

I. INTRODUCCIÓN

1. Descripción General

Se ha observado a lo largo de los últimos años como los cánones de belleza en la sociedad se han ido modificando y como estos nuevos estándares han afectado la vida social de las personas de una manera penetrante y profunda (Driskell y Webster, 1983).

Una de las conclusiones generales que arroja la investigación de Driskell y Webster (1983) es que el mundo debe ser un lugar más placentero y satisfactorio para aquellos que son atractivos ya que ellos poseen casi todos los tipos de ventajas sociales.

Hace más de medio siglo, Perrin (citado por Driskell y Webster, 1983) encontró que el ser atractivo era un determinante importante en la popularidad, una observación que fue significativa para Waller (citado por Driskell y Webster, 1983) en su análisis sobre las citas y las elecciones para contraer matrimonio. No es sorprendente que los estudiantes universitarios que son atractivos tengan más citas que aquellos que no lo son (Huston, 1973; Adinolfi, 1970).

Otros estudios demuestran que el ser atractivos tiene importantes efectos en la infancia. Los maestros esperan de los niños que son atractivos mejores notas escolares que de aquellos que no lo son (Clifford y Walster, 1973), las faltas de conducta en la escuela son valoradas como menos serias (Dion, 1972); y se ha predicho que ellos tendrán carreras más exitosas (Dion y Walster, 1972). Se cree que los adultos atractivos tienen matrimonios más felices que los de aquellos que no son atractivos (Dion y Walster, 1972) y esa expectativa parece que sí se cumple. Se percibe a los adultos atractivos con una mejor salud mental por ser más agradables, amistosos, seguros y sensitivos (Miller, 1970).

Ahora bien, es importante hablar sobre lo que las personas son capaces de hacer con tal de conseguir aquello que consideran ideal: ser bellos.

Según el cirujano plástico Marcelo Bernstein (citado por Bernardi, 2008) existen diferencias muy claras entre los cambios lógicos que el paciente puede solicitar y cuando se trata de un capricho o de una obsesión. Según el especialista, muchas veces

se buscan transformaciones desmedidas, imposibles de lograr por un medio quirúrgico. Detrás de ese afán desmedido e ilógico por mejorar alguna característica corporal puede esconderse algo más que una baja autoestima.

Gismero (2007) en el Tercer Simposio del Congreso Internacional de “Trastornos Psicológicos en el siglo XXI”, señaló que la obsesión por la estética es una de las lacras del contexto occidental.

El psicoanalista Adrián Liberman (citado por Osío, 2007) opina que lo que ocurre es una persecución de un ideal fáustico de desmentir el paso del tiempo, cualquier cosa que signifique envejecimiento, defecto, que la mirada del otro no caiga sobre ti.

Menciona que una de las razones por las cuales las personas (en especial las mujeres) se realizan operaciones es porque padecen de dismorfofobia, un cuadro psiquiátrico que fue descrito por primera vez en 1891 por el italiano Enrico Morselli y esta relacionado estrechamente con el llamado trastorno obsesivo-compulsivo y las ideas delirantes (citado por Bernardi, 2008). En palabras de Liberman se trata de una fobia a tu forma, que el verte en el espejo te produce sentimientos fóbicos. Lo que hace que algunos se operen y se operen es un vínculo con un ideal tirano de seducción y de juventud que no se alcanza.

Pitts (2003) señala la relación que existe entre el cuerpo y la identidad. Dice que se ha visto que se le puede dar forma a través de la identidad pero ¿La identidad puede ser alterada mediante el cuerpo? ¿De que maneras el si mismo puede ser estabilizado mediante el cuerpo?

El autoconcepto es la representación de una realidad multidimensional en la que unas dimensiones adquieren más valor que otras. El concepto que se tiene de uno mismo proviene de la interacción social con los otros (Aramburú y Guerra, 2001).

Las personas funcionan según esquemas que filtran selectivamente la información referente a sí mismas (al self). Estos esquemas del yo son unos mecanismos selectivos de atención y procesamiento de la información. Son unas estructuras cognitivas internas que organizan la información relacionada con el self y tienen en consecuencia relación con la formación del autoconcepto.

Algunos estudios han revisado la relación que existe entre el autoconcepto, la autoestima y los síntomas psicopatológicos en niños, adolescentes y adultos arrojando los siguientes resultados:

Se han encontrado relaciones positivas entre la autoestima y la salud mental (Yuang, 2000), y entre el autoconcepto y la salud mental (Fan y Fu, 2001). También se han encontrado relaciones entre las diferentes dimensiones del autoconcepto y algunos comportamientos que promueven la salud y comportamientos que ponen en riesgo la misma (Pastor, Balaguer y García-Merita, 2006).

En otros estudios se ha revisado que los factores socioculturales contribuyen de manera importante al desarrollo y mantenimiento de problemas en la imagen corporal y en el comportamiento que se ve en los desórdenes alimenticios (Vartanian, 2009).

Así mismo, se ha visto que la internalización de los estándares sociales del ser atractivo predice insatisfacción corporal entre las mujeres (Cafri, Yamamiya, Brannick y Thompson, 2005) y puede contribuir a desórdenes alimenticios (Stice, 1994, 2002).

Desde el punto de vista del feminismo, la cirugía estética en mujeres ha sido objeto de un debate intenso. Se le ha relacionado de manera directa con el problema social del patriarcado, las feministas se han cuestionado acerca de la salud mental de aquellas mujeres que se someten a cirugías estéticas. Este enfoque no fue desafiado hasta que Kathy Davis (1995) habló por aquellas que se habían sometido a cirugías estéticas para explicar el porque las mujeres se sometían a estos procedimientos.

Ella argumenta que las decisiones de estas mujeres se deben más que nada a las presiones sociales que tienen que enfrentar. También menciona que el seguir con esta decisión puede hablar de un miedo a ser ordinarias y que al ser ordinarias sean percibidas como feas.

A pesar del trabajo presentado por Davis (1995), feministas como Virginia Blum (2003) y Eva Ensler (2004) han continuado argumentando que las mujeres que se realizan cirugías estéticas son una representación de autodesprecio y automutilación.

Muchas personas realizan actos que van en contra de su bienestar los cuales pueden ser vistos como conductas autodestructivas. Hay diversas teorías al respecto que brindan una explicación sobre el origen de las mismas.

Se tomará como conductas autodestructivas todos aquellos actos o conductas que ponen en riesgo la salud física o mental del individuo y que por lo tanto conllevan a un daño, sin embargo, algunas veces traen consigo una recompensa inmediata (Huerta, 2004).

En el temario Auxiliares Sanitarios (citado por Díaz, González, Minor y Moreno, 2006) se define a la conducta autodestructiva de dos modos distintos: por un lado, en la conducta autodestructiva directa se incluyen formas como pensamientos suicidas, conductas suicidas y suicidio consumado mientras que la conducta autodestructiva indirecta no implica la intención de morir pero pone en peligro la vida de manera reiterada y frecuente, teniendo como consecuencia la autólisis del sujeto. Entre estas conductas se encuentran una amplia clasificación de comportamientos: tabaquismo, conductas sexuales de riesgo, alcoholismo, problemas alimenticios, consumo de drogas, las mutilaciones (entre las cuales entrarían las cirugías estéticas en exceso) por mencionar algunas.

Numerosas hipótesis se han desarrollado y evaluado durante años como un intento de explicar las funciones del comportamiento auto lesivo deliberado no suicida (Muehlenkamp, 2005; Suyemoto, 1998). Últimamente se ha centrado la atención en las emociones negativas y esto parece venir del modelo de la regulación del afecto el cual dice que los individuos que presentan comportamiento auto lesivo lo realizan como un intento de controlar o expresar sus emociones ya que sienten que no tienen otra manera de hacerlo (Suyemoto, 1998).

En otras investigaciones se encontró que el comportamiento auto lesivo puede tener alguna de las siguientes funciones: a) Expresar emociones negativas (Brown, Comtois y Linehan, 2002), b) Disminuir afectos negativos (Briere y Gil, 1998) o c) Evitar emociones desagradables (Briere y Gil, 1998; Gratz, 2003).

Por tanto el propósito de este proyecto es estudiar la relación que existe entre el autoconcepto y la autodestructividad en mujeres que presentan conductas que se relacionan con la belleza (entre ellas la realización de cirugías estéticas así como el llevar a cabo sesiones exhaustivas de ejercicio) así como las diferencias que existen en el nivel de autoconcepto y autodestructividad entre cada grupo.

2. Autoconcepto

2.1 ¿Qué es el autoconcepto?

El autoconcepto ha sido asociado al conocimiento de si mismo, a la autoestima e imagen de si mismo. Sin embargo todos hacen referencia a los conocimientos, ideas, creencias y actitudes que se tienen acerca de uno mismo (Cava y Musitu, 2000; Palacios e Hidalgo, 1994).

El concepto de uno mismo influye en como las personas van a actuar o a responder ante la vida y estas acciones o respuestas influyen en como las personas se perciben a si mismas (Ross, 1992). Este proceso reciproco convierte al autoconcepto en un aspecto central de la persona ya que la provee de un sentido de identidad. Saber algo acerca del autoconcepto de las personas ayuda a otros a explicar y predecir las acciones de las mismas y puede funcionar como una llave para el estudio del comportamiento humano.

La percepción de los propios pensamientos y sentimientos acerca de uno mismo que se toman en cuenta para la formación del autoconcepto requieren que uno mismo sea el objeto que se va a observar así como el observador que lleva a cabo la observación pero no se habla de dualidades o de varios si mismos dentro de una persona, se trata mas que nada de hacer un cambio en el foco de atención: se pasa de pensar sobre los eventos que suceden a su alrededor a pensar en aquellos que pasan dentro de si mismo (Ross, 1992).

El autoconcepto es uno de los más importantes resultados del proceso socializador y educativo. Proporciona pautas para interpretar la experiencia; es el marco de referencia sobre la base del cual se organizan todas las experiencias. El significado y valor de la realidad dependen, en gran parte, de cómo la persona se ve a sí misma; según el concepto que de sí misma tenga la persona interpretará la realidad (Nieves, 2008)

Para Tranché (citado por Torres, 2003) es muy importante el desarrollo adecuado del autoconcepto ya que le proporciona al individuo la posibilidad de participar de manera responsable en las diferentes actividades sociales y alcanzar un mayor nivel de felicidad debido a que este influyen en la imagen corporal, la percepción del ambiente familiar y escolar, la identidad sexual y la relación con los pares.

Algunas características relacionadas con un autoconcepto adecuado son estabilidad emocional, seguridad en si mismo, salud mental, pensamiento flexible y con menos prejuicios y aceptación de si mismo. Por el contrario, las personas con un autoconcepto bajo o inadecuado tienen constantemente una sensación de inadaptabilidad e incompetencia y con frecuencia propensión al derrotismo, dudando de su capacidad para enfrentar retos.

De la misma manera, es importante revisar algunas características asociadas al bajo autoconcepto: inseguridad, desórdenes alimenticios, más sensibilidad a la crítica y a la burla y tendencia a sentirse solos (Gimeno, 1976)

Cuando se habla de autoconcepto se hace referencia al conjunto de sentimientos, percepciones y valoraciones que un individuo tiene sobre sí mismo como persona. Son percepciones relativas a uno mismo y que aluden a las propias características y capacidades, al concepto de uno mismo en relación con los demás y el medio, a los valores, metas, ideales, percibidos positiva o negativamente por el sujeto. Se hace referencia a las dimensiones básicas que definen a la persona, como son: habilidades, rasgos físicos, rasgos emocionales y afectivos, es decir, es la imagen y valoración que tiene un individuo de sí mismo, contemplando el conjunto de características y experiencias por las que pasa (Nieves, 2008).

A continuación se enumeran diversas concepciones que se tienen sobre este término:

Según Hattie (citado por Borja, 2007) el autoconcepto posiblemente es uno de los constructos mas importantes en la vida de la persona ya que se considera una característica propia del individuo, implica juicios que le permiten conocerse, reconocerse y definirse; es decir, cada elemento del autoconcepto forma parte de la razón de ser y estar.

Para Kaplan y Sadock (citados por Domínguez, 2003) el autoconcepto es la opinión que tiene el individuo de si mismo y que puede estar sujeta a modificaciones.

Desde otra perspectiva, Leer (citado por Domínguez, 2003) dice que es el modo en el que el sujeto se percibe a si mismo dentro de un sistema de referencia fijado socialmente.

James (citado por L'Ecuyer, 1985) definió el sí mismo como la suma total de todo lo que el individuo puede llamar suyo: no solamente su cuerpo y sus capacidades físicas, sino todo aquello que puede ser llamado mío y formar parte de mí.

L'Ecuyer (citado por Vega, 2003) lo ve como un término que habla sobre una configuración organizada de percepciones de sí mismo, admisibles por la conciencia o también se puede percibir como producto de la interacción social, de la manera en la que los demás nos perciben.

El autoconcepto se refiere a las percepciones que tiene el individuo sobre sí mismo (Dieppa, Machargo, Lujan y Guillen, 2008). Igualmente se entiende como el grado de satisfacción con uno mismo y la vida general y se ha estudiado desde un enfoque multidimensional por Marsh (citado por Dieppa, et al., 2008) en el que se recogen dimensiones tales como la académica, social, laboral, emocional y física.

Amezcuza y Fernández (citados por Torres, 2003) definen al autoconcepto como una serie de conceptos que se internalizan de manera jerárquica y organizada, de una realidad concreta que incluye lo físico, lo social y lo emocional, que cambia de manera constante influido por las experiencias y que se desarrolla a partir de las relaciones con personas significativas.

Por su parte, López (citado por Torres, 2003) dice que el autoconcepto es dinámico porque resulta de la experiencia y que va cambiando a lo largo de la vida.

Según L'Ecuyer (citado por Vega, 2003) el autoconcepto en la teoría psicoanalítica engloba el conjunto de percepciones que el ser humano posee de sí mismo y se refleja en el comportamiento del individuo.

Según Shavelson, Hubner y Stanton (citados por Pappalettera y Kepic, 2005) el autoconcepto presenta siete características básicas: a) es organizado: todo individuo adopta un sistema de categorías para reducir la complejidad y multiplicidad de las experiencias sobre las que basa sus propias percepciones, dándoles un significado y una organización; b) es multifacético: incluye áreas tales como la escuela, la aceptación social, el atractivo físico y las habilidades sociales y físicas; c) es jerárquico: las distintas facetas que lo integran forman una jerarquía desde las experiencias individuales en situaciones particulares, situadas en la base; hasta el autoconcepto general situado en lo alto de la misma. Su variabilidad depende de la ubicación en la jerarquía, de manera

que las posiciones inferiores son más variables; d) es experimental: se va construyendo y diferenciando a lo largo del ciclo vital del individuo. A través de las distintas experiencias de interacción con el mundo el niño va construyendo conceptos acerca de sí mismo, que al comienzo son globales pero se van diferenciando cada vez más, hasta llegar a un autoconcepto multifacético y estructurado; e) es valorativo: las valoraciones pueden realizarse comparándose con patrones absolutos, tales como el “ideal” que se pretende alcanzar o con patrones relativos tales como observaciones o valoraciones percibidas de los otros significativos. La dimensión evaluativa varía en importancia y significación según los individuos y las distintas situaciones; f) es diferenciable: de otros constructos con los cuales está relacionado íntimamente (ej.: habilidades académicas, autocontrol, habilidades sociales, etc.) y g) es estable y maleable a la vez: otra de las características es su capacidad de permanecer estable y cambiante al mismo tiempo; es estable en sus aspectos más nucleares y profundos, y a la vez variable en sus aspectos más dependientes del contexto.

2.2 Origen del autoconcepto.

El autoconcepto puede ser considerado como un reflejo de las percepciones de uno acerca de cómo es visto por los demás; es una especie de reflejo de la vida social del individuo. El autoconcepto se nutre pues de la percepción que personas significativas del entorno social tienen sobre uno mismo (Arámburu y Guerra, 2001)

Como se mencionó anteriormente, el autoconcepto se construye y define a lo largo del desarrollo por la influencia de las personas significativas del medio familiar, escolar y social, y como consecuencia de las propias experiencias de éxito y fracaso. En otras palabras, desde los primeros años de su vida, el ser humano va formando el concepto de sí mismo a partir de sus propias experiencias y de las valoraciones que recibe de las personas importantes de su medio social, como son los padres, profesores y compañeros (Nieves, 2008).

Empezando desde pequeños, los niños empiezan el proceso del autodescubrimiento. El surgimiento de un autoconcepto coherente y positivo es innegablemente un aspecto crítico en el desarrollo social y emocional (Harter, 2006).

Los niños que se conocen y se entienden a si mismos adquieren una guía importante para su comportamiento y sus relaciones sociales. Las auto percepciones tempranas de los niños los proveen de una visión del desarrollo de su personalidad a medida que se va desplegando (Eder, 1990).

Estudios que se han hecho han mostrado correlaciones significativas entre las percepciones de los individuos y la forma en que los perciben los demás (Miyamoto y Dornbusch, 1956). Así pues, la auto percepción de un individuo tiende a ser congruente con la forma en que le perciben los otros significativos. Pero existe el problema de si esa correlación o congruencia se refiere a la relación entre la auto percepción y de cómo se cree que es la percepción de los demás o a la relación entre la auto percepción y cómo realmente es la percepción de los demás.

Shrauger y Schoeneman (citados por Arámburu y Guerra, 2001) encontraron mayor congruencia entre la auto percepción y cómo se cree que es la percepción de los demás que entre la auto percepción y cómo realmente es la percepción.

Lo que influye realmente en la auto percepción no es pues la percepción real que los demás tienen de uno, sino la percepción que el sujeto tiene de esa percepción. Muchas veces, las personas ni siquiera llegan a conocer la percepción real que los otros tienen de ellas, debido a que no está bien visto decir lo que unos piensan realmente de los otros, o debido a la tendencia que existe de eufemizar lo que se trata de expresar.

La teoría de la autoverificación sostiene que las personas buscan información exacta y precisa sobre sus rasgos positivos y negativos centrales y la teoría del autoensalzamiento sostiene que las personas buscan información más precisa sobre los aspectos positivos que sobre los aspectos negativos de su personalidad (Arámburu y Guerra, 2001).

Tradicionalmente se ha podido identificar la salud mental y el desarrollo de la personalidad con la aceptación de la realidad objetiva de uno mismo, sin distorsiones que la adornen y sin concesiones a la ilusión.

Se ha pensado que un individuo psicológicamente ajustado acepta tanto los aspectos negativos como los positivos de su personalidad. Sin embargo, las expectativas basadas en los esquemas de self funcionan como filtros interpretativos

que sesgan las percepciones de los individuos. Así, éstos tratan de construir una imagen de la realidad que sea acorde a sus expectativas.

Ya no se trata de la aceptación objetiva de los aspectos positivos y negativos del yo, sino de construir una visión positiva del self, en base a ilusiones y fuentes de sesgo sistemáticos.

2.3 Dimensiones del autoconcepto.

El autoconcepto se organiza en un constructo, en una estructura definida, que alberga las dimensiones en las que se desenvuelve el individuo.

Fitts (citado por Cortes, 2004) ha identificado los siguientes tipos o clasificaciones del autoconcepto: a) el autoconcepto transitorio: Es la percepción de si mismo que se tiene en un momento dado. Se dice que es transitorio debido a la influencia de los estados de ánimo o experiencias recientes; b) el autoconcepto social: Se refiere al autoconcepto tal y como la persona piensa que otros lo ven. Este puede corresponder o no con las percepciones que las otras personas tienen de ella y c) el autoconcepto ideal: Es lo que desea la persona o pretende llegar a ser, por lo tanto puede ser o no realista, esto dependiendo del nivel de aspiración de la persona.

Así mismo, Fitts (citado por Mateos y Amador, 2000) hace referencia a cinco grandes dimensiones del yo: física, moral-ética, personal, familiar y social, abarca todos los marcos en los que se desenvuelve la persona y permite una concepción diferencial de la persona coincidente con su sentimiento de unicidad e individualidad: a) Yo Físico: en esta el sujeto presenta su visión de su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad; b) Yo Ético – Moral: se describe al yo desde un marco de referencia ético-moral, relaciones con Dios y sentimientos de ser una persona “buena o mala” y satisfacción con la religión o con la falta de esta; c) Yo Personal: refleja el sentido de valor personal que el sujeto tiene de si mismo, el grado en el que se siente adecuado como persona y su evaluación de si mismo, aparte de la percepción, d) Yo Familiar: refleja los sentimientos propios de valer personal y de efectividad en las relaciones familiares, es la percepción de si mismo en relación con los miembros más cercanos del círculo familiar y e) Yo Social: refleja los sentimientos de la persona sobre su forma de relacionarse con las demás en general.

Según Burns (1990) el autoconcepto se divide en diferentes niveles de la persona y son los siguientes: a) nivel cognitivo – intelectual: constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de las experiencias pasadas; b) nivel emocional – afectivo: es un juicio de valor sobre cualidades personales, implica un sentimiento de lo agradable y desagradable que hay en la propia persona y c) nivel conductual: es la decisión de actuar, llevar a la práctica un comportamiento consecuente.

Por otra parte, Chess y Thomas (1983) dicen que hay factores que determinan el autoconcepto en las personas: a) la actitud o motivación: es la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativamente. Es la causa que estimula el actuar; b) el esquema corporal: supone la idea que tenemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones y de los estímulos; c) las aptitudes: son las capacidades que posee una persona para realizar algo correctamente y d) valoración externa: es la consideración o apreciación que hacen las demás personas sobre el sujeto en cuestión.

2.4 Estudios recientes.

En relación con el autoconcepto y el tema de esta investigación es importante hacer referencia a la imagen corporal: la imagen corporal es un aspecto central de la autoimagen que se desarrolla a través de las interacciones con los otros significativos. (Kearney-Cooke, 2002).

En base a lo anterior se encuentra lo que Cash y Pruzinsky (citados por Cheng y Mallinckrodt, 2009) denominan insatisfacción con la imagen corporal que involucra el aspecto actitudinal y el aspecto evaluativo afectivo de la imagen corporal y se refiere a como las personas se sienten con respecto a su cuerpo.

Cooley (citado por Sciangula y Morry, 2009) menciona que la teoría del espejo social del yo propone que los individuos se ven a sí mismos desde la perspectiva de otros e integran estas percepciones a su ya existente autoconcepto. Esta teoría es importante debido a que la cantidad de aceptación que se percibe de los demás puede ser incorporada al sentimiento individual de autovaloración.

Las mujeres están conscientes de que son observadas por los demás y que pueden ser juzgadas al mismo tiempo. Según Fredrickson y Roberts (1997) se obtiene

como resultado que se le da gran importancia a la apariencia física y por lo tanto la autovaloración y la felicidad se conceptualizan como derivadas de la misma.

De la misma manera, otros investigadores y teóricos creen que el énfasis excesivo que le da la cultura occidental a la delgadez y a la representación que dan los medios masivos de comunicación de cuerpos femeninos ultra esbeltos contribuye al incremento en problemas relacionados con la imagen corporal en mujeres (Heinberg, 1996; Striegel-Moore & Franko, 2002; Tiggemann, 2002).

En una investigación realizada por Grabe, Ward y Hyde (2008) se revisó la influencia de los medios en la satisfacción de la imagen corporal en mujeres estadounidenses. Se descubrió que la insatisfacción corporal es uno de los factores de riesgo más consistentes para caer en trastornos de alimentación como lo es la bulimia y un importante predictor de baja autoestima, depresión y obesidad. En muchas maneras la insatisfacción corporal ha emergido como un aspecto central en la salud física y mental de las mujeres (Grabe y Ward, 2008).

Es importante aclarar que muchas mujeres que presentan insatisfacción con su imagen corporal (BID por sus siglas en inglés) no presentan síntomas de algún trastorno alimenticio (Tylka, 2004), aunque se le ha asociado con una manera de comer no adaptativa (Tylka, 2006), aflicción emocional (Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn, 1999), y síntomas depresivos (Stice y Bearman, 2001; Stice, Hayward, Cameron, Killen y Taylor, 2000).

Wiseman, Gray, Moismann y Ahrens (citados por Grabe, et al, 2008) se dieron cuenta de que las mujeres que presentan los medios hoy en día son más delgadas que las de hace algunas décadas, más delgadas que la población femenina actual e incluso más delgadas que el criterio diagnóstico para la anorexia. Este ideal es dominante, con los modelos, los personajes de caricatura, actrices de cine y televisión y con las ganadoras de concursos de belleza, todas ellas se han vuelto más delgadas con el paso de las décadas. De este modo, los medios se dirigen a niñas, adolescentes y mujeres jóvenes con modelos extremadamente delgados que representan un ideal que es inalcanzable.

De acuerdo a algunas teorías de las comunicaciones (Gerbner, Gross y Morgan, 2002; Brown, 2002), la exposición repetida de los contenidos que se manejan en los

medios lleva a los espectadores a empezar a aceptar las representaciones de los medios como representaciones de la realidad.

Así mismo, otra investigación realizada por Wasilenko, Kulik y Wanic (2007) le otorga mas importancia a la comparación social ya que se lleva a cabo a diario involucrando a nuestros pares y no a las figuras de los medios, así que se considera mas importante este tipo de comparación para la autoevaluación. Esta investigación se basa en la teoría original de Festinger en relación a la comparación social la cual dice que las personas prefieren compararse a si mismos con personas similares a ellas para obtener una valoración mas precisa sobre si mismos.

De acuerdo con esto se encontró que aquellas mujeres que se compararon con sus pares mas delgadas experimentaron una disminución en su satisfacción corporal como se esperaba mientras que aquellas que fueron expuestas a sus pares con problemas de sobrepeso no experimentaron mejoría en su satisfacción corporal, este efecto asimétrico es tan dominante que probablemente contribuya a la alta prevalencia de insatisfacción corporal entre las mujeres (Wasilenko, et al, 2007).

3. Autodestructividad

El comportamiento autodestructivo pasa desapercibido, frecuentemente negado, menospreciado o deformado tanto por el sujeto que lo realiza como por la gente que lo rodea. Es importante mencionar que en algunos estudios se habla de la diferencia entre comportamiento autodestructivo directo e indirecto: el directo es consciente e intencionalmente autodestructivo, mientras que el indirecto no (González, 2006).

Algunos autores perciben este comportamiento como una forma de vida, un rasgo de carácter repetitivo, un hábito. Se presenta lentamente, de forma inconsciente y las consecuencias se manifiestan a largo plazo. Es una manera de evitar el dolor. Es un intento de mantener el control y la predicción; locus de control interno contra externo (González, 2006).

Para describir las respuestas tradicionalmente asociadas con el término autolesivo han sido utilizados algunos términos como automutilación, comportamiento autodestructivo o comportamiento masoquista (Luiselli, Matson y Singh, 1992).

La automutilación puede ser clasificada según la intención del acto, el grado de daño psicológico, el estado psicológico del individuo y el grado de aceptación social de este acto (Charles y Matheson, 2007).

La automutilación puede coexistir con trastornos, con el que se relaciona de manera más típica es el trastorno límite de la personalidad. Según Shearer, Peters, Quayman y Wadman (1988) aproximadamente el 80 por ciento de los individuos que reciben este diagnóstico se involucran en comportamientos de automutilación. Sin embargo, existen más trastornos que ocurren al mismo tiempo que la automutilación entre ellos se encuentran: trastornos de la alimentación, trastornos del estado de ánimo, trastornos disociativos, trastornos de ansiedad, trastornos de abuso de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos de la personalidad (Castille, Prout, Marczyk, Shmidheiser, Yoder y Howlett, 2007).

Walsh y Rosen (1988) han proporcionado un marco de estudio en el cual sitúan al comportamiento automutilativo en cuatro posibles tipos o clasificaciones. Ellos sitúan en el primer nivel a conductas como el morderse las uñas y en el último nivel sitúan a la auto castración. Las acciones que se encuentran en el nivel inferior son aceptables debido a que los cambios físicos que resultan de esta son benignos. A medida que el comportamiento se vuelve más dañino y peligroso, este comportamiento se vuelve menos aceptable.

Murphy y Wilson (citados por Luiselli, Matson y Singh, 1992) han apuntado hacia la similitud que existe entre las clases de comportamiento que presentan aquellos sujetos con algún retraso mental o bien individuos autistas y se puede imposibilitar la distinción del comportamiento autolesivo.

Los criterios diagnósticos que están relacionados con el comportamiento autolesivo son mencionados en el DSM IV son los siguientes (APA, 1994):

F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados: a) comportamiento motor repetitivo, que parece impulsivo, y no funcional (p. ej., sacudir o agitar las manos, balancear el cuerpo, dar cabezazos, mordisquear objetos, automorderse, pinchar la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo); b) el comportamiento interfiere las actividades normales o da lugar a lesiones corporales autoinfligidas que requieren tratamiento médico (o que provocarían una lesión si no se tomaran medidas

preventivas); c) si hay retraso mental, el comportamiento estereotipado o autolesivo es de gravedad suficiente para constituir un objetivo terapéutico; d) el comportamiento no se explica mejor por una compulsión (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), un tic (como en el trastorno por tics), una estereotipia que forma parte de un trastorno generalizado del desarrollo o una tracción del cabello (como en la tricotilomanía); e) el comportamiento no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica y f) el comportamiento persiste durante 4 semanas o más.

En general, entre más joven sea el niño y más severos sean los impedimentos físicos, existirán mas rasgos asociados. Estos pueden incluir: a) anomalías en el desarrollo de habilidades cognitivas; b) anomalías en la postura o comportamiento motor, por ejemplo estereotipias; c) respuestas extrañas ante estímulos sensoriales; d) anomalías en el comer, beber o dormir; e) cambios de humor y f) comportamiento autolesivo.

Esto solo sirve para ilustrar que en edades tempranas ciertos comportamientos pueden ser considerados como normales o dentro de lo esperado para la etapa de desarrollo por la cual esta pasando el sujeto, sin embargo, cuando rebasan la frecuencia, duración o bien, cuando se presentan durante la etapa adulta, se pueden estudiar desde la perspectiva del comportamiento autolesivo.

Una variedad de variables han sido estudiadas para descubrir los factores que ocurren en asociación con estos comportamientos autodestructivos:

Uno de estos descubrimientos indica que es más probable que los sujetos que padecen un severo retraso mental presenten algún comportamiento autodestructivo en comparación a aquellos que presentan un retraso mental leve o moderado (Luiselli, et al, 1992).

Ahora bien, así como existe el término de comportamiento autolesivo también hay autores que hablan acerca de un síndrome de daño deliberado hacia si mismo el cual es aplicable a los individuos con algún desorden psiquiátrico que han intentado dañarse a si mismos.

Los criterios para el síndrome de daño deliberado hacia si mismo son los siguientes: a) un repentino e irresistible impulso de dañarse a si mismo de manera física; b) una experiencia psicológica de estar en una situación intolerable e

incontrolable de la cual no se puede escapar; c) una ansiedad creciente, agitación e ira en respuesta a la situación percibida; d) restricción perceptual y cognitiva que resulta en una perspectiva estrecha de la situación o de las alternativas de acción; e) destrucción auto infligida y/o alteración de tejido corporal hechas en un lugar privado y f) un sentimiento rápido y temporal de alivio que le sigue a la actividad.

Pattison y Kahan (citados por Luiselli, Matson y Singh, 1992) sugieren que éste término sea introducido en la nomenclatura psiquiátrica para describir aquellas formas de daño deliberado hacia sí mismo como lo son los asociados con el abuso del alcohol y las drogas; con sentimientos de desvalorización y desesperanza e impotencia y con signos vegetativos de la depresión. Sin embargo en este síndrome, el individuo intenta dañarse y utiliza medios específicos para llevar a cabo la acción.

Estos individuos pueden ser diagnosticados con trastornos de la personalidad o pueden estar intoxicados en el momento que se llevó a cabo el comportamiento y no tienen deseos de morir, esta lesión puede ser una vía en la cual ellos pueden lidiar o bien reducir ansiedad.

La cuestión sobre la motivación en este síndrome es interesante ya que en una población con trastornos psiquiátricos se ha visto que estos individuos a menudo tratan de hacerse daño a si mismos en un intento de reducir la tensión en contraste con aquellos llevan a cabo los comportamientos autolesivos mencionados con anterioridad ya que ellos no ofrecen ninguna retroalimentación o reporte verbal.

Gratz, Conrad y Roemer (2002) al llevar a cabo su investigación sobre el daño deliberado hacia si mismo en una población de estudiantes universitarios descubrieron que el predictor mas importante lo constituyen los episodios disociativos.

Otro predictor que se considera igualmente importante es la presencia de algún trauma en la infancia ya que puede desencadenar desde la infancia la presencia de este estilo de comportamiento o bien en etapas posteriores de la vida (Mangnall y Yurkovich, 2008).

Wells y Stuart (citados por Maldonado, 2003) mencionan que muchos profesionales han reconocido dentro del rango de posibles manifestaciones de serios deseos autodestructivos en niños y adolescentes al suicidio, la tentativa del suicidio, el abuso del alcohol y drogas, los desórdenes alimenticios, huir de casa, la promiscuidad,

la prostitución y embarazos no deseados. Lo importante para estos autores son las consecuencias de estas conductas y no tanto si son realizadas de manera consciente o inconsciente.

Farberow (1984) considera que aquellas personas que presentan una o más de las conductas que se consideran como autodestructivas tienen en común los siguientes rasgos: a) el razonamiento tiende a ser hueco y superficial; b) su comportamiento autodestructivo no se presenta en condiciones de estrés; c) la motivación es dirigida a la obtención de placer y las acciones se dirigen hacia sí mismo; d) pueden mantener su comportamiento por su fuerte capacidad de negación; e) tienen poca capacidad para visualizarse a largo plazo, se muestran intolerantes a los retrasos y los compromisos pospuestos; f) son incapaces de explicar su conducta y ésta siempre parece ser impulsiva y difícil de entender, pero la justifica el placer mismo que produce la actividad; g) mantienen relaciones inestables ya que la principal preocupación es la persona misma y no el otro.

3.1 ¿Qué se entiende por autodestructividad?

Existen varias definiciones acerca de las conductas autodestructivas, entre las cuales se pueden encontrar las siguientes:

Las conductas autodestructivas son cualquier cosa que una persona hace o dice para destruirse a sí mismo, es decir, deshacerse o arruinarse. Según Ramírez (1998) es así que el ser humano realiza comportamientos irracionales que son contrarios a la vida y que parecen absurdos como lo es el atentar contra su salud o su integridad.

Kelley en 1985 (citado por Maldonado, 2003) dijo que son conductas que al llevarse a cabo incrementan la probabilidad de tener experiencias negativas y disminuyen la probabilidad de que ocurran consecuencias positivas.

Freud (citado por Maldonado, 2003) consideró que la tendencia a la autodestructividad es una pulsión básica que se dirige hacia uno mismo, es un impulso mucho más poderoso que el principio del placer.

Faberrow (citado por Maldonado, 2003) menciona que las conductas autodestructivas son aquellos actos que son claramente autodestructivos y que son

tendencias suicidas inconscientes y que el individuo parece no advertir que esas acciones son intentos para destruirse o lastimarse a si mismos.

Schoroeder (citado en Luiselli, Matson y Singh, 1992) define a las conductas autodestructivas como el daño infligido por uno mismo donde la intención de daño es evidente.

Para Tate y Barroff (citado en Luiselli, et al. 1992) las respuestas tradicionalmente asociadas con las conductas autodestructivas son las que pertenecen a las conductas de autolesión, las cuales son definidas como las conductas que producen un daño físico para nuestro cuerpo.

Según Baumeister y Scher (citados por López, 2006) existen tres modelos de proceso de conducta autodestructiva, los cuales se distinguen por sus diferentes grados de intencionalidad:

Modelo de auto destrucción primaria. Esta es la forma mas irracional y por ende la mas incomprensible forma de auto destrucción: la persona se daña a si misma y defiende sus pobres juicios por medio de respuestas maladaptativas, a través de consecuencias no anticipadas, de métodos no adecuados u óptimos y por el placer inmediato o el alivio. Sin embargo, no es una clara evidencia de autodestrucción deliberada o intencional en las personas normales. Dicen Baumeister y Scher (1988) que en este modelo existe un intenso afecto negativo, combinado con una concentración de atención en las deficiencias y errores del si mismo, lo cual crea una aguda actitud negativa hacia el si mismo. Bajo este estado, la persona tiene toda la intención de hacerse daño o de buscar la destrucción del si mismo, debido a que, desea ser castigado por ser una entidad desagradable.

Algunas conductas autodestructivas que muestran este grado de intencionalidad son las siguientes: a) evitación al éxito: el evitar el éxito o intentar fracasar de manera deliberada en algunas tareas constituye evidencia de comportamiento autodestructivo. Los sujetos que evitan el éxito están tratando de autodestruirse intencionalmente. El fracaso motivado puede ocurrir cuando se asocia con beneficios que resultan más atractivos que el preservar la autoimagen, es decir, el fracaso conlleva a ciertos beneficios. La persona no desea directamente el fracaso sino los beneficios asociados a dicho fracaso (Baumeister y Scher, 1988). La función psicológica de la evitación es la

de proveer un escape de los eventos psicológicos desagradables. La evitación es básicamente una forma de negación y escape que requiere distorsiones tanto de la percepción como del pensamiento (Bednar y Peterson, 1996); b) elegir el sufrimiento: el sujeto que elige sufrir esta cometiendo actos autodestructivos. El deseo masoquista de aguantar el dolor, el abuso y la humillación es un prototipo del modelo de autodestrucción primaria. Este deseo de sufrimiento solo llega cuando alguien tiene la necesidad de sufrimiento. Quienes aceptan ese sufrimiento creen que el sufrimiento que están padeciendo en el tiempo presente va a disminuir el sufrimiento futuro (Sánchez, 2007); c) automutilación: el primer autor en sugerir que la automutilación es un comportamiento es una forma de autodestrucción local fue Karl Menninger, lo veía como una forma de suicidio parcial para evadir el suicidio total. En la década de los 80's se pensaba que la automutilación era un estilo de lidiar con la vida y de preservarla de modo que no se llegaría al suicidio total. La automutilación se refiere al daño deliberado del propio tejido corporal sin intento de suicidio (Nock y Prinstein, 2004). Forma parte de una variedad muy larga de comportamiento autodestructivo que comprende acciones que van desde el lastimar la piel hasta el suicidio completo. Entre estas acciones se encuentran el cortarse la piel, lastimar una herida previamente adquirida, golpearse a si mismo, querer sacarse sangre de algún área de la piel, morderse a si mismo, insertar objetos bajo la piel o uñas, tatuarse, quemarse o tirarse del pelo.

Para la mayoría de los individuos que tienen estas conductas, antes de lastimarse a si mismos tienen una experiencia psicológica en donde aumenta la tensión, el enojo, la ansiedad, el estrés o bien sufren de una despersonalización en donde sienten que no pueden escapar ni controlarse (Muehlenkamp, 2005) y por lo general tienen algún historial de abuso físico o sexual, alguna enfermedad, perfeccionismo, insatisfacción con su cuerpo, alcoholismo o depresión.

La automutilación se puede dividir en dos categorías: la sancionada por la cultura y la automutilación desviada. Entre la sancionada por la cultura están las perforaciones y la circuncisión genital. En la segunda categoría que es la automutilación patológica se encuentran la alteración deliberada o destrucción del cuerpo sin un intento consciente de suicidio (Bolognini, Plancherel, Laget, Stepham y Halfon, 2003).

Modelo de autodestructividad por intercambios. Este modelo de conducta autodestructiva involucra elegir algunas opciones de respuesta que tiene ciertos beneficios pero también algunos costos de daño hacia si mismo. El daño hacia si mismo es previsible pero no deseable, el individuo considera a esas consecuencias dañinas como indeseables, en contraste con la autodestrucción primaria. El daño hacia si mismo es aceptado, puesto que representa un medio para alcanzar alguna otra meta.

Entre las conductas autodestructivas que recaen en este modelo se encuentran la siguientes: a) abuso de sustancias: el alcohol, el tabaco y muchas otras drogas han demostrado que tienen efectos en la salud del individuo y al parecer la mayoría de los consumidores están enterados de estos riesgos y aun así siguen utilizando estas sustancias. Según Baumeister y Scher (1988), el consumo de las sustancias anteriormente mencionadas entra claramente en el patrón de autodestructividad. Las consecuencias del abuso de sustancias son menos evidentes que las ventajas a corto plazo ya que las consecuencias solo pueden ser observables a largo plazo. Sin embargo, los medios masivos de comunicación y otras fuentes contienen con frecuencia advertencias sobre el peligro que con lleva el consumo en exceso de estas sustancias, pueden prever las consecuencias, pero en muchos casos el deseo por el placer inmediato parece compensar la preocupación por los riesgos a largo plazo (Huerta, 2004); b) descuido de la salud: se considera autodestructivo el hecho de no poner atención al consejo medico acerca de la salud de uno mismo para prevenir enfermedades. Dicha negligencia puede llevar a enfermedades más severas, mas frecuentes, difíciles de curar e incluso a la muerte (Baumeister y Scher, 1988).

Modelo de autodestrucción por estrategias contraproducentes. Con la intención de tener éxito en alguna actividad social, la persona adopta una estrategia que paradójicamente promueve el fracaso. La elección de respuesta o de estrategia fue presumiblemente adoptada ya sea por juzgar erróneamente la capacidad de si mismo para llevar a cabo o por juzgar mal las contingencias en el proceso de respuesta-resultado. Falta de visión hacia dentro de si mismo, percepción distorsionada de los otros o distorsiones de juicios probabilísticos parecen ser los factores causales más probables. (Baumeister y Scher, 1988).

Dentro de este modelo de autodestrucción se puede encontrar el siguiente ejemplo: a) problemas alimenticios: entre estos se encuentran la anorexia nerviosa la cual comienza en la adolescencia o en la adultez temprana. La característica central de la anorexia nerviosa es la pérdida de peso, 15 por ciento por debajo del peso correspondiente a la edad, el peso y el sexo de la persona, acompañados por amenorrea (interrupción del periodo de menstruación) en mujeres.

Existen muchos síntomas físicos y psicológicos de la privación de la comida pero en la anorexia nerviosa el principal es un desorden psicológico (Huerta, 2004). Las personas que muestran problemas alimenticios pueden presentar culpa por su enfermedad ya que constantemente cambian su forma de vida, escondiéndose al comer, ocultando su enfermedad y cuando se les llega a descubrir o acuden a ayuda profesional de manera constante ocultan sus verdaderos hábitos alimenticios y síntomas para no ser catalogados o etiquetados como anoréxicos o bulímicos (Huerta, 2004).

En base a lo anterior se reafirma lo expuesto por Baumeister y Scher (1988) en relación a que los problemas alimenticios son una forma de autodestrucción en la cual se busca una imagen corporal ideal y se pone en riesgo la propia vida comenzando por dietas que mas tarde suelen volverse excesivas e inclusive llegan al grado de dejar de comer hasta atentar contra su salud.

3.2 Enfoques teóricos sobre la autodestructividad.

Existen diferentes modelos o teorías explicativas del origen de las conductas autodestructivas en la vida del hombre, entre estas se encuentran las siguientes:

Enfoque biológico. Este enfoque identifica síndromes específicos y enfermedades en las cuales se observa la realización de conductas autodestructivas.

Existen enfermedades de autodestrucción genéticas, por ejemplo, el síndrome de Lesch-Nyhan que es generada por la falta de una enzima, causando retardo mental y comportamiento autodestructivo. Ha sido mencionado que durante el comportamiento autodestructivo el cuerpo genera algunos neurotransmisores, entre ellos las endorfinas, por lo que el comportamiento autodestructivo puede producir adicción, permitiendo que el que incurre en dicho comportamiento sea capaz de tolerar mayores intensidades y

frecuencias de autodestrucción, calmando al mismo tiempo su dolor por medio del mecanismo de liberación de endorfinas.

Los niños demuestran automutilación inicialmente a través de morderse así mismos, estas mordidas pueden ser tan intensas y producir daño en el tejido que a menudo puede llevar a amputación de los dedos y pérdida de tejido alrededor de los labios. Al ir creciendo, también pueden automutilarse a través de picarse la piel con sus dedos. El morderse puede resultar en la extracción de los dientes primarios y ya en casos severos pueden llevar a internamiento en alguna institución. En base a que este comportamiento puede tener causas fisiológicas, entonces se entendería que puede ser tratado con fármacos (Luiselli, et al, 1992).

Existe otro síndrome en el cual se presentan comportamientos autodestructivos: es el síndrome Cornelia de Lange, fue descubierto en 1933, las personas que padecen este síndrome nacieron con bajo peso, presentan retraso mental y retraso en su crecimiento así como hirsutismo (crecimiento excesivo de vello terminal en mujeres siguiendo un patrón masculino de distribución) y rasgos faciales característicos. Las autolesiones más comunes en este trastorno incluyen el golpearse la cara, picarse la cara y morderse los labios pero no se ha encontrado algún patrón específico o igual de intenso que en el síndrome de Lesch-Nyhan.

Bryson (citado por Luiselli, et al, 1992) presentó cuatro casos de este síndrome donde múltiples comportamientos autolesivos ocurrían y eran inusualmente severos. Estas respuestas destructivas incluían el picarse los ojos que llevaron a la escoriación de los párpados, golpearse la cara que llevó a heridas profundas y por último también se presentaron mordeduras en brazos y lengua.

La insensibilidad congénita al dolor se ha asociado con las autolesiones. En la insensibilidad congénita al dolor las autolesiones pueden ser accidentales y no seguir el patrón del síndrome sugerido previamente. En esta condición el criterio requerido para el diagnóstico es el siguiente: 1) La sensación del dolor debe de estar ausente desde el nacimiento, 2) El cuerpo entero debe de ser el afectado y 3) Todas las otras modalidades sensoriales pueden estar intactas o bien dañadas en lo más mínimo.

Enfoque psicoanalítico. Este enfoque es descrito por Luiselli, Matson y Singh (citados por Sánchez, 2007) y se centra en tratar de explicar las fuerzas entre el ello, el

superyo y el yo, estableciendo que en el hecho de tratar de diferenciar al si mismo del ambiente, se provocan agresiones al si mismo. Las situaciones de ansiedad que ocurren por la culpa se asocian con impulsos agresivos y se vuelven hacia las figuras primarias, ya sean el padre o la madre, o bien sentimientos de culpa por la agresión de los límites que pone el superyo. Las conductas autodestructivas en este caso se usan como un modo para reducir la ansiedad provocada.

Freud propuso que existen fuerzas e influencias en el individuo que determinan su funcionamiento, es decir, toda conducta es provocada. La personalidad para los psicoanalistas consta de tres partes: ello, yo y super yo (Nye, 2002).

El ello no distingue lo correcto de lo incorrecto, tampoco tiene noción sobre las posibilidades e imposibilidades del mundo real ni inhibiciones. El ello busca la gratificación y funciona de acuerdo con el principio del placer (Nye, 2002).

Esta teoría nos habla de la existencia de dos instintos: de vida y de muerte. El instinto de vida apoya y promueve la supervivencia del individuo y de las especies, mientras que el instinto de muerte es una tendencia que tiene el ser humano hacia la muerte, de regresar al estado inanimado, tomando una forma psicológica en el deseo de la muerte, manifestándose directa o indirectamente. A esto se le puede llamar energía destructiva y originalmente se da hacia uno mismo. A continuación se da una breve explicación de estos dos instintos mejor conocidos como Eros y Tanatos: en Más allá del principio del placer (1920), Freud modifica sustancialmente su teoría de los instintos. Como consecuencia de una reflexión de índole más filosófica que psicológica, a partir de este momento, Freud considerará que existen dos fuerzas en todo organismo biológico, fuerzas que determinan el curso de sus actividades y de apetencias: a) los instintos de vida o Eros, caracterizados por la disposición que crean en el sujeto para formar unidades siempre mayores; Eros es siempre apetito de unión y, por ejemplo, se manifiesta en el amor, la actividad sexual y el afán por mantener la propia unidad física y psíquica y b) los instintos de muerte o Tanatos. Seguramente influido por la experiencia traumática de las primeras décadas de la política europea del siglo veinte, Freud consideró que todo ser vivo manifiesta también una disposición a la disgregación, a la ruptura de la unidad entre sus distintas partes para volver al estado desorganizado y, en último término, inanimado. Tanatos es siempre un apetito de

pasividad, de separación y de disolución de unidades. Las manifestaciones patológicas de este instinto son el sadismo, el masoquismo, el suicidio.

Habitualmente la literatura psicológica lo utiliza para designar lo que Freud llamó en *Más allá del placer* (1920) el principio de nirvana, o instinto de muerte. Por el instinto de muerte encontramos en el sujeto un apetito hacia el estado de tranquilidad total, hacia el cese de la estimulación y de la actividad, un afán por regresar al estado inorgánico inicial. Este instinto es irreductible a otros instintos positivos, formando junto con el instinto de vida o Eros las disposiciones básicas de todo ser vivo, y por supuesto también el hombre. El masoquismo, el sadismo y todo afán por la destrucción es expresión patológica del instinto de muerte.

La sociedad juega un papel muy importante en la descarga de energía ya que asigna demandas que inhiben que el ser humano libere la energía destructiva y la energía proveniente de la libido, esto puede llevar a la represión y cuando se pone en funcionamiento este mecanismo de defensa se incrementan los niveles de frustración en el individuo y esto puede producir una conducta antisocial.

Existen varios mecanismos de defensa (Tallaferro, 2002), estos involucran falsificaciones de condiciones reales y se supone que operan inconscientemente. La racionalización ofrece explicaciones razonables a las conductas que son poco razonables o inaceptables, así como para explicar el fracaso personal. En la negación, el yo es incapaz de enfrentar los hechos amenazadores en una situación presente y no admite la realidad de esta información. El desplazamiento se caracteriza por la canalización de la energía de los instintos en una actividad que es alternativa para una salida más directa y satisfactoria, de esta manera se pueden expresar los impulsos agresivos.

Enfoque conductista. Para los conductistas, las condiciones sociales y físicas del ambiente son sumamente importantes en la determinación de las conductas del ser humano. Se deben descubrir las conexiones de causa y efecto, entre el ambiente y la conducta (Martin y Pear, 1999).

Skinner (citado por Nye, 2002) creía que la naturaleza genética y la historia personal son responsables de la conducta de un individuo, es por eso que se necesita estudiar ambas para explicar por completo la conducta humana.

El reforzamiento es la consecuencia más importante ya que si una conducta es reforzada ésta se fortalece lo que significa que incrementará la probabilidad de ocurrencia en un futuro en circunstancias similares. Uno de los reforzadores más importantes para condicionar la conducta son los reforzadores sociales ya que ayudan a que la conducta tienda a repetirse y se convierta en parte del repertorio del individuo.

En algunas ocasiones se utiliza el castigo para extinguir una conducta pero las acciones utilizadas pueden llevar al reforzamiento de una conducta indeseable. Si la conducta indeseable continúa significa que hay elementos que la siguen reforzando, ocasionalmente el reforzador inmediato mantiene las conductas que tienen que consecuencias aversivas a largo plazo, se puede decir que el individuo tiene un repertorio limitado debido a las contingencias de reforzamiento que han operado en su vida.

Enfoque humanista. Para Rogers (citado por Nye, 2002) el ser humano tiene una naturaleza positiva, es decir, busca y necesita la satisfacción personal y establecer relaciones estrechas con los demás. Esto se podría lograr si la sociedad no forzara al individuo a entrar en moldes preconcebidos y si se le llega a aceptar tal cual es.

El humanismo plantea que cada persona se comporta de acuerdo a la conciencia subjetiva sobre si mismo y sobre el mundo que le rodea, es decir, se actúa de acuerdo como se ve la realidad.

El único motivo básico humano para los humanistas es la tendencia a la realización. Hay un deseo de esforzarse y mejorar, así como de conservar al organismo. Las conductas que realice la persona para lograr la realización varía de persona a persona (Engler, 1996).

Uno de los factores mas importantes para predecir la conducta futura es la forma en la que la persona se percibe a si misma. Esto es la realidad externa y la situación en la que el individuo se encuentra. Una persona sana tendría una percepción realista de si mismo y de la realidad.

La percepción fenomenológica sostiene que es importante entender las percepciones del individuo sobre la realidad para poder comprender su conducta. Con el proceso de valoración organísmica, se inicia la vida con el conocimiento de lo que gusta y disgusta, lo que es bueno y lo que no lo es para el individuo. Este proceso se da

dentro del individuo y esta unido a las experiencias internas de lo deseable e indeseable para si mismo. Sin embargo, en la edad adulta, esta valoración deja de funcionar adecuadamente, llenando a la persona de inseguridades y ansiedades, lo que conlleva a una vida improductiva.

La congruencia es un estado de armonía, en cambio la incongruencia representa un estado de inconsistencia, discrepancia o desacuerdo. Cuando el autoconcepto se vuelve incongruente resulta en la incongruencia entre la tendencia a la autorrealización y la realización. Esto puede producir el estancamiento del desarrollo saludable y molestias psicológicas, ya que las tendencias funcionan con propósitos contrapuestos. De igual manera la valoración organísmica se vuelve inoperante, ya que deja de mostrar el camino a la realización. (Nye, 2002).

Otros enfoques teóricos que contribuyen al entendimiento y comprensión de las conductas autodestructivas son los siguientes: a) estimulación sensorial: este enfoque tiene varios componentes: la hipótesis de la frustración, la de la reducción de ansiedad y la de inducción de ansiedad. Es decir, que los sujetos buscan alterar sus sentidos por un aumento o bien una reducción de sus estados emocionales. El modelo puede servir como una herramienta para el desarrollo de estrategias de intervención (Sánchez, 2007). Puede servir como un poderoso modelo para desarrollar estrategias efectivas de intervención. Meyerson, Kerr y Michael (citados por Sánchez, 2007) encontraron que la vibración pudo reducir arañones en un niño con problemas de autismo. En otro estudio, realizado por Harris (citado por Luiselli, et al; 1992) se seleccionaron juguetes que pudieran estimular intensamente ciertas conductas y mas tarde se los dieron a un grupo de niños con deficiencias mentales, los cuales presentaba conductas de auto agresión, el resultado fue que a través de los juguetes los niños redujeron la frecuencia de la realización de las conductas de auto agresión y b) Personalidad Tipo T: Para Farley (citado por Maldonado, 2003) en su teoría de la personalidad tipo T (la T se refiere a thrills lo que en español serian emociones), menciona que la conducta tipo T se refiere a tomar riesgos, buscar emoción, estimulación y excitación.

Una premisa fundamental de esta teoría menciona que el grado en el cual la gente busca el riesgo y la estimulación, ya sea física o psicológica, es básica para muchas de sus conductas.

Farley (citado por Maldonado, 2003) hace una clasificación de la personalidad tipo T, por una parte propone la existencia de una personalidad tipo T+ que toma riesgos y busca emociones positivas, saludables y constructivas. Por otra parte la T- toma riesgos y busca emociones negativas y destructivas (para si mismo y para otros), algunos ejemplos serian la delincuencia, el abuso de drogas y alcohol, tomar alcohol y manejar al mismo tiempo. Hay una tercera T que es la T mental y esta se refiere a buscar riesgos y buscar emociones psicológicas o mentales, ya sea tomar riesgos financieros, en relaciones interpersonales, creatividad cognitiva en todos los campos. Y por ultimo esta la T física que se refiere a buscar riesgos y emociones físicas, por ejemplo, deportes emocionantes, carreras de automóviles, algún tipo de violencia física, etc.

Algunos de los factores que motivan la conducta tipo T son: incertidumbre, impredecibilidad, alto riesgo, novedad, mucha variedad, complejidad, ambigüedad, baja estructura, alta intensidad, alto conflicto.

3.3 Estudios recientes.

Favazza (citado por Ogle y Clements, 2008) menciona que el daño deliberado hacia si mismo, incluye actos que van desde el picarse la piel, cortarse o bien producirse quemaduras.

El daño deliberado a si mismo se ha estudiado también desde la perspectiva de las adicciones: esta cualidad es uno de los más sorprendentes aspectos y se sugiere que puede coexistir con otras adicciones como los son el abuso de alcohol o de drogas (Crowe y Bunclarck, 2000).

Algunos estudios de Briere y Gil (citados por Ogle, et al, 2008) sugieren que la prevalencia de este tipo de daño conocido como DSH por sus siglas en ingles es de aproximadamente el 4% en la población adulta general y del 21% en la población adulta clínica.

Muchas investigaciones que están disponibles sobre los factores de riesgo de conductas autolesivas han examinado la relación que existe entre el trauma infantil y el comportamiento autolesivo concluyendo que el trauma temprano es un factor crítico en el desarrollo de este tipo de comportamiento (Briere y Gil, 1998; Favazza, 1998; Van derKolk, Perry y Herman, 1991).

Según Spender (citado por Moonga, Holmgren, von Knorring y Klinteber, 2008) los comportamientos autolesivos son comunes en pacientes con algún trastorno alimenticio, de hecho, los trastornos alimenticios pueden ser considerados como un comportamiento autolesivo en si mismo, considerando los efectos devastadores de la inanición y de la purga repetida.

En base a lo dicho por Paul, Schroeter, Dahme y Nutzinger (citados por Moonga, et al, 2008) los comportamientos autolesivos son mas comunes en pacientes con bulimia nerviosa que en aquellos que padecen anorexia nerviosa. Los pacientes que presentan conductas autolesivas reportan mayor numero de eventos traumáticos, disociación y más pensamientos obsesivo compulsivos (Stein, Steinfeld, Wildman y Marcus, 2004).

En investigaciones realizadas en relación a los comportamientos autolesivos y la modificación corporal se encontraron estos resultados:

En un estudio realizado con mujeres estudiantes en donde las edades oscilaban dentro de los 15 y los 18 años en una escuela de adolescentes en alto riesgo, Carroll y Anderson (citados por Hicinbothem, Gonsalves y Lester, 2006) encontraron que los tatuajes y las perforaciones fueron asociadas con rasgos de ira pero no con la dirección en la que la ira es expresada (ira hacia los demás contra ira hacia si mismo) o con autoestima o depresión.

Birmingham, Mason y Grubin (citados por Hicinbothem, et al, 2006) estudiaron una población de reos y descubrió que los tatuajes visibles eran asociados con el abuso de sustancias, autolesiones, comportamiento violento, encarcelamiento previo y contacto previo con servicios psiquiátricos.

Farber (citada por Chassler, 2008) ha reunido evidencia empírica que sustenta una relación entre los trastornos de alimentación y la auto mutilación. Indica que no es inusual encontrar en el mismo individuo ciertos comportamientos autodestructivos como lo son los atracones de comida, el abuso de sustancias y el infligirse daño a través de cortadas, esta última la considera la forma más peligrosa y violenta de la automutilación.

Blum (citada por Pitts-Taylor, 2009) ha identificado a las pacientes de cirugía estética como auto mutiladoras y su teoría menciona que estas pacientes tienen

problemas con su imagen corporal los cuales pueden ser comparados, aunque no de una manera equitativa, con las enfermedades mentales.

4. Cirugías estéticas y ejercicio físico

La cirugía plástica es una rama especializada de la cirugía dedicada a la reparación de las deformidades y la corrección de los defectos funcionales.

Etimológicamente el nombre deriva de dos vocablos griegos: “Girurugi” (cirugía, mano, obra) y “Plastikos” (moldear). Ya en 1798 Desault empleó el término “Plastique”. Posteriormente Von Graefe lo incorporó en su monografía “Rhinoplastik”, pero fue un cirujano alemán, Edmund Zeis quien lo populariza al publicar en 1838 su tratado “Handbuch der Plastischen Chirurgie”, bautizando así a esta rama quirúrgica, que experimentó un gran desarrollo a partir de la primera Guerra Mundial (Bennett, 1983).

El término de cirugía plástica cosmética ha sido definido por la Junta Americana de Cirugía Cosmética (American Board of Cosmetic Surgery, 2009) como una subespecialidad de la medicina y la cirugía que únicamente se restringe a la mejora de la apariencia física a través de técnicas quirúrgicas y medicas. Concierno específicamente al mantenimiento de la apariencia, la reestructuración o la mejora mas allá del nivel promedio llevándolo a un nivel estético ideal.

Las cirugías estéticas han dejado de ser un lujo. Muchas personas acceden a ellas para reforzar su autoestima. Sin embargo, algunas traspasan esa barrera y persiguen un modelo de perfección irreal y patológico (Bernardi, 2008).

Así mismo, Gimlin (2000) menciona que la cirugía estética para muchos teóricos y críticos sociales significa el símbolo último de invasión al cuerpo humano por el bien de la belleza física.

El acceso ilimitado que ahora existe en relación a las cirugías estéticas puede ser potencialmente dañino desde el punto de vista social ya que los ideales de estética y las imágenes que representan la belleza que promueven dichos procedimientos pueden conducirnos a una nueva manera de racismo ya que se rechaza a aquellas mujeres que no posean dichas características.

Blum (citada por Pitts – Taylor, 2009) se encargo de describir el proceso de volverse paciente quirúrgico: esto sucede cuando las mujeres se empiezan a ver a si

mismas a través de la lente narcisista y tecnológica del perfeccionismo. Una vez que experimentan una cirugía cosmética, querrán más ya que se obsesionaron con la promesa del cuerpo perfecto.

Aunque la cirugía estética es utilizada para embellecer, mejorar o bien perfeccionar, puede llegar a ser justo lo contrario cuando es usada de manera inapropiada.

Gismero (2007) considera que detrás de todos los intentos de transformación parece encontrarse el deseo o la creencia de que transformar el cuerpo cambiará mágicamente las relaciones y conducirá a un camino de éxito, bienestar, satisfacción y felicidad.

El exceso en las cirugías estéticas puede encaminar a aquellos procedimientos que son llevados a cabo para ajustarse a las imágenes de belleza que tiene la sociedad a actos inusuales de modificación corporal que los puede llevar a distanciarse del ideal a conseguir (Bogdanoski, 2009).

4.1 Antecedentes

Las bases de la Cirugía Plástica pueden encontrarse en la Historia Antigua y representan el esfuerzo del hombre para tratar las heridas y los defectos infligidos por la naturaleza o por otros seres humanos.

Desde el comienzo surgieron problemas y conflictos relacionados con la cirugía estética que continúan plenamente vigentes como lo es la dismorfofobia (percepción desfigurada de la propia imagen).

A partir de la Primera Guerra Mundial se empieza a reconocer la importancia de lo que hoy se conoce como cirugía plástica. Con la Segunda Guerra Mundial, el campo de la cirugía plástica se amplía enormemente y deja de estar confinada más o menos a la reconstrucción maxilofacial. En la segunda mitad del siglo XX la cirugía plástica crece extraordinariamente desarrollando nuevos procedimientos tanto en lo reconstructivo como en lo estético. En la cirugía reconstructiva uno de los avances más importantes ha sido el nacimiento y perfeccionamiento de la microcirugía (Delgado, Berenguer, Gómez, Fernández, 2008).

Actualmente la técnica estética más frecuente es la liposucción, descrita por el dermatólogo italiano Arpad a principios de los 70.

La segunda intervención en frecuencia es el aumento mamario con un número estimado de 25.000 procedimientos anuales. Desde los primeros implantes de gel de silicona de Cronin, las prótesis mamarias han evolucionado muchísimo y actualmente se dispone de una gran variedad de volúmenes, tamaños y formas. Así mismo se han ido describiendo y perfeccionando técnicas de armonización y rejuvenecimiento facial y corporal. (Delgado, et al, 2008).

4.2 Tipos de cirugías estéticas más comunes

Entre las cirugías estéticas más comunes que se realizan en América Latina (en especial en México) son: a) cirugía estética de la nariz mejor conocida como rinoplastia; b) cirugía de las orejas que también se le conoce como otoplastía; c) lifting o estiramiento facial; d) cirugía estética de los párpados también denominada blefaroplastia; e) botox aunque este no es un procedimiento quirúrgico es muy común este tratamiento contra las arrugas y envejecimiento; f) peeling químico; g) mamoplastía de aumento; h) reducción mamaria; i) abdominoplastía la cual no es una intervención destinada a hacer perder peso sino que ayuda a restaurar la tensión normal de la pared muscular del abdomen; j) liposucción que está destinada a corregir aquellas regiones corporales en las cuales persisten cúmulos de grasa habitualmente rebeldes a las dietas y al ejercicio; k) implantes de relleno que consisten en la eliminación de arrugas y otras depresiones cutáneas mediante la implantación de diferentes sustancias para relleno ya sea que sean líquidas (como el colágeno o la grasa) o sólidas (hilo de poliéster) y l) aumento de glúteos en la que se puede colocar una prótesis debajo del musculo o bien se puede utilizar grasa obtenida por liposucción de otras áreas. (Álvarez, Ortiz, González, Vallejo, Sáenz, Sanz y Vitoria, 2007).

Las formas en las que dichas cirugías estéticas son representadas y vendidas a las mujeres pueden ser un factor significativo que influye en su intención así como otros argumentos prominentes sobre que significa la cirugía estética y acerca de quienes son los pacientes. Esto puede moldear no solo el clima social en el que son llevadas a cabo sino también la significancia personal que las mujeres le dan (Pitts – Taylor, 2009).

4.3 Ejercicio físico.

De acuerdo a la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) el ejercicio se convierte en excesivo cuando interfiere de manera significativa en actividades importantes, cuando se lleva a cabo en momentos inapropiados o en condiciones inapropiadas o cuando el atleta sigue ejercitándose aun cuando sufre de alguna lesión o de otra complicación médica.

El DSM IV también sitúa al ejercicio excesivo en la misma clasificación que el ayuno como un rasgo que define a la bulimia nerviosa del subtipo no purgativo (Mond, Hay, Rodger y Owen, 2006).

Jonathan Mond (2006) y otros investigadores del Instituto de Investigación Neuropsiquiátrica recientemente hipotetizaron que las personas que realizan ejercicio solo por razones como lo son el bajar de peso o bien mantener la línea pueden presentar trastornos alimenticios en ciertos niveles

En esta investigación se descubrieron dos variables que están relacionadas con los trastornos alimenticios: a) El nivel de culpa que se experimenta al posponer una sesión de ejercicio y b) La percepción de que el ejercicio es la única manera en la cual puede perder peso o bien realizar cambios en su cuerpo.

También se encontró una relación entre la frecuencia del ejercicio riguroso y la percepción que tienen las mujeres con respecto a su salud física.

En otro estudio realizado por McCabe, Ricciardelli, Stanford, Holt, Keegan y Miller (2006) se revisó la influencia que tienen en la imagen corporal de los niños las opiniones y mensajes que les proveen tanto sus madres y sus maestras y se descubrió que a través de estos solo expresan preocupaciones acerca de su propio cuerpo. De esta manera, tanto niños como niñas se empiezan a preocupar desde corta edad por su apariencia, especialmente por su ropa y su cabello, así mismo, las niñas se preocupan por perder peso y los niños por desarrollar músculos (McCabe, et al, 2006).

En un estudio realizado por Halvarsson, Lunner y Sjoden (citados por McCabe, et al, 2006) en relación a las estrategias para realizar un cambio corporal en niños pequeños encontraron que el 21 por ciento de las niñas de siete años indicaron que habían intentado perder peso. Davison, Markey y Birch (2000) encontraron que el 21 por ciento de las niñas menores de cinco años ya estaban expresando preocupación

por su peso. Williamson y Delin (2001) también encontraron que las niñas de entre 5 y de 10 años escogieron un ideal de cuerpo que es más pequeño que el que poseen actualmente.

Retomando el tema del ejercicio, la importancia de la actividad física es bien sabida por todas las personas. En adición a toda la documentación existente sobre los beneficios sociales y físicos del ejercicio, existe la creencia común de que la actividad física esta relacionada con llevar a cabo otros comportamientos positivos para la salud. (Moore y Werch, 2008).

Otra idea que se tiene al respecto es que quien se involucra en actividades que promueven la salud (como lo es el ejercicio) no llevará a cabo de manera simultánea alguna conducta que pueda dañar su salud. (Moore, et al, 2008).

Algunos investigadores han examinado las motivaciones individuales para hacer ejercicio: en el caso de la investigación realizada por Jayanti y Burns utilizando creencias y actitudes (citados por Phillips, 2005), o bien los modelos normativos de salud que mencionan Moorman y Matulich (citados por Philips, 2005) y la teoría de la comparación social revisada por Frederick, Havitz y Shaw (citados por Philips, 2005). A nivel de grupo, se ha examinado que existen diferencias en cuanto a la edad, el genero y la raza según el estudio de Howze, Smith y DiGilil (citados por Phillips, 2005). En un nivel institucional, los investigadores han empezado a explorar el rol que los medios juegan en presentar desde diferentes vistas a la salud según la investigación de Andsager y Powers (citados por Phillips, 2005) y al buen estado físico según Duncan y Messner (citados por Phillips, 2005).

Ahora bien, entre los beneficios psicológicos del realizar ejercicio se encuentran: a) variaciones en el funcionamiento cognitivo en adultos mayores; b) el aumento de la autoestima; c) el aumento de la vitalidad; d) el aumento de la satisfacción con la vida y e) reducción en los niveles de depresión, ansiedad y estrés crónico.

De la misma manera, así como el ejercicio puede ser benéfico para nuestra salud, también se le ha empezado a reconocer su poder para volverse dañino (Warner y Griffiths, 2006).

Muchas personas piensan que es mejor llevar a cabo extenuantes rutinas de ejercicio antes de sufrir de sobrepeso o padecer algún trastorno en la alimentación

como lo son la anorexia y la bulimia. Pero el ejercicio en si mismo puede ser parte de un trastorno de alimentación. Puede constituir una forma de purga ya que cuando se realiza ejercicio en exceso se tiene la esperanza de que las calorías consumidas sean eliminadas.

Usualmente, si existe una relación insana con el ejercicio, hay probabilidades de que también se presenten síntomas de trastornos de alimentación como lo son la purga y los atracones, esto lo menciona Kelly Pedrotty (citada por Reece, 2007).

El punto de vista más popular al respecto es el que ve al ejercitarse en exceso como una adicción. En la investigación realizada por Warner y Griffiths (2006) se descubrió, entre otras cosas, que aquellos sujetos que estaban en riesgo de caer en la adicción al ejercicio tenían problemas en otras áreas de su vida.

El abuso del ejercicio es una compulsión a ejercitarse, sientes que no puedes parar, así lo comenta Kenneth Littlefield (citado por Reece, 2007). Argumenta que el ejercicio se vuelve una adicción cuando vas aumentando tu ejercicio o el tiempo que le dedicas a este para sentirte satisfecho, nunca es suficiente el ejercicio que realizas.

Por lo regular cuando se habla de adicción se habla acerca de comportamientos excesivos pero siempre se relaciona con el consumo de sustancias. El cambiante campo de la investigación de las adicciones ahora esta incluyendo lo que Orford (citado por Warner, et al 2006) refiere como las adicciones núcleo: alcoholismo, drogadicción, ludopatía, adicción a la comida, adicción al ejercicio y adicción al sexo.

Basándose en los criterios propuestos sobre la dependencia al ejercicio de De Coverly (1987) y los componentes mencionados por Brown (citado por Warner, et al, 2006) sobre las adicciones, Griffiths ha definido ciertos elementos que se pueden aplicar a ciertos comportamientos como el ejercicio en exceso, la ludopatía y el uso excesivo del internet. Estos elementos son: a) notabilidad: esto ocurre cuando esta actividad particular se convierte en la mas importante en la vida de la persona y domina su pensamiento (preocupaciones y distorsiones cognitivas), sentimiento (se experimenta ansia por realizar esta actividad) y comportamiento (deterioro del comportamiento social); b) modificación del estado de ánimo: esto se refiere a las experiencias subjetivas que las personas reportan como resultado de involucrarse en la actividad y que puede ser vista como estrategia de afrontamiento; c) tolerancia: esto es

cuando existe la necesidad de aumentar la cantidad de la actividad para poder experimentar los efectos deseados; d) síntomas de abstinencia: son asociados comúnmente con el consumo de sustancias, estos producen incomodidad, sentimientos desagradables que son experimentados cuando se detiene la actividad; e) conflicto: se refiere a los conflictos que ocurren entre el adicto y aquellos que lo rodean (conflictos interpersonales), conflictos con otras actividades (trabajo, estudio y otros intereses sociales) y con el adicto (conflictos intrapersonales) que tienen que ver con la actividad y f) recaída: esta es la tendencia a regresar a patrones de comportamiento previos asociados con la adicción después de un periodo de abstinencia o control.

Así mismo, también es importante definir los tres tipos de atletas que menciona De la Torre (1995) para poder hacer una distinción clara entre aquellos que se comprometen a realizar ejercicio por salud a aquellos que lo llevan a cabo de manera excesiva: a) neuróticos sanos: son aquellos que cuando ejercitan alcanzan una mejora en sus vidas sostenida y positiva y esta acompañada en su mayor parte por un sentido de logro y éxito; b) compulsivos: son aquellos que cuando ejercitan lo experimentan como otra forma de servir a sus necesidades compulsivas y rígidas con su rutina precisa y su estructura, mientras que, al mismo tiempo, les provee de un sentido de control y superioridad moral y c) adictos: son aquellos que el ejercicio lo ven como un potente auto regulador del afecto y del desequilibrio interno y que la actividad cada vez domina más sus vidas.

Hay diversas hipótesis con respecto a la dependencia del ejercicio entre estas se pueden encontrar las que siguen:

Hipótesis de regulación de afecto. Tomkins (1968) presenta el modelo de regulación del afecto el cual postula que el correr sirve como un potenciador del afecto positivo y también funciona como reductor del afecto negativo.

Tomkins identifica dos tipos de corredores: a) el corredor negativo: es el que corre para reducir su molestia o estrés y b) el corredor positivo: es el que corre para aumentar su sentimiento positivo.

Se propuso entonces que el desarrollo de la compulsión por correr ocurre cuando correr pasa de ser un medio a un fin en si.

Para apoyar esta hipótesis se realizaron diversas investigaciones: Johnsguard (1985) identificó que la reducción de la ansiedad y la depresión es uno de los motivos primordiales para correr para un grupo de corredores habituales. De manera similar, Anshel (1991) demostró que la reducción del estrés era uno de los motivos principales para realizar ejercicio dentro de una muestra de 30 adictos al ejercicio en contraste con 30 que llevaban a cabo ejercicio físico por salud, bienestar y disfrute social.

Hipótesis de la anorexia análoga. Yates, Leehey y Shisslak (1983) propusieron que el correr compulsivo en los hombres es análogo a la anorexia nerviosa. Una comparación entre 60 hombres corredores obligados con pacientes que padecían anorexia nerviosa indicó que ambos grupos mostraban perfiles de personalidad similares como lo son la inhibición de la ira, expectativas extraordinariamente altas, tolerancia hacia el malestar físico, negación de una debilidad potencialmente seria y tendencia a la depresión.

Hipótesis de la excitación del sistema nervioso simpático. Thompson y Blanton (1987) sugieren que el ejercicio repetido se mantiene debido a los cambios hormonales que resultan del entrenamiento. La evidencia sugiere que hay una disminución de producción de catecolaminas en el sistema nervioso simpático como resultado de este entrenamiento. Mientras que de esta adaptación resulta un aumento en la eficiencia de la energía utilizada, la disminución de esta salida de catecolaminas produce letargo, fatiga y una disminución en la excitación. Por lo tanto, el ejercicio habitualmente es motivado para comprometerse en elevar los niveles de ejercicio y así poder conseguir el mismo nivel de excitación de esta manera se demuestra el efecto de habituación comúnmente observado en la dependencia al ejercicio.

Hipótesis de β -endorfina. La dopamina y las redes opioides forman parte de los circuitos nerviosos del sistema de recompensas en el cerebro y se piensa que son los responsables de una serie de comportamientos adictivos en los seres humanos (Koob y LeMoal, 2001).

Es conocido que el ejercicio aeróbico estimula la liberación de β -endorfina y otros péptidos opioides endógenos que ejercen efectos analgésicos (Janal, Colt, Clark y Glusman, 1984) y también pueden producir comportamientos adictivos.

También existe otra percepción con respecto al ejercicio en exceso, algunos autores (Licata, 2007; Coronado, 2007) la han denominado vigorexia:

La vigorexia aun no esta reconocida como enfermedad por la comunidad medica internacional pero se trata de un trastorno o desorden emocional donde las características físicas se perciben de manera distorsionada, al igual que de lo que sucede cuando se padece anorexia pero a la inversa (Licata, 2007).

Coronado (2007) dice al respecto de la vigorexia que ya ha sido motivo de investigaciones físicas las cuales la sitúan entre los trastornos obsesivos compulsivos, cuyas victimas se ven impulsadas a repetir rutinas o simples movimientos rituales, así como a hacer cosas que van mas allá de su voluntad como lo es verse constantemente al espejo, cuidar en extremo su dieta, suplementos y descanso, revisar sus progresos.

Entre los síntomas que presentan (Coronado, 2007) se encuentran: a) afán de superación; b) necesidad de romper barreras y establecer nuevos límites; c) ideal de belleza física; c) deseo de un cuerpo fuera de lo normal (en el caso de los hombres) y d) imperiosa necesidad de despertar deseo o envidia.

El perfil de las personas (Licata, 2007; Coronado, 2007) que padecen este trastorno consta de: a) distorsión de la imagen corporal; b) baja autoestima; c) entrenamiento con dedicación compulsiva y casi exclusiva, dejando de lado otros asuntos y eventos de orden social, laboral y cultural; d) adicción a la báscula; e) tendencia a la automedicación; f) personas poco maduras; g) introvertidas; h) con problemas de integración y seguridad y i) piensan que tienen poco atractivo ante el sexo opuesto.

El llevar a cabo rutinas excesivas de ejercicio puede ser igual de dañino como cualquier trastorno de alimentación. Puede causar fatiga, perdida de cabello, episodios de desmayos, perdida de ciclos menstruales, deshidratación, problemas de nutrición así como lesiones. El Dr. David Geier (citado por Reece, 2007) dice que las personas que se ejercitan de manera excesiva llevan a cabo las mismas actividades una y otra vez, las lesiones derivadas por exceso de ejercicio ocurren cuando un área del cuerpo es expuesta a un estrés excesivo por un periodo de tiempo sin que se descansa lo necesario.

También el ejercicio en exceso puede causar cambios hormonales los cuales pueden provocar que los huesos se debiliten esto combinado con la extrema tensión psicológica puede derivar en fracturas por estrés

4.4 Estudios recientes

Rosen (citado por Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007) describe los síntomas que se presentan en aquellos casos donde existen alteraciones de la imagen corporal.

Estos síntomas se presentan en cuatro niveles de respuesta que se ponen de relieve especialmente cuando el paciente se enfrenta a situaciones en las que puede ser observado. a) nivel psicofisiológico: respuestas de activación del Sistema Nervioso Autónomo (sudor, temblor, dificultades de respiración, etc.); b) nivel conductual: conductas de evitación, camuflaje, rituales de comprobación y tranquilización, realización de dieta, ejercicio físico, etc.; c) nivel cognitivo: preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas, sobreestimación y subestimación, autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo. Las preocupaciones pueden ser patológicas, obsesivas, sobrevaloradas e incluso delirantes y d) nivel emocional: insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza, etc.

Cash (citado por Salaberria, et al, 2007) ha identificado los principales esquemas cognitivos relacionados con la imagen corporal y que se presentan en las personas con insatisfacción de la imagen corporal: a) la gente atractiva lo tiene todo; b) la gente se da cuenta de lo erróneo de mi apariencia en primer lugar; c) la apariencia física es signo de cómo soy interiormente; d) si pudiera cambiarme como deseo, mi vida sería mucho mejor; e) si la gente supiera como soy realmente a ellos no les gustaría; f) si controlo mi apariencia, podre controlar mi vida social y emocional; g) mi apariencia es responsable de muchas cosas que ocurren en mi vida; h) debería saber siempre como aparecer atractivo y i) el único modo en el que me podría gustar mi apariencia es modificándola.

Abreu, Francis, Alessandrini, Macias y Leal (2000) llevaron a cabo una investigación para determinar el perfil de personalidad de aquellas personas que solicitan cirugía estética y ellos mencionan que los rasgos de personalidad pueden ser elementos significativos que subyacen en la actitud del paciente hacia el ideal estético de si mismo. Los resultados que arrojó esta investigación se describen a continuación:

a) 84.6% de las personas que solicitaron cirugía eran del sexo femenino y solo el 15.4% eran del sexo masculino; b) en cuanto a las edades el 2% de la población tenía entre 15 y 25 años de edad, el 8% tenía entre 26 y 35 años, otro 8% tenía entre 36 y 45 años y el 72% tenía entre 56 y 65 años; c) el 46% de la población eran casados, el 19% eran divorciados, el 11.5% viven en unión libre, el 7.6% reportaron ser solteros y el 3.8% dijeron ser viudos y d) en cuanto a la ocupación solo el 3.8% fueron amas de casa y secretarias (ambas coincidieron con mujeres que por ruptura de pareja presentaban baja autoestima y consideraron la cirugía como una solución a su problema). El 7.6% correspondió a estudiantes, trabajadores gastronómicos y militares, el 11.5% correspondió a profesores, el 26% estuvo representado por otras profesiones entre las que se mencionan personas jubiladas, interpretes, aeromozas, custodios y técnicos en control de calidad. El mayor porcentaje, que fue del 30.8%, lo ocuparon los artistas.

Cuando se les cuestionó sobre el tipo de cirugía que estaban solicitando predominó la abdominoplastia con el 30.7%, le siguió la mamoplastia reductora con el 26.6% después la blefaroplastia con el 23%, la cirugía facial con el 15.4%, el peeling constituyó el 7.6% y por ultimo las prótesis de mama con el 3.8% (Abreu, et al, 2000).

Al hablar sobre el motivo real por el que deseaban la cirugía estética el 7.6% respondió que por enfermedad, el 19% respondió que acudió a cirugía por tener complejos, el 23% por su trabajo y el 50% por estética. (Abreu, et al, 2000).

Los hallazgos que arrojó la aplicación del instrumento denominado Cuestionario de Trastornos de la Personalidad (PDQ por sus siglas en ingles) indican que la correlación de rasgos histéricos predomino en el 63.5 por ciento (Abreu, et al, 2000).

En otro estudio llevado a cabo en 1994 por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en ingles) se descubrió que las personas que sufren algún trastorno de alimentación realizan ejercicio con el fin de bajar de peso, ya sea por el impulso por estar delgadas en la anorexia nerviosa o bien como un comportamiento no purgativo en la bulimia nerviosa y para estabilizar el estado de animo. Sin embargo, las personas por lo general, especialmente las mujeres según Furnham, Badmin y Sneade (citados por Boyd, Abraham y Luscombe, 2007) realizan ejercicio por esas mismas razones por lo cual no es posible tomar esto como algo que ayude a diferenciar a las personas que padecen un trastorno de alimentación de las que no.

En la investigación realizada por Boyd, et al (2007) se encontró que aquellas personas que padecen algún trastorno alimenticio mostraron mas altos puntajes en aquellas preguntas que se referían a los sentimientos y comportamientos relacionados con el ejercicio a nivel psicológico (por ejemplo el ejercicio es importante para la autoestima), físico (continuar con el ejercicio aunque se este enfermo o lastimado) y comportamental (poner reglas con respecto al ejercicio). Según Bamber, Cockerill, Rodgers y Carroll (citados por Boyd, et al. 2007) estas son áreas en donde el mal funcionamiento es un criterio de diagnostico para la dependencia al ejercicio.

Como se mencionó en párrafos anteriores, la dependencia al ejercicio ha sido definida como un proceso que empuja al individuo a realizar ejercicio físico a pesar de los obstáculos que se le presenten (enfermedades o lesiones que le impiden el llevar a cabo este tipo de actividades) y resulta en síntomas físicos y psicológicos de depresión y culpa cuando se deja por un tiempo de hacer ejercicio (McCabe y Vincent, 2002).

Usando esta definición, McCabe y Ricciardelli (2001), encontraron que el 5.4% de los adolescentes y 5.5% de las adolescentes pueden ser clasificados como dependientes del ejercicio, así mismo, el 14.7% de las adolescentes y el 19.4% de los adolescentes fueron clasificados como en riesgo de convertirse en dependientes del ejercicio.

5. Planteamiento del Problema.

En base a la literatura revisada a lo largo de este trabajo se puede observar que existen distintas conductas autodestructivas las cuales en su mayoría se pueden considerar como un suicidio lento, inconsciente y a largo plazo siempre y cuando las conductas se repitan y tienda a aumentar la intensidad con las que se presentan (González, 2006).

Estas conductas siempre tienen un significado y una función, como el aliviar un dolor emocional o controlar la ansiedad a través de experimentar dolor físico. La mayoría de las veces las razones por las que se presentan conductas autodestructivas permanecen inconscientes para la persona y esto la lleva a seguir repitiendo el patrón de forma incontrolada (Enríquez, 2008).

Pero en base a las distintas investigaciones actuales, mencionadas con anterioridad, se ha descubierto otro tipo de conducta autodestructiva la cual puede estar relacionada con la percepción que tienen las personas sobre si mismas: la obsesión por la estética en la cual los comportamientos autodestructivos más comunes son las cirugías estéticas en exceso y la obsesión por el ejercicio.

La satisfacción por la imagen corporal es un objetivo de la sociedad actual y esta preocupación se convierte en patológica cuando alcanza límites irracionales (Fuentes, Colomina, Porras, 2008). Los medios de comunicación promueven el ideal de cuerpo perfecto. Estos mensajes pueden incidir en el desarrollo del autoconcepto y pueden contribuir a una imagen distorsionada del propio cuerpo.

En relación a esto se ha llegado a hablar de un trastorno de la percepción de la imagen de si mismo que se conoce como dismorfofobia o trastorno dismórfico corporal el cual es un cuadro psicopatológico descrito por primera vez en 1891 por el italiano Enrico Morselli y lo describe como un sentimiento subjetivo de fealdad o defecto físico que el paciente cree que es evidente para los demás, aunque su aspecto esta dentro de los límites de la normalidad, en otras palabras, quienes lo padecen muestran una preocupación excesiva por un defecto o problema en la apariencia.

Por lo tanto, el propósito de este trabajo es investigar la relación que existe entre el autoconcepto y la autodestructividad. Así también estudiar la diferencia en los niveles del autoconcepto y la autodestructividad que presentan las mujeres que forman parte de los diferentes grupos de estudio.

El **objetivo general** de esta investigación es el siguiente: estudiar la relación que existe entre autoconcepto y autodestructividad así como las diferencias que existen en los niveles de autodestructividad y autoconcepto entre los grupos (mujeres las cuales no llevan a cabo ninguna actividad física en gimnasios y que nunca se han realizado una cirugía estética, las mujeres que le dedican tres horas diarias a la realización de algún ejercicio físico en gimnasio, las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y las mujeres que se han realizado dos cirugías estéticas y que le dedican tres horas diarias a la realización de algún ejercicio físico en gimnasio).

Los **objetivos específicos** son:

- Estudiar la relación que existe entre autoconcepto y autodestructividad.

- Estudiar los niveles de autoconcepto y el nivel de autodestructividad que presentan las mujeres que se han realizado más de dos cirugías estéticas y que realizan más de dos horas diarias de ejercicio.
- Estudiar los niveles de autoconcepto y el nivel de autodestructividad que tienen las mujeres que se han realizado más de dos cirugías estéticas.
- Estudiar los niveles de autoconcepto y el nivel de autodestructividad que presentan las mujeres que realizan más de dos horas diarias de ejercicio.
- Estudiar si las mujeres que no realizan alguna actividad física en gimnasios y/o no se han realizado alguna cirugía presentan bajos niveles de autodestructividad y altos niveles de autoconcepto.

En base a lo anterior, las hipótesis de trabajo que se plantean en esta investigación son las siguientes:

Existe una relación negativa entre el autoconcepto y la autodestructividad en la muestra total. También se hipotetiza que las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que realizan tres horas diarias de ejercicio presentarán niveles menores de autoconcepto a diferencia de las mujeres que no llevan a cabo ejercicio físico en gimnasio y que no se han sometido a ninguna cirugía estética. Otra hipótesis de trabajo es que las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que realizan tres horas diarias de ejercicio presentarán niveles mayores de autodestructividad a diferencia de las mujeres que no llevan a cabo ejercicio físico en gimnasios y que no se han sometido a ninguna cirugía estética.