



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Trabajo de grado previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Título del Proyecto:

“IDEAS IRRACIONALES Y LA ADICCIÓN AL ENTRENAMIENTO DE USUARIOS DEL GIMNASIO “LOMAS” DE RIOBAMBA, PERIODO SEPTIEMBRE 2015- FEBRERO 2016”

Autores:

AGUALSACA PILATUÑA HOLGUER PATRICIO

MURILLO ANDRADE DENNIS PATRICIO

Tutora:

DRA. ALEXANDRA PILCO GUADALUPE MSC.

RIOBAMBA-ECUADOR

2016

REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación de título: "IDEAS IRRACIONALES Y LA ADICCIÓN AL ENTRENAMIENTO DE USUARIOS DEL GIMNASIO "LOMAS" DE RIOBAMBA, PERÍODO SEPTIEMBRE 2015- FEBRERO 2016" presentado por: Agualsaca Pilatuña Holguer Patricio y Murillo Andrade Dennis Patricio, dirigida por la Dra. Alexandra Pilco Guadalupe Msc. una vez escuchado la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en la cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

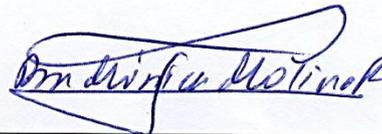
Para constancia de lo expuesto firman:

Ps. Cl. Cesar Ponce
Presidente del Tribunal



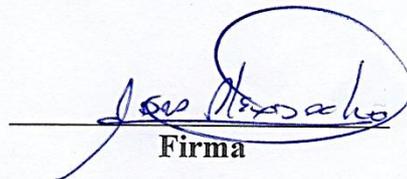
Firma

Dra. Mónica Molina. Msc.
Miembro del Tribunal



Firma

Dra. Alexandra Pilco. Msc.
Miembro del Tribunal



Firma

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN:

La responsabilidad del contenido de este proyecto de graduación, corresponde exclusivamente a: Agualsaca Pilatuña Holguer Patricio y Murillo Andrade Dennis Patricio, dirigida por la Dra. Alexandra Pilco Guadalupe, Msc. Y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.



.....
Agualsaca Pilatuña Holguer Patricio
060413134-9



.....
Murillo Andrade Dennis Patricio
060437807-5

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecidos a Dios por brindarnos el honor de estudiar la carrera de psicología clínica en esta prestigiosa Universidad Nacional de Chimborazo, así como también a los diferentes docentes que nos brindaron sus conocimientos científicos y el apoyo para seguir adelante día a día.

Agradecidos con nuestra asesora de Tesina Dra. Alexandra Pilco Guadalupe Msc. y al Dr. Lenin Loaiza Dávila Ph.D, por haber brindado la oportunidad de recurrir a sus conocimientos científicos.

Nuestro agradecimiento especial al Msc. Pablo Lomas gerente propietario del Gimnasio “Lomas”, por la ayuda intelectual y material recibida para la realización de la investigación, y a cada uno de los usuarios del gimnasio por brindarnos su tiempo y apoyo en la aplicación de las baterías psicológicas.

Para finalizar agradecidos con nuestros familiares por brindarnos los recursos, motivación y apoyo para que uno de nuestros objetivos sea ahora una realidad.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia por el apoyo incondicional, en especial a mi madre que me ha brindado apoyo durante mi carrera, a mis hermanos por la motivación que me brindan para conseguir mis objetivos propuestos, y a todos mis amigos docentes que han contribuido en mis enseñanzas.

Holguer

DEDICATORIA

Dedico el trabajo realizado a Dios por permitirme vivir este momento de dicha y poder disfrutar de la culminación de uno de mis objetivos, a la vez a mis padres por el apoyo, motivación y esfuerzo para que consiga la culminación universitaria. A mi hermana que me ha demostrado cariño, apoyo y me ha enseñado a triunfar con esfuerzo. Agradezco a mi familia por confiar en mí y brindarme su compañía en cada etapa de mi vida.

Dennis

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTORÍA	I
AGRADECIMIENTO	II
DEDICATORIA	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS	V
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
1. PROBLEMATIZACIÓN	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.3 OBJETIVOS	9
1.3.1 Objetivo general	9
1.3.2 Objetivos específicos	9
1.4 JUSTIFICACIÓN	10
CAPÍTULO II	
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	13
2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	13
2.1.2 Terapia cognitiva	15
2.1.2.1 Terapia racional emotiva de Albert Ellis	16
2.1.2.2 Definición y características de la terapia racional emotiva conductual	17

2.1.2.3	Esquemas	18
2.1.2.4	Creencias	19
2.1.2.5	Creencias irracionales	20
2.1.2.6	Las emociones para Albert Ellis	22
2.1.2.7	Creencias irracionales en la adicción al entrenamiento	25
2.1.3	Deporte y salud	28
2.1.3.1	Alimentación y deporte	29
2.1.3.2	Entrenamiento adecuado	31
2.1.3.3	Adherencia al entrenamiento físico	33
2.1.3.4	Adicción	34
2.1.3.5	Adicción positiva	35
2.1.3.6	Adicción al entrenamiento	36
2.1.3.7	Efectos de la adicción al entrenamiento	41
2.1.3.8	Personalidad y adicción	48
2.1.4	Tratamiento	50
2.1.4.1	Planteamiento de la guía de intervención psicoterapéutica	50
2.1.4.2	La intervención desde la perspectiva cognitivo conductual	51
2.1.4.3	Tratamiento en adicciones enfocado en la práctica deportiva	52
2.1.4.4	Guía de intervención psicoterapéutica	60
2.2.1	HIPÓTESIS	68
2.2.2	VARIABLES	68
2.3	DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS	69

CAPÍTULO III

3	MARCO METODOLÓGICO	73
3.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	73
3.1.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN	73
3.1.3	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	73

3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	74
3.3	PROCEDIMIENTO	75
3.4	TÉCNICAS Y REACTIVOS PSICOLÓGICOS EMPLEADOS	75
3.5	TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	76

CAPÍTULO IV

4	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	78
4.1	Test de creencias irracionales de Albert Ellis.	78
4.2	Test de creencias irracionales de Albert Ellis (Resumida a creencias irracionales básicas).	82
4.3	Escala de adicción al entrenamiento (EAE).	86
4.4	Escala de adicción al entrenamiento (EAE), (Dimensiones).	90
4.5	Relación del test de creencias irracionales de Albert Ellis y escala de adicción al entrenamiento (EAE).	93
4.6	COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	98

CAPÍTULO V

5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	99
5.1	CONCLUSIONES	100
5.2	RECOMENDACIONES	101
	BIBLIOGRAFÍA	103
	ANEXOS	109

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N.1	12 Creencias Irracionales sustentadoras de la neurosis de Albert Ellis	21
TABLA N.2	Orientación para intervención cognitiva conductual, en pacientes con adicción al entrenamiento	54
TABLA N.3	Guía de intervención psicoterapéutica	60
TABLA N.4	Test de creencias Irracionales de Albert Ellis	78
TABLA N.5	Test de creencias Irracionales de Albert Ellis (Resumida a creencias irracionales básicas)	82
TABLA N.6	Escala de adicción al entrenamiento (EAE)	86
TABLA N.7	Escala de adicción al entrenamiento (EAE), (Dimensiones)	90
TABLA N.8	Tabla de relación Test de creencias irracionales de Albert Ellis y Escala de adicción al entrenamiento (EAE)	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N.1	Test de creencias Irracionales de Albert Ellis	80
GRÁFICO N.2	Test de creencias Irracionales de Albert Ellis (Resumida a creencias irracionales básicas)	83
GRÁFICO N.3	Escala de adicción al entrenamiento (EAE)	87
GRÁFICO N.4	Escala de adicción al entrenamiento (EAE), (Dimensiones)	91
GRÁFICO N.5	Tabla de relación Test de creencias irracionales de Albert Ellis y Escala de adicción al entrenamiento (EAE)	95

RESUMEN

El presente proyecto investigativo, se desarrolló en el “Gimnasio Lomas” de Riobamba, en el periodo septiembre 2015-febrero 2016, siendo relevante en el ámbito psicológico y deportivo, al incluir variables de las dos especialidades.

El propósito del proyecto es analizar la influencia de las ideas irracionales en el desarrollo de la adicción al entrenamiento, con una muestra de 40 usuarios que asisten al gimnasio regularmente, en edades que comprenden de 15 años a 35 años de edad. La investigación es no experimental y cuantitativa, el tipo de investigación es de campo, transversal y el nivel de investigación es descriptiva. Para la recolección de datos se utilizaron los test psicológicos: “Test De Creencias Irracionales De Ellis”, con la finalidad de identificar las ideas irracionales más relevantes de los usuarios, y la “Escala de Adicción Entrenamiento”, permitiéndonos conocer el nivel de adicción al ejercicio si se encontrase presente en los usuarios.

Posterior a la aplicación y tabulación de las respuestas de los test psicológicos se obtuvieron los siguientes resultados: Test de Creencias Irracionales de Ellis: el 43% de usuarios presenta la idea irracional denominada: “se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo”, siendo el valor más elevado encontrado entre los participantes, seguido por la idea “Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas”, que representa el 20% y se obtuvo un 0% de la idea denominada “El pasado tiene más influencia en la determinación del presente”. En la Escala de Adicción Entrenamiento, se evidencia que un 78% de usuario presentan adicción al entrenamiento entre niveles medios y altos.

En conclusión existen usuarios que presentan ideas irracionales (43%), y un porcentaje elevado en la Escala de adicción (78%), lo que permite comprobar la hipótesis plantada, Las ideas irracionales conllevan a la adicción al entrenamiento en usuarios del gimnasio “Lomas”.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This searching was developed at "Lomas" gym at Riobamba city from September 2015 to February 2016. It is relevant in the psychological and sporty field because both variables are included into the specialties.

The purpose of this project is to analyze the influence of the irrational ideas in the training addiction development. The sample for this study was 40 users between 15 to 35 years old who attend to the gym regularly. It is a no experimental and quantitative investigation. The field of the research is cross-wise study, and it is descriptive. For collecting the data we use psychology tests such as "test of irrational believes of Ellis" in order to identify the most relevant believes of the users, and the "Addiction training scale" that allowed us to know the addiction exercise level if exists in the users.

After the psychology test application and tabulate the answers, we obtained those results. First from the irrational believes of Ellis, 43% of users show the irrational idea called "it needs to count on with someone grater and stronger than me". This idea was the most frequent in the users. Then the idea that "some people are bad, vile and despicable, so they have to be punished" This idea represent the 20%. Finally, the 0% of the users thinks that "the past influenced in the present determination". In the addiction training scale 78% of users show average and high levels of training addiction.

In conclusion, 43% of users show irrational ideas, and 78% of them show a high level in the addition scale. These ideas prove the suggested hypothesis: the irrational ideas take the users to the training addition in the "Lomas" gym of Riobamba.

Reviewed by:

Lic. Mónica Castillo N.
ENGLISH TEACHER.



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo, tiene el propósito de describir cómo ideas, pensamientos y creencias, que son parte de los seres humano y se encuentran presentes en todo momento, se vuelven en contra de la persona e influyen para que se distorsione la realidad, llevándoles a presentar diferentes tipos de consecuencias (físicas, psicológicas y sociales), incluso pudiendo producirse una adicción, siendo una de las razones las creencias.

Albert Ellis denominó a este tipo de ideas como creencias irracionales, ya que son las que crean desequilibrio en la vida de las personas, por lo tanto son las responsables de varios problemas de salud; la forma en la que las personas interpreta su entorno, es un factor que influye directamente sobre sus emociones, pensamientos y conductas. Ellis considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epícteto: "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos", teniendo en cuenta esta frase; las personas se desenvuelven en un ambiente, lugar en el cual se producen acontecimientos (que pueden ser positivos o negativos), a los que el sujeto somete a una evaluación, por medio de un sistema de creencias que ha venido aprendiendo durante toda su vida de las personas más significativas, otorgando un valor a cada situación, al mismo tiempo generando sentimientos, emociones, conductas y pensamientos (estas consecuencias pueden ser negativas o positivas), siendo muy común que se presenten errores de pensamiento, o mejor dicho errores en el procesamiento de la información, estos errores son debidos al sistemas de creencias aprendidos. Si una persona que en su contextura es delgado/a, u obeso/a y se encuentra en un ambiente en el cual constantemente es bombardeado con el mensaje como: "eres muy flaco", o "debes engordar un poco", "deberías bajar de peso", "estas muy gordo", etc. O en un determinado grupo social dan prioridad a la belleza física; estas personas frente a esta situación pueden experimentar sentimientos de rechazo, exclusión, e interpretar que su entorno les exige un cuerpo vigoroso, llevándolo a pensar "debo engordar", "estoy muy flaco", "no me quieren por ser gordo", "estoy muy gordo" ; generando en el individuo sentimientos de tristeza o ansiedad (incluyendo

otro tipo de síntomas), y para encajar en su medio relevante, busca una opción aceptada y alentada por varios profesionales de salud; ingresando a un gimnasio, en el cual puede desarrollar una adicción al entrenamiento, debido a la intensidad y frecuencia, con la que realiza sus rutinas de ejercicio, para conseguir su objetivo, el ser aceptado por los demás.

Es importante tener en cuenta diferentes estudios realizados referentes a la adicción al entrenamiento, dando mayor importancia acerca del tema se encuentra el país español, de los cuales se citan los siguientes:

González y Sicilia (2012), mencionan al respecto: “El 38,4% de los hombres se clasificaría como asintomático no dependiente, el 52,8% como sintomático no dependiente y el 8,8% en riesgo de dependencia. En cuanto a las mujeres, el 53,5% se situaría en el grupo asintomático no dependiente, el 41,4% en el grupo sintomático no dependiente y el 5,1% en el grupo en riesgo de dependencia”, (González-Cutr & Sicilia, 2012, pág 357).

A nivel latinoamericano los estudios de adicción al entrenamiento son limitados, sin embargo, se han encontrado aproximaciones de estudios en Colombia:

Según Andrade, García, Remicio, y Villamil (2012), mencionan: “Los resultados indican que un 73.3% presenta niveles medios de adicción al ejercicio y el 26.7% tiene niveles altos, sin diferencias significativas entre varones y mujeres”, (Andrade Salazar , García Castro, Remicio Zambrano, & Villamil Buitrago, 2012, pág 209)

En Ecuador, las investigaciones en cuanto a adicciones, se encuentra centrada en las adicciones denominadas: “adicciones químicas”, por lo que no se ha encontrado investigaciones en el país o ciudad, acerca de adicción al deporte o similares.

El aporte de la presente investigación, consiste en plantear una guía de intervención psicoterapéutico, que nos permita abordar de forma integral a la persona, es decir que el tratamiento contemplará las siguientes objetivos, principalmente: abordar y disminuir las ideas que se relacionan al entrenamiento físico, que son irracionales; disminuir la conducta adictiva hacia la actividad física; proporcionar estrategias de afrontamiento al

paciente para mejorar su ámbito social, familiar, laboral; proveer información adecuada al paciente sobre los beneficios del ejercicio sobre la salud y las consecuencias del ejercicio descontrolado, de esta forma disminuir el impacto de la adicción al deporte, al igual de permitir un abordaje óptimo a las personas que presenten un índice alto de adicción al entrenamiento físico.

El presente trabajo investigativo consta de cinco (V) capítulos que se irán desarrollando de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: Corresponde al Marco Referencial, en el cual describimos el problema, justificación y los objetivos planteados a alcanzar con respecto a la influencia de las creencias irracionales en el desarrollo de la adicción al entrenamiento, haciendo una relación entre las dos variables, es decir identificar el tipo de idea irracional más relevante en los usuarios y el nivel de adicción presente.

CAPÍTULO II: Corresponde al Marco Teórico, el cual contiene la fundamentación teórica, hipótesis, variables y definiciones de términos básicos.

CAPÍTULO III: Consta del Marco Metodológico, contiene al diseño de la investigación, tipo de investigación, nivel de la investigación, población y muestra.

CAPÍTULO IV: En el cual se realiza el Análisis e Interpretación de resultados obtenidos mediante cuadros y representaciones gráficas.

CAPÍTULO V: Contiene las Conclusiones y Recomendaciones a las que se llegó una vez culminado el presente proyecto de investigación.

CAPÍTULO I

MARCO DE REFERENCIA

1. PROBLEMATIZACIÓN.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad, el mundo se encuentra de cara a la globalización, con características como: avances tecnológico, el consumismo, el culto al cuerpo, que se encuentra dominado por la idea del cuerpo perfecto (que no tiene relación con la salud óptima y adecuada del cuerpo humano, si no puramente de belleza), el ser humano se centra en diversas formas de conseguir dicho cuerpo escultural, ideal que se refuerza por pensamientos o patrones de ideas irracionales que mantienen las personas por varios factores; por ello diversas empresas dedicadas a la "salud del cuerpo" ofrecen diferentes mecanismos por los cuales conseguir las metas impuestas por la persona; contribuyendo a distorsionar la realidad y reforzando aún más las ideas irracionales, unas de dichas empresas y las más rentables actualmente son los gimnasios donde ofertan todo tipo de facilidades para acceder a dicho establecimiento: combos, formas de pagos, etc. La idea de poseer un cuerpo admirable ha desencadenado adicción al entrenamiento (un ejemplo claro de adicción al ejercicio es el del fisicoculturista KrisDirn, a quien se le sometió a una operación para salvarle la vida de un paro cardio-respiratorio, siendo las consecuencias una parálisis de los miembros inferiores, sin embargo en la actualidad Kris se recupera satisfactoriamente), se debe tener en cuenta que no solo se enfrenta a una posible adicción al ejercicio, también existe la posibilidad de que se cree un consumo inadecuado de esteroides anabólicos, es decir que una persona que ingrese a un gimnasio alentado por sus ideas irracionales, puede desarrollar varios problemas.

La adicción al entrenamiento representa una condición en la que una persona se involucra en la práctica de rutinas excesivas, de tres a cuatro horas diarias, siendo lo recomendable de 30 a 60 minutos diarios de ejercicio combinado, esto según el American Collegue of Sport Medicine (ACSM) "Los Individuos con adicción al entrenamiento no suelen tomarse días descanso, realizando ejercicios voluntariamente por lo menos 4 horas diarias, a pesar de lesiones o enfermedades potenciales. A menudo tienen pensamientos compulsivos (irracionales) sobre el entrenamiento, ya que el objetivo de dichas personas es alcanzar la perfección en sus cuerpos, experimentan síntomas físicos y psicológicos de retirada cuando están privados del entrenamiento.

Según Arbinaga, Ibarzábal y Caracuel (2007), indican que:

En los últimos años se ha producido un espectacular incremento en el número de personas que acuden a los gimnasios con el fin de realizar programas de enfrenamiento muscular. Este fenómeno, aún poco estudiado, ha sido atribuido a la presión social, por mantener un cuerpo flexible, armonioso y desarrollado muscularmente, ajustándolo a unos cánones de belleza específicos. Aún son pocos los trabajos que han buscado analizar los factores motivacionales que llevan a los sujetos a desarrollar este tipo de actividad física, y los existentes han mostrado que no son solo variables estéticas las que median en la iniciación a la musculación, (Arbinaga, Ibarzábal & Caracuel Tubío, 2007, pág 7).

Sin embargo, una forma saludable de mantener al cuerpo, es por medio del entrenamiento físico, pero que pasa cuando algo saludable se convierte en un factor nocivo para la salud del ser humano. Este patrón se observaba en usuarios de gimnasios donde los individuos buscan un punto máximo de su rendimiento físico luego de una rigurosa preparación, donde las ideas irracionales causan insatisfacción en los resultados ya obtenidos. Las Ideas irracionales en estos deportistas se definen como una preocupación excesiva por un defecto mínimo o inexistente relacionado con su cuerpo o alguna parte, que consume tiempo en exceso e interfiere en la vida social del ser humano que la padece.

Según Arbinaga, Ibarzábal y Caracuel (2007), mencionan:

En los últimos años se ha podido observar la magnitud del fenómeno en crecimiento (las personas asisten con más frecuencia a los gimnasios), es así que los medios de comunicación y la publicidad ejerce una fuerte influencia psicológica en las personas. En especial en la población joven, quienes ejecutan entrenamientos intensos y dietas para alcanzar una forma física que puede ir contra de la salud, (Arbinaga, Ibarzábal & Caracuel Tubío, 2007, pág 7).

Varios estudios exponen la incidencia de la adicción al entrenamiento, así por ejemplo:

Arbinaga y Caracuel (2007): en el estudio denominado, *Dependencia del ejercicio en fisicoculturistas competidores evaluada mediante la escala de adicción general Ramón y Cajal*, indican los siguientes resultados: “puede comprobarse que el 23.3% estaría en un nivel de adicción bajo, el 64.7% en un nivel de adicción medio y el 12.1% en un nivel adicción alto”, (Arbinaga Ibarzábal & Caracuel Tubío, 2007, pág 553).

De igual manera en el estudio, *Dependencia del ejercicio físico en usuarios españoles de centros de acondicionamiento físico (fitness): diferencias según el sexo, la edad y las actividades practicadas*, dirigida por González y Sicilia (2012), refieren lo siguiente:

El 38,4% de los hombres se clasificaría como asintomático no dependiente, el 52,8% como sintomático no dependiente y el 8,8% en riesgo de dependencia. En cuanto a las mujeres, el 53,5% se situaría en el grupo asintomático no dependiente, el 41,4% en el grupo sintomático no dependiente y el 5,1% en el grupo en riesgo de dependencia, (González-Cutr & Sicilia, 2012, pág 359).

En Latinoamérica se observa que los estudios son limitados, sin embargo en Colombia la investigación “*Niveles de adicción al ejercicio corporal en personas fisicoculturistas*”, Andrade, García, Zambrano, Buitrago (2012), indican lo siguiente: los varones tienen un nivel de adicción medio (73.7%) y alto (26.3%) y las mujeres tienen un nivel de adicción similar, es decir medio (72.7%) y alto (27.3%). Respecto al nivel de adicción por edad, del total de los participantes que puntuaron medio en el nivel de adicción se encontró que un 67.9% tienen edades comprendidas entre los 20 y 32 años, mientras que un 31.7% se encuentran entre los 33 y 45 años, (Andrade Salazar , García Castro, Remicio Zambrano, & Villamil Buitrago, 2012, pág 216).

A nivel nacional no se encuentra datos estadísticos con respecto al problema.

Sin embargo en la actualidad se presenta un aumento en la incidencia de problemas de todo tipo en la ciudad de Riobamba, debemos considerar que varios de estos se encuentran relacionados con la salud mental, no son evidentes en las personas, por lo que conflictos relacionados a la corporalidad, es una realidad en la ciudad.

La población se ve influenciada por la publicidad y la misma sociedad que dictaminan ciertos patrones de cómo deberían presentarse físicamente. Se enmarcan estereotipos de belleza lo cual causa que las personas tengan una percepción errónea de ellos mismos, que afecta a personas de todas las edades y al no contar con un tratamiento adecuado se ve reflejado en posibles obstáculos para desarrollarse de una manera eficaz en su vida cotidiana.

Las personas forman percepciones distorsionadas de cómo lucen y hacen conclusiones, debido a que tienen creencias irracionales de cómo deberían ser para poder enfrentarse a la sociedad. Por todo lo anterior, es de suma importancia conocer las posibles creencias irracionales sobre su aspecto físico que crean una falsa percepción en cuanto a su imagen corporal que tienen de sí mismos.

Según el Master Pablo Lomas (Gerente del gimnasio "Lomas"), indica que: “En su trayectoria de funcionamiento de dicho gimnasio se ha evidenciado que durante los últimos 5 años, la afluencia de usuarios es mayor, con conductas excesivas al ejercicio”.

Durante varias visitas, se ha verificado que los usuarios presentan ideas distorsionadas (entrevistas verbales) de su corporalidad, que se reflejan en horas excesivas de ejercicio físico (teniendo en cuentas las horas recomendadas para una actividad física), las ideas más comunes que se encuentran entre los usuarios es bajar medidas en ciertas zonas del cuerpo (especialmente en el abdomen y cintura, tanto en hombres, como en mujeres), subir en otras (glúteos y piernas en mujeres y pecho, bíceps en hombres), generalmente las frases con las que los usuarios se presentan son: “No me gusta mi peso”, “quiero mejor mi cintura”, “estoy gordo”, “estoy muy flaco”. Un dato importante extraído de los usuarios a través de las entrevistas, es la siguiente idea: “Vienes al gimnasio y mientras vas poco a poco adquiriendo cuerpo y ganando fuerza, cuando ves resultados, te vas enganchando, hasta el punto de que no te das cuenta de que estas bien metido en el gimnasio, y cada vez necesitas más y más ejercicios con intensidad, y te vuelves adicto”.

Por tal motivo se plantea la siguiente pregunta: ¿Existe adicción al entrenamiento físico en los usuarios del gimnasio Lomas de la ciudad de Riobamba por la influencia de creencias irracionales?

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Las ideas irracionales contribuyen al desarrollo de una adicción al entrenamiento en los usuarios del gimnasio Lomas de la ciudad de Riobamba periodo septiembre 2015 febrero 2016?

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 Objetivo General:

Analizar la influencia de las ideas irracionales en el desarrollo de la adicción al entrenamiento, de los usuarios del gimnasio "Lomas" de la ciudad de Riobamba, periodo septiembre 2015- febrero 2016.

1.3.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar los tipos de ideas irracionales de los usuarios del gimnasio "Lomas" de la ciudad de Riobamba.
2. Determinar el nivel de adicción al entrenamiento de los usuarios del gimnasio "Lomas" de la ciudad de Riobamba.
3. Establecer una relación entre ideas irracionales y adicción al entrenamiento de los usuarios del gimnasio "Lomas" de la de Riobamba.
4. Plantear una guía de intervención psicoterapéutica a fin de modificar las ideas irracionales y disminuir la adicción al entrenamiento de los usuarios del gimnasio "Lomas" de la ciudad de Riobamba.

1.4 Justificación

El incremento de usuarios en los gimnasios, ha aumentado en estos últimos años, el culto al cuerpo se ha reforzado, ya que el ideal de un cuerpo atlético es bastante valorado por la sociedad. Es cierto que el entrenamiento contribuye al mantenimiento de una adecuada salud, sin embargo el exceso, puede traer consecuencias físicas y psicológicas.

Se puede encontrar diferentes motivos para que una persona ingrese a un gimnasio, entre esas tenemos: La presión de los medios de comunicación, con constantes bombardeos de mensajes sobre la corporalidad ideal, que empuja a la persona hacia la búsqueda del cuerpo perfecto, para lograr una imagen socialmente aceptada; ideas de inconformidad sobre el propio cuerpo, pensamientos que son fortalecidos por otras personas a través de frases, como: “Estas muy gordo”, “Eres flaco”, llevando a los individuos a imponerse rutina de ejercicio, que generalmente son extenuantes y desgastantes, a ello se adjuntan un cambio en los hábitos alimenticios (dietas estrictas en alto contenido proteínico) para conseguir la corporalidad deseada. La idea de poseer un cuerpo recio y musculoso, es sinónimo de buena salud, lo cual es acertado, pero que ocurre cuando estas exigencias sobrepasan las expectativas de una persona, en especial cuando estas no son alcanzadas, tener un cuerpo vigoroso puede convertirse en un problema, pudiendo la persona desarrollar adicción al entrenamiento. Por esta razón es de importancia realizar un análisis de las variables ideas irracionales y adicción al entrenamiento y las posibles estrategias que se puede implementar para disminuir el impacto que genera la adicción al entrenamiento.

El proyecto de investigación pretende identificar las ideas irracionales más comunes que llevan a los usuarios de gimnasios a la adicción al entrenamiento, de esta manera se propone una guía de intervención psicoterapéutica con la finalidad de modificar y disminuir las ideas irracionales concernientes al entrenamiento físico, corporalidad y reducir de esta forma la prevalencia cada vez mayor de la adicción al entrenamiento, de los usuarios del gimnasio "Lomas".

A través de la intervención psicológica, se pretende brindar estrategias que puedan utilizar los usuarios y personas con adicción al entrenamiento, que ayuden a mejorar los síntomas de retirada, por el cese del ejercicio, mejorando la calidad de vida de la persona.

A nivel nacional los estudios son escasos en cuanto a creencias irracionales y adicción al entrenamiento; el proyecto investigativo permite tener una perspectiva más amplia del problema y a través del diseño terapéutico se pretende contar con una aproximación para el abordaje adecuado de este tipo de pacientes, y con estos antecedentes investigativos se vaya formulando planes terapéuticos más sólidos que contemplen un tratamiento integral para la persona afectada.

El estudio es factible porque cuenta con la autorización y colaboración de los usuarios del gimnasio “Lomas”, bibliografía actualizada, con los recursos económicos necesarios, materiales, tiempo requerido, y aceptación del gerente del establecimiento en donde se realizó el estudio, ofreciendo una apertura para la ejecución del proyecto, el cual se desarrolló sin ningún problema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Después de realizar una revisión bibliográfica, se ha encontrado que, en la Carrera de Psicología Clínica, se han efectuado varias investigaciones en torno a las ideas irracionales y reestructuración cognitiva, al igual que en adicción (las adicciones se ha limitado a sustancias psicoactivas), temas que se vinculan con el propuesto en la presente investigación, sin embargo, no existe investigaciones que se relacione de forma directa al presente propuesta.

Se han realizado varios estudios, de los cuales mencionaremos los más relevantes: Gonzáles y Sicilia (2012), en la investigación denominada:

“Dependencia Del Ejercicio Físico En Usuarios Españoles De Centros De Acondicionamiento Físico (Fitness): Diferencias Según El Sexo, La Edad Y Las Actividades Practicadas, indica que, el objetivo de este estudio fue analizar las diferencias en dependencia del ejercicio según el sexo, la edad y las actividades físicas practicadas” (González-Cutr & Sicilia, 2012).

Gonzáles y Sicilia, con respecto a los resultados obtenidos mencionan:

Los resultados mostraron que los hombres puntuaban significativamente más alto en los diferentes síntomas de dependencia que las mujeres. Respecto a la edad, no se encontraron prácticamente diferencias significativas entre los grupos de 16-25 y 26-33 años, pero sí entre estos dos y el de 34-60 años, mostrando el último una menor puntuación en dependencia. Por lo general, la puntuación en dependencia del ejercicio en actividades dirigidas fue significativamente menor que en las semidirigidas y libres. Las investigaciones deben centrarse en identificar las motivaciones por las que una persona realiza una determinado disciplina (González-Cutr & Sicilia, 2012, pág 349).

De la misma manera, se llevó a cabo una investigación con un grupo de fisicoculturistas, en donde los resultados son los siguientes:

Arbinaga Ibarzábal y Caracuel Tubío, (2007), refieren:

Han participado 116 sujetos varones que cumplimentaron la Escala de Adicción General Ramón y Cajal. De ellos, 64 (55.17%) eran considerados como noveles en el entrenamiento de musculación y 52 sujetos (44.83%) eran competidores. Los fisicoculturistas competidores han mostrado, de forma significativa, mayores puntuaciones en todas las dimensiones de la escala de adicción general (ansia: $t = 2.81$, $p = 0.006$; abstinencia: $t = 3.59$, $p = 0.000$; carencia de control: $t = 3.59$, $p = 0.000$; total: $t = 3.88$, $p = 0.000$), salvo en la dimensión de tolerancia ($t = 1.44$, $p = 0.153$). De igual modo, en el análisis de las variables relacionadas con el entrenamiento, se ha podido constatar que aquellos sujetos que suelen quedarse a entrenar más tiempo del que tenían previsto, o que suelen sentirse mal los días que no entrenan, que han intentado bajar el nivel de entrenamiento y no lo han conseguido, o quienes suelen sentirse mal tras compararse físicamente con otros compañeros de gimnasio, tienden a mostrar valores superiores tanto en la puntuación total como en la mayoría de las dimensiones de la escala, (Arbinaga Ibarzábal & Caracuel Tubío, 2007)

En Latinoamérica los estudios sobre la adicción al entrenamiento no tienen un gran impacto sin embargo, mencionaremos un estudio realizado en Colombia:

Andrade Salazar , García Castro, Remicio Zambrano, & Villamil Buitrago, (2012), mencionan en el estudio denominado:

“Niveles De Adicción Al Ejercicio Corporal En Personas Fisioculturistas”, Esta es una investigación cuantitativa descriptiva con diseño descriptivo de corte transversal, su objetivo fue determinar el nivel de adicción en relación al ejercicio corporal presente en 30 fisicoculturistas varones y mujeres que asisten al Gimnasio Comfatolima de la ciudad de Ibagué, para lo cual se aplicó la Escala de Adicción General Ramón y Cajal, los resultados indican que un 73.3% presenta niveles medios de adicción al ejercicio y el 26.7% tiene niveles altos, sin diferencias significativas entre varones y mujeres, asimismo los rangos de edad con mayores porcentajes de adicción fueron entre los 20 a 32 años y 33 a 45 años, (Andrade Salazar , García Castro, Remicio Zambrano, & Villamil Buitrago, 2012, pág 209).

2.1.2 Terapia Cognitiva

El doctor Aaron T. Beck a comienzos de los años sesenta, desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y conductas disfuncionales, (Beck, 2000, pág 17).

Judith Beck (2000), al respecto menciona:

El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influyen en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes; una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes, (Beck, 2000, pág 17).

La terapia cognitiva busca, mediante diversos recursos, producir un cambio cognitivo (un cambio en el pensamiento y el sistema de creencias del paciente), para conseguir de allí, una transformación duradera de la emociones y comportamientos”, (Beck, 2000, pág 19).

La psicóloga Isabel Cando (2013, pág. 23), señala al respecto: “La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje, es así que el paciente con la colaboración del terapeuta aprende a identificar, modificar, y dar una conceptualización diferente, de ideas, pensamientos que le causan sufrimiento”.

La psicóloga Isabel Cando (2013, pág 23), indica: “La terapia cognitiva utiliza el juicio y razonamiento del paciente para modificar actitudes, pensamientos, sentimientos, conductas erradas, negativas o indeseables”.

Según Judith Beck (2000, pág 17), al respecto indica: “La terapia cognitiva ha sido ampliamente evaluada a partir de 1977, en donde distintos estudios controlados han demostrado su eficacia en el tratamiento de diversos trastornos, Woody (1983), menciona a la drogadicción entre estos trastornos”.

Contribuyendo al anterior concepto Cando (2013, pág 23), indica: “Por tanto la terapia cognitiva, promueve en el paciente una nueva forma de pensar, actuar, siendo los modos de expresión (pensamiento, acción, emoción) más realista y adaptativos, de esta forma reduciendo o eliminando síntomas que producen los problemas psicológicos”.

2.1.2.1 Terapia Racional Emotiva De Albert Ellis

Las personas mantenemos constantemente un flujo de ideas, que podrían ser positivas o negativas, en esta investigación nos centraremos en las ideas negativas, las cuales Albert Ellis denominó ideas irracionales.

Según, Isabel Cando (2013, pág 23), indica: “Uno de los pioneros de la terapia cognitiva es el Dr. Albert Ellis, es el iniciador de la corriente denominada “Terapia Racional” (RT), posteriormente, después de varios cambios, es designada “Terapia Racional Emotiva Conductual” (TREC)”.

Cando (2013), señala: Albert Ellis, considera que la base de su teoría se atribuye a la filosofía estoica griega de Epícteto: “Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos”. (Cando, 2013, pág 30).

Navas (1981), menciona al respecto:

Muchos de los aspectos filosóficos de la terapia racional-emotiva proceden del pensamiento de los filósofos estoicos griegos y romanos, y de pensadores orientales budistas y taoístas. Considera al ser humano, como uno capaz de comportarse racional e irracionalmente. Y solamente cuando actuamos y pensamos de manera racional, es cuando en verdad nos sentimos felices y efectivos. Entre los aspectos fundamentales del enfoque se encuentran el supuesto de que el pensamiento y la emoción no son dos procesos por completo diferentes, sino que más bien están sobrepuestos de manera significativa y que a menudo la emotividad desordenada puede mejorarse cambiando la forma en que pensamos, (Navas, 1981, pág 76)

De lo anterior se establecen algunos supuestos, según menciona Navas (1981, págs 76-77):

- 1) Que el pensar y sentir se hallan íntimamente conectados y, que a menudo, tan solo se diferencian en que el pensamiento es una manera de distinción tranquila, y menos dirigida hacia la actividad que la emoción.
- 2) Al encontrarse altamente relacionados el pensamiento y la emoción, estos actúan en una forma circular de causa y efecto y, en determinados aspectos, vienen a ser una misma cosa; de manera que el pensar se convierte en la emoción, y la emoción a su vez puede convertirse en pensamiento.

Tandazo y Noriega (2015), indican:

Ellis, es el creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual, como una respuesta a los escasos resultados obtenidos del psicoanálisis, sin embargo acepta dos postulados: el

hombre es innatamente racional, al igual que el origen de los problemas psicológicos son en la niñez. Afirma que el mantenimiento de una enfermedad no es el conflicto reprimido e inconsciente, sino las auto-verbalizaciones que mantenemos con nosotros mismos y que se van configurando a lo largo de nuestras vidas, convirtiéndose en la forma en la que se percibe el mundo, siendo estos patrones los responsables de muchas perturbaciones psicológicas, incluso físicas. (Noriega Duche & Tandazo Calderón, 2015).

2.1.2.2 Definición y características de la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis.

Ellis es considerado como el pionero de lo que actualmente se denomina el movimiento cognitivo conductual.

Cando (2013, pág 24), señala que: “Ellis crea este método de terapia basado en que la culpa es la base de los disturbios emocionales, misma que se origina por las creencias irracionales que aprendemos desde la niñez de las personas significativas de nuestras vidas”.

Cando (2013, pág 30), indica: “Ellis parte de la hipótesis de que nos son los acontecimientos (A), los que nos generan estados emocionales (C), sino la manera de interpretarlos(B), no es A quien genera C, sino B”.

Según Boeree (2002), indica que: “Por tanto, si somos capaces de cambiar nuestro esquemas mentales (D), seremos capaces de generar nuevos estados emocionales (E), menos dolorosos y más acordes con la realidad, por tanto, más racionales y realistas”.

Es importante mencionar el modelo propuesto por Ellis, citado por Boeree (2002):

"A" (por "ActivatingEvent"): Representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

"B" (por "BeliefSystem"): Representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.

"C" (por "Consequence"): Representa la consecuencia o reacción ante "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones), (Cando, 2013, pág 30).

Según Boeree (2002), señala:

Aun cuando la activación de nuestras experiencias puede ser bastante real y causar un gran monto de dolor, son nuestras creencias las que le dan el calificativo de larga estancia y de mantener problemas a largo plazo. Ellis añade una letra D y una E al ABC: El terapeuta debe disputar (D) las creencias irracionales, de manera que el cliente pueda a la postre disfrutar de los efectos psicológicos positivos (E) de ideas racionales.

Ellis & Grieger, (1990, pág 24), refieren que una de las características resaltantes de la TREC es la sencillez de los principios en los que se sustenta:

- Todos los humanos construimos un sistema de creencias que nos sirve de base para interpretar y valorar a la gente y a los acontecimientos.
- En ningún caso nuestras experiencias tienen un valor establecido por sí mismo. Somos nosotros quienes les otorgamos tal valor.
- Las experiencias activadoras (A) influyen en las consecuencias emocionales (C) pero no las determinan.
- Son nuestras creencias (B) la causa principal de nuestras emociones, sentimientos y conductas que siguen a las señaladas A.

2.1.2.3 Esquemas

Los esquemas son modelos de pensamientos que se encuentran presentes en las personas y son la forma en la que las personas perciben la realidad.

Según el Licenciado Javier Camacho (2003, pág 4), citando a Beck (1979) indica:

Beck reformuló el concepto de esquema y lo utilizó ampliamente. Para Beck, los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo. Los esquemas también fueron definidos como estructuras más o menos estables que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan.

Camacho (2003, pág 4), menciona: “Todas las personas contamos con una serie de esquemas que nos permiten seleccionar, organizar y categorizar los estímulos de tal forma que sean accesibles y tengan un sentido para nosotros, a su vez también posibilita identificar y seleccionar las estrategias de afrontamiento que llevaremos a la acción”.

Camacho (2003, pág 4), señala que: “Los esquemas son adaptativos y van tomando su forma mediante las relaciones que las personas van estableciendo con el medio, a partir de allí y de los determinantes genéticos se van constituyendo las pautas propias de los mismos”.

Según Camacho (2003, pág 4), refiere: “Primeramente tuvieron un fuerte sentido adaptativo intentando la supervivencia tanto psicológica como física de la persona, pero en algunos casos las formas que se utilizaron para sobrevivir en una época son utilizadas de manera automática, rígida y desadaptativa en cualquier situación, lo que puede llegar a ocasionar trastornos psicológicos severos”.

2.1.2.4 Creencias.

Con respecto a creencias Camacho (2003, pág 5), señala: “Las creencias son los contenidos de los esquemas, las creencias son el resultado directo de la relación entre la realidad y nuestros esquemas. Podemos definir a las creencias como todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia”.

Camacho (2003, pág 5), indica la siguiente clasificación de creencias:

Creencias nucleares: son aquellas que constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Ej.: Yo soy varón.

Creencias periféricas: se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares. Ej.: La vida siempre te da una segunda oportunidad.

Camacho (2003), reforzando el criterio de creencias, menciona:

Las creencias nucleares constituyen el núcleo de lo que nosotros somos, nuestros valores, nuestras creencias más firmes e inmovibles, justamente por eso es que nos dan estabilidad y nos permiten saber quiénes somos. En cambio las periféricas o secundarias son más satelitales y no involucran a los aspectos centrales de la personalidad, por lo tanto pueden modificarse con más facilidad, (Camacho, 2003, pág 5).

Una creencia es básicamente lo que una persona piensa sobre sí mismo, el entorno y el futuro, si se encuentra influenciada por una creencia irracional de tipo social (entorno), necesariamente los actos y esfuerzos que realice, serán destinados a agradar y ser aceptado por los demás, por ejemplo una personas para ser aceptada en un grupo social debe cumplir cierto parámetros, esta realizará lo indicado por el grupo para pertenecer, pudiendo llevarlo a presentar consecuencias o efectos psicológicos (emocionales, pensamientos y acciones), por la forma en la percibe su entorno (Interpretación).

2.1.2.5 Creencias Irracionales.

Según Ellis y Grieger (1990, pág 24), al respecto mencionan: “Actos y conductas inconvenientes o auto-destructivas como aquellas acciones humanas que interfieren seria e inútilmente con la vida y con la felicidad. De este modo, los actos que son rígidamente compulsivos, adictivos, y estereotipados tienden a estar en contra de los intereses de la mayoría de la gente”.

Como se ha venido mencionando, por medio de varios autores, las ideas irracionales son patrones de pensamientos, que dan lugar a una consecuencia (emocional, conductual, cognitivo), que se va aprendiendo a través de las experiencias mantenidas durante toda la vida, se aprende de las personas que son importantes y relevantes en la vida de la persona, y son expresadas en la vida cotidiana, sin embargo al encontrarse una creencia irracional tan marcada en una persona, esta podría comenzar a interferir en la vida de la persona, incrementando el nivel de estrés y como resultado a experimentar emociones negativas y perturbadoras.

Las creencias irracionales se caracterizan por, según Almansa, (2011, pág 6):

1. Ser lógicamente inconsistentes (parten de premisas falsas o resultan de formas incorrectas de razonamiento).
2. Ser inconsistentes con la realidad (no concordantes con los hechos; distinto a lo observable).
3. Ser dogmáticas, absolutistas, expresadas con demandas* (en vez de preferencias o deseos). Aparecen términos como: necesito, debo, debe, no puedo, jamás, etc. En lugar de: prefiero, es mejor, no me gusta, es peor, etc.

Estas demandas pueden estar dirigidas hacia:

- Uno mismo, ej. "yo debo ser exitoso".
- Hacia los otros, ej. "tú debes escucharme".
- Hacia el mundo en general, ej. "la vida debe ser fácil".
- Conducir a conductas o emociones inapropiadas o auto-saboteadoras.
- No ayudar o impedir el logro de los objetivos de la persona.

TABLA 1

12 creencias irracionales sustentadoras de la neurosis de Albert Ellis.

12 CREENCIAS IRRACIONALES SUSTENTADORAS DE LA NEUROSIS DE ALBERT ELLIS	
Idea irracional Nº 1	"Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la sociedad".
Idea irracional Nº 2	"Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles".
Idea irracional Nº 3	"Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad".
Idea irracional Nº 4	"Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen".

Idea irracional Nº 5	"La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones".
Idea irracional Nº 6	"Si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra".
Idea irracional Nº 7	"Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida".
Idea irracional Nº 8	"Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar".
Idea irracional Nº 9	"La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente".
Idea irracional Nº 10	"Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás".
Idea irracional Nº 11	"la idea de que la mayor felicidad humana es alcanzable mediante la inercia y la inacción (inactividad)."
Idea irracional Nº 12	"Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe".

Fuente: (Almansa, 2011, pág 9).

2.1.2.6 Las Emociones para Albert Ellis.

Carmen Almansa (2011, pág 5), citando a Albert Ellis, indica:

[...] En el capítulo dos relata cómo surgen las emociones, siguiendo una vía triple:

- 1) A través de algún tipo de estimulación física del centro emocional especial de nuestros cerebros (denominado el hipotálamo) y la red nerviosa de nuestros cuerpos (denominado el sistema nervioso autónomo).
- 2) A través de nuestros procesos de percepción y movimiento (técnicamente denominados nuestro sistema sensorio-motor).
- 3) A través de nuestros deseos y pensamientos (técnicamente cognición).

Por lo tanto, para controlar nuestras emociones (entiéndase las inapropiadas), existen tres líneas de acción a seguir. Por ejemplo, si alguien se siente muy nervioso y desea calmarse, podemos (Almansa, 2011, pág 5):

- 1) Influir directamente sobre nuestras emociones a través de medios eléctricos o bioquímicos, por ejemplo, tomando drogas tranquilizantes,
- 2) Trabajar sobre el sistema de percepción-movimiento (sensorio-motor), haciendo ejercicios de relajación, bailando o a través de técnicas de respiración yóguicas.
- 3) Trabajar a través de la reflexión sobre los pensamientos disfuncionales.

Almansa (2011, pág 5), con respecto a las emociones, citando a Ellis, indica:

El Dr. Albert Ellis no duda de que ciertas técnicas físicas (a las que hace referencia en el punto 2 del párrafo anterior) para reducir tensiones producen un efecto beneficioso, si bien opina que más que curar actúan como paliativo, ayudando a las personas a sentirse mejor en vez de a estar mejor y rara vez producen cambios filosóficos importantes. Pone como ejemplo el caso de las personas que padecen una depresión. Éstas pueden obtener ayuda a través del uso de drogas o técnicas de relajación. Pero a menos que comiencen a pensar más claramente y a valorar sus vidas, tenderán a deprimirse nuevamente cuando interrumpan las drogas o los ejercicios. Ello porque para producir cambios emocionales permanentes y profundos, se hacen virtualmente necesarios cambios filosóficos. O sea, será necesaria una evaluación considerable de la realidad,

Emociones inapropiadas para A. Ellis.

Almansa (2011, pág 5) mencionando a Ellis, indica que las emociones negativas inapropiadas son las que:

- a) Nos llevan a experimentar una enorme cantidad de dolor psíquico, sufrimiento y disconformidad, desproporcionado con respecto a la situación.
- b) Nos impulsan a comprometernos en conductas contraproducentes, en contra de nuestros intereses.

c) Nos impiden desplegar la conducta necesaria para alcanzar nuestras propias metas.

d) Están asociadas a las "creencias irracionales".

Creencias Racionales

Para Albert Ellis y Grieger (1990, pág 23), indican: "Los pensamientos racionales, se definen como aquellos que ayudan a las personas a vivir más tiempo y más felices", particularmente por:

- Presentar o elegir por sí mismas ciertos valores, propósitos, metas o ideas productores de felicidad y
- Utilizar formas eficaces, flexibles, científicas y lógico-empíricas de alcanzar estos valores y metas y de evitar resultados contradictorios o contraproducentes.

Al respecto Almansa (2011, pág 7), aportando con sus criterios, refiere:

"Cuando las creencias son flexibles, se denominará creencias racionales, toman la forma de deseos, anhelos, gustos y preferencias. Estas creencias no se convierten en formas dogmáticas del tipo de los *debo*, *tengo* y demás. Cuando las personas se adhieren a estas premisas flexibles, tenderán a sacar conclusiones que toman las siguientes formas":

1. **Evaluación moderada de lo malo:** la persona concluirá "*es malo, pero no es terrible*", en vez de "*es horroroso*" cuando se encuentre con un acontecimiento activador negativo.
2. **Enunciados de tolerancia:** la persona expresará puntos de vista tolerantes, dirá por ej.: "*no me gusta, pero puedo soportarlo*".
3. **Aceptación de falibilidad:** la persona aceptará a los demás y a sí misma, como seres humanos falibles a quienes no puede otorgarles, legítimamente, una sola clasificación global. También aceptará que el mundo y las condiciones de vida son complejas, que está compuesta de elementos buenos, malos y neutros.

4. **Pensamiento flexible** con respecto a la aparición de acontecimientos: la persona se abstendrá de pensar que algo ocurrirá siempre o nunca, en vez de ello, se dará cuenta de que la mayoría de los acontecimientos en el universo pueden situarse a lo largo de un continuo, entre ocurrir muy raramente y ocurrir muy frecuentemente.

Navas, refiere lo siguiente: “Se define la racionalidad en términos de la forma de pensar, sentir y actuar que ayudan a la supervivencia y a la felicidad humana. Estas son metas seleccionadas durante el período de vida en un intento de vivir de una, forma relativamente libre de dolor y molestias”, (Navas, 1981, pág 82).

La persona racional (Navas, 1981, pág 82):

- a) Acepta las realidades de la vida;
- b) Se dedica a trabajos productivos;
- c) Intenta vivir amigablemente en el grupo social al que pertenece; y,
- d) Se relaciona,

Según Navas (1981, pág 83), aportando a los criterios mencionados, señala:

“La terapia racional-emotiva coloca gran énfasis en los valores humanos y sostiene que lo que llamamos personalidad consiste en gran medida en creencias, constructos o actitudes; y que los seres humanos tienen la tendencia a funcionar más saludablemente cuando mantienen valores racionales o de bases empíricas y que se sienten perturbados con metas perfeccionistas o absolutistas”.

2.1.2.7 Creencias Irracionales en la Adicción al Entrenamiento.

Como se ha venido mencionado anteriormente, la mayoría de los problemas de índole psicológica, según Ellis, se deben a la forma en la que la persona interpreta o da el significado a un evento, estas interpretaciones generalmente son debidas a un patrón aprendido de ideas, denominadas por Ellis, creencias irracionales, estas ideas influyen directamente sobre la conducta de la persona llevándola a ejecutar acciones, generalmente no adecuadas en pro de su desarrollo.

El entrenamiento físico es una actividad recomendada, positiva, que promueve en el ser humano la salud en general, sin embargo toda actividad que se realice de forma reiterada o compulsiva puede generar problemas en la persona, es así que en la actualidad varios autores están reconociendo las denominadas “adicciones no químicas”, actividades que generan bienestar en la persona, pero debido a su continuo uso crea una cierta dependencia, así lo mencionan Adés y Lejoyeux: entre dichas adicciones “no químicas” se encuentran: adicción al internet, sexo, compras, trabajo, dinero, juego (designado, *ludopatía*, en el DSM V), y al entrenamiento, (Adés & Lejoyeux, 2003, pág 127); ya no sólo se trata de una adicción química (como la cocaína, cannabis, entre otras), también se encuentran las nuevas adicciones, debemos tener en cuenta que el mecanismo por el cual se crea una adicción, tanto química y “no química”, es similar:

Adés & Lejoyeux, menciona: “La adicción a la práctica de ejercicio podría ser el resultado de la adicción a la liberación de catecolaminas estimulada por dicha actividad, resultando en una sobrestimulación del sistema nervioso simpático. (Adés & Lejoyeux, 2003, pág 135). Es decir que actúa como un sistema de recompensa, proporcionando placer y al mismo tiempo tolerancia, resultando en un incremento en la actividad física, es decir: intensidad, frecuencia, y el número de horas dedicada al entrenamiento físico.

Ellis también nos dice que las creencias racionales son concomitantes con las conductas funcionales, mientras que las creencias irracionales sirven de base a las conductas disfuncionales, tales como los abusos de sustancias, alejamiento social, agresividad y falta de asertividad, etc. (Navas & Mc.Kay,2008).

Si las creencias irracionales promueven conductas disfuncionales, como el abuso de sustancias, una posible adicción al entrenamiento impulsada por dichas ideas, es posible, ya que una persona motivada por pensamientos de conseguir un cuerpo perfecto, influenciada por las demandas sociales y salubrista, de bienestar y salud, que ofrece el ejercicio, puede hacer que la persona desarrolle una adicción al entrenamiento.

La decisión de una persona de ingresar a un gimnasio, puede ser por varias razones, sin embargo, en entrevistas individuales mantenidas con los participantes, se ha detectado

que la mayoría tiene conflictos con su apariencia corporal, entre las demandas más usuales se pudo identificar las siguientes: “Bajar unos kilos”, “Bajar la cintura”, “Aumentar de peso”, “Aumentar los glúteos”; el ideal de conseguir el cuerpo perfecto, se ve influenciada por la aceptación de los demás. Por tanto si una persona que es delgada, se siente mal consigo misma, puede mantener la idea errónea de “para ser aceptado y mejorar mi apariencia personal, debo verme mejor, subir de peso, y seré aceptado”, llevándolo a ingresar a un gimnasio, lugar en el que se esfuerza por cumplir su objetivo, llevando a la persona a realizar rutinas de entrenamiento cada vez más desgastantes, tanto en intensidad, frecuencia y tiempo; teniendo en cuenta que, al pasar mayor tiempo en el gimnasio, mayor es la tolerancia del cuerpo al entrenamiento, necesitando más intensidad, frecuencia y tiempo, para cumplir su cometido, de esta forma la persona, que originalmente ingresó por una idea irracional de “conseguir un mejor cuerpo”, se ve desplazada por la necesidad creciente de realizar entrenamiento, no por placer, sino por incapacidad de parar, a pesar de varias indicaciones médicas por lesiones, y por la aparición de síntomas al dejar de ejercitarse (tales como: ansiedad, irritabilidad, culpa, molestias musculares, nerviosismo y una depresión severa, tal como lo menciona Sandra Restrepo, citando a Vale: “Los individuos con adicción a la práctica de ejercicio lo practican voluntariamente por lo menos una vez al día o más, a pesar de lesiones o enfermedades potenciales; a menudo, tienen pensamientos compulsivos sobre la práctica de este; y experimentan síntomas físicos y psicológicos de retirada cuando están privados de entrenar”, (Restrepo Escobar, 2011, pág 6).

Restrepo citando a Veale, indica: “Las personas adictas al entrenamiento a menudo, tienen pensamientos compulsivos sobre la práctica deportiva (Restrepo Escobar, 2011, pág 6), es así que las creencias irracionales, se presentan una vez más en la dinámica de la adicción, reforzándola y siendo parte de ella.

2.1.3 Deporte y Salud.

Según Andrade Salazar, García Castro, Remicio Zambrano, & Villamil Buitrago, al respecto señalan:

A través del entrenamiento es posible perfeccionar el aspecto físico, aumentar la capacidad mental, desarrollar la inteligencia y fortalecer la creatividad y el cooperativismo. El entrenamiento genera una sensación de alegría y bienestar gratificante logrando amortiguar el estrés acumulado durante el día, a través de la liberación de las tensiones y toxinas que podrían resultar dañinas para la salud física y mental, (Andrade Salazar, García Castro, Remicio Zambrano, & Villamil Buitrago, 2012, pág 210).

Sandra Restrepo (Psicóloga especialista en farmacodependencia), mencionando a los psicólogos Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz & Salazar, (1991, pág 6), indica que: “La práctica de entrenamiento físico genera beneficios para la salud, considerada ésta en sus aspectos físicos y psicológicos”.

La recomendación que los especialistas en salud mental mantienen en cuanto a la práctica del ejercicio físico, es positiva, alentada y recomendada, ya que sus beneficios son notorios: en ansiedad, adicciones, depresión, etc.

Marín, refiere: “El entrenamiento físico de ocio y el deporte, como juego que originalmente es, constituye, junto con una alimentación adecuada y estilo de vida, elementos básicos para mantener la salud y el equilibrio físico y mental”, (Marín, 1999, pág 9).

Al entrenar, permite a la persona desarrollar actitudes que le son provechosas: la organización, disciplina, esfuerzo, perseverancia; la actividad deportiva no solo acondiciona el cuerpo, también enseña actitudes que va en pro de la persona que lo practica.

Marín mencionando a Hall, indica: “El deporte así considerado (como ocio y juego), proporciona un espléndido medio contra todos los errores y vicios que alteran el cuerpo y, abunda sobre estos beneficios “éticos, morales y psicológicos”, (Marín, 1999, pág 9).

Sin embargo la práctica compulsiva de la actividad deportiva, en vez de generar ventajas a la salud, puede originar problemas y malestar a la persona, por ello la importancia de entrenar bajo tutorías de expertos.

2.1.3.1 Alimentación y Deporte

Es conocido que la alimentación para un deportista es muy importante, ya que aporta los nutrientes, vitaminas y proteína necesaria para un buen rendimiento en el entrenamiento. Así una persona que realiza cierto tipo de entrenamiento va a necesitar cierta cantidad de comida, por ejemplo, un culturista o una persona dedicada a la alza de pesas, debe consumir necesariamente más alimentos que contengan proteínas, ya que estas le permite desarrollar masa muscular.

Según Barbany, indica: “En gran medida, el rendimiento en una actividad física o deporte depende de una correcta alimentación tanto previamente como en el momento del ejercicio” (Barbany, 2010, pág 2).

Según Barbany, al respecto refiere: “En general, las personas que realizan deporte tienen aumentados los requerimientos nutricionales, sobre todo a expensas de la mayor necesidad de energía disponible. La planificación alimentaria debe individualizarse dependiendo del entrenamiento y de la duración del mismo, no obstante existen una serie de reglas que son generales”, (Barbany, 2010, pág 2).

De igual manera Barbany, indica: “Las demandas nutricionales suelen ser más elevadas en el deportista y, por tanto, la ingesta alimentaria total será superior. Pueden realizarse varias comidas al día, 5 o 6, siendo el desayuno importante. El objetivo es no hacer ayunos de más de 3 o 4 horas”, (Barbany, 2010, pág 2).

- Se aconseja desayunar 2 horas antes del esfuerzo, sobre todo alimentos que el organismo tarde en digerir como la leche, el pan, cereales, grasas tipo mantequilla, jamón, quesos, frutos secos.
- El tentempié ingerido media hora antes de entrenar ha de ser de fácil absorción: fruta, zumos, cereales no integrales, yogur descremado líquido...añadiendo alguna pasta o galletas sin grasas.
- No debe coincidir la práctica del entrenamiento con la digestión, esto llevaría a una competición por la irrigación sanguínea y podría ser perjudicial.

- Todas las comidas deben ser variadas y deben contener proteínas, grasas e hidratos de carbono. La alimentación debe seguir el equilibrio alimentario de proteínas, grasas y carbohidratos con la proporción adecuada de vitaminas y minerales. Es importante la ingesta de hidratos de carbono tras el entrenamiento para reponer el glucógeno muscular gastado durante el ejercicio.
- Es importante la ingesta de agua aunque no se tenga sed, a fin de reponer las pérdidas.

Es así que una alimentación adecuada permite un adecuado desarrollo físico y por ende una salud psicológica óptima. Sin embargo, no debemos olvidar que una persona puede desarrollar una adicción al entrenamiento y posteriormente una anorexia por el control exagerado en la dieta nutricional tal como mencionan:

Jean Adés, Michel Lejoyeux (Psiquiatras) citando a Caroline Davis (Psiquiatría) indica: se ha podido confirmar la relación entre anorexia mental, bulimia y la hiperactividad física (estudio realizado en mujeres anoréxicas y bulímicas)... La mitad de las pacientes examinadas presentaban una dependencia al ejercicio...lo sorprendente es que estas pacientes habían practicado deporte intensamente antes de la aparición de los trastornos alimenticios: el 60% eran dependientes al entrenamiento desde la adolescencia, y la anorexia y bulimia aparecían como una consecuencia del frenesí deportivo, (Adés & Lejoyeux, 2003, pág 140).

Jean Adés, Michel Lejoyeux, señalan: Unas de las motivaciones del entrenamiento intenso, en las mujeres en particular, es el deseo de adelgazar, [...] esta obsesión por adelgazar, [...] puede ser por una perturbación de la imagen corporal ([...] “demasiado gordas”) [...] incluso pueden estar originadas por una presión cultural y social que propugna una imagen filiforme del cuerpo femenino (top-models) (Adés & Lejoyeux, 2003, pág 137). Incluso esta referencia se debe extender al género masculino ya que las exigencias culturales y sociales son iguales a los dos géneros.

2.1.3.2 Entrenamiento Adecuado.

Mantener una rutina adecuada, tanto en tiempo como en frecuencia, es necesaria, ya que varias personas pueden tener la concepción de que más tiempo en el gimnasio, mejorará sus resultados en el cuerpo, sin embargo esta idea puede traer dificultades físicas, como lesiones.

El entrenar regularmente mantiene tu cuerpo saludable. Según la guía deportiva *Train Home* menciona que: “Es importante entrenar durante un mínimo de 30 minutos diarios”, (Olympics, 2013, pág 3), sin embargo diferentes estudios nos dan mayor información acerca del tiempo adecuado de realizar entrenamiento.

Según la Subsecretaría de prevención y control de enfermedades de México, en el Programa de Salud del Adulto y el Anciano, indica: “Para las personas inactivas, Una forma de empezar es caminar de 10 -15 minutos después de comer, posteriormente se puede recurrir a ejercicios más vigorosos dichos ejercicios ponen en condición su corazón y pulmones, si se efectúan con la adecuada intensidad por lo menos 30 min., de 3 a 4 veces por semana”, (Subsecretaría de prevención y Control de Enfermedades, 1993, pág 1).

De igual manera de acuerdo con el American College of Sport Medicine (ACSM): “Sólo se necesitan 150 minutos (2 horas con 30 minutos) de entrenamiento o actividad física moderada a la semana, para observar resultados en tu apariencia”, (Salud 180, 2013).

No obstante, se recomiendan entre 200 y 300 minutos (3 a 4 horas) a la semana para mantener la pérdida de peso a largo plazo, señala el ACSM. (Salud 180, 2013).

En tanto, un estudio de la Universidad de Copenhagen, en Dinamarca, detalla: “Con sólo 30 minutos de ejercicio moderado, cinco días a la semana, puedes bajar de peso y mantenerte en forma”, (Salud 180, 2013).

En la investigación se explica que las personas que entrenan y sudan durante 30 minutos diarios pueden perder desde uno hasta cuatro kilos de peso, (Salud 180, 2013).

De acuerdo con el Department of Health and Human Services de Estados Unidos: “Se recomienda practicar 150 minutos (2 horas con 30 minutos) a la semana de actividad aeróbica moderada, mientras que el entrenamiento de fuerza se debe realizar dos veces a la semana”, (Salud 180, 2013).

Special Olympia, señala: “Al mantener una adecuada rutina de entrenamiento, combinado con la visita médica y nutricionista, los resultados son positivos para la salud”, (Special Olympia, 2013, pág 3).

Beneficios del Entrenamiento:

- Mejora de la autoestima.
- Control del peso y mejora de la condición física.
- Reduce el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas, cáncer de colon y diabetes de tipo 2.
- Ayuda a controlar la presión sanguínea.
- Mejora la flexibilidad y la postura corporal.
- Ayuda a aumentar la fortaleza de los músculos y los huesos.
- Previene lesiones.
- Hace sentirse mejor con menos preocupaciones, (Special Olympia, 2013, pág 3).

En conclusión el tiempo en el que se debe realizar entrenamientos para un correcto desarrollo de la salud, oscila entre 30 minutos a 1 hora diarios.

2.1.3.3 Adherencia al entrenamiento físico.

Uno de los principales problemas al que se enfrenta un entrenador físico, es precisamente conseguir la adherencia al entrenamiento, por lo que se han elaborado estrategias encaminadas para evitar un abandono prematuro del deporte practicado, es así que los entrenadores deben crear cierta dependencia al entrenamiento para evitar su abandono.

Así lo mencionan Ortín, Garcés y Olmedilla: “Lo que se pretende evitar es la aparición del abandono prematuro de la actividad física y deportiva. Por esta razón, al igual que hay que procurar el diseño de las estrategias con las que se intervendrá en la mejora de la adherencia, paralelamente otro aspecto que se deberá contemplar es la proposición de propuestas de prevención del abandono deportivo”, (Ortín, Garcés, & Olmedilla, 2009).

Consideramos necesario indagar esta parte ya que la adherencia, de cierta manera crea dependencia, así lo menciona:

La Profesora Antonia Lizárraga indica lo siguiente: “En gran medida el secreto será encontrar la personalización a cada caso y plantear objetivos y metas concretos para cada uno de ellos, por lo menos al inicio, hasta que encuentren que los resultados obtenidos les motiven a seguir y les hayan creado una cierta dependencia, adhesión o necesidad de no abandono porque se encuentran mejor”, (Lizarraga, Barbany, Pons, Pasabán, & Capdevila, 2010, pág 9).

Por lo tanto de esa “Cierta dependencia”, podría originarse una dependencia completa hacia el entrenamiento o actividad física, ya que unas de las estrategias para lograr una adherencia pueden ser la motivación de una adecuada salud, o un cuerpo más esbelto o saludable.

2.1.3.4 Adicción

Hemos realizado un breve recorrido a través de las ventajas que supone una actividad física programada y controlada, al igual que ciertas desventajas, ahora nos centraremos en la adicción al ejercicio como tal, en primer lugar partiremos de una definición general de la adicción.

De acuerdo al Dr. Saúl Alvarado (medico Adiccionista) en su definición adaptada por la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción/Consejo Nacional sobre el Alcoholismo y Farmacodependencia (ASAM/NCADD), refiere:

La adicción es una enfermedad primaria, crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es

frecuentemente progresiva y fatal. Es caracterizada por episodios continuos o periódicos de: descontrol sobre el uso, uso a pesar de consecuencias adversas, y distorsiones del pensamiento, más notablemente negación, (Alvarado, 2002).

Una actividad que se realiza con tanta frecuencia e intensidad, puede crear cierta dependencia, por su uso excesivo, si dicha actividad, comienza a interferir en la vida cotidiana de la persona, y todos los esfuerzos, acciones y conductas se centran en conseguir y disponer de la actividad, se podrá considerar una adicción, independientemente de si estas son de origen químico, o no. La adicción es cualquier actividad que crea en una persona dependencia, llegando incluso a presentar síntomas de abstinencia cuando no se puede conseguir o disponer dicha actividad.

Al respecto Jean Adés y Michel Lejoyeux mencionan: [...] “ciertas costumbres, ciertas distracciones, ciertos placeres, cuando se repiten por coacción más que por gusto, bajo el efecto de una “obligación interna”, en suma más por una necesidad que por una elección, pueden constituir auténticas enfermedades”, (Adés & Lejoyeux, 2003, pág 137).

Sin embargo, varias actividades son consideradas como adecuadas y productivas para el ser humano, es así como se considera la adherencia al ejercicio como una adicción positiva, según Asociación Americana de Psicología (APA).

2.1.3.5 Adicción Positiva

Según el diccionario conciso de psicología APA, menciona como adicción positiva: “Concepto basado en la premisa de que algunas actividades de la vida en las que la persona siente la necesidad o urgencia de participar, como la meditación o el entrenamiento, son positivas aunque posiblemente alcance un nivel o una forma de adicción” (APA, 2010).

El diccionario conciso de psicología APA, también señala: “Las adicciones positivas se consideran opciones terapéuticas saludables en relación con la adicción negativa, como la drogadicción, la dependencia del alcohol o el tabaquismo” (APA, 2010).

De igual manera Bernardo Marín, A. Marín Esteban y M. Marín Esteban indican: “Propicio generar “adicción positiva”, en los niños, niñas y adolescentes, que permita prevenir la “adicción negativa” del uso de drogas y ayudas ergogénicas negativas y otras adicciones (televisión, ordenadores, máquina de juegos.....), basado en la implementación de los llamados nuevos deportes”, (Marín, 1999, pág 12).

De igual manera el profesor Gerardo Araya menciona al respecto:

En 1976, William Glasser, publicó un libro en el que expuso y popularizó el concepto de adicción positiva. Este término implica que las personas pueden desarrollar una adicción o fuerte involucramiento con el entrenamiento, debido a la existencia de varios beneficios fisiológicos y psicológicos provocados por la práctica regular de actividad física y por las sensaciones positivas que ocurren después del entrenamiento. Pero esto no es una patología o enfermedad en sí, (Araya Vargas, 2006, pág 76).

Así mismo en el sitio web Bienestar 180, (2013) indica al respecto:

El concepto de adicción “positiva” se encuentra ligado a acciones que fortalecen y hacen que la vida sea más satisfactoria. Además que le permiten al ser humano tener mayor confianza, creatividad y salud y se relacionan con la práctica de actividades como el entrenamiento físico, leer, cocinar, tejer o bailar. Las cuales se pueden volver en adicciones “positivas”, pero, deben de cumplir ciertos criterios para ser positivas para el ser humano; el especialista Clavija O'Connor, a través de un artículo publicado en la revista PsychologyToday, nos indica cuales son:

- **No hay competencia.** Es una acción que tú elegiste y a la que le dedicas por lo menos una hora al día.
- **No hay esfuerzo.** Lo realizas con facilidad y sin “romperte” la cabeza.
- **Es tuyo.** Lo puedes realizar acompañado, pero regularmente será una actividad que deseas hacer de forma solitaria.

- **Para ti tiene un valor.** No te importa de los demás, familiares, amigos o pareja, lo descalifiquen.
- **Eres feliz contigo mismo.** Construye o fortalece en ti una mejor autoestima.

Sin duda alguna el entrenamiento (y otras actividades) producen beneficios para la salud tanto física como psicológica, sin embargo debemos tener en cuenta que cualquier actividad que se realice de forma extremista conlleva un problema tal como menciona el profesor Bernardo Marín: “No cabe duda que el deporte es importante, así como también lo es el trabajo, pero el exceso, como todo plantea problemas: la “dependencia incluso la adicción”, en un contexto complejo de la neuroquímica de la conducta humana”. (Marín, 1999, pág 11).

2.1.3.6 Adicción Al Entrenamiento

Caracuel Tubio, Arbinaga Ibarzásal, y Montero Gago, menciona al respecto: “La proliferación de gimnasios y de usuarios de los mismos corre pareja al incremento de dicha práctica. Cada vez más personas se preocupan por la condición física y parte de esas personas lo hacen además por la forma corporal”, (Caracuel Tubio, Arbinaga Ibarzásal, & Montero Gago, 2003, pág 273).

Según Caracuel Tubio, Arbinaga Ibarzásal, y Montero Gago, indican al respecto: Aunque estas prácticas van extendiéndose por ambos sexos, todavía hoy son relativamente escasas entre mujeres, si se las compara con los hombres. Un cierto peligro que puede derivarse de ellas es que puedan crear cierta adicción negativa entre sus practicantes. (Caracuel Tubio, Arbinaga Ibarzásal, & Montero Gago, 2003, pág 273).

Caracuel Tubio, Arbinaga Ibarzásal, y Montero Gago, señalan:

La inconformidad con el cuerpo puede venir influido por los estándares sociales vigentes en su círculo cultural, llevando a la concepción de que su cuerpo es poco musculoso, debido a la comparación con otros, y la decisión de si un cuerpo, está suficiente o insuficientemente musculado se encuentra determinado por las costumbres,

los valores de una sociedad o parte de ella, (Caracuel Tubio, Arbinaga Ibarzásal, & Montero Gago, 2003, pág 275).

De acuerdo con Caracuel Tubio, Arbinaga Ibarzásal, & Montero Gago, el problema inicia:

Cuando ese supuesto defecto hace referencia a un cuerpo que es percibido por el individuo como poco musculado, débil, etc., se habla de dismorfia muscular y ésta es, posiblemente, la fuente de la que derivará la vigorexia (adicción al entrenamiento físico). Podemos definir ésta –de acuerdo con Pope et al. (oo.cc.) – como la alteración del comportamiento de una persona que dedica –de forma obsesiva– gran parte de su tiempo a incrementar su musculación y a construir su cuerpo de acuerdo con ciertos estándares, (Caracuel Tubio, Arbinaga Ibarzásal, & Montero Gago, 2003, pág 276).

Caracuel Tubio, Arbinaga Ibarzásal, & Montero Gago, indican: “Suele acompañarse del seguimiento de una dieta rica en proteínas e hidratos de carbono y de la administración de determinadas sustancias –hormonas, esteroides anabolizantes– que incrementan la masa muscular”, (Caracuel Tubio , Arbinaga Ibarzásal, & Montero Gago, 2003, pág 275).

Cuando una actividad se realiza en exceso –el entrenamiento o en este caso-, motivado por una idea equivocada, por ejemplo “Bajar de peso”, y al realizar dicha actividad se lo hace por obligación y genera mal estar estamos hablando de un problema potencial. Es así como una actividad alentada por profesionales de la salud (médicos, psicólogos clínicos, etc.) puede convertirse en un problema, y más aún cuando esta tiene una motivación errada, originada por una idea irracional. Pudiéndose convertir en una adicción.

Mucho más problemas debemos suponer que genera la adicción al entrenamiento, tal como lo mencionan Caracuel, Arbinaga, y Montero:

El problema se presenta cuando medios y fines se confunden, cuando el cuerpo sano – esto es, en buenas condiciones físicas, resistente, etc. – deja de ser un medio para mantener la salud y la ausencia de patologías y pasa a convertirse en el objetivo, la

meta, el fin en sí mismo. Entonces la dedicación al propio cuerpo se traduce en obsesión y, paradójicamente, lo que debería ser fuente de salud se convierte en fuente de problemas orgánicos y conductuales. La persona “vive” para su cuerpo y para alcanzar formas cercanas a eso que cree es el ideal. Surge la adicción al entrenamiento, a pasar horas y horas ejercitando, musculando, definiendo. Se modifican hábitos alimentarios, la dieta cambia en contenidos –hidratos de carbono, proteínas, escasa presencia de grasas– en frecuencia –mayor número de ingestas diarias– y en cantidades ingeridas, añadiéndose, lo que es mucho más peligroso, ciertas sustancias –hormonas, esteroides anabolizantes– supuestamente ergogénicas con la finalidad de aumentar la masa muscular. Generalmente todo ello se lleva a cabo sin el oportuno control –entre otras cosas porque de haber control las cosas serían muy diferentes– y guiándose el individuo por la opinión y/o las costumbres de otros compañeros de gimnasio, generalmente tan desinformados como él, que ya vienen haciéndolo desde hace algún tiempo, (Caracuel Tubio , Arbinaga Ibarzásal, & Montero Gago, 2003, pág 276).

De esta forma vamos adentrándonos en la denominada adicción al entrenamiento, o vigorexia –como otros autores la definen-, en donde el único fin de las personas que lo padecen es conseguir una musculatura ideal, sin importar los métodos por los que deben optar para lograrlo.

Es así que la psicóloga Eva Montero, citando a Hausenblas & Downs (Exercise Dependence Scale (EDS): “Refiere una definición de adicción al entrenamiento: “La dependencia del ejercicio, se define como un deseo de realizar actividad física en el tiempo libre, que ocasiona un comportamiento incontrolable de exceso de ejercicio, y que se manifiesta en síntomas fisiológicos y/o psicológicos”, (Montero Dominguez, 2014).

Davis, Brewer y Ratusny definen la dependencia de ejercicio como "Una actividad física que es extrema en la frecuencia y duración, relativamente resistente al cambio, y que puede estar acompañada por un impulso irresistible para llevar a cabo incluso a pesar de padecer lesiones, fatiga, o tener otras demandas personales", (Montero Dominguez, 2014).

De igual manera el MSc. Gerardo A. Araya Vargas, de la Escuela de Educación Física y Deportes, de la Universidad de Costa Rica menciona que:

La práctica regular de entrenamiento, aporta muchos beneficios para la salud integral de la persona. Sin embargo, algunos podrían llegar a excederse y desarrollar una conducta adictiva por la práctica de ejercicio vigoroso. La adicción al entrenamiento, implica el intenso involucramiento en la actividad. No está mal hacer una rutina de ejercicio y disfrutarla. El problema está en el exceso. La adicción al entrenamiento consiste en la dependencia psicológica y/o fisiológica de un régimen regular de ejercicio, caracterizada por síntomas de abstinencia después de 24 a 36 horas sin ejercitarse. Se le ha denominado así, como “adicción al entrenamiento”, debido a sus similitudes con el comportamiento que sufre una persona adicta a una droga. Obviamente, al ejercicio no se le podría denominar en sí como droga. Pero, muchos de los cambios que ocurren en el organismo durante y después de hacer ejercicio vigoroso, son parecidos a los efectos de ciertas drogas, especialmente por las sensaciones de placer o de bienestar físico que se experimentan durante y después de hacer ejercicio, (Araya Vargas, 2006, pág 76).

La Sociedad Psicoanalítica de México al respecto señala:

En la modernidad el deporte ha sido aceptado y es altamente valorado; sin embargo, esto puede hacer que en un determinado momento no se practique de forma normal y se convierta en una forma patológica de hacerlo llamada adicción al ejercicio o entrenamiento, misma que consiste en practicar el deporte de una forma excesiva, es decir, se dejan de hacer ciertas actividades y se destina gran parte del tiempo a hacer ejercicio, señala en entrevista para Salud180.com, la especialista de la Clínica de Asistencia a Pacientes de la Sociedad Psicoanalítica de México (SPM), (Salud 180, 2013).

La Sociedad Psicoanalítica de México: “De Igual forma sucede con las relaciones personales. Las personas ya no salen con amigos, familiares o la pareja porque todo el tiempo están pensando en entrenar o se encuentran en el gimnasio”, (Salud 180, 2013).

De igual forma Araya Vargas, (2006, pág 76), indica: “Por esto, algunas personas que se acostumbran a entrenar fuerte, llegan a desarrollar cierta dependencia de su rutina de actividad, debido a los sentimientos de placer y bienestar que se obtiene al ejercitarse y entonces, tienen la necesidad de hacer más y más ejercicio y cada vez más fuerte”.

Restrepo (2011, pág 6), citando a Vale indica al respecto: “Los individuos con adicción a la práctica de ejercicio lo practican voluntariamente por lo menos una vez al día o más, a pesar de lesiones o enfermedades potenciales; a menudo, tienen pensamientos compulsivos sobre la práctica de este; y experimentan síntomas físicos y psicológicos de retirada cuando están privados de entrenar”.

Debemos tener en cuenta que las investigaciones en torno a la adicción al entrenamiento también han encontrado un modelo biológico, así lo menciona Sandra Restrepo, (2011, pág 7): “La adicción a la práctica de ejercicio podría ser el resultado de la adicción a la liberación de catecolaminas estimulada por dicha actividad, resultando en una sobrestimulación del sistema nervioso simpático”.

Restrepo, mencionando a Thorén y Col, citados por Adams, indican al respecto:

Informaron de que el ejercicio intenso ocasionaba la activación del sistema opioide endógeno, induciendo un incremento significativo de la concentración de β - endorfina (Sustancia de tipo opiáceo producidas en el propio organismo, ocasionando un incremento del umbral del dolor). Además de ocasionar tolerancia a la liberación hormonal de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), al incrementar la tasa metabólica basal, (Restrepo Escobar, 2011, pág 7).

De igual forma Restrepo, mencionando a Thaxton, citado por Adams señalan lo siguiente: “Concluyó que incluso una pequeña variación del régimen de ejercicio habitual entre las personas ejercicio dependientes podría causar un aumento de los niveles de depresión y ansiedad somática tomando la forma de molestias fisiológicas y/o psicológicas”, (Restrepo Escobar, 2011, pág 7).

Restrepo, citando a Ibarzábal y Caracuel con respecto a los síntomas observados menciona:

Entre los síntomas de abstinencia del ejercicio se observan: ansiedad, irritabilidad, culpa, molestias musculares, nerviosismo y una depresión severa. Esto se ha investigado, principalmente, mediante estudios de casos de corredores adictos al entrenamiento. En estos casos se ha visto que si se ven forzados a dejar de entrenar, sufren insomnio, fatiga general, depresión, irritabilidad, decaimiento, malestar físico general, (Restrepo Escobar, 2011, pág 7).

Entre los síntomas del adicto al entrenamiento se encuentra, (Restrepo Escobar, 2011, pág 7):

- a) Patrón estereotipado de ejercicio con un cronograma regular prácticamente diario.
- b) Da prioridad creciente a su programa de ejercicio, por encima de cualquier otra actividad.
- c) Síntomas de abstinencia (problemas serios en estado anímico) cuando no se practica ejercicio.
- d) Desarrollo de tolerancia (cada vez necesita cargas más altas).
- f) Los síntomas desaparecen de inmediato, cuando se tiene la posibilidad de entrenar.
- g) El sujeto es consciente de que tiene una compulsión hacia el ejercicio, pero sigue adelante porque piensa que aun así, el ejercicio mejora su existencia.
- h) El ejercicio controla sus vidas. Se vive para hacer ejercicio

Efectos De La Adicción Al Entrenamiento

Efectos Fisiológicos

Según Jeremy Adams y Robert Kirkby, mencionan lo siguiente, citando a Coverle y Veale: “Teorías fisiológicas sobre la dependencia de la práctica de ejercicio (entrenamiento físico). La adicción a la práctica de ejercicio representa una condición

en la que una persona se involucra en la práctica de un ejercicio “excesivo”, (Adams & Kirkby, 2003, pág 10).

Jeremy Adams y Robert Kirkby, mencionando a Veale:

Los individuos con adicción a la práctica de ejercicio tienden a no tomarse días de descanso, haciendo ejercicio voluntariamente por lo menos una vez al día o más, a pesar de lesiones o enfermedades potenciales; a menudo tienen pensamientos compulsivos sobre la práctica de ejercicio; y experimentan síntomas físicos y psicológicos de retirada cuando están privados de hacer ejercicio, (Adams & Kirkby, 2003, pág 10).

Según Adams y Kirkby, citando a Pierce y col indican:

El ejercicio excesivo puede ocasionar un comportamiento dependiente. Una explicación para este fenómeno es el hecho de que implicarse regularmente en la práctica de ejercicio puede estar recompensado psicológicamente de diversas maneras (por ejemplo, mejorando el estado de ánimo, mejorando la salud y proporcionando más ocasiones para relacionarse socialmente), y estas recompensas pueden fomentar un comportamiento de ejercicio continuado, (Adams & Kirkby, 2003, pág 10).

Según el Dr. Guillermo A. Laich refiere: “Cuando se entrena todo lo posible se produce una adicción al entrenamiento. Esto a su vez conduce al sobre entrenamiento con sus gravísimas consecuencias: malestar, fatiga, e inadaptación”, (Laich, 2012).

Laich citando a Hipócrates escribió: “Las personas consumen alcohol para aliviar los síntomas del miedo y la angustia.” Desafortunadamente, las personas que han utilizado el alcohol y otras sustancias psicoactivas para sentirse mejor casi siempre han terminado con síntomas y trastornos psiquiátricos que les han hecho sentir mucho peor. Esencialmente lo mismo puede suceder con el entrenamiento físico cuando es realizado en exceso, (Laich, 2012).

Según Laich: “La adicción puede ser provocada tanto por la vía física, como por la psicológica. Y la mayoría de las sustancias psicoactivas pueden provocarlas. En esencia,

toda adicción se manifiesta mediante tres procesos característicos denominados tolerancia, abstinencia, y dependencia”, (Laich, 2012).

Laich con respecto a la dependencia menciona:

La dependencia física se produce porque el cerebro posee una altísima plasticidad y en consecuencia esta biológicamente dotado para adaptarse a cualquier eventualidad o cambio externo o interno. Cuando este es expuesto a una sustancia química procedente del exterior, se adapta a los efectos provocados, modificando el número, la forma, o la sensibilidad de los receptores para esa sustancia. Es así como una pequeña cantidad de esta es capaz de producir un efecto inicial intenso, pero a medida que las células nerviosas se adaptan a su presencia, el efecto inicial gradualmente se atenúa, (Laich, 2012).

Laich, refiere: “Este proceso de adaptación y atenuación, se conoce como “tolerancia,” y es lo que obliga al consumidor a aumentar la cantidad y la frecuencia del consumo para obtener las mismas sensaciones. La tolerancia, por lo tanto, consiste en un mecanismo de protección cuya función es reducir o controlar la respuesta del cerebro a los efectos de la sustancia, y lograr convivir con ella”, (Laich, 2012).

No obstante, y con el tiempo, el cerebro se adapta tan bien a la presencia de la sustancia que le resulta difícil funcionar con eficacia y normalidad en su ausencia. Si esto se da, se produce una sintomatología muy desagradable conocida como “abstinencia.” Esta aparece después de reducir o eliminar el consumo por completo, tras haberla consumido durante un tiempo prolongado, (Laich, 2012).

Es tal la sensación de malestar que se experimenta, que se dificulta el cese del consumo. Esto se debe a que el cerebro tarda un determinado periodo de tiempo en reconfigurar y readaptar su funcionamiento normal en ausencia de la sustancia. Es obvio que la vuelta a la normalidad de tan sofisticado órgano no es inmediata, (Laich, 2012).

La abstinencia suele constituir un obstáculo difícil de superar. El proceso adictivo corresponde a un típico condicionamiento de conducta que se produce en tres fases

consecutivas. El enganche inicial ocurre cuando la sustancia provoca una sensación de placer en el organismo. El consumo continúa por temor a padecer los síntomas desagradables del síndrome de abstinencia. Finalmente, el abandono del uso de la sustancia se dificulta por los recuerdos placenteros iniciales producidos por esta. En tales casos tanto la sensación de relajación física como el placer inducidos por la sustancia son capaces de eclipsar a todas las demás fuentes de satisfacción. A partir de ahí la vida del sujeto queda tristemente enfocada en dos aéreas fundamentales, la obtención y el consumo de la sustancia, (Laich, 2012).

¿Pero qué tiene que ver este tipo de adicción a sustancias psicoactivas con la adicción al ejercicio físico?

Guillermo Laich, al respecto menciona:

El paralelismo entre los dos es casi idéntico ya que los tres procesos anteriormente mencionados, tolerancia, abstinencia, y dependencia, se presentan de igual manera pero en relación a la realización de ejercicios físicos. De hecho, el adicto al ejercicio usa y abusa del ejercicio físico como si de una sustancia química se tratase. Como se ha dicho anteriormente, este tipo de adicción se conoce con el nombre de “vigorexia.” (Adicción al ejercicio o entrenamiento físico). Este es un término complementario a la “anorexia” ya que muchas mujeres que padecen este trastorno realizan ejercicios físicos en exceso para mantenerse delgadas, (Laich, 2012).

A diferencia de las sustancias psicoactivas, es el propio ejercicio quien provoca una adicción de manera natural. Esto sucede porque al realizar ejercicios físicos la hipófisis es estimulada para segregar una serie de hormonas conocidas como "endorfinas" que son altamente adictivas. La estructura química de base de estas hormonas es muy semejante a la morfina y en consecuencia provocan que el propio organismo necesite desesperadamente una mayor actividad física para poder volver a obtener otra dosis propia (endógena) de hormona, (Laich, 2012).

Sin embargo en los círculos médicos este tipo de adicción no representa un hecho altamente nocivo para el organismo, siempre y cuando se mantenga bajo control y

dentro de unos límites fisiológicos y psicológicos. Lo que en realidad nos concierne es que el proceso de adicción al ejercicio no se convierta en una verdadera obsesión con todas sus consecuencias de tipo compulsivas, (Laich, 2012).

Efectos Psicológicos.

Con respecto a efectos psicológicos, Laich (2012), indica:

En realidad la vigorexia tiene más en común con el "trastorno dismórfico corporal" que con la anorexia, ya que el trastorno dismórfico corporal se caracteriza por la preocupación acerca de un defecto imaginado en la apariencia física que no se corresponde a características o anomalías físicas reales, y en el caso de que estas existan, la preocupación es marcadamente excesiva. Las similitudes entre el trastorno dismórfico corporal y el trastorno obsesivo compulsivo también han sido comprobadas, (Laich, 2012).

Un estudio de Stekel sobre la vigorexia lo situó entre la obsesión y el delirio, con la posibilidad de que la obsesión se transforme en delirio. De esta manera, la vigorexia se caracteriza por la idea de que el cuerpo no es estético, ni musculoso, ni bajo en grasa, ni firme, ni armónico, y que simplemente no gusta a uno mismo y a los demás. Se emplean muchas horas del día en realizar ejercicios físicos extenuantes, además de prestar una obsesiva atención a la alimentación, lo que genera una preocupación que causa malestar, sufrimiento, y un serio perjuicio ocupacional y/o social, (Laich, 2012).

En la **vigorexia** la **“tolerancia”** nos indica que el cuerpo es capaz de adaptarse rápidamente al ejercicio, y que con el tiempo requerirá cantidades crecientes de este para conseguir los mismos efectos y resultados, (Laich, 2012).

La **“abstinencia”** constituye la característica sobresaliente de esta adicción ya que esta nos va a determinar el diagnóstico y el grado de severidad. La abstinencia se produce cuando la persona se siente mal cuando deja de realizar ejercicios de manera excesiva. (Relacionado con las endorfinas), (Laich, 2012).

Paradójicamente, cuando el individuo en cuestión no realiza ejercicio físico, en vez de sentirse recuperado, experimenta una sensación de agotamiento y debilidad que suele aparecer entre las 24 y las 36 horas después de haber fallado a alguna sesión. Otros síntomas que se presentan son depresión, ansiedad, irritabilidad, problemas de relación, y desasosiego, (Laich, 2012).

El adicto al entrenamiento físico suele ejecutar una serie de rituales de carácter repetitivos y estereotipados que se caracterizan por entrenar siempre a la misma hora, preferentemente en el mismo espacio, utilizando los mismos ejercicios y medios, y entrenando todo lo posible, (Laich, 2012).

En otras palabras, la “dependencia” o adicción al entrenamiento, es la sensación de que este es indispensable y absolutamente necesario para verse y sentirse bien. La sensación de bienestar que estos individuos experimentan está íntimamente relacionada con la liberación de beta endorfinas. De hecho, al faltar a un entrenamiento experimentan sensaciones de malestar y culpa, (Laich, 2012).

La mayoría de las personas tienden a sobreentrenar. Lo hacen por ignorancia y por la sensación de bienestar que reciben, a modo de un ansiolítico endógeno, de su propia beta endorfina. Porque se produce la adicción al entrenamiento. No obstante, una vez producida la adicción casi todos los ratos libres son dedicados a entrenar compulsivamente y a pensar obsesivamente en el control de la alimentación así como en el siguiente entrenamiento, (Laich, 2012).

El adicto será el último en darse cuenta de que está enfermo, de que tiene un problema adictivo muy serio, y será el primero en negarlo al ser confrontado con pruebas evidentes y convincentes. A nivel psíquico estarán plagados de mentiras, obsesiones, distorsiones, defensas, negaciones, contradicciones, y ambivalencias, (Laich, 2012).

La negación de los hechos suele tener varias causas. En especial una seria falta de autocontrol y una necesidad obsesiva de sentirse atractivo y activo, incluso sabiendo que existen graves consecuencias para la salud. Pero como estas personas son impulsivas y piensan exclusivamente a corto plazo, no les importa. Este proceso de

pensamiento, impulsivo, y distorsionado, llevado al extremo, constituye la esencia del pensamiento de los adictos al entrenamiento, (Laich, 2012).

Algunos autores consideran la vigorexia como una adicción favorable o positiva, cuando en realidad no lo es. De hecho es muy destructiva tanto a nivel emocional como a nivel metabólico y fisiológico. El problema radica en que estas personas suelen verse bien y aparentan tener una autoestima relativamente elevada, lo que a su vez constituye un refuerzo positivo para continuar con la adicción, (Laich, 2012).

Los efectos negativos del exceso de ejercicio suelen permanecer invisibles durante un tiempo y no suelen manifestarse hasta que sufren un sobre entrenamiento fisiológico o lesiones físicas. De hecho, solicitan asistencia médica exclusivamente cuando padecen un insomnio o nerviosismo intenso, y lesiones como esguinces, fracturas por tensión, bursitis, torceduras, tendinitis, etc. (Laich, 2012).

Como hemos dicho anteriormente, y en parte, las causas de esta adicción se pueden explicar considerando la estrecha conexión endocrina que existe entre el ejercicio físico y la liberación de sustancias químicas como la beta endorfinas, adrenalina, noradrenalina, dopamina, serotonina, hormonas tiroideas, cortisol, testosterona, estrógenos, leptina, y otras, (Laich, 2012).

Un hecho positivo de la vigorexia consiste en que los adictos no suelen abusar de sustancias psicoactivas ya que estas inciden negativamente sobre el rendimiento físico. No obstante siempre tiende a existir cierta negatividad ya que estos individuos tienden a abusar de los quemadores de grasa termogenicos y otros múltiples suplementos dietéticos en mega dosis como anorexígenos, diuréticos, saunas, y purgas para mantener un aspecto físico que ellos, erróneamente, consideran ideal, (Laich, 2012).

En todo este proceso algunos investigadores consideran la existencia de un gradiente o espectro, y sitúan a la vigorexia (de predominancia masculina) en el polo opuesto a la anorexia, la bulimia, y ciertas formas de obesidad que afectan al sexo femenino, (Laich, 2012).

Otros estudios nos hablan de una "masculinidad amenazada" como punto de partida para el trastorno de vigorexia masculina. Esto se debe a que ciertos miembros del sexo masculino asocian su masculinidad exclusivamente a su aspecto físico, cosa que representa un grave error conceptual, (Laich, 2012).

2.1.3.7 Personalidad y Adicción

Un factor que suele tomarse en cuenta en una investigación que implica adicciones, es la personalidad, por lo que haremos una breve referencia acerca de este componente importante.

Mariana Fantin indica: “Las teorías psicológicas generalmente enfatizan aspectos psicológicos individuales como baja autoestima, mayor ansiedad y menor capacidad de control en adolescentes consumidores” (Fantin, 2006, pág 2). A lo que indica Fantin, debemos agregar que, existen varios factores (experiencias pasadas aprendidas, no necesariamente traumáticas) que modifican y da resultado una personalidad, es decir que el aprendizaje que va obteniendo una persona, de familiares o personas influyentes e importantes a lo largo de su vida, contribuye a modificar y formar, y mantener la dinámica de la personalidad, además de otros factores igual de importantes e influyentes (genética, Ambiente físico, cultura, religión, pensamiento, creencias, etc.).

Según manifiesta Fantin, citando a Mesa y León-Fuentes (1996), menciona: “Un período importante por el que cursan las personas es la adolescencia, ya que varios estudios apuntan a que esta edad es vulnerable y por lo tanto de mayor consumo de sustancias, (Fantin, 2006, pág 2).

Fantin (2006) indica: “....Se ha ido constituyendo progresivamente como una edad de alto riesgo para el abuso de sustancias adictivas, y cada vez en edades más tempranas” (Fantin, 2006, págs 2-3).

De igual manera Fantin, mencionando a Glenn (1987), indican que:

Esta afirmación se encuentra respaldada por varias razones: pobre autoestima, escaso desarrollo de las capacidades, predominio de locus de control externo, carencia de

autodisciplina, dificultad para las relaciones interpersonales, pobre capacidad de juicio, escaso sentido de responsabilidad, personalidad lábil. Si a ello se une una familia que no supo poner límites, o con graves problemas de autoridad (por exceso o defecto) el riesgo se encuentra potencialmente aumentado, (Fantin, 2006, pág 3).

Durante el desarrollo de la adolescencia, es primordial la guía de una persona adulta estable, ya que varios autores concuerdan de que una personalidad queda constituida en la adolescencia, si por el contrario una persona no tiene una guía adecuada y agregando lo citado anteriormente por Glenn, se podría inferir que la personalidad de la persona se estructuraría de una forma inadecuada. Existen estudios que explican tipos de personalidad que se asocian con mayor frecuencia al consumo de sustancias psicoactivas, entre ellas tenemos:

Citando a Utgés Nogués , (2005), se mencionaran a los trastorno de personalidad que se encuentran relacionados un una adicción:

Trastorno de la personalidad antisocial: De inicio temprano, que continúa en la edad adulta, mantienen conductas delictivas que le llevan al fracaso en actividades laborales, obligaciones económicas, familiares, y uso frecuente de sustancias (drogas Alcohol), (Utgés Nogués, 2005).

Trastorno límite de la personalidad: Es frecuente el abuso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida, (Utgés Nogués, 2005).

Maite Utgés citando a Laqueille y Cols (1995), indica: Observó cómo características de la personalidad psicopática como la inestabilidad emocional afectiva o la marginalidad, predisponían la drogodependencia (Utgés Nogués, 2005).

Mariana Fantin, citando a Mesa y León-Fuentes (1996), indica que: La observación clínica constata que existen ciertas características individuales y factores de vulnerabilidad personal que pueden favorecer el consumo o predisponer a dicha conducta: "...la inmadurez, la dependencia de su familia e iguales, no asunción de responsabilidades, inseguridad, baja confianza en sus capacidades, alto grado de paranoidismo, falta de motivación e iniciativa, conducta extraña, aislamiento de la

familia, escasa o nula comunicación, inestabilidad e irritabilidad emocional, baja resistencia a la frustración”, (Fantin, 2006, pág 3).

Sin duda, la personalidad es un factor que predispone y contribuye al desarrollo de una adicción (es caso de encontrarse mal estructurada), sin embargo, en la presente investigación nos centramos exclusivamente en las motivaciones cognitivas, es decir, en los pensamientos y creencias que impulsan a la personas a realizar ejercicio, siendo estas motivo de desequilibrio y malestar emocional, y al tratar de compensar esas ideas por medio del ejercicio se puede ir convirtiéndolo paulatinamente en una adicción.

2.1.4 Tratamiento.

Márquez y de la Vega, menciona con respecto al tratamiento:

El tratamiento en que se basa generalmente es en intervenciones de tipo cognitivo conductual, en donde el abordaje y objetivo primario, es cambiar la actitud sobre el ejercicio, abordando la creencias y comportamientos que han llevado a la persona a la situación de dependencia, así como su situación emocional y las posibles alteraciones en el autoestima, (Márquez & De la Vega, 2015, págs 2388-2389).

Según Restrepo, señala: Uno de los aspectos a implementar es la psicoeducación, tanto para el tratamiento como para la prevención, centrándose en temáticas como información nutricional, ejercicio saludable y la distorsión de los medios sobre lo que se considera la representación del ideal corporal al que se aspira. La terapia cognitivo conductual, que hace foco en las relaciones entre pensamientos, afectos y comportamientos tendiente a cambio de conductas y patrones de pensamiento distorsionados, (Restrepo Escobar, 2011, pág 8).

2.1.4.1 Planteamiento de la guía de intervención psicoterapéutica.

El presente protocolo de intervención psicoterapéutico tiene como finalidad, describir las técnicas de tratamiento a utilizarse en adicciones, desde la perspectiva cognitivo-conductual, encaminadas a reducir y eliminar Ideas irracionales, e identificar las conductas inadecuadas que son más frecuentes en la Adicción al Entrenamiento,

abordaremos la problemática a través de la inclusión de diferentes áreas que consideramos oportuna la intervención terapéutica, con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona, y por ende el medio en el que se encuentra (familiar, social, laboral)

2.1.4.2 La intervención desde la Perspectiva Cognitivo-Conductual.

Según Santacreu Mas, al referirse a la intervención, refiere:

El planteamiento cognitivo conductual es uno de los nombres más comunes y más ampliamente admitido por los psicólogos que recoge los conocimientos empíricamente contrastados sobre intervención y cambio del comportamiento. Se basa en los conocimientos actuales aportados por la psicología científica. Todas las personas tienen problemas psicológicos como resultado de sus dificultades de adaptación al contexto y, en consecuencia, tenemos que añadir que, estando las personas adaptándose continuamente al contexto en el que vive, los problemas psicológicos sobrevienen cuando no se produce con la suficiente rapidez dicha adaptación, (Santacreu Mas, 2011, págs 3-5).

Santacreu Mas, además refiere con respecto al tratamiento, lo siguiente:

Sin duda el tiempo de adaptación es relativo al criterio del propio sujeto, la sociedad, cultura y persona fijan los parámetros en los cuales ha de producirse dicha adaptación. De ahí surge, la consideración de la enfermedad psicológica. Los sujetos que no se adaptan, ejecutarían comportamientos “raros” que no se ajustan a las normas del contexto. Cuando el problema ya está instalado en la persona, se expresa sentimientos de incapacidad para comprender, (Santacreu Mas, 2011, pág 4).

Este planteamiento permite que se puedan considerar problemas psicológicos tanto los problemas de desarrollo evolutivo, como es el caso de la enuresis y los trastornos traumáticos, así como los de una adicción. La psicopatología organiza a través de diversas metodologías las características de cada tipología y clasifica los problemas psicológicos señalando los puntos clave del desarrollo del trastorno hasta constituirse en un caso clínico que pide ayuda profesional, (Santacreu Mas, 2011, pág 6).

2.1.4.3 Tratamiento de adicciones enfocado en la práctica deportiva.

Pomerleau y Pomerleau, mencionan al respecto: “La concepción psicológica de los trastornos de abuso de drogas es también la que subyace en el modelo bio-psico-social o bio-conductual de que hoy constituye el marco predominante para el análisis y tratamiento de la conducta adictiva, basado en la evidencia”, (Pedrero Pérez, Fernández Hermida, Casete Fernández, Bermejo González, Secades Villa, & Gradolí, (2008).

Secades, García, Fernández y Carballo, indican: De acuerdo con este modelo, los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva son la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias, (Pedrero Pérez, Fernández Hermida, Casete Fernández, Bermejo González, Secades Villa, & Gradolí, 2008,).

Pedrero Pérez, Fernández Hermida, Casete Fernández, Bermejo González, Secades Villa, Gradolí, señalan:

El contexto y las consecuencias, además de moldear la vulnerabilidad psicológica, se relacionan con la conducta del individuo a través de diversos mecanismos psicológicos, entre los que se encuentran los vinculados al aprendizaje (tales como los procesos de condicionamiento vicario, operante o clásico), o los patrones de comunicación e interacción (tal y como se entienden, por ejemplo, desde un modelo sistémico). Los principios para el tratamiento efectivo de las drogodependencias se sitúan, sin lugar a dudas, dentro de unas coordenadas que reclaman una concepción psicológica del fenómeno adictivo y de su tratamiento, Así, el sexto “El counseling (individual o grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción, (Pedrero Pérez, Fernández Hermida, Casete Fernández, Bermejo González, Secades Villa, & Gradolí, 2008).

En cuanto al tratamiento de adicción al entrenamiento se expone el trabajo de Sara Márquez y Ricardo de la Vega: Requiere, en primer lugar, el transmitir a los pacientes la información adecuada acerca de los efectos adversos que tiene la práctica del ejercicio en exceso. Deben ser conscientes de la cantidad de ejercicio que puede generar tal tipo de efectos y cuáles son los síntomas y repercusiones negativas sobre la calidad

de vida. El tratamiento suele basarse en intervenciones de tipo cognitivo-conductual, siendo el primer objetivo el ayudar a los pacientes a cambiar su actitud sobre el ejercicio, abordando las creencias y comportamientos que han llevado a la situación de dependencia, así como su situación emocional y las posibles alteraciones en la autoestima. Adams ha propuesto una serie de orientaciones para la intervención. Resulta esencial el reconocimiento de la importancia del ejercicio y su vida social, lo que puede suponer la elección de actividades que impliquen a personas no relacionadas con su trastorno adictivo por parte de los sujetos de la existencia del problema y de las consecuencias negativas sobre su salud, pudiendo ser de utilidad el papel del entorno en dicho reconocimiento. Además, es importante que el paciente encuentre el equilibrio adecuado entre la práctica moderada de ejercicio y la prevención de su exceso, dejándole claro que el ejercicio es un hábito deseable que contribuye al mantenimiento de la salud; a este respecto puede ser interesante el cambio a formas de ejercicio distintas a las practicadas habitualmente. Así mismo, debe aprender a alcanzar un equilibrio entre el ejercicio y su vida social, lo que puede suponer la elección de actividades que impliquen a personas no relacionadas con su trastorno adictivo, (Márquez & De La Vega, 2015, pág 2389).

Entre los objetivos del tratamiento se encuentran:

- Restablecimiento del patrón alimentario saludable.
- Estabilización de los parámetros médicos por las exigencias físicas.
- Mejoría de las distorsiones cognitivas.
- Reconocimiento y discriminación de los estados afectivos.
- Mejoría del auto concepto y el sentimiento de sí.
- Identificación y resolución de los factores precipitantes psicosociales.
- Lograr una imagen corporal y realista.
- Autovaloración no influenciada por la apariencia estética, (Restrepo Escobar, 2011, pág 8).

Sara Marqués y Ricardo de la Vega, citando a Adams, mencionan: “se ha propuesto una serie de orientaciones de orientaciones para la intervención” (Márquez y Dela vega, Márquez & De la Vega, 2015, pág 2388):

Tabla 2

Orientaciones Para La Intervención Cognitiva-Conductual En Pacientes Con Adicción Al Entrenamiento (Adaptado Por Adams, 2003)

<i>Orientaciones Para La Intervención Cognitiva-Conductual En Pacientes Con Adicción Al Entrenamiento (Adaptado Por Adams , 2003)</i>
1. Identificar e interrumpir la conducta compulsiva a través de apoyo psicoterapéutico individualizado
2. Hacer que el paciente comprenda los beneficios del ejercicio para la salud y la importancia de practicarlo de forma moderada
3. Ayudar al paciente a desarrollar estrategias para abordar el problema.
4. Entender la organización de la estructura defensiva del paciente y como se enfrenta al problema de adicción.
5. Incrementar la tolerancia del paciente para adaptarse o acomodarse a la conducta compulsiva a través de modificaciones de sus defensas psicológicas y de la aceptación y comprensión de sus respuestas a la ganancia de control.
6. Separar la compulsión y los desencadenantes específicos relacionados con la adicción al ejercicio.
7. Reconstruir las estrategias de afrontamiento y estimular los sistemas de apoyo.

Fuente (Márquez & De la Vega, 2015, pág 1).

Las técnicas con las que fortaleceremos la propuesta de Adams citado por Márquez y De la vega, es de corte cognitivo-conductual, debido a que esta modalidad de terapia tiene mejores resultados tanto empíricos y científicos en problemas relacionados con adicción.

- Psicoeducación.
- Consejo Médico

- ABC de Ellis.
- Desensibilización Sistemática
- Ensayo de conductas.
- Entrenamiento en Observación y Registro de Cogniciones.
- Diarios personales para comprobar los significados subjetivos.
- Entrevista y orientación familiar

A continuación abordaremos, cada técnica con la finalidad de describir su utilidad en la afrontación de problemas relacionados con la adicción al entrenamiento:

Psicoeducación: Proceso que permite brindar a los pacientes y familiares la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la Calidad de Vida, (Bulacio, Vieyra, & Mongiello, 2005,).

La psicoeducación es una técnica que nos ayudará a proporcionar información adecuada a la persona y su familia acerca de la adicción al entrenamiento físico: cómo se forma una adicción, en que consiste dicha adicción, sus consecuencias tanto físicas como psicológicas, la importancia de una rutina adecuada para mantener y mejorar la salud sin producir una dependencia negativa, el tratamiento que se implementaría en el caso de una adicción,

ABC de Ellis: Entre las metas de la terapia, con la aplicación de esta técnica es la de minimizar los disturbios emocionales y de conducta, auto derrotistas, adquiriendo una filosofía más realista, reducir la tendencia a culparse a sí mismo y a otros por lo que le sale mal y aprender formas para manejar las dificultades futuras, (Cando, 2013, pág 31).

El ABC de Ellis, es una técnica que nos ayudaría a modificar ideas, pensamientos y creencias irracionales que mantiene la persona sobre el deporte y su cuerpo, a través del debate activo del terapeuta. A través de interrogantes que le permitan razonar a la persona, permitiendo un debate interno, que le posibilite cambiar sus ideas erróneas sobre su cuerpo y práctica deportiva.

Es importante mencionar los pasos que debemos seguir para modificar las creencias por medio de la terapia Racional Emotiva de Ellis, por lo tanto se cita a Boeree (2002):

"A" (por "ActivatingEvent"): Representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

"B" (por "BeliefSystem"): Representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.

"C" (por "Consequence"): Representa la consecuencia o reacción ante "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones), (Cando, 2013, pág 31).

Aun cuando la activación de nuestras experiencias puede ser bastante real y causar un gran monto de dolor, son nuestras creencias las que le dan el calificativo de larga estancia y de mantener problemas a largo plazo. Ellis añade una letra D y una E al ABC: El terapeuta debe disputar (D) las creencias irracionales, de manera que el cliente pueda a la postre disfrutar de los efectos psicológicos positivos (E) de ideas racionales, (Boeree, 2002).

Desensibilización Sistemática: Con la desensibilización sistemática una persona puede aprender a enfrentarse a objetos y situaciones que le son particularmente amenazadoras, exponiéndose de forma real o imaginaria a los estímulos que le producen una respuesta ansiógena, Mars Llopis:

Esta técnica es muy útil para la reducción de la ansiedad, por lo cual debemos seguir los siguientes pasos:

- Relajación muscular (puede ser de Jacobson, o de Schultz).
- Hacer una lista de los temores o situaciones ansiógenas.
- Construir jerárquicamente las escenas ansiógena de mayor a menor intensidad de ansiedad.
- Avanzar, a través de la imaginación o mediante enfrentamiento, con las situaciones de la jerarquía. Nos e debe pasar a una nueva situación ansiógena hasta no haber logrado que la anterior situación de la jerarquía quede totalmente resuelta en cuanto a la ansiedad vivada, (Mars Llopis, 2000).

La desensibilización sistemática, es una técnica muy útil y ampliamente utilizada en problemas relacionados con la adicción. Permitiría en el abordaje de una adicción al entrenamiento, a enfrentar de forma paulatina las situaciones dentro del gimnasio que le causan ansiedad, así lo menciona Rafael Linares:

Lo primero es identificar, por parte del deportista, los estímulos que le producen ansiedad, es decir separar los que no le producen ningún trastorno, de aquellos que le son ansiógenos..... Lo que a aun deportista le afecta, a otro le puede resultar indiferente, por ello lo importe de realizar una lista individualizada de situaciones ansiógenas, (Linares, 2001, pág 144)

Ensayo de conductas: Nos centraremos en el entrenamiento de Habilidades sociales, que tiene como objetivo enseñar las conductas adecuadas, proporcionar al paciente puntos de vista alternativos para aclarar los factores que interfieren con la expresión adecuada de las emociones y cambiar sus pensamientos negativos, (Cando, 2013, pág 43).

Esta técnica nos permitiría desarrollar conductas más adaptativas (ayudándonos a reforzar el ABC de Ellis), en cuanto a la sociabilización de la persona, es decir que, a

partir del análisis de datos hemos constatado que la idea que más se relaciona a una adicción al entrenamiento en la: “Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo”, la aplicación de ensayo de conductas se centraría en aprender nuevas formas de socializar e independizarse la persona.

Diarios Personales para Comprobar Significados Subjetivos: En determinados sujetos puede ser más efectivo comprobar el funcionamiento real de sus significados personales distorsionados que cuestionarlos mediante el diálogo socrático. Para ello el terapeuta puede diseñar una hoja, en donde su encabezado está escrito el significado (p.e “soy in inepto, todo me sale mal”), y debajo del mismo varias columnas de registro de datos en distintas áreas de la vida del paciente (p.e familia, trabajo, amigo, ocio) donde el paciente debe recoger datos que desconfirмен ese significado. De esta manera el sujeto puede por sí mismo comprobar que sus reglas o significados personales pueden no ajustarse siempre al funcionamiento de su experiencia cotidiana, (Ruiz Sánchez, Imbernón González, & Cano Sánchez, 1999, pág 29).

Con esta técnica se pretende que el paciente someta a evaluación las ideas y significados personales distorsionados (encontrados en terapia-creencias irracionales-) a través de la comprobación, es decir que no se le cuestionará directamente, sino se le pedirá a través de esta técnica evidencias de sus supuestos personales.

Entrenamiento en Observación y Registro de Cogniciones: Se explica al paciente los pasos que debe realizar para la elaboración de la técnica:

- Definir qué se entiende por cognición
- Mostrar mediante ejemplos la relación entre cognición, afecto y conductas,
- Mostrar la existencia de cogniciones en el paciente basándose en las experiencias recientes que él ha suministrado;
- Asignar, como tarea para la casa, el registro de cogniciones, y
- Revisar los registros del paciente y proporcionar feedback.

El objetivo es el de realizar preguntas que vayan llevando al paciente: 1) A examinar la evidencia, a favor y en contra de sus ideas, realizando una descripción más precisa y realista de los acontecimientos, y 2) a descubrir, por él mismo, los sesgos que comete a la hora de recoger o analizar la información, (Cando, 2013, pág 59).

Con esta técnica se pretende hacer consciente al paciente de la existencia de pensamientos, emociones, conductas y de la influencia que tienen estos en la vida diaria, se realiza por medio de ejemplo. Se envía a casa como tarea, enfatizando en ideas irracionales en torno a las ideas irracionales.

Entrevista y Orientación Familiar: En determinados casos es importante contar con la evaluación del funcionamiento y apoyo familiar con relación a la urgencia. El paciente y su urgencia pueden formar parte de un problema más global de su sistema familiar, donde el mismo puede estar jugando un papel de paciente identificado para desviar otras cuestiones aún más problemáticas que podrían desestabilizar su grupo de referencia. Por otro lado el estrés familiar y las emociones expresadas en el mismo pueden afectar al trascurso y la hospitalización en determinados trastornos como la esquizofrenia, (Ruiz Sánchez, Imbernón González, & Cano Sánchez, 1999, pág 32).

Es importante que en el entorno del paciente exista un soporte adecuado para que se pueda desarrollar mejor el tratamiento, es así que esta técnica nos permite abordar el área familiar del paciente y modificar ciertas actitudes y creencia en torno a la adicción al entrenamiento.

TABLA 3

Guía de intervención psicoterapéutica.

Preparación del Paciente	
Evaluar al paciente y explicar los métodos a seguir para una adecuada intervención se procede a la motivación del paciente, al igual que brindar información del tratamiento a seguir.	
Objetivos	Estrategias
<ul style="list-style-type: none">• Explicar el tipo de terapia y las técnicas a utilizarse durante el desarrollo de la terapéutica.• Establecer metas realistas (a mediano y largo plazo) en cuanto a los resultados que se obtendrán en terapia.• Promover los cuidados de la salud en el deporte mediante la inclusión de un equipo multidisciplinario (médico, nutricionista, preparador físico, psicólogo clínico, etc.), para una mejor adherencia al tratamiento.	<p>A través de la intervención del psicólogo, se informará al paciente acerca de la terapia que se utilizará, las metas que se pretenden alcanzar y las técnicas que se utilizarán en el proceso terapéutico.</p> <p>Durante la evaluación clínica, si se presentan otro tipo de síntomas, como ansiedad, hiperhidrosis, agitación psicomotriz, taquicardia, etc. Suficientes para representar un problema para la persona se remitirá al profesional adecuado. De igual manera de incluirá la acción de un equipo multidisciplinario.</p>

Acciones a Seguir	
En este apartado nos centramos en forma concreta en las acciones a seguir para promover el cambio en la persona.	
Objetivos	Estrategias
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar e interrumpir los pensamientos irracionales que presenta el paciente en torno al ejercicio físico • Identificar e interrumpir la conducta adictiva a través de apoyo psicoterapéutico individualizado. • Ayudar al paciente a desarrollar estrategias para abordar el problema. • Incrementar la tolerancia del paciente para adaptarse o acomodarse a la conducta compulsiva 	<p>Con este punto se propone disminuir o eliminar de manera progresiva los síntomas y consecuencias de la adicción al entrenamiento, fortaleciendo la toma de decisiones de la persona, por medio de la aplicación de las siguientes técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desensibilización Sistemática. • ABC de Ellis. • Ensayo de conductas

Mantenimiento de Logros y Metas Alcanzadas en Terapia

En este estadio se trata de consolidar los logros alcanzados por el paciente, con respecto a la adicción entrenamiento (disminución en frecuencia y síntomas de abstinencia), y el nuevo estilo de vida conseguido.

Objetivos	Estrategias
<ul style="list-style-type: none">• Incrementar la aceptación y comprensión de sus respuestas a la ganancia de control.• Fortalecer los sistemas de apoyo del paciente.• Analizar la motivación y los desencadenantes específicos relacionados con la adicción al ejercicio.	<p>En este punto las estrategias se centran en proporcionar al paciente de técnicas que le permitan detectar y manejar los síntomas, emociones, pensamientos relacionados a la adicción al entrenamiento basado en técnicas habilidades de auto-observación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Entrenamiento en Observación y Registro de Cogniciones.• Diarios personales para comprobar los significados subjetivos.• Entrevista y orientación familiar.• Psicoeducación a familiares.

Recaídas	
Ocurre cuando las estrategias de cambio utilizadas fracasan en estabilizar al adicto en su situación de acción y mantenimiento del cambio. Provoca un retroceso a estadios previos.	
Objetivos	Estrategias
<ul style="list-style-type: none"> Reconstruir las estrategias de afrontamiento. 	En este punto se procederá a realizar una evaluación del proceso terapéutico, modificando o cambiando una técnica con el fin de mejorar la calidad de vida, o reestructurando todo el plan terapéutico.

Ejes y Variables de Intervención			
Área de Salud y Autocuidados			
Objetivos:	Contenidos a Trabajar:	Actuaciones del psicólogo:	Técnicas de Intervención:
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado psicológico del paciente. • Identificar los signos y síntomas que provoca el cese de la actividad física. • Analizar si el paciente presenta síndrome de abstinencia, para remitir al profesional adecuado. 	<p>Valoración del estado del paciente; Recolección de signos y síntomas que presenta el paciente.</p>	<p>El psicólogo se centrará en identificar las afectaciones derivadas de la adicción al entrenamiento, en caso de que los signos y síntomas sean somáticos se realizará la transferencia al personal pertinente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica. • Observación Clínica. <p>Inclusión de equipo multidisciplinario.</p>

Ejes y Variables de Intervención			
Área de Consumo			
Objetivos:	Contenidos a Trabajar:	Actuaciones del psicólogo:	Técnicas de Intervención:
<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir y posteriormente eliminar la conducta adictiva con respecto al ejercicio. • Identificar y eliminar creencias irracionales que presenta el paciente en torno al ejercicio físico. 	<p>Riesgos asociados al ejercicio exagerado y compulsivo;</p> <p>Beneficios del ejercicio adecuado y controlado;</p> <p>Modificar conductas y creencias irracionales presentes en el paciente.</p>	<p>Proporcionar estrategias e información adecuada y científica al paciente que ayude a mejorar la calidad de vida de la persona. Contribuir a que el paciente realice valoraciones realistas de sus problemas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desensibilización Sistemática. • ABC de Ellis. • Ensayo de conductas

Ejes y Variables de Intervención			
Área Familiar			
Objetivos:	Contenidos a Trabajar:	Actuaciones del psicólogo:	Técnicas de Intervención:
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los sistemas de apoyo del paciente. • Proporcionar información acerca de la patología del paciente. • Conocer la dinámica familiar en cuanto a la perspectiva de la adicción al entrenamiento 	<p>Comunicación familiar; Proporcionar información acerca de la adicción al entrenamiento; Efectos de la adicción sobre la familia; significado de la adicción en la familia</p>	<p>El psicólogo se centrará en identificar las afectaciones derivadas de la adicción al entrenamiento, en caso de que los signos y síntomas sean somáticos se realizará la transferencia al personal pertinente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica. • Observación Clínica. • Psicoeducación • Entrevista y orientación familiar • Terapia Familiar sistémica de ser necesario

Ejes y Variables de Intervención

Área Intrapersonal

Objetivos:	Contenidos a Trabajar:	Actuaciones del psicólogo:	Técnicas de Intervención:
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar técnicas psicológicas con las cuales pueda evaluar su realidad de una forma más realista. • Evaluar las motivaciones que impulsaron a la persona a ingresar un gimnasio. 	<p>A través de técnicas psicológicas el paciente pueda evaluar su entorno de forma más realista y sus significados personales distorsionados.</p>	<p>En este apartado el psicólogo, entrena en técnicas psicológicas, que deberá utilizar el paciente en su tiempo libre, y como tareas a casa complementarias a la terapia, que actúen como reforzador y evidencia de los aspectos trabajados en el ámbito terapéutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en Observación y Registro de Cogniciones. • Diarios personales para comprobar los significados subjetivos.

2.2 HIPOTESIS Y VARIABLES

2.2.1 Hipótesis.

Las ideas irracionales contribuyen en la adicción al entrenamiento en usuarios del gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba durante el periodo septiembre 2015 febrero 2016.

2.2.2 VARIABLES.

Variable Dependiente

Adicción al entrenamiento

Variable Independiente

Ideas Irracionales

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Abstinencia: Acto de privarse del consumo de algo, en particular de alcohol o drogas, o de participar en actividades sexuales o de otro tipo. (Núñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Adherencia al ejercicio: Grado de cumplimiento de los deportistas, en las tareas que conlleva el entrenamiento. (Bueno González, 2009).

Adicción: Estado de dependencia psicológica, física (o ambas) del uso del alcohol u otras drogas. (Núñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Adicción al entrenamiento: Consiste en practicar el deporte de una forma excesiva es decir se deja ciertas actividades y se destina gran parte del tiempo a hacer ejercicios. (Ortiz, 2015).

Adicción negativa: Patrón de conducta persistente, que se caracteriza por: el deseo o la necesidad de continuar una determinada actividad que se sitúa fuera del control voluntario; una tendencia a incrementar la frecuencia o la cantidad de actividad con el paso del tiempo; la dependencia psicológica de los efectos placenteros de la actividad; y un efecto negativo sobre el individuo y la sociedad. (Gauss, 2015).

Adicción positiva: Concepto basado en la premisa de que algunas actividades de la vida en las que la persona siente la necesidad o urgencia de participar, como la meditación o el ejercicio, son positivas aunque posiblemente alcancen un nivel o una forma de adicción. Las adicciones positivas se consideran opciones terapéuticas saludables en relación con las adicciones negativas, como la drogadicción, la dependencia del alcohol o el tabaquismo. (Núñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Adrenalina: Hormona secretada por la porción medular de las glándulas suprarrenales que acelera el ritmo cardíaco, aumenta la presión arterial, dilata los bronquios, estimula el sistema nervioso central y se utiliza como medicamento hemostático. (Larousse, 2001)

Anorexia: Ausencia o pérdida de del apetito por la comida o lo que es menos común, por otros deseos, en especial cuando es crónico. (Núñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Bulimia: Hambre insaciable de comida: puede tener causas fisiológicas o ser principalmente por trastornos psicológicos. (Núñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Cortisol: Hormona cortico esteroide cuya actividad glucocorticoide incrementa los niveles de azúcar en la sangre. (Núñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Creencia: aceptación de la verdad, realidad o validez de algo. Un fenómeno, la veracidad de una persona, en particular en ausencia de confirmación. (Núñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Creencias irracionales: Son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial (aunque no absoluto). Se expresan en la forma de “Me gustaría”, “Quisiera”, “No me gustaría”, “Preferiría”, “Desearía”. (Albert Ellis 1990)

Creencias nucleares: Son aquellas que constituyen el se de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. (Camacho , Instituto americano de formación e investigación, 2001)

Creencias periféricas: Se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares. (Camacho , Instituto americano de formación e investigación, 2001)

Dependencia: Dependencia es una relación entre uno o más individuo, entidades u objetos en los que uno o algunos necesitan de las atenciones, características o especificaciones de los otros para existir, funcionar o hacer la tarea para la que fueron concebidos o creados. (Núñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Dopamina: Un neurotransmisor catecolamina que tiene un papel importante en la conducta motora y está implicado en numerosas condiciones mentales. (Núñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Endorfinas: Cualquiera de una clase de neuropéptidos, localizado principalmente en la hipófisis, que funcionan como Opioides Endógenos. (Núñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Estrógeno: Sustancia de naturaleza hormonal que provoca el estro en la hembra. (Larousse, 2001)

Hormonas tiroideas: Cualquiera de las hormonas sintetizadas y liberadas por la glándula tiroidea. (Núñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Leptina: Proteína elaborada y secretada por las células grasas, que puede comunicar al cerebro la cantidad de grasa corporal almacenada y ayudar a regular la ingesta de comida. (Núñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Noradrenalina: Hormona derivada de la adrenalina, secretada como esta por la porción medula de las suprarrenales. (Larousse, 2001)

Serotonina: Neurotransmisor monoamino común en el cerebro y otras partes del sistema nervioso central, que también se halla en el tracto gastrointestinal, en los músculos lisos de los sistemas cardiovasculares y bronquial y en las plaquetas sanguíneas. (Nuñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Síndrome de abstinencia: Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongados o a dosis elevados. (Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico CIE 10, 1992)

Testosterona: Hormona sexual masculina y el más potente de los andrógenos producidos por los testículos. (Nuñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Trastorno dismórfico corporal TCD: Trastorno somatomorfo que se caracteriza por la preocupación excesiva por un defecto imaginario en la apariencia física o un desasosiego marcado por una ligera anomalía física. (Nuñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

Vigorexia: Trastorno caracterizado por una preocupación obsesiva por el físico y una distorsión del esquema corporal (dismorfofobia). (Pope & Hudson, 1993).

CAPITULO III
MARCO
METODOLÓGICO

3. MARCO METODOLÓGICO:

Fundamentando en los objetivos propuestos se precisará: Identificar las Ideas Irracionales y el nivel de adicción al entrenamiento, de los Usuarios del Gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba, periodo Septiembre- 2015- febrero 2016, para la cual se explicara los datos obtenidos durante el desarrollo del proceso científico.

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño cuantitativo.- Para la investigación se realizó un estudio estadístico de las variables Ideas Irracionales y Adicción al entrenamiento a través de los reactivos teniendo como resultados, identificación de ideas irracionales y niveles de adicción al entrenamiento.

No experimental.- Se ocupó el modelo no experimental, ya que se basa fundamentalmente en la observación del fenómeno, como esta en el contexto natural, para ser analizado posteriormente y no ser manipuladas deliberadamente las variables, para una posterior investigación (Hernández Sampier, 2016).

3.1.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Trasversal: Está enfocada en la prevalencia, y el efecto de las variantes en un solo momento, la investigación se realiza desde Septiembre 2015 hasta febrero 2016

De campo: La investigación es de campo ya que se realiza en las instalaciones del Gimnasio “Lomas “de la ciudad de Riobamba, y se centrara en hacer el estudio donde el fenómeno se da en forma natural.

3.1.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Investigación descriptiva: Se utilizó el nivel de investigación descriptiva con el fin de conocer las situaciones a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas; identificando la relación entre las variables, recogiendo datos sobre la base de la hipótesis, resumiendo la información, analizando los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

3.2 POBLACION Y MUESTRA:

Población: La población para la investigación está conformada por usuarios activos (6 o más meses de entrenamiento, que cumplan más de 60 minutos diarios de ejercicio físico moderado, de 3 a 5 días a la semana), del gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba, que se encuentren entre los 15 años hasta los 35 años de edad.

Muestra: La investigación es no probabilística, ya que no se escoge una muestra estadística, siendo esta escogida por criterios de los investigadores.

Criterios de inclusión:

- 40 usuarios del Gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba.
- Usuarios voluntarios en el proyecto de investigación
- Usuarios activos en la actividad física.
- De más de 6 meses de Entrenamiento.
- Cumplir más de 1 hora de entrenamiento diario.
- Asistencia de 3 a 5 días a la semana
- Presencia de cierto malestar (físico y psicológico) al no realizar ejercicio.
- Necesidad de incrementar la actividad física en intensidad y frecuencia.
- Necesidad de controlar la alimentación con mayor frecuencia.

Criterios de exclusión:

- Usuarios que presenten entrenamiento físico menor a 6 meses.
- Usuarios que presentan igual o menor a 45 minutos de entrenamiento diario
- Usuarios que negaron la colaboración en el proyecto de investigación.
- Usuarios que no cumplan el su totalidad las pautas de inclusión.

3.3 PROCEDIMIENTO

3.4 REACTIVOS PSICOLÓGICOS EMPLEADOS

Reactivos psicológicos.- Se emplean dos reactivos psicológicos con la finalidad de identificar las creencia irracionales y el nivel de adicción al entrenamiento para ello se consideran el test de creencias Irracionales de Albert Ellis y la escala de adicción al entrenamiento (EAE) Considerando que es un grupo de serie de pruebas relacionadas que se aplican en ciertos periodos, cuyas puntuaciones se registran o se combinan por separado para generar una sola puntuación. (Núñez Herrejón & Ortiz Salinas, 2010).

1) Test De Creencias Irracionales De Ellis

Este test puede ser aplicado entre 4 a 5 minutos, y su calificación en 1 a 2 minutos, el mismo que identifica las Ideas Irracionales que predominan en los usuarios, el cuestionario es validado por la empresa *CEGOS- TEA*, España. Esta batería está diseñada para identificar 10 creencias irracionales basadas de la teoría de Albert Ellis (1997). Consta de 100 ítems, con dos opciones de respuesta SI o NO, las ideas irracionales que se incluyen en la batería son: 1) Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos, 2) Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende, 3) Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas, 4) Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran, 5) Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones, 6) Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa, 7) Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente, 8) Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo, 9) El pasado tiene más influencia en la determinación del presente, 10) La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.

2) Escala De Adicción Al Entrenamiento (EAE):

La escala fue diseñada y validada por Ruiz Juan, Zarauz Sancho y Arbinaga (2013) Murcia – España. Se aplica en 1 a 2 minutos, su calificación en 1 minutos, la escala consta de once ítems que valoran tanto la adicción al deporte de forma global, como sus cuatro dimensiones: el positivo y deseable *placer* y *relajación*, y las negativas y no deseables *tolerancia*, *carencia de control* y *abstinencia* y *ansia*. Se puntúa en una escala del 1 (*muy falso*) al 7 (*muy cierto*) al igual que sus ítems inversos 1, 3,10 1 (*muy cierto*) al 7 (*muy falso*), las siguientes afirmaciones que mejor se adapten al entrenamiento del usuario. Los resultados globales se agrupan en tres categorías: adicción baja, adicción media y adicción alta.

3.5 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados obtenidos de los reactivos psicológicos, Test de creencias irracionales de Ellis y la escala de adicción al entrenamiento (EAE) , fueron analizados mediante estadísticas básicas mediante Microsoft Excel, para posteriormente crear tablas y gráficos estadísticos, obteniendo de esta manera conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

4. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N.-4

4.1 TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES (ALBERT ELLIS/ TEA-CEGOS)

TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES DE ELLIS			
N.-	Creencias irracionales	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
1	Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.	2	5 %
2	Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende	3	8 %
3	Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.	8	20 %
4	Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.	1	3 %
5	Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como lo acontecimientos inciden sobre sus emociones.	0	0 %
6	Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.	7	18 %

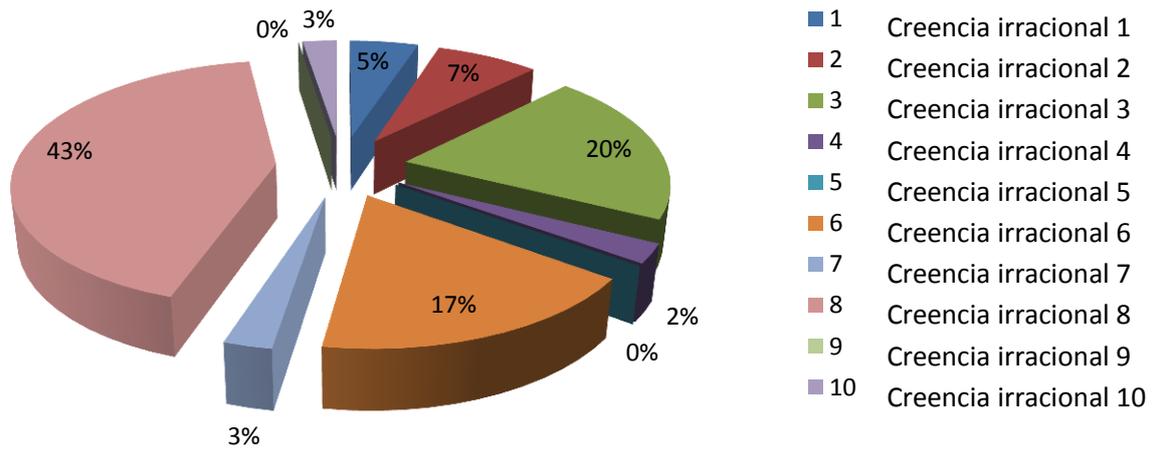
7	Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente	1	3 %
8	Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.	17	43 %
9	El pasado tiene más influencia en la determinación del presente.	0	0 %
10	La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.	1	3 %
TOTAL		40	100 %

Fuente: Test de Creencias Irracionales de Albert Ellis, aplicado a 40 usuarios del gimnasio "Lomas" de la ciudad de Riobamba

Autores: Holguer Agualsaca, Dennis Murillo.

GRÁFICO N.1

IDENTIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES TEA- CEGO



Fuente: Test de Creencias Irracionales de Ellis, aplicado a 40 usuarios de gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba.

Autores: Holguer Agualsaca, Dennis Murillo

Análisis

De la aplicación del Test de Creencias Irracionales de Ellis, a los usuarios del Gimnasio “Lomas” de la ciudad Riobamba, se demuestra que 40 usuarios correspondientes al 100% de la población muestran creencias irracionales predominantes; que limita en determinadas circunstancias (5 o 6 puntos) o limitan áreas de la vida, (puntuaciones igual o superior a 7);(TEA 2010). Por tal razón los 40 usuarios que colaboraron en la aplicación del Test de Creencias Irracionales se consiguieron identificar 40 creencia irracionales más relevantes.

Interpretación

Las creencias irracionales propician conductas destructivas para la sociedad y el individuo (Ellis y Bernard, 1990; Vernon, 1989). Ya que producen conductas inadecuadas la que obligan al individuo a satisfacer su creencia irracional, sin mostrar interés en su esfuerzo para compensar la preocupación. Considerando los resultados obtenidos de la aplicación del Test de Creencias Irracionales de Ellis, a los usuarios del Gimnasio “Lomas” de la ciudad Riobamba, se identifica 40 creencias irracionales más relevantes para la investigación planteada; correspondiendo al 100% de la población evaluada.

Considerando las creencias irracionales con mayor y menor frecuencia podemos interpretar que la creencia irracional N° 8 (Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo) es la de mayor frecuencia con 17 usuarios donde existe determinadas limitaciones o limitan áreas de la vida; y esta correspondiente al 43 % de la población, mientras que la de menor frecuencia esta la creencia irracional 5 (Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como lo acontecimientos inciden sobre sus emociones.) y la creencia irracional 9 donde 0 usuario correspondiente a 10% de la población no se evidencia puntaje alguna.

TABLA N.-5

**4.2 TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES (ALBERT ELLIS),
COMPARACIÓN LAS 3 CREENCIAS IRRACIONALES BÁSICAS**

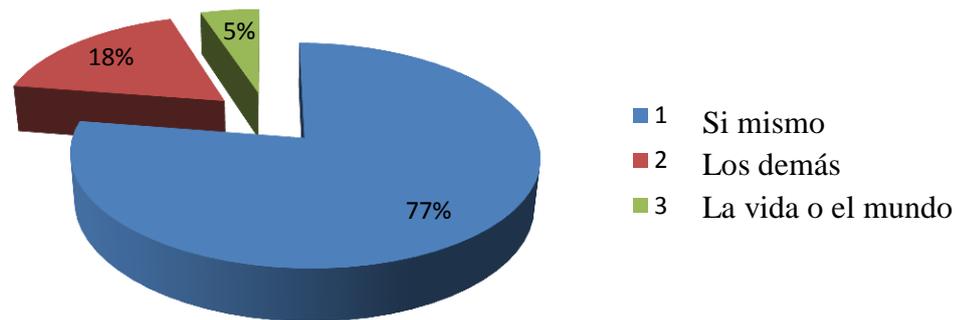
TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES DE ALBERT ELLIS COMPARACIÓN LAS 3 CREENCIAS IRRACIONALES BÁSICAS			
N.-	Creencias irracionales básicas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
1	Uno mismo	31	78 %
2	Los demás	7	18 %
3	La vida o el mundo	2	5 %
TOTAL		40	100 %

Fuente: Test de Creencias Irracionales, comparativo con las 3 ideas irracionales básicas de Albert Ellis, aplicado a 40 usuarios del gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba

Autores: Holguer Agualsaca, Dennis Murillo.

GRÁFICO N.2

TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES DE ALBERT ELLIS COMPARACIÓN CON LAS 3 IDEAS IRRACIONALES BÁSICAS.



Fuente: Test de Creencias Irracionales, comparativo con las 3 ideas irracionales básicas de Albert Ellis, aplicado a 40 usuarios del gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba

Autores: Holguer Agualsaca, Dennis Murillo

Análisis

De la aplicación del Test de Creencias Irracionales de Ellis, a los usuarios del Gimnasio “Lomas” de la ciudad Riobamba, se demuestra que 40 usuarios correspondientes al 100% de la población, muestran creencias irracionales predominantes básicas, al (sí mismo, los demás y de la vida o el mundo).

De las 10 ideas irracionales que propone el Test de creencias Irracionales de Ellis, extraemos las 3 creencias irracionales básicas propuestas del el mismo autor, basándonos en los tres débós básicos se contemplan los 3 tipos de demandas.

Hacia Uno mismo,

Hacia los otros,

Hacia el mundo

Y estas creencias irracionales se caracterizan por:

1. Ser lógicamente inconsistentes (parten de premisas falsas o resultan de formas incorrectas de razonamiento).
2. Ser inconsistentes con la realidad (no concordantes con los hechos; distinto a lo observable). 3. Ser dogmáticas, absolutistas, expresadas con demandas* (en vez de preferencias o deseos). Aparecen términos como: necesito, debo, debe, no puedo, jamás, etc. En lugar de: prefiero, es mejor, no me gusta, es peor, etc.
4. Conducir a conductas o emociones inapropiadas o auto-saboteadoras.
5. No ayudar o impedir el logro de los objetivos de la persona

Demanda sobre sí mismo (debo), demandas sobre los otros (debe) y demandas sobre el mundo/ condiciones de vida (debe), (Carmen, 2011)

Las demandas sobre sí mismo equivaldrían a las creencias irracionales 1, 2,4 y 10 del test de creencias irracionales de Ellis

Las demandas sobre los otros equivaldrían a las creencias irracionales 3,5 y 8 del test de creencias irracionales de Ellis.

Las demandas sobre el mundo equivaldrían a las creencias irracionales 6, 7, y 9 del test de creencias irracionales de Ellis

Interpretación

Considerando que las creencias irracionales se diferencian de las racionales en dos características: 1° son absolutas (o dogmáticas) por naturaleza y se expresan en términos de “tengo que”, “debo”, “debería”, “estoy obligado a”, etc. y 2° en que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas (por ej. depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo).

Basándonos en las 3 creencias básicas de Albert Ellis sobre las demandas del sí mismo, los otros y el mundo/ condiciones de vida, (Carmen, 2011); extraídos de los resultados obtenidos de la aplicación del Test de Creencias Irracionales a 40 usuarios del gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba, llegamos a los siguientes resultados:

Se muestra que en 31 usuarios correspondientes al 78 % de la población presentan creencias irracionales sobre sí mismo, 7 usuarios correspondientes al 18 % de la población presentan creencias irracionales sobre los otros y en 2 usuarios equivalentes al 5 % de la población presentan creencias irracionales sobre el mundo, mismos que presentan limitaciones en determinadas circunstancias o limitaciones significativas en áreas de la vida, (TEA CEGOS Test de creencias irracionales Ellis), completando la población de 40 usuarios equivalente al 100% de la población evaluada, .

TABLA N. 6

4.3 ESCALA DE ADICCIÓN AL ENTRENAMIENTO (EAE).

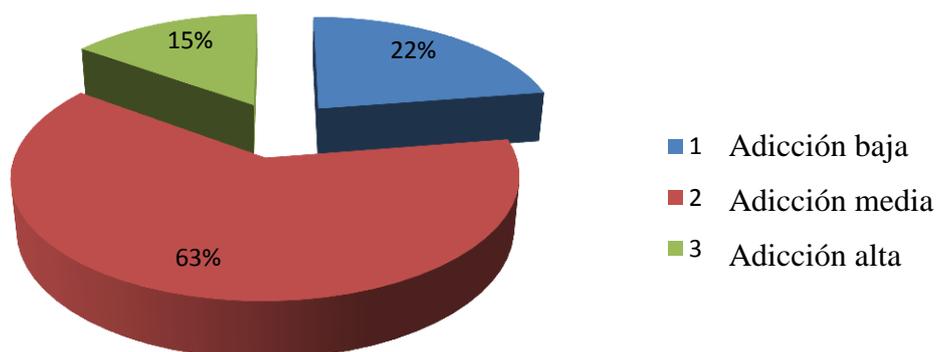
ESCALA DE ADICCIÓN AL ENTRENAMIENTO (EAE)			
N.-	Nivel De Adicción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
1	Adicción baja	9	22 %
2	Adicción media	25	63 %
3	Adicción alta	6	15 %
TOTAL		40	100%

Fuente: Escala de Adicción al entrenamiento (EAE), Versión adaptada, aplicado de los usuarios del Gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba.

Autores: Holguer Agualsaca, Dennis Murillo

GRÁFICO N.-3

ESCALA DE ADICCIÓN AL ENTRENAMIENTO (EAE).



Fuente: Escala de Adicción al entrenamiento (EAE), aplicado a los usuarios de gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba.

Autores: Holguer Agualsaca, Dennis Murillo

Análisis

La Escala de Adicción al Entrenamiento (EAE) diseñada para medir la adicción al entrenamiento físico, de forma global, como sus cuatro dimensiones, se aplicó dicha escala a 40 usuarios activos del gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba, donde se puede evidenciar diferentes grados de adicción hacia el entrenamiento físico.

Considerando que la adicción al entrenamiento como la alteración del comportamiento de una persona que dedica –de forma obsesiva– gran parte de su tiempo a incrementar su musculación y a construir su cuerpo acuerdo con ciertos estándares. (Pope 2003)

Y el realizar actividad física en el tiempo libre, que ocasiona un comportamiento incontrolable de exceso de ejercicio, y que se manifiesta en síntomas fisiológicos y/o psicológicos.

Interpretación

De los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de Adicción al Entrenamiento (EAE), a 40 usuarios activos del gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba, podemos evidenciar que 25 usuarios marcan adicción media al entrenamiento correspondiente al 65% de usuarios, 6 usuarios marcan adicción alta al entrenamiento correspondiente al 15% de usuarios y 9 usuarios marcan adicción baja al entrenamiento correspondiente al 22% de usuarios

Pierce (1994) consideraba la dependencia al ejercicio como un proceso que compromete al sujeto en la práctica a pesar del malestar generado y los síntomas tras su retirada. (Pierce, 2013).

La práctica del ejercicio puede convertirse en un problema cuando se realiza a intensidades que implican un repertorio de conductas que van más allá de lo estrictamente necesario para mantener la forma física o realizar un entrenamiento ajustado a las necesidades del sujeto y/o de la competición que se prepara.

Todo ello puede derivar en consecuencias físicas y/o psicológicas cuando la práctica del ejercicio es impedida o retirada. (Arbinaga & caracuel, 2013).

De manera resumida, podría decirse que las conductas excesivas de tipo apetitivo pueden considerarse como adicciones conductuales. (Echebunía, 2013).

Sandra Restrepo citando a Vale, indica: “Los individuos con adicción a la práctica de ejercicio lo practican voluntariamente por lo menos una vez al día o más, a pesar de lesiones o enfermedades potenciales; a menudo, tienen pensamientos compulsivos sobre la práctica de este; y experimentan síntomas físicos y psicológicos de retirada cuando están privados de hacer ejercicio”, (Restrepo Escobar, 2011).

Laich indica que: “el cuerpo es capaz de adaptarse rápidamente al ejercicio, y que con el tiempo requerirá cantidades crecientes de este para conseguir los mismos efectos y resultados, siendo cada vez más tolerante al ejercicio físico y presentándose la abstinencia cuando la persona deja de realizar ejercicios de manera excesiva (Laich, 2012).

TABLA N. 7

4.4 ESCALA DE ADICCIÓN AL ETRENAMIENTO (EAE). DIMENSIONES

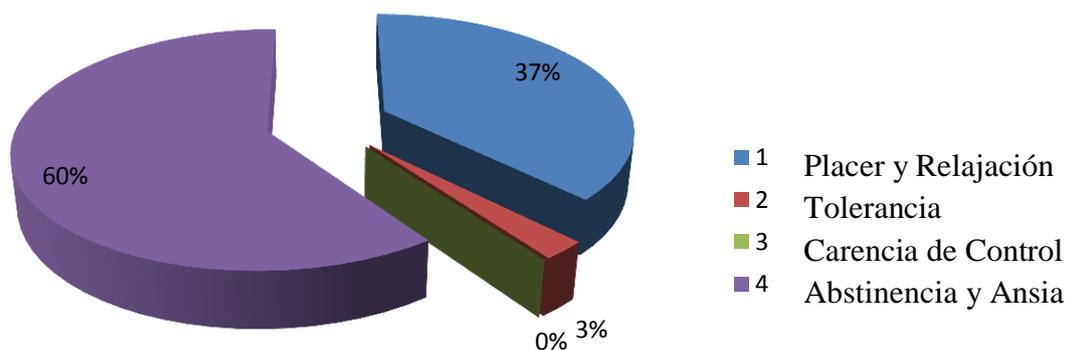
ESCALA DE ADICCIÓN AL ETRENAMIENTO (EAE.) DIMENSIONES			
N.-	DIMENSIONES DE LA EAE	Frecuencia absoluta	Frecuencia Porcentual
1	Placer y Relajación	15	38 %
2	Tolerancia	1	3 %
3	Carencia de Control	0	0 %
4	Abstinencia y ansia	24	60 %
TOTAL		40	100 %

Fuente: Escala de Adicción al entrenamiento (EAE), Versión adaptada, aplicado de los usuarios del Gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba.

Autores: Holguer Agualsaca, Dennis Murillo

GRÁFICO N.-4

ESCALA DE ADICCIÓN AL ENTRENAMIENTO (EAE).



Fuente: Escala de Adicción al entrenamiento (EAE), Versión adaptada, aplicado a 40 usuarios del Gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba.

Autores: Holguer Agualsaca, Dennis Murillo

Análisis

Para la adaptación de la escala de adicción al entrenamiento EAE fue extraída de la Escala *de Adicción General (EAG)* de Ramos (2001).

Inicialmente se desarrolla con once ítems que valoran cuatro dimensiones y una puntuación global; si bien al final demostró tener un carácter monodimensional. Las subescalas que se propusieron en los inicios fueron: abstinencia, tolerancia, carencia de control y ansia.

La Escala de Adicción al Entrenamiento (EAE) que es diseñada para medir la adicción al entrenamiento físico, de forma global, está dividida en cuatro dimensiones, que son: (la positiva) placer y relajación, (las negativas y no deseables) tolerancia, carencia de control, abstinencia y ansia. (Ruiz, Zarauz, & Arbinaga, 2013)

La escala de adicción al entrenamiento (EAE) fue aplicado a 40 usuarios activos del gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba, donde se puede evidenciar diferentes grados de adicción hacia el entrenamiento físico, y la predominancia de la adicción en las diferentes dimensiones que componen la escala.

Interpretación

De los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de Adicción al Entrenamiento (EAE), a 40 usuarios activos del gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba, podemos evidenciar que 24 usuarios correspondiente al 60% de la población presentan puntajes elevados en la dimensión de abstinencia y ansia, hacia el entrenamiento físico, 15 usuarios correspondientes al 38 % de la población presentan adicción al entrenamiento por obtener sensaciones de placer y relajación, 1 usuario correspondiente al 3% de la población presenta tolerancia a conductas excesivas de entrenamiento físico y 0 usuarios correspondiente al 0 % de la población carencia de control en el entrenamiento físico.

TABLA N. 8

4.5 RELACIÓN DEL TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES DE ALBERT ELLIS CON LA ESCALA DE ADICCIÓN AL ENTRENAMIENTO (EAE)

RELACIÓN DEL TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES DE ALBERT ELLIS CON LA ESCALA DE ADICCIÓN AL ENTRENAMIENTO (EAE)					
N.	Creencias Irracionales	Nº de usuarios con creencias irracionales	Nivel de adicción al entrenamiento		
			A.A	A.M	A.B
1	Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.	2	0	1	1
2	Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende	3	1	2	0
3	Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.	8	2	4	2
4	Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.	1	0	1	0
5	Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como lo acontecimientos inciden sobre sus emociones.	0	0	0	0

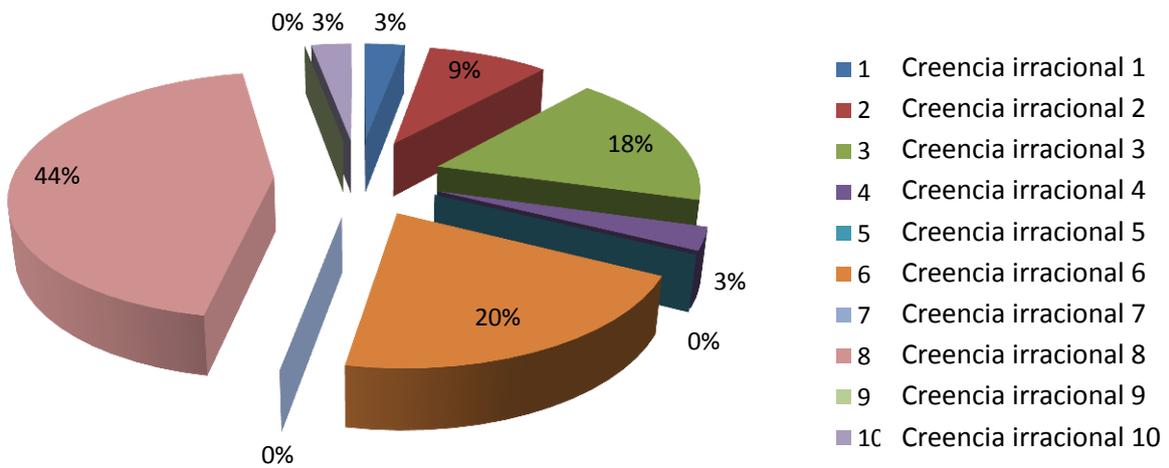
6	Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.	7	2	5	0
7	Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente	1	0	0	1
8	Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.	17	4	11	2
9	El pasado tiene más influencia en la determinación del presente.	0	0	0	0
10	La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.	1	0	1	0
Frecuencia Absoluta		40 usuarios	9	25	6
FRECUENCIAS					
Frecuencia Absoluta detallada Creencias irracionales		Frecuencia porcentual Adicción al Entrenamiento			
		Nivel de adicción baja	Nivel de adicción media y alta	Frecuencia porcentual	
Creencia Irracional 1		1	1	3 %	
Creencia Irracional 2		0	3	9 %	
Creencia Irracional 3		2	6	18 %	
Creencia Irracional 4		0	1	3 %	
Creencia Irracional 5		0	0	0 %	
Creencia Irracional 6		0	7	21 %	
Creencia Irracional 7		1	0	0 %	
Creencia Irracional 8		2	15	44 %	
Creencia Irracional 9		0	0	0 %	
Creencia Irracional 10		0	1	3 %	
TOTAL		40 usuarios		100%	

Fuente: Test de creencias Irracionales y Escala de Adicción al entrenamiento (EAE), Versión adaptada, aplicado a 40 usuarios del Gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba.

Autores: Holguer Agualsaca, Dennis Murillo

GRÁFICO N. 5

RELACIÓN TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES DE ALBER ELLIS Y ESCALA DE ADICCIÓN AL ENTRENAMIENTO (EAE) NIVELES ALTO Y MEDIO



Fuente: Test de creencias irracionales de Albert Ellis y Escala de Adicción al entrenamiento (EAE), Versión adaptada, aplicado a 40 usuarios del Gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba.

Autores: Holguer Agualsaca, Dennis Murillo

Análisis

Relacionando las variables (ideas irracionales y adicción al entrenamiento), se utilizaron los resultados obtenidos de la aplicación del Test de Creencias Irracionales de Ellis y la Escala de Adicción al Entrenamiento (EAE) versión adaptada, mismas que fueron aplicados a 40 usuarios activos del gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba,

Con la finalidad de identificar las principales ideas irracionales que lleva a los usuarios del gimnasio “Lomas” a conductas adictivas al entrenamiento físico.

Interpretación

De los resultados obtenidos de la aplicación del Test de creencias Irracionales de Ellis, se pretende extraer las principales creencias irracionales relacionadas con conductas adictivas al entrenamiento de 31 usuarios activos del Gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba, mismos que ya han sido detectados con niveles de adicción media-alta al entrenamiento, dichos resultados fueron extraídos de la aplicación de la escala de adicción al entrenamiento (EAE) versión adaptada.

Se puede evidenciar que 17 usuarios correspondientes al 44% de la población presentan mayor predominancia en la creencia irracional N^o8 (Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo), donde 15 de los 17 usuarios detectados presentan adicción media-alta al entrenamiento físico.

7 usuarios correspondientes al 21% de la población presentan predominancia media en la creencia irracional N^o6 (Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa), donde los 7 usuarios detectados presentan adicción media-alta al entrenamiento físico.

Y 0 usuarios correspondientes al 0% de la población no se evidencia ninguna predominancia de creencia irracionales (creencias irracionales N^o5, Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como lo acontecimientos inciden sobre sus

emociones y N^o 9, El pasado tiene más influencia en la determinación del presente), donde ningún usuario detectado presentan adicción al entrenamiento.

Se puede evidenciar que la creencia irracional N^o 8 donde existe mayor predominancia de usuarios identificados y mayor usuario con conductas adictivas (media-alta) al entrenamiento, tiende a relacionarse con las pautas relacionadas a cuadros de dependencia.

Hoy el primer elemento relevante en las adicciones es delimitar qué entendemos que es una adicción. A pesar de que hay criterios específicos para los distintos trastornos, como la dependencia de sustancias psicoactivas, el juego patológico, etc., todos parten de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que además en las adicciones, sean con o sin sustancia, se dan los fenómenos de pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc. En esta línea, para el DSM-IV American Psychiatric Association, (1994) la dependencia de sustancias psicoactivas se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos.

El DSM-IV también considera el abuso de sustancias que es una condición menos grave que la dependencia. En el caso de la dependencia de sustancias, cuando nos referimos a conductas sin sustancia, el diagnóstico sería el mismo sustituyendo sencillamente la palabra sustancia por la "específica" conducta adictiva (ej., entrenamiento, juego, sexo, etc.), con los matices para esa específica conducta (Echeburúa, 1999).

4.6 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Al concluir con la aplicación y tabulación de resultados del test de creencias irracionales de Ellis y la escala de adicción al entrenamiento (EAE), en 40 usuarios activos del gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba; se consiguió identificar creencias irracionales que predominan en los usuarios como las creencias irracionales, (Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.) es la de mayor frecuencia con 17 usuarios correspondiente al 26% de la población, mientras que la de menor frecuencia la creencia irracional (Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad) ; la gente simplemente reacciona según como lo acontecimientos inciden sobre sus emociones), donde en 1 usuario presenta puntajes altos en cierta creencias irracional correspondiendo al 2% de la población.

En la escala de adicción al entrenamiento (EAE), presentan conductas adictivas al entrenamiento leves, moderadas y graves obteniendo los siguientes resultados: 25 usuarios marcan adicción media al entrenamiento correspondiente al 65% de usuarios, 6 usuarios marcan adicción alta al entrenamiento correspondiente al 15% de usuarios y 9 usuarios marcan adicción baja al entrenamiento correspondiente al 22% de usuarios.

Al finalizar la interpretación y análisis de los resultados de las baterías psicológicas aplicadas se puede evidenciar que el 78 % de usuarios poseen creencias irracionales sobre sí mismo, demandando la ejecución de entrenamientos intensos (adictivos), para conseguir satisfacer sus creencias irracionales sin importar las complicaciones físicas o lesiones que puede producir la alta intensidad del entrenamiento físico.

CAPITULO
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

Culminando nuestra investigación hemos llegado a las siguientes conclusiones y recomendaciones.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Tras el análisis e interpretación de los resultados de las baterías psicológicas aplicadas a 40 usuarios activos del gimnasio “Lomas”, podemos decir que existe una influencia de ideas irracionales en la formación de la adicción al entrenamiento en especial la idea denominada: “se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo” que consta con un 43 %.
- Todas las personas mantienen ideas irracionales, con respecto a alguna situación, durante la investigación se determinó que existen tres tipos de ideas irracionales que dominan a los usuarios: “se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo” con un 43%, “ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas”, con un porcentaje del 20% y por último “se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa”, con un 18%, siendo la primera idea irracional la que mayor influencia ejerce en la formación de la adicción al entrenamiento.
- Para poder identificar el nivel de adicción presente en los usuarios, se utilizó el escala de adicción al entrenamiento, teniendo en cuenta que todos los usuarios asisten al gimnasio en un promedio de seis meses, lo cual ha hecho la identificación más fácil, en cuanto a la adicción se obtuvieron los siguientes resultados: un 63% que corresponde a adicción media y el 15% corresponde a adicción alta, concluyendo que el 78 % de la población, presenta adicción al entrenamiento que comprenden niveles medio y alto.
- Ellis, comenta que las creencias irracionales sirven de base a las conductas disfuncionales, tales como el abuso de sustancias, alejamiento social, agresividad y falta de asertividad, etc. por tanto una persona que ingresa a un gimnasio con el ideal de conseguir un cuerpo más voluptuoso, impulsada por presión social o aceptación de un grupo, va realizando ejercicio hasta engancharse, tal como lo menciona la psicóloga

Eva Montero: “algunas personas empiezan a hacer ejercicio para cuidarse o por otras razones y empiezan a engancharse poco a poco, hasta que se dan cuenta de que no pueden parar”, por tanto las ideas irracionales tiene una gran influencia en el desarrollo de la adicción al entrenamiento.

- El plan terapéutico que se diseñó tiene la finalidad de cumplir con cuatro objetivos principales: abordar y disminuir las ideas que se relacionan al entrenamiento físico; disminuir la conducta adictiva hacia la actividad física; proporcionar estrategias de afrontamiento al usuario para mejorar su ámbito social, familiar, laboral; proveer información adecuada al paciente sobre los beneficios del ejercicio sobre la salud y las consecuencias del ejercicio descontrolado, de esta forma disminuir el impacto de la adicción al deporte, teniendo en cuenta a Adams (2003), se han incluido y tomado en cuenta sus objetivos, que han mejorado el plan terapéutico, mismo que ha sido reforzado con técnicas cognitivas conductuales, para una mayor eficacia en el tratamiento.

5.2 Recomendaciones

- Se cree necesario la continuación del presente proyecto investigativo con los usuarios del gimnasio, ya que el presente proyecto se encuentra enfocado en describir como las creencias irracionales contribuyen al desarrollo de la adicción al entrenamiento, se debe tener en cuenta que existen otros aspectos que influyen en la formación de una adicción, por ejemplo la personalidad, baja tolerancia, frustración, malas relaciones interpersonales, etc. Con la finalidad de comprender y ampliar la perspectiva y dinámica de esta nueva adicción.

- Es importante orientar a los usuarios acerca de las motivaciones pensamientos y creencias por las que se ingresa a un gimnasio, proporcionándole información acerca de creencias irracionales que pueden contribuir al desarrollo de una adicción al entrenamiento, y de las consecuencias que trae el realizar ejercicio de forma inadecuada, al igual que incentivar a la persona a que visite a expertos en salud para una adecuada orientación en el entrenamiento, por ello la importancia de la inclusión de psicólogos clínicos en un gimnasio.

- Sería de importancia que en gimnasios se aborden temas como de la presente investigación, la inclusión de conferencias, exposiciones, grupos de ayuda, folletos informativos que proporcionen información sobre la influencia de las creencias irracionales para el desarrollo de una adicción al entrenamiento.
- La adicción al entrenamiento es un trastorno relativamente nuevo, por lo cual es importante que el personal encargado de un gimnasio, cuente con información adecuada, para proporcionar a los usuarios, con la finalidad de educar sobre los prejuicios y beneficios (físicos y psicológicos) de la práctica deportiva adecuada e inadecuada, con el propósito de disminuir el riesgo de desarrollar adicción al entrenamiento.
- En cuanto al tratamiento es importante la conformación de grupos de ayuda, para incrementar puntos de apoyo y mejor la atención y abordaje de estas nuevas adicciones, ya que investigaciones informan de que se obtiene mejores resultados en terapias grupales que individuales, de igual manera para un tratamiento complementario y multidisciplinario es necesaria la inclusión de profesionales calificados (Deportólogo, psicólogo clínico, nutricionistas, y médicos) que guíen a las personas con problemas de adicción al entrenamiento.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- Adams, J., & Kirkby, R. (2003). *El exceso de ejercicio como adicción: una revisión*. Barcelona: CMBB & Asociados.
- Adés, J., & Lejoyeux, M. (2003). *Las Nuevas Adicciones*. Barcelona: Kairós .
- Almansa, C. (2011). Las doce creencias irracionales que sustentan la neurosis (A. Ellis) y los doce curadores (E. Bach): estudio de su correspondencia. *SEDIBAC*, 5,6,7.
- Arbinaga, & caracuel. (2013). Validación de la escala de adicción al entrenamiento (EAE) en atletas veteranos . En F. Ruiz, A. Zarauz, & F. Arbinaga, *Adicción* (pág. 310). Almería.
- Cando, I. (2013). *PSICOTERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL*. Riobamba.
- Carmen, A. (2011). Las doce creencias irracionales que sustentan la neurosis (A. Ellis) y los doce curadores (E Bach) estudio de su correspondencia. *Congreso SEDIBAC de terapia Floral*, (págs. 7,8). España.
- Echebunía. (2013). Validación de la escala de adicción al entrenamiento (EAE) en atletas veteranos . En F. Ruiz, A. Zarauz, & F. Arbinaga, *Adicción* (pág. 310). Almería.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- Ellis, Bernard, & Vernon. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva* . Bilbao : Desclee de Brouwe .
- Larousse, P. (2001). *Diccionario Enciclopédico*. Paris: Ediciones Larousse S.A de C.V.
- Linares, R. E. (2001). *Psicología del deporte : La ventaja deportiva Psicológica, Una mirada Distinta*. Argentina: Editorial Brujas.

- Lizarraga, A., Barbany, J. R., Pons, V., Pasabán, E., & Capdevila, L. (2010). *Alimentación y deporte: tendencias actuales, tecnología, innovación y pedagogía*. Madrid: Internacional Marketing & Communication S.A.
- Marín, B. (1999). *Ejercicio Físico y el Deporte: De la Prevención a la Terapéutica*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Noriega Duche, C., & Tandazo Calderón, N. (2015). *Reestructuración Cognitiva en el Consumo de Alcohol de los Adolescentes de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe "Jaime Roldos Aguilera" de Colta, Periodo Febrero-Julio 2015*. Riobamba: Tesina.
- Núñez Herrejón, J. L., & Ortiz Salinas, M. E. (2010). *APA Diccionario Conciso de Psicología*. Mexico: Manual Moderno S.A de C.V.
- Núñez herrejón, j. L., & Ortiz Salinas, M. E. (2010). *Apa Diccionario Conciso de Psicología*. Mexico : Manual Moderno S.A de C.V.
- Ortín, F., Garcés, E., & Olmedilla, A. (2009). Aspectos Psicosociales de la Actividad Física para la Salud. En F. Ortín, E. Garcés, & A. Olmedilla, *Aspectos Psicosociales de la Actividad Física para la Salud* (pág. 36). Murcia: Fundación Universitaria Iberoamericana.
- Pierce. (2013). Validacion de la Escala de adiccion al Entrenamiento (EAE) en atletas veteranos. En F. Ruiz, A. Zarauz, & F. Arbinaga, *Adicciones* (pág. 310). Almería.
- Pope, H. G., & Hudson, I. (1993). *Anorexia nervosa and reverse anorexia*. Comprehensive Psychiatry .
- Ruiz Sánchez, J., Imbernón González, J., & Cano Sánchez, J. (1999). *Psicoterapia Cognitiva de Urgencias*. ESMD-ÚBEDA.

Ruiz, F., Zarauz, A., & Arbinaga, F. (2013). Validacion de la escala de adiccion al entrenamiento (EAE) en atletas veteranos . En F. Ruiz, A. Zarauz, & F. Arbinaga, *Adiccion* (pág. 309). Almería.

Santacreu Mas, J. (2011). *Protocolo General de Intervención Clínica en Psicología*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Vernon, E. B. (1990). *Terapia racional emotiva* . Bilbao : desclée de Brouwe .

ARTÍCULOS

Bueno González , R. (2009). *Psicología del entrenamiento deportivo* .

Camacho , J. (2001). *Instituto americano de formación e investigación*. Sevilla, España.

Gauss. (2015). Diccionario de terminos psicologicos . Zaragoza, España .

Navas, J. (1981). Terapia Racional Emotiva. *Revista Latinoamerica de Psicología*, 76-77.

Navas, R., & Mc.Kay, D. (2008). *Manual: Inventario de Creencia Irracionales*. Barcelona: Psicho Metric.

Tea, C. (2010). *Patente nº 03E16 122 AY/10 F92*. España.

SITIOS WEB

Alvarado, s. (2002). *Adicciones*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2015, de Adicciones: <http://www.adicciones.org/enfermedad/definicion.html>

Andrade Salazar , J., García Castro, S., Remicio Zambrano, C., & Villamil Buitrago, S. (12 de Octubre de 2012). *NIVELES DE ADICCIÓN AL EJERCICIO CORPORAL EN*. Recuperado el 28 de Noviembre de 2015, de <file:///C:/Users/03/Downloads/Dialnet-NivelesDeAdiccionAlEjercicioCorporalEnPersonasFisi-4147720.pdf>

APA. (2010). *Libros Google*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2015, de <https://books.google.com.ec/books?id=GIX7CAAAQBAJ&pg=PT4&dq=Apa&>

hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjNhIX98JDKAhVKWh4KHSS1ADIQ6AEIMDA
D#v=onepage&q=Apa&f=false

Araya Vargas, G. (2006). *Adicción Ejercicio*. Recuperado el 29 de Noviembre de 2015, de <http://www.edufi.ucr.ac.cr/pdf/trans/Adicci%F3n%20al%20ejercicio.pdf>

Arbinaga Ibarzábal, f., & Caracuel Tubío, J. (19 de septiembre de 2007). *DEPENDENCIA DEL EJERCICIO EN FISICOCULTURISTAS*. Recuperado el 28 de Noviembre de 2015, de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:23Y1eNPfOs4J:www.scielo.org.co/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1657-92672007000300007%26lng%3Des%26nrm%3Diso%26tng%3Des+%&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec

Barbany, M. (2010). *Alimentacion y Deporte*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2015, de http://www.esteve.es/EsteveArchivos/herramientaspracticas/dietoterapia/pdf/alimentacion_deporte.pdf

Boeree, G. (2002). *Psicología Online*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2015, de Psicología Online: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/ellis.htm>

Bulacio, J. M., Vieyra, C., & Mongiello, E. (2005). *USO DE LA PSICOEDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA*. Recuperado el 12 de Enero de 2016, de http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf

Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2015, de info@javiercamacho.com.ar

Caracuel Tubio , J. C., Arbinaga Ibarzábal, F., & Montero Gago, J. A. (2003). *PERFIL SOCIO-DEPORTIVO DE DOS TIPOS DE USUARIOS DE GIMNASIO: UN ESTUDIO PILOTO*. Recuperado el 12 de Enero de 2016, de Universidad de

Sevilla: file:///C:/Users/pato/Downloads/Dialnet-PerfilSociodeportivoDeDosTiposDeUsuariosDeGimansio-1075742.pdf

Fantin, M. B. (7 de Abril de 2006). *Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados*. Recuperado el 04 de Enero de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122031010.pdf>

González-Cutr , D., & Sicilia, Á. (14 de Noviembre de 2012). *DEPENDENCIA DEL EJERCICIO FÍSICO EN USUARIOS ESPAÑOLES DE CENTROS DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO (FITNESS): DIFERENCIAS SEGÚN EL SEXO, LA EDAD Y LAS ACTIVIDADES PRACTICADAS*. Recuperado el 28 de Noviembre de 2015, de [http://www.researchgate.net/publication/233421661_DEPENDENCIA_DEL_EJERCICIO_FSICO_EN_USUARIOS_ESPAOLES_DE_CENTROS_DE_ACONDICIONAMIENTO_FSICO_\(FITNESS\)_DIFERENCIAS_SEGN_EL_SEXO_LA_EDAD_Y_LAS_ACTIVIDADES_PRACTICADAS](http://www.researchgate.net/publication/233421661_DEPENDENCIA_DEL_EJERCICIO_FSICO_EN_USUARIOS_ESPAOLES_DE_CENTROS_DE_ACONDICIONAMIENTO_FSICO_(FITNESS)_DIFERENCIAS_SEGN_EL_SEXO_LA_EDAD_Y_LAS_ACTIVIDADES_PRACTICADAS)

Laich, G. (23 de Diciembre de 2012). *Dr. Guillermo Laich Vigorexia: Adicción al Ejercicio*. Recuperado el 26 de Noviembre de 2015, de <http://www.guillermolaich.com/n/29/vigorexia--adiccion-al-ejercicio/lang/es>

Márquez, S., & De la Vega, R. (03 de Abril de 2015). *Nutricion Hospitalaria: Revisión La adicción al ejercicio: un trastorno emergente de la conducta*. Recuperado el 10 de Enero de 2016, de file:///C:/Users/pato/Downloads/8934.pdf

Mars Llopis, V. (2000). *Psicologia Online, Formación, Autoayuda, y CONsejos Online*. Recuperado el 15 de Enero de 2016, de <http://www.psicologia-online.com/pir/terapias-y-tecnicas-de-intervencion-de-psicologia.html>

Montero Dominguez, E. (2014). *DEFINICIONES DE LA DEPENDENCIA DEL EJERCICIO FÍSICO*. Recuperado el 15 de Octubre de 2015, de <http://www.psicologiaclinicaydeldeporte.es/Documentos/DefinicionesDE.pdf>

- Restrepo Escobar, S. M. (2 de Diciembre de 2011). *Adiccion las compras y al ejercicio*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2015, de <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/02/PonenciaDraSandraRestrepoEscobar.1284.pdf>
- Tom. (15 de Agosto de 2009). *Sicolog.com*. Recuperado el 09 de Enero de 2016, de <http://sicolog.com/?a=1681>
- Utgés Nogués , M. (2005). *TRastornos de la personalidad en adictos a la heroína y la seroconversión al VIH, una asociación relevante*. Recuperado el 1010 de Enero de 2016, de http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Maite_Utgues_Nogues_Los_trastornos_de_la_personalidad_en_adictos_a_la_heroina_y_la_seroconversion_al_VIH_una_asociacion_relevante.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 1

IDENTIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES

Este cuestionario tiene por objeto identificar las ideas irracionales que usted tiene y que contribuyen, inconscientemente, a incrementar su nivel de estrés y, en consecuencia a vivenciar emociones negativas.

INSTRUCCIONES PARA RESPONDER AL CUESTIONARIO

- No hay límite de tiempo para contestar al Cuestionario.
- No hay respuestas correctas o erróneas. Será útil en la medida que sea sincero/a en sus respuestas.
- No es necesario que piense mucho rato en cada ítem.
- Si está más de acuerdo que en desacuerdo con el ítem señale la casilla SI, si, por el contrario, está más en desacuerdo que de acuerdo, señale la casilla NO.
- Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.
- Conteste a todos los ítems

	PREGUNTAS	SI	NO		P
1	Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.			A	
2	Odio equivocarme en algo.			A	
3	La gente que se equivoca, logra lo que se merece.			A	
4	Generalmente acepto los acontecimientos con filosofía.			B	
5	Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia			B	
6	Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación.			A	
7	Normalmente aplazo las decisiones importantes.			A	
8	Todo el mundo necesita de alguien a quién recurrir en busca de ayuda y consejo			A	
9	“Una cebra no puede cambiar sus rayas”.			A	
10	Prefiero sobre todas las cosas pasar el tiempo libre de una forma tranquila.			A	
11	Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo porque respetar a nadie.			B	
12	Evito las cosas que no puedo hacer bien.			A	
13	Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo del infierno			A	
14	Las frustraciones no me distorsionan.			B	
15	A la gente no le trastornan los acontecimientos sino la imagen que tiene de ellos.			B	
16	Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros.			B	
17	Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes			B	
18	En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto			A	
19	Es casi imposible superar la influencia del pasado.			A	
20	Me gusta disponer de muchos recursos.			B	
21	Quiero gustar a todo el mundo.			A	

22	No me gusta competir en actividades en las que los demás son mejores que			B	
23	Aquellos que se equivocan merecen cargar con la culpa.			A	
24	Las cosas deberían ser distintas a como son.			A	
25	Yo provoco mi propio mal humor.			B	
26	A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza.			A	
27	Evito enfrentarme a los problemas.			A	
28	Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía			A	
29	Solo porque una vez algo afecto tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.			B	
30	Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer.			B	
31	Puedo gustarme a mí mismo aun cuando no guste a los demás.			B	
32	Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo			B	
33	La inmoralidad debería castigarse severamente			A	
34	A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan			A	
35	Las personas desgraciadas, normalmente, se deben este estado a sí mismas.			B	
36	No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra			B	
37	Normalmente tomo las decisiones tan pronto como puedo.			B	
38	Hay determinadas personas de las que dependo mucho			A	
39	La gente sobrevalora la influencia del pasado.			B	
40	Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo.			B	
41	Si no gusto a los demás es su problema, no el mío.			B	
42	Para mí es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.			A	
43	Yo pocas veces culpo a la gente de sus errores			B	
44	Normalmente acepto las cosas como son aunque no me gusten			B	
45	Nadie está mucho tiempo enfadado, a menos que quiera estarlo.			B	
46	No puedo soportar correr riesgos.			A	
47	La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan			A	
48	Me gusta valerme por mí mismo.			B	
49	Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.			A	
50	Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.			A	
51	Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.			A	
52	Disfruto de las actividades independientemente de lo bueno/malo que sea en ellas.			B	
53	El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.			A	
54	Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.			B	
55	Cuanto más problemas tiene una persona, menos feliz es.			A	
56	Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.			B	
57	Raramente aplazo las cosas.			B	
58	Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.			B	
59	Normalmente no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.			B	
60	Tener demasiado tiempo libre resulta aburrido.			B	

61	Me gusta recibir la aprobación de los demás, pero no tengo necesidad real de ello.			B	
62	Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.			A	
63	Todo el mundo es, esencialmente, bueno.			A	
64	Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja preocuparme.			B	
65	Nada es intrínsecamente perturbador, si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.			B	
66	Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro			A	
67	Me resulta difícil hacer las tareas desagradable			A	
68	Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.			B	
69	Somos esclavos de nuestro pasado			A	
70	A veces desearía poder irme a una isla tropical, y tenderme en la playa sin hacer nada			A	
71	A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.			A	
72	Me trastorna cometer errores.			A	
73	No es equitativo que “llueva igual sobre el justo que sobre el injusto”.			A	
74	Yo disfruto honradamente de la vida			B	
75	Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida.			A	
76	Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo			A	
77	Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora			B	
78	Pienso que es fácil buscar ayuda.			A	
79	Una vez que algo afecta a tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre			A	
80	Me encanta estar tumbado.			A	
81	Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí.			A	
82	Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.			A	
83	Generalmente doy una segunda oportunidad a quién se equivoca			B	
84	La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver			A	
85	Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo			B	
86	Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear			B	
87	No me gustan las responsabilidades			B	
88	No me gusta depender de los demás			B	
89	La gente nunca cambia básicamente.			A	
90	La mayoría de las personas trabajan demasiado y no descansan lo suficiente.			A	
91	Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador.			B	
92	No me gusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien			B	
93	Nadie es malo a pesar de que sus actos los sean			B	
94	Raramente me importunan los errores de los demás			B	
95	El hombre construye su propio infierno interior.			B	
96	Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro.			A	
97	Si tengo que hacer algo lo hago a pesar de que no sea agradable			B	

98	He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar			B	
99	No miro atrás con resentimiento			B	
100	No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada.			A	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Tea-Cegos-”Test de Creencias Irracionales de Ellis”- 03E16 122 AY/10 F92

PUNTUACIÓN DEL REGISTRO DE CREENCIAS

- 1) Si el ítem tiene la letra **A** y ha contestado “**SI**”, ponga una “cruz” (**X**) en la columna **P**.
- 2) Si el ítem tiene la letra **B** y ha contestado “**NO**”, ponga una “cruz” (**X**) en la columna **P**.
- 3) Pase las “cruces” al lugar correspondiente de la siguiente tabla, y sume el número de cruces que aparece en cada columna.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50		
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60		
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70		
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80		
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90		
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		

INTERPRETACIÓN

Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional que se explicita a continuación:

	IDEAS IRRACIONALES	P
1	Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.	
2	Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende	
3	Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.	
4	Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.	
5	Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como lo acontecimientos inciden sobre sus emociones.	
6	Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.	
7	Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente	
8	Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.	
9	El pasado tiene más influencia en la determinación del presente.	
10	La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.	

ANEXO N° 2

Escala de Adicción al Entrenamiento (EAE)

Marque con una X según usted considere dentro de los casilleros designados.

Preguntas	Respuestas
*1. He dejado de entrenar, sin problemas, cada vez que he querido.	Muy falso Muy cierto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7
2. No puedo dejar de entrenar por más que lo intente.	Muy falso Muy cierto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7
*3. Puedo resistir las ganas de entrenar todo el tiempo que quiera.	Muy falso Muy cierto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7
4. Necesito entrenar cada vez con más frecuencia.	Muy falso Muy cierto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7
5. Entrenar me relaja y/o me tranquiliza.	Muy falso Muy cierto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7
6. He notado que necesito entrenar más tiempo que antes.	Muy falso Muy cierto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7
7. Si me vienen las ganas de entrenar tengo que hacerlo inmediatamente.	Muy falso Muy cierto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7
8. Una vez he empezado, no puedo parar de entrenar hasta que algo exterior me lo impide.	Muy falso Muy cierto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7
9. Cuando estoy un tiempo sin entrenar siento inquietud o nerviosismo.	Muy falso Muy cierto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7
*10. Si algo me impide entrenar no siento ninguna molestia y noto tranquilidad.	Muy falso Muy cierto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7
11. Siento placer al entrenar.	Muy falso Muy cierto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7

Versión adaptada (Ruiz-Juan, Zarauz Sancho y Arbinaga 2013)

PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE ADICCIÓN AL ENTRENAMIENTO (EAE)

Consta de once ítems que valoran tanto la adicción al deporte de forma global, como sus cuatro dimensiones:

- Positivas y deseable placer y relajación
- Negativas y no deseables tolerancia, carencia de control y abstinencia y ansia.

*Puntuar en una escala del 1 (muy falso) al 7 (muy cierto) las siguientes afirmaciones que mejor describan su actitud hacia el entrenamiento”.

Los resultados de la escala global se agrupan en tres categorías:

- Adicción baja (de 11 a 33 puntos)
- Adicción media (de 34 a 55 puntos)
- Adicción alta (entre los 56 y los 77 puntos).

Los resultados de cada subescala se valoran con una puntuación media de 1 a 7.

ITEMS DE LA DIMENSIONES DE LA EAE		
DIMENSIONES	PREGUNTAS	VALOR
Placer y Relajación	5	
	11	
Tolerancia	4	
	6	
Carencia de control	2	
	7	
	8	
Abstinencia y Ansia	*1	
	*3	
	9	
	*10	
TOTAL	

GRADO DE ADICCIÓN

Versión adaptada (Ruiz-Juan, Zarauz Sancho y Arbinaga 2013).

ANEXO N^o 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



En el presente documento se pretende recolectar datos que aporten en la investigación denominada, “Ideas irracionales y la adicción al entrenamiento de usuarios del gimnasio “Lomas” de Riobamba, periodo septiembre 2015- febrero 2016”, de los estudiantes de psicología clínica: Agualsaca Pilatuña Holguer Patricio y Murillo Andrade Dennis Patricio.

Instrucciones

1. Lea detenidamente cada ítem que se presenta a continuación
2. Marque una sola respuesta según lo que usted considere correcto, tomando en cuenta su entrenamiento en el gimnasio.
3. Responda con la debida sinceridad.

CUESTIONARIO

1. ¿Cuánto tiempo de entrenamiento físico mantiene diariamente?

A	30 minutos	
B	1 hora	
C	1 hora 30	
D	más tiempo	

2. ¿Cuántos días por semana entrena usted?

A	De lunes a viernes	
B	3 veces por semana	
C	1 vez por semana	
D	Cada vez que quiero	

3. ¿Qué tiempo asiste al gimnasio?

A	1 mes	
B	3 meses	
C	6 meses	
D	Más de 6 meses	

4. ¿Asiste al Gimnasio a pesar de tener compromisos importantes?

A	SI	
B	NO	

5. ¿Ha sentido malestar (ansiedad, mal humor, depresión, etc.) cuando no asiste al gimnasio?

A	SI	
B	NO	

6. ¿Ha sentido la necesidad de entrenar con más intensidad y frecuencia?

A	SI	
B	NO	

7. ¿Cree usted que el ejercicio controla su vida?

A	SI	
B	NO	

8. ¿Ha comenzado a controlar su alimentación con más frecuencia que antes?

A	SI	
B	NO	

9. ¿Ha sufrido lesiones físicas debido a su actividad deportiva?

A	SI	
B	NO	

10. ¿Estado conforme con los resultados de su entrenamiento deportivo?

A	SI	
B	NO	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Extraído de Sandra Milena Restrepo Escobar, Psicóloga Especialista en Farmacodependencia, IV congreso internacional de adicciones "De las drogas a las dependencias no químicas" Medellín 2011

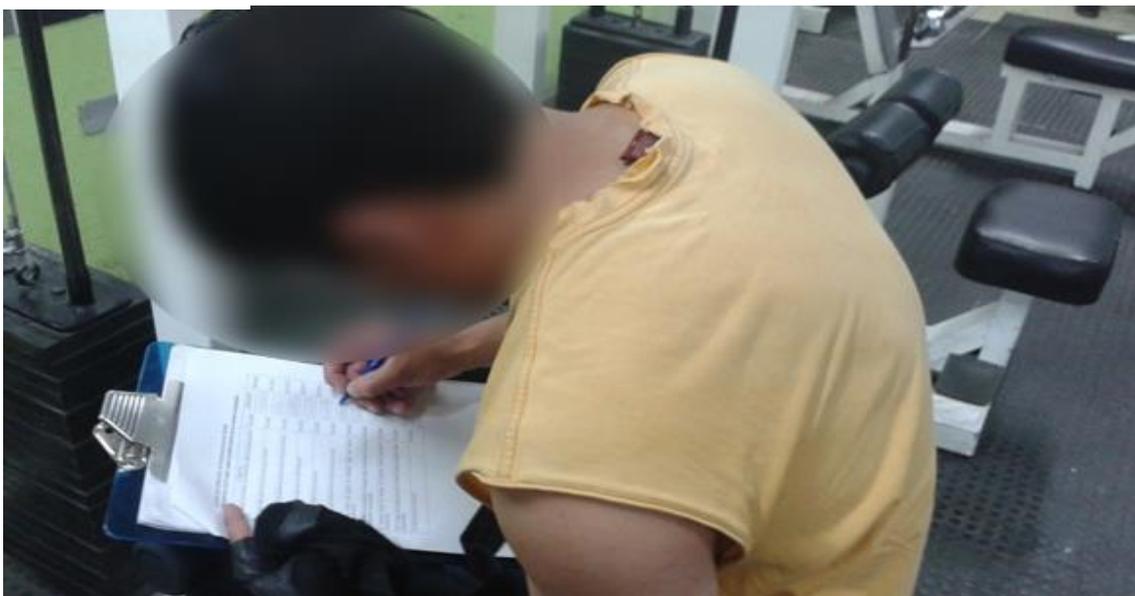
ANEXOS N° 4

Fotografías de la entrega del consentimiento informado, aplicación de baterías psicológicas y entrega de resultados



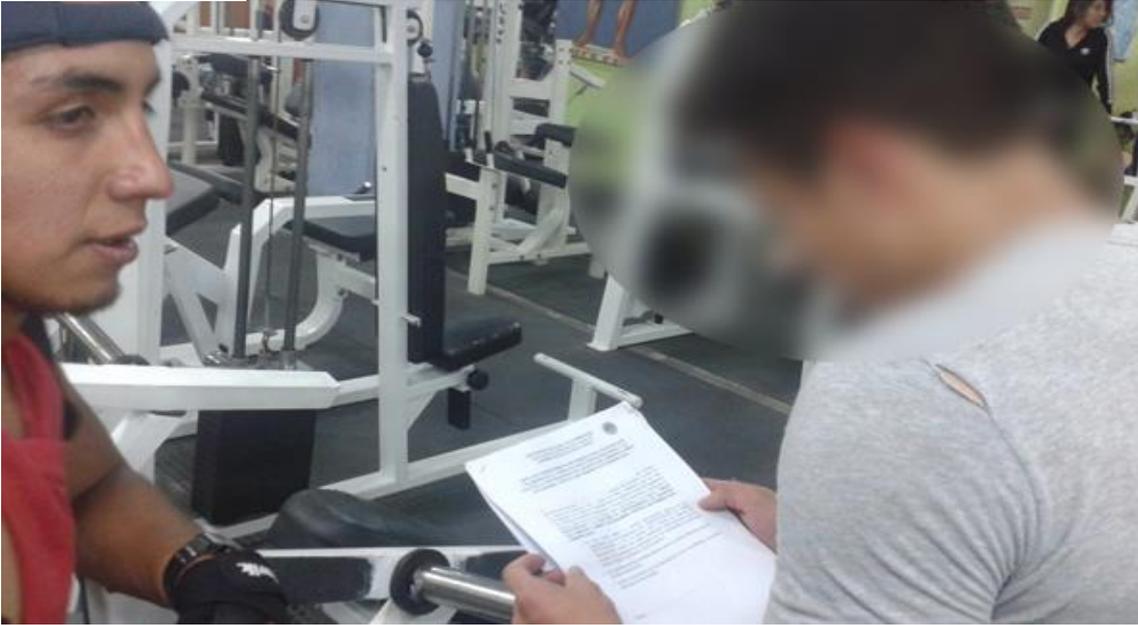
Aplicación de test de creencias Irracionales del Albert Ellis, a los usuarios del Gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba.

ANEXOS N° 5



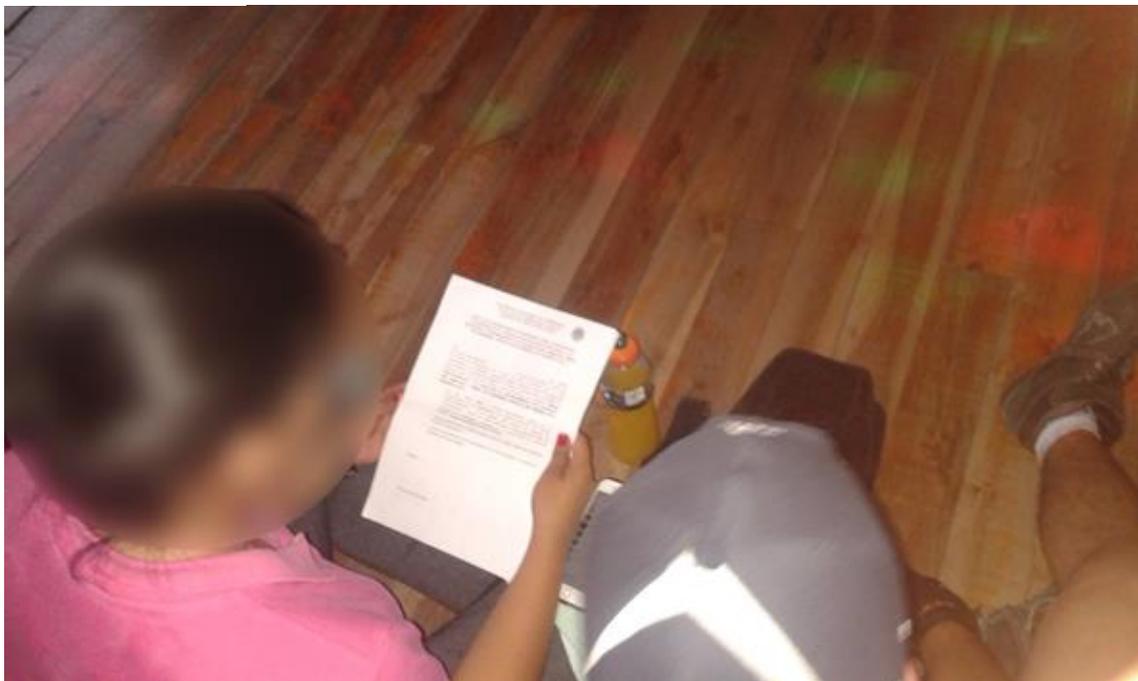
Aplicación de la escala de adicción al entrenamiento (EAE), a los usuarios del Gimnasio “Lomas” de la ciudad de Riobamba.

ANEXOS N°6



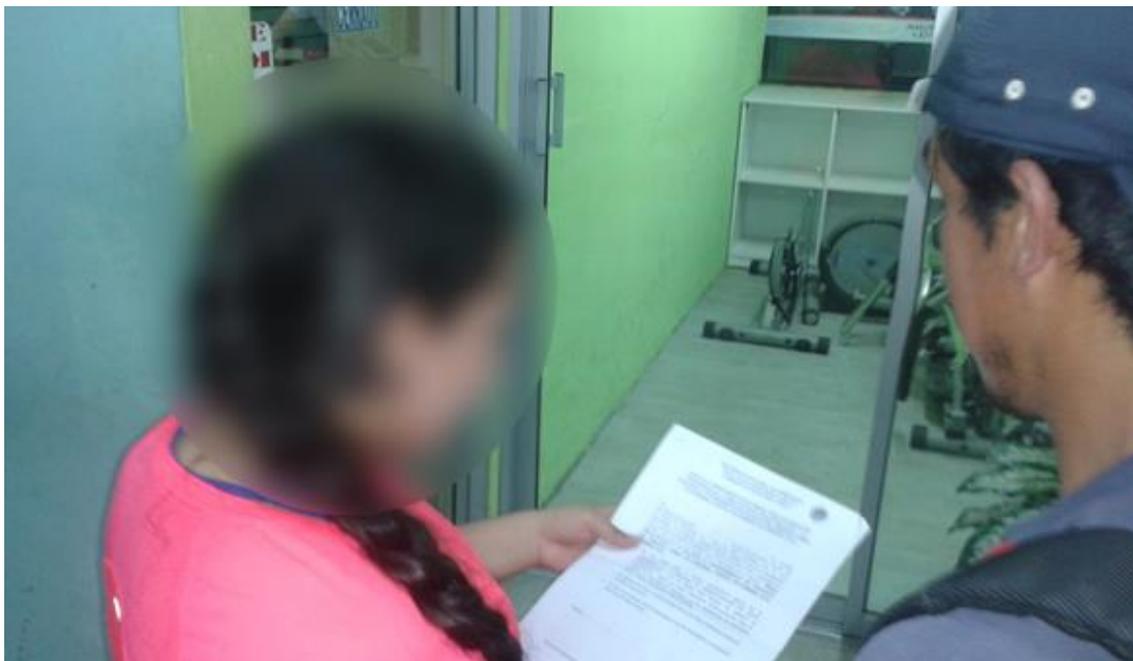
Entrega de consentimiento informado a usuarios del Gimnasio Lomas de la ciudad de Riobamba.

ANEXOS N°7



Entrega de consentimiento informado a usuarios del Gimnasio Lomas de la ciudad de Riobamba.

ANEXOS N° 8



Entrega de consentimiento informado a usuarios del Gimnasio Lomas de la ciudad de Riobamba.

ANEXOS N° 9



Entrega de resultados de la aplicación del test de Ideas Irracionales de Ellis y la escala de adicción al entrenamiento (EAE).