud mental de la población (4). El legislador veló por una concepción general de la salud mental en el país, mas no completó su labor, al no realizar una ley nacional, en donde existiría una mayor extensión y especialización de dicho tema (11, 12). Por ende, es necesario especificar el derecho a la salud mental en la Constitución, hoy esto es meramente avalado por las Normas Oficiales Mexican

2.8 EVOLUCIÓN LA PSICOPATOLOGÍA DE LA IMAGEN CORPORAL

En el siglo XXI, el cuerpo es sujeto y objeto de cultura (6). Socialmente, una buena presencia implica mayores posibilidades laborales, de relaciones humano-afectivas y de aceptación social. La sociedad en la que vivimos, invita a cultivar más el exterior que la interioridad, el poseer más que el ser, la belleza externa sobre la interior. Lo importante no es lo que somos, sino Como nos presentamos.

La imagen social es tan valorada que es necesario modificarla para que, estéticamente, sea lo que socialmente debe ser. Es más importante la imagen que aquello que la imagen representa. Cuando el cuerpo no es acorde con los modelos vigentes en la sociedad, los avances de la ciencia se ponen a su servicio para conseguir un cuerpo perfecto. Este culto al cuerpo ha originado todo un mercado de negocios en el que se mueven grandes cantidades de dinero. La preocupación por el cuerpo y la apariencia física se Han convertido en una fuente de consumo en una sociedad de mercado. Actualmente se realizan numerosas intervenciones de cirugía estética para ayudar a conseguir el ideal de belleza. Cualquier parte Del cuerpo puede ser intervenida para alcanzar la supuesta perfección física.

Las mujeres son las que más intervenciones de cirugía plástica se realizan, aunque la demanda entre los hombres ha aumentado un 135% en los últimos años (33). Se estima que España es el primer país de Europa y el cuarto en el mundo en cuanto a la realización de intervenciones estéticas, unas 350.000 anuales.

Ante Este estereotipo de belleza presente en las sociedades contemporáneas, el distanciarse de él puede dar lugar a la estigmatización Del individuo, con grandes repercusiones a nivel psicológico. De esta manera, los cuerpos amplios valorados antiguamente por su significado con la perpetuación de la especie, actualmente son rechazados socialmente.

El interes de la psicopatologia en la actualidad se dirije sobre la elaboracion de teorias explicativas alternativas a las Viejas hipotesis.

**CAPITULO III: MARCO TEÓRICO**

3.1 DEFINICION DE PSICOPATOLOGÍA DE LA IMAGEN CORPORAL

Comenzaremos hablando acerca del trastorno de la imagen corporal, podemos identificar la manifestación de unas características definitorias generales Respuesta no verbal a cambios reales o percibidos en la estructura o funcionamiento; manifestaciones que reflejan una alteración de la percepción de la estructura, aspecto o función del cuerpo; conductas de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo; expresión de sentimientos y percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo.

Imagen corporal Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales. Pertenece al dominio III, clase M. Como dijimos anteriormente, la imagen corporal es la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo, e incluye tres componentes: perceptual, cognitivo y conductual. En principio las preocupaciones pueden ser sobre cualquier parte de su apariencia física, aunque tengan una apariencia normal. Algunos pueden presentar unas quejas muy circunscritas a una o varias zonas del cuerpo (delgadez del cabello, acné, arrugas, cicatrices, manchas vasculares, palidez o enrojecimiento del cutis, hinchazones, asimetría o desproporción facial o bien pueden preocuparse por la forma, el tamaño u otros aspectos de su nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, mandíbula, barbilla, mejillas y cabeza o de la forma y tamaño de genitales, pechos, nalgas, abdomen, brazos, manos, piernas, caderas, hombros, columna vertebral, amplias zonas del cuerpo e incluso todo el cuerpo) mientras que hay otro tipo de quejas que pueden ser tremendamente vagas (ser feo, ser raro...). Generalmente aquellas personas que tienen una pobre imagen corporal llevan asociada a una baja autoestima. Es decir, que uno se siente poco adecuado como persona. No se auto valora por su nivel de insatisfacción corporal. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él. Asimismo, es muy difícil que se sepa apreciar indistintamente cualidades de destreza o trabajo o incluso inteligencia, separadamente del aprecio por el propio cuerpo. Una imagen corporal negativa puede causar ansiedad interpersonal. Si uno no es capaz de aceptarse creerá que los demás tampoco podrán hacerlo. Como resultado de esto no es de extrañar que la persona se sienta incómoda o inadecuada en sus interacciones sociales. En definitiva, es necesario tomándose un tiempo para reconocer este nuevo cuerpo y adaptarse a los cambios corporales de esta etapa (envejecimiento, lesiones, cirugía…). La selección de este criterio de resultado está justificada debido a la aparición de los siguientes indicadores, Imagen interna de sí mismo, [**imagen**](https://definicion.de/imagen/) hace referencia a la **figura, representación, apariencia o semejanza de algo**. El término también hace mención a la **representación visual** de un objeto mediante técnicas de la fotografía, la pintura u otras disciplinas.

**Corporal**, por otra parte, procede del latín *corporalis* y refiere a lo perteneciente o relativo al [**cuerpo**](https://definicion.de/cuerpo). Esta noción (cuerpo) está vinculada a aquello tiene extensión limitada y que es perceptible a través de los sentidos o al conjunto de los sistemas orgánicos que constituyen un ser vivo.

La idea de imagen corporal suele asociarse a la **representación simbólica** que una [**persona**](https://definicion.de/persona) hace de su **propio cuerpo**. Se trata, por lo tanto, de la manera en que cada sujeto **se ve a sí mismo**. Por ejemplo: *“Estoy satisfecha con mi imagen corporal”*, *“Quienes sufren trastornos alimenticios tienen una imagen corporal distorsionada, que no se ajusta a la realidad”*, *“Tuve que abandonar el mundo de la moda porque no soportaba la presión sobre mi imagen corporal”*.

Es importante destacar que la imagen corporal se construye a través de diversos componentes. Por un lado, aparece lo que efectivamente ve la persona al mirarse al espejo. Este sería el **componente objetivo**, aunque dicha objetividad, en realidad, está determinada por la [**cultura**](https://definicion.de/cultura) y la época (un peso corporal que en la actualidad sea considerado excesivo, puede haber sido el aceptable e incluso el recomendable hace tan sólo algunas décadas).

Por otra parte, la imagen corporal tiene un fuerte **componente emocional**, que está vinculado a cómo procesa cada sujeto aquello que observa en el espejo. De esta manera, un adolescente con un [**peso**](https://definicion.de/peso) saludable puede verse a sí mismo fuera de forma, lo que generará una separación entre la imagen advertida por el resto de la gente y la imagen corporal que él registra.

Los medios de comunicación masivos son grandes responsables de las absurdas exigencias que muchas personas se imponen a sí mismas con respecto a su [**aspecto**](https://definicion.de/aspecto) físico. Algunos de los trastornos más comunes relacionados con la percepción que los seres humanos tenemos de nuestra imagen corporal son los siguientes:

**Dismorfofobia**: también llamado **desorden dismórfico corporal**, genera en quienes lo padecen una imagen muy distorsionada de su propio aspecto físico

**Bulimia**: se trata de una enfermedad que produce episodios regulares de ingesta excesiva, sin control ninguno ante el deseo de seguir comiendo, luego de lo cual se suele auto provocar el vómito o consumir laxantes para que dicho ataque no derive en un aumento de peso.

**Anorexia nerviosa**: es un trastorno alimentario que provoca una pérdida de peso hasta llegar a niveles muy por debajo de lo considerado saludable para la estatura y la edad de quien lo padece.

**3.2 DEFINICIÓN DE FISICOCULTURISMO**

El **fisicoculturismo** es la actividad física encaminada al máximo desarrollo muscular (de la musculatura visible) del ser humano. Desde este punto de vista, comparte con otros deportes ciertos métodos y destrezas, aunque su finalidad es notoriamente diferente. El **fisicoculturismo** es el proceso de desarrollo de [fibras musculares](http://enciclopedia.us.es/index.php?title=Fibra_muscular&action=edit&redlink=1) mediante la combinación de levantamiento de peso, aumento de la ingesta calórica y descanso.

**3.3 PSICOPATOLOGÍA DE LA IMAGEN CORPORAL SEGÚN LA TEORÍA DE VÍCTOR FRANKL**

La logoterapia fue desarrollada por Viktor Frankl, uno de los principales representantes del análisis existencial. En estas intervenciones, que tienen como objetivo la consecución de significado vital, tuvo una gran influencia la filosofía existencialista.

En este artículo describiremos los principios y las técnicas básicas de la logoterapia, así como los tipos de neurosis que existen según Viktor Frankl. Entre ellos el más importante es la neurosis noógena, que constituyó el foco de interés de este

La logoterapia de Viktor Frankl

Viktor Emil Frankl (1905-1997) fue un neurólogo y psiquiatra austriaco que nació en una familia judía. En 1944 él, su esposa, sus padres y su hermano fueron enviados a campos de concentración; cuando la guerra acabó Frankl era el único que seguía con vida.

Frankl desarrolló su teoría y su terapia psicológicas a partir de sus experiencias como prisionero, si bien ya había empezado a crearlas con anterioridad. En 1959 publicó su libro clave, “El hombre en busca de sentido”, donde describió su modelo: la logoterapia.

La logoterapia se enmarca en el análisis existencial, un tipo de terapia con un marcado carácter filosófico que se centra en la búsqueda de significado vital ante el vacío existencial, causante de síntomas psicológicos, emocionales y físicos. La influencia de Kierkegaard, Heidegger y Husserl es notable en la obra de Frankl.

Según Frankl, las personas siempre podemos dar un sentido a nuestras vidas, independientemente de las circunstancias en que nos encontremos; esta búsqueda de significado constituye la principal motivación vital. Además siempre tenemos un cierto grado de libertad, puesto que podemos decidir al menos qué actitud adoptamos ante la adversidad.

Teoría del ser humano: sufrimiento y significado

Frankl consideraba que la experiencia humana tiene tres dimensiones: la somática o física, la mental y la espiritual. Según este autor, el origen de las alteraciones psicológicas es la falta de fortaleza de la dimensión espiritual, así como de sentido en la vida.

Describió tres tipos de valores que conducían al significado y, por tanto, a la felicidad: los valores de creación, relacionados con el trabajo y la contribución a la sociedad, los de experiencia (interacción con personas y vivencia de sensaciones) y los de actitud, que tienen que ver con la superación del sufrimiento.

Para Frankl la causa de los trastornos mentales es el significado que damos al sufrimiento, y no el malestar en sí mismo. Este planteamiento básico se oponía al reduccionismo del conductismo de la época y anticipaba los planteamientos cognitivistas.

**Tipos de neurosis según Frankl**

Frankl describió diversos tipos de neurosis en función de las causas que las provoquen. Entre ellas destaca la neurosis noógena, foco de interés de la logoterapia.

1. Noógena

La logoterapia es específica para la neurosis noógena, que surge como consecuencia del vacío existencial, de la no satisfacción de la dimensión espiritual humana. Cuando una persona no consigue dar significado a su sufrimiento siente desesperanza y una sensación de pérdida de significado vital; Frankl llama neurosis noógena a esta situación.

**2. Colectiva**

Las neurosis de este tipo afectan a un gran número de **personas que comparten la misma cultura** y/o nacieron en una época determinada. Definió cuatro actitudes como neurosis colectivas: el fatalismo (creer que todo tiene causas externas), el fanatismo (idealizar las propias creencias y no tolerar el resto), la falta de atención al futuro y la conformidad o “pensamiento colectivista”.

**3. De domingo**

Muchas personas tratan de dar sentido a sus vidas a través del trabajo y del ritmo frenético de la semana. Cuando llegan el fin de semana, las vacaciones o la jubilación y se tiene tiempo libre, aparecen **sentimientos de apatía, aburrimiento y vacío existencial**; en la teoría de Frankl esto se conoce como neurosis de domingo y es considerada un tipo de depresión.

**4. De desocupación**

La neurosis de desocupación es similar a la de domingo, pero se prolonga durante más tiempo. Cuando una persona no tiene ocupación o trabajo tiende a experimentar un estado de apatía y sentimientos de inutilidad por falta de metas vitales.

**5. Psicógena, reactiva, somatogénica y psicosomática**

Esta clasificación se refiere a los factores que originan la alteración. Las neurosis psicógenas tienen causas psicológicas, como las actitudes, mientras que las reactivas se deben a una respuesta intensa del organismo a la presencia de síntomas somáticos o psicológicos.

Las neurosis somatogénicas **se deben a disfunciones biológicas**, como el hipertiroidismo o la reactividad excesiva del sistema nervioso. Por último, Frankl llamó “neurosis psicosomáticas” a los síntomas físicos disparados por factores psicológicos; en esta categoría incluyó el asma.

**Técnicas de la logoterapia**

El objetivo de la logoterapia es ayudar a que el cliente dé un significado a su vida. Para ello, según Frankl, el logoterapeuta debe utilizar las siguientes técnicas.

**1. Diálogo socrático**

Los diálogos socráticos consisten en desafiar las interpretaciones que hace el cliente de distintos sucesos (es decir, su sistema de creencias) a través de preguntas basadas en la lógica. El diálogo socrático fue **adoptado por los psicoterapeutas de orientación cognitiva**, como [**Aaron Beck**](https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck), y constituye uno de los pilares fundamentales de la reestructuración cognitiva.

**2. Desreflexión**

Algunas personas prestan una **atención excesiva a sus metas o a sus problemas**, lo cual genera ansiedad e interfiere con la vida; Frankl denominó el primer caso como “hiperintención” y el segundo como “hiperreflexión”. La técnica de la desreflexión consiste en redirigir esta atención de un modo adecuado y funcional.

**3. Confrontación**

La confrontación es una técnica básica de la psicoterapia en general. Se trata de **hacer ver al cliente las incongruencias** y la inadecuación de determinadas conductas y actitudes de modo que pueda ser consciente de ellas y modificarlas.

**4. Intención paradójica**

Frankl llamó “intención paradójica” a una técnica consistente en hacer que el cliente intensifique sus síntomas en contextos nuevos, **promoviendo que el síntoma pierda su funcionalidad**. Dicho de otro modo, se pretende que el cliente provoque intencionadamente aquello que teme, de modo que se genera una contradicción lógica, muchas veces humorística.

En la actualidad la intención paradójica se considera una técnica eficaz para manejar distintos problemas, por ejemplo el insomnio de conciliación. Funciona porque, cuando la persona pasa a desear que ocurra un suceso que normalmente le provoca ansiedad u otras emociones negativas, tales consecuencias asociadas no se producen.

**3.4 ABRAHAM MASLOW Y SU TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN HUMANA**

Maslow propone la “Teoría de la Motivación Humana”, la cual trata de una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas; esta jerarquía identifica cinco categorías de necesidades y considera un orden jerárquico ascendente de acuerdo a su importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación. Es así como a medida que el hombre va satisfaciendo sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad está “razonablemente” satisfecha, se disparará una nueva necesidad.

Las cinco categorías de necesidades son: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y de auto-realización; siendo las necesidades fisiológicas las de más bajo nivel. Maslow también distingue estas necesidades en “deficitarias” (fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima) y de “desarrollo del ser” (auto-realización). La diferencia distintiva entre una y otra se debe a que las “deficitarias” se refieren a una carencia, mientras que las de “desarrollo del ser” hacen referencia al quehacer del individuo.

**Necesidades fisiológicas:** son de origen biológico y refieren a  la supervivencia del hombre; considerando necesidades básicas e incluyen cosas como: necesidad de respirar, de beber agua, de dormir, de comer, de sexo, de refugio.

**Necesidades de seguridad:** cuando las necesidades fisiológicas están en su gran parte satisfechas, surge un segundo escalón de necesidades que se orienta a la seguridad personal, el orden, la estabilidad y la protección. Aquí se encuentran cosas como: seguridad física, de empleo, de ingresos y recursos, familiar, de salud y contra el crimen de la propiedad personal.

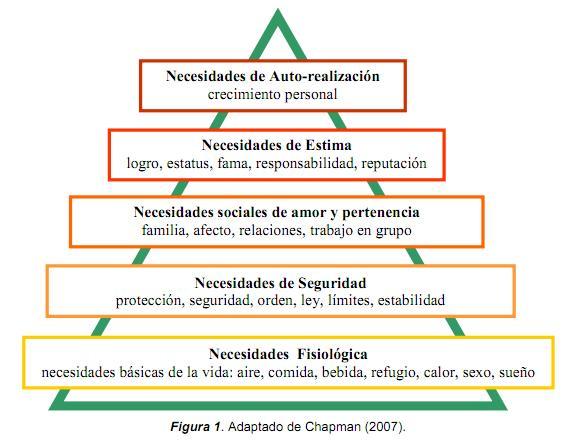
**Necesidades de amor, afecto y pertenencia:** cuando las necesidades anteriores están medianamente satisfechas, la siguiente clase de necesidades contiene el amor, el afecto y la pertenencia o afiliación a un cierto grupo social y buscan  superar los sentimientos de soledad y alienación. Estas necesidades se presentan continuamente en la vida diaria, cuando el ser humano muestra deseos de casarse, de tener una familia, de ser parte de una comunidad, ser miembro de una iglesia o asistir a un club social.

**Necesidades de estima:** cuando las tres primeras necesidades están medianamente satisfechas, surgen las necesidades de estima que refieren a la autoestima, el reconocimiento hacia la persona, el logro particular y el respeto hacia los demás; al satisfacer estas necesidades, las personas tienden a sentirse seguras de sí misma y valiosas dentro de una sociedad; cuando estas necesidades no son satisfechas, las personas se sienten inferiores y sin valor.

Maslow propuso dos necesidades de estima: una inferior que incluye el respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, y dignidad; y otra superior, que determina la necesidad de respeto de sí  mismo, incluyendo sentimientos como confianza, competencia, logro, maestría, independencia y libertad.

**Necesidades de auto-realización:** son las más elevadas encontrándose en la cima de la jerarquía; responde a la necesidad de una persona para ser y hacer lo que la persona “nació para hacer”, es decir, es el cumplimiento del potencial personal a través de una actividad específica; de esta forma una persona que está inspirada para la música debe hacer música, un artista debe pintar, y un poeta debe escribir

A continuación se presenta la pirámide de la jerarquía de necesidades de Maslow.

[](https://psicopedagogiaaprendizajeuc.files.wordpress.com/2012/06/dibujo.jpg)

Además de las cinco necesidades antes descritas, Maslow también identificó otras tres categorías de necesidades, lo que dio origen a una rectificación de la jerarquía de necesidades

**Necesidades estéticas:** no son universales, pero al menos ciertos grupos de personas en todas las culturas parecen estar motivadas por la necesidad de belleza exterior y de experiencias estéticas gratificantes.

**Necesidades cognitivas:** están asociadas al deseo de conocer, que posee la mayoría de las personas; como resolver misterios, ser curioso e investigar actividades diversas fueron llamadas necesidades cognitivas, destacando que este tipo de necesidad es muy importante para adaptarse a las cinco necesidades antes descritas.

**Necesidades de auto-trascendencia:** Hacen referencia a promover una causa más allá de sí mismo y experimentar una comunión fuera de los límites del yo; esto puede significar el servicio hacia otras personas o grupos, el perseguir un ideal o una causa, la fe religiosa, la búsqueda de la ciencia y la unión con lo divino

El trastorno de imagen corporal es más común de lo que pensamos. La imagen que tenemos de nuestro cuerpo es una representación o construcción que cada uno hacemos en nuestra mente.

**Esta imagen que nosotros creamos normalmente está mas o menos ajustada a la realidad**, algunas cosas nos pueden gustar más y otras menos, pero cuando estamos muy descontentos con nuestra apariencia física pueden surgir problemas psicosociales en la interacción con los demás.

Esta imagen corporal se crea a partir de varios aspectos: se genera a través de la percepción que tenemos de nosotros y puede estar más o menos ajustada o bien puede estar sobrestimada o subestimada; también se construye con aspectos emocionales, es decir, la valoración que despierta desde un punto de vista emocional nuestro cuerpo, y que nos dice si estamos a gusto con él, si nos genera placer, etc.

En la sociedad actual en la que hay una primacía del aspecto físico por encima de otros valores, como consecuencia puede surgir una cierta insatisfacción por nuestro cuerpo que puede llegar a agravarse hasta el punto de hablar de un trastorno de la imagen corporal o trastorno dismórfico corporal.

El Trastorno de la imagen corporal se define como una **exagerada preocupación por un “defecto” corporal que normalmente es inexistente o de escasa identidad, pero que produce gran malestar, ansiedad e interfiere en la vida de la persona dificultando sus relaciones sociales y su funcionamiento en la vida cotidiana**. Normalmente esta preocupación se centra en partes del cuerpo (forma, tamaño, peso), pero también en aspectos más globales (por ejemplo en el caso de la vigorexia)

En la formación de una autoimagen corporal negativa influyen los modelos de belleza impuestos socialmente donde se estigmatizan ciertos aspectos de la imagen física, como por ejemplo la gordura que no se adapta al canon de belleza estereotipada

En muchos casos se asocia a trastornos de la alimentación donde existe también una insatisfacción con la imagen corporal, por lo tanto es importante que las terapias se centren en recuperar una imagen ajustada del cuerpo.

## Cómo detectar un trastorno de la imagen corporal

En 1991, el psicólogo Cash definió una serie de esquemas cognitivos o pensamientos recurrentes en las personas que padecían este trastorno y que afectan a su autoestima. Entre estos pensamientos encontramos:

* La gente atractiva lo tiene todo.
* La gente se da cuenta de lo erróneo de mi apariencia en primer lugar.
* La apariencia física es signo de cómo soy interiormente.
* Si pudiera cambiarme como deseo, mi vida sería mucho mejor.
* Si la gente supiera como soy realmente a ellos no les gustaría.
* Si controlo mi apariencia, podré controlar mi vida social y emocional.
* Mi apariencia es responsable de muchas cosas que ocurren en mi vida.
* Debería saber siempre cómo parecer atractivo.
* El único modo en el que me podría gustar mi apariencia es modificándola.

A nivel emocional las personas con trastorno corporal sienten asco, tristeza, se avergüenzan de su aspecto, no “se quieren” lo que hace que sufran bastante. Todo esto hace que al final adopten conductas evitativas, rituales, cambien sus hábitos alimenticios… etc. La causa de esta distorsión en la percepción les hace también adoptar pensamientos negativos hacia sí mismos y hacia otras personas con las que se identifican y todo esto lo que consigue es mantenerlo.

**Los problemas de baja autoestima son parte de los motivos más frecuentes por los que personas de todas las edades acuden a terapia psicológica.**Y es que valorarse poco a uno mismo no solo causa un significativo malestar; además, **se traduce en dinámicas de comportamiento que traen muchos problemas tanto en el ámbito personal como laboral.**Ahora bien… ¿Es efectiva la psicoterapia en casos de baja autoestima? ¿Hasta qué punto los psicólogos pueden ayudar a reforzar la autoestima, y qué estrategias utilizan para conseguirlo? Veámoslo en las siguientes líneas.

## ¿Qué son los problemas de autoestima?

**La autoestima es la valoración que hacemos de nuestro autoconcepto, es decir, del concepto de nosotros mismos que tenemos.** Si el autoconcepto es el conjunto de ideas y de creencias que hacen referencia a cómo es uno mismo, la autoestima es el componente valorativo y emocional que se aplica sobre esa descripción del “Yo”.

Por otro lado, entendemos por problemas de autoestima un patrón de valoración del “Yo” que da problemas por desgastar la calidad de vida de la persona que lo experimenta en sus carnes, y/o la del resto de personas de su entorno. Es decir, consiste en tener un nivel de autoestima que no encaja con un modo de vida satisfactorio o que **no es fácil de integrar en relaciones sociales significativas y armoniosas.**

En teoría, este desajuste entre autoestima y capacidad para**adaptarse al entorno de una manera adecuada y gratificante** puede darse tanto por autoestima excesivamente inflada como por baja autoestima. A la práctica, sin embargo, los problemas por baja autoestima son mucho más frecuentes en personas que buscan ayuda profesional en psicoterapia.

Además, si bien los problemas de baja autoestima pueden darse sin ir de la mano de otros problemas psicológicos, muchas veces surgen junto a la depresión, trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia o la bulimia, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo o las adicciones.

La efectividad de la psicoterapia en el tratamiento de la baja autoestima

A la hora de tratar en psicoterapia los problemas de baja autoestima, en psicología se suele optar por la terapia cognitivo-conductual adaptada a las características de esta forma de malestar.

La función de la terapia cognitivo-conductual es intervenir en dos ámbitos de la psicología humana: **los procesos mentales, o parte cognitiva, y los procesos comportamentales, o parte conductual.**

Por ejemplo, si una persona llega a la consulta de un psicólogo con la voluntad de tratar su baja autoestima, el psicoterapeuta aplicará estrategias que lleven al paciente a adoptar estilos de comportamiento **que no alimenten esa percepción negativa de uno mismo,** a la vez que le ayudará a cuestionar esas creencias limitantes que le llevan a dar por supuesto que vale poco como ser humano.

Es decir, que por un lado se actúa en el componente dinámico del modo en el que el paciente suele relacionarse con el entreno y con los demás, y en el componente relativamente estático de las creencias pesimistas ligadas al autoconcepto, del estilo de “no valgo nada”, “soy incapaz de gustar a otros” o “no le importo a nadie”.

¿Es eficaz esta psicoterapia para tratar la baja autoestima?

**Los estudios científicos realizados sobre este tema indican que sí,** dado que las personas que pasan por este tratamiento psicológico tienen un mejor funcionamiento autónomo, presentan menos tendencia a manifestar síntomas depresivos, y tienen menos probabilidades de presentar otros trastornos mentales.

Estos efectos de la psicoterapia aparecen porque gracias al trabajo de los psicólogos tanto en el área del comportamiento como en el área de los patrones de pensamiento y de percepción de la realidad, los pacientes se exponen a más experiencias capaces de evidenciar sus propias virtudes y a la vez son más capaces de **detectar estas señales de la propia valía y de reconocerlas como tales.**

De esta manera, se ha de romper con el círculo vicioso de quienes por problemas de autoestima**se aíslan de los demás,** no toman la iniciativa de empezar proyectos estimulantes, y asumen que cualquier expresión de sus propias virtudes (poco frecuentes, dado su modo de vida pasivo) son en realidad producto de la suerte o de la intervención de otras personas.

¿Cómo se trabajan estos problemas en terapia psicológica?

Estas son algunas de las estrategias que utilizan los psicólogos para contribuir a que los pacientes con baja autoestima adopten una manera más adaptativa y realista de quiénes son y de qué son capaces.

### 1. Reestructuración Cognitiva

La Reestructuración Cognitiva tiene como objetivo hacer que el paciente se cuestione ciertas creencias a las que **se ha estado aferrando mucho tiempo** a pesar de que no son realistas y le causan dolor o problemas en la interacción con los demás.

Y es que muchas personas tienen baja autoestima, entre otras cosas, porque dan por supuesto ideas que definen su propia identidad y que resultan poco razonables.

### 2. Entrenamiento en habilidades sociales

La autoestima está formada a partir de la interacción con lo que nos rodea, y por lo tanto, también a partir de la interacción con los demás. El modo en el que percibimos cómo nos ven influye mucho en el autoconcepto.

Por eso, en psicoterapia para casos de autoestima se contribuye a**mejorar el modo en el que la persona se relaciona con los demás y valora esas relaciones personales:** a veces, el hecho de que según quien no nos acepte es de hecho algo positivo, mientras que la actitud positiva que otras personas tienen hacia nosotros nos puede pasar desapercibida por no atrevernos a profundizar en esas relaciones.

### 3. Activación conductual

Esta herramienta terapéutica se utiliza mucho en personas que además de baja autoestima presentan síntomas depresivos. **Consiste en crear contextos en los que el paciente se anime a involucrarse en actividades estimulantes** capaces de poner en relieve las cualidades positivas de uno mismo: empezar un programa de entrenamiento, empezar a dibujar, etc.

En todos estos casos, ver el progreso y el perfeccionamiento de ciertas habilidades en relativamente poco tiempo (al ser actividades que antes no formaban parte de la rutina que se seguía) refuerza la autoestima.

## Terapia

**La terapia psicológica va dirigida al aprendizaje nuevos patrones de pensamiento y emociones** a través de técnicas que acompañan a la persona a verse de un modo más ajustado y a sentirse bien consigo mismo.

**3.6 Claves para entender los trastornos de la conducta alimentaria**

**La conducta alimentaria**

La conducta alimentaria se moldea desde el inicio de la vida. **Es a través de las interacciones del niño y la comida con el medio como se van creando unos hábitos alimenticios** determinados.

Es importante que el niño aprenda a distinguir las diferentes señales fisiológicas como, hambre, saciedad o autorregulación de la ingesta, creando una conducta alimentaria adecuada, definida como, el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, alimentos ingeridos, cantidades, frecuencia…

Los niños **suelen integrar hábitos y prácticas de alimentación alrededor de los 5 años de edad**, creándose diferentes modos y preferencias de alimentarse. Madres, padres y cuidadores llevan a cabo un papel fundamental en la educación de pautas alimentarias sanas, que funcionen como factores de protección ante futuros riesgos.

## Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los trastornos de la conducta alimentaria están caracterizados por un comportamiento patológico relacionado con **un patrón anormal de ingesta alimentaria, por un lado, y una obsesión por mantener bajo control el peso corporal, por el otro**.

Implican complejos trastornos mentales, afectando principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. Estas patologías se caracterizan por la gravedad de la sintomatología asociada, **elevada resistencia al tratamiento y riesgo de recaídas**.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes dado el riesgo para la salud que implican. Los TCA más conocidos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, pero también existen otros, como el trastorno por atracón, o la drunkorexia.

**Tipos de TCA**

Los principales tipos de trastornos de la conducta alimentaria son los siguientes.

1. Anorexia Nerviosa

Es un trastorno caracterizado por **una pérdida de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo**. Aparece un miedo intenso a subir de peso o engordar.

La persona percibe un sobrepeso a pesar de tener un peso por debajo de lo considerado normal. Los métodos usados para adelgazar son la manipulación de la dieta, el ejercicio (75%), y los vómitos inducidos (20%).

2. Bulimia Nerviosa

Está caracterizado por una preocupación exagerada por la imagen corporal y por **repetidos episodios de ingesta excesiva de alimentos**; a raíz de esto la persona adopta medidas drásticas para compensar la ingesta compulsiva.

El paciente presenta atracones recurrentes, sensación de pérdida de control, y conductas compensatorias inapropiadas (vómitos autoinducidos; laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos; ayuno; ejercicios excesivos…).

Trastorno por Atracón Al igual que la bulimia nerviosa, este trastorno se caracteriza por la ingesta compulsiva y recurrente. La principal diferencia es que la persona **no realiza conductas compensatorias** (laxantes, ayuno, vómitos…).

Una de las consecuencias más habituales es el aumento de peso u obesidad, junto con los riesgos asociados (diabetes, colesterol, etc).

3. Drunkorexia

La drunkorexia o [**ebriorexia**](https://psicologiaymente.com/clinica/ebriorexia) surge como un nuevo problema alimentario; las personas que lo padecen dejan de comer para tratar de compensar las calorías que ingieren con el alcohol. **A los peligros de la anorexia se suman los del consumo de esta droga**.

La gravedad del trastorno dependerá, por un lado del grado de adicción al alcohol, y por otro, de la severidad de la anorexia.

Factores de Riesgo

Los factores de riesgo facilitan la aparición de cualquier tipo de trastorno, incluido un TCA.

* Factores individuales: antecedentes familiares; rasgos de personalidad; baja autoestima; imagen corporal negativa, etc.
* Factores familiares: falta de estructura familiar; ambiente controlador y exigente; experiencias vitales estresantes, etc.
* Factores sociales: irreal canon de belleza; exigencia mediática; deportes o actividades, etc.

## Factores de Protección y Tratamiento

Según la psicóloga del gabinete Psicólogos Málaga PsicoAbreu, Isabel Sánchez Montero, **fomentar una imagen corporal positiva y una buena autoestima** es uno de los objetivos principales para la prevención y el tratamiento de un TCA. Además, hay varios factores a tener en cuenta.

### 1. Los medios de comunicación

Los medios de comunicación son **un instrumento de gran influencia en aspectos relacionados con la salud de la población** y, muy especialmente, con los trastornos de la conducta alimentaria.

Por ello, algo muy importante en la prevención de este tipo de trastorno es la colaboración con los medios de comunicación con el objetivo de promover una imagen realista y saludable.

### 2. El empoderamiento personal

Hay autores que proponen que un punto importante en la prevención, pasaría por realzar las influencias socioculturales y por reconocer la trascendencia de la autoestima, el autocontrol y la fortaleza de estas personas.

**3. El trabajo en equipo**

El tratamiento que los TCA exigen se desarrolla dentro de un equipo multidisciplinar, formado por diferentes especialistas: médicos, psicólogos, enfermeros, educadores, etc. Los objetivos del tratamiento psicológico pasan por:

* Ayudar en la normalización del peso.
* Asesoramiento familiar.
* **Aprender hábitos alimenticios saludables**.
* Educar en emociones (reconocer, regular y expresar las emociones de manera adecuada).
* Aprender a contactar y transitar eventos privados dolorosos (pensamientos, emociones, sensaciones físicas).
* Reconocer patrones evitativos y desarrollar pautas de afrontamiento efectivas.
* **Prevenir recaídas**.

**Bibliografías**

FRANCIA TELLEZ. (Febrero 22 ,2011). Historia de la psicología. Junio 8,2020, de SlideShare Sitio web: <https://es.slideshare.net/pandorasrequiemmozart/historia-de-la-psicopatologa>

ANA. (Febrero 14, 2018). HISTORIA DEL FISICOCULTURISMO. Junio 13,2020, de BLOG "Con cabeza y corazón Sitio web: <https://ibizaenforma.com/historia-del-fisicoculturismo/>

Julio Alejando C. C. (2017). Tendencias de personalidad en personas que asisten al gimnasio "monky" en la ciudad de quito y su relación con el uso de suplementos alimentarios durante el periodo abril – mayo de 2017. Junio 13, 2020, de pontificia universidad católica del ecuador facultad de medicina +

Sitio web: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13955/tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Eugenio A. P. C. Omar E. C. (2015). Historia de la Psicología del Deporte. Junio 14, 2020, de Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental Sitio web: <file:///C:/Users/HP/Downloads/561-1274-1-SM.pdf>

Adrián Triglia. (2017). La Logoterapia de Viktor Frankl: teoría y técnicas. Junio 17,2020, de psicología y mente Sitio web: La Logoterapia de Viktor Frankl: teoría y técnicas

Quintero J. (Junio 29, 2012). Abraham Maslow y su teoría de la motivación humana. junio 17,2020, de psicopedagogiaaprendizajeuc Sitio web: <https://psicopedagogiaaprendizajeuc.wordpress.com/2012/06/29/abraham-maslow-y-su-teoria-de-la-motivacion-humana/#:~:text=Maslow%20propone%20la%20%E2%80%9CTeor%C3%ADa%20de,y%20la%20capacidad%20de%20motivaci%C3%B3n>.