



**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y
HUMANAS**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**“INSATISFACCION CORPORAL, VULNERABILIDAD
PSICOLOGICA Y SINTOMATOLOGIA VIGOREXICA.”**

Tesis presentada por las bachilleres:
JUAN LUIS CUENTAS-ZAVALA PONCE
Tesis para obtener el Título Profesional de
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Asesora de Tesis: Mg. Elva Danet Franco
Delgado

AREQUIPA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mi padre y a mi querida madre, por su apoyo permanente en la persecución de mis objetivos. Su ejemplo me motiva a querer superarme día a día y espero se sientan orgullosos de mi esfuerzo y logros.

A mis profesores de Universidad que aportaron integralmente en mi formación profesional, bajo una perspectiva humanista para rescatar el valor de la persona. Cada uno fue artífice de mi aprendizaje que terminó transformándome en un psicólogo en potencia.

A mis amigos mi cariño y agradecimiento por su interés en mi trabajo, su aliento y buenos consejos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios que siempre me ha tendido su mano, me acompaña, guía mis objetivos y me enseña el don de la paciencia.

A mis padres Julio Cuentas-Zavala Rondón y María Teresa Ponce Puertas , por su amor incondicional y ejemplo de sacrificio, siempre esperan lo mejor de mi y han instruido mi vida. Ambos mi mayor fuente de amor. Este trabajo es para ustedes.

A mi asesora Susan Roberts, por su paciencia y esmero en apoyar este proyecto. Ampliamente recomiendo su trabajo en asesoramiento de tesis y proyectos de investigación.

A los gimnasios Master Fitness, Club Gym, Club Internacional y Nuevo Nivel Crossfit, por su apertura a la investigación y el conocimiento académico. Igualmente a las personas que participaron en las evaluaciones.

Índice

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCION	
CAPITULO 1: Planteamiento del problema	
Introducción.....	8
Justificación/ Formulación del problema.....	9
Pregunta de investigación.....	12
Objetivos de la investigación	
- Objetivo general	
- Objetivo específico	
CAPITULO 2: Marco Teórico	
Antecedentes teórico investigativos.....	13
Variables y definiciones conceptuales.....	17
CAPITULO 3: Metodología	
Diseño metodológico.....	32
Población y muestra	
Instrumentos de medición.....	33
Operacionalización de las variables.....	36
Procedimiento.....	40
Técnicas de procesamiento de datos	

CAPITULO 4: Resultados

Resultados.....42

CAPITULO 5: Discusión

Discusión.....50

Limitaciones.....57

CAPITULO 6: Conclusión

Conclusión.....58

Sugerencias.....59

Referencias..... 60

Anexos..... 64

RESUMEN

La presente investigación: Insatisfacción Corporal, y Vulnerabilidad Psicológica en la Sintomatología Vigorética analiza como la sobrevaloración de la imagen corporal idealizada marca una tendencia patológica entre asistentes a gimnasios, reflejándose en una sintomatología vigorética. Se plantea que rasgos de vulnerabilidad psicológica relacionados a insatisfacción corporal son factores predisponentes en esta patología. Se buscó una relación entre la severidad de la sintomatología vigorética, con rasgos de vulnerabilidad psicológica e insatisfacción corporal en varones de gimnasios en Arequipa, por medio de tres pruebas: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), la Escala de la Satisfacción Corporal y el Cuestionario del Complejo de Adonis (ACQ). La muestra no probabilística por “bola de nieve” consistió de 56 varones entre 17 y 48 años. El EDI-2 reveló tendencias altas de vulnerabilidad psicológica, mientras que la Escala de Satisfacción Corporal reveló un 28,6% con Alta insatisfacción, 57,1% con insatisfacción moderada y un 14,3% satisfechos con su cuerpo. En cuanto al Complejo de Adonis el mayor porcentaje (57,1%) se encuentra en niveles bajos de sintomatología vigorética; un 39,3% en nivel moderado y en dos casos (3,6%) presencia marcada de sintomatología. Concluimos que no podemos predecir el desarrollo de este trastorno ya que la correlación múltiple no mostró niveles significativos con estas tres variables; sin embargo, se revela que sí hay una marcada “cultura del cuerpo” en Arequipa.

PALABRAS CLAVE: Dismorfia muscular, Vigorexia, Complejo de adonis

ABSTRACT

This research: *Body Dissatisfaction and Psychological Vulnerability in Vigorexic Symptomology* analyzes the way the excessive interest that a person places on an idealized body image marks the tendency in some gym goers, to develop marked vigorexia symptoms. This tendency could be explained by a psychological vulnerability related to body dissatisfaction. The main objective consisted in finding the correlation between vigorexic symptomatology with psychological vulnerability and body dissatisfaction in men from Arequipa's muscle training gyms. This was done through tests measuring these variables: Eating Disorder Inventory EDI-2, The Adonis Complex Questionnaire and the Body Satisfaction Scale. The sample consisting of 56 men between 17 and 48 years of age was obtained by the "snowball" method. Results revealed high trends in psychological vulnerability in the EDI-2, the Adonis Complex Questionnaire found more percentage of 57,1% in Low Concern, 39,3% in Moderate Concern and two cases from Adonis Complex (3,6%). The Body Satisfaction Scale showed 28,6% from high dissatisfaction; 57,1% from Moderate Dissatisfaction and 14,3% in high dissatisfaction in 8 cases. Finally a prediction of vigorexic symptoms could not be established based on the psychological vulnerability or body satisfaction scales. Nevertheless, there is prominent "body culture" in Arequipa, since important vigorexic symptomatology factors were found.

KEY WORDS: Body dysmorphic disorder, Vigorexia, Adonis Complex

Capítulo 1: Planteamiento del Problema

Introducción

En la actualidad, la apariencia física es un tema absolutamente relevante, tanto para mujeres como para hombres, y son las preferencias por tener un cuerpo más atractivo las que vienen creciendo tendencialmente. Cada vez más personas se están concentrando en temas de apariencia física, atractivo y belleza, y algunos profundizan de manera que tienen la idea del cuerpo como máxima representación de sí mismos. De esta manera, el valor de la persona estaría expuesto exclusivamente en la imagen física; es decir en el atractivo, lo cual generaría un marcado conflicto con la visión de aquellos defensores de la dignidad de la persona.

Los cuerpos magros y musculados de los modelos masculinos que imperan en determinados tipos de anuncios, transmiten un paradigma estético de belleza. La “presión” de los medios de comunicación y la publicidad sobre un cuerpo ideal parece desempeñar un papel esencial en el interés de las personas en una imagen física ideal. Lo que proyecta el marketing es un modelo de hombre fuerte y atlético como prototipo de salud y éxito. Ante estos modelos o prototipos idealizados y para muchos inalcanzables, la insatisfacción con el aspecto físico va incrementándose. Asimismo, en los últimos años, la actividad física llamada *fitness* se ha convertido en una tendencia de gran preponderancia en el mundo, y Perú no podía estar ajeno a esta situación, con un potencial de crecimiento de desarrollo de esta tendencia, considerando que en la actualidad ya el 2% de la población peruana acude a un gimnasio (Andina, 2014). Los deportistas que se entrenan de una manera compulsiva con pesas, proyectándose a tener la figura que desean, muchas veces van a incurrir en excesos (Hernández Viadel, 2005).

Justificación/ Formulación del Problema

En nuestro medio, también cada vez es mayor la búsqueda entre jóvenes del cuerpo ideal, atlético y musculoso, y muchos no sienten conformidad con su cuerpo. Y es que es evidente la diferencia física entre un hombre musculoso y una persona con un biotipo natural. En este sentido, una persona musculosa se hace notar, impone su presencia y figura sobre los demás. Muchas veces, es un personaje admirado, uno que puede vender mucho por su cuerpo. Estas son las ideas que influyen en que una persona quiera alcanzar esa imagen corporal. Una encuesta realizada por Garner en 1997, sobre la Imagen Psicológica de hoy, muestra más descontento entre los encuestados con la forma de sus cuerpos que antes. En particular, son los hombres en la encuesta quienes muestran insatisfacción con estos datos: abdomen (63%), su peso (52%), su tono muscular (45%), su apariencia (43%) y pecho (38%). En otra encuesta sobre cuánto tiempo invertiría el encuestado en conseguir sus objetivos de imagen ideal, arrojó el sorprendente resultado de que por lo menos dedicarían más de 5 años a conseguirlo (Garner, 1997). Estas cifras son alarmantes y van en aumento, ya que cada vez es mayor el número de personas asistentes a un gimnasio por un tiempo mayor a seis meses. Nos tenemos que preguntar hasta qué punto es saludable tener una mejor apariencia física, dado que la búsqueda de una imagen idealizada puede volverse dañina comprometiendo hasta el propio cuerpo, y cuáles son los factores que pueden llevar a una persona a obsesionarse por ello.

Muchas personas interesadas en obtener una mejor imagen física pueden pasar horas entrenando, seguir dietas estrictas para desarrollar masa muscular, utilizar suplementos y/o anabólicos para resultados más rápidos; mientras que otros van al gimnasio simplemente por motivos de

salud, para adelgazar o para bajar los niveles de estrés. Este contraste hace pensar en patrones que pueden o no ser extremos y hasta patológicos.

Se encuentran así estudios como el siguiente llevado a cabo por Muñoz y Martínez en 2007 donde se indica que según el informe de la Comisión Europea un 6% de las personas que acuden a un gimnasio son consumidores de sustancias anabólicas y más de 20.000 centros en el viejo continente tienen inscritos a más de 15 millones de clientes, por lo que los cálculos ascenderían a unas 900.000 aproximadamente del número de personas consumidoras en toda Europa (Martínez, 2007).

El hecho que algunos sujetos se interesen en la imagen corporal en tal medida, lleva a que pueden recurrir incluso al extremo de inyectarse una sustancia potencialmente dañina. Se podría pensar que para ellos el fin justifica los medios al ser esa su manera de pensar; más aún los resultados que arrojan informes como estos de Muñoz y Martínez son gravitantes y muy altos. Es así que marca un contraste que justifica el profundizar en estas diferencias.

En nuestro entorno se puede percibir el conflicto que se genera en la persona que se interesa por obtener un mejor cuerpo a causa de no obtener los resultados que busca. Es en los momentos de entrenamiento cuando uno se puede dar cuenta que los deportistas de gimnasio recurren a gastar hasta el último recurso para adquirir la imagen corporal que pretenden obtener; por ejemplo, vemos que estos deportistas indagan sobre qué otros ejercicios existen o inventan rutinas de ejercicio, lo cual puede tornarse en una situación dañina, pues los ejercicios conocidos están estipulados para tener un cuidado apropiado del cuerpo y no deben ser arbitrariamente cambiados. Unos deportistas que tienen más grasa corporal que otros, recurren a usar fajas en el abdomen para que otros los perciban con un cuerpo más cuidado. En una oportunidad, alternando ejercicios con un joven

no mayor a 19 años, pude notar que hacía los ejercicios con tal intensidad que perdía la cuenta de las repeticiones que hacía. Esto me llamó mucho la atención llevándome a considerar cuáles son las características que pueden llevar a las personas a ese nivel de auto-exigencia dañina.

También es evidente la masiva influencia que ejercen en nuestra población los personajes que participan en “realitys” o programas concurso como “Esto es Guerra”, “Combate” y otros; ya que muchos jóvenes quieren tener los músculos o el cuerpo de estos competidores para tener el éxito que ellos tienen. Y es que los medios, la publicidad y el marketing hoy en día venden esta ideología por fines lucrativos ausentándose de toda idea de bienestar común. A razón de esto ha aumentado la asistencia a los gimnasios.

De esta manera, se ve a muchas personas que adoptan un estilo de vida exigente, y conductas obsesivas, con dietas estrictas y trabajos en el gimnasio que demandan mucha carga física. Son personas que parecieran no estar conformes cómo se ven a sí mismas. Esto influencia la cantidad e intensidad de ejercicio que realizan, la motivación que tengan para ejercitarse y la cantidad y tipo de alimentos que vayan a ingerir.

Estas conductas pueden desencadenar en excesos y estos en su conjunto forman lo que se conoce como *Vigorexia*; es decir un trastorno mental en que la persona se obsesiona con la forma de su propio cuerpo hasta alcanzar niveles patológicos. La patología radica en una conducta compulsiva por trabajar en el cuerpo, la persona se mira continuamente en el espejo, se pesa varias veces al día, le cuesta establecer relaciones sociales, camufla su físico, muestra irritabilidad, perfil agresivo, y llega al abuso en consumo de anabolizantes, entre otras cosas.

Es importante analizar e investigar sobre los factores que llevan a este tipo de patología y el presente estudio pretende ampliar los conocimientos al respecto en nuestro medio.

Pregunta de investigación

Para este trabajo, entonces se plantea la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre la insatisfacción corporal, la presencia de factores de vulnerabilidad psicológica y la sintomatología de la Vigorexia?

Objetivos de la investigación

Objetivo General:

Encontrar la relación entre la sintomatología vigoréxica y rasgos de vulnerabilidad psicológica, así como de insatisfacción corporal.

Objetivos específicos:

- a. Determinar si hay sintomatología vigoréxica
- b. Establecer presencia de rasgos de vulnerabilidad psicológica
- c. Precisar existencia de características de insatisfacción corporal
- d. Relacionar la sintomatología según el tiempo de entrenamiento con el grupo etario

Limitaciones del estudio

Dentro de la etapa de evaluación del proyecto, se presentaron ciertas situaciones que dificultaron la obtención de mejores resultados. Por ejemplo, el ambiente donde se evaluó a los diferentes usuarios de gimnasio en muchos casos no era el ideal para garantizar la tranquilidad y la confidencialidad. La coordinación de los horarios, los lugares disponibles

para evaluar y el contexto fueron parte de esta dificultad para llegar a mejores resultados. El tiempo de verano, es un aliciente para la población arequipeña, por lo que nos encontramos con sujetos que entre los meses de enero a marzo habían dejado de entrenar, ya que todavía no era tiempo para exhibir el cuerpo como pasaría en un muestreo antes o durante el verano.

Capítulo 2: Marco Teórico

I. Antecedentes teórico investigativos

El concepto de la Vigorexia existe desde 1993, cuando el psiquiatra estadounidense, el doctor Harrison Pope inició una investigación acerca de la obsesión de las personas por su propio cuerpo. Pope, (1993 citado en Cotorett, 2010), pionero en el tema de la Vigorexia, fue quien comenzó a estudiar el trastorno allá por 1990, su primera publicación llegó diez años después siendo el primer estudio comparado y controlado sobre “Vigorexia” en la Gaceta de Psiquiatría de Estados Unidos. Describió a esta “enfermedad” al tiempo que investigaba el uso y abuso de esteroides. La investigación reveló que entre los más de nueve millones de estadounidenses que acuden regularmente a gimnasios, cerca de un millón podrían estar afectados por este desorden. Seguidamente considero que este trastorno podía ser parte de una forma de psicosis.

Pope encontró, en sus estudios a sujetos que estaban siendo afectados por pensamientos de carácter obsesivo sobre su cuerpo y que realizaban prácticas de ejercicio físico de una forma compulsiva en busca de agrandar su cuerpo. Variables referentes a su vida psicológica y social estaban siendo afectadas porque dejaban de hacer actividades, de manera que los demás no pudieran percibir su falta de musculatura y por eso se pasaban todo el tiempo en el gimnasio. El estudio refirió que la dieta era muy estricta y estaba acompañada de sustancias proteicas y anabolizantes. (Pope, 1993).

Rodríguez y Rabito, sobre este tema, señalan que: aquellos individuos que hacen sus ejercicios de manera compulsiva y aumentan los días de entrenamiento, tienden a dejar de lado los días de descanso. Estas personas que describen los autores incluso realizan los ejercicios a pesar de

una dolencia, lesiones o enfermedades potenciales y son atacados por pensamientos compulsivos para continuar entrenando sin medir posteriores consecuencias (Rodríguez Molina & Rabito Alcón, 2011).

Muñoz y Martínez (2007) en su investigación se enfocaron en estudiar a la “vigorexia” como una problemática que presenta alteraciones en la conducta alimenticia. Su investigación mostró que los sujetos muestran conductas obsesivas y compulsivas en cuanto a suplementos alimentarios compuestos fundamentalmente por proteínas, estimando que podría afectar entre el 1 y el 10% de los usuarios habituales de gimnasios, resumiendo que entre los 15 y los 35 o 40 años se van a situar la gran mayoría de afectados, en torno a un 80% hombres y 20% mujeres.

En el mismo artículo titulado: “Ortorexia y Vigorexia: ¿Nuevos Trastornos De La Conducta Alimentaria?” se establece que la Vigorexia ya es una “alteración grave de la conducta alimentaria”, acompañada de “alteraciones en la percepción de la forma y el peso corporal”. Este es el criterio general que se utiliza para incluir este trastorno como problema de salud parte del Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) (Muñoz, 2007).

Es a este trastorno lo denominó Anorexia Inversa; término que ha evolucionado a “Dismorfia corporal” en estos días. Es común también referirse a él como “Complejo de Adonis” (Baile, 2011).

De esta manera quedamos sumergidos en un medio donde términos como dismorfia muscular, anorexia inversa, complejo de Adonis y Vigorexia aparecen para referirse a un problema que todavía no ha sido reconocido como un trastorno con identidad propia; incluso dentro de los manuales de diagnósticos más utilizados en la actualidad el DSM V (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013) y la CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). Un estudio realizado por Baile en 2003 establece que

pareciera 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.

Cornejo en 2005 realiza un estudio en la ciudad de Arequipa respecto al “Entrenamiento y el Trastorno Dismórfico Corporal”, donde planteaba que las personas que asisten con mayor intensidad al gimnasio, presentan mayor número de rasgos de Trastorno Dismórfico Corporal en relación a los que no lo hacen (Cornejo, 2005).

En el 2015 Begazo Chuquiwanca y Canaza Apaza hacen una investigación con usuarios de gimnasios en la ciudad de Arequipa, respecto a la prevalencia y factores psicológicos y sociodemográficos asociados a Vigorexia. Con este estudio concluyeron que una gran proporción de sujetos en la muestra (34,43%) presenta un nivel de preocupación patológica de moderada a severa referente a su imagen corporal; es decir estas personas tienen indicios de sentirse insatisfechos respecto a su propia apariencia. El 31,3% correspondió a los evaluados con un nivel moderado de preocupación en cuanto a una preocupación patológica por su imagen corporal. Incluso el 3,13% de su muestra corresponde a los sujetos con una severa preocupación patológica. Esto indica que hay presencia de Vigorexia en más de un tercio de la muestra evaluada por Begazo y Canaza No se encontraron niveles de preocupación patológica catalogados como *Muy Severa*

En la prueba de Trastornos de Conducta Alimentaria (EDI2), sujetos de este estudio presentaron bajos niveles en todas las escalas; de esta manera, los autores concluyen que un TCA no es un rasgo que sea determinante para la aparición de una Vigorexia.

En este mismo estudio, resaltan también un dato interesante, que es una relación entre el tiempo de entrenamiento y la aparición de síntomas del trastorno. En la muestra obtenida de la población que estudiaron, hallaron que la tercera parte que iba entrenando para mejorar su musculación 6 meses o menos tenía algunos síntomas de Vigorexia y la otra tercera parte que llevaba más de 2 años entrenando, los tenía con aun mayor frecuencia, evidenciándose así una relación, concluyendo que las personas que empiezan a realizar estas actividades deportivas, lo hacían en un inicio debido a una preocupación severa por su aspecto físico; por consiguiente las personas que iban al gimnasio por un tiempo ya considerado podían tener mayor contacto con esta cultura del cuerpo en el fisicoculturismo, que se explicará más adelante, y de esta manera ser susceptibles a desarrollar posteriormente una Vigorexia.

En base a estos antecedentes teórico investigativos, se puede llegar a una conclusión respecto a la experiencia y realidad de usuarios de diferentes gimnasios de nuestra ciudad de Arequipa. Es justamente esto la razón por la que se pretende profundizar en este aspecto, buscando la relación entre las causas psicológicas por las cuales la persona puede ser más vulnerable, así como respecto a no sentirse satisfecha con su propia imagen. Y si esto último se lo relaciona con los anteriores hallazgos, puedo identificar que hay autores que consideran que la insatisfacción corporal vendría a ser una característica inherente a la Vigorexia.

II. Vigorexia

Conceptualización del término

Harrison Pope, inicia una descripción del concepto de la Vigorexia publicando sobre *The Adonis Complex* (El Complejo de Adonis) para ir construyendo la clasificación clínica del trastorno. Su principal dedicación fue la observación, donde identificó que en las personas había mucha

preocupación en relación a una insatisfacción con el propio cuerpo acerca de la musculatura que poseían. Esta angustia era tan grande que los sujetos llegaban a percibirse como débiles y delgados, incluso sin serlo. Al verse al espejo eso era lo que percibían, pero una persona externa a ellos podía fácilmente identificarlos como personas musculadas. Es así que concluyó que uno de los componentes de la Vigorexia consistía en una alteración en cuanto a la percepción de la propia imagen, similar a lo que ocurre con pacientes anoréxicos, quienes perciben obesidad y grasa corporal donde no la hay. De esta manera el equipo del profesor Pope declaró a la Vigorexia como una Anorexia Inversa.

Este trastorno afecta a la conducta de los pacientes. Así Pope analizó no solo la intensidad del entrenamiento sino también el consumo sostenido de sustancias anabolizantes, concluyendo que la mayor parte de personas afectadas por la anorexia inversa han probado esteroides en busca de alcanzar sus objetivos para un mayor desarrollo corporal para mejorar su apariencia. Sin embargo mencionaron que no todos los que entrenan o consumen estas sustancias tienen o han padecido este trastorno (Begazo, 2015).

A la Vigorexia puede definirse como el trastorno que se caracteriza por una preocupación extrema por verse con poca masa muscular, cuando en realidad se es musculoso, renunciando a oportunidades sociales y ocupacionales a causa de la necesidad de ejercitarse y evitando situaciones donde el cuerpo pueda ser visto en público (Castro, 2013, pág. 47).

Castro (1993, citando a Pope 2013) lo define como un trastorno mental caracterizado por una obsesión exagerada por ganar masa muscular y perder grasa. Es el mismo Pope y colaboradores quienes en 2002, le dan una connotación más patológica en su obsesión enfermiza por desarrollar

masa muscular, lo que hace que se vea afectada toda la vida psicológica y social.

Otra definición se centra en la desordenada preocupación por ser débil y no tener suficiente masa muscular en el cuerpo (aun teniéndola) mostrando una incapacidad de ver con mayor claridad el tamaño del propio cuerpo, con comportamientos obsesivos de carácter negativo en relación a la apariencia como características de una alteración de la salud (Castro, 2013)

Sintomatología vigoréxica

El comportamiento de una persona con Vigorexia es claro: el sujeto se observa con regularidad en el espejo, evita sitios públicos donde se vea su cuerpo, hace ejercicios con pesas, investiga acerca de nuevos ejercicios e inventa los propios, consume dietas estrictas o suplementos y sustancias peligrosas para el desarrollo muscular. En conclusión, se obsesiona por alcanzar un ideal en su imagen corporal y agota todos los recursos para conseguirlo, volviéndolo una adicción o compulsión.

Asiduamente, es frecuente que las personas con Vigorexia pasen cuantioso tiempo, incluso más de 2 horas en el gimnasio y muestren una variación en sus hábitos alimenticios, ingiriendo de una manera exagerada suplementos proteicos y/o estén abusando de sustancias que llegan a ser corrosivas para el cuerpo como esteroides anabolizantes para conseguir los mejores resultados de una manera más rápida para su desarrollo muscular y no está lejana la posibilidad de variadas complicaciones médicas e incluso hasta letales, lo cual muchas veces no toman en cuenta (Castro, 2013).

Salaberria y Cruz (1987 citando a Cash y Brown,2007) establecen que: cuando aparece una alteración en la imagen corporal, se dan dos

aspectos: una *alteración cognitiva y afectiva*, la insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita y *alteraciones perceptivas*, que conducen a la distorsión de la imagen corporal, inexactitud con el que se estima el cuerpo, su tamaño y forma. (Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007, pág. 173)

En general, cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana es cuando podemos hablar de trastornos de la imagen corporal (Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007, pág. 173)

Es así como se desarrolla la Vigorexia. Salaberria y colaboradores establecieron que aquella preocupación en la persona se va a enfocar en lo que respecta a la hipertrofia; este término se refiere al desarrollo muscular muy pronunciado, es decir, obtener un cuerpo más musculado. De esta manera se crea una tendencia en la persona a pasar horas en los gimnasios que la conduce a consumir anabolizantes esteroideos para aumentar su masa muscular, con los efectos negativos que pueden comprometer a la salud. Estos sujetos se ven excesivamente delgados a pesar de tener un cuerpo musculoso; es decir, su percepción respecto a lo que deberían observar varía. Además presentan pensamientos intrusivos reiterados de preocupación y realizan rituales tales como dedicar horas a ejercicios de musculación, pesarse continuamente, llevar una dieta específica y evitar situaciones donde puede ser observado su cuerpo (Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007).

La adicción al ejercicio o Vigorexia también va a ser nombrado como “Complejo de Adonis” y es reconocido como un trastorno en el cual las personas realizan prácticas deportivas en forma continua (Martel, 2006)

Es a este trastorno, al que se le denominó anorexia inversa; término que ha evolucionado a “Dismorfia Corporal”. De esta manera quedamos sumergidos en un medio donde nombres como dismorfia muscular, anorexia inversa, complejo de Adonis y Vigorexia aparecen para referirse a un problema que todavía no ha sido reconocido como un trastorno con identidad propia (Baile, 2011)

Etiología de la Vigorexia

Dentro de los posibles factores desencadenantes se nombran muchos; por ejemplo, es conocido ahora que el hombre se ve influenciado sobre su imagen corporal por los diferentes medios, motivo por el cual se convierte en el principal foco de atención para los gimnasios y lugares afines de entrenamiento.

En el marco de la imagen ideal proyectada por los medios de comunicación, quedamos sumergidos en un contexto donde se da un culto de manera excesiva a la belleza del cuerpo, dirigiéndose a una auténtica obsesión por el perfeccionamiento. La persona que persigue estos modelos idealizados no los puede lograr fácilmente. Los objetivos masculinos de la persona en referencia a su cuerpo han ido transformándose en este tiempo. Ya Fessler y Hasselton en 2005 señalaron que este ideal tendía más a ser musculoso diferenciándose de los objetivos de la mujer acerca de la delgadez, por ejemplo. Se ha ido evidenciando que cualquier exposición acerca de la belleza masculina en el cuerpo venía incrementando el grado de insatisfacción corporal (Rodríguez Molina & Rabito Alcón, 2011). Los objetivos de un hombre dedicado al *fitness* son diferentes a los de la mujer, ya que la intención femenina son temas de adelgazamiento, fortalecimiento de piernas, quema de calorías, etc; en cambio, el hombre busca la superación de su masa corporal, pretende anchar la caja torácica, busca el

fortalecimiento y crecimiento de bíceps y tríceps, ensanchamiento de caderas, entre otros.

Ortega (2005 citando a Carlson y Crawford, 2010) concluye, en su evaluación de un modelo dual que consiste en el desarrollo de la insatisfacción corporal entre varones, que tanto el peso como la musculatura contribuyen a la insatisfacción corporal y otros autores señalan que el origen de la dismorfia muscular; conocida como Vigorexia es multicausal e incluye factores individuales, socioculturales y familiares.

Begazo y Canaza citando a Baile en 2015, nos hablan acerca de los factores que estarían implicados en el desarrollo de una Vigorexia

- Factores predisponentes: Son aquellos factores que anticipan la aparición de un trastorno como lo es la Vigorexia. Estos son factores diversos, tanto genéticos como los que encontramos en nuestro entorno, ambiental y social. Pueden ser situaciones que predispongan, mas no causen el trastorno. Estas son el género masculino, un rango de edad entre 18 y 35 años, el hecho de manifestar una obsesión y/o compulsión en relación al cuerpo, experiencias previas y negativas con el cuerpo.

- Factores desencadenantes: Son situaciones conflictivas que hayan provocado un trauma o estrés en relación al cuerpo. También lo son el consumo de sustancias adictivas. Esto podría evidenciarse en una situación cuando la persona tenga que mostrar partes de su cuerpo como en la playa o en natación, y al identificar a otras personas más fornidas pueda llegar a sentir vergüenza teniendo pensamientos negativos respecto a su propio cuerpo.

- Factores mantenedores: Son aquellos factores que tienen un efecto reforzante en la conducta, a razón de un trastorno o situación conflictiva,

tales como reconocimiento social, evitación de sensaciones negativas, pensamientos obsesivos, ejercicio compulsivo, etc. Por ejemplo, mientras la persona investigue más acerca de los diferentes tipos de entrenamiento y ejercicios o consultas a algún instructor, se refuerza esta idea de sobrecargar el cuerpo con rutinas más intensas que los pueden llevar a dañar su cuerpo.

Según las fuentes revisadas, la anorexia inversa o Vigorexia tendría una etiología de carácter multifactorial, ya que interactúan las variables como la idealización o sobrevaloración de belleza, baja autoestima, perfeccionismo, afectos negativos hacia sí mismo y presión por parte de los diferentes medios de comunicación que afectan el nivel de satisfacción corporal; todo esto desencadenando patrones obsesivo-compulsivos. (Rodríguez Molina & Rabito Alcón, 2011)

Diagnóstico de la Vigorexia

Este trastorno ha sido clasificado como uno de los dismórficos corporales, que hacen referencia a una angustia excesiva en la imaginación por un defecto físico que desencadene en un malestar psicológico y también ha sido identificado dentro de un TOC (trastorno obsesivo-compulsivo) en el DSM-V. Los involucrados son invadidos por pensamientos de carácter obsesivo acerca de su apariencia y se presentan de manera recurrente (Begazo, 2015)

III. Insatisfacción Corporal

Como vemos, la Vigorexia tiene un componente importante el cual es la baja satisfacción con la imagen propia. Esta auto valoración negativa

desencadena pensamientos y conductas que podrían provocar una patología.

Dentro del contexto de la comparación de deportistas con los interesados en una mejor imagen corporal, se hace presente un problema: la *insatisfacción corporal*. Esta se forja debido a la presión a la que están sometidas las personas que van regularmente al gimnasio (Alfonseca, 2006). Es el mismo sujeto quien se forja cumplir metas que lo lleven a la consecución de su objetivo. Por lo tanto, aparecen una serie de factores de riesgo en la persona tales como: la no aceptación de su aspecto o imagen, pensamientos de carácter obsesivo, sentimientos que no generan seguridad, problemas de autoestima, tendencia al perfeccionismo, deficiencias en las relaciones interpersonales y superficialidades.

El papel que juega la *insatisfacción corporal* en el desarrollo de un TCA, es evidente y muy importante, como lo es también para un Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). A las presiones habituales impuestas por la sociedad, se añaden las de dentro del propio contexto deportivo, todo esto favorecido por entrenadores, compañeros y familiares posibilitando el mantenimiento de esta (Alfonseca, 2006). Una persona que no se siente a gusto con su cuerpo, no se valora a sí mismo y sus niveles de satisfacción son mínimos, va a buscar cambiar su imagen y es el ejercicio y la dieta unas vertientes para ponerle solución a este tipo de problema; al menos esto está presente en la mentalidad de las personas que buscan una mejor apariencia física y corporal.

García Gomez en su trabajo: “Nuevas adicciones: anorexia, bulimia y Vigorexia” en 2005 habla de una variación de la imagen corporal que se divide en un componente *afectivo* y uno *perceptivo*. Dice:

En el afectivo está la *insatisfacción corporal* referida al grado en el que los sujetos rechazan su cuerpo, sintiéndose desvalorados. El *perceptivo* es la alteración de la imagen corporal en cuanto a su contextura y tamaño (García, 2005, pág. 1).

Seijas en el mismo año indica que la percepción que tienen aquellas personas con este tipo de trastorno señala que la *imagen corporal* se transforma en el problema central, pues hay presencia de distorsiones perceptuales, que se acentúan en una sobrevaluación del peso y del esquema corporal (Seijas, 2005). Lo que los sujetos esperan ver en el espejo es una imagen de una persona musculada, con rasgos bien definidos y una figura atractiva, pero lo que perciben es la imagen de un sujeto débil, delgado, sin fuerzas. En este aspecto hay una relación con los TCA, ya que el sujeto ve algo diferente a la realidad y porque tiene una alteración en la percepción que no le deja ver con claridad cómo es que en realidad es. Es así como los niveles de insatisfacción son elevados, debido a que lo que perciben no concuerda con un ideal y de esta manera se crea una obsesión casi inalcanzable en estos sujetos por tener el mejor cuerpo.

La insatisfacción corporal va a surgir desde que el sujeto va a tener una doble visión en su percepción de la realidad. Tanto interna (autopercepción) como externa. En el punto que se va a originar una distorsión y el sujeto no se va a percibir tal y como es; sino que va a encontrar disconformidad con su apariencia; pues se distancia de los parámetros de belleza impuestos y estereotipados en la sociedad actual. Dicho sea de paso, La apariencia del sujeto musculoso, fuerte y vigoroso (Castro, 2013)

Para Hernández Viadel, el estilo de vida alimentario saludable pasa a ser un estilo de vida puramente dedicado al ejercicio físico acompañado de dietas proteínicas y esteroides anabolizantes. Aun así el sujeto piensa que

no es suficiente, percibe que su cuerpo necesita “un poco más de musculación”. Se consideran inferiores a otros, más débiles y se los puede identificar como personas introvertidas, de baja autoestima, con dificultades para establecer relaciones interpersonales, se preocupan por gustarle al sexo opuesto, por lo que se muestran ansiosos (Hernández Viadel, 2005). Síntomas que ya hemos visto con anterioridad.

IV. Vulnerabilidad psicológica

Es posible que un sujeto que está obsesionado por adquirir un mejor cuerpo ya evidencie *vulnerabilidad psicológica*, porque denota aspectos tales como baja autoestima, baja auto valoración de sí mismo, incapacidad de aceptación, ansiedad marcada, niveles pobres de relaciones interpersonales y aislamiento social.

Asimismo, podría haber relación detrás de este interés y obsesión por tener una mejor apariencia física. Esto desencadenaría en serios problemas psicológicos en la persona. Los sujetos con baja estima tienden a no aceptarse y se desvalorizan respecto al resto, motivo por el cual son renuentes a establecer relaciones interpersonales. Es así que buscan aislarse y son poco comunicativos respecto a lo que les pueda pasar interiormente.

De esta manera se puede identificar que algo está pasando en el interior de esta persona que lo hace vulnerable a caer en patrones no muy sanos y no le permite crecer y sentirse bien consigo misma. Que la persona esté afectada en su psicología es entender que puede estar afectada emocionalmente también y la consecuencia son las conductas que adopta para compensar esa sensación de vacío.

Dentro de esta *Vulnerabilidad psicológica* tenemos otros aspectos psicológicos que se deben tomar en cuenta, que son los que se relacionan con los trastorno de conducta alimentaria (TCA) como son la Anorexia y Bulimia. En el test “Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria” de David M. Garner vemos diferentes escalas, de las cuales vamos a tomar las siguientes: ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Los cuales describimos a continuación.

Ineficacia. Representa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, auto desprecio y falta de control sobre la propia vida. Cuando la persona no se siente capaz de poder realizar algo y no se siente auto-realizado; es decir no se siente satisfecha con lo que viene haciendo, ya que busca completar espacios que se presentan en su vida. De esta manera se podría tornar más obsesiva por terminar o culminar hasta alcanzar lo que busca.

Perfeccionismo. Tendencia en que el sujeto considera que debería tener los mejores resultados personales posibles. La persona tiende a buscar la perfección, a alcanzar mayores niveles, a ser perfectos.

Desconfianza interpersonal. Este rasgo identifica a personas que muestran falta de confianza e indiferencia para establecer relaciones íntimas, déficit en la expresión de sus propios sentimientos y pensamientos. La persona no se encuentra cómoda respecto a su entorno social, le es más fácil realizar sus actividades en solitario y no confía en los demás.

Conciencia introceptiva. Esto indica el nivel de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales. Va relacionado a la inseguridad. Se da cuando el sujeto no es capaz de distinguir ciertos factores emocionales en su interior, no responde

a ellos o no sabe responder a los mismos, volviéndose esta persona insegura.

Ascetismo. Tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la auto superación y el control de las necesidades corporales. El sujeto necesita tener un control sobre su cuerpo, motivo por el cual lo educa o lo exige por medio de rituales como las rutinas de ejercicio, la alimentación y otras características más.

Impulsividad. Este rasgo identifica la dificultad en la persona para regular los impulsos y puede marcar una tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la auto destrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. Las incapacidades de regular adecuadamente los propios impulsos lleva a la persona a obedecer compulsiones que muchas veces pueden ser radicales, ya que comprometen a la propia salud de su cuerpo por la búsqueda de sus ideales.

Inseguridad social. Este aspecto identifica a personas que ven las relaciones sociales como tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente de escasa calidad. La persona no encuentra comodidad en las relaciones con los demás, no encuentra seguridad en el acercamiento con la otra persona, por lo que no hallarán satisfacción y en modo contrario, buscarán alejarse y hacer actividades solitarias.

V. **Relación del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) con el Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA)**

Después de haber establecido que a la Vigorexia o TDC se la nombra con diversas nomenclaturas, buscamos aclarar que la Vigorexia, si bien no ha sido clasificada como un desorden mental en los actuales manuales de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana

(APA) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ésta guarda relación con el TCA. Con esto último, me apoyo en la investigación de Gonzales-Martí y colaboradores en 2012: “Contribución para el criterio diagnóstico de la Dismorfia Muscular (Vigorexia)”. El objetivo de esta investigación fue contribuir a catalogar la Dismorfia Muscular como un trastorno mental específico (González-Martí, 2012).

En el estudio de Gonzales Martí expone que:

Dada la variedad de conductas de la Dismorfia Muscular y su relación con diferentes trastornos mentales, además de la escasez de estudios que aporten información sobre su carácter clínico, existe una controversia en cuanto a la clasificación de este trastorno bajo un criterio diagnóstico específico (González-Martí, 2012, pág. 351)

Los pensamientos y sentimientos que tiene la persona respecto a su cuerpo, tanto el real como el deseado, manifiestan una conexión con el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) y también se relaciona con el Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), mediante las conductas de dietas y suplementación que ingieren las personas afectadas (González-Martí, 2012).

A razón de esto, en su estudio experimental, de acuerdo a la luz de los resultados afirman contribuir a una futura inclusión dentro del TDC, en los próximos manuales de desórdenes mentales. Esto se da, ya que en dicho el estudio de Gonzales Martí, tras su aplicación de la técnica de árbol de decisión, revelaron que había un predominio de las variables referentes a TDC sobre las de TCA. De esta manera contribuyen a una futura nominación en los venideros manuales de trastornos mentales.

VI. Diferencia entre Fisicoculturismo y cultura *fitness*

Hablar de fisicoculturismo es referirnos al área más disciplinada y competitiva que hay para un usuario de gimnasio que quiere destacarse como deportista; sin embargo, cuando hablamos de fitness, se relaciona al mantenimiento físico considerado que se perfila a la obtención de un mejor atractivo a nivel corporal. Los objetivos de cada persona pueden variar y diferenciarse hacia uno u otro de estos enfoques. El Fisicoculturismo se enfoca en la postura corporal y la definición del cuerpo en relación al perfeccionismo que busca la persona en la simetría en su cuerpo.; En los concursos de Fisicoculturismo, por esto, el objetivo no es comparar quien puede cargar más peso, o quien tiene más fuerza; sino quien tiene más y mayor musculatura. Es una exhibición corporal para ver los rasgos más definidos del cuerpo.

Por otro lado, el fitness es un estilo de vida, es un emprendimiento dirigido a llevar una vida más “saludable” aunque sacrificada, ya que la alimentación debe estar totalmente balanceada. La búsqueda de la salud física en algunos casos se torna en la búsqueda del atractivo y eso hace que los entrenamientos se tornen más exigentes, la ingesta de suplementos, y los niveles de exigencia a los que se somete el cuerpo son mayores, entre otros. (Arbinaga, 2003).

Las personas con Vigorexia que realizan ejercicios para aumentar su masa muscular, más allá de lograr ese estilo de vida saludable comienzan a obsesionarse y se exigen un largo tiempo de entrenamiento en pesas y se dedican a comparar sus cuerpos con los demás. Si bien no buscan competir, es constante la manera en que se miran al espejo midiendo su cambio corporal semanal e incluso diario al terminar los entrenamientos, miden varias veces su peso en la balanza y en algunas ocasiones su comportamiento se torna autodestructivo, ya que a pesar de estar lesionados continúan levantando pesas, recurren a dietas estrictas que demanda mucho sacrificio, en cuanto a los “gustos” que puedan darse como

un pastel, azúcares, grasa y variedad de comidas condimentadas que podemos encontrar en nuestra ciudad. Resalta mucho en su proceso de superación muscular la ingesta de bebidas ergogénicas legalizadas.

Podemos identificar estas características de muchos usuarios de gimnasios, entre los que sobresalen las posibilidades de desarrollar una Vigorexia, ya que su estilo de vida está basado en este culto al cuerpo, tendiendo siempre a buscar la perfección corporal; incluso poniendo en peligro su propia vida con esta proliferación de sustancias prohibidas que muchas veces no pasan control en las competencias. Es tanta la obsesión que tienen ellos por conseguir su meta, que no toman importancia de los medios que utilizan y a pesar que puedan generar consciencia respecto a su salud, están tan inmersos en este mundo del fisicoculturismo que su percepción va variando, de tal manera que lo que identifiquen en el espejo los lleve a estar más descontentos respecto a su cuerpo de lo que podría estar un usuario normal de gimnasio.

En este estudio el enfoque va dirigido a usuarios habituales de gimnasios que no necesariamente ven en esto un deporte o una meta como lo son los fisicoculturistas.

Hipótesis

Luego de revisar la información previa, la presente investigación tiene la siguiente hipótesis: Si se identifica que las personas interesadas en obtener una mejor imagen física entrenan con mayor intensidad en el gimnasio que el promedio de personas, entonces, existe una relación entre la insatisfacción corporal, la presencia de vulnerabilidades psicológicas planteadas y la sintomatología vigorexica de tal forma que a más indicadores de insatisfacción, inseguridad, perfeccionismo, impulsividad, etc, mayor será la conducta y sintomatología propia del trastorno.

Hipótesis nula

No hay relación entre la presencia de insatisfacción corporal, vulnerabilidad psicológica y la presencia de sintomatología vigorética, es decir que los indicadores de insatisfacción, inseguridad, perfeccionismo, impulsividad, etc., no muestran relación con la conducta propia del trastorno.

Capítulo 3: Metodología

Diseño metodológico

La investigación realizada es de naturaleza correlacional, debido a que tiene como objetivo medir el grado de relación que existe entre tres variables: Insatisfacción Corporal, Vulnerabilidad Psicológica y Sintomatología Vigorética; en este caso (X_1 , X_2 y Y) en un contexto en particular (Bernardo, 2000)

El diseño seleccionado para esta investigación es de tipo ex post facto, ya que primero se produce el hecho y después se analizan las posibles causas y consecuencias, por lo que se trata de un tipo de investigación que se identifica porque no se modifica el fenómeno o situación objeto de análisis (Bernardo, 2000). No se ejerce control o manipulación directa sobre las variables.

Población y muestra

La población está compuesta por los usuarios varones de gimnasios de la ciudad de Arequipa, con una muestra para esta investigación de 56 participantes hombres seleccionados por el método de un muestreo por conveniencia de “bola de nieve”, ya que se evaluó a sujetos que cumplan con las condiciones establecidas en la investigación.

Esto es un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual funciona como una cadena, donde se ubica a un sujeto con rasgos dentro del interés del investigador y este sujeto lleva a identificar otras personas con rasgos similares y así se va armando una muestra.

Los sujetos incluidos dentro de esta investigación, tienen un rango de edad entre 17 y 48 años, son varones y tienen un tiempo asistiendo al gimnasio de por lo menos de 3 meses según el contexto de la ciudad, con una media de 24 años de edad y un promedio de 30 meses de entrenamiento. Luego de una breve presentación del tema de la tesis, se procedió a evaluar a los encuestados.

Criterios de inclusión. Se buscó a personas varones en un rango de edad entre a 16 y 39 años, que entrenen por un tiempo mayor a tres meses en el gimnasio. Con el objetivo en el gimnasio de desarrollar mayor masa muscular, la hipertrofia.

Criterios de exclusión. Se excluyó de esta investigación a sujetos que por enfermedad o por su trabajo tengan que asistir al gimnasio, que no vayan por razones extremas de salud como rehabilitación y su objetivo en el gimnasio sea de adelgazar, quemar calorías, bajar de peso o cualquiera ajeno a desarrollar masa muscular.

Instrumentos de medición

Para medir las variables se usaron los indicadores contenidas en los diferentes instrumentos de evaluación. Para la variable Y (sintomatología vigoréxica) se utilizó el Cuestionario del Complejo de Adonis (ACQ) y las variables X_1 y X_2 (vulnerabilidad psicológica e insatisfacción corporal), se encuentran medidas con algunas de las escalas específicas dentro del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) y la Escala de Satisfacción Corporal para varones (BPSS-M) respectivamente.

1. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)

Ficha Técnica

Nombre: EDI-2 – Inventario de trastornos de la conducta alimentaria

Nombre original: EDI-2, Eating Disorder Inventory- 2 Autores: David M. Garner, Ph. D. Procedencia: PAR Psychological Assessment Resources, Inc, Odessa, Florida.

Adaptación española: Sara corral, Marina Gonzalez, Jaime Pereña y Nicolas Seisdedos (TEA Ediciones, S.A.)

Significación: Evaluación II escalas diferentes, todas ellas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN)

Aplicación: Individual y colectiva.

Duración: Variable, 20 minutos aproximadamente.

Edad: De 11 años en adelante

Ámbitos de aplicación: CLÍNICA, proyectivos / ESCOLAR, proyectivos.

Tipificación: Baremos españoles y originales en centiles en grupos normales y clínicos.

Materiales de aplicación:

- Cuadernillo
- Hoja de respuestas
- Manual de aplicación e interpretación

2. Cuestionario del Complejo de Adonis (ACQ)

Ficha técnica

Nombre: Cuestionario del Complejo de Adonis (ACQ)

Nombre original: The Adonis Complex Questionnaire (ACQ)
Autores: Harrison Pope y cols. Procedencia: Belmont, Estados Unidos

Adaptación española: Baile, Monroy y Garay (2005)

Significación: Construido para de detectar niveles de alteración de imagen corporal en los usuarios de gimnasios en la región latinoamericana, obteniendo valores similares e incluso superiores a los de muestras anglosajonas.

Aplicación: Individual y colectiva.

Duración: Variable, 10 minutos aproximadamente.

Edad: De 15 años en adelante

Ámbitos de aplicación: CLÍNICA

Tipificación: Baremos españoles y americanos

Materiales de aplicación:

- Cuestionario
- Manual de aplicación e interpretación

3.Escala de Satisfacción Corporal para varones (BPSS-M)

Ficha Técnica:

Nombre: Escala de Satisfacción Corporal para varones (BPSS-M)

Nombre original: Body Parts Satisfaction Scale for Men (BPSS–M)

Significación: 18 ítems con respecto a la satisfacción con la delgadez y la musculatura de cada una de las nueve partes del cuerpo identificadas (por ejemplo, "delgadez de las piernas superiores", "musculatura del pecho"); 5 elementos con respecto a la satisfacción con la cara (por ejemplo, "complexión", "cara en general"); 5cinco ítems con respecto a la satisfacción con el tamaño y la forma del cuerpo en general (por ejemplo, "constitución general del cuerpo"); y dos ítems que abordaron la altura y el peso.

Validez: Presenta estadística de fiabilidad Alpha de Cronbach igual a 0,905. Lo que demuestra que la prueba es altamente confiable.

Aplicación: Individual y colectiva.

Duración: Variable, 10 minutos aproximadamente.

Edad: De 15 años en adelante

Ámbitos de aplicación: CLÍNICA

Tipificación: Baremos americanos

Materiales de aplicación:

- Cuestionario

Operacionalización de las variables

Variable Y.

Para la presente, la **Sintomatología vigoréxica** será medida mediante el puntaje obtenido en el cuestionario utilizado en otras investigaciones para este propósito; propiamente el “Adonis Complex Questionnaire” (ACQ) que fue desarrollado por Pope y colaboradores; además de ser traducido y adaptado por Baile, es un test que pretende evaluar el nivel de preocupación por la imagen corporal. (Baile., 2005). No se trata de una prueba que vaya a identificar determinadamente un cuadro de Vigorexia, sino los diversos indicadores pertenecientes al “Complejo de Adonis,” hágase entender por ello al conjunto de alteraciones de la imagen corporal. (Baile Ayensa, Monroy Martínez, & Garay Rancel, 2005). Esta prueba ya fue utilizada en el año 2015 en nuestra ciudad de Arequipa por los investigadores Begazo y Canaza de la Universidad Nacional San Agustín.

La prueba de 13 ítems se puntúa entre 0,1 y 3 puntos dando un rango de 0 a 39 puntos posibles para la escala total de preocupación con la imagen corporal considerada dentro de la Vigorexia. Este puntaje se puede clasificar en los siguientes niveles: de 0 a 9 puntos para Baja preocupación; de 10 a 19, Moderada preocupación; de 20 a 29 sería alta preocupación correspondiente al Complejo de Adonis y de 30 a 39, una Preocupación y niveles Graves.

Variable X₁

Para medir *Insatisfacción corporal* se usó la escala de Satisfacción Corporal para Hombres: The Body Parts Satisfaction Scale for Men (BPSS-M). El BPSS-M representa un avance en la medida de la imagen corporal masculina, promoviendo investigaciones con importantes y versátiles opciones relacionadas al tema de la imagen corporal.

Esta prueba mide diferentes aspectos de la satisfacción con el propio cuerpo, y se pueden así obtener tres puntajes de satisfacción: Musculatura y flaqueza (18 ítems), parte superior del cuerpo (12 ítems) y piernas (4 ítems) (McFarland, 2010).

Aunque esta prueba todavía no ha sido validada en el Perú, consideramos que es una forma viable de medir la variable de interés para este propósito, tratándose de una investigación que no busca diagnosticar sino solamente cuantificar algunos rasgos, por lo que puede ser utilizada para investigación.

Para su validación, se utilizó el Coeficiente de Alpha de Cronbach, que presenta una estadística de fiabilidad igual a 0,905; lo cual es considerado altamente confiable. En base a los datos obtenidos en la muestra, nos permite decir que la escala es válida. Y confiable.

La puntuación para este test fue de la siguiente manera: La Escala de Satisfacción Corporal cuenta de 25 ítems en los cuales los puntajes varían de 1 a 6; siendo 1 “extremadamente insatisfecho” y 6 “extremadamente satisfecho. Se pueden clasificar los resultados de la siguiente manera: Los puntajes altos que van de 116 a más nos indicarían una Satisfacción por parte de la persona con su propio cuerpo, los siguientes puntajes que van

de 91 a 115, hablan de una Moderada insatisfacción y finalmente los puntajes más bajos de 1 a 90, reflejarían una Alta Insatisfacción.

Variable X₂

Para medir ***Vulnerabilidad Psicológica*** se usarán algunas sub escalas del cuestionario Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), seleccionando y utilizando solo algunos ítems que estén conceptual y teóricamente relacionados con vulnerabilidad psicológica planteada en la teoría. Se busca identificar entre los síntomas que normalmente acompañan a la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa (BN), aquellos que pueden estar también relacionados con la Vigorexia, desde el enfoque de rasgos psicológicos potencialmente compartidos con este trastorno. Dentro de las escalas relacionadas a la vulnerabilidad psicológica tenemos: perfeccionismo, desconfianza interpersonal, inseguridad social, ineficacia, conciencia introceptiva, ascetismo, e impulsividad. Cada uno de estos, en la medida que muestren niveles elevados, se cree que también se encontrarán niveles elevados de insatisfacción corporal, así como en la sintomatología de Vigorexia.

El EDI-2 no es un cuestionario que busque medir criterios diagnósticos solamente, sino plantear factores relacionados a TCA en once escalas. Esta prueba fue corroborada como válida para adolescentes peruanos en el año 2013 por Aliaga-Deza y colaboradores, concluyendo que éste instrumento tiene una alta validez interna y puede ser usado para medir trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Aliaga-Deza, 2013). También fue utilizado en el año 2015 por Begazo y Canaza.

Para esta investigación se utilizaron 59 ítems, que se puntúan de 0 a 3 en cada ítem entre un rango de 0 a 177 con un promedio de 93,46 de 177 posibles.

En la tabla 1 se presenta el resumen de las escalas, ítems y rango usado para cada una de las variables respectivamente.

Tabla1
Operacionalización de las variables

Variables	Ítem	Prueba	Indicadores	Rango
Y	(1-13)	Cuestionario Complejo de Adonis (ACQ)	Sintomatología Vigorética	(9-19)
X ₂	(1-25)	The Body Parts Satisfaction Scale for Men (BPSS-M)	Insatisfacción corporal	(25-150)
X ₁		Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2	Vulnerabilidad psicológica	(0-164)
	10,18,20,24,27,37,41,42,50,56		Ineficacia	(0-30)
	13,29,36,43,52,63		Perfeccionismo	(0-18)
	15,17,23,30,34,54,57		Desconfianza interpersonal	(0-21)
	8,21,26,33,40,44,50,51,64		Conciencia introceptiva	(0-27)
	66,68,71,75,78,82,86,88		Ascetismo	(0-24)
	65,67,70,72,74,77,79,83,85,90		Impulsividad	(0-30)
			Inseguridad social	(0-24)
Variables Intervinientes			Edad (16-39 años)	
			Tiempo de entrenamiento (mayor a 6 meses)	

Procedimiento

Se pidieron los permisos respectivos a los dueños y encargados de los gimnasios para seleccionar a los participantes y evaluarlos con tres diferentes pruebas: EDI-2, Cuestionario del Complejo de Adonis (ACQ) y la Escala de Satisfacción Corporal para Hombres (BPSS-M). Las preguntas de estas tres escalas se presentarán en el cuestionario (VER ANEXO 1) donde también se preguntó sobre aspectos demográficos para caracterizar a la muestra. Asimismo, se obtuvo el permiso y consentimiento de los participantes. Para ello se informó a los gimnasios y a los participantes sobre

el objetivo de estudio, el procedimiento del mismo y las instrucciones a seguir para una correcta administración de las pruebas. Se hizo énfasis en el anonimato de la persona en todo momento, para resguardar la confidencialidad sin registrar los nombres y así cumplir con las normas de ética en investigación con participantes que aceptan ser evaluados.

Técnica de procesamiento de datos

Dado que esta investigación es de tipo cuantitativa, se recogieron datos numéricos de las mediciones que arrojaron los instrumentos y se analizaron los mismos para obtener los resultados en cuanto a la relación entre las variables determinadas. Se aplicaron instrumentos que en cada una de sus escalas describen los niveles de rasgos típicos de algunos trastornos y se procedió a calcular el promedio en cada una de estas para la muestra total de los 56 participantes del presente estudio.

Se procedió a dividir la muestra en dos grupos entre aquellos que vienen entrenando un año o menos y aquellas personas que llevan mayor tiempo de entrenamiento a un año

Para la tabulación y análisis de los datos que arrojaron los instrumentos se utilizó la herramienta de cálculo estadístico del programa SPSS. Luego de hacer una descripción de las frecuencias de los resultados que arrojó el programa, se calculó un índice de correlación Pearson r , entre las variables de interés con sus respectivos indicadores de significación estadística para las variables cuantitativas, para determinar la magnitud estadística de la relación entre variables. Así mismo se realizó un cálculo de diferencias (t de Student) para comparar grupos según el tiempo de entrenamiento.

Para responder a la pregunta principal de investigación se realizó la correlación múltiple (regresión) para poder determinar si se puede predecir el grado de sintomatología vigorética en base a las otras variables.

Capítulo 4: Resultados

Las siguientes tablas muestran descriptivamente los resultados de la muestra de 56 varones, quienes se determinaron que asistían a entrenar al gimnasio desde hace por lo menos 3 meses en adelante. Los gimnasios presentes y participantes en la investigación fueron: Club Master Fitness, Club Gym, Club Internacional y el Crossfit “Nuevo Nivel Crossfit”. Asimismo había participantes que pertenecían a otros gimnasios como Revo Sport, Bodytech, Cultural Gym, entre otros.

TABLA 2
Edad y tiempo de entrenamiento

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Edad	17	48	24,14	5,455
Tiempo entrenamiento en meses	3,0	240,0	30,214	4,2364
N =56				

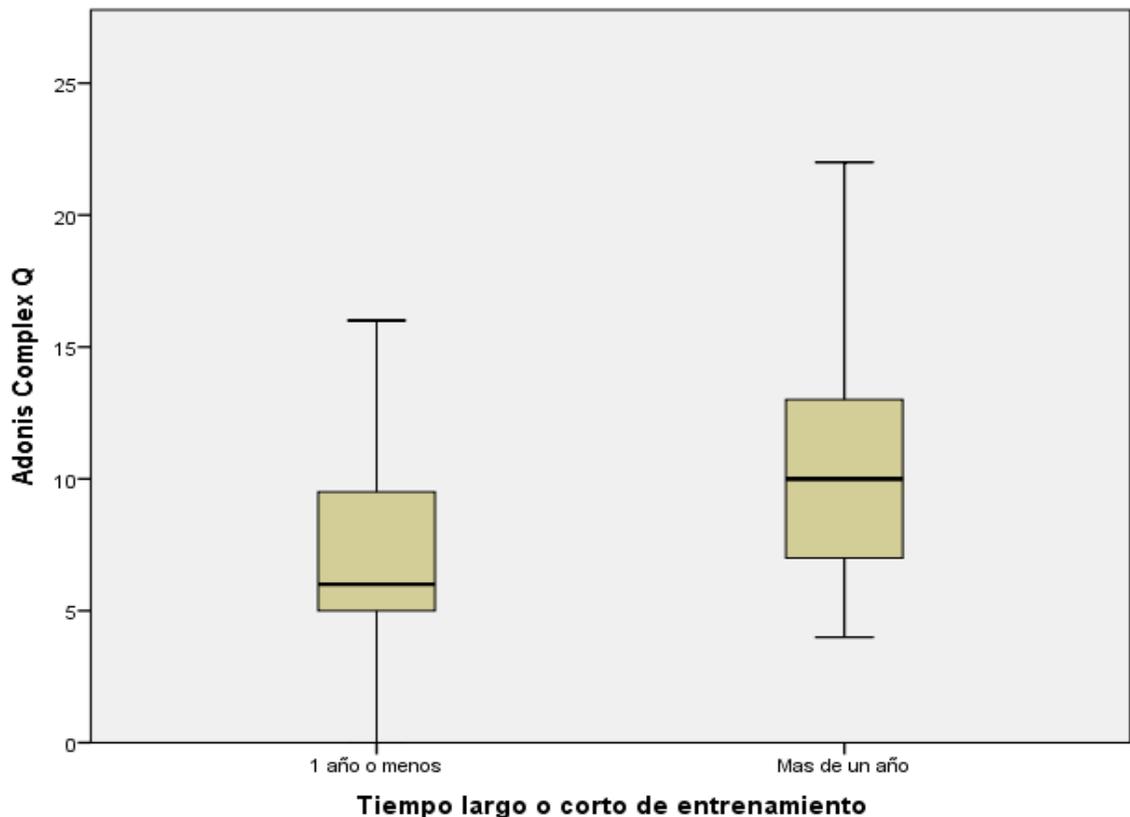
La tabla 2 muestra el promedio de edad de los participantes que fue de 24 años; siendo el menor de 17 y el mayor de 48, con una media de tiempo de entrenamiento en meses de 30; siendo el máximo 240 y el mínimo de 3. Dentro de estos, 1 indicó que entrena en el gimnasio desde hace 240 meses, lo cual nos haría hablar de 20 años de vida del sujeto en los que ha entrenado, teniendo él 20 años. Cabe mencionar este caso, ya que puede alterar los resultados aunque sea minoritariamente.

Tiempo de Entrenamiento

Al comparar el grado de preocupación o sintomatología (ACQ) entre esto dos grupos aquellos que entrenan 1 año o menos (33,9%) y aquellos que están con mayor tiempo de entrenamiento (66.1%); sí se encontró una diferencia estadísticamente significativa teniendo los de menor tiempo de entrenamiento un puntaje menor ($x=6,79$ en el ACQ), que aquellos que entrenan durante más tiempo ($x=10,35$). La prueba T de Student para muestras independientes revela que esta diferencia es significativa: $t(40) = -296$ $p=0,0066$ (no se asumen varianzas iguales). En la figura 1 se pueden apreciar las diferentes distribuciones de puntajes en el ACQ por grupo de entrenamiento (largo vs corto tiempo).

FIGURA 1

Comparación entre el Complejo de Adonis y el tiempo de entrenamiento



Vulnerabilidad Psicológica

En primer lugar se presentan los valores encontrados para la variable X_2 de Vulnerabilidad Psicológica en sus diferentes escalas. En la Tabla 3 se reflejan el valor mínimo, máximo y promedio de cada una de estas sub-escalas.

TABLA 3

Valores encontrados para la variable vulnerabilidad psicológica en sus diferentes escalas

	Mínimo Estadístico	Máximo Estadístico	Medio Estadístico	Centil B1- Sin TCA Españoles	Centil A-1 con TCA Americanos
Perfeccionismo	0	15	4,13	99+	90
Descon. ínter	3	21	11,73	48	23
Ineficacia	9	30	21,79	97	89
Conciencia Introc.	5	21	13,16	96	66
Impulsividad	5	32	18,48	97	97
Ascetismo	5	22	12,45	97	81
Inseguridad Social	2	19	11,73	98	85
TOTAL EDI	50,00	154,00	93,4643		

En la tabla 3 se muestran los diferentes resultados en las escalas que se utilizaron. La escala de Perfeccionismo estuvo entre un rango de 0 a 15 con un puntaje promedio de 4,13 de un total posible de 16 puntos; En la escala de Desconfianza Interpersonal se obtuvo un rango de 3 a 21 con una media de 11,73 de 21 puntos posibles; Ineficacia en un rango de 9 a 30 con un valor medio de 21,79 de 30; una escala de Conciencia Introceptiva con

un rango de 5 a 21 y una media de 13,16 de 24; la escala de Impulsividad, en un rango de 5 a 32, con un promedio de 18,48 de 36; Ascetismo con un rango de 5 a 22 y una media de 12,45 de 24 y la escala de Inseguridad Social en un rango de 2 a 19 y un valor medio de 11,73 de 24. El rango total de las escalas fue de 50 a 154 con una media de 93,46.

Seguidamente observamos los valores comparativos (centiles) obtenidos de dos de las tablas de baremos del EDI-2 que responden de la siguiente manera. La tabla A1 corresponde a los sujetos con Trastorno de Conducta Alimentaria en baremos americanos y la tabla B1, corresponde a las personas sin Trastorno de Conducta Alimentaria en baremos españoles. Nos valimos de estas únicas dos posibilidades, ya que son las únicas tablas que cuentan con la sub escala de Impulsividad, que tomamos en esta investigación. Lo que encontramos para los puntajes promedio de toda la muestra, al compararlos con los baremos de las tablas, es que son tendencias altas en vulnerabilidad psicológica al convertir los puntajes directos promedio hallados a centiles, ya que para explicar el promedio que tenemos en la muestra, lo usamos como Puntaje Directo y al hacer esta conversión vemos que corresponde a niveles altos. Todo este procedimiento para comparar las tablas A1 Y B1 y tener una idea de cuán alto o grave es este puntaje promedio en las dos. Hallazgo que hemos hecho en ambas.

Las escalas con promedios de la muestra que corresponde a los niveles más altos en la tabla A-1 son: Ineficacia con centil 99; Desconfianza Interpersonal 89; impulsividad en 97; Inseguridad 81 y Ascetismo con 85 y en la tabla B-1 encontramos a Ineficacia con 99 plus; 97 para Desconfianza Interpersonal; Conciencia Introceptiva con 96; Impulsividad e Inseguridad Social con 97 y Ascetismo en 98, siendo las escalas que en el promedio de la muestra, indican valores muy altos respecto a la vulnerabilidad psicológica que miden. Ahora, comparando la tabla de baremos americanos con la de los baremos españoles, observamos que la tabla B-1 de personas sin

Trastornos de Conducta Alimentaria tiene mayores niveles de puntuación en sus escalas, podemos concluir que esta sería una población con alta vulnerabilidad psicológica. Si bien no podemos hacer un diagnóstico grupal, ya que los sujetos evaluados provienen de diferentes grupos, entre adolescentes, universitarios y personas mayores; los valores utilizados son referenciales. Además que no se identificó que los sujetos de la muestra padezcan TCA, usamos igualmente las tablas para establecer esta referencia solamente comparativa.

Insatisfacción corporal

La siguiente tabla es en referencia de la variable X_1 de Satisfacción corporal medida en la prueba de Escala de la Satisfacción Corporal para Hombres (BPSS-M) que va a identificar los siguientes niveles:

TABLA 4
Nivel de Insatisfacción corporal según (BPSS-M)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Válido Alta insatisfacción (1-90)	16	28,6	28,6
Moderada insatisfacción (91 a 115)	32	57,1	85,7
Satisfacción (116 a más)	8	14,3	100,0
Total			

Los puntajes altos que van de 116 a más nos indicarían una Satisfacción por parte de la persona con su propio cuerpo, los siguientes puntajes que van de 91 a 115, hablan de una Insatisfacción moderada y finalmente los puntajes más bajos de 1 a 90, reflejarían una Alta Insatisfacción. Se denota una diferencia entre las frecuencias observadas entre aquellos que muestran una Alta insatisfacción (28,6%) en 16 casos. La Alta insatisfacción representa a las personas que no aceptan la forma de su cuerpo, es decir no se encuentran conformes con su apariencia y tono muscular. Estos sujetos necesitarían algún tratamiento para desarrollar una aceptación más sana de su cuerpo. Esto en contraste con aquellos que muestran Moderada insatisfacción (57,1%) en 32 personas. Estas son personas que si bien no están muy satisfechas con su imagen, posiblemente esta percepción de sí mismos no afecte en sus vidas. Solo 8 (14,3%) casos muestra niveles sanos de satisfacción consigo mismos.

Sintomatología de Vigorexia

En cuanto a esta variable Y, se aplicó el cuestionario diseñado para medir la sintomatología vigoréxica (ACQ) y se encontraron los valores que se distribuyen en cuatro niveles como se observa a continuación.

TABLA 5
Nivel según sintomatología ACQ (Adonis Complex)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Baja Preocupación	32	57,1	57,1	57,1
	Moderada Preocupación	22	39,3	39,3	96,4
	Complejo Adonis	2	3,6	3,6	100,0
	Preocupación Grave	0	0,0	0,0	
	Total	56	100,0	100,0	

En la presente tabla (5) podemos observar los resultados de la prueba de Complejo de Adonis, donde se clasifica a la muestra en 4 niveles o categorías de severidad, y se presentan los porcentajes de la muestra en cada una, donde la mayoría de la muestra (57.1%) se encuentran en Baja Preocupación (puntajes entre 0 y 9). Otro porcentaje grande (39,3%) tiene Moderada Preocupación (con puntajes de 10 a 19) que engloba a sujetos con una afección media-moderada de Complejo de Adonis. Hay una baja frecuencia de solo dos casos o 3,6% de presencia del Complejo de Adonis, y no existe ningún caso en la muestra de Preocupación Grave, que requeriría intervención.

En este estudio se buscó identificar una relación entre la insatisfacción corporal (X_1), la vulnerabilidad psicológica (X_2) y la presencia de síntomas de la Vigorexia (Y). Para determinar esto se realizaron las correlaciones entre las tres variables de interés, observándose los resultados en la tabla 6.

En la tabla 6 vemos que se da una correlación positiva pero moderada entre las variables X_1 y X_2 , ya que a mayores indicadores de vulnerabilidad psicológica mayores son los indicadores de satisfacción corporal en el BPSS-M. Esto nos da una leve indicación de que el grado de satisfacción estaría relacionado con los rasgos psicológicos de vulnerabilidad típicos de un TCA. Esta correlación no está dentro de las predicciones que se plantearon.

TABLA 6
Correlaciones de las Variables (X_1 , X_2 y Y)

		Total	Adonis	Satisfacción
		Vulnerabilidad	Complex	Corporal
		psicológica	(ACQ)	(BPSS-M)
Total	Vulnerabilidad psicológica (X_2)	Correlación de Pearson	1	-,257
		Sig. (bilateral)	,058	,356**
Adonis	Complex Q	Correlación de Pearson	-,257	1
(Y)		Sig. (bilateral)	,058	-,020
Satisfacción	Corporal	Correlación de Pearson	,356**	-,020
(X_1)		Sig. (bilateral)	,008	,883

N= 56 ** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)

Así mismo como se observa en la tabla 6, se realizó una regresión múltiple para evaluar en qué medida estas variables X_1 y X_2 pueden predecir la sintomatología vigoréxica. Este análisis muestra que la combinación lineal de éstos no es de gran magnitud, es decir no sirve para predecir resultados en el ACQ en base a las variables, no siendo los resultados estadísticamente significativos, $R^2=,069$ $F(2,55) = 1,94$ $p=0,15$.

Capítulo 5 Discusión

La teoría respecto al tema de la Vigorexia, sugiere una relación de esta con factores psicológicos presentes en un TCA así como con la insatisfacción corporal. Estas constituyen las variables de estudio (X_1, X_2 y Y), ya que los sujetos que resaltan en las investigaciones previas, son personas que al no poder manejar niveles de insatisfacción y tendencias obsesivo-compulsivas pasan por un desorden patológico serio. Muchas personas que no se perciben tal y como son, más bien se forman ideas negativas respecto a su propio cuerpo, no se encuentran satisfechos con el mismo y todo esto acarrea problemas psicológicos graves como una baja autoestima, depresión, poca aceptación de sí mismo y un bajo grado de valoración personal.

Sin embargo, en la muestra observada, si bien hay algunas personas que presentan perfiles algo patológicos en cuanto a sus tendencias, no podemos afirmar que exista una relación estrecha entre todos estos factores, por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación, aceptándose así la hipótesis nula de no relación entre variables.

Entre las variables **de insatisfacción corporal, vulnerabilidad psicológica y sintomatología vigoréxica**, no se da una correlación significativa; sin embargo, entre las pruebas de EDI-2 que mide rasgos de vulnerabilidad psicológica y la Escala de Satisfacción Corporal que analiza insatisfacción corporal, se da una correlación positiva pero moderada señalando que la persona que acusa mayores rasgos de vulnerabilidad psicológica va a tener una mayor satisfacción corporal. Este último hallazgo no corresponde a la lógica antes mostrada en los antecedentes investigativos.

En cuanto a la **Sintomatología Vigoréxica**, al igual que en el estudio de Begazo y Canaza, reportado entre los antecedentes investigativos sobre el tema en nuestro medio, que tenía el objetivo de hallar el grado de prevalencia y niveles de Vigorexia en los usuarios de gimnasio en la ciudad de Arequipa, se encontraron niveles similares de preocupación. En el estudio de Begazo y cols encontraron diferentes grados de prevalencia de la Vigorexia (34,43%), dentro de esto a un 31,3% de personas con grado moderado de preocupación patológica por el cuerpo y un restante de 3,13% de personas con Vigorexia; más no hallaron una severa preocupación patológica (Begazo y cols, 2015). Mis resultados son similares, ya que en las pruebas antes manifestadas los resultados indican lo siguiente: La prueba del Complejo de Adonis, igualmente utilizada por estos investigadores halló mayor frecuencia en sujetos con una Baja preocupación y la menor frecuencia en sujetos con una Moderada preocupación, encontrando solo dos casos que acusan Complejo de Adonis.

Respecto a **Vulnerabilidad Psicológica**, sí se han identificado altos grados y tendencias negativas en las diferentes escalas que utilizamos, en los niveles promedio de toda la muestra. Que una persona tenga esa puntuación en Ineficacia, implica un problema de inseguridad, sin sensación de control sobre la propia vida. Así mismo, alguien con una marcada desconfianza en las relaciones interpersonales, es alguien que no es capaz de expresar sus pensamientos y sentimientos a los demás con facilidad y esto debido a la indiferencia por parte del sujeto por experimentar o al menos tener la intención de establecer alguna relación con los demás y que se vincula a esta incomodidad por parte de la persona para sentirse seguro en la sociedad, resultando estar poco o nada satisfecho en el medio. El puntaje promedio de la muestra en cuanto a este factor es sin duda preocupante.

Por otro lado, la conciencia introceptiva, también medida dentro de la **Vulnerabilidad Psicológica**, indica que, en promedio, la muestra tiene baja capacidad para identificar los propios estados emocionales y los de los demás; altos grados de impulsividad, lo cual puede ir de la mano con esta marcada obsesión que se suscita en la Vigorexia, al no haber este control y esta regulación necesarios para llevar una vida equilibrada. El entorno de la persona se torna hostil para ella y de esta manera busca resaltar imponiendo su condición ante los demás y de esta manera buscar ciertos ideales que comprometan el propio cuerpo con sacrificios, dolores y exigencias para conseguir los resultados buscados.

En el EDI-2 (**Vulnerabilidad Psicológica**) los resultados difieren, ya que en esta investigación se utilizó solo las escalas referentes a vulnerabilidad relacionada conceptualmente con la Vigorexia; mientras Begazo y cols se valieron de todas las tablas. Aquí se encontró altos niveles de vulnerabilidad psicológica en las escalas de perfeccionismo, ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad, ascetismo e inseguridad social. Comparando con Begazo, las escalas con mayores niveles y que coincidieron con este estudio fueron: ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

Respecto a los niveles encontrados en **Satisfacción Corporal**, en referencia a la encuesta de Garner sobre la Imagen Psicológica de hoy, hay concordancia, ya que ese estudio mostró el descontento por parte de las personas con su cuerpo. De igual modo en la Escala utilizada en la presente investigación se encontró que los puntajes más frecuentes se encontraban en la categoría de Moderada Insatisfacción corporal, donde hay presencia de un descontento por parte de la persona con su cuerpo y el nivel de Alta insatisfacción, que revela que estas personas no están nada satisfechas con su propio cuerpo, por lo que se podría presumir que su conducta puede estar alterada en relación al tiempo de entrenamiento que le dediquen a su

cuerpo y los cuidados como las dietas estrictas por ejemplo. Cuantitativamente, 32 personas de la muestra obtenida están en riesgo de desarrollar este descontento y empezar a seguir sus compulsiones para conseguir mayores resultados. Y 16 personas de la muestra se beneficiarían de recibir un tratamiento para mejorar sus habilidades sociales, se puedan aceptar a sí mismos y desarrollen una vida balanceada.

Con respecto a la investigación en 2005 por Cornejo Valdivia, que pretendía revelar una relación entre la intensidad de entrenamiento y un TDC, descubrió que existe una correlación, pero no es significativa. Esto indica que a mayor intensidad de entrenamiento no hay una predisposición a la aparición de un TDC. Aportando al respecto de este estudio, en el análisis del tiempo de entrenamiento en relación al Complejo de Adonis, se halló que los sujetos con más de un año de entrenamiento están propensos a desarrollar una sintomatología vigoréxica al respecto de las personas que entrenan menos de un año; de esta forma, respondo a esta relación que se planteó Cornejo en 2005 aludiendo que el tiempo de entrenamiento va a ser un factor importante en la persona que busca mayores resultados. Asimismo, se plantea que el tiempo de entrenamiento pueda que sea determinante para la aparición de Vigorexia, pero la intensidad de entrenamiento, marcará resultados más satisfactorios y rápidos para la persona.

Por esto, no está claro que en nuestro medio la relación estipulada en la teoría se pueda evidenciar para esta población; incluso en la investigación realizada en Arequipa de Begazo y Canaza, los autores concluyen que la mayoría de sujetos en la muestra presenta un nivel de preocupación patológica moderada y pocos en un grado severo en prevalencia de Vigorexia, pero no se encontraron niveles de preocupación patológica muy severa.

A pesar de que se trabajó con una muestra que reúne a personas con el perfil descrito en la literatura: obsesionados con su imagen y dedicados a conseguir un físico cada vez más musculoso, la correlación observada no fue la esperada, ya que se pretendía concluir que factores como sentido de ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social guardarían una relación con las preocupación excesiva de la Vigorexia, No se ve la relación entre estos factores en las personas de la muestra como grupo, respecto a su disconformidad con su apariencia, lo que la podría llevar a una Vigorexia; No se demostró esto, ya que no se halló esta relación en la persona como para desarrollar dicho trastorno. Lo que sí se identificó son altos niveles de vulnerabilidad psicológica en la muestra, con puntajes comparables con una muestra de pacientes con TCA.

En este estudio, que busca una relación significativa entre dos variables que se encuentran en las pruebas que utilizaron Begazo y Canaza que son vulnerabilidad psicológica (EDI-2) y sintomatología vigoréxica (Complejo de Adonis), no halló esta relación que pueda tener la insatisfacción corporal y la vulnerabilidad psicológica en una persona que lo lleve a padecer una Vigorexia. Si bien existen indicadores de inseguridad, perfeccionismo, impulsividad, perfeccionismo; etc. la conducta y sintomatología vigoréxica no va de la mano de estos.

De esta manera, se rechaza la Hipótesis inicial y se acepta la nula, que indica que no se da esta relación entre estas variables y la conducta del trastorno.

Al haber revisado la teoría y dirigiéndose uno por la lógica esperaría encontrar en una persona que va con mayor frecuencia al gimnasio, que recurre a dietas y consumo de suplementos para aumentar la masa muscular, niveles altos de Vigorexia. Cuando la dedicación al ejercicio es

intensa, el exigirse al máximo y todo de manera que se torne obsesivo, el resultado obedecería a un problema psicológico serio. Pero en la presente no se ha encontrado una relación significativa para poder decir que una persona con altos niveles de vulnerabilidad psicológica y una marcada insatisfacción corporal va a desarrollar una Vigorexia y necesita inmediato tratamiento psicológico.

Con estos resultados, no se podría determinar quienes, entre las personas que entrenan, podrían desarrollar una patología vigoréxica, al no haber una relación significativa entre las tres variables planteadas, la respuesta sería negativa.

Lo que sí se puede indicar, es que en la práctica de la evaluación con cada uno, hubo un diálogo en el cual, una vez tomada la prueba se buscó reforzar y profundizar cualitativamente en el tema de la investigación. Se notó que un gran número de los encuestados consideró que el cuestionario EDI-2 invitaba a la reflexión, pues sus preguntas eran claras y directas. En oportunidades confesaron incluso haber sufrido con los aspectos planteados en las preguntas, ya que anteriormente sufrieron respecto a este tema ya sea por un diagnóstico de Vigorexia o la utilización de sustancias anabólicas, por ejemplo. Son estas mismas personas quienes al verse tan involucradas en los temas de entrenamiento, después de un tiempo tomaron consciencia o manifestaron su preocupación por personas allegadas que pudiesen estar pasando por estas dificultades.

Otra interpretación a la que se llegó en la parte práctica fue que, a pesar de ser la población de Arequipa de más de un millón trescientos mil habitantes, muchos llegan a conocerse entre sí por medio de muchos medios y conexiones referentes al trabajo, la escuela, promociones y demás conectividades en las cuales los mismos ciudadanos pueden coincidir o relacionarse. Asimismo, en Arequipa tenemos centros recreativos comunes

como discotecas, clubes de actividades deportivas, clubes sociales y demás establecimientos donde se vive una situación de interacción social constante, por lo que es probable que en algunos círculos gente tenga amigos en común. Este último punto tiene una relación con la investigación respecto al factor social, que en estudios anteriores resaltaba como un factor preponderante para encontrar sintomatología vigoréxica. En nuestra ciudad ocurre lo contrario, mientras más personas conozcas te sentirás más sociable.

En cuanto al análisis sobre si la Vigorexia es un TCA o TDC identificamos mayores características sintomatológicas de un TDC que de un TCA en la persona, por lo que la Vigorexia es un TDC. Respecto a esto último puedo decir que el trastorno sí tiene relación a la Conducta Alimentaria, respecto al manejo de dietas que toma la persona para conseguir sus resultados, por esta característica obsesiva de tomar suplementos o inyectarse alguna sustancia anabólica o de simplemente obedecer a una compulsión y entrenar con mucha frecuencia. Si bien estos factores caracterizan a un TCA, la Vigorexia va más allá, ya que en la exploración del trastorno se encuentran síntomas como los problemas en la percepción que tiene la persona donde no logra ver con claridad el contorno de su cuerpo, por lo que se crea ideas falsas, pasa mucho tiempo viéndose al espejo, tiene constantes preocupaciones respecto a sus imperfecciones. Personas con Vigorexia o TDC buscan soluciones para mejorar su aspecto que lo consideran un problema a través de tratamientos, se comportan de una manera compulsiva a la hora de hacer ejercicio, y además pueden sufrir depresión o tener un claro déficit para establecer relaciones interpersonales, entre otros.

En base a esta experiencia, comprendo que sí puede haber una cultura corporal en la ciudad de Arequipa, el sujeto está consciente del problema e incluso lo ha vivido, por lo que al existir esta consciencia puede haber un

pronóstico favorable. Lo que también se desprendió son los incentivos en la persona para sus objetivos; y es que en la primera parte del año de marzo a julio, los sujetos no son constantes en sus rutinas de gimnasio, ya que la época donde más podrían resaltar sus dotes corporales es en verano. Por decirlo de una manera coloquial, se “ponen las pilas” durante esta segunda parte del año. Si bien la investigación resalta que esta patología no se da en la mayoría de casos, hay existencia de algunos casos y este es un nuevo aporte para la población arequipeña, tras estas dos investigaciones en nuestro medio de hace 10 años y 2 años secuencialmente.

Capítulo 6: Conclusión

Primera. Según los resultados, no hay una relación estadística significativa entre la insatisfacción corporal y la vulnerabilidad psicológica con la sintomatología vigoréxica, por lo que no podemos en base a estas variables predecir con certeza quienes podrían desarrollar esta patología.

Segunda, se encontró **Sintomatología Vigoréxica**, ya que el 39,3% de la muestra tiene Moderada Preocupación por su cuerpo y particularmente dos sujetos son un caso de Complejo de Adonis.

Tercera: Se halló altos rasgos de **Vulnerabilidad Psicológica** en factores tales como Ineficacia, Conciencia Introceptiva, Impulsividad, Ascetismo e Inseguridad Social.

Cuarta: En relación a la **Insatisfacción Corporal**, se encontró un 28,6% de Alta Insatisfacción en 16 casos y una Moderada Insatisfacción en 32 de ellos (57,1%).

Quinta: El tiempo de entrenamiento es un factor importante en la persona que busca mayores resultados. Se halló que los sujetos con más de un año de entrenamiento están propensos a desarrollar una sintomatología vigoréxica al respecto de las personas que entrenan menos de un año.

Sexta, la Vigorexia es más parte de un Trastorno Dismórfico Corporal, que un Trastorno de Conducta Alimentaria, por su sintomatología referida a la preocupación excesiva por su apariencia en relación a una falsa percepción de la realidad.

Sugerencias

El tema de la Dismorfia Muscular y Vigorexia requiere aún una investigación permanente, ya que como vemos, la conciencia y cultura del cuerpo va cambiando con el tiempo. La investigación sobre este tema podría verse fortalecida siguiendo algunas pautas, dentro de la cuales se sugiere:

1. La mayor sugerencia que puedo hacer es que se haga una investigación de tipo cualitativa para llegar a profundizar en el conocimiento de este trastorno, ya que actualmente no hay un diagnóstico dentro de los Manuales de Trastornos Mentales mayormente conocidos (CIE 10 y DSM V). Es necesario profundizar más en la relación de este trastorno con otros afines y poner énfasis en un trabajo multidisciplinario para los casos que hayan padecido Vigorexia.

2. Se recomienda la solicitud de instalaciones apropiadas o espacio de evaluación que permita un manejo más efectivo de la evaluación; así como medir la disponibilidad de los sujetos a evaluar. Siempre contar con un ambiente propio para hacer las evaluaciones correspondientes.

3. Generar encuestas para explorar aspectos demográficos de la persona e intereses por los que acudan al gimnasio para mejorar la calidad y resultados de una investigación futura sobre este tema.

4. Utilizar más pruebas que exploren sintomatología vigorexica y acompañarlo de entrevistas personales.

5. Dar mayor referencia de diferentes gimnasios “fierros” como válidos para la investigación; es decir aquellos centros de entrenamiento económicos y poco conocidos donde los diferentes usuarios de gimnasio estén entrenando un período considerable en años pueda ser que dé resultados más fidedignos.

Referencias

- Aguirre, H. H., Cardona, M. A. & Aguirre, G.A. (2014). Dismorfía muscular o vigorexia: una revisión teórica. *Psicoideas*, 1, 32-35.
- Aliaga-Deza, L., De La Cruz, T. & Vega-Dienstmaier, J. (2013). Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 2: 54-61.
- Alfonseca, J. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y deporte. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 4, 368-38
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (5ta ed.). Washington, DC:
- Andina (2014). El mercado de los gimnasios tiene un potencial muy grande en Perú. Recuperado de <http://www.andina.com.pe/>
- Arbinaga, F. Caracuel, J.C. (2003). Aproximación a la Dismorfia Muscular. *Cuadernos De Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, 7-15.
- Baile, J.I. (2011). Dismorfia muscular: definición y evaluación. *Psychologia: avances de la disciplina*, Vol. 5. N.º 1: 135-136
- Baile, J., Monroy, K. & Garay, R. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10: 161-169.
- Begazo Chuquihuanca, L.A., Canaza Apaza, D. G.. (2015). Prevalencia y factores sociodemográficos y psicológicos asociados a vigorexia en usuarios de salas de musculación en gimnasios de la ciudad de Arequipa- 2015. *Universidad Nacional de San Agustín*, I, 1-104.
- Castro, R. (2013). Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación de deportistas de musculación. patrones psicológicos asociados a la vigorexia. *Dpto. Didáctica de la expresión muscal, plástica y corporal*, 1: 24-315

- Choi, P., Pope, H.Jr, Olivardia, R. (2002). Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *Br J Sports Med*, 36, 375–377.
- Compte, E. (2009). Vigorexia. Aproximaciones teórico clínicas. *Departamento de Investigaciones. Tesinas*, 4-35
- Cornejo, E.J. (2005) *El entrenamiento y el trastorno dismófico corporal*. Arequipa, Perú: Editorial de la Universidad Católica Santa María
- Cotorett, K. (2010). Manifestaciones del trastorno “vigorexia” presentes en usuarios de gimnasios del municipio libertador del Edo. Mérida. *Revista científica juvenil*, xi-x: 39-53.
- Cox, R.H. (2009). *Psicología del Deporte Conceptos y sus aplicaciones*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Fanjul, C. (2008). Modelos masculinos predominantes en el mensaje publicitario y su influencia social en la psicopatología del siglo XXI: La Vigorexia. *Prisma Social*, 1, 1-26.
- García, M. Toledo, F. (2005). Nuevas adicciones: anorexia, bulimia y vigorexia, 2005, de Colegio Oficial de Farmacéuticos. Sitio web: <http://eoepsabi.educa.aragon.es/>
- Garner, D. (1997). The 1997 body image survey results. 9-6-2016, de Psychology Today Sitio web: <https://www.psychologytoday.com>
- Gonzales-Martí, I., Fernández, J., G. & Contreras, O. (2012). Contribución para el criterio diagnóstico de la Dismorfia Muscular (Vigorexia). *Revista de Psicología del Deporte*, 21, 351-358.
- Hernández, M., Guillem, J.L. & Hernández J.V. (2005). Dismorfia muscular, vigorexia o complejo de Adonis: a propósito de un caso. *Psiquiatría Biológica*, 12:133-135.
- Latorre-Román, P., Garrido-Ruiz, A. & García-Pinillos, F. (2014). Versión española del cuestionario del complejo de Adonis; un cuestionario para el análisis del dimorfismo muscular o vigorexia. *Nutrición Hospitalaria*, 31: 1246-1253.
- Marrodán, M. D., Montero-Roblas, V., Mesa, M.S., Pacheco, J. L., González, M., Bejarano, I., Lomaglio, D. B., Verón, J.A. & Carmenate,

- M. (2007). Realidad, percepción y atractivo de la imagen corporal: condicionantes biológicos y socioculturales. *Zainak*, 30: 15-28.
- Martell, C. (2006). Vigorexia: enfermedad o adaptación. *Universidad de la Rioja Lecturas: Educación física y deportes*, 99:1-20
- McFarland, M. & Petrie, T. (2012). Male body satisfaction: factorial and construct validity of the body parts satisfaction scale for men. *Journal of Counseling Psychology* © 2012 American Psychological Association, 59, 329-337.
- McFarland, M. (2010). Measuring male body dissatisfaction: factorial and construct validity of the body parts satisfaction scale for men. *University of North Texas*, 1, 1-101.
- Muñoz, R., Martínez, A. (2007). Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria?. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 5: 457-482.
- Nordbø, E. M. S. Espeset, K. S. Gulliksen, C. F. Skaarderud, C.F. Arne H., (2006). The Meaning of Self-Starvation: Qualitative Study of Patients' Perception of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 000–000..
- Olivardia, R., Pope. G., H., Hudson., J. (2000). Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: A Case-Control Study. *Am J Psychiatry*, 157: 1291–1296.
- Organización Mundial de la Salud. CIE 10. (1992). Décima Revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento: *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid
- Ortega, A. (2010). Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de educación secundaria de la ciudad de Jaén. *Editorial de la Universidad de Granada*, 1: 1-738

- Oviedo, G.L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, 18: 89-96.
- Pope, H.Jr., Katz, D. & Hudson, J. (1993). Anorexia Nervosa and "Reverse Anorexia" Among 108 Male Bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34: 406-409.
- Ramos, C.V. (2013). Los tipos de entrenamiento y su incidencia en la obtención de resultados en la condición física de los alumnos del gimnasio fuerza y figura del cantón quito, provincia de Pichincha, *Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación* 1: 1-118.
- Rodríguez, J.M., (2007). Vigorexia: adicción, obesión o dismorfia, un intento de aproximación. *Salud y drogas*, 7: 289-308
- Rodríguez, J. M.; Rabito Alcón, M. F. (2011). Vigorexia: de la adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente. *Salud y drogas*, 11: 95-114.
- Romero, M., Rodríguez, E.M., Durand, A. & Aguilera, R.M. (2003). Veinticinco Años de Investigación Cualitativa en Salud Mental y Adicciones Con Poblaciones Ocultas. Primera Parte. *Salud Mental*, 26: 76-83.
- Salaberria, K., Rodríguez, S. & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *BIBLID*, 8: 171-183
- Seijas, D., Sepúlveda, X. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista de Medicina Clínica*, 16(4): 230 -235
- Williams, M.H. (2005). *Nutrición Para la Salud, la Condición Física y el Deporte*. Mexico: Editorial Paidotribo.

ANEXO 1

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)

EDI-2. CUESTIONARIO

Fecha: _____

Lugar de entrenamiento: _____

Edad: _____

Tiempo de entrenamiento en meses: _____

Nunca	Pocas Veces	A Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
-------	-------------	---------	----------	--------------	---------

1. Me considero una persona poco eficaz									
2. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados Sobresalientes									
3. Soy capaz de expresar mis sentimientos									
4. Confío en los demás									
5. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida									
6. Suelo estar confuso sobre mis emociones									
7. Me resulta fácil comunicarme con los demás									
8. Me gustaría ser otra persona									
9. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento									
10. Me siento incapaz									
11. Me siento solo en el mundo									
12. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores									
13. Tengo amigos íntimos									
14. No sé qué es lo que ocurre en mi interior									
15. Me cuesta expresar mis emociones a los demás									
16. Me fastidia no ser el mejor en todo									
17. Me siento seguro de mí mismo									
18. Tengo mala opinión de mí									

19. Creo que puedo conseguir mis objetivos						
20. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes						
21. No sé muy bien cuando tengo hambre o no						
22. Temo no poder controlar mis sentimientos						
23. Me siento hinchado después de una comida normal						
24. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes						
25. Me considero una persona valiosa						
26. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas						
27. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado						
28. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado						
29. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos						
30. Me siento emocionalmente vacío en mi interior						
31. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos						
32. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer						
33. Me avergüenzo de mis debilidades humanas						
34. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable						
35. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales						
36. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo						
37. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento						
38. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer						
39. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas						
40. Soy comunicativo con la mayoría de la gente						
41. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado						
42. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente						

43. La gente comprende mis verdaderos problemas						
44. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza						
45. Comer por placer es signo de debilidad moral						
46. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira						
47. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco						
48. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol						
49. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo						
50. Los demás dicen que me irrito con facilidad						
51. Tengo la sensación de que todo me sale mal						
52. Tengo cambios de humor bruscos						
53. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo						
54. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás						
55. El sufrimiento te convierte en una mejor persona						
56. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome						
57. Sé que la gente me aprecia						
58. Siento la necesidad de hacer daño a los demás, a mí mismo						
59. Creo que realmente sé quién soy						

ANEXO 2

The Adonis Complex Questionnaire (ACQ)

Fecha: _____

Lugar de entrenamiento: _____

Edad: _____

Tiempo de entrenamiento en meses: _____

1. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día preocupándote por algún aspecto de tu apariencia (no simplemente pensándolo 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 tu cuerpo entero sea visto por otros? Por ejemplo, ¿con qué 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. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades de aseo para mejorar tu apariencia?

- a) Menos de 30 minutos.
- b) De 30 a 60 minutos.
- c) Más de 60 minutos.

5. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades físicas para mejorar tu apariencia física, tales como levantamiento de pesas, jogging, máquina de caminar? (Nos referimos sólo a esas actividades deportivas cuyo objetivo principal sea mejorar la apariencia física).

- a) Menos de 60 minutos.
- b) De 60 a 120 minutos.
- c) Más de 120 minutos.

6. ¿Con qué frecuencia sigues dietas comiendo alimentos especiales (por ejemplo, de alto grado proteínico o comidas bajas en grasas) 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 a 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 a tus relaciones con otras personas)?

- a) Nunca o raramente.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente.

9. ¿Con que frecuencia tu vida sexual se ha visto afectada por tus preocupaciones relacionadas con tu 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 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 dolorido, 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

ANEXO3

Escala de Satisfacción Corporal para Hombres (BPSS-M)	
Fecha: _____	Lugar de entrenamiento: _____
Edad: _____	Tiempo de entrenamiento en meses: _____

	Extremadamente insatisfecho						Extremadamente satisfecho					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1	Tez					1	2	3	4	5	6	
2	Musculatura en la espalda					1	2	3	4	5	6	
3	Delgadez del estómago / del abdomen					1	2	3	4	5	6	
4	Musculatura de los hombros					1	2	3	4	5	6	
5	Rasgos de la cara					1	2	3	4	5	6	
6	Musculatura del estómago / abdomen					1	2	3	4	5	6	
7	Cabello					1	2	3	4	5	6	
8	Musculatura de los brazos (ej: bíceps/tríceps)					1	2	3	4	5	6	
9	Tono muscular general					1	2	3	4	5	6	
10	Delgadez en la espalda					1	2	3	4	5	6	
11	Construcción general del cuerpo					1	2	3	4	5	6	
12	Cara en general					1	2	3	4	5	6	
13	Musculatura de las partes superiores de las piernas (ej: cuádriceps)					1	2	3	4	5	6	
14	Tamaño total y forma del cuerpo					1	2	3	4	5	6	
15	Delgadez de los hombros					1	2	3	4	5	6	
16	Nivel general de musculatura del cuerpo					1	2	3	4	5	6	
17	Delgadez de las partes inferiores de las piernas					1	2	3	4	5	6	
18	Peso					1	2	3	4	5	6	
19	Delgadez de los brazos (ej: bíceps/tríceps)					1	2	3	4	5	6	
20	Delgadez de las partes superiores de las piernas (ej: cuádriceps)					1	2	3	4	5	6	
21	Nivel general de delgadez en el cuerpo					1	2	3	4	5	6	
22	Musculatura pecho / torso superior					1	2	3	4	5	6	
23	Musculatura del cuello					1	2	3	4	5	6	
24	Musculatura de las partes inferiores de las piernas					1	2	3	4	5	6	
25	Musculatura del pecho / parte superior del torso					1	2	3	4	5	6	