



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Programa Profesional de Psicología



Vigorexia y el Trastorno Narcisista de la Personalidad en Varones Fisicoculturistas

Tesis presentada por el bachiller:
JHAZMANY JESUS CUADROS SOLANO,
Para obtener el Título Profesional de:
Licenciado en Psicología

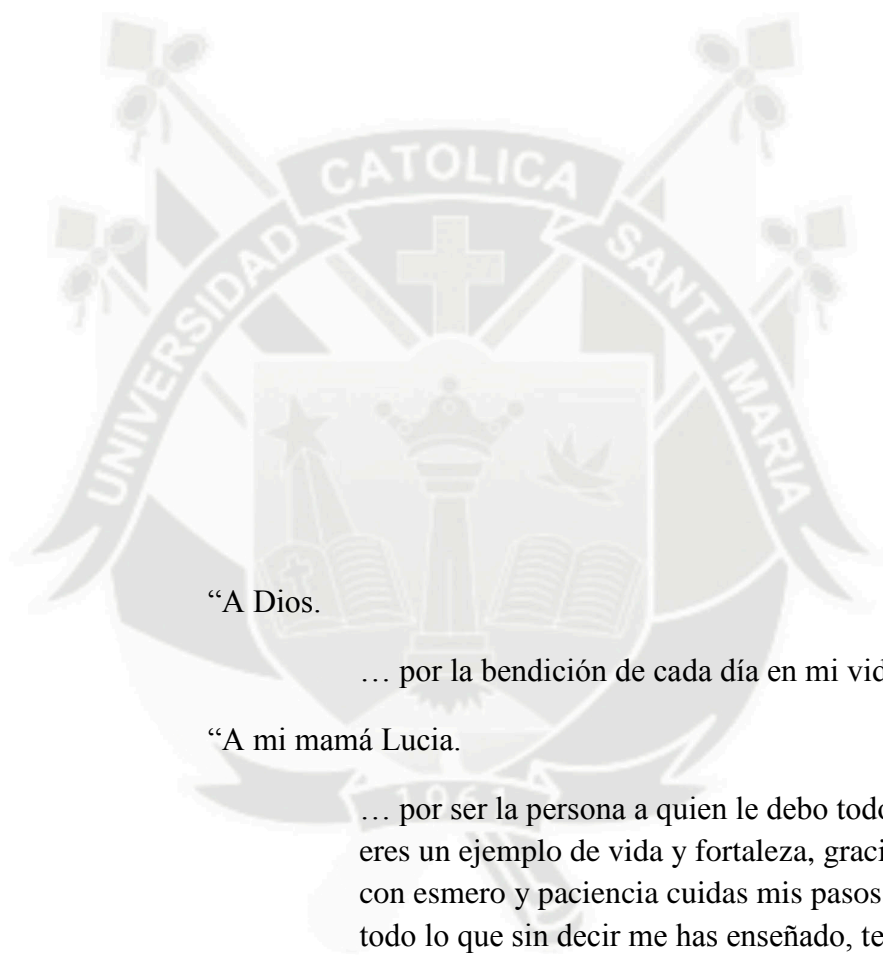
AREQUIPA – PERÚ

2013



“Toda convicción es una cárcel”

Friedrich Nietzsche



“A Dios.

... por la bendición de cada día en mi vida”.

“A mi mamá Lucia.

... por ser la persona a quien le debo todo lo que soy, eres un ejemplo de vida y fortaleza, gracias porque con esmero y paciencia cuidas mis pasos, gracias por todo lo que sin decir me has enseñado, te quiero”.

“A mi papá Jesús.

... por haber estado a mi lado en el momento más difícil de mi vida”.

“A mis abuelos.

... gracias por sus dulces cuidados “.

“A ti.

... por ser mi más grande motivación”.

Índice

Epígrafe.....	02
Dedicatoria.....	03
Resumen.....	06
Abstract.....	07
Capítulo I	
Marco teórico.....	08
Introducción.....	09
Problema.....	11
Variables.....	11
Interrogantes secundaria.....	12
Objetivos.....	12
Antecedentes teóricos.....	13
Vigorexia.....	13
Diagnostico.....	16
Proteínas, endorfinas y esteroides.....	19
Etiopatogenia y modelos explicativos.....	26
Etiopatogenia.....	26
Modelos explicativos.....	28
Factores relacionados con la presentación de la vigorexia.....	30
Prevalencia.....	31
Trastorno narcisista de la personalidad.....	32

Consideraciones iniciales el trastorno narcisista de la personalidad.....32

Prevalencia.....35

Hipótesis.....36

Capítulo II

Diseño metodológico.....37

Tipo de investigación.....37

Técnicas e instrumentos.....37

Población y muestra.....41

Estrategia de recolección de datos.....42

Criterios de procesamiento de información.....42

Capítulo III

Resultados.....43

Discusión.....54

Conclusiones.....58

Referencias.....59

Anexos.....62

Resumen

Se investigó la relación entre Vigorexia y el Trastorno Narcisista de la Personalidad en varones que practican el fisiculturismo a nivel competitivo. La muestra fue de 90 fisiculturistas varones de Arequipa-Perú. Se utilizó el Cuestionario del Complejo de Adonis y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Los resultados muestran que existe una relación estadísticamente significativa entre la Vigorexia y el Trastorno de Personalidad Narcisista. El 48,9% de los fisiculturistas mostraron vigorexia a nivel patológico, el 47,8% mostraron un nivel grave, siendo esto el 96,7% de la muestra. El 74,4% presentan un indicador elevado del trastorno narcisista, el 25,6% perciben un indicador moderado, siendo estos los indicadores más altos, encontrándose un 0,0% en los indicadores nulo, bajo y sugestivo.

Palabras clave: Vigorexia, trastorno narcisista de la personalidad, fisiculturista.

Abstract

We investigated the relationship between Vigorexia and Narcissistic Personality Disorder in men who have a competitive bodybuilding, the sample was 90 bodybuilders. We used the Adonis Complex Questionnaire and Millon Clinical Multiaxial Inventory II. The result announced we found that there is a statistically significant relationship between the Vigorexia and Narcissistic Personality Disorder. The 48.9% of the bodybuilders showed vigorexia pathological level, 47.8% showed a serious level, this being 96.7% of the sample. 74.4% have a high indicator of narcissistic disorder, 25.6% perceived moderate indicator, which are the highest indicators, being 0.0% in null indicators, low and suggestive.

Key words: Vigorexia, narcissistic personality disorder, bodybuilder.



CAPITULO I

MARCO TEORICO

Introducción

¿Practicar mucho ejercicio físico es bueno o malo? ¿Se puede llegar a enfermar por hacer mucho ejercicio físico? ¿Puede el gimnasio llegar a “engancharse” y convertirse en una adicción u obsesión? ¿Puede una persona llegar a cambiar toda su vida y ponerla en función de sus horas de gimnasio? ¿Hay alguna forma de saber si alguien ya tiene en un nivel excesivo en la práctica deportiva? ¿Qué se sabe de todo esto?

Una nueva “moda” tiene lugar en las sociedades industrializadas y comienza a alarmar a especialistas de diferentes ámbitos; se trata de una moderna obsesión por la perfección del cuerpo que tiene distintas formas de manifestarse, aunque una sintomatología común en el deseo de una imagen corporal perfecta.

Hasta hace poco toda práctica de deporte se consideraba sana, sin embargo, desde hace unos años, diversos estudios están poniendo de manifiesto que la obsesión por el gimnasio puede convertirse en un trastorno o enfermedad, que termina por alterar toda la vida de alguien que lo padece. A este novedoso trastorno se le ha denominado Vigorexia o Dismorfia Muscular.

Durante las últimas décadas han sido las mujeres las hostigadas por la sociedad para que mantuvieran una figura extremadamente delgada, que en muchos casos las han llevado a trastornos tan graves como la anorexia nerviosa o la bulimia, los hombres comienzan en siglo XXI siendo el nuevo objetivo de esa epidemia de obsesión por la imagen corporal. A los hombres se les está vendiendo el cuerpo bello es aquel que no tiene grasa y está fibrado-musculado, y la presión por generalizar este modelo de imagen es cada vez más intensa. La respuesta de ciertos hombres está siendo la obsesión por el gimnasio, por la dieta, por los

productos químicos, obsesión que en algunos casos puede llegar a convertirse en un trastorno grave, igual que en las mujeres ocurre con la anorexia o bulimia.

Los cánones de belleza corporal son un hecho que se remonta tiempo atrás en la historia de la humanidad. Sin embargo, es quizás hoy donde el culto al cuerpo cobra una nueva dimensión con relevante implicación social, económica y sanitaria. Tanto así que, en este último aspecto, se llega a considerar sus consecuencias sobre el organismo como un grave problema de salud pública.

No es raro observar cómo se establecen unos cánones estéticos como símbolo de triunfo social, más allá de cualquier otra cualidad personal, pudiendo llevar a consecuencias graves e irreversibles para alguno de los sujetos que se ven envueltos en tales mecanismos de presión.

La vigorexia también conocida como dismorfia muscular es un trastorno descrito por primera vez en 1993 por el doctor Harrison Pope. Es un desorden emocional que se caracteriza por una obsesión enfermiza por ganar masa muscular que afecta principalmente a varones jóvenes, pero que también lo pueden sufrir las mujeres. Los afectados ven su cuerpo poco desarrollado, enclenque, por lo que acuden asiduamente al gimnasio, se observan frecuentemente al espejo y llevan un control estricto tanto de su peso como del perímetro de sus bíceps y torso.

A primera vista podrían ser el orgullo y tranquilidad de millones de padres, pues prefieren el ejercicio físico a otros hábitos. Sin embargo, son personas enfermas de vigorexia.

Cuando el constante ejercicio hace el efecto esperado (crecimiento de la masa muscular) quienes sufren de vigorexia no lo ven así, creen que siguen débiles, por lo que recurren entonces a una alimentación rica en proteínas y carbohidratos, prescinden de las grasas y, en algunos casos, llegan a consumir hormona del crecimiento, esteroides y anabólicos.

Así mismo debemos estar conscientes que hay altas posibilidades que las personas con problemas de vigorexia tengan Trastorno Narcisista de la personalidad ya que dicho trastorno se percibe claramente en aquellos individuos cuyo egocentrismo les crea una gran necesidad de admiración que, junto a una autoimagen distorsionada, hace que cualquier actividad o logro, de los que se jactan sin ningún rubor, entre de lleno dentro de la exageración y esté desconectada por completo de su auténtica realidad.

Problema

¿Los varones que practican el fisicoculturismo a nivel competitivo, que tengan vigorexia tenderán a desarrollar el trastorno de la personalidad narcisista?

Variables

Variable 1: Vigorexia.

Definición Operacional: Trastorno caracterizado por la excesiva práctica de ejercicio debido a una obsesiva preocupación por el aspecto físico y por desarrollar masa muscular, lo que hace que se vea afectada toda la vida psicológica y social del individuo llegando incluso a tener implicaciones de tipo médico (DSM – IV – TR, 2000).

Variable 2: Trastorno narcisista de la personalidad.

Definición Operacional: Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía (DSM – IV – TR, 2000).

Interrogantes secundarias:

- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre la edad, vigorexia y el trastorno narcisista de la personalidad?
- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre el estado civil, vigorexia y el trastorno narcisista de la personalidad?
- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre la ocupación, vigorexia y el trastorno narcisista de la personalidad?

Objetivos

Objetivo General: Comprobar la relación que existe entre la vigorexia en varones que practican el fisicoculturismo a nivel competitivo y el trastorno narcisista de la personalidad.

Objetivos Específicos:

- Determinar el grado de relación que existe entre la edad de los fisicoculturistas, vigorexia y el trastorno narcisista de la personalidad.
- Determinar el grado de relación que existe entre el estado civil de los fisicoculturistas, vigorexia y el trastorno narcisista de la personalidad.
- Determinar el grado de relación que existe entre la ocupación de los fisicoculturistas, vigorexia y el trastorno narcisista de la personalidad.

Antecedentes Teóricos - Investigativos

La *vigorexia* es considerada como una alteración de la salud caracterizada por una preocupación patológica de ser débil y no tener suficiente desarrollo muscular del cuerpo – aun teniéndolo – y que se manifiesta en la incapacidad de ver con exactitud el tamaño del propio cuerpo, con pensamientos obsesivos, así como comportamientos negativos relacionados con la apariencia, exceso de ejercicio, dieta inapropiada, consumo de sustancias peligrosas (Baile, 2005).

La dependencia del ejercicio se ha definido como una combinación de características biomédicas parecidas a las de adicciones con síntomas de abstinencia y comportamiento estereotipado, ligado a otros aspectos psicosociales como la interferencia con la vida social / familiar y las gratificaciones positivas (Gutiérrez. 2007).

La dependencia del ejercicio refleja la motivación de continuar haciendo ejercicio con base al deseo de controlar la línea y el peso, la necesidad de contacto social y la búsqueda de la salud física. También refleja un reconocimiento de un problema de conducta subjetivamente percibido por el individuo (Gutiérrez y Ferreira, 2007).

Dicho trastorno que se denominó en sus inicios “Anorexia Nerviosa Inversa” (Reverse Anorexia) o incluso “Big-orexia”, ha evolucionado, como veremos más adelante, hasta el término más actual de “Dismorfia Muscular” o “dimorfofobia” o como también “Complejo de Adonis”. En la actualidad se denomina sobre todo “*Vigorexia*”. Aunque se han utilizado otros muchos nombres como: síndrome del hombre de hierro, síndrome del culturista, ortorexia, megarexia (Baile, 2005).

El término *vigorexia* entró a forma parte del vocabulario psicológico alrededor del año 1993 de la mano de Harrison G. Pope, un psiquiatra de la Harvard Medical School. Hope

había realizado una investigación en la cual apreció que el 10% de los hombres que acuden al gimnasio sufren una especie de trastorno obsesivo relacionado con el desarrollo de los músculos.

Este nuevo trastorno se refería al deseo de ganar volumen corporal, en forma de masa muscular, no grasa, y una alteración de la imagen corporal, ya que se veían pequeños y débiles cuando realmente eran grandes y musculosos. Los sujetos afectados tenían ideas obsesivas sobre su cuerpo y realizaban una práctica de ejercicio físico compulsivo para agrandarlo. Sus relaciones socio-laborales se veían afectadas por pasar gran parte de su tiempo en el gimnasio o por evitación de situaciones donde los demás puedan ver su cuerpo. Además la dieta era muy estricta y la suplementaban con sustancias proteicas, termogénicos u hormonas anabolizantes. Se ha considerado esta sintomatología contraria a la de la anorexia nerviosa, de ahí que la han llamado anorexia inversa (reverse anorexia). En posteriores estudios los mismos autores la han denominado “Complejo de Adonis” (Adonis era el ideal masculino de la belleza en la mitología griega). Otros autores han matizado el termino, ya que no parece tanto un trastorno del comportamiento alimentario como la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, sino más bien un *trastorno somatomorfo*, de ahí que se hayan sugerido también términos como *dismorfia muscular o vigorexia* (Muñoz R. & Martínez A. 2007).

Por tanto nos movemos en un campo confuso donde coexisten los nombres de: Anorexia inversa, Dismorfia muscular o dismorfofobia, Complejo de Adonis y Vigorexia. En la actualidad, según un estudio realizado por Baile parece que los términos “Anorexia Nerviosa Inversa” o “Dismorfia muscular”, pueden ser los más utilizados en el ámbito científico internacional, siendo “Vigorexia” el término más extendido en los textos en castellano (Baile, 2003).

El ejercicio y el deporte pueden contribuir a mejorar la calidad de vida. Sin embargo, algunos ejercicios habituales no siempre asocian la actividad física con la sensación de algo bien hecho o con la promoción de la salud. Esto se da especialmente cuando el ejercicio físico empieza a tener un aspecto negativo sobre la salud mental y física (Gutiérrez C. 2007). Revisar citas de texto

Según García A. el cuerpo mueve toda una industria pero lo perverso del sistema es que en la vigorexia se viene el suplicio de Tántalo; hay un derroche de energía que es totalmente inútil para la colectividad y para uno mismo. Se gasta pero no se produce. Es el propio sujeto el que se “beneficia” de su esfuerzo porque no produce nada material con esa potencia y fuerza adquiridas. Ni siquiera la utiliza para una conquista amorosa.

No olvidemos que los estereotipos sociales tildaron de incultos brutos a los forzudos durante mucho tiempo. ¿Por qué este sufrimiento inútil? Puede que exista cierto matiz de autodestrucción o autocastigo en la conducta de base y si así fuera ¿A que puede ser debido? (Baile, 2005).

Diagnostico

La vigorexia, fue descrita por Pope en 1993 con las siguientes características:

- *Distorsión de la imagen corporal*; percepción irreal de un cuerpo insuficientemente musculado.
- *Baja autoestima*; presencia de pensamientos intrusivos responsables del deficiente desarrollo de la autoestima del sujeto.
- *Práctica deportiva excesiva*; independientemente de que las condiciones climatológicas sean adversas y de sufrir molestias o indisposición, con una meta centrada exclusivamente en el culto al cuerpo y no en el rendimiento físico o en una meta deportiva. Dedicación de una media de 5 horas diarias al desarrollo de la musculatura cuando lo normal son 40 minutos en deportistas no identificados con el trastorno.
- *Abandono de compromisos sociales y laborales*.
- *Comprobación compulsiva del peso*; lo que se le denomina “adicción a la báscula.
- *Tendencia progresiva a la medicación*; consumo descontrolado de anabolizantes, esteroides y complejos vitamínicos.
- *Dieta hiperproteica*; hasta 4500 kcal diarias cuando lo normal serian 2500 kcal.

Morgan (2002) propone los siguientes criterios:

- Alteración de la imagen corporal.
- Actitudes alimenticias alteradas (deseo de ganar peso sin ganar grasa)
- Pensamiento obsesivo sobre el desarrollo muscular.
- Abuso en el consumo de hormonas esteroideas.

- Evitación de situaciones sociales.
- Alteración de la actividad corporal.

Lantz, Rea y Cornelius (2002) Clasifican en dos grupos las manifestaciones en la vigorexia:

- Manifestaciones relacionadas con el cuerpo.
- Manifestaciones relacionadas con la alimentación.

Muñoz y Martines (2007) han especificado aún más la descripción de la vigorexia con las siguientes apreciaciones relativas a la introducción en la dieta de:

- Suplementos alimenticios compuestos por proteínas extraídas del suero de leche, del huevo, la carne (al 90 por 100 de concentración a veces) en polvo, barritas o batidos.

También describen el consumo ocasional o pautado de:

- Carnitina o creatina.
- Esteroides anabolizantes.
- Hormonas del crecimiento.
- Diuréticos, insulina, agua destilada, café.
- Abuso en algunos casos de productos veterinarios.

Diagnóstico de la vigorexia y dismorfia muscular DSM – IV – TR (2000)

- A. Preocupación excesiva por falta de músculo del propio cuerpo: el sujeto se dedica a pensar en ello más de una hora diaria.
- B. Dependencia del ejercicio físico:
 - Insistencia de practicar deporte diariamente entre tres y cuatro horas y media
 - Síndrome de abstinencia con cuadro de irritabilidad, ansiedad y depresión si se imposibilita el ejercicio.

- Se mantiene el ejercicio físico a pesar de estar contraindicado por motivos sociales
- Médicos
- C. Excesiva atención a la dieta, dirigida al desarrollo muscular:
 - Reducir al mínimo el consumo de grasas
 - Incrementar la cantidad de glúcidos para que sirvan como fuente de energía, así como proteína para ganar músculos
 - Suplementos proteícos compuestos fundamentalmente por proteínas extraídas del suero de la leche o del huevo en forma de polvo, barritas o batidos
 - Uso de complejos vitamínicos a veces acompañados con minerales y electrolitos para minimizar su déficit por una dieta inadecuada.
 - Consumo de gran cantidad de agua, diuréticos y cafeína.
- D. Aceptación del sufrimiento y del daño físico como camino para conseguir el desarrollo muscular.
- E. Baja autoestima. La enfermedad deriva en un cuadro obsesivo compulsivo que hace que el vigorexíco se sienta un fracasado.
- F. Control continuo del peso, incluso varias veces al día.
- G. Medición del grosor de los músculos, en ocasiones todas las mañanas, para determinar si se ha perdido masa muscular por la noche.
- H. Personalidad introvertida e inmadura.
- I. Consumo de otras sustancias para acelerar el proceso.
 - Sustancias existentes en el propio organismo, como la creatina o la carnitina, que favorecen el aumento del volumen muscular y/o el aprovechamiento energético.

Esteroides anabolizantes. Utilizados para aumentar la masa muscular y perder grasa; su comercio y consumo sin control sanitario están prohibidos.

En cuanto al *Perfil de Personalidad*, nos encontramos con varias propuestas relacionadas con personalidades similares a las personalidades adictivas:

- Dificultad en las relaciones interpersonales.
- Baja autoestima.
- Introversión.
- Tendencia a inseguridad personal, duda e ineficacia.
- Tendencia a la depresión.

También se habla de perfil SIMON (Soltero – Inmaduro – Masculino – Obsesivo – Narcisista).

La realidad es que al día de hoy, las principales clasificaciones diagnósticas (CIE – 10 y DSM – IV – TR) aún no lo han incluido como un trastorno independiente. Aún estamos debatiendo los posibles factores etiológicos. De hecho *Pope et al. (2006)* se preguntan si la distorsión de la imagen corporal en este tipo de pacientes puede ser debida al consumo de anabolizantes, en cuyo caso hablaríamos de una consecuencia y no de un factor desencadenante (García 2011).

Proteínas, Endorfinas y Esteroides

Las proteínas son macromoléculas formadas por la unión de aminoácidos.

Los aminoácidos pueden ser:

- *Esenciales*; que deben incorporarse por la dieta porque nuestro organismo no los fabrica.
- *No esenciales*; sintetizados por nuestro organismo.

Constituyen alrededor del 50% del peso seco de los tejidos y no existe proceso biológico que no dependa de la participación de estas sustancias.

Las proteínas con un valor biológico alto son además de las de la leche materna, las de los huevos. Le siguen las de la carne, el pescado y los lácteos. Las de origen animal son más completas y nutritivas que las de origen vegetal, incompletas y de menor valor biológico. Energéticamente aportan al organismo 4 Kcal de energía por cada gramo que se ingiere y la recomendación es que su consumo sea de un gramo de proteína por kilogramo de peso.

Efectos del consumo excesivo de proteína

- Sobrecarga renal y hepática.
- Aumento del ácido úrico.
- Aumento del calor corporal.
- Estreñimiento.
- En adultos lesiones articulares y formación de ateromas arteriales.
- A largo plazo cansancio y decaimiento.

Antes de definir las endorfinas y los esteroides anabolizantes, es necesario definir los conceptos asociados a las adicciones (DSM – IV – TR. 2000).

- *Consumo*: Ingestión de sustancias en cantidades moderadas.
- *Intoxicación*: Respuesta fisiológica como consecuencia de la ingesta de sustancias.
- *Abuso*: El abuso se determina en función de la interferencia que genera la sustancia en la vida del sujeto.
- *Tolerancia*: Hace referencia al consumo continuado con necesidad de cantidades cada vez mayores para obtener un mismo efecto.
- *Abstinencia*: Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

Es de dominio público la accesibilidad a webs que venden en internet estos productos libremente.

Endorfinas: Las endorfinas son un grupo de hormonas fisiológicas que generan analgesia y sensación de relajación y felicidad. También se han llamado opiáceos endógenos porque producen efectos similares a los analgésicos derivados del opio.

Estas moléculas se encuentran implicadas en múltiples situaciones. Son liberadas durante la práctica del ejercicio físico y en el orgasmo, produciendo una sensación de placer natural, similar al que podrían producir algunas drogas. Combaten el estrés y mejoran la inmunidad. Descubiertas en 1975, pertenecen al grupo de neurotransmisores (moléculas mediadoras en la comunicación neuronal). Existen 20 tipos de endorfinas, algunas localizadas en la glándula pituitaria.

Son necesarias cantidades muy pequeñas para producir importantes efectos sobre la actividad neuronal y sobre el comportamiento. Sin embargo, tienen una vida corta porque las endorfinas son unas enzimas que se destruyen; por eso necesitamos producirlas de forma continua. Entre sus *efectos* destacan: (García, 2011).

- Inhibición de dolor.
- Eliminan la ansiedad.
- Promueven un estado de ánimo que va desde lo agradable hasta la sensación de éxtasis.
- Combaten la depresión.
- Agudizan vista y olfato.
- Moderan la respiración.
- Disminuyen la tos.
- Contraen las pupilas.
- Reducen la tensión sanguínea.

- Aumentan la sudoración y la temperatura corporal.
- Incrementan el hambre y la sed.
- Amplían el reparto de histamina.
- Favorecen el sueño.

Durante el ejercicio retrasan el cansancio; sería una respuesta adaptativa corporal cuyo fin consistiría en bloquear el dolor causado por el aumento de productos ácidos en los músculos, pero es necesaria cierta intensidad para obtener resultados. En cuanto a su responsabilidad en la dismorfia muscular las endorfinas son adictivas al ser las responsables de proporcionar una sustancia de bienestar asociada al ejercicio físico. En el caso de cese brusco de la actividad deportiva se produce un <Síndrome de Abstinencia> caracterizado por el descenso del umbral de dolor e irritabilidad, típicas en el deportista lesionado (García 2011).

Esteroides Anabolizantes; los esteroides androgénicos anabolizantes son sustancias químicas derivadas de la hormona testosterona. Entre sus efectos destacan:

- Promover rasgos relacionados con el comportamiento masculino.
- Acumulación anabólica que favorece al crecimiento tisular, óseo y muscular.

Los primeros derivados de la testosterona se sintetizaron hacia 1930 (Baile, 2005; Wroblewska, 1997). En un principio se utilizaron los tratamientos para el cáncer de mama, déficit en el desarrollo o en el síndrome de Turner. Posteriormente en la década de los 50, empezaron a utilizarse por los deportistas como un método de desarrollo muscular complementario a los entrenamientos. En las últimas décadas este consumo se ha extendido a los usuarios de gimnasios.

Los esteroides según Carmona, Roses y Viadel (2009) se clasifican en tres grupos. En el primer grupo se consideran la *Testosterona y derivados*: propionato, sustanon, omnadren,

testoviron, cipionato, undecanoato, enantato, undecilneato de boldeno (de uso veterinario), metiltestosterona, metandrostenolona.

En el segundo grupo el *dihidrotestosterona y derivados*: drostanolona, oxinretolona, estanozolol, metelonona, oxandrolona, etilestrenol, testolactona, dromostenolona.

En el tercer grupo la *nandrolona y derivados*: decanoato de nandrolona, fenylpropionato de nandrolona, noretandrolona, etilestrenol, trenbolona.

Las vías de administración pueden ser: tópica, oral, intramuscular o intravenosa.

Los esteroides administrados oralmente son: la oximetolona, oxandrolona, metandrostenolona y estanozolol.

Los administrados vía inyectable son: nandrolona – decanoato, nandrolona – fenpropionato, testosterona cionato y baldononaundecilato.

También se consumen fármacos anticancerígenos para el cáncer de mama que retrasan o evitan en crecimiento de tejido mamario (García, 2011)

Existen dos programas de administración:

- El **stacking** o apilamiento; que combina dos o más fármacos diferentes orales o inyectables.
- El **pyramidal** o piramidal; que comienza con pequeñas dosis que van aumentando en un periodo entre 4 y 12 semanas con una pausa de tiempo similar comenzando a continuación otro ciclo con bajas dosis (Barlow & Durand, 2006).

A lo largo de un ciclo se pueden mezclar varios tipos de esteroides incluso algún anabolizante de uso veterinario, hormonas del crecimiento humano en elevadas dosis, hormonas androgenizantes como correctores de los efectos secundarios de los esteroides, protectores del hígado y complejos vitamínicos y proteicos. En una semana intermedia; el

sujeto podría estar ingiriendo en un mismo día hasta seis hormonas distintas, dos tipos de hormonas del crecimiento y algún protector hepático (Baile. 2005).

En cuanto a los *efectos adversos* se pueden clasificar desde el punto de vista orgánico o por géneros.

A) *Efectos Orgánicos* según García (2011).

Efectos sistémicos: Los principales efectos sistémicos adversos se observan en el hígado; hematomas, adenomas y adenocarcinomas, disminución del colesterol HDL y aumento de lipoproteínas de baja densidad, disminución del tamaño testicular, disminución de espermatogénesis e infertilidad, en algunos casos síndrome convulsivo, aumento de volumen prostático, aumento de la micción nocturna y disminución del flujo urinario total.

Ámbito cardiovascular; aumento de la presión sanguínea, hipertrofia ventricular izquierda concéntrica, arteriosclerosis, vasoespasmos.

Otros efectos pueden ser; aumento del impulso sexual, cefalea, dolor articular, ginecomastia, acné, aumento del vello corporal, cambios adrenales y tumor de Wilms.

Efectos Anticatabólicos; aumento de la masa muscular, aumento de la agresividad y de la hostilidad, variaciones en el colesterol total y en el recuento del hematocrito.

B) *Efectos según Género* según Carmona, Roses y Viadel (2009).

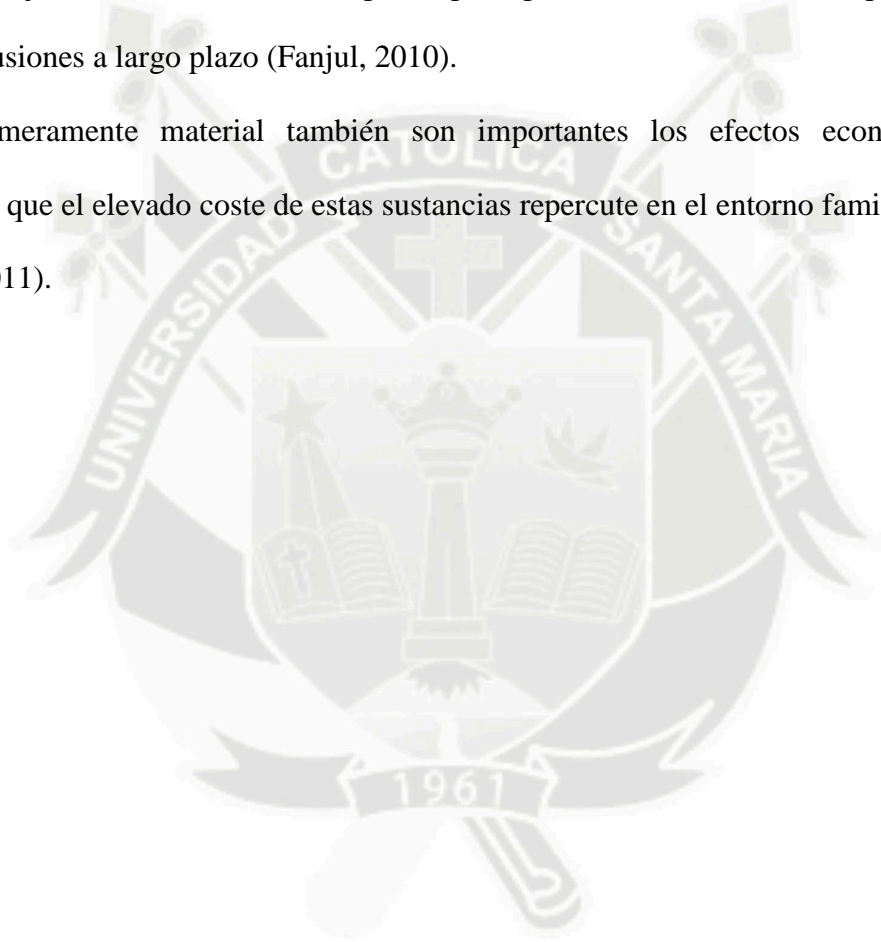
En el Varón; atrofia testicular, disminución de la producción de espermatozoides, ginecomastia, impotencia, pérdida de cabello, calvicie.

En la Mujer; acné, cambio en el tono de la voz a registros más graves, hipertrofia del clítoris, hirsutismo, pérdida del cabello, calvicie.

En Ambos; alteraciones del metabolismo glucídico, cierre de los centro de crecimiento óseo (sobre todo en adolescentes), dislipemias, las patologías citadas en los efectos orgánicos.

Por último, habría que citar los efectos derivados del consumo de esteroides en el mercado negro más baratos pero adulterados y de la posibilidad de contagio de sida y hepatitis (debido a inyectables compartidos). También dejar constancia de la extensión de su uso a poblaciones no tan restringidas como hace unos años. Ahora aparece un nuevo tipo de consumidor joven e inconsciente más preocupado por los beneficios a corto plazo que por las repercusiones a largo plazo (Fanjul, 2010).

A nivel meramente material también son importantes los efectos económicos. No olvidemos que el elevado coste de estas sustancias repercute en el entorno familiar y laboral (García 2011).



Etiopatogenia y Modelos Explicativos

Etiopatogenia

La vigorexia está relacionada con regiones cerebrales reguladoras de la percepción. Por otra parte en el trastorno obsesivo compulsivo existe una disfunción en los ganglios basales, bloqueadores selectivos de la recaptación de serotonina. En cuanto a la conducta adictiva, parece que existe cierta predisposición genética. Es la buena respuesta al tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), la que incita a algunos autores a incluir esta patología dentro de lo que son los trastornos obsesivos compulsivos puesto que comparten la misma etiología de alteración de la función serotoninérgica.

Desde una perspectiva psicoanalítica, se habla de la existencia de dos mitos importantes, el de Adonis <los hombres bellos deben de ser musculosos y la ausencia de músculos denota falta de virilidad> y el mito de la crisálida: Al transformar mi cuerpo, transformo mi vida. Una estructura yoica debilitada incorpora estos mitos externos para paliar su ausencia de narcisismo. Según Facchini (2006) “La vigorexia se podría enmarcar en las estructuras psicoanalíticas de neurosis y perversión obsesiva por alcanzar un físico al que admirar pero no gozar y que tendería hacia formas más asexuadas con un exterior titánico pero castrado a nivel funcional”.

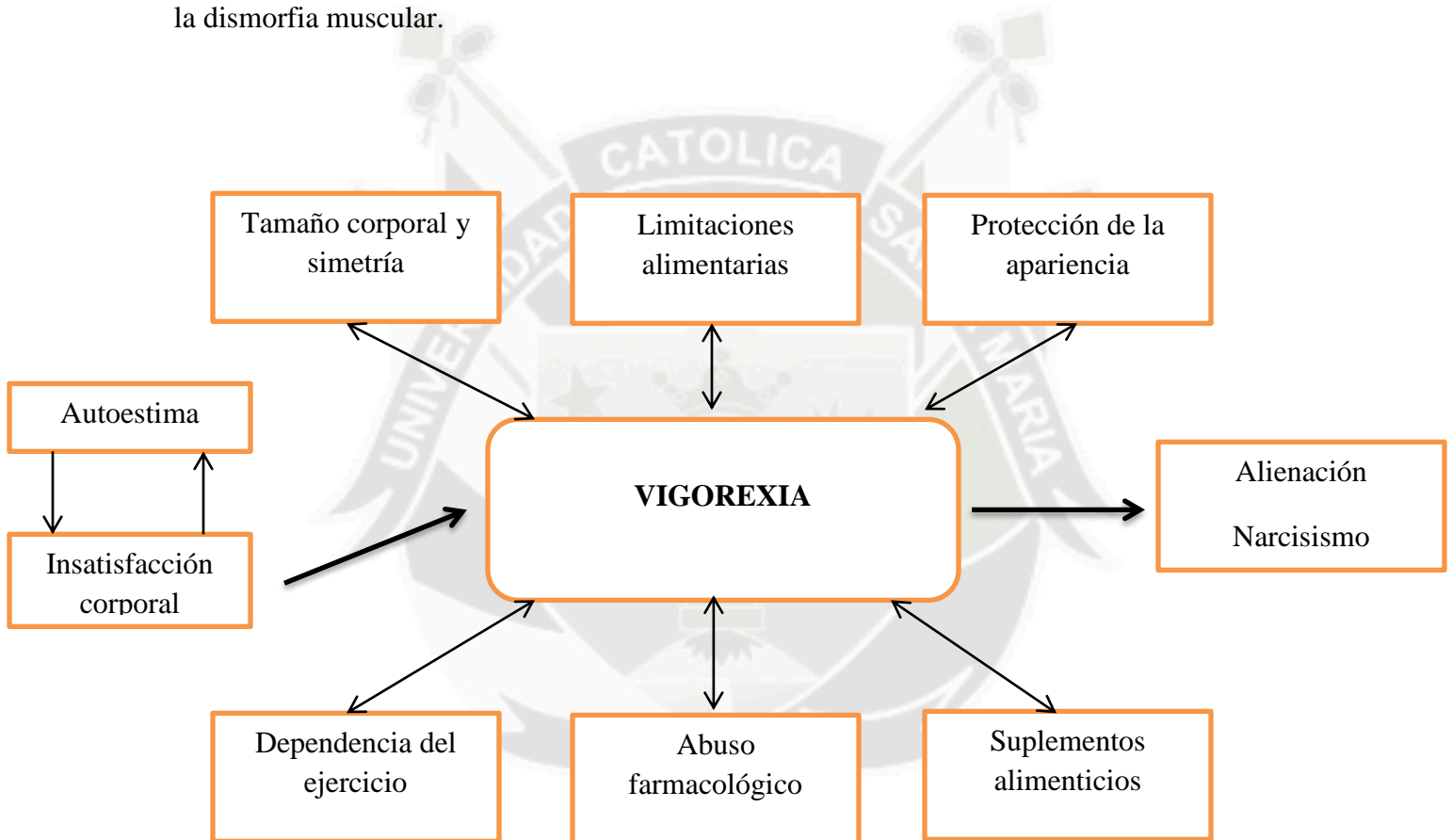
En cuanto a la casuística femenina, apenas investigada a día de hoy, Yangura (1996) encontró casos de trastorno dismórfico en mujeres con experiencias sexuales traumáticas. Otros enfoques hablan de un origen situado en una familia disfuncional en la que no existan patrones de referencia, obligando al sujeto a apoyarse en arquetipos facilitados *exclusivamente* por los medios de comunicación: comics, revistas específicas (fitness, culturismo), televisión, cine y videojuegos.

Desde un ámbito sociológico Facchini (2006) afirma que con el avance del feminismo y la incorporación de la mujer al mundo laboral, los hombres han ido perdiendo roles hasta entonces genuinamente masculinos: luchadores y responsables de la manutención familiar. Como respuesta a este vacío, el cuerpo masculino ha adquirido gran importancia como único rango distintivo que ha sobrevivido al proceso (García 2011).

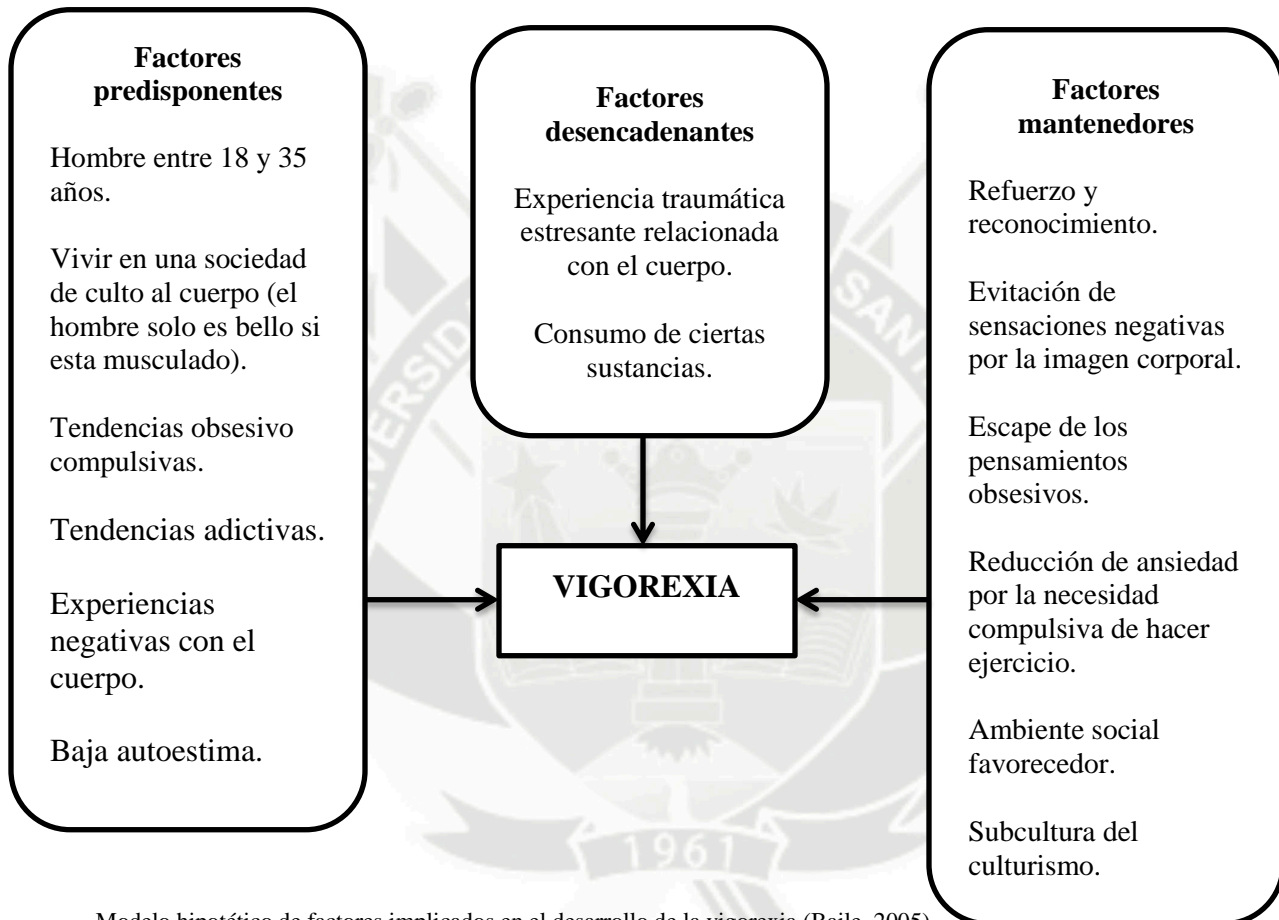


Modelos explicativos

Según los modelos médicos tradicionales, existe un único factor implicado en el desarrollo de un cuadro patológico. Según los modelos multicasuales el único factor no es, por sí solo, desencadenante. A continuación se exponen los modelos multicasuales que han explicado la dismorfia muscular.



Modelo conceptual de la dismorfia muscular (Lantz et al., 2001).



Factores relacionados con la presentación de la Vigorexia:

Existe un modelo hipotético de factores implicados en el desarrollo de la vigorexia según

Baile (2005):

a) Factores Predisponentes

- Ser hombre, entre los 18 y 35 años.
- Vivir en una sociedad de culto al cuerpo: el hombre es bello, si esta delgado y musculado.
- Tendencias obsesivocompulsivas.
- Experiencias negativas con el cuerpo o apariencia, por su escaso tamaño o fuerza.
- Baja autoestima.

b) Factores Desencadenantes

- Experiencia traumática estresante relacionada con el cuerpo.
- Consumo de ciertas sustancias.

c) Factores Mantenedores

- Refuerzo y reconocimiento social.
- Evitación de sensaciones negativas por la imagen corporal.
- Escape de los pensamientos obsesivos.
- Reducción de la ansiedad por la necesidad compulsiva de hacer ejercicio.
- Ambiente social favorable.
- Subcultura del culturismo.

Prevalencia

Se ha estimado que podría afectar entre el 1 y el 10% de los usuarios habituales de gimnasios y aún más en varones que practican el fisicoculturismo en un nivel competitivo.

1. Pope (1993) llega a decir que de los 9 millones de estadounidenses que van al gimnasio, un millón estarían afectados de la anorexia inversa. Aunque no hay datos definitivos, podemos citar varios datos alarmantes al respecto:
2. Pope estimo que un 10% de los usuarios habituales de gimnasios padecían este trastorno, lo que confirma sus propios datos de 1993.
3. Olvardia (2001) estimo en 90.000 el número de norteamericanos con problemas graves de vigorexia.
4. El mismo porcentaje se ha encontrado en México (Baile, 2005).
5. El Consejo General de Farmacéuticos habla de 700.000 casos en España, aunque es una estimación “clínica”.
6. Un estudio situó el número de vigoréxicos en España entre 20.000 y 30.000 (García, 2011).
7. Otro estudio estima, trasponiendo datos de EE.UU, que en España debe haber 10.500 vigoréxicos (Baile, 2005)
8. La Unión Europea estimo en el 6% los usuarios habituales de gimnasios con este problema (Méndez, 2002).
9. Este problema se encuentra en numerosas culturas (Pope *at al.*, 2000).

Así pues, no hay datos homogéneos ni estudios de prevalencia que demuestren el número de vigoréxicos, oscilando la cifra estimada entre 10.500 como mínimo y 700.000 como máximo. A esto contribuye la indefinición del concepto, ya que dependiendo como se defina se encontrarán más o menos casos. (García 2011).

Trastorno Narcisista de la Personalidad

Consideraciones Iniciales el Trastorno Narcisista de la Personalidad (DSM – IV – TR 2000).

El narcisismo se sustenta en la ausencia total de empatía y en un egocentrismo absoluto. El narcisismo o trastorno narcisista de la personalidad tiene su fuente de inspiración en Narciso, un personaje mitológico de extraordinaria belleza, hijo del río Cefiso y de la ninfa Liríope, pero que era incapaz de amar a las ninfas a pesar de que las tuviera completamente cautivadas. Una de ellas, la ninfa Eco, lo amó hasta ser consumida por su propia pasión. La leyenda cuenta que un día Narciso se detuvo en una fuente para beber agua durante una cacería. Al acercarse a la orilla y ver reflejada su imagen, se sintió tan atraído por su propia belleza que cayó al agua y murió ahogado.

Sigmund Freud introdujo dicho concepto en el área del psicoanálisis a través de su obra Introducción del narcisismo, noción que ya había utilizado con anterioridad en su obra, pero con una definición más difusa.

Havelock Ellis usa el término “narcisismo” en 1892 por primera vez en un estudio psicológico sobre el autoerotismo, describiendo la raíz mitológica y literaria del mito de Narciso, y extendía el término narcisismo al comportamiento no manifiestamente sexual. Posteriormente, en 1908, Isidor Sadger (alumno de Freud que intervenía en las reuniones de los miércoles de Viena), lo hace entrar definitivamente en la terminología psicoanalítica.

El término narcisismo proviene de la descripción clínica y fue escogido por Paul Näcke en 1899 para designar aquella conducta por la cual un individuo da a su cuerpo propio un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual; vale decir, lo mira con complacencia sexual, lo acaricia, lo mimas, hasta que gracias a estos manejos alcanza la satisfacción plena.

En 1911, Otto Rank presenta el primer escrito dedicado específicamente al narcisismo asociándolo a fenómenos no sexuales como la vanidad y la autoadmiraación: “amar el propio cuerpo es un importante factor de la vanidad femenina” (donde se puede interpretar que Rank está anticipando en muchos años, el concepto de “narcisismo sano” de Kohut) y entrevé por primera vez una posible naturaleza defensiva del narcisismo, como en el caso de aquella mujer que “se refugia en el amor de sí misma herida por un hombre malo y con incapacidad de amar” (ejemplo en el cual ya se observa el “retiro narcisístico” frente a la herida objetal, o sea el desenlace del encierro en sí mismo debido a la frustración en la relación interpersonal, temática que será retomada y teorizada por Freud) (Migone, 1995). Según Alice Miller (1994) la leyenda de Narciso describe la tragedia de la pérdida del Yo, del llamado trastorno narcisista. El Narciso que se refleja en el agua está enamorado de su hermoso rostro. También la ninfa Eco responde a las llamadas del joven, de cuya belleza está enamorada. Las llamadas de Eco engañan a Narciso. También le engaña su imagen especular en la medida en que sólo refleja su parte perfecta y extraordinaria, mas no las otras partes. Su parte posterior y su sombra, por ejemplo, le quedan ocultas, no pertenecen a su amada imagen especular, son excluidas de ella. Este estadio de la fascinación es comparable con la grandiosidad, así como el siguiente, el deseo destructor de sí mismo, es comparable con la depresión. Narciso no quería ser nada más que el joven hermoso, negaba su verdadero Yo, quería fusionarse con la bella imagen. Y esto lo condujo a la autoentrega, a la muerte, o bien –en la versión de Ovidio – a la metamorfosis en flor.

Perfil de quien presenta este trastorno:

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empieza al principio de la edad adulta y que se da en diversos contextos, tal como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- Un sentido grandioso de la propia importancia.
- Preocupación por fantasías de éxito, poder, brillo, belleza o amor ideal ilimitados.
- Cree que es especial y único y que sólo pueden comprenderle, o sólo debería relacionarse con, otras personas (o instituciones) especiales o de elevado estatus.
- Exige una admiración excesiva.
- Tiene una sensación de “estar en su derecho”, es decir, expectativas poco razonables de recibir un trato de favor especial o la anuencia automática con sus expectativas.
- Tiende a la explotación interpersonal, es decir, saca provecho de los demás para lograr sus propios objetivos.
- Carece de empatía, es decir, es incapaz de reconocer o identificarse con los sentimientos y las necesidades de otras personas.
- A menudo tiene envidia de los demás o cree que los demás le tienen envidia.
- Presenta actitudes o conductas arrogantes o soberbias.

Criterios para el diagnóstico de**F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad (301.81)**

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican 5 o más de los siguientes ítems:

- Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p, ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
- Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginados.

- Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
- Exige una admiración excesiva.
- Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
- Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas..
- Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
- Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
- Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

Cuadro diagnóstico del trastorno narcisista de la personalidad según DSM – IV – TR

Prevalencia

Se estima que se da entre el 2% y el 16% en poblaciones clínicas, y menos del 1% de la población general lo padece; además, entre el 50% y el 70% de las personas diagnosticadas de trastorno narcisista son varones. Por otro lado, hemos de tener en cuenta que los síntomas narcisistas son especialmente frecuentes en la adolescencia, lo cual no quiere decir que necesariamente el sujeto vaya a presentar en el futuro un trastorno narcisista.

Sin embargo, como el narcisista envejece y sufre los inevitables físico, mental, y las restricciones laborales, Trastorno Narcisista de la Personalidad (NPD) se agrava.

Los estudios no han demostrado ningún grupo étnico, social, cultural, económico, genético, o profesionales preferidos o susceptibilidad al trastorno narcisista de la personalidad (NPD). Sin embargo, Robert Milman sugirió una condición que él llamó "situacional Adquirida narcisismo". Observó una forma transitoria y reactiva del trastorno narcisista de la personalidad (NPD) en ciertas situaciones, como bajo el constante escrutinio público y la exposición.

Hipótesis

Los varones que practican el fisicoculturismo a nivel competitivo y experimentan vigorexia es probable que desarrollen el trastorno narcisista de la personalidad.





CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de investigación

Según Salkind la investigación correlacional describe la relación entre dos o más variables sin tratar en lo absoluto de atribuir a una variable el efecto observado en otra. Es una técnica descriptiva muy potente porque indica si dos variables tienen algo en común. Si es cierto existe una relación entre las dos (Salkind, 1999).

Técnicas e instrumentos

Técnicas: Encuesta

Instrumentos:

Cuestionario del complejo de adonis (ACQ)

Características de la prueba

Autor: Pope, Phillips y Olivardia.

Año: 2000

Administración: Individual – Colectiva

Duración: Aproximadamente de 5 a 10 min.

Finalidad: Detectar si las personas tienen el trastorno dismórfico muscular (vigorexia).

Descripción de la Prueba

El cuestionario del complejo de Adonis consta de 13 ítems, que exploran el grado de insatisfacción que tiene el hombre con su aspecto, y hasta qué punto puede llegar para cambiarlo. Las respuestas se dividen en 3 opciones “a” cuyo valor es de 0 puntos, “b” cuyo valor es de 1 punto y “c” cuyo valor es de 3 puntos. Se obtiene una puntuación de las respuestas que varían de 0 a 39 puntos. Las puntuaciones obtenidas se clasifican en función del

valor numérico de la suma de las respuestas que realizas, de tal forma que las puntuaciones van de (Pope, Phillios y Olivardia, 2000; Baile 2005):

Entre 0 y 9 puntos: Tienes una preocupación por tu imagen corporal, pero no afecta a tu vida diaria.

Entre 10 y 19 puntos: Tienes una afección media – moderada de este Complejo de Adonis (Dismorfia Muscular). Probablemente esta afección no afecte seriamente tu vida, no obstante si tu puntuación esta próxima a los 19 puntos, deberías plantearte seriamente como afecta esta preocupación corporal a tu vida.

Entre 20 y 29 puntos: Padeces del Complejo de Adonis e interfiere negativamente en tu vida, debes ponerte en manos de un especialista para empezar un tratamiento.

Entre 30 y 39 puntos: Tienes un serio problema con tu imagen corporal: Consulta sin demora a un especialista mental con conocimientos en los TDC y empieza con un tratamiento.

Inventario clínico multiaxial de millon

Características de la prueba:

Autor: Theodore Millon.

Adaptación: A. Ávila y F. – Jimenez. Universidad de Salamanca. Editado por TEA ediciones (1999 versión II).

Administración: Individual y/o colectiva.

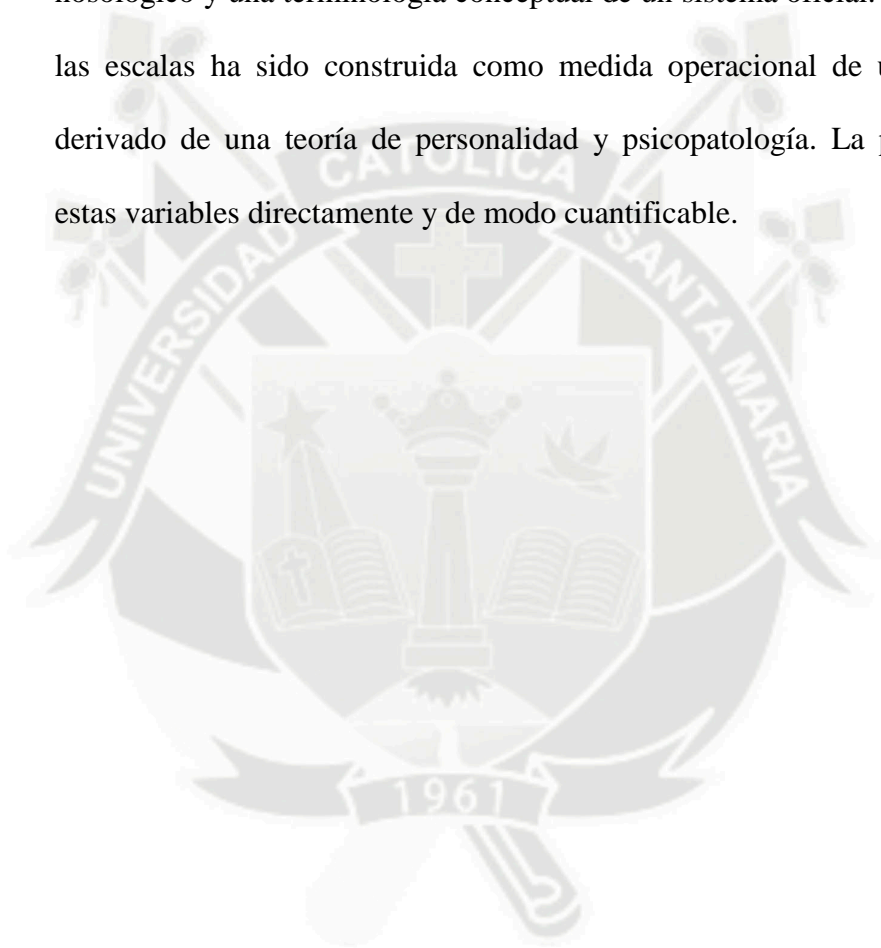
Duración: Aproximadamente 45 min.

Ámbito de Aplicación: Clínico, judicial.

Edad de Aplicación: Adultos.

Descripción de la Prueba:

Se trata de un instrumento diagnóstico consonante con un formato nosológico y una terminología conceptual de un sistema oficial. Cada una de las escalas ha sido construida como medida operacional de un síndrome derivado de una teoría de personalidad y psicopatología. La prueba mide estas variables directamente y de modo cuantificable.



Población y Muestra

Al momento de la recolección de datos de la población se constató que la Federación Deportiva Nacional de Físicoculturismo y Fitness no cuenta con datos estadísticos formales sobre la cantidad de fisicoculturistas de nivel competitivo que se encuentra en Arequipa – Perú, la mayoría de datos encontrados era empírica.

Ahora bien el número de personas que practican el fisicoculturismo de manera profesional es muy reducido, se estima que por campeonato se presentan alrededor de 120 fisicoculturistas varones convirtiéndose esta cantidad en nuestro universo

El ámbito del área de investigación corresponde a los gimnasios más representativos donde se practique el fisicoculturismo a nivel profesional en Arequipa durante el año 2013 (Strong – Kratos – Pepe Ton – T Rex – Cultural) es de estos gimnasios de donde se obtuvo la muestra, viniendo a entrevistar a 90 fisicoculturistas de nivel competitivo.

Características de la muestra: Se trabajó con 90 fisicoculturistas con un nivel competitivo, ellos se encuentran entre 18 y 43 años de edad, con pesos que varían y que van desde los 60 a más de 91 kilogramos, contando con una altura que va desde 1,59 hasta 1,88 siendo la media aritmética promedio de 1,72.

En su mayoría los fisicoculturistas entrevistados eran solteros el 70,0% (63 de ellos) mientras que solo el 30,0% (27 de ellos) se encontraban con pareja. Más del 60% de los fisicoculturistas entrevistados eran de Arequipa. El 96,7% de los fisicoculturistas tenían un grado de instrucción superior y en su mayoría tienen una independencia económica siendo el 61,1% de ellos. Como dato resaltante se apreció que el 52,2% de los fisicoculturistas contaban con altos ingresos económicos.

Criterios de inclusión del estudio:

- Usuarios de los gimnasios ya referidos que practiquen el fisicoculturismo en un nivel competitivo y profesional y que hayan participado en algún campeonato de dicho deporte por lo menos una vez.

Criterios de exclusión del estudio:

- Fisicoculturistas que no deseen participar.
- Fisicoculturistas ya retirados.

Estrategia de Recolección de Datos

Para iniciar la presente investigación se realizara el planteamiento y se solicitara el permiso necesario a los dueños y/o administradores de los gimnasios ya mencionados.

Así mismo se realizara una motivación a los varones fisicoculturistas para obtener su consentimiento y den su colaboración.

Criterios de Procesamiento de Información

Se aplicaron los instrumentos a las unidades de estudio que conforman la muestra, luego serán tabuladas y procesadas vía software Excel para conformar la base de datos de donde se establecerán los cuadros y graficas de frecuencia simple, luego se procederá aplicar el análisis estadístico como es el Tau de Kendal y el Coeficiente de Correlación de Spearman para establecer la relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio y sus indicadores a fin de contrastar la hipótesis planteada.



CAPITULO III

RESULTADOS

Resultados

Análisis de los Resultados

Los resultados de la investigación, han sido organizados y presentados en 9 tablas de distribución numérica y porcentual.

Tabla 1

Vigorexia en los Fisicoculturistas que acuden a los Gimnasios de Arequipa

Vigorexia	N°	%
Leve	0	0,0
Moderada	3	3,3
Grave	43	47,8
Patológica	44	48,9
Total	90	100.0

La Tabla 1, muestra que el 96,7% presenta un nivel de vigorexia entre grave y patológico, encontrándose un 0% en un grado leve.

Tabla 2

Trastorno Narcisista de la Personalidad en los Fisicoculturistas que acuden a los Gimnasios de Arequipa

Trastorno Narcisista	N°	%
Nulo	0	0,0
Bajo	0	0,0
Sugestivo	0	0,0
Moderado	23	25,6
Elevado	67	74,4
Total	90	100.0

En la Tabla 2, se aprecia que el 74,4% de los fisicoculturistas muestran un indicador elevado del trastorno narcisista, contrastando que en los indicadores nulo, bajo y sugestivo hay el 0,0%.

Tabla 3***Relación entre Vigorexia y el Trastorno Narcisista de la Personalidad en******Fisicoculturistas***

Vigorexia	Trastorno Narcisista				Total	
	Moderado		Elevado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Moderada	3	100,0	0	0,0	3	100,0
Grave	19	44,2	24	55,8	43	100,0
Patológica	1	2,3	43	97,7	44	100,0
Total	23	25,6	67	74,4	90	100,0

P = 0.000 (P < 0,05) S.S.

C.C. = 0.689

La Tabla 3, nos muestra la relación entre la vigorexia y el trastorno narcisista en fisicoculturistas, podemos observar que aquellos que puntuaron en niveles moderados de vigorexia, todos mostraron un trastorno narcisista moderado; los que estuvieron en niveles graves de vigorexia, más de la mitad presentaron trastornos narcisistas graves; finalmente los deportistas con vigorexia dentro de lo patológico, casi todos evidenciaron elevados trastornos narcisistas.

Según la prueba estadística, existe relación entre ambas variables, siendo además la correlación buena y directa, es decir, mientras más intensa es la vigorexia, mayor es la gravedad de los trastornos narcisistas de los deportistas motivo de investigación.



Datos adicionales

Tabla 4

Relación entre la Edad de los Fisiculturistas y Vigorexia

Edad	Vigorexia						Total	
	Moderada		Grave		Patológica		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
18 a 25 años	3	9,1	22	66,7	8	24,2	33	100,0
26 a 33 años	0	0,0	16	39,0	25	61,0	41	100,0
34 a 43 años	0	0,0	5	31,3	11	68,8	16	100,0
Total	3	3,3	43	47,8	44	48,9	90	100,0

P = 0.003 (P < 0,05) S.S.

En la Tabla 4, apreciamos que existe una relación significativa entre la edad y el grado de vigorexia, ya que los fisiculturistas que se encuentran entre 34 y 43 años el 68,8% tienen un grado patológico de vigorexia, contrastando con los fisiculturistas que se encuentran entre los 18 y 25 años solo el 24,2% tiene un nivel patológico de vigorexia.

Tabla 5***Relación entre la Edad de los Fisiculturistas y el Trastorno Narcisista de la Personalidad***

Edad	Trastorno Narcisista				Total	
	Moderado		Elevado		N°	%
	N°	%	N°	%		
18 a 25 años	9	27,3	24	72,7	33	100,0
26 a 33 años	9	22,0	32	78,0	41	100,0
34 a 43 años	5	31,3	11	68,8	16	100,0
Total	23	25,6	67	74,4	90	100,0

P = 0.739 (P ≥ 0,05) N.S.

En la Tabla 5, podemos ver que no hay relación significativa entre la edad de los fisiculturistas y el trastorno narcisista debido a que los indicadores no muestran ningún pico entre las diferentes edad, pero si se puede apreciar que el trastorno narcisista se presenta en todas las edades.

Tabla 6*Relación entre el Estado Civil de los Fisiculturistas y Vigorexia*

Estado Civil	Vigorexia						Total	
	Moderada		Grave		Patológica		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Soltero	3	4,8	34	54,0	26	41,3	63	100,0
Conviviente	0	0,0	3	27,3	8	72,7	11	100,0
Casado	0	0,0	6	37,5	10	62,5	16	100,0
Total	3	3,3	43	47,8	44	48,9	90	100,0

$P = 0.219$ ($P \geq 0,05$) N.S.

En la Tabla 6, podemos ver que no hay relación significativa entre el estado civil de los fisiculturistas y el grado de vigorexia debido a que los indicadores no muestran ningún pico en caso sean solteros o con pareja.

Tabla 7***Relación entre el Estado Civil de los Fisiculturistas y el Trastorno Narcisista de la Personalidad***

Estado Civil	Trastorno Narcisista				Total	
	Moderado		Elevado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Soltero	17	27,0	46	73,0	63	100,0
Conviviente	1	9,1	10	90,9	11	100,0
Casado	5	31,3	11	68,8	16	100,0
Total	23	25,6	67	74,4	90	100,0

P = 0.385 (P ≥ 0,05) N.S.

En la Tabla 7, podemos apreciar que no hay relación significativa entre el estado civil de los fisiculturistas y el trastorno narcisista debido a que los indicadores no muestran ningún pico.

Tabla 8***Relación entre la Ocupación de los Fisiculturistas y Vigorexia***

Ocupación	Vigorexia						Total	
	Moderada		Grave		Patológica		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Profesional	0	0,0	18	33,3	36	66,7	54	100,0
Estudiante	2	10,0	15	75,0	3	15,0	20	100,0
Estudia y trabaja	1	6,3	10	62,5	5	31,3	16	100,0
Total	3	3,3	43	47,8	44	48,9	90	100,0

P = 0.000 (P < 0,05) S.S.

En la Tabla 8, podemos ver que si hay una relación significativa entre la ocupación y el grado de vigorexia ya que el 66,7% de los fisiculturistas con un nivel patológico de vigorexia son profesionales, mientras que el 15,0% de los fisiculturistas con un nivel patológico de vigorexia aún son estudiantes.

Tabla 9***Relación entre la Ocupación de los Fisiculturistas y el Trastorno Narcisista de la Personalidad***

Ocupación	Trastorno Narcisista				Total	
	Moderado		Elevado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Profesional	11	20,4	43	79,6	54	100,0
Estudiante	6	30,0	14	70,0	20	100,0
Estudia y trabaja	6	37,5	10	62,5	16	100,0
Total	23	25,6	67	74,4	90	100,0

P = 0.338 (P ≥ 0,05) N.S.

En la Tabla 9, podemos apreciar que no hay relación significativa entre la ocupación de los fisiculturistas y el trastorno narcisista debido a que los indicadores no muestran ningún pico, lo que sí se puede apreciar es que el trastorno narcisista se puede presentar en cualquier ocupación.

Discusión

Como resultado de la investigación se comprobó que los varones que practican el fisicoculturismo a nivel competitivo y experimentan vigorexia desarrollan el trastorno narcisista de la personalidad en este sentido los resultados establecen que el 100% de los fisicoculturistas entrevistados muestran tener cierto grado de vigorexia y así mismo muestran indicadores elevados del trastorno narcisista; se aprecia que muestran niveles de vigorexia moderada 3,3%, grave 47,8% y un nivel patológico 48,9%; de la misma manera los fisicoculturistas entrevistados muestran indicadores del trastorno narcisista desde moderado 25,6%, hasta elevado que vendrían siendo el 74,4%, no se encontraron niveles inferiores en los indicadores de dicho trastorno (Ver tablas 1 y 2). Siguiendo la misma línea podemos apreciar que existe un grado de relación altamente significativo entre la vigorexia y el trastorno narcisista con un $C.C = 0.689$, ya que los fisicoculturistas con un nivel patológico de vigorexia casi todos presentaron elevados nivel del trastorno narcisista de la personalidad, de esta manera se logra afirmar la hipótesis (ver tabla 3).

Como datos adicionales se obtuvieron unos resultados muy interesantes, mostrando un alto de grado de relación entre la edad de los fisicoculturistas y la vigorexia ya que los fisicoculturistas entre 34 y 43 años el 68,8% tienen un grado patológico de vigorexia, contrastando con los fisicoculturistas que se encuentran entre los 18 y 25 años solo el 24,2% tiene un nivel patológico de vigorexia, resultados completamente diferentes se obtuvieron al contrastar la edad de los fisicoculturistas y el grado del trastorno narcisista ya que las edades no tienen relación significativa con dicho trastorno (Ver tabla 4 y 5).

De igual manera al contrastar el estado civil de los fisicoculturistas con la vigorexia y el trastorno narcisista no se encontró ninguna relación significativa (ver tabla 6 y 7).

Caso contrario se dio al contrastar la ocupación de los fisicoculturistas con el grado de vigorexia ya que en este caso si se encontró una relación significativa dado que el 66,7% de los fisicoculturistas con un nivel patológico de vigorexia son profesionales, mientras que el 15,0% de los fisicoculturistas con un nivel patológico de vigorexia aún son estudiantes (Ver tabla 8).

Todas estas cifras no hacen más que denotar que los fisicoculturistas necesitan cierto nivel económico, así como una edad concreta para poder realizarse en este deporte ya que invierten una cantidad importante de su tiempo e ingresos económicos para poder solventar todas sus necesidades para el deporte; así mismo podemos observar que al realizar todos estos esfuerzos en pro de su figura ideal, apreciamos que hay razones concretas para afirmar que tienen un elevado trastorno narcisista, reflejado en su deseo de hacer todo lo posible para verse y que los vean como ellos desean, con una figura utópica.

Se puede afirmar que si no se controla la vigorexia así como el trastorno narcisista, podría afectar de forma negativa su estilo de vida.

La vigorexia es una nueva dolencia que afecta en mayor medida a la población masculina y ha sido catalogada por algunos autores como la anorexia inversa (Hope, 1993).

La preocupación enfermiza por la imagen ya no es cosa solamente de trastornos como la bulimia o la anorexia. Actualmente, la vigorexia se está propagando en los gimnasios, atacando principalmente a hombres jóvenes y amantes de una vida sana y un cuerpo perfecto (García, 2011).

Desde un ámbito sociológico Facchini (2002) afirma que con el avance del feminismo y la incorporación de la mujer al mundo laboral, los hombres han ido perdiendo roles hasta entonces genuinamente masculinos: luchadores y responsables de la manutención familiar,

como respuesta a este vacío el cuerpo masculino ha adquirido gran importancia como único rango distintivo que ha sobrevivido al proceso.

La presente investigación evalúa si el trastorno narcisista se relaciona a esta patología, ya que es una característica singular de los hombres con vigorexia ser narcisistas.

La dependencia del ejercicio refleja la motivación de continuar haciendo ejercicio con base al deseo de controlar la línea y el peso, la necesidad de contacto social y la búsqueda de la salud física. También refleja un reconocimiento de un problema de conducta subjetivamente percibido por el individuo.

Con la información disponible actualmente y siguiendo la opinión de diversos autores, quizá la vigorexia encaja mejor como una variante del trastorno dismórfico corporal, dado que su excesiva preocupación por su imagen corporal parece ser el síntoma central de la patología, sobre la cual se desarrollan las demás (Baile, 2005).

Al igual que con la anorexia y la bulimia, es interesante conocer si la vigorexia suele presentarse junto a otro tipo de alteraciones de la salud, es decir, si un sujeto que sufre de vigorexia ¿es también probable que sufra otras alteraciones?, es lo que técnicamente se denomina comorbilidad. No existe mucha información al respecto es por ellos que se realizó esta investigación y así descubrir si la práctica del fisicoculturismo está asociada o no con ciertos problemas de la salud, en este caso la vigorexia y el trastorno narcisista de la personalidad. Desde hace unos años, sí que se ha encontrado una importante asociación entre la práctica del fisicoculturismo y alteraciones de la imagen corporal, y existen algunos estudios que lo avalan (Goldfield, Harper y Blounin, 1998).

A modo de resumen podemos asegurar que mientras no se considere a la vigorexia como un trastorno con entidad propia, y así sea reconocido por la comunidad científica internacional, los sujetos que muestren esta sintomatología podrán ser clasificados en uno de los tres

trastornos analizados anteriormente, en función de cual sea el núcleo principal de su trastorno: la conducta alimentaria, la afección por la imagen corporal o sus obsesiones – compulsiones.



Conclusiones

Primera: Existe una relación estadísticamente significativa entre la vigorexia y el trastorno narcisista de la personalidad en los fisicoculturistas que asisten a los gimnasios de Arequipa, por lo tanto la hipótesis de investigación ha sido probada.

Segunda: Los fisicoculturistas que asisten a los gimnasios de Arequipa presentan en su mayoría niveles patológicos de vigorexia así como indicadores elevados del trastorno narcisista.

Tercera: También se observa una relación altamente significativa entre la edad y la vigorexia, ya que los fisicoculturistas con niveles patológicos de vigorexia en su mayoría tienen una edad que va entre 34 y 43.

Cuarta: También se observa una relación altamente significativa entre la ocupación y la vigorexia el 66,7% de los fisicoculturistas con un nivel patológico de vigorexia son profesionales, mientras que el 15,0% de los fisicoculturistas con un nivel patológico de vigorexia aún son estudiantes.

Quinta: La investigación ha demostrado que el trastorno narcisista se puede presentar en cualquier edad, ocupación o estado civil.

Sexta: Los fisicoculturistas entrevistados no consideran tener vigorexia ni un trastorno narcisista, ya que uno de las razones por la cual practican este deporte es poder ser apreciados, admirados e incluso envidiados por las personas que no practican dicho deporte, mostrando que tienen una percepción errónea de su cuerpo.

Referencias

- Arbinaga, F. y Caracuel, F. C. (2003). Aproximaciones a la dismorfia muscular. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, 7 – 15.
- Arbinaga, F. y Caracuel, F. C. (2007). Dependencia del ejercicio físico en fisicoculturistas competidores evaluada mediante la Escala de Adicción general de Ramón y Cajal. *Universitas Psychologica*, 6, 549 – 557. Colombia: Universidad Pontificia Javeriana.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM – IV – TR*. Barcelona: Masson.
- Baile, J. I. (2003). *Vigorexia y culto al cuerpo. Alteraciones de la imagen corporal en hombres*. Ponencia presentada en el IV Congreso de Psiquiatría Virtual. Disponible en línea: www.psiquiatria.com
- Baile, J. & González, A. & Ramírez, C. & Suarez, P. (2005). Evaluación de la alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10: 161 – 169.
- Baile, J. & Monroy, E. & Garay, F. (2005). Imagen corporal, hábitos alimentarios, y hábitos de ejercicio físico entre hombres usuarios de gimnasio y hombres de población general. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, enero – junio, vol. 10, n° 001, 161 – 169. Universidad Veracruzana.
- Baile, J. (2005). *VIGOREXIA: Como reconocerla y evitarla..* Madrid, España.
- Barlow, D. & Durand, V. (2003). *Psicopatología*. Barcelona: Thomson.
- Beck, A. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Paidós.
- Carmona, J., Roses, P. & Viadel, J. (2009). *Educación para la salud; la vigorexia, abuso de hormonas*. Bogota. Enfermería Integral
- Facchini, M. (2002). Vicisitudes de la imagen corporal en la obesidad. *Actualidad Psicológica*. XXVII, 28 – 32.
- Fanjul, C. (2010). *Vigorexia, una mirada desde la publicidad*. Fragua.
- García, A. (2011). *VIGOREXIA: La Prisión Corporal*. Madrid, España. Editorial Pirámide.
- García, A. (2008). *La vigorexia: ¿el trastorno de los deportistas?* XI Congreso Nacional y III Iberoamericano de Psicología de la actividad física y del deporte. Sevilla.

- García, A. (2010). *Influencia de los medios de comunicación en el desarrollo de la vigorexia*. XII Congreso Nacional de Psicología del Deporte. Madrid.
- García, A. y Cardona, E. (1999). *Vigorexia: La otra cara de la anorexia*. Congreso de psicología deportiva. Murcia.
- Goldfield, L.; Harper, D. & Blounin, A. (1998). Are bodybuilders at risk for an eating disorder?. *Eating disorder*, 6: 133 – 157.
- Gutiérrez C. & Ferreira R. (2007). Vigorexia: un estudio sobre la adicción al ejercicio, un enfoque sobre la problemática actual.
- Lantz, C., Rhea, D. & Cornelius, A. (2002). Muscle Dysmorphia in elite – leve power lifters and bodyboudiers: a test of differences within a conceptual model. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 16: 649 – 655.
- López, L. (2008). *Mi mente es mi enemigo*. Editorial Edaf.
- Loureau, C. (2007). *El cuerpo deportivo ¿Un material rentable para todo?*, En: *Cuerpos dominados, cuerpos en ruptura*. Buenos Aires, Nueva Visión, pp. 59 – 78.
- Méndez, R. (2002). El consumo de sustancias para ganar musculo aumenta entre los aficionados, que inician cada vez más jóvenes. *El país*.
- Morgan, J. (2002). From charles atlas to adonix complex fat is more tan a feminist issue. *The lancet*, 356: 1372 – 1373.
- Muñoz R. & Martinez A. (2007). Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria?. Colombia.
- Salkind, N. (1999); *Métodos de Investigación*. México. Prentice Hall.
- Steward, O. (2000). *Functional Neuroscience*. New York. Springer – Verlag.
- Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the Wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 254 – 259.
- Paquet, D. (1998). *La historia de la belleza* Barcelona. . Ediciones B.
- Pinto R. (2010). *Vigorexia como trastorno de la conducta alimentaria y su relación con la autoestima en fisicoculturistas varones de gimnasios de Arequipa, 2010*. Tesis publicada, Universidad Católica de Santa María, Arequipa – Perú.
- Pope H. & Katz D. & Hudson J. (1993). “Anorexia Nervosa” and “Reverse Anorexia”.
- Pope H. & Gruber A. & Choi P. & Olivardia R. & Phillips K. (1997) “Muscle dysmorphia, an underrecognized form of body dismorphic disorder”

Raich, R. (2001). *Imagen Corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid, España. Editorial Pirámide. Colección: Ojos Solares.

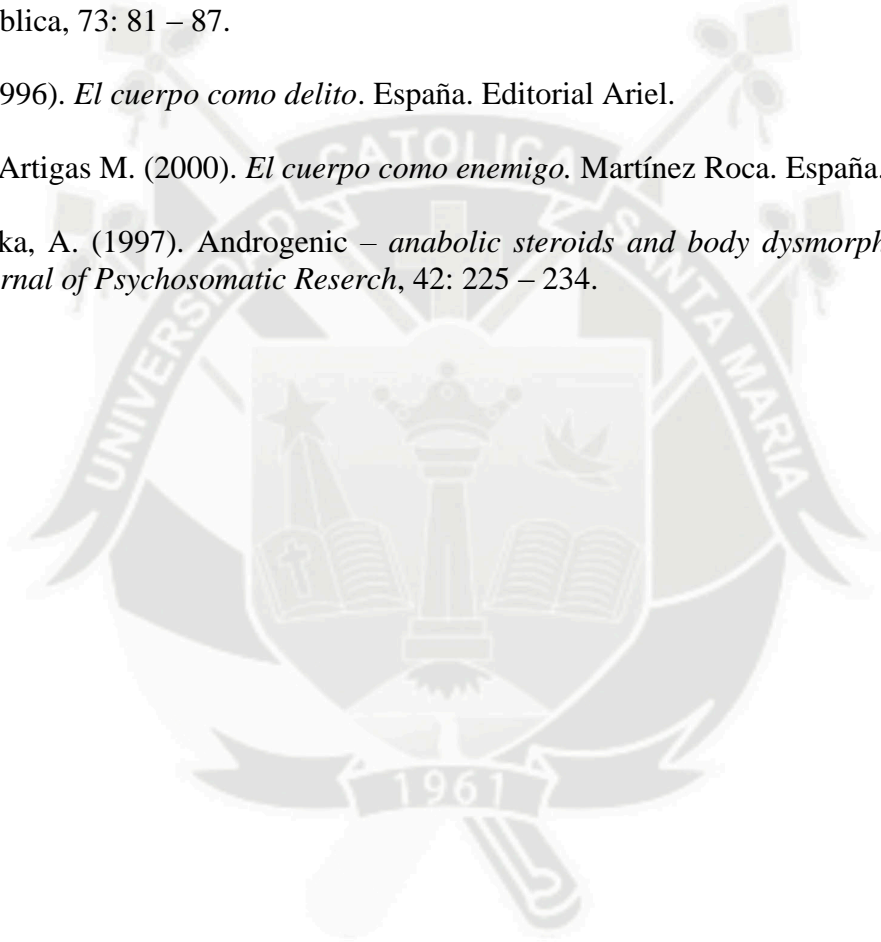
Rebato, E. (2005). *Imagen Corporal: Entre biología y cultura*.

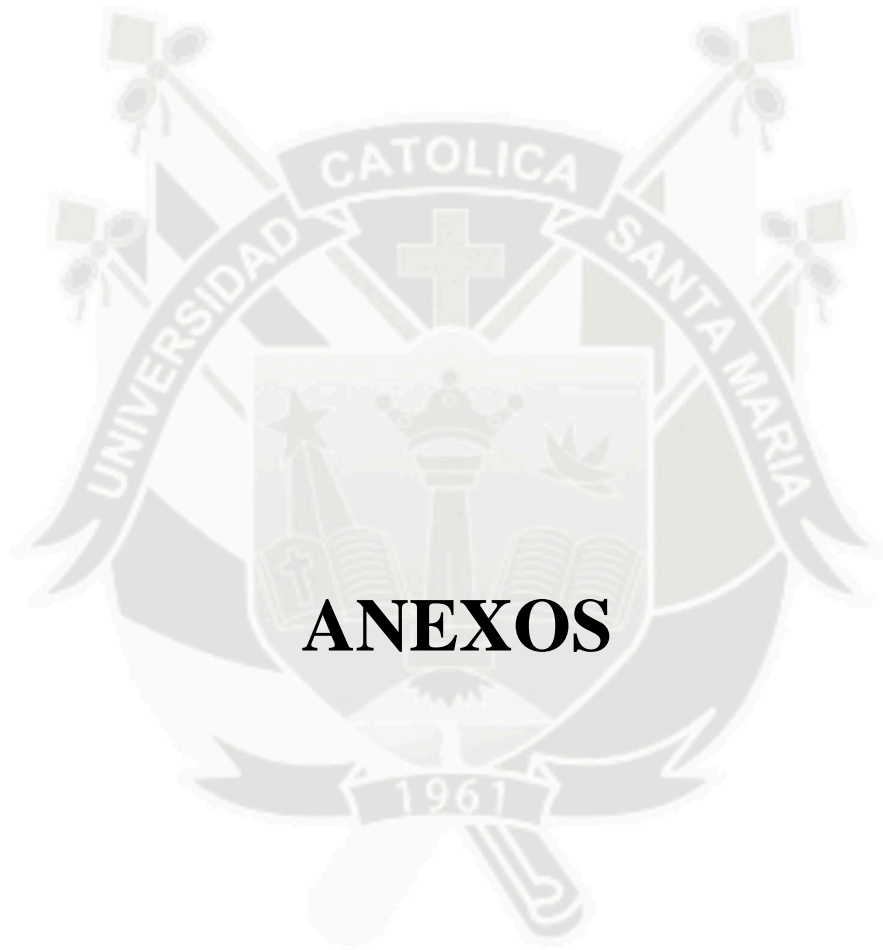
Rodríguez A. & Martínez J. & Novalbos J. & Ruiz M. & Jiménez, D. (1999). Ejercicio físico y hábitos alimentarios: Un estudio en adolescentes en Cádiz. *Revista Española de Salud Pública*, 73: 81 – 87.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. España. Editorial Ariel.

Toro J. & Artigas M. (2000). *El cuerpo como enemigo*. Martínez Roca. España.

Wroblewska, A. (1997). Androgenic – anabolic steroids and body dysmorphia in Young men. *Journal of Psychosomatic Reserch*, 42: 225 – 234.





ANEXOS

TRADUCCIÓN EXPERIMENTAL DEL ADONIS COMPLEX

QUESTIONNAIRE (BAILE Y MONROY., 2005)

1. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día preocupándote por algún aspecto de tu apariencia (no simplemente pensando sino preocupándote)?

- a. menos de 30 minutos.
- b. de 30 a 60 minutos.
- c. más de 30 minutos.

2. ¿Con que frecuencia estás mal por alguna cuestión relacionada con tu apariencia (preocupado, ansioso, deprimido...)?

- a. nunca o raramente.
- b. algunas veces.
- c. frecuentemente

3. ¿Con qué frecuencia evitas que partes de tu cuerpo o que tu cuerpo entero sea visto por otros? Por ejemplo, ¿con que frecuencia evitas ir a vestuarios, piscinas o situaciones donde debas quitarte la ropa? o también, ¿con qué frecuencia llevas ropas que alteran u ocultan tu apariencia corporal, como por ejemplo intentar ocultar tu cabello o llevar ropas holgadas para esconder tu cuerpo?

- a. nunca o raramente.
- b. algunas veces.
- c. frecuentemente.

4. ¿Qué tiempo llevas entrenando?

- a. De 1 a 3 años.
- b. De 3 a 5 años.
- c. De 6 a 9 años.

5. ¿Cuántos días a la semana entrenas y cuantas horas diarias?

- | Días | Horas diarias |
|--------------|----------------|
| a. 1 – 3 () | a. 1 – 2 () |
| b. 3 – 5 () | b. 2 – 4 () |
| c. 5 – 7 () | c. 4 a más () |

6. ¿Con qué frecuencia sigues dietas comiendo alimentos especiales (por ejemplo, de alto grado proteínico o comidas bajas en grasa) o ingieres suplementos nutricionales para mejorar tu apariencia?

- a. nunca o raramente.
- b. algunas veces.
- c. frecuentemente.

7. ¿Qué parte de tus ingresos económicos los empleas en cuestiones dedicadas a mejorar tu apariencia? (por ejemplo, comidas especiales de dieta, suplementos nutricionales, productos para el pelo, cosméticos, técnicas cosméticas, equipamiento deportivo, cuotas de gimnasio.)

- a. una cantidad insignificante.
- b. una cantidad sustancial, pero nunca hasta el punto de que me cree problemas económicos.
- c. Una cantidad suficiente hasta el punto de crearme problemas económicos.

8. ¿Con qué frecuencia tus actividades relacionadas con tu apariencia física afectan tus relaciones sociales? por ejemplo: el tener que dedicar tiempo a entrenamientos, prácticas alimentarias especiales o cualquier otra actividad relacionada con tu apariencia que terminan afectando tus relaciones con otras personas.

- a. nunca o raramente
- b. algunas veces
- c. frecuentemente

9. ¿Con qué frecuencia tu vida sexual se ha visto afectada por tus preocupaciones relacionadas con la apariencia?

- a. nunca o raramente
- b. algunas veces
- c. frecuentemente

10. ¿Con qué frecuencia tus preocupaciones con la apariencia o actividades relacionadas con ella han comprometido tu trabajo o carrera? (o tus actividades académicas si eres estudiante) por ejemplo, llegando tarde, perdiendo horas de trabajo o de clase, trabajando por debajo de tu capacidad o perdiendo oportunidades de mejora o ascenso por preocupaciones y o actividades con la imagen corporal.

- a. nunca o raramente
- b. algunas veces
- c. frecuentemente

11. ¿Con qué frecuencia has evitado ser visto por otra gente debido a tus preocupaciones con tu apariencia? Por ejemplo: no yendo a la escuela, al trabajo, a eventos sociales o a estar en público.

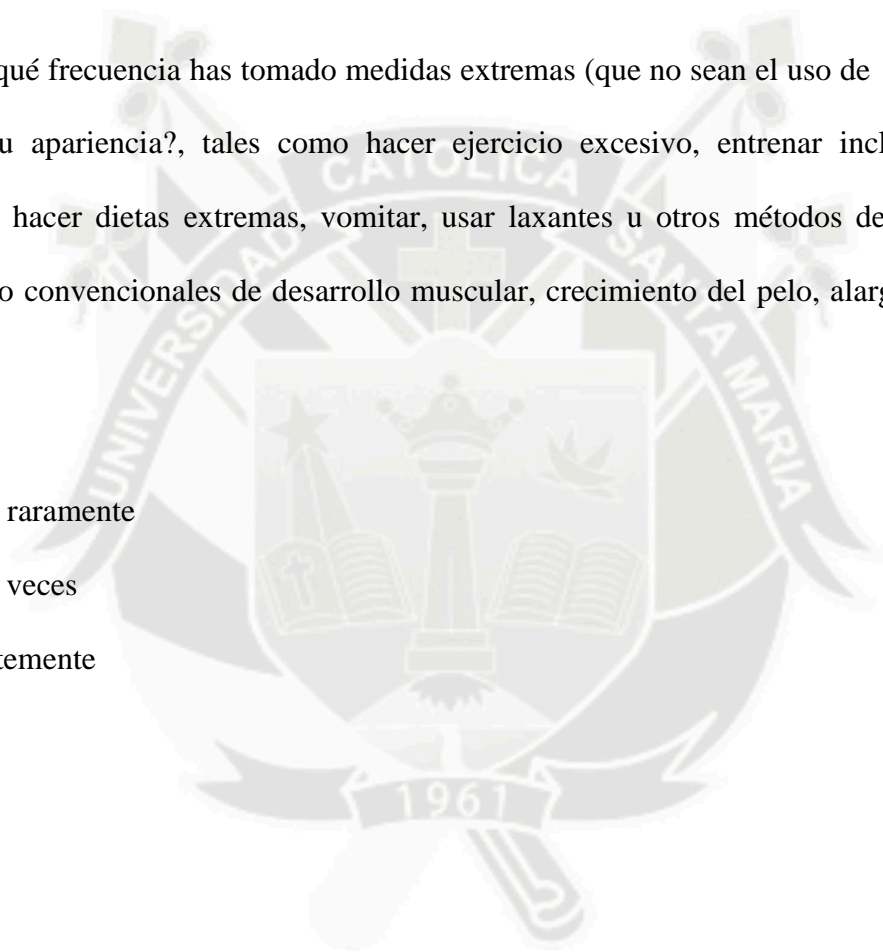
- a. nunca o raramente
- b. algunas veces
- c. frecuentemente

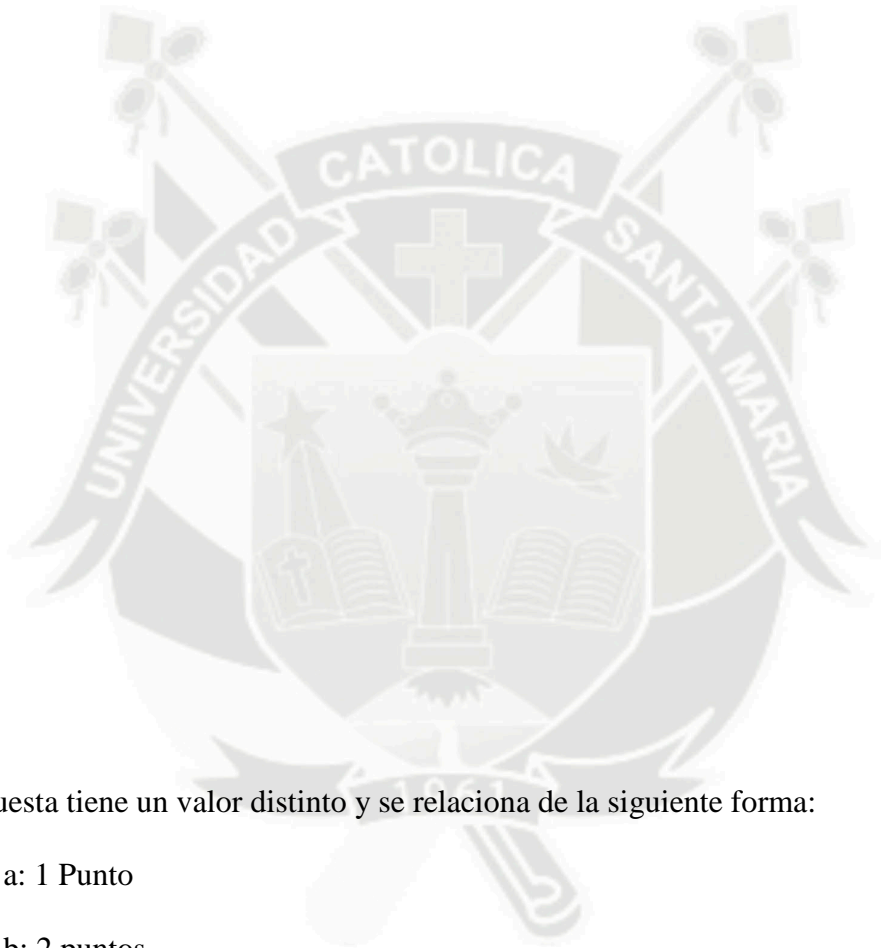
12. ¿Has consumido algún tipo de droga legal o ilegal para ganar músculo, perder peso, o para cualquier intento de mejorar tu apariencia?

- a. nunca
- b. sólo drogas legales compradas en sitios oficiales o bajo prescripción
- c. he usado esteroides legales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias

13. ¿Con qué frecuencia has tomado medidas extremas (que no sean el uso de drogas) para cambiar tu apariencia?, tales como hacer ejercicio excesivo, entrenar incluso estando adolorido, hacer dietas extremas, vomitar, usar laxantes u otros métodos de purga, usar técnicas no convencionales de desarrollo muscular, crecimiento del pelo, alargamiento del pene, etc.

- a. nunca o raramente
- b. algunas veces
- c. frecuentemente





Cada respuesta tiene un valor distinto y se relaciona de la siguiente forma:

Respuesta a: 1 Punto

Respuesta b: 2 puntos

Respuesta c: 3 puntos

GRADO DE PREOCUPACIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Preocupación leve (0-9 puntos)

Preocupación moderada (10 - 19 puntos)

Preocupación grave (20 a 29 puntos)

Preocupación posiblemente patológica (30 a 39 puntos)

MCMI – II

MILLON CLINICAL MULTIAXIAL INVENTORY – II

INSTRUCCIONES:

Las siguientes páginas contienen una lista de frases que la gente usa para describirse a sí mismos. Están impresas en este cuadernillo para ayudarle en describir sus sentimientos y sus actitudes.

Trate de ser lo más honesto(a) y serio(a) que pueda en marcar frases.

No se preocupe si algunas de estas frases parecen poco comunes para Ud., están incluidas para describir personas con diferentes tipos de problemas.

- Cuando esté de acuerdo con una frase, o decida que esa frase le describe, rellene con **V**, en la hoja de respuesta que se le ha dado para indicar que es **VERDADERO**.

- Cuando esté en desacuerdo con la frase o decida que esa frase no le describe, rellene con **F** para marcar que es **FALSO**.

Trate de marcar cada frase, incluso si no está seguro(a) de su elección. Si ha hecho lo mejor posible y todavía no puede decidirse, marque **F por FALSO**.

No hay tiempo límite para completar el Inventario, pero es mejor trabajar con rapidez sin pensar mucho cada respuesta.



	V	F
1. Siempre sigo mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan de mí.		
2. Siempre he encontrado más cómodo hacer las cosas solo(a) tranquilamente en vez de hacerlas con otros.		
3. Hablar con otras personas ha sido casi siempre difícil y duro para mí.		
4. Creo que hay que ser decidido(a) y tener fuerza de voluntad en todo lo que hago.		
5. En las últimas semanas me pongo a llorar apenas la mínima de las cosas sale mal.		
6. Alguna gente me considera engreído(a) y egoísta.		
7. De adolescente, me metía en muchos problemas debido a mi mala conducta escolar.		
8. Siempre siento que no soy querido(a) en un grupo.		
9. Frecuentemente crítico a la gente si ésta me molesta.		
10. Me conformo con seguir a los demás.		
11. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir qué hacer primero.		
12. A veces puedo ser muy tosco(a) y malo(a) en mis relaciones con mi familia.		
13. Me interesa muy poco hacer amigos.		
14. Creo que soy una persona muy sociable y extrovertida.		
15. Sé que soy una persona superior, por lo tanto no me importa lo que la gente piensa.		
16. La gente nunca ha reconocido debidamente lo que he hecho o logrado.		
17. Tengo un problema con el alcohol que he tratado insatisfactoriamente de superar.		
18. Ultimamente siento como una angustia en el estómago y me pongo a sudar frío.		
19. No me gusta hacerme notar durante las actividades sociales.		
20. Frecuentemente hago cosas por el simple hecho de que son divertidas.		
21. Me enfado mucho con la gente que parece que nunca hace las cosas bien.		

22. Si mi familia me presiona es muy probable que me sienta enojado(a) y que me resista a hacer lo que ellos quieren.		
23. Frecuentemente siento que debería ser castigado(a) por lo que he hecho		
24. La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de cómo actúo o de mi aspecto.		
25. Los demás parecen más seguros que yo, de lo que son y de lo que quieren.		
26. Tiendo a romper en llanto y a tener ataques de cólera sin saber por qué.		
27. Empecé a sentirme solo(a) y vacío(a) hace un año o dos.		
28. Tengo talento para ser dramático(a).		
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.		
30. Disfruto de la competencia intensa.		
31. Cuando entro en crisis, rápidamente busco a alguien para que me ayude.		
32. Me protejo a mí mismo(a) de problemas, no dejando que la gente sepa mucho de mí.		
33. La mayor parte del tiempo me siento débil o cansado(a).		
34. Otra gente se enoja más ante pequeños inconvenientes que yo.		
35. Mi consumo de drogas frecuentemente me ha llevado a una buena cantidad de problemas en el pasado.		
36. Últimamente me encuentro llorando sin ninguna razón.		
37. Creo que soy una persona especial que merece atención especial de los otros.		
38. Bajo ninguna circunstancia me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.		
39. Una manera segura de hacer un mundo pacífico es mejorando la moral de la gente.		
40. En el pasado me he involucrado sexualmente con muchas personas que no me importaban mucho.		
41. Encuentro difícil comprender a la gente que nunca tiene las cosas claras.		

42. Soy una persona muy sumisa y fácil.		
43. Mi mal genio ha sido una de las grandes causas de mis problemas.		
44. No me importa mandonear a otros para conseguir que hagan lo que yo quiera.		
45. En los últimos años incluso cosas mínimas parecen deprimirme.		
46. Frecuentemente mi deseo de hacer las cosas perfectamente, demora mi trabajo.		
47. Soy tan tranquilo(a) y aislado(a) que la mayoría de la gente no sabe si quiera que existo.		
48. Me gusta coquetear con miembros del sexo opuesto.		
49. Soy una persona tranquila y miedosa.		
50. Soy una persona muy inconstante, cambio de opinión de forma de sentir todo el tiempo.		
51. Me siento muy tenso(a) cuando pienso en los sucesos del día.		
52. Beber alcohol nunca me ha causado ningún problema realmente serio en mi trabajo.		
53. Últimamente pareciera que las fuerzas se me escapan, incluso en las mañanas.		
54. Empecé a sentirme fracasado(a) hace unos años.		
55. No me gusta nada la gente de éxito que siempre piensa que puede hacer las cosas mejor que yo.		
56. Siempre he tenido un miedo terrible de perder el amor de la gente que necesito mucho.		
57. Daría la impresión que hago todo lo posible para que la gente se aproveche de mí.		
58. Últimamente siento ganas de romper cosas.		
59. Recientemente he pensado seriamente en acabar con mi vida.		
60. Siempre estoy tratando de hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.		
61. Mantengo un control riguroso de mi dinero, así estoy preparado(a) en caso de necesidad.		
62. Aparecí en la portada de varias revistas el año pasado.		

63. Le gusto a poca gente.		
64. Si alguien me criticara por cometer un error, yo rápidamente señalaría algunos de sus errores.		
65. Algunas personas dicen que me gusta sufrir.		
66. Frecuentemente expreso mis sentimientos de rabia y después me siento terriblemente culpable.		
67. Últimamente me siento nervioso(a) y bajo una terrible presión, pero no sé por qué.		
68. Muy frecuentemente pierdo la sensibilidad en partes de mi cuerpo		
69. Creo que hay personas que usan telepatía para influenciar mi vida.		
70. Consumir drogas ilícitas puede ser poco inteligente, pero en el pasado sentí que las necesitaba.		
71. Me siento cansado(a) todo el tiempo.		
72. No puedo dormir bien y me levanto tan cansado(a) como cuando me acosté.		
73. He hecho varias cosas estúpidas de puro impulso que han terminado causándome muchos problemas.		
74. Nunca perdono un insulto, ni olvido una vergüenza que alguien me haya hecho pasar.		
75. Deberíamos respetar a las generaciones anteriores y no pensar que sabemos más que ellos.		
76. Ahora me siento terriblemente deprimido(a) y triste gran parte del tiempo.		
77. Soy el tipo de persona del que los otros se aprovechan.		
78. Siempre me esfuerzo mucho de complacer a los demás, incluso cuando no me agradan.		

79. He tenido serios pensamientos suicidas por varios años		
80. Rápidamente me doy cuenta como la gente está intentando causarme problemas.		
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.		
82. No puedo entenderlo, pero parecería que disfruto hiriendo a las personas que quiero.		
83. Hace mucho tiempo, decidí que era mejor tener poco que ver con la gente.		
84. Estoy dispuesto(a) a pelear a muerte antes que dejar que nadie me quite mi autodeterminación.		
85. Desde que era niño(a) siempre he tenido que cuidarme de la gente que estaba tratando de engañarme.		
86. Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta despertar situaciones emocionantes.		
87. Tengo problemas de alcohol que me han generado problemas a mí y a mi familia.		
88. Si una persona quiere que se haga algo que requiera mucha paciencia, deberían pedírmelo a mí.		
89. Soy probablemente la persona con ideas más creativas entre las personas que conozco.		
90. Hace diez años que no veo un carro.		
91. No veo nada de malo en usar a la gente para obtener lo que quiero.		
92. El castigo nunca me frenó a hacer lo que yo quería.		
93. Hay muchas veces que sin razón alguna, me siento muy contento(a) y muy emocionado(a).		
94. Yo me escapé de mi casa cuando era adolescente por lo menos una vez.		
95. Muchas veces digo cosas rápidamente de las que luego me arrepiento.		
96. En las últimas semanas me siento agotado(a) sin ninguna razón.		

97. De un tiempo a esta parte me siento muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien.		
98. Las ideas me dan vueltas y vueltas en la cabeza y no se van.		
99. De un año o dos a esta parte, me siento bastante desanimado(a) y triste acerca de la vida.		
100. Mucha gente lleva años espionando mi vida privada.		
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles simplemente para hacer infelices a los otros.		
102. Odio y temo a la mayoría de la gente.		
103. Expreso mis opiniones sobre las cosas, no importa lo que otros piensen.		
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es muy probable que lo posponga o lo haga mal a propósito.		
105. Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado que falte al trabajo en el pasado.		
106. Siempre estoy dispuesto(a) a ceder con los demás, para evitar problemas.		
107. Frecuentemente estoy molesto(a) y renegón(a).		
108. Simplemente ya no tengo la fuerza para defenderme.		
109. Últimamente, y sin ninguna razón en especial tengo que pensar las cosas una y otra vez.		
110. Frecuentemente pienso que no merezco las buenas cosas que me suceden.		
111. Utilizo mis encantos para obtener las atenciones de los demás.		
112. Frecuentemente, cuando estoy solo(a), siento la fuerte presencia de alguien invisible cerca de mí.		
113. Me siento muy desorientado(a) y no sé adonde voy en la vida.		
114. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.		

115. A veces siento que debería hacer algo para hacerme daño a mí o a otra persona.		
116. He sido injustamente castigado(a) por la ley por crímenes que no he cometido.		
117. Me he vuelto muy nervioso(a) en las últimas semanas.		
118. Constantemente tengo pensamientos extraños de los que quisiera librarme.		
119. Me resulta muy difícil controlar el impulso de beber en exceso.		
120. Mucha gente piensa que soy un ente que no vale nada.		
121. Me puedo excitar mucho sexualmente cuando peleo o discuto con la persona que amo.		
122. A través de los años, he tenido éxito en mantener mi consumo de alcohol al mínimo.		
123. Siempre he puesto a prueba a las personas para averiguar cuanto se puede confiar en ellas.		
124. Incluso despierto(a) parece que no percibo la gente que está junto a mí.		
125. Me resulta muy fácil hacer muchos amigos.		
126. Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado.		
127. Con frecuencia oigo cosas tan bien que me molesta.		
128. Mi estado de ánimo parece variar mucho de un día a otro.		
129. No parece mal que una persona se aproveche de otra que se lo permite.		
130. Me he cambiado de trabajo más de tres veces en los últimos dos años.		
131. Tengo muchas ideas que se adelantan a su tiempo.		
132. De un tiempo a esta parte, me siento triste y melancólico(a), y no puedo salirme de eso.		
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda en lo que haga.		
134. Con frecuencia me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.		

135. Me enfado muchísimo con personas que pretenden que yo haga lo que no quiero hacer.		
136. En los últimos años, me he sentido tan culpable que podría hacer algo terrible a mí mismo(a).		
137. Nunca paso desapercibido(a) cuando estoy en una fiesta.		
138. La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral.		
139. A veces me siento confundido y perturbado(a) cuando la gente es amable conmigo.		
140. Mi uso de las así llamadas drogas ilegales me ha llevado a discusiones con mi familia.		
141. Me siento incómodo(a) con los miembros del sexo opuesto.		
142. Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.		
143. No me importa que la gente no esté interesada en mí.		
144. Francamente miento bastante seguido para librarme de problemas.		
145. La gente puede fácilmente cambiar mis ideas, incluso si pensaba que mi decisión ya estaba tomada.		
146. Los otros han tratado de engañarme, pero tengo la fuerza de voluntad para superarlos.		
147. Mis padres generalmente me decían que yo no era bueno(a) para nada.		
148. Con frecuencia la gente se enfada conmigo porque los mandoneo.		
149. Yo siento gran respeto por aquellas autoridades que están encima mío.		
150. Casi no tengo vínculos cercanos con otras personas.		
151. En el pasado me han dicho que me interesaba o me emocionaba demasiado por demasiadas cosas.		
152. Yo he volado sobre el Atlántico treinta veces el último año.		
153. Yo creo en el dicho “A quien madruga Dios lo ayuda”.		

154. Me merezco el sufrimiento que he tenido en la vida.		
155. Mis sentimientos hacia la gente importante en mi vida, generalmente oscilan del amor al odio hacia ellos.		
156. Mis padres nunca estaban de acuerdo.		
157. En ocasiones he tomado hasta diez tragos o más sin emborracharme.		
158. En grupos sociales casi siempre me siento muy inseguro(a) y tenso(a).		
159. Valoro mucho las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.		
160. Desde que era niño(a), he ido perdiendo contacto con el mundo real.		
161. Rara vez tengo sentimientos fuertes acerca de algo.		
162. Era muy inquieto(a), viajaba de un lado a otro sin ninguna idea de donde iría a parar.		
163. No puedo tolerar a la gente que llega tarde a las citas.		
164. Gente oportunista con frecuencia trata de obtener crédito por cosas que yo he hecho o pensado.		
165. Me enfado mucho si alguien exige que yo haga las cosas a su manera en vez de la mía.		
166. Tengo la habilidad de ser exitoso(a) en casi cualquier cosa que haga.		
167. Últimamente me derrumbo.		
168. Pareciera que animo a la gente que me quiere para que me hiera.		
169. Nunca he tenido un pelo en mi cabeza o en mi cuerpo.		
170. Cuando estoy con otros me gusta ser el centro de atención.		
171. Con frecuencia, personas que al principio he admirado mucho, después me han desilusionado fuertemente.		
172. Soy la clase de persona que puede abordar a cualquiera y agredirlo(a) verbalmente.		
173. Prefiero estar con gente que vaya a protegerme.		

174. Ha habido muchos períodos en mi vida en los que he estado tan alegre y he gastado tanta energía que luego caía en bajadas de ánimo.		
175. He tenido dificultades en el pasado para dejar de abusar de las drogas o alcohol.		

