



UNIVERSIDAD DE JAÉN

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE LA
EXPRESIÓN MUSICAL, PLÁSTICA Y
CORPORAL**

TESIS DOCTORAL

**DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD,
AUTOCONCEPTO, ANSIEDAD Y
TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN DE
DEPORTISTAS DE MUSCULACIÓN
PATRONES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A
LA VIGOREXIA**

**PRESENTADA POR:
ROSARIO CASTRO LÓPEZ**

**DIRIGIDA POR:
DRA. DÑA. LUISA ZAGALAZ SÁNCHEZ
DR. D. DAVID MOLERO LÓPEZ-BARAJAS**

JAÉN, 12 DE MARZO DE 2013

ISBN 978-84-8439-515-7



Universidad de Jaén

Dpto. Didáctica de la expresión Musical, Plástica y Corporal

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales y Jurídicas

Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación en deportistas de musculación: patrones psicológicos asociados a la vigorexia

Directores:

Dra. María Luisa Zagalaz Sánchez

Dr. David Molero López-Barajas

Doctoranda: Rosario Castro López

Jaén, 2013

A mi familia, por constituir el pilar de lo que hoy soy, en toda mi educación, tanto académica como de la vida, por su incondicional apoyo y cariño perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis amigos, por apoyarme día a día y sumergirse e implicarse en éste proyecto convirtiéndolo en un trabajo especial

A mis directores de tesis, Dra. María Luisa Zagalaz y Dr. David Molero, por orientarme y mostrarme ésta realidad desde su calidad intelectual y su calidez humana, por su disponibilidad y total colaboración convirtiéndose en partícipes incondicionales de cada logro obtenido



Jaén, 2013

La **Dra. M^a Luisa Zagalaz Sánchez**, CU del Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal, en el área de Didáctica de la Expresión Corporal de la UJA; y el **Dr. David Molero López-Barajas**, Profesor Contratado Doctor del área de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación en el Departamento de Pedagogía de la UJA, en calidad de directores de la Tesis Doctoral que presenta **D^a Rosario Castro López**, bajo el título **“Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación en deportistas de musculación: patrones psicológicos asociados a la vigorexia”**.

HACEN CONSTAR:

Que el trabajo realizado reúne los requisitos científicos, metodológicos y formales que son precisos para su lectura y defensa pública ante el tribunal que ha de juzgarla, por lo que consideran procedente autorizar su presentación.

Para que así sea y surta los efectos oportunos, firman el presente en Jaén a 20 de febrero de 2013

Fdo.: M^a Luisa Zagalaz Sánchez

Fdo.: David Molero López-Barajas



Jaén, 2013

El Dr. Juan Antonio Párraga Montilla, director del Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal de la Universidad de Jaén, en relación a la Tesis Doctoral que presenta **D^a Rosario Castro López**, bajo el título **“Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación en deportistas de musculación: patrones psicológicos asociados a la vigorexia”**.

INFORMA:

Que el Departamento aprueba la presentación de este trabajo el 20 de Febrero de 2013.

Fdo.: Juan A. Párraga Montilla

ÍNDICES

Índice General.....	5
Índice de Tablas.....	11
Índice de Figuras.....	13
Resumen y Palabras Clave.....	19
Abstract and Key Words.....	21

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I.- LA VIGOREXIA

I.1. Imagen corporal.....	37
I.2. Alteraciones de la imagen corporal.....	38
I.3. Origen de la Vigorexia y revisión del estado. Etiología y epidemiología.....	41
I.3.1 Breve síntesis histórica.....	41
I.3.2 Revisión del estado.....	42
I.3.3. Etiología.....	43
I.3.4. Epidemiología.....	45

I.4. Concepto de Vigorexia.....	47
I.4.1. Estudio diferencial del concepto.....	49
I.4.1.1. Adicción.....	50
I.4.1.2. Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).....	51
I.4.1.3. Trastorno Dismórfico Corporal (TDC).....	52
I.4.1.4. Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).....	53
I.5. Consecuencias de la Vigorexia.....	55
I.6. Comorbilidad.....	57
I.7. Tratamiento.....	60
I.7.1. Tratamiento farmacológico.....	60
I.7.2. Tratamiento psicológico.....	61
I.7.3. Tratamiento dietético.....	63

CAPÍTULO II.- EL AUTOCONCEPTO

II.1. Concepto. Breve síntesis histórica.....	69
II.1.1. Revisión histórica.....	69
II.1.2. Concepto.....	73
II.2. Desarrollo y modificabilidad del autoconcepto.....	74
II.2.1. Autoconcepto en la infancia.....	75
II.2.1.1. Infancia temprana (3- 4 años).....	75
II.2.1.2. Infancia media (5- 7 años).....	76
II.2.1.3. Infancia tardía (8- 11 años).....	77

II.2.2. Autoconcepto en la adolescencia temprana.....	77
II.3. Autoconcepto físico y actividad física.....	80
II.3.1. Autoconcepto Físico.....	80
II.3.1.1. Medidas del autoconcepto físico.....	81
II.3.2. Trayectoria evolutiva del autoconcepto físico.....	82
II.3.3. Autoconcepto físico y actividad física.....	85

CAPÍTULO III.- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

III.1. Conceptos.....	95
III.1.1. Tipos de trastornos de la conducta alimentaria.....	96
III.1.1.1. Anorexia Nerviosa.....	96
III.1.1.2. Bulimia Nerviosa.....	97
III.1.1.3. Trastornos de la conducta alimentaria no específicos (TCANE).....	98
III.1.2. Instrumentos de medida para detectar TCA.....	101
III.1.3. Prevalencia.....	102
III.2. Trastornos de alimentación en la actividad física y el deporte.....	104
III.2.1. Deportes de riesgo.....	105
III.2.1.1. Deportes de categorías de peso.....	106
III.2.1.2. Deportes de estética.....	106
III.2.1.3. Deportes de gimnasio.....	108

III.2.1.4. Deportes de resistencia.....	108
III.2.2. Factores que determinan la relación entre TCA y Deporte.....	109
III.2.3. Prevención de los TCA en el deporte.....	114

CAPÍTULO IV. FACTORES DE LA PERSONALIDAD Y FISICOCULTURISMO

IV.1. Personalidad del deportista.....	125
IV.1.1. Diferencias en personalidad entre deportistas y no deportistas.....	126
IV.1.1.1. Estudios de la personalidad desde la teoría de Cattell.....	126
IV.1.1.2. Estudios de la personalidad desde la teoría de Eysenck.....	128
IV.1.1.3. Estudio de la personalidad desde la teoría de Costa y McCrae.....	130
IV.1.1.4. Otros rasgos de personalidad del deportista.....	133
IV.1.2. Diferencias en personalidad en función del deporte.....	139
IV.2. Fisicoculturismo.....	142
IV.2.1. Efectos del fisicoculturismo sobre el deportista.....	143
IV.2.2. Relación entre fisicoculturismo, culturismo y vigorexia.....	145
IV.2.2.1. Dependencia al levantamiento de pesas.....	145
IV.2.2.2. Conductas de verificación.....	146
IV.2.2.3. Insatisfacción muscular.....	146
IV.2.2.4. Dietas.....	146

IV.2.2.5. Lesión.....	147
IV.2.2.6. Aislamiento social.....	147
IV.2.2.7. Mentalidad tradicional.....	147
IV.2.2.8. Uso de ayudas ergogénicas y suplementación	148

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO V.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

V.1. Problema de investigación.....	155
V.2. Objetivos.....	156
V.2.1. Objetivos generales.....	156
V.2.2. Objetivos específicos.....	156
V.3. Definición de las variables.....	159
V.3.1. Variables socio-demográficas.....	159
V.3.2 Variables personales y psicológicas.....	160
V.4. Método.....	159
V.4.1. Muestra- Participantes.....	162
V.4.2. Metodología.....	172
V.4.3. Instrumentos.....	173
V.4.4. Procedimiento.....	184

CAPÍTULO VI.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

VI.1. Estudio descriptivo.....	191
VI.2. Estudio de relación.....	194
VI.2.1. Correlaciones entre dimensiones.....	194
VI.2.2. Análisis de diferencia de Medias y Análisis de Varianza.....	204
VI.3. Estudio de regresión.....	241

CAPÍTULO VII.- DISCUSIÓN

VII.1. Discusión.....	247
-----------------------	-----

CAPÍTULO VIII.- CONCLUSIONES

VIII.1. Conclusiones.....	261
VIII.2. Prospectivas de futuro.....	263

CAPÍTULO IX.- BIBLIOGRAFÍA

IX.1. Referencias Bibliográficas.....	269
IX.2. Páginas web.....	286
IX.3. Bibliografía complementaria.....	288

CAPÍTULO X.- ANEXOS

Anexo X.1. Cuadernillo de los tests aplicados.....	291
Anexo X.2. Cuadro descriptivo de los ítems subyacentes del cuestionario “Complejo de Adonis” (Vigorexia).....	311

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO I

Tabla I.1. Semejanzas y diferencias entre anorexia y vigorexia.....	41
Tabla I.2. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y TOC.....	52

CAPITULO III

Tabla III.1. Clasificación de los deportes de riesgo. Adaptada de Dosil, 2003.....	109
Tabla III.2. Métodos utilizados en el deporte para la pérdida de peso. Elaboración propia tomada de Rosen <i>et al.</i> (1986).....	113
Tabla III.3. Métodos utilizados en el deporte para la pérdida de peso. Elaboración propia tomada de Dosil y Rodríguez, 2001.....	113

CAPITULO IV

Tabla IV.1. Revisión de trabajos en personalidad en deportistas desde el modelo de Cattell (1975). Fuente: Elaboración propia adaptada de García Naveira (2010).....	128
Tabla IV.2. Revisión de trabajos en personalidad en deportistas desde el modelo de Eysenck. Elaboración propia adaptada de García Naveira (2010).....	130
Tabla IV.3. Revisión de trabajos en personalidad en deportistas desde el modelo de Costa y McCrae (1995).....	132

CAPITULO VI

Tabla VI.1. Estadísticos descriptivos de los ítems del Complejo de Adonis. Vigorexia.....	191
Tabla VI.2. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del STAI.....	192
Tabla VI.3. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del AF5.....	192
Tabla VI.4. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del NEO-FFI.....	193
Tabla VI.5. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del EDI-2.....	194
Tabla VI.6. Correlaciones entre las dimensiones de los instrumentos de recogida de información (Correlación de Pearson).....	195
Tabla VI.7. Coeficientes tipificados, t y significación para cada uno de los predictores del modelo.....	242

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO I

Figura I.1. Evolución de la insatisfacción corporal con la apariencia.....	19
Figura I.2. Modelo de Vigorexia. Elaboración propia tomada de Baile, 2005.....	45
Figura I.3. Secuencia de una conducta de adicción al ejercicio, con reforzamientos negativo y positivo (estado interno agradable).....	51

CAPÍTULO II

Figura II.1: Estructura del autoconcepto general. Elaboración propia tomada de Shavelson, Hubner y Stanton (1976).....	72
Figura II.2: Organización jerárquica hipotetizada de las autopercepciones físicas. Elaboración propia tomada de Fox, 1988; Fox y Corbin, 1989.....	81

CAPÍTULO IV

Figura IV.1. Espacio tridimensional definido por las dimensiones eysenckianas E, N y P. (Elaboración propia adaptada de Ortet, 2001).....	129
---	-----

CAPÍTULO V

Figura V.1: Participantes en función del sexo.....	162
Figura V.2: Participantes en función de grupos de edad.....	163
Figura V.3: Participantes en función del estado civil.....	163
Figura V.4: Participantes en función del nivel de estudios.....	164
Figura V.5: Participantes en función de existencia de experiencia negativa.....	164
Figura V.6: Participantes en función de horas semanales dedicadas en el gimnasio.....	165

Figura V.7: Participantes en función del nivel de ingresos.....	166
Figura V.8: Participantes en función del número de ocasiones que se pesan semanalmente.....	166
Figura V.9: Participantes en función de meses de antigüedad en el gimnasio.....	167
Figura V.10: Participantes en función del nivel de conocimiento en máquinas de musculación.....	168
Figura V.11: Participantes en función del nivel global dedicado al cuerpo con el ejercicio físico.....	168
Figura V.12: Participantes en función del nivel de conocimiento sobre periodos de carga y descarga.....	169
Figura V.13: Participantes en función del grado de realización de periodos de carga y descarga.....	169
Figura V.14: Participantes en función del grado de profesionalidad de rutina de trabajo.....	170
Figura V.15: Participantes en función del grado de supervisión de rutina realizada por un profesional.....	170
Figura V.16: Participantes en función del grado de preocupación por su apariencia física.....	171
Figura V.17: Participantes en función del grado de malestar a falta de práctica deportiva.....	172

CAPÍTULO VI

Figura VI.1: Valoración media del autoconcepto Académico-Laboral en función del sexo.....	205
Figura VI.2: Valoración media del autoconcepto Emocional en función del sexo..	205
Figura VI.3: Valoración media del autoconcepto Familiar en función del sexo....	206
Figura VI.4: Valoración media de Apertura en función del sexo.....	206
Figura VI.5: Valoración media de Insatisfacción Corporal en función del sexo....	207
Figura VI.6: Valoración media del autoconcepto Familiar en función de la edad...	207
Figura VI.7: Valoración media de la Vigorexia por ciudad.....	208
Figura VI.8: Valoración media de la Ansiedad Estado por ciudad.....	209
Figura VI.9: Valoración media de la Ansiedad Rasgo por ciudad.....	209
Figura VI.10: Valoración media del autoconcepto Académico- Laboral por ciudad.....	210

Figura VI.11: Valoración media del autoconcepto Social por ciudad.....	210
Figura VI.12: Valoración media del autoconcepto Emocional por ciudad.....	211
Figura VI.13: Valoración media del autoconcepto Familiar por ciudad.....	211
Figura VI.14: Valoración media de Neuroticismo por ciudad.....	212
Figura VI.15: Valoración media de la Apertura por ciudad.....	212
Figura VI.16: Valoración media de la Amabilidad por ciudad.....	213
Figura VI.17: Valoración media de la Responsabilidad por ciudad.....	213
Figura VI.18: Valoración media de Obsesión por la Delgadez por ciudad.....	214
Figura VI.19: Valoración media de Insatisfacción Corporal por ciudad.....	214
Figura VI.20: Valoración media de Miedo a la Madurez por ciudad.....	215
Figura VI.21: Valoración media de la Vigorexia en función de la experiencia negativa.....	216
Figura VI.22: Valoración media de la Ansiedad Estado en función de la experiencia negativa.....	216
Figura VI.23: Valoración media de la Ansiedad Rasgo en función de la experiencia negativa.....	217
Figura VI.24: Valoración media del autoconcepto Emocional en función de la experiencia negativa.....	217
Figura VI.25: Valoración media del Neuroticismo en función de la experiencia negativa.....	218
Figura VI.26: Valoración media del Neuroticismo en función del nivel de estudios.....	218
Figura VI.27: Valoración media de Obsesión por la Delgadez en función del nivel de estudios.....	219
Figura VI.28: Valoración media de Inseguridad Social en función del nivel de estudios.....	220
Figura VI.29: Valoración media del autoconcepto Académico- Laboral en función del nivel de ingresos.....	220
Figura VI.31: Valoración media del Neuroticismo en función del nivel de ingresos.....	221
Figura VI.32: Valoración media de la Vigorexia en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio.....	221
Figura VI.33: Valoración media de la Ansiedad Estado en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio.....	222
Figura VI.34: Valoración media del autoconcepto Social en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio.....	223

Figura VI.35: Valoración media del autoconcepto Emocional en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio.....	223
Figura VI.36: Valoración media del autoconcepto Físico en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio.....	224
Figura VI.37: Valoración media del autoconcepto Familiar en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio.....	225
Figura VI.38: Valoración media del Neuroticismo en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio.....	226
Figura VI.39: Valoración media de la Amabilidad en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio.....	226
Figura VI.40: Valoración media de Obsesión por la Delgadez en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio.....	227
Figura VI.41: Valoración media de Perfeccionismo en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio.....	228
Figura VI.42: Valoración media de Ascetismo en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio.....	228
Figura VI.43: Valoración media de Impulsividad en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio.....	229
Figura VI.44: Valoración media de la Vigorexia en función de las veces que se pesan semanalmente.....	230
Figura VI.45: Valoración media del autoconcepto Académico-Laboral en función de las veces que se pesan semanalmente.....	230
Figura VI.46: Valoración media de la Responsabilidad en función de las veces que se pesan semanalmente.....	231
Figura VI.47: Valoración media de la Vigorexia en función de las veces que se miden semanalmente.....	232
Figura VI.48: Valoración media de la Responsabilidad en función de las veces que se miden semanalmente.....	232
Figura VI.49: Valoración media de Ascetismo en función de las veces que se miden semanalmente.....	233
Figura VI.50: Valoración media de la Impulsividad en función de las veces que se miden semanalmente.....	233
Figura VI.51: Valoración media de la Vigorexia en función de la preocupación por la apariencia física.....	234
Figura VI.52: Valoración media del autoconcepto Académico-Laboral en función de la preocupación por la apariencia física.....	235

Figura VI.53: Valoración media del autoconcepto Social en función de la preocupación por la apariencia física.....	235
Figura VI.54: Valoración media del autoconcepto Familiar en función de la preocupación por la apariencia física.....	236
Figura VI.55: Valoración media de Responsabilidad en función de la preocupación por la apariencia física.....	236
Figura VI.56: Valoración media de Obsesión por la Delgadez en función de la preocupación por la apariencia física.....	237
Figura VI.57: Valoración media de Vigorexia en función del malestar cuando no hay práctica deportiva.....	238
Figura VI.58: Valoración media de Ansiedad Estado en función del malestar cuando no hay práctica deportiva.....	238
Figura VI.59: Valoración media del autoconcepto Social en función del malestar cuando no hay práctica deportiva.....	239
Figura VI.60: Valoración media del autoconcepto Familiar en función del malestar cuando no hay práctica deportiva.....	240
Figura VI.61: Valoración media de Neuroticismo en función del malestar cuando no hay práctica deportiva.....	240

RESUMEN

La investigación que se presenta tiene por objetivo fundamental la detección de indicadores psicológicos que puedan encontrarse asociados a la Vigorexia como una de las variables dependientes del estudio. Para ello se ha realizado un estudio de aproximación al perfil de diversos deportistas de musculación de la provincia de Jaén al ser el colectivo más susceptible a la aparición de este trastorno, analizando numerosos factores comportamentales y de personalidad, tales como autoconcepto, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, o personalidad, intentando detectar la prevalencia de la Vigorexia en dicha provincia.

Para conseguir los objetivos planteados y valorar las características personales anteriormente mencionadas se han empleado diversos test cuantitativos validados por la comunidad científica, siendo éstos utilizados en los tres principales análisis realizados: estudio descriptivo, al ofrecer información sobre las características personales y psicológicas de los sujetos; un segundo estudio de relación entre las dimensiones de los diferentes instrumentos empleados y, respondiendo al tercer objetivo de investigación, se llevó a cabo un estudio de regresión, con la finalidad de conocer qué dimensiones predicen en mayor medida la Vigorexia en los sujetos objeto de estudio.

Los resultados obtenidos suponen un profundo estudio acerca de las características sociodemográficas, personales y psicológicas como entidades independientes de este colectivo y también como factores inherentes a la aparición de la Vigorexia, los cuales nos han aportado datos en los que se auguran desigualdades de utilidad para el docente y/o investigador deportivo.

Palabras clave

Vigorexia, Fisicoculturismo, Autoconcepto, Trastornos de Conducta Alimentaria, Personalidad, Ansiedad.

ABSTRACT

The following study is aimed to the detection of psychological indicators which could be associated to reverse anorexia as one of the varieties studied. An approximation study has been carried out focusing on the profile of several body-builders of the Spanish province of Jaén, since they are the group the most likely to suffer from this disorder, by analysing several behavioural and personality factors, such as self-concept, anxiety eating disorders, or personality, trying to detect the prevalence of reverse anorexia in the area of Jaén.

In order to achieve the aims set out in the paragraph above, and to evaluate the personal features already mentioned, several quantitative tests approved by the scientific community have been used throughout the three main analyses done: first of all, a descriptive study that offers information about the personal and psychological features of the subjects; secondly, a relation study that analyses the dimensions of the different methods used and, finally, a regression study has been conducted to find out which dimensions predict reverse anorexia to a greater extent in the subjects studied.

The results achieved represent a deep study of socio-demographic, personal and psychological features, analysing them separately from this group and also as inherent factors to the outbreak of reverse anorexia, which have showed some possible inequalities in the utility for the lecturer/researcher within the sport field.

Key words

Reverse anorexia, Bodybuilding, Self-concept, Eating disorders, Personality, Anxiety.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La vigorexia es un trastorno mental causado por una distorsión en la imagen corporal, ocasionando que el sujeto se perciba débil y delgado, a pesar de que la realidad sea totalmente contraria.

La tesis que se presenta tiene por objetivo fundamental el estudio de la vigorexia, patología psicológica que se encuentra en continuo aumento debido a la creciente preocupación por el aspecto físico en nuestra sociedad occidental. En consonancia con muchos autores, *“en los últimos años se ha llegado a un culto excesivo a la belleza corporal y a una auténtica obsesión por la salud hasta el extremo de producir enfermedad como símbolo de perfección”* (Rodríguez-Molina y Rabito-Alcón, 2010); a este punto de partida añadimos los resultados evidentes, a priori positivos, que la práctica del ejercicio físico ejerce sobre el cuerpo, por lo que no es de extrañar que se genere en el sujeto una adicción-obsesión por llevar a cabo una práctica continuada, con consecuencias que agravan aun más el cuadro psicopatológico.

La realidad sobre el conocimiento que en nuestro país se tiene sobre la vigorexia destaca por la escasez de estudios al respecto, dificultando cifras de prevalencia y de aproximación al concepto, fundamentalmente sobre la actualidad del mismo, puesto que su descubrimiento data de 1993 gracias a las aportaciones del psiquiatra Harrison G. Pope.

Bajo este enfoque inicial pretendemos hacer más próximo y conocido el trastorno en cuestión, aportar datos de prevalencia en nuestro país y relacionarlo con aspectos comportamentales y personales, puesto que nos encontramos ante una realidad en expansión y cada vez más común entre la población masculina, mayoritariamente. De acuerdo a la literatura revisada, la vigorexia se ubica en el colectivo culturista y fisicoculturista, por ello, a lo largo del estudio focalizaremos la atención en usuarios de gimnasios y salas de musculación considerados de mayor riesgo en relación con esta psicopatología.

Siguiendo la revisión bibliográfica existente, la aparición de dicho trastorno tiene una fuerte vinculación con diferentes aspectos personales y comportamentales, motivo por el que se ha considerado conveniente analizar estas características en la

muestra de estudio y presentar la parte teórica del trabajo en cuatro capítulos diferenciados.

En el primer capítulo abordamos “*la vigorexia*” como trastorno psicológico, su origen y posible ubicación de acuerdo a manuales especializados, exponiendo sus consecuencias y presumible comorbilidad (presencia de otros trastornos secundarios consecuencia del trastorno principal), presentando de la misma manera el tratamiento propuesto por médicos y psicólogos.

El segundo capítulo abarca el complejo constructo “*autoconcepto*”, centrándonos en el autoconcepto físico, puesto que es considerado un pilar fundamental de la personalidad en la aparición y desarrollo de este tipo de trastornos.

Conformándose como una característica fuertemente ligada a la vigorexia los “*trastornos de la conducta alimentaria*” como enfermedad mental admitida en el DSM-IV¹, son el contenido del tercer capítulo del trabajo, puesto que con su estudio y análisis, esclarecemos aspectos fundamentales de la variable de estudio.

En el cuarto capítulo de la teoría presentada, intentamos profundizar en numerosos aspectos básicos de la “*personalidad del deportista*” con el objetivo de aproximarnos aun más a su perfil psicológico para así poder contrastarlos con los resultados obtenidos en la muestra de estudio y ofrecer datos que faciliten la posibilidad de reeducar o reforzar de la mano de entrenadores, educadores deportivos y maestros especialistas en Educación Física (EF) características como ansiedad, autocontrol, autoestima o miedo al fracaso.

Del mismo modo haremos hincapié en el ámbito del culturismo y fisicoculturismo presentando una aproximación a dichas modalidades deportivas junto a sus características inherentes, justificando en último lugar, la presumible relación entre fisicoculturismo y vigorexia.

La segunda parte de la tesis denominada “*Metodológica*”, viene representada por el Capítulo V, en el cual se recogen los aspectos metodológicos de la investigación. Se presentan los problemas y objetivos de la investigación, definición de las variables de estudio, las características de la muestra, y la descripción de los diferentes instrumentos

¹ Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, American Psychiatric Association, 2002.

empleados. También se muestra la metodología empleada en la recogida de datos y un resumen de las principales pruebas estadísticas utilizadas para el análisis de datos.

En el Capítulo VI, se presentan los resultados, en base a nuestros tres principales objetivos de investigación, con sus correspondientes tablas y figuras, derivadas de la recogida de datos de los diferentes instrumentos.

El Capítulo VII recoge las discusiones en torno a los objetivos planteados en esta investigación, con otros estudios de características similares que hayan tratado cualquier aspecto investigado en esta tesis. También se establecen las conclusiones obtenidas en el capítulo VIII, así como las limitaciones y perspectivas del estudio.

El capítulo IX recoge en penúltimo lugar las referencias bibliográficas empleadas en la elaboración de esta tesis y en el capítulo X se mostrarán los anexos correspondientes.

Por tanto, el estudio realizado proporcionará información real contribuyendo al desarrollo del conocimiento científico de nuestro país e iniciando distintas alternativas para futuras investigaciones, no sólo encaminadas al tratamiento de la enfermedad desde la perspectiva de los educadores físicos sino abordando aspectos preventivos que toman como referencia la reeducación de algunas de las características personales de los sujetos en cuestión, susceptibles de ser modificadas. La innovación más destacable que presenta este estudio es la relación entre la actividad física que se desarrolla en un gimnasio y la posible intervención de educadores especializados en actividad física y deporte que pueden realizar una intervención conjunta con los preparadores físicos, monitores y entrenadores que trabajan en dichos locales. Todo ello, considerando que quienes pueden padecer la enfermedad son jóvenes, es un argumento importante, oportuno y de gran interés social para realizar este estudio.

Como se puede deducir de las líneas anteriores, la realización de la tesis ha supuesto un reto desde el entorno en el que se ha realizado y en el que nos encontramos inmersos, la EF y la Psicología, debido a nuestro compromiso de contribuir al conocimiento de esta nueva enfermedad desde otra perspectiva que la médica, como la Educación o la Psicología deportiva, ya que nuestra variable de estudio ya es considerada por muchos autores como la enfermedad del siglo XXI.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: LA VIGOREXIA

CAPÍTULO I. LA VIGOREXIA

Con el capítulo que se presenta a continuación pretendemos presentar la Vigorexia como una de las variables de nuestro estudio; para ello hemos estudiado su origen, concepto y características básicas así como su posible etiología y epidemiología. Seguidamente analizamos las principales consecuencias que conllevan los comportamientos de estos sujetos, mostrando de la misma manera la presencia de otras enfermedades inherentes a la Vigorexia. En último lugar se muestra el posible tratamiento de esta psicopatología, haciendo hincapié en su naturaleza multidimensional.

I.1. IMAGEN CORPORAL

Son distintos los aspectos relacionados con la vigorexia (*reverse anorexia*), patología psicológica que radica en la distorsión de la imagen corporal; por ello, el concepto de imagen corporal es un cimiento teórico bastante utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría y otras ciencias cognitivas. Es decisivo para revelar aspectos importantes de los llamados autoesquemas (autoestima ó autoconcepto) o para explicar ciertas alteraciones como las que vamos a tratar a lo largo del trabajo.

El *aspecto físico*, como apariencia, es el conjunto de características físicas y estéticas que nos hacen ser percibidos como diferentes unos de otros y que resulta externo a la autopercepción. Por su parte, la *imagen corporal* es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000). Schilder, pionero en el análisis multidimensional del concepto de imagen corporal la define como “*La figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos*” (Schilder, 1950).

Esta doble visión del sujeto en la sociedad, tanto interna (autopercepción) como externa, no necesariamente está enlazada y correlaciona de acuerdo a la realidad. En ocasiones se produce una discordancia entre ambas puesto que personas cuya apariencia física se aleja de los cánones de belleza estereotipados por la sociedad actual tienen una imagen corporal adecuada y/o satisfactoria. Del mismo modo, personas con apariencia física dentro del estereotipo “perfecto” o socialmente deseable, perciben una imagen corporal totalmente distinta a la real, llegando a producir sesgos en su autopercepción.

La importancia de la apariencia física y de la imagen corporal es un aspecto que ha ido cobrando protagonismo con el paso del tiempo, debido fundamentalmente a la sociedad en que vivimos, globalizada y controlada por los medios de comunicación que nos muestran constantemente cuerpos esculturales y figuras impecables. Esta sobredimensión de lo físico implica, en algunos ámbitos, la exclusión por el mero hecho de no pertenecer a ese rango estereotipado, lo que puede llevar al ciudadano a una preocupación moderada, en ocasiones grave, hasta el punto de modificar su propio esquema corporal y, por consiguiente alterar dicha percepción. Distintos estudios han abordado esta temática y su relación con el autoconcepto físico en nuestro contexto analizando estos aspectos en distintos grupos de edad (Contreras, Fernández, García, Palau y Ponseti, 2010; Esnaola, Goñi y Madariaga, 2008; Esnaola, Rodríguez y Goñi, 2011; Gallo, González y Salinero, 2010; Goñi, Rodríguez y Esnaola, 2010; Infante y Goñi, 2009; Moreno, Cervelló y Moreno, 2008).

I.2. ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL

El término empleado para hacer referencia a la *alteración de la imagen corporal* ha cambiado históricamente desde que a finales del siglo XIX, Enrico Morselli (1852-1929), propuso el término “dismorfofobia” que significa literalmente “miedo a la propia forma”. Posteriormente Janet, en 1903, lo denomina como “la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo” haciendo referencia al miedo a ser visto como ridículo; años más tarde Rosen et al. (1990) proponen que el trastorno de la imagen corporal se defina como una preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física. Esto es lo que bajo la denominación Trastorno Dismórfico Corporal (en adelante TDC) aparece en el DSM III R, en el DSM-IV y en el DSM-IV TR. (APA, 1987; APA 1994; APA 2000) y está incluido en los trastornos somatoformes.

El TDC consiste en una preocupación excesiva por un defecto en el aspecto físico, que puede ser imaginario o real. La alteración se refiere a cuestiones de asimetría o desproporción, ya sea facial o corporal (American Psychiatric Association, 2002).

En un estudio sobre la evaluación de imagen corporal, Garner y Garfinkel (1981), ponen de manifiesto que la alteración de la misma puede darse en dos dimensiones. En primer lugar, los mencionados autores identifican una *alteración perceptual*: referida a la dificultad o imposibilidad que la persona manifiesta para estimar su tamaño y forma corporal. En segundo, opinan que existiría una *alteración cognitivo-afectiva*: relativa a la existencia de pensamientos y sensaciones negativas a causa de su apariencia física. Esta doble perspectiva resulta de utilidad para determinar cuál es el aspecto de la imagen corporal que se manifiesta alterado puesto que no tienen porqué caminar en comunión. Tal es la independencia de ambos enfoques, que autores como Thompson (1990) o Vaz, Peñas y Ramos (1999), sugieren que no se confundan “alteración de la imagen corporal” con “insatisfacción corporal”; ya que el primero engloba al segundo entre otros aspectos.

Respecto a la incidencia de los trastornos dismórficos corporales, como anteriormente se mencionó, éste va en aumento a medida que pasan los años. Concretamente, en la sociedad occidental se estima que un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres presentan insatisfacción corporal (Grant y Cash, 1995) que llega a originar un trastorno en un 4% de las mujeres, y en menos de 1% en hombres (Rosen, Reiter y Orosan, 1995). En la Figura I.1, se presenta dicha evolución en ambos sexos en una macroencuesta estadounidense que abarca tres décadas (Garner, 1997).

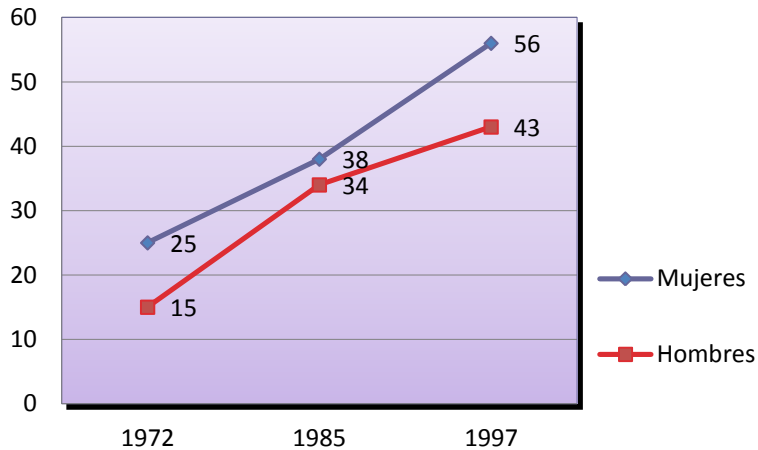


Figura I.1. Evolución de la insatisfacción corporal con la apariencia. Elaboración propia tomada de Garner, 1997

Como se desprende de la información de la figura, en 1972, quince de cada cien hombres expresaban insatisfacción corporal, mientras que un cuarto de la población de las mujeres ya lo hacía. Poco más de una década después se observa que las mujeres siguen incrementando sus niveles de insatisfacción alcanzando un 38% de la población, aunque el dato significativo lo protagoniza el sexo masculino ya que experimentan una subida que duplica ampliamente los niveles iniciales llegando a ser casi tan numeroso como el de las mujeres.

El último dato de la muestra, recogido 25 años después de la primera encuesta evidencia esta preocupación progresiva mostrando un porcentaje casi tres veces superior de hombres insatisfechos, llegando casi a la mitad de la población (43%) y alcanzando el 56% entre las mujeres. La diferencia fundamental radica en que así como las mujeres quieren ser más delgadas, los varones quieren ser más musculosos (Cohane y Pope, 2001) existiendo una amplia discrepancia entre la muscularidad real promedio de los hombres y sus ideales corporales que permitiría explicar el aparente aumento de disturbios de la imagen corporal en niños, adolescentes y adultos jóvenes (Fachini, 2006).

Teniendo en cuenta estas afirmaciones, y al amparo de estos datos, no es de extrañar que el hombre haya iniciado una serie de conductas para enriquecer dicho aspecto; dietas, ejercicio físico, moda y otros. Ésta obsesión de culto al cuerpo crea una serie de hábitos y conductas que a veces pueden llegar a ser perjudiciales para la salud, como por ejemplo, pasar horas y horas realizando ejercicios de fuerza, principalmente,

levantamiento de pesas, para conseguir el cuerpo musculoso que los medios de comunicación nos impone, además de realizar dietas restrictivas, que en los adolescentes son totalmente nocivas, debido a que se encuentran en pleno crecimiento y necesitan dietas equilibradas (Cohane y Pope, 2001).

Por tanto, la práctica del ejercicio físico, sin fin exclusivamente saludable y sí con intención estética es cada vez más usual en hombres, provocando así la aparición de nuevos trastornos, como es el caso de la conocida y cada vez más común vigorexia masculina.

I.3. ORIGEN DE LA VIGOREXIA Y REVISIÓN DEL ESTADO. ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

I.3.1 Breve síntesis histórica

El origen del concepto vigorexia se atribuyen al psiquiatra Pope et al. (Pope, Katz y Hudson, 1993), quienes llevando a cabo una investigación en el Laboratorio de Psiquiatría Biológica del hospital McLean (EEUU) descubren este trastorno al estudiar el uso de esteroides anabolizantes en varones reclutados en gimnasios de halterofilia de Boston y encontrar que un gran número de ellos presentaban comportamientos psicóticos y se perciben como pequeños y flacos, cuando en realidad eran grandes y musculosos (Pope y Katz, 1994). Este fenómeno fue denominado en su primer trabajo: *Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders* (Pope, Katz y Hudson, 1993), como Anorexia Nerviosa Inversa: “Anorexia Reversa” puesto que compartía características similares a la anorexia nerviosa (como la distorsión de la imagen corporal y la búsqueda incesante del cuerpo deseado aun incurriendo en conductas de riesgo para su propia salud) pero con síntomas inversos a ésta. Las principales diferencias entre ambas alteraciones se presentan en la Tabla I.1.

La vigorexia y la anorexia comparten además la preocupación desmedida por su aspecto físico, la distorsión del esquema corporal, la adicción a la báscula, el interés por las comidas, calorías y composición de lo que se ingiere, la auto observación, pesarse varias veces al día, la supresión de grasas, etc. (De la Serna, 2004, citado en Castro López e Iglesias Parro, 2010).

Tabla I.1. Semejanzas y diferencias entre anorexia y vigorexia

VIGOREXIA	ANOREXIA
Se ve delgado y débil (pequeño)	Se ve gorda
Intenta ganar peso	Intenta perder peso
Gusto por la ingesta de proteínas	Rechazo por la ingesta de proteínas
Más prevalente en hombres	Más prevalente en mujeres
Fármacos para ganar peso	Fármacos para perder peso
No antecedentes de agresión sexual	A veces antecedentes de agresión sexual
La conducta fundamental es el exceso de ejercicio	La conducta fundamental es el rechazo a los alimentos (no comer, vomitar...)
Siempre se hace mucho ejercicio	No siempre se hace mucho ejercicio

Podemos distinguir dos perfiles psicológicos diferentes entre los deportistas afectados, en primer lugar aquellos sujetos que sólo buscan alcanzar una figura ideal por una cuestión meramente estética, influenciados por los modelos actuales que propone la sociedad a los cuales se les vinculan valores de éxito sexual, social y profesional; y por otro lado, deportistas *amateurs* o profesionales exigentes cuya preocupación por el aspecto físico va más allá de una cuestión estética y que buscan mejorar y destacar en sus disciplinas a cualquier precio, culturistas, ciclistas, futbolistas, etc. (Fanjul, 2008).

I.3.2 Revisión del estado

En 1997 aparece un primer trabajo en la revista *Psychosomatic* (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997) y una carta al director en la revista *Journal Clinical Psychiatric* (Phillips, O'Sullivan y Pope, 1997) bajo el título de "Dismorfia Muscular". En el primero de ellos, se presentan las principales características observadas sobre el trastorno que ellos proponen, mientras en el segundo se deja constancia del caso de un chico de 23 años, que no siendo usuario de esteroides anabolizantes, desarrolla una distorsión de la imagen corporal.

El rasgo esencial de la dismorfia muscular es una preocupación crónica sobre el hecho de que uno está insuficientemente musculado y, algunas veces, especialmente en el caso de las mujeres, también se perciben como delgadas. Si bien, algunos sujetos son conscientes de su problema, ellos se reconocen como personas musculosas, también manifiestan no estar tranquilos aun sabiéndolo. Otros no manifiestan tal conocimiento y están convencidos de que son pequeños y flacos (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997).

Pope et al. (1994) pronto observaron que los sujetos que así se percibían podían presentar una gran cantidad de patologías asociadas. Buena parte de ellos habían manifestado con anterioridad trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa), otros se habían iniciado en la toma de esteroides como forma de "tratamiento" para su problema derivado de la alteración en la imagen corporal, mientras otros habían desarrollado la anorexia reversa tras la utilización de los esteroides.

Los sujetos que manifestaban dismorfia muscular podían presentar otras formas de dismorfias corporales; sin embargo la preocupación central era su tamaño corporal y la musculatura desarrollada. En este sentido el 31% de las mujeres competidoras en fisiculturismo describían la preexistencia de preocupaciones por otras partes de su cuerpo y en el 16% de los casos la inaceptación de su cuerpo era tan evidente que les

llevaba a someterse a cirugía estética. Otros trastornos que podían asociarse se relacionaban con los desórdenes alimenticios, si bien los sujetos con anorexia nerviosa tienden a desarrollar primariamente patrones patológicos de comida y posteriormente de ejercicios excesivos, frente al caso que nos ocupa, donde se invierte la prioridad. Se observa que el 13% describían historia de anorexia nerviosa (Pope y Katz, 1994) y este porcentaje aumentaba en el caso de las mujeres, llegando al 47% de las mujeres con historia de desórdenes de comida (con anorexia nerviosa el 9,4%, el 28,13% bulimia nerviosa y otro 9,4% otros trastornos).

I.3.3. Etiología

La explicación etiológica se ha llevado a cabo fundamentalmente desde modelos multicausales, en los cuales se suele hacer referencia a factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de la afección de estudio. Dichos factores se encuentran en constante interacción y suelen ser socioculturales, sociales y psicológicos (Adams y Kirby, 1998).

Entre los modelos propuestos por diversos autores de los factores implicados en el desarrollo de la vigorexia, es conveniente destacar el presentado por Baile Ayensa (2005) debido a su relevancia (Ver Figura 2). En el mismo se abordan los siguientes aspectos:

Factores Predisponentes

Se refiere a factores genéticos, del entorno ambiental y social, experiencias previas, etc., que predisponen pero no causan el desarrollo del trastorno, salvo si hay un factor desencadenante. El mismo autor incluye los siguientes indicadores:

- Ser hombre, entre 18 y 35 años.
- Vivir en una sociedad de culto al cuerpo: el hombre es bello, si está delgado y musculado.
- Manifestar tendencias obsesivo-compulsivas.
- Poseer tendencias adictivas.

- Haber sufrido en su vida alguna vez experiencias negativas con el cuerpo o apariencia, por su escaso tamaño o fuerza.

- Personas que posean baja autoestima.

Factores desencadenantes

Este grupo de factores hace alusión a aspectos individuales y ambientales, que provocan el inicio del trastorno.

- Experiencia traumática estresante relacionada con el cuerpo.

- Consumo de ciertas sustancias.

- Baja autoestima (Olivardia et al., 2004).

Factores Mantenedores

Referido a factores que son consecuencia del trastorno o que ocurren paralelamente y que tienen un efecto de reforzamiento sobre el mismo, provocando que se mantenga y agrave. En este grupo se destacan los siguientes aspectos:

- Refuerzo y reconocimiento social, debido que al realizar ejercicio físico se considera una actividad saludable (en principio lo es).

- Subcultura del culturismo. Este aspecto es una continuación del anterior ya que el mundo en el que se mueve el deportista es el gimnasio, integrado por personas que persiguen objetivos parecidos a los suyos.

- Evitación de sensaciones negativas por la imagen corporal.

- Escape de los pensamientos obsesivos.

- Reducción de la ansiedad por la necesidad compulsiva de hacer ejercicio.

- Ambiente social favorecedor.

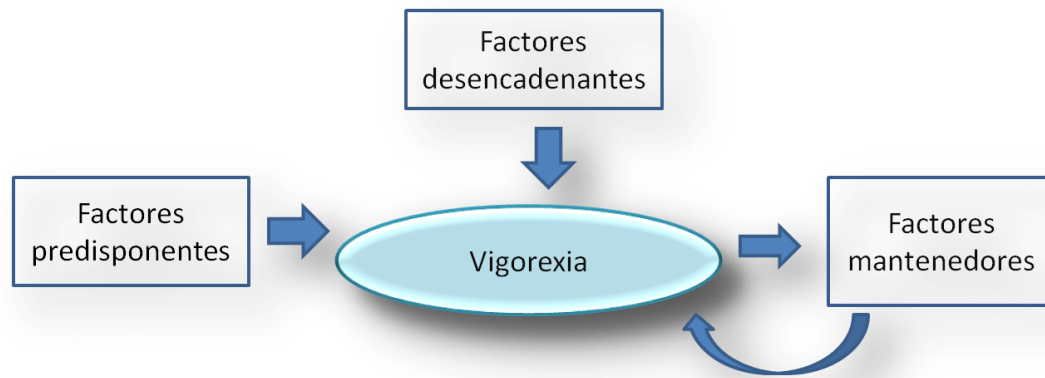


Figura I.2. Modelo de Vigorexia. Elaboración propia tomada de Baile, 2005

I.3.4. Epidemiología

En cuanto a la prevalencia del trastorno, y aun siendo conscientes de que no existen estudios que aporten datos concluyentes sobre su epidemiología, (la información se limita a grupos relativamente pequeños y a esto se le atribuye la indefinición del concepto ya que en función de cómo lo nombremos, el número de casos varía) hemos de hacer mención a la afirmación de que de los 9 millones de usuarios de gimnasios de USA, entre el 9,3% y el 10% podría estar afectado de este trastorno, porcentaje que aumentaría entre los sujetos que participan en competiciones (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997). De igual modo, esta cifra varía mucho en función del estado o país en el que se pretenda estudiar, ya que los mismos autores ratificaron como los hombres de países del este gozaban de una menor insatisfacción corporal que los hombres occidentales (Jeffrey, Gray y Pope, 2005). Olivardia (2001) estimó en 90.000 el número de norteamericanos con problemas graves de vigorexia, porcentaje similar al encontrado en Méjico por Baile (2005).

Por su parte, la Unión Europea estimó en el 6% los usuarios habituales de gimnasios con este problema (Méndez, 2002). En España, las estimaciones realizadas por un estudio situaron el número de afectados entre los 20.000 y 30.000 (Alonso, 2002). Teniendo en cuenta los 42 millones de habitantes, la tasa de prevalencia sería de 0,048% en la población general, si consideramos que afecta principalmente a hombres, afectaría a 1 de cada 2.000. Otras estimaciones señalan que de los 700.000 casos de anorexia que puede haber en España el 10% serían varones y de estos 1/3 habrían llegado a la anorexia desde la vigorexia.

Como podemos comprobar han sido muchos los estudios que desde entonces Pope y su equipo han llevado a cabo, variando este término inicial y popularizando la denominación de “Complejo de Adonis” (Pope, 2000), la cual ha sido utilizada para titular varias obras. Según la mitología griega este concepto hace referencia a un hombre extremadamente atractivo, paradigma de modelo de belleza ideal masculina, de quien Afrodita quedó enamorada al verlo dormir desnudo. Las personas con este síndrome, generalmente varones, tienen la fijación por conseguir un cuerpo perfecto.

Otros autores (Muñoz y Martínez, 2007) han ido matizando el término, como un trastorno somatomorfo, sugiriendo términos como dismorfia muscular o vigorexia, por lo que nos movemos en un campo un tanto difuso en el que coexisten diferentes nomenclaturas, aunque éste no es uno de los aspectos que más controversia produce, ya que el problema no es ponerle nombre sino determinar de qué se trata. En el siguiente apartado abordaremos el concepto de este trastorno, adoptando a partir de este momento el término vigorexia, para evitar posibles confusiones terminológicas.

I.4. CONCEPTO DE VIGOREXIA

La vigorexia puede definirse como un 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. Pope (1993) 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, la definen como *una obsesión enfermiza por desarrollar masa muscular, lo que hace que se vea afectada toda la vida psicológica y social y con implicaciones incluso médicas*. Recogemos también la definición propuesta por J. I. Baile, al ser su obra una de las pioneras en España en la investigación de esta materia: (Baile, 2005: 35):

Una alteración de la salud caracterizada por una preocupación patológica de ser débil y no tener suficiente desarrollo muscular del cuerpo (aun teniéndolo) y que se manifiesta en la incapacidad de ver con exactitud el tamaño del propio cuerpo, con comportamientos obsesivos y negativos relacionados con la apariencia.

Habitualmente, es común que las personas vigoréxicas pasen muchas horas en el gimnasio, muestren alteraciones en sus hábitos de alimentación, consumiendo exageradamente suplementos proteicos con componentes quemadores de grasas y/o abusen de sustancias, principalmente esteroides anabolizantes para lograr de manera rápida un mayor desarrollo muscular, con la posibilidad de múltiples complicaciones médicas e incluso letales (Pérez, Nelly, Rodríguez y Gempeler, 2007).

Esta preocupación obsesiva por la figura y búsqueda incesante de la belleza física acompaña a una distorsión del esquema corporal, llevándolos a una continua práctica deportiva sin límites, sin considerar los riesgos que conlleva para su salud. En este sentido, Vives y Garcés de los Fallos (2003) señalan como características definitorias que caracterizan este síndrome psicopatológico las siguientes:

- Necesidad de acudir al gimnasio: ritual que alcanza varias horas diarias.
- Sensación de culpa si se produce un fallo en rutina de práctica deportiva.
- Objetivo de aumentar hasta el infinito su masa muscular (nunca llega a ser suficiente).
- Pensamientos de cuerpo perfecto como el que tiene el mayor músculo posible.
- El deporte se convierte en su vida sin límites.
- La alteración de la imagen corporal es el componente principal.

- Obsesión con la mejora de ciertos defectos físicos; no se sienten a gusto con su propio cuerpo.
- Dieta estricta que suele consistir en una ingestión masiva de proteínas e hidratos de carbono y total ausencia de grasa.
- Baja autoestima, poco maduros y piensan que tienen poco atractivo entre el sexo opuesto debido a su aspecto físico.
- Exigentes consigo mismos, perfeccionistas, introvertidos y extremistas.
- Presentación de síntomas de otras alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión y trastornos obsesivos-compulsivos.

Por su parte Baile (2005) considera como manifestaciones clínicas más importantes de la vigorexia las siguientes:

- Preocupación por ser débil o poco musculoso.
- Incapacidad de ver con objetividad el propio cuerpo, aun teniendo un cuerpo grande y musculado, que deriva en insatisfacción corporal. Permanente auto observación en el espejo para comprobar el tamaño de los músculos.
- Pensamientos obsesivos y permanentes sobre no ser suficientemente grande, ser demasiado pequeño o sobre cómo mejorar de aspecto.
- Pobre conciencia sobre su incapacidad de verse con objetividad.
- Ansiedad o depresión por sus sentimientos negativos hacia su cuerpo. Autoestima afectada.
- Conductas alteradas con respecto a la imagen corporal, evitar sitios públicos donde se vea el cuerpo, llevar ropas especiales...
- Necesidad compulsiva de realizar ejercicio con pesas para incrementar el tamaño corporal.
- Afectación de la vida social, familiar y sentimental por el cuidado del cuerpo, el entrenamiento y/o la dieta.
- A veces consumo de sustancias peligrosas para el desarrollo muscular (el consumo de hormonas es siete veces más usual entre personas con vigorexia que entre culturistas no vigoréticos). Excesivo control de la dieta.
- Abuso de esteroides anabolizantes y suplementos alimenticios

Ambos autores tienen una percepción común en cuanto a determinadas características, como la necesidad que el deportista siente por acudir al gimnasio para

realizar ejercicio, la incapacidad de verse con objetividad, consecuencia de la preocupación e insatisfacción que padecen, y la obsesión permanente de no ser suficientemente grande. Éstos síntomas suelen ir acompañados, según los autores mencionados, de otras alteraciones psicológicas que acompañan a la persona afectada tales como ansiedad, depresión.

En cuanto a la dieta que llevan a cabo ambos coinciden en su carácter estricto, aunque Vives y Garcés de los Fallos (2003) hacen hincapié en la ingestión masiva de proteínas e hidratos de carbono y total ausencia de grasas, mientras que Baile (2005) destaca el consumo de sustancias peligrosas para el desarrollo muscular, tales como hormonas o esteroides anabolizantes.

I.4.1. Estudio diferencial del concepto

Aproximado este término así como sus características y manifestaciones principales, seguidamente realizaremos una aproximación diferencial a la vigorexia, es decir intentaremos caracterizar qué es la vigorexia masculina.

- ¿Se puede considerar la adicción al ejercicio físico como una de las nuevas adicciones de nuestra época, como a Internet o a las compras? Para ratificar esta premisa algunos autores incluso afirman que no se debería hablar de vigorexia (Remor, 2005)
- ¿Estamos ante un Trastorno Obsesivo Compulsivo, en el que el sujeto posee una obsesiva persecución hacia su belleza física, cuya compulsión es la propia actividad física?
- ¿Podríamos ubicarla dentro de los Trastornos Dimórficos Corporales (TDC), como un trastorno de tipo cognitivo en los que el sujeto percibe incorrectamente su propia imagen?
- ¿O deberíamos categorizarla como un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)?

En los siguientes apartados abordaremos el diagnóstico diferencial de la vigorexia respecto a cada uno de los trastornos señalados.

1.4.1.1. Adicción

Numerosos estudios relacionan los comportamientos de tipo vigorexico con las adicciones no químicas como juego, poder, dinero, trabajo, comida, sexo o deporte.

La práctica del ejercicio físico provoca la liberación de opiáceos endógenos, como la endorfina, generando una sensación de placer natural. Estudios han demostrado que este tipo de sustancias combaten el estrés y mejoran la inmunidad (Cortesi, 2005). Estas hormonas fisiológicas que ocasionan analgesia y una sensación de felicidad y relajación se liberan a la circulación cuando se alcanza el 76% de la frecuencia cardiaca máxima de entrenamiento. Este hecho tiene como fin contrarrestar el dolor o la sensación de cansancio extremo que el ejercicio físico y prolongado produce en el deportista. Todo esto sin sumarle los sentimientos negativos que experimentan los adictos al deporte cuando no pueden practicarlo, considerándolo como un sentimiento similar al de la abstinencia.

Quizás esta sea una de las explicaciones que nos lleve a pensar que se trata de una adicción al ejercicio físico, puesto que cuanto más ejercicio físico realizan, mayor es la cantidad de endorfinas que liberan a sangre, y por tanto, mejor se sienten.

Pero no solo existen aspectos similares entre Vigorexia y Adicción, ya que los vigoréxicos muestran diferencias con respecto a los adictos al deporte. El adicto a la práctica deportiva realiza ejercicio físico buscando disminuir ese estado previo desagradable (abstinencia), pero también consigue un estado interno agradable, por lo que se produce en este caso un reforzamiento positivo. Aspecto que no ocurre en el sujeto vigorexico ya que realmente no disfrutan haciendo ejercicio físico, sino que solo evita el malestar que le produce no hacerlo; esto significa que obtiene un reforzamiento negativo que le lleva a la realización de nuevo de esta conducta reiterada del ejercicio (ver Figura I.3).

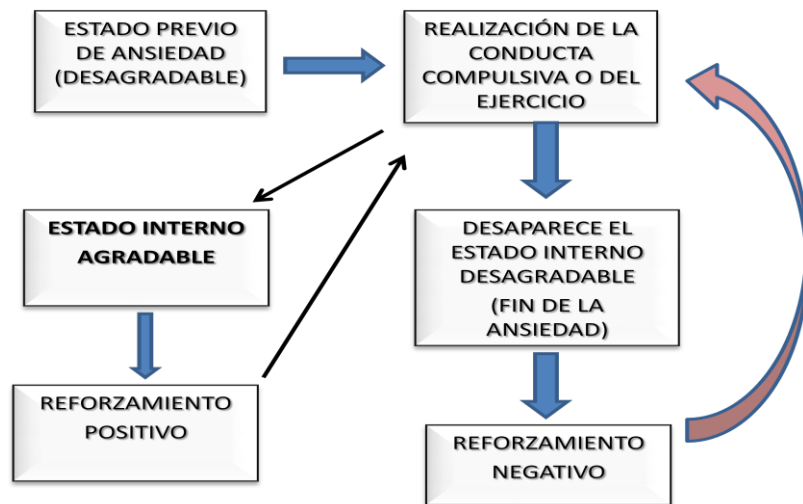


Figura I.3. Secuencia de una conducta de adicción al ejercicio, con reforzamientos negativo y positivo (estado interno agradable)

1.4.1.2. Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

El TOC se caracteriza por la aparición de pensamientos intrusivos y recurrentes y por conductas o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza con el objetivo de reducir su malestar o prevenir acontecimientos negativos (Andrés *et al.*, 2002). Por su parte, los sujetos vigorexicos muestran pensamientos recurrentes sobre su imagen, su escasa musculatura y sobre qué hacer para mejorarla, y se lanzan de forma “compulsiva” a realizar ejercicio físico para compensar ese “defecto” de su cuerpo (Baile, 2005).

Como se puede comprobar existen aspectos similares entre los TOC y la Vigorexia y no solo en lo referido a los pensamientos o conductas recurrentes; sino que ambos comparten también una sensación no placentera ante la realización de dicha conducta. Esto significa que se produce un efecto de reforzamiento negativo por lo terrible que sería (imaginariamente) no realizar dicha conducta. No obstante, también encontramos diferencias entre TOC y vigorexia, que se plasman en la siguiente tabla:

Tabla I.2. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y TOC

Vigorexia	TOC
Inicio en la adolescencia o la juventud	Inicio típico en la edad adulta
El pensamiento y la conducta pueden variar con tal de tender al fin deseado.	El pensamiento y la conducta son rígidos, estereotipados y poco flexibles
Capacidad para delegar, no se acumulan objetos, ni dinero, no hay estilo avaro.	Alteraciones por acumulación
No hay rituales sin objetivo	Incapacidad para delegar y estilo avaro
Los pensamientos se centran en el propio aspecto físico.	Hay rituales sin objetivo
	Los pensamientos se centran en la organización, el orden, la limpieza...

A pesar de las diferencias entre ambas, se ha establecido una vinculación entre los dos constructos estimándose que el 15% de los sujetos vigorexicos, sufre además un TOC (Frare, Peruggi, Ruffolo y Toni, 2004).

1.4.1.3. Trastorno Dismórfico Corporal (TDC)

Estos trastornos se caracterizan por una preocupación excesiva y patológica por un defecto imaginado del cuerpo o la apariencia, o si realmente existe, por una reacción excesiva hacia él. La vigorexia en este caso, si ha sido propuesta como una variable del TDC, ya que los sujetos manifiestan como síntoma central ver su cuerpo pequeño y débil (Lantz, Rhea y Cornelius, 2002). Esta manifestación afecta a la vida del individuo ocasionando malestar y alterando sus relaciones sociales, laborales, familiares, etc.

En la revisión de la cuarta edición del manual de diagnóstico DSM IV-R (2002); y con respecto a los criterios diagnósticos del TDC, aparecen como síntomas y trastornos asociados, los problemas con la visión de la masa muscular que padecen ciertos deportistas, hecho que no aparecía en revisiones anteriores, y que nos conduce a la hipótesis de que la vigorexia pueda ser diagnosticada como un TDC.

A veces se habla de trastorno dismórfico muscular (TDM) como un subtipo de TDC, el cual podríamos considerarlo como sinónimo de vigorexia, por lo que se podría concluir afirmando que la vigorexia es un TDC y más concretamente, un TDM.

1.4.1.4. Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

Es cierto que la vigorexia se ha propuesto en ocasiones como un TCA, pues comparten la preocupación desmedida por su aspecto físico, la distorsión del esquema corporal, la obsesión por pesar los alimentos, el interés por las comidas, calorías y composición de lo que se ingiere, la autoobservación, pesarse varias veces al día, la supresión de grasas y otros. (De la Serna, 2004). Sin embargo no se ha comprobado que los sujetos vigorexicos tengan una conducta alimentaria patológica, y ningún autor a considerado este hecho como elemento definitorio.

Es cierto, que los sujetos vigorexicos tienden a una restricción alimentaria y al uso de fármacos (como suplementos proteicos y abuso de esteroides anabolizantes) para incrementar su masa muscular. Este hecho nos lleva a la existencia de todo un mundo de productos alimenticios, complejos vitamínicos, sustancias orgánicas y sintéticas, denominadas también ergogénicas, o que ayudan a crecer, que rodean el mundo de los gimnasios.

Entre los tipos de productos que estas personas ingieren cabe destacar:

- **Suplementos alimentarios** compuestos en mayor medida por proteínas extraídas del suero de la leche o del huevo (en ocasiones, hasta el 90% de concentración) en presentación de polvo, barritas o batidos.
- **Complejos vitamínicos** a veces acompañados con minerales y electrolitos.
- Sustancias existentes en el propio organismo como la **carnitina o la creatina**, que favorece el aumento del volumen muscular y/o hacen aprovechar al máximo la energía muscular.
- **Esteroides anabolizantes** derivados de la testosterona principalmente. Son productos farmacológicos utilizados para aumentar la masa muscular y perder grasa así como mejorar el rendimiento deportivo de personas deportistas. Los esteroides anabolizantes inducen un incremento del tejido muscular por hipertrofia y formación de nuevas fibras musculares. Esto provoca aumentos de fuerza de entre el 5 y el 20%, y un aumento ponderal de 2-5 kg atribuido a peso magro.

En 1930 se sintetizó por primera vez la testosterona, en 1940 se introdujo en la práctica deportiva y en 1975 fue prohibido su uso no medico.

- **Hormona del crecimiento humano (STH).**
- **Diuréticos**, a fin de deshidratar el cuerpo, produciendo mayor definición muscular, disminución de volumen y peso.

- Hormonas peptídicas como la **insulina** para aumentar el tamaño del músculo y mejorar la fuerza.
- **Estimulantes** como la efedrina, la cafeína o la teína.

Obviamente, la ingesta de estos productos acarrea unos efectos negativos para la propia salud del deportista.

I.5. CONSECUENCIAS DE LA VIGOREXIA

Las consecuencias de la vigorexia tienen un carácter multidimensional, en tanto que se ven afectados todos los ámbitos de la persona (físico, biológico, psicológico, social). Las más significativas provienen del consumo de esteroides y anabolizantes debido a los importantes trastornos metabólicos que originan. A pesar de los efectos secundarios de las drogas, los afectados de vigorexia suelen aceptarlos como un mal menor, un precio que hay que pagar y que deben asumir con tal de conseguir su objetivo (Morgan, 2000; Baile, 2005).

Entre las consecuencias más sustanciales se identifican las siguientes (Pérez et al., 2007):

- Desproporción en las partes corporales (cabeza-cuello), como un cuerpo muy voluminoso con respecto a la cabeza.
- Deterioro del **sistema osteo-articular** y sus componentes de unión ligamentos, tendones, músculos debido a la sobrecarga de pesos en el gimnasio acarreado frecuentemente numerosas lesiones como desgarros, esguinces y dolores permanentes.
- El abuso de esteroides conlleva efectos adversos en el **hígado** (hematomas, adenomas, y adenocarcinomas), la disminución del colesterol HDL y el aumento de lipoproteínas de baja intensidad. También se han descrito casos de tumores hepáticos o colestasis. (Hernández Viadel y Guillem Miralles, 2005)

En el sistema hormonal

- En varones pueden producir disminución de esperma, atrofia testicular e infertilidad. Los esteroides androgénicos (Testosterona, Oximetolona, etc.), después de un tiempo de administración, sufren un proceso de "aromatización", mediante el cual se convierten en estrógenos (hormonas femeninas). Al aparecer estos estrógenos en el organismo puede producirse la ginecomastia, que es una hipertrofia del tejido mamario, es decir, que en el hombre se produce una inflamación o tumefacción del pecho, muchas veces acompañada de dolor, la forma de prevenirla y tratarla sería con antiestrogénicos. También puede ocasionar aumento del tamaño de la próstata; caída prematura del pelo, e impotencia. Inicialmente puede aumentar el interés sexual, la frecuencia y

duración de las erecciones, (testosterona) pero con el tiempo y una vez finalizado el ciclo cesan las erecciones y disminuye el deseo sexual.

- En mujeres, los esteroides anabolizantes producen masculinización; crecimiento del vello facial; cambios o cese del ciclo menstrual; aumento del tamaño del clítoris, y cambios de la voz, que se vuelve más grave.
- Cuando los adolescentes abusan de los anabolizantes, aparece un cambio acelerado de la pubertad y una estatura más corta por cese precoz del crecimiento óseo, debido a una madurez esquelética prematura.
- En el **ámbito cardiovascular**, el abuso de esteroides propicia retención hídrica, hipertensión arterial, incremento de los valores de colesterol y enfermedades cardiovasculares, incluyendo cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares, incluso en atletas jóvenes, menores de 30 años.
- También se presentan cambios en la **piel**, como acné, quistes, **pelo** graso. El acné es un efecto secundario frecuente. Puede empeorar el acné preexistente o aparecer por primera vez en una persona tras la toma de esteroides.
- Las técnicas de inyección no estéril o contaminada, preparados de esteroides manufacturados ilegalmente bajo condiciones no estériles, tienen riesgo de presentar hepatitis B o C o VIH.
- El aumento de endorfinas influye en el **estado anímico** produciendo bienestar, y una mayor tolerancia al dolor, pero a su vez propician sensaciones opuestas al dejar de hacer ejercicio continuo como depresión, ansiedad.
- Aparición de desequilibrios a nivel de neurotransmisores del **Sistema Nervioso Central**, tales como temblor o palpitaciones cardíacas.
- Todo esto sin mencionar el deterioro en el **ámbito sociocultural**, pues se producen problemas en las relaciones interpersonales, aislamiento y enajenación al dedicar tanto tiempo en el gimnasio.

I.6. COMORBILIDAD

En este apartado pretendemos considerar un término médico, empleado por primera vez Fenstein en 1970, el cual hace referencia a la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **comorbilidad** como “*la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico*” (OMS, 1995). En otras palabras, la comorbilidad en este contexto se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo problemático de sustancias. Es por ello considerado de vital importancia para el estudio y desarrollo de este trabajo identificar y exponer las investigaciones que han analizado esta “pluripatología” o “diagnóstico dual” relacionando la patología de estudio (vigorexia) con la aparición o presencia de otras diferentes.

De nuevo es el psiquiatra Pope et al. (2000), en uno de sus trabajos sobre vigorexia, compararon culturistas con y sin vigorexia, proporcionando las siguientes conclusiones:

- Los sujetos vigoréticos presentaban importantes síntomas obsesivos, por ejemplo, el 50% señalaba dedicar más de tres horas diarias pensando en sus músculos.
- El 58% de los culturistas con vigorexia indicaban moderada o severa evitación de actividades, lugares o personas porque realmente creían tener un cuerpo defectuoso.
- El 54% de los vigoréticos mostraba poco o nada de control sobre su necesidad compulsiva de hacer levantamiento de pesas o mantener regímenes alimentarios.
- El 58% de los vigoréticos en comparación con el 20% de los culturistas no vigoréticos referían haber padecido algún tipo de alteración depresiva.
- En cuanto a desórdenes de ansiedad, el 3% de los culturistas no vigoréticos informaban de haberlos padecido frente al 29% de los vigoréticos.
- Igualmente el 29% de los vigoréticos informaba de haber padecido anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o atracones frente a ninguno de los culturistas no vigoréticos.

- El 46% de los vigorexícos informaban del uso de esteroides anabolizantes, frente al 7% de culturistas no enfermos de vigorexia.
- Los sujetos con vigorexia mostraron mayor alteración de la imagen corporal, es decir, mayor insatisfacción corporal que los sujetos no vigorexícos (46% frente al 10%).
- También se observó mayor riesgo de sufrir un TCA en los sujetos con vigorexia que en los sujetos que no la tenían, en un test específico para medir este riesgo (EDI) los sujetos vigorexícos puntuaban de media más del doble que los sujetos no vigorexícos.

Ampliando los datos obtenidos de Pope *et al.* (2000), se han encontrado investigaciones que ratifican que los varones que padecen este trastorno, referían tener relaciones menos satisfactorias con las madres durante la infancia (29%), y manifestaban la existencia de violencia doméstica e incluso violencia entre madre e hijo (33%). (Pope *et al.*, 1997; Olivardia *et al.*, 2000; Mangweth *et al.*, 2001). La vigorexia, como ya se ha dicho, está considerada como un TDC¹ y también podría enmarcarse dentro del cuadro de Trastorno Obsesivos-Compulsivos, debido a las conductas de verificación que sufren las personas que padecen dicho trastorno (Cheng, 2001), asimismo se asocia con personas que tienen un bajo autoconcepto, problemas de identidad, depresión y que abusan de sustancias (Blouin y Goldfield, 1995; Olivardia, 2002; McCreary, 2000) además tienen falta de deseo sexual (Mangweth *et al.*, 2001). Este hecho se atribuye a un estrechamiento del foco de atención en: dietas, entrenamientos, descanso, no gastar energía, sumados a bajos niveles de grasa corporal.

El abuso de esteroides se relaciona directamente con personas que realizan entrenamientos de musculación en gimnasios, de hecho inicialmente se pensó que la vigorexia sólo se desarrollaba en personas que consumían estas sustancias. (Pope y Katz, 1994; Ung, Fones y Ang, 2000; Pope, Gruber, Mangweth, Bureau, de Col, Jouvent y Hudson, 2000). En este sentido, el 100% de los sujetos con las características de vigorexia informaban haber abusado de ellos (Pope y Katz, 1994), aunque posteriormente el dato se rebaja al 40% y en el caso de las mujeres, este porcentaje se situaría en torno al 38% de ellas (Kouri, Pope y Katz 1995). Los esteroides anabolizantes, denominados por Kanayama como “drogas de la imagen corporal” se asocian a alta comorbilidad (Kanayama *et al.*, 2001).

De igual forma, los trastornos obsesivos compulsivos, que se asocian a la vigorexia (Phillips, McElroy, Hudson y Pope, 1995), se han visto en porcentajes que

¹ Trastorno Dismórfico Corporal.

varían desde el 28% al 60% en varones y el 3% en mujeres que practican fisioculturismo (Kouri, Pope y Katz, 1995).

Otros trastornos psicopatológicos que se han manifestado en los sujetos con vigorexia, se relacionan con las alteraciones en el estado de ánimo a lo largo de la vida, como es el caso de los trastornos bipolares (20%).

En resumen, los trabajos revisados que estudian la comorbilidad de la vigorexia, apuntan a que podría relacionarse con las siguientes alteraciones o trastornos:

- Tendencias obsesivas.
- Comportamientos compulsivos.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos por ansiedad.
- Abuso de sustancias (por ejemplo esteroides anabólicos).
- Alteración de la imagen corporal, insatisfacción corporal.
- Autoconcepto negativo.
- Riesgo de sufrir TCA.
- Trastornos bipolares.

I.7. TRATAMIENTO

El hecho de que pocos pacientes soliciten tratamiento y que la vigorexia aún sea una entidad infradiagnosticada dificulta la práctica de estudios de tratamiento y evolución, aunque la literatura científica revisada apunta a que se deben tratar diferentes ámbitos como la farmacoterapia, la psicología y un tratamiento dietético a cargo de expertos en nutrición humana para regular de nuevo su alimentación.

Dicho de otra manera, el objetivo prioritario en el tratamiento de la vigorexia es en gran medida cambiar la visión que la persona tiene sobre su cuerpo, y modificar la conducta y la perspectiva que tiene sobre el mismo, pero siempre supervisado por profesionales de cada una de las disciplinas que se interrelacionan, las cuales hemos mencionado anteriormente y detallamos a continuación:

I.7.1. Tratamiento farmacológico

Aún no podemos ratificar la existencia de pautas farmacológicas contrastadas para la vigorexia. Aun así, y entre los trabajos que se han revisado, hemos encontrado evidencias eficaces en algunos tratamientos, la mayoría de ellos, por la cercanía del trastorno a la obsesión-compulsión.

En este sentido los fármacos que se han visto útiles son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), una clase de antidepresivos utilizados en el tratamiento de la depresión, trastorno por ansiedad y algunos trastornos de la personalidad (como la variable de nuestro estudio) y ayudarían a controlar, sobre todo, los síntomas obsesivo-compulsivos de la vigorexia.

Un ejemplo de ellos fue un estudio realizado con 130 pacientes con TDC, en el que el 42% de los pacientes presentó una considerable mejoría, siendo un porcentaje sensiblemente superior al de otros fármacos (Philips, 1996).

En cuanto a las sustancias utilizadas en el tratamiento del TDC, los investigadores se han decantado por la fluvoxamina y la clomipramina, inhibidor no selectivo. En un estudio, la clomipramina consiguió que respondieran un 65-70 % de los pacientes con una reducción de los síntomas dismorfofóbicos (Alonso, 2002).

Los efectos positivos que se han señalado tras el tratamiento farmacológico son:

- Mayor conciencia de la enfermedad.
- Disminución de la ansiedad.
- Reducción de las ideas obsesivas.
- Disminución de rituales, mayor resistencia a comportamientos repetitivos.
- Mejoría de las relaciones sociales y laborales.

Otros autores (Irene Martí) ratifican los resultados optimistas que se han obtenido en diversos estudios con ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina y fluvoxamina), lo que nos hace concluir afirmando que dicho tratamiento es eficaz para la vigorexia, y más en concreto, para el aspecto obsesivo compulsivo del que se caracteriza la patología en cuestión.

I.7.2. Tratamiento psicológico

El objetivo de la terapia cognitivo-conductual en el caso de la vigorexia, es que el sujeto cambie la forma de relacionarse con su cuerpo, de tal forma que supere su preocupación patológica que le hace ver un defecto general en su cuerpo, que es la falta de musculación y le hace tener pensamientos, sentimientos y comportamientos incompatibles con una vida sana, sustituyendo las conductas negativas por conductas sanas a nivel personal y social (Baile, 2005).

Siguiendo las recomendaciones de Raich (2000), una terapia cognitivo conductual aplicada al ámbito de la imagen corporal incluiría las siguientes fases:

- *Primera fase: informativa-formativa.*

El objetivo de esta fase es proporcionar al sujeto información y formación sobre la imagen corporal, como se forma, como nos relacionamos con nuestro cuerpo, cuales son las limitaciones fisiológicas, etc. Se le pide al sujeto que comience a registrar sus pensamientos, sentimientos y conductas sobre su apariencia en diferentes situaciones de su vida.

- *Segunda fase: ajustar la auto-perfección.*

Se busca que el sujeto adquiriera una visión realista de su cuerpo y para ello se pueden utilizar técnicas de auto-observación y comparación social con otras personas, medidas de auto-ajuste perceptivo, etc.

- *Tercera fase: pensamientos sobre el cuerpo.*

El objetivo es la identificación de creencias y pensamientos que se tiene sobre la propia imagen y comprobar hasta qué punto son irreales y perjudiciales. Se trabaja con reestructuración cognitiva.

- *Cuarta fase: Sentimientos sobre el cuerpo.*

Deben sacarse a la luz los sentimientos negativos que provocan la percepción o pensamiento sobre el cuerpo o sobre el defecto en cuestión, en nuestro caso la falta muscular. Se trabaja con desensibilización sistemática.

- *Quinta fase: Comportamientos referentes al cuerpo.*

El objetivo es identificar qué conducta relacionada con el cuerpo y el defecto imaginado se desvía de la normalidad. Por ejemplo la conducta de evitación de situaciones sociales para que la gente no vea lo poco musculoso que es o practicar deporte de forma compulsiva para conseguir que su defecto desaparezca. Después de identificarlas las técnicas de cambio pueden ser contratos conductuales, preparación para la exposición, economía de fichas, etc.

- *Sexta fase: prevención de recaídas.*

Entrenar al sujeto en como identificar situaciones de riesgo y como poner en práctica las estrategias aprendidas en la terapia.

Dentro de este tratamiento psicológico es necesario hacer mención a el entorno afectivo del afectado que cumple una función muy importante en su recuperación, al brindarle apoyo cuando intentan disminuir su programa de ejercicios a rutinas más razonables. Es necesario disminuir el entusiasmo y la ansiedad por la práctica deportiva intensa logrando que se interesen por otras actividades menos nocivas para su cuerpo. El hecho de desear la imagen corporal ideal no implica necesariamente que la persona padezca algún trastorno psicológico, pero siempre debe estarse muy atento ya que las probabilidades de que sí aparezca son mayores en estas personas.

I.7.3. Tratamiento dietético

Analizar y reeducar la dieta inadecuada llevada a cabo por este tipo de sujetos, es otro ámbito que debe estar presente en el tratamiento interdisciplinar que estamos presentando, pues la dieta excesiva en cantidad o fundamentada exclusivamente en productos artificiales, es un aspecto que conlleva múltiples complicaciones de salud.

CAPÍTULO II: AUTOCONCEPTO

CAPÍTULO II. AUTOCONCEPTO

El capítulo que se presenta a continuación tiene por objeto el estudio del autoconcepto, es por ello que abarcamos desde el origen de su estudio, presentando una síntesis histórica y amplia conceptualización, debido a las diferentes dimensiones que lo conforman, hasta el desarrollo del mismo a lo largo del ciclo vital, para, una vez expuesto esto, poder abordar el apartado de autoconcepto físico ya que es éste el que más nos interesa en el desarrollo de nuestra investigación. Dicho apartado recoge diversos aspectos del constructo “autoconcepto físico”, tales como instrumentos de medida del mismo, o su trayectoria evolutiva, presentando en último lugar una interesante relación entre autoconcepto físico y actividad física.

II.1. CONCEPTO. BREVE SÍNTESIS HISTÓRICA

El autoconcepto es uno de los constructos que ha suscitado mayor interés entre los científicos de diferentes disciplinas, que lo consideran como un indicador de bienestar psicológico y un mediador en la conducta (Greenwald y Pratkanis, 1984; Markus y Wurf, 1987), y por otros autores (Núñez *et al.*, 1994) como una de las variables centrales del ámbito de la personalidad.

A lo largo del capítulo pretendemos realizar una aproximación histórica y teórica del mismo, así como presentar sus principales dimensiones y manifestaciones.

II.1.1.Revisión histórica

Hablar del origen del autoconcepto es hacer referencia a la teoría del Interaccionismo Simbólico, desarrollada principalmente a partir de las obras de James (*The Principles of Psychology*, 1890), y posteriormente Cooley (1902, 1909) y Mead (1934, 1938) que presentaremos a continuación. Dicha teoría defiende la idea de que los seres humanos somos capaces de pensar, razonar, reflexionar y crear por medio de la reflexión introspectiva una definición del *self* considerándose éste como un proceso de concienciación y definición del propio "sí mismo". En palabras del mismo James, "*El autoconcepto del hombre es la suma de todo aquello que puede llamar suyo -espiritual, material, social-*" (James, 1890).

La principal contribución que James aportó al estudio del *self* fue la diferenciación entre el Yo y el Mi, el *self* como sujeto y el *self* como objeto. Para el autor, el Yo es el conocedor, el pensamiento evaluativo, o el agente activo responsable de la construcción del Mi; mientras que el Mi es lo conocido, la persona empírica, el conjunto de cosas objetivamente conocidas sobre uno mismo. La obra de este autor constituye el punto de partida del Interaccionismo Simbólico, en concreto, su *self* social anticipaba la importancia de la evaluación de los otros, lo cual era un aspecto importante en los planteamientos de los interaccionistas simbólicos. Esta escuela de pensadores postula que existe una fusión (interacción) entre el hombre y la sociedad, por lo que no es posible el análisis de lo individual sin tener en cuenta lo social (Cooley, 1902). De este modo, estudiosos como Cooley (1902), Mead (1925, 1934) y Baldwin (1895) consideraron que el *self* era primordialmente una construcción social, elaborado a partir de los intercambios lingüísticos (interacciones simbólicas) con los demás.

Posteriormente Cooley (1902) desarrolló su noción de autoconcepto a partir de la metáfora del espejo (*the looking glass self*). Según este autor, la percepción que uno tiene sobre sí mismo la determina las reacciones de los demás hacia él; por tanto, los otros significativos constituyen el espejo social en el cual el individuo se mira para detectar sus opiniones hacia él. La percepción de estas opiniones es la principal fuente de información para la formación del autoconcepto. Cooley considera que, en la formación del autoconcepto confluyen tres elementos principales: 1) la idea que nosotros nos formamos sobre cómo es nuestra apariencia para la otra persona, 2) la idea que nosotros nos formamos sobre la valoración que hacen los demás de nuestra propia apariencia, y 3) el sentimiento resultante sobre nosotros mismos (Cooley, 1902). De esta forma, si la persona considera que los demás han realizado una valoración positiva sobre su propia apariencia sentirá satisfacción personal, mientras que si por el contrario cree que ha sido juzgado negativamente, su sentimiento será de humillación o insatisfacción.

De igual modo, también debemos destacar a Mead, que amplía el *self* social de James y desarrolla las ideas de Cooley. Como James, encuentra la esencia del *self* en la distinción entre el Yo y el Mi, y lo mismo que Cooley, considera el *self* como un fenómeno social. Su principal aportación consiste en demostrar que la mente y el *self* son el resultado de un proceso social y que el lenguaje, en forma de gesto vocal, es el que posibilita el mecanismo para su emergencia. El gesto vocal “...incide sobre un individuo en la misma forma en que incide sobre otro” (Mead, 1922, p. 160), por tanto, puede transportar gran cantidad de significados compartidos.

Las aportaciones de estos grandes teóricos del autoconcepto han permanecido vigentes hasta la actualidad y constituyen el marco conceptual de otras cuestiones más contemporáneas del *self*. Sin embargo, la llegada del conductismo en la segunda década del siglo XX supuso una interrupción en el estudio de la autoestima. Este dogma rígido colocó el estudio del autoconcepto bajo una considerable opresión lo que supuso el abandono momentáneo del interés por esta temática. De este modo, las contribuciones de estos teóricos quedaron en el olvido, salvo por parte de algunos estudiosos que, desde el área de la sociología (Albion Small), estaban interesados por los cursos que Mead impartía (Farr, 1987).

**Años sesenta. Modelo unidimensional.*

Durante la primera mitad del siglo XX, se produjeron intermitencias en el interés por el estudio del autoconcepto y posteriormente en los años sesenta, los modelos explicativos existentes sobre el autoconcepto asumieron una naturaleza unidimensional, en los que se consideraba que el autoconcepto era un constructo unitario y sugerían que existía un único factor general y estaba compuesto por diferentes áreas de experiencia. Durante decenios ha predominado una concepción unidimensional y global del mismo. Aparecieron instrumentos como el *Coopersmith Self- Esteem Inventory* (Coopersmith, 1967) o el *Rosenberg Self-esteem Scale* (Rosenberg, 1965), en los que se recogía esa única dimensión.

**Años setenta. Modelo multidimensional.*

Es a finales de la década de los setenta cuando se produce un importante cambio hacia una nueva perspectiva teórica del constructo con una consecuente forma de entenderlo al ser supliada la visión unidimensional anteriormente expuesta por una concepción jerárquica y multidimensional del mismo.

Entre los modelos más representativos, destaca el propuesto por Shavelson, Hubner y Stanton (1976) reafirmado en diversas investigaciones (Harter, 1982, 1986; Marsh y Hattie, 1996; Marsh, 1986) en los que se sugiere la diversidad de dimensiones del autoconcepto, de tal forma que el autoconcepto global vendría a ser el resultado de un conjunto de percepciones parciales del propio yo (multidimensionalidad), que se estructuran en una organización jerárquica: el autoconcepto general se compondría del autoconcepto académico y del no académico y este último, a su vez, incluiría tanto el autoconcepto social como el personal y el físico, cada uno de los cuales se dividiría a su vez en subdominios, facetas, componentes o dimensiones de mayor especificidad (Ver figura II.1).

De acuerdo con este modelo las personas tenemos una autoevaluación global de uno mismo, pero, al mismo tiempo, también tenemos diferentes autoevaluaciones específicas, también se puede afirmar que dicha naturaleza multidimensional del autoconcepto da pie a que la gente pueda lograr unos autoconceptos globales satisfactorios por vías bien distintas. Por ejemplo, aquellos que no poseen niveles de competencia adecuados en determinados ámbitos podrán complementarlos o suplirlos

desde otros subdominios; de ahí que la educación física, por ejemplo, pueda ser una vía válida para mejorar la autoestima de algunos individuos (González, 2005).

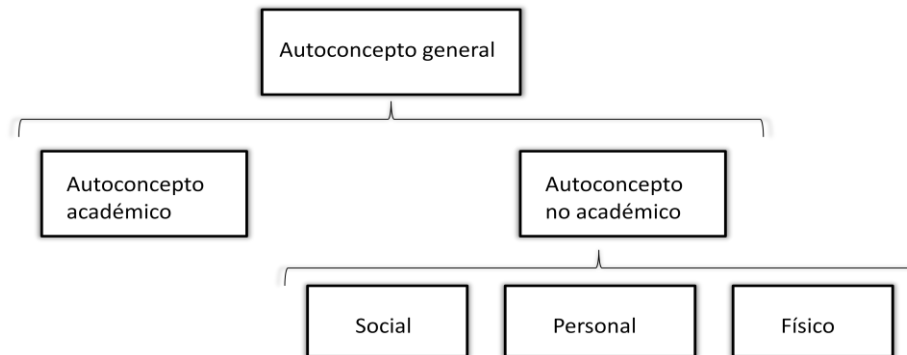


Figura II.1: Estructura del autoconcepto general. Elaboración propia tomada de Shavelson, Hubner y Stanton (1976)

Para los mismos autores, el constructo presenta siete características básicas:

En primer lugar, lo consideran una estructura *organizada*; en segundo lo presentan con un carácter *multidimensional*, debido a que tiene dimensiones patentemente diferenciadas. En tercer lugar es considerado *jerárquico*, en el cual las percepciones de la conducta personal se sitúan en la base de dicha jerarquía, las deducciones sobre uno mismo como el dominio social, físico o académico ocupan la parte media, y el autoconcepto general y global ocupa la parte superior de dicha jerarquía. En cuarto lugar, señalan que el autoconcepto global presente en la parte alta de la jerarquía es *estable*, pero a medida que se desciende en dicha jerarquía, el autoconcepto adquiere un carácter más específico y dependiente de las situaciones, y por lo tanto menos estable.

Dicho autoconcepto presentado por los autores, indican en quinto lugar que el mismo aumenta su *multidimensionalidad con la edad*, es decir, los bebés no diferencian entre ellos mismos y su entorno, sin embargo los niños presentan un autoconcepto global, no diferenciado, y específico de cada situación, al aumentar la edad del niño desarrolla de forma progresiva un autoconcepto más diferenciado, integrado por diferentes dimensiones con una estructura jerárquica. En sexto lugar, el autoconcepto presenta tanto aspectos *descriptivos* como aspectos *evaluativos*, como es el ejemplo de la autoestima. Y en último lugar, el autoconcepto presentado por los autores representa

un *constructo* con entidad propia puesto que podría ser claramente diferenciado de otros constructos con los cuales está teóricamente relacionado.

II.1.2. Concepto

En la actualidad se acepta la concepción jerárquica y multidimensional presentada, sin embargo, y tras realizar dicha revisión, resulta importante responder a la siguiente pregunta, ¿Qué es el autoconcepto? A continuación veremos las definiciones más significativas presentadas por diferentes autores:

Shavelson, Hubner y Stanton (1976), lo definen como las percepciones del individuo sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él hace de su propia conducta. Epstein (1981) lo define como el conjunto de representaciones mentales y conceptos (juicio descriptivo) que el individuo tiene acerca de sí mismo, que engloban sus distintos aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales. En 1990, Harter siguiendo la línea de sus antecesores, señala que el autoconcepto se refiere a las percepciones que tiene el individuo sobre sí mismo. García y Musitu (1999) amplían la definición propuesta por Harter definiéndolo como el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual. Otros autores más actuales como Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2004), dan otra orientación al autoconcepto proponiéndolo como el grado de satisfacción con uno mismo y con la vida en general.

II.2. DESARROLLO Y MODIFICABILIDAD DEL AUTOCONCEPTO

Como se ha comprobado en el apartado anterior, una de las conjeturas más importantes de la nueva noción del autoconcepto es su tendencia a la estabilidad, que no implica necesariamente entenderlo como inmutable sino como resistente al cambio. No obstante se entiende que no todas las dimensiones que lo conforman tienen el mismo grado de estabilidad, siendo menor cuanto más baja sea su posición en la jerarquía (Webster y Sobieszet, 1974). De esta manera el autoconcepto general es más firme y estable y las dimensiones de cada dominio resultan más influidas por las experiencias concretas, más flexibles y más propensas a la modificabilidad.

La estabilidad del autoconcepto no se contrapone con el hecho de que éste cambia en el proceso del desarrollo; esto abre perspectivas a la intervención educativa, reclamando incidir ante todo en los aspectos más específicos del autoconcepto. Uno de los principales factores que modula la estabilidad del autoconcepto es la edad.

La importancia que tienen las edades tempranas para la consolidación del autoconcepto es crucial para el desarrollo de una vida futura y ha sido objeto de muchas investigaciones. Dichas investigaciones presentan la evolución del autoconcepto desde autodescripciones muy concretas, sobre el exterior conductual y social de uno en la niñez, hasta descripciones del *self* más abstractas, que describen el interior psicológico, en la adolescencia (Damon y Hart, 1982; Douvan y Adelson, 1966; Harter, 1983; Rosenberg, 1979, 1986).

En esta línea destacan los trabajos de Epstein, 1973, 1981; Greenwald, 1980; Markus, 1980, los cuales defienden la idea de que el autoconcepto es una construcción cognitiva y, por tanto, su evolución podría explicarse a partir de los cambios cognitivos que se producen con la edad. Esta postura se explicitaría a partir de la teoría de Piaget (Harter, 1983) argumentando así que los niños de 3 y 4 años describan el *self* en términos de características concretas y observables (atributos físicos, posesiones materiales, conductas) de acuerdo así a las habilidades y limitaciones cognitivas del periodo preoperacional de Piaget.

Las descripciones presentadas por los estudios realizados entre los 5 y los 11 años, requerirían el tipo de destrezas de organización jerárquica que emergen durante el periodo de las operaciones concretas. Y las definiciones del *self* más abstractas, basadas

en procesos psicológicos, tales como los propios pensamientos, emociones, actitudes y motivos, que surgen en la adolescencia, eran consistentes con el periodo de las operaciones formales de Piaget. Sin embargo, la tesis piagetana ha sido cuestionada bajo el argumento de que no se pueden obviar las diferencias individuales y los factores contextuales como la educación, la socialización o la cultura, que pueden influir sobre el desarrollo cognitivo (Case, 1985, 1992; Feldman, 1994; Fischer, 1980; Fischer y Canfield, 1986; Flavell, 1985; Flavell, Miller y Miller, 1993; Pascual-Leone, 1988; Siegler, 1991). A pesar de estas limitaciones la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget ha hecho avanzar el campo de la psicología, destacando los aspectos comunes fundamentales del desarrollo intelectual que afectan a todos los niños de todas las culturas, con independencia de su origen o ambiente (Gardner *et al.*, 2000)

En la actualidad, como consecuencia de esta crítica se defiende que en el desarrollo del autoconcepto intervienen tanto procesos cognitivos como sociales. El desarrollo cognitivo del individuo proporcionará las bases de los cambios normativos que suceden en las autopercepciones con la edad. Estos cambios van acompañados de procesos sociales tales como la comparación con otros, la variación en la cantidad de contextos en los que se desenvuelve el sujeto, las expectativas cambiantes del entorno, en definitiva, cambios que van a influir sobre el contenido y la evaluación de las autopercepciones (Harter, 1999). Por tanto, las teorías psicológicas actuales relativas al autoconcepto coinciden en que es una construcción propia del individuo, que se forma mediante la interacción de éste con su entorno y de las experiencias positivas y negativas que internaliza en sus dimensiones: física, afectiva, intelectual y social.

A continuación presentamos las características más importantes del contenido del autoconcepto en cada una de las etapas de la infancia presentadas por Susan Harter (1999): infancia temprana, media y tardía, así como el contenido del mismo en la adolescencia.

II.2.1. Autoconcepto en la infancia

II.2.1.1. Infancia temprana (3- 4 años):

- Autodescripciones referentes a aspectos muy concretos de su conducta, habilidades, posesiones y preferencias (Damon y Hart, 1988).

- Autodescripciones muy diferenciadas o aisladas unas de otras, ya que no poseen la habilidad de integrarlas (Fischer, 1980).
- Autodescripciones irrealmente positivas, puesto que todavía no han adquirido las destrezas necesarias (la comparación social) para distinguir entre autoconceptos reales e ideales (Frey y Ruble, 1985).
- Son incapaces de reconocer que pueden manifestar emociones opuestas, como simpático y mezquino, o feliz y triste (Carroll y Steward, 1984; Donaldson y Westerman, 1986; Fischer y Ayoub, 1994; Fischer, Hand, Watson, Van Parys y Tucker, 1984; Gnepp, McKee, y Domanic, 1987; Harris, 1983; Harter y Buddin, 1987; Reissland, 1985; Selman, 1980).
- La mayoría de sus descripciones son positivas, a menos que existan experiencias vitales muy negativas llevándolos a construir atributos vistos todos como negativos.
- Incapacidad para crear un concepto de autovalía global o autoestima, aunque en su conducta puedan observarse manifestaciones de autoestima positiva o negativa (Haltiwanger, 1989; Harter, 1990).

II.2.1.2. Infancia media (5- 7 años):

- Las autodescripciones continúan siendo normalmente muy positivas y se siguen sobrestimando las habilidades.
- Permanece el pensamiento todo o nada y las diferentes valencias de los atributos son vistas como opuestos (Harter y Buddin, 1987)
- Aún no tiene la habilidad para desarrollar un concepto global de su valía como persona.
- Se producen avances cognitivos que permiten relacionar, todavía de forma rudimentaria, conceptos que previamente estuvieron diferenciados. Por ejemplo, pueden formar una categoría que combine varias de sus competencias, como ser bueno corriendo, saltando y en la escuela.
- Empiezan a apreciar el hecho de que el *self* está siendo evaluado por los otros, aunque todavía no pueden internalizar esas evaluaciones.

- Empiezan a comparar los atributos actuales del *self* con los atributos anteriores; y dado el rápido desarrollo de destrezas en estos años, tales comparaciones contribuyen a las autodescripciones tan positivas que normalmente tienen lugar en estas edades.
- Aún no son capaces de utilizar la comparación social para evaluar sus habilidades, lo cual contribuye más aun a la presencia de descripciones positivas (Harter, 1999).

II.2.1.3. Infancia tardía (8- 11 años):

- Importantes avances cognitivos que influyen sobre la naturaleza de las autodescripciones.
- Se describe el *self* en términos de etiquetas rasgo como por ejemplo “inteligente” que representan generalizaciones de orden superior, basadas en la integración de características conductuales más específicas. Un ejemplo de ello es el éxito académico en lenguaje, arte, y ciencias sociales (Fischer, 1980; Siegler, 1991).
- Se construye una evaluación más global del *self* como persona, es decir, les permite formular una representación de su autovalía global (Harter, 1990).
- Habilidad de coordinar autodescripciones que estuvieron previamente diferenciadas o consideradas como opuestos (inteligente y estúpido). Así pues, los niños pueden reconocer que poseen simultáneamente atributos tanto positivos como negativos. Estos procesos también se aplican a las etiquetas de las emociones (feliz y triste), ya que pueden experimentar simultáneamente afectos de valencias opuestas (Case, 1985, 1992; Fischer, 1980; Siegler, 1991).
- Las habilidades cognitivas que facilitan la toma de perspectiva permiten al niño apreciar las opiniones que los otros sostienen hacia el *self* y estas opiniones llegan a ser internalizadas.
- En esta etapa tienen lugar los procesos requeridos por el interaccionismo simbólico para la formación del autoconcepto.

II.2.2. Autoconcepto en la adolescencia temprana

El contenido de las autodescripciones en la adolescencia temprana está formado por los atributos que favorecen las relaciones interpersonales y las destrezas sociales

que influyen en las interacciones con los otros o en su atractivo social. Además, también incluye competencias tales como las habilidades académicas, por ejemplo ser inteligente, así como sus efectos: estar contento, estar triste (Damon y Hart, 1988).

La organización de dichas autodescripciones está marcada por los procesos de diferenciación y de integración del autoconcepto.

Con la edad, la estructura del *self* llega a ser cada vez más diferenciada (Harter, 1988), esto es lo que se entiende por diferenciación del autoconcepto, así, durante la adolescencia temprana tiene lugar la construcción de distintos sí mismos (*selves*) que varían en función del contexto social. Esta variedad de sí mismos incluye el *self* con el padre, con la madre, con los amigos, así como el *self* en el rol de estudiante, el *self* como deportista, etc. (Gecas, 1972; Griffin, Chassin y Young, 1981; Hart, 1988; Harter, Bresnick, Bouchey y Whitesell 1997; Harter y Monsour, 1992; Smollar y Youniss, 1985). Por ejemplo, el adolescente puede ser alegre y alborotador con los amigos, inteligente, curioso y creativo como estudiante, y tímido e introvertido con gente que no conoce.

Con respecto a la autoestima, hasta hace poco ésta ha sido tratada como un constructo unitario. Sin embargo, recientemente se va reconociendo que las evaluaciones del individuo acerca de su valía como persona también sufren un proceso de diferenciación y pueden variar a través de distintas situaciones o momentos (Demo y Savin- Williams, 1992; Harter, Stocker, y Robinson, 1996; Heatherton y Polivy, 1991; Kernis, 1993; Leary y Downs, 1995; Rosenberg, 1986). Así pues, de la misma forma que los adolescentes proporcionan diferentes autodescripciones de sus atributos en diferentes contextos interpersonales (Griffin et al., 1981; Hart, 1988; Harter *et al.*, 1997; Harter y Monsour, 1992; Rosenberg, 1986), también se espera que evalúen su valía como persona de forma diferente en tales contextos. Esto es lo que denominan Harter y colaboradoras (Harter, 1999; Harter, Waters y Whitesell, 1998) como “*autovalía relacional*” referida a la variación de la autovalía del individuo en función de los contextos referidos a las relaciones que el mismo mantiene con otros (contextos relacionales), por ejemplo, padres, profesores, amigos, etc. Estas autoras, para explicar su teoría recurren a la perspectiva del *self* espejo de Colley (1902) y a la formulación del “otro generalizado” de Mead (1934), según las cuales las opiniones de los otros significativos son incorporadas dentro del sentido de autovalía del individuo. A esto hay que añadir que los resultados de su propia investigación proporcionan un claro apoyo al

hecho de que muchos adolescentes juzguen su propia valía como persona de forma diferente a través de los contextos (Harter et al., 1998).

Por otro lado, otra de las habilidades cognitivas recién adquiridas en esta etapa consiste en la capacidad de integrar varias descripciones de sí mismo en generalizaciones de orden superior (Case, 1985; Fischer, 1980; Flavell, 1985; Harter, 1983; Higgins, 1991), a esto es lo que se denomina integración del autoconcepto, así, por ejemplo, un joven que se perciba como alborotador, hablador y simpático puede considerarse a sí mismo como extravertido. Estas generalizaciones abstractas del *self* son inobservables e hipotéticas.

A medida que las autodescripciones se convierten en abstracciones, y dejan más de lado a los rasgos observables y concretos, son más susceptibles a la distorsión. De este modo, el autoconcepto del adolescente es más difícil de verificar y, muy a menudo, es menos realista. Los adolescentes pueden desarrollar autoconceptos inexactos que les pueden conducir a conductas inadaptadas. Por ejemplo, un adolescente puede sobrestimar su capacidad en algún dominio y comprometerse con actividades en las que está condenado al fracaso, o por el contrario, puede infravalorar sus capacidades y, como consecuencia, evitar los desafíos o las actividades en las que puede obtener buenos resultados (Harter, 1990).

En esta etapa aun no se han adquirido las destrezas necesarias para aplicar el pensamiento hipotético-deductivo a los postulados del *self*. El joven adolescente puede tener múltiples hipótesis sobre el *self*, pero todavía no posee la habilidad de deducir correctamente cuáles son ciertas, lo cual le puede llevar a autopercepciones distorsionadas. Además el pensamiento todo-o-nada, en forma de sobre generalizaciones que el joven adolescente no puede controlar cognitivamente, también contribuye a autodescripciones no realistas ya que en un momento concreto el joven puede sentirse totalmente inteligente, mientras que en otro, podría sentir que es mucho menos listo.

Estas abstracciones sobre el *self* constituyen representaciones compartimentalizadas; es decir, son bastante distintas unas de otras (Case, 1985; Fischer, 1980; Higgins, 1991) que impiden la construcción de un retrato integrado del *self* en la adolescencia temprana.

II.3. AUTOCONCEPTO FÍSICO Y ACTIVIDAD FÍSICA

II.3.1. Autoconcepto Físico

Tal y como se expuso al inicio de este capítulo, el autoconcepto físico conforma una de las dimensiones del autoconcepto y lo entendemos como la parte del autoconcepto general en la que se subsuman todas las informaciones referidas al propio cuerpo (Ríes, 2011). Dichas informaciones referidas al cuerpo proceden tanto de la percepción subjetiva de las capacidades físicas (fuerza, flexibilidad, coordinación, resistencia y velocidad) que se resumen en el conjunto de condición física; como del atractivo físico (actitud hacia el propio cuerpo) y aunque la naturaleza multidimensional del autoconcepto físico no ofrece dudas a teóricos e investigadores, sí que las proporciona el número y la identidad de los subdominios que deberían componerlo.

En esta tesitura, el dominio físico ha estado usualmente constituido por las dimensiones de *apariencia física* y *habilidad física* (Fox, 1988; Marsh y Shavelson, 1985). Harter (1985) incluye dos elementos, *competencia atlética* y *apariencia física*, como representativos de las percepciones en el dominio físico. Por otro lado, Francoi y Shields (1984) diferencian tres dimensiones del autoconcepto físico: *habilidad física*, *apariencia física* y *conductas de control de peso*. Sonstroem (1984) distingue la *estatura*, *el peso*, *la constitución del cuerpo*, *el atractivo*, *la fuerza*, y un largo etcétera. Por su parte Bracken (1992) distingue las dimensiones de *competencia física*, *apariencia física*, *forma física* y *salud*. Marsh, Richards, Johnson, Roche y Redmayne (1994) opinan que el autoconcepto físico se compone de nueve subdominios: *fuerza*, *obesidad*, *actividad física*, *resistencia*, *competencia (habilidad) deportiva*, *coordinación*, *salud*, *apariencia* y *flexibilidad*. Por tanto, queda patente que la problemática de cuáles y cuántos son los subdominios del autoconcepto físico continúa presente.

Sin embargo, sobre los propuestos, destaca el modelo cuatridimensional del autoconcepto físico de Fox (Fox, 1988; Fox y Corbin, 1989), que señala la existencia de cuatro subdominios específicos del autoconcepto físico: *competencia deportiva o habilidad*, *condición física*, *atractivo físico* y *fuerza*, y que se puede observar en la Figura II.2. Como se puede observar en dicha figura, el modelo incluye tres niveles, en los que proponen la *autoestima* (la dimensión evaluativa del autoconcepto) en el nivel

superior (ápice); en el nivel inferior la *competencia en el deporte*, el *atractivo del cuerpo*, la *fuerza física* y la *condición física* (subdominios); y, en el nivel intermedio está la *autovaloración física* o autoconcepto físico general (dominio) que actúa como un mediador de la relación entre cada uno de los subdominios y la autoestima global.

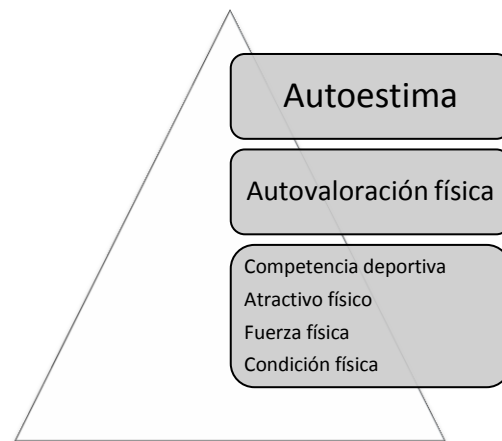


Figura II.2: Organización jerárquica hipotetizada de las autovaloraciones físicas. Elaboración propia tomada de Fox, 1988; Fox y Corbin, 1989

Siguiendo este modelo jerárquico, sería más fácil modificar las percepciones que el individuo tenga de cada uno de los subdominios (fuerza, competencia, condición física o atractivo físico) que de su autoconcepto físico general (autovaloración física). De la misma manera será más sencillo intervenir sobre el autoconcepto físico general que sobre el autoconcepto general. Por ello, mejorando las percepciones en los subdominios se podrá aumentar el autoconcepto físico general, y éste, a su vez, podrá incidir en un mejor autoconcepto general (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2004). La influencia del autoconcepto físico en la formación del autoconcepto general dependerá de la importancia que cada sujeto conceda al ámbito físico (Zulaika, 1999). De esta manera, si para un individuo el dominio físico es muy importante y se siente competente en sus subdominios, poseerá un alto autoconcepto, pero si se siente poco competente tendrá un bajo autoconcepto (Harter, 1985).

II.3.1.1. Medidas del autoconcepto físico

Teniendo en cuenta la organización jerárquica presentada, Fox y Corbin (1989) diseñaron el denominado Physical Self Perception Profile (PSPP), un reconocido

instrumento de medida del autoconcepto físico que es uno de los más utilizados para el estudio del *self* físico (Fox, 1997). Considerado como el instrumento de medida del autoconcepto físico de mayor relevancia en los últimos años (Marsh, 1997), consta de un total de 36 ítems y se divide en seis escalas: *competencia deportiva, condición física, atractivo físico, fuerza, autovaloración física y autoestima*.

Si realizamos un breve repaso a los instrumentos de medida más significativos del autoconcepto físico destacamos el *Physical Self Description Questionnaire (PSDQ)*, construido por Marsh y sus colaboradores los cuales presentan nueve subescalas: *fuerza, obesidad, actividad física, resistencia, competencia (habilidad) deportiva, coordinación, salud, apariencia y flexibilidad* (Marsh, Richards, Johnson, Roche y Tremayne, 1994; Tomás, 1998). Estos dos presentados han tenido varias versiones traducidas al español, entre las que destacamos la versión española de Moreno y Cervelló (2005) del cuestionario elaborado por Fox (1990) y Fox y Corbin (1989) al que denominaron *Physical Self Questionnaire (PSQ)*, o el presentado por Esnaola (2005) en lengua vasca *Autokontzeptu Fisikoaren Itaunketa / Cuestionario de Autoconcepto Físico (AFI)*, otra versión que se sustenta en el modelo cuatridimensional de Fox y Corbin (1989).

En España, los autores Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2006), construyeron el *Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF)* bajo el argumento de que los cuestionarios de autoconcepto construidos originariamente en lengua castellana y de más uso en nuestro entorno (Musitu, García y Gutiérrez, 1994; García y Musitu, 2001) no contemplan con suficiente detalle el autoconcepto físico como suceden en otros cuestionarios de habla no hispana, y tras comprobar que las versiones al castellano no eran exactas, han pretendido dar respuesta a esto. Su consistencia interna y análisis factorial presentan índices muy aceptables que lo convierten en un instrumento de medida del autoconcepto físico fiable y consistente, y abarcan las siguientes escalas: *habilidad física, condición física, atractivo físico, fuerza, autoconcepto físico general y autoconcepto general*.

II.3.2. Trayectoria evolutiva del autoconcepto físico

La trayectoria evolutiva del autoconcepto físico general resulta difícil de estudiar, ya que no existen estudios longitudinales que hayan analizado el desarrollo del

mismo, sino estudios transversales en los que se han comparado distintas edades o colectivos diferentes. Es por ello, que mostraremos algunos estudios significativos que se han ocupado de este tema, para posteriormente poder realizar una síntesis de los resultados obtenidos.

García y Musitu (2001) analizaron el *autoconcepto físico* desde la adolescencia hasta la adultez para la baremación del Autoconcepto Forma 5 (AF5), indicando que se produce una tendencia descendente con la edad para hombres y mujeres.

En un estudio más detallado realizado por Goñi, Rodríguez y Ruiz de Azúa (2004) analizaron el autoconcepto físico en una muestra de 540 sujetos de 12 a 23 años. Diferenciaron tres grupos (<14 años, 15-18 años y >19 años), encontrando que las diversas escalas del CAF ofrecían un comportamiento diferenciado en los tres grupos de edad. Así, se observaba un descenso significativo en los tres grupos de edad (desde el grupo menor de 14 años al mayor de 19 años pasando por el intermedio) en los subdominios de *habilidad física* y *condición física*. En las escalas de *atractivo físico* y *fuerza* no se observó evolución estadísticamente significativa. En el *autoconcepto general* existieron diferencias entre los tres grupos si bien la trayectoria del cambio experimentaba un recorrido en forma de U, resultando la puntuación más baja en la edad de 15-18 años. Por su parte, el *autoconcepto físico general* en los grupos de 15-18 años ha resultado menor que en el grupo preadolescente (<14 años).

Esnaola (2005) analizó el desarrollo del autoconcepto en una muestra de adolescentes y jóvenes desde los 12 hasta los 22 años dividiendo cuatro grupos diferentes: grupo 1 (12-14 años), grupo 2 (14-16 años), grupo 3 (16-18 años) y grupo 4 (18-22 años). En cuanto al autoconcepto físico, en la muestra de mujeres se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas *habilidad física*, *condición física* y *autoconcepto físico general*. En la *habilidad física* se observó un descenso desde el primer grupo hasta las estudiantes de Bachiller (grupo 3), para luego ascender nuevamente. En *condición física* se daba un desarrollo lineal descendente desde el primer grupo hasta las universitarias (grupo 4). En el *autoconcepto físico general* la puntuación más baja se daba en el segundo ciclo de la Educación Secundaria (grupo 2), para luego ir ascendiendo hasta las universitarias (grupo 4). En la muestra de varones, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala *habilidad física*; el desarrollo no era lineal, sino curvilíneo, y la puntuación más alta lo

conseguían los estudiantes de Bachiller (grupo 3), para luego descender en los universitarios (grupo 4).

El mismo Esnaola (2008) ha llevado a cabo otro estudio de tipo transversal en el que analiza el autoconcepto físico a lo largo del ciclo vital en una muestra constituida por 1.259 participantes la cual es dividida en cuatro tramos de edad: adolescencia (12-18 años), juventud (19-30 años), edad adulta (31-49 años) y personas mayores de 55 años. Los resultados indican, sin distinción entre hombres y mujeres, que las percepciones en las escalas de *habilidad física* y *condición física* van disminuyendo desde la adolescencia hasta las personas mayores de 55 años; y, únicamente en la muestra de mujeres las percepciones de las escalas *atractivo físico* y *autoconcepto físico* general van mejorando paulatinamente desde la adolescencia hasta las personas mayores de 55 años.

Sonstroem, Speliotis y Fava (1992) compararon para la validación del Physical Self-Perception Profile (PSPP) una muestra de estudiantes universitarios y otra de adultos entre los 31 y 66 años (media de edad 44.1), encontrando que en las mujeres, la muestra de adultos obtenía mayores puntuaciones en la *condición física*, *competencia deportiva*, *atractivo físico* y *autoconcepto físico general*. En los varones, la muestra de estudiantes universitarios se percibía con mayor *competencia deportiva*, pero la muestra adulta se percibía con mayor *atractivo físico*. Por su parte, Novo y Silva (2003) analizaron el autoconcepto de adultos entre los 18 y 82 años, medido con el Tennessee Self-Concept Scale Revised, diferenciando tres grupos de edad: jóvenes adultos (entre los 18-29 años), adultos (entre los 30-64 años) y sujetos mayores de 64 años. En cuanto al autoconcepto físico se encontraron diferencias significativas entre el primer y el segundo grupo, y entre el primero y el tercer grupo. El autoconcepto físico disminuye desde los jóvenes adultos hasta los sujetos mayores de 64 años que son los que menor puntuación obtienen.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los diferentes estudios revisados, y a pesar de cómo hemos advertido antes, no contar con estudios de tipo longitudinal en el desarrollo del autoconcepto físico a lo largo del ciclo vital, podemos aventurarnos a señalar que las escalas de *condición física* y *habilidad física* sufren una tendencia descendente desde sujetos jóvenes a más sénior. No ocurre lo mismo en la escala de *atractivo físico* según los estudios revisados ya que estos muestran una tendencia ascendente con la edad (Sonstroem, Speliotis y Fava, 1992). En lo que refiere al

autoconcepto físico general, se han apreciado algunas discordancias ya que algunos estudios muestran un descenso lineal con la edad (Goñi, Rodríguez y Ruiz de Azúa, 2004) mientras que otros señalan una tendencia curvilínea, concretamente en forma de U siguiendo el desarrollo de éste (Esnaola, 2005).

II.3.3. Autoconcepto físico y actividad física

Existen numerosas investigaciones que han analizado las repercusiones o los beneficios que aporta el ejercicio físico, estableciéndose una importante relación con el mantenimiento de una buena salud mental y con la conformación de un autoconcepto positivo (James, 1982).

Ya en 1966 Jordan comentó que la pronta obtención de éxito en las experiencias de educación física, contribuye significativamente a mejorar el autoconcepto, la actitud y el estilo de vida de los estudiantes; por su parte Biles (1968) también observó cambios positivos en el autoconcepto, al aplicar una instrucción de educación física. Samuelson (1969) concluyó que las clases de educación física proporcionaban una oportunidad para experimentar grados de éxito y sentimientos de autovalía, resultando un autoconcepto más positivo, y en 1970 Dowell encontró una correlación positiva entre el autoconcepto y la capacidad física entre colegiales. Posteriormente fueron Schumacher et al. (1986) quienes aportaron el siguiente estudio en el que se pretendía medir los efectos de la participación atlética sobre el autoconcepto y el rendimiento académico. Sobre este último la diferencia no fue significativa estadísticamente, no encontrándose tampoco diferencias cuando los grupos se separaron por sexos. Sin embargo, todas las puntuaciones de autoconcepto de los atletas fueron significativamente más altas que las de los no atletas, puntuando significativamente más alto los varones atletas que los varones no atletas. La explicación aportada es que la participación atlética mejora el autoconcepto de los adolescentes (Dowel, 1970; Kleinman, 1972; Lila, 1991; Ferriol, 1993).

Desde los autores mencionados, han sido muchos los estudios relativos a este tema, y tras la extensa revisión bibliográfica realizada hemos considerado conveniente atender a tres cuestiones fundamentales:

La primera de ellas se podría formular bajo la premisa siguiente: ¿En qué medida se benefician los jóvenes de la actividad físico-deportiva y qué efectos tiene ésta sobre el desarrollo de la personalidad? , o dicho de otra manera, ¿cuál es el grado de influencia que se establece entre ambas realidades?, aunque es cierto que en la conformación del autoconcepto parece intervenir multitud de factores, entre ellos la práctica o no de una determinada actividad física (Esnaola, 2003; Godoy, Becker, Godoy, Vaccari y Michelle, 2002; Sonstroem, 1997).

Es cierto que cuando se trata de aspectos de la salud física y social, la actividad físico-deportiva parece jugar un papel importante en el fomento de la salud de los adolescentes. Numerosos estudios relacionan claramente los efectos beneficiosos del ejercicio físico sobre algunas de las dimensiones que conforman el autoconcepto y, particularmente, sobre el autoconcepto físico general (Brown, Welsh, Labbe, Vitulli y Kulkarni, 1992; Knapen, Van-Coppenolle, Peuskens, Pieters y Knapen, 2006). Esta cuestión ha sido investigada por Harter (1993) al encontrar en múltiples trabajos que las correlaciones entre la apariencia física y la autoestima eran asombrosamente altas y sólidas a lo largo de la vida, mucho más que ante cualquier otro tipo de variables como el rendimiento o la conducta, llevándole a preguntarse si la autoestima no sería cuestión de apariencia física. Esnaola (2005), Fox y Corbin (1989) y Marsh (1997) afirman que cualquier tipo de ejercicio físico practicado con regularidad tiene una influencia positiva sobre la percepción de la habilidad deportiva y aspectos de la condición física. Otros estudios manifiestan que la práctica habitual de actividad físico deportiva puede ir unida a un estilo de vida más saludable, que los jóvenes se sienten menos agobiados y que se reducen síntomas como depresión, miedo o estrés (Calfas y Taylor, 1994; Moreno *et al.*, 2008; Moscoso *et al.*, 2009; Smith y Biddle, 2008).

En un estudio realizado con estudiantes deportistas en EE.UU., Welk, Corbin y Lewis (1995) descubrieron que los deportistas tenían una mejor percepción corporal que los deportivamente inactivos. Según Brettschneider y Heim (1997), el deporte a nivel de rendimiento puede también abrir la posibilidad de contactar mejor con deportistas de la misma edad, así como fomentar las facultades intelectuales. Whitehead y Corbin (1997) llegan a la conclusión de que el deporte puede ser de gran utilidad en el desarrollo de la autoestima, siendo los niños con baja autoestima los más beneficiados. Richman (2002) en el que revela que las jóvenes adolescentes que han practicado de manera temprana algún tipo de actividad deportiva desarrollan una capacidad física y sensaciones más favorables sobre la valoración de su imagen corporal. En esa misma línea de trabajo,

Drummond (2003) también llega a la conclusión, tras comparar dos grupos de deportistas que diferían en el nivel de experiencia, de que aquellos que destacan en la actividad física realizada presentan una identidad más positiva de su cuerpo, mientras que los menos expertos desarrollan un concepto pobre de su imagen.

Si nos centramos únicamente en las subdimensiones que componen el autoconcepto físico y su relación con la práctica deportiva se han encontrado los siguientes estudios: Esnaola, (2005); Fox y Corbin, (1989); Marsh, (1997) demostraron que la práctica deportiva habitual se relacionaba positivamente con las subdimensiones de Habilidad Deportiva y Condición Física. Hayes, Crocker y Kowalki (1995) encontraron que únicamente la subescala de Condición Física mantenía relación con la actividad física en las mujeres, mientras que en los hombres todas las subescalas o subdimensiones correlacionaban con la práctica de actividad física. En esta línea, Marsh y Sonström (1995) verificaron que la escala de Condición Física aparece más relacionada que ninguna otra escala del autoconcepto físico con la práctica de actividad física en las mujeres. Moreno y Cervelló (2005) comprobaron que los adolescentes que practicaban actividad física más de tres veces a la semana obtenían puntuaciones más altas en Competencia Deportiva, Condición Física, Fuerza y Atractivo Físico que el resto. Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2004) en un estudio con adolescentes pusieron de manifiesto que aquellos que realizaban deporte tenían puntuaciones más altas en todos los subdominios del autoconcepto físico, pero especialmente en los de Habilidad Deportiva y Condición Física, y estas puntuaciones fueron más altas cuanto más deporte realizaban los adolescentes. Gutiérrez, Sicilia y Moreno (1999) encontraron, también, que aquellos universitarios que practicaban algún deporte, obtenían mejores puntuaciones en todas las escalas del cuestionario. Aunque algunos estudios afirman que el subdominio Atractivo Físico se vincula positivamente con la práctica deportiva, especialmente en deportistas de competición (González y Alvariñas, 2004; Pierón, 2002), muchos son los autores que coinciden en señalar que el Atractivo es el subdominio físico menos relacionado con la práctica (Esnaola, 2005; Fox y Corbin, 1989; Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2004; Hayes *et al.*, 1995; Marsh, 1997). En las mujeres, la práctica deportiva se vincula, en algunos casos, con bajas autopercepciones en el Atractivo Físico (Esnaola, 2004).

Nuestra segunda cuestión va dirigida al género, ¿afecta por igual la práctica deportiva al desarrollo del autoconcepto físico a hombres que a mujeres? A este respecto, los estudios orientados al análisis de las diferencias de género muestran

diferencias entre ambos géneros tanto para la dimensión global como para la física (Amezcuca y Pichardo, 2000; Asçi *et al.*, 2005; Corbin, 2002; Eklund, Whitehead y Welk, 1997; Hagger, Biddle y Wang, 2005; Klomsten, Skaalvik y Espnes, 2004; Mañano *et al.*, 2004; Pastor, Balaguer y García- Merita, 2003; Welk y Eklund, 2005). En este sentido, Molero, Ortega, Valiente y Zagalaz (2010) en un estudio comparativo del autoconcepto físico en adolescentes obtuvieron diferencias significativas a nivel estadístico en las percepciones realizadas en función del género en las escalas habilidad física, condición física, fuerza y autoconcepto físico general ($p < .05$), a favor de los hombres. Por su parte Moreno, Cervelló y Moreno (2008) en su estudio indicaron una mayor autoestima, imagen corporal, competencia y condición física en los varones que las mujeres.

Otra variable tomada en consideración de forma recurrente al estudiar las diferencias en el autoconcepto (Gabelko, 1997) es la relación entre autoconcepto físico y actividad física en función de la edad, dicho de otra manera, ¿influye de igual manera la relación entre autoconcepto físico y actividad física en función de la edad del sujeto? En un metanálisis realizado por Wilgenbusch y Merrell (1999) sobre 22 estudios, combinando sexo y edad se advierte que existen diferencias significativas.

A pesar de los estudios presentados, y como contraposición a lo expuesto, también hemos encontrado estudios que muestran el lado “no saludable” del ejercicio físico, ya que no siempre nos encontramos con que la actividad física genera de forma automática efectos beneficiosos para el desarrollo personal, un ejemplo de ello es el estudio presentado por Fernández, Contreras, García y González (2010), en el que declaran que en las actividades físico-deportivas practicadas con el fin de mejorar el aspecto físico o dónde la estética es importante (andar, footing, musculación, actividades de expresión o aeróbicos) los practicantes y especialmente las chicas adolescentes presentan peores percepciones físicas (atractivo físico, autoconcepto físico y general) que el sexo masculino.

Por otro lado, en muchas ocasiones la inadecuada planificación del ejercicio físico llega a generar insatisfacción personal, más aún si hacemos referencia al autoconcepto físico general (Bakker, 1988). En esta línea, Ben- Shlomo y Short (1983) precisan que para mejorar las actitudes positivas hacia el concepto de uno mismo no es tan importante la ejecución de una determinada actividad deportiva como las características del programa de entrenamiento, por lo que después de haber realizado

este riguroso análisis sobre los efectos de la actividad física que aporta al autoconcepto el debate queda abierto a su estudio.

**CAPÍTULO III: TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA**

CAPÍTULO III. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), constituyen un problema de salud emergente que ha alcanzado una especial relevancia en las tres últimas décadas, tanto por su creciente incidencia (número de nuevos casos aparecidos) como por la gravedad de la sintomatología asociada y resistencia al tratamiento; por lo que constituyen hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas (Peláez, Labrador y Raich, 2005).

III.1. CONCEPTOS

Con el término TCA nos referimos a perturbaciones psicológicas que causan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta (Raich, 1994) y comportan alteraciones que acarrear serios problemas de salud. Estos trastornos conforman un grupo de síndromes clínicos cuyos rasgos psicopatológicos son la exagerada preocupación por el peso, la figura corporal y la convicción de que la autovaloración está fuertemente determinada por la apariencia corporal. De lo expuesto se deduce que el síntoma externo podría ser una alteración de la conducta alimenticia, como el llevar a cabo dietas prolongadas o la pérdida de peso manifiesta, pero el origen de estos trastornos se tendría que explicar a partir de una alteración psicológica manifestada en un elevado nivel de insatisfacción personal, miedo a madurar, elevados índices de autoexigencia o ideas distorsionadas sobre el peso y comida que poseen las personas afectadas, aspecto que verifica que el origen de dicho trastorno tiene un carácter multifactorial.

Acorde con lo dicho, existen estudios acerca de TCA que se orientan a dar explicaciones de tres tipos diferentes: En primer lugar se definen unas *Causas sociales*, consecuencia de la influencia social que se ejerce fundamentalmente en países desarrollados en los que la apariencia física supone un gran valor, la presión sociocultural hacia una imagen más esbelta y el rechazo a la obesidad son uno de los factores capitales en la aparición de estos trastornos, así como el culto a la delgadez, las distorsiones del concepto de salud, el objetivo de mantenerse en forma o la identificación de ciertos valores asociados a la femineidad. En segundo lugar se señalan unas *Causas psicológicas* propias de los sujetos que padecen este tipo de trastornos tales como autoestima deficiente, ansiedad, en algunos casos historial de conflictos con las figuras parentales o de relaciones familiares. Y por último, la existencia de unas *Causas biológicas*, como la predisposición a la enfermedad.

La problemática de estos trastornos es tan variada y multifactorial que exige una atención y actuación que incluye aspectos clínicos y familiares, pero también culturales, sociales y como no, educativos. Nos encontramos delante de un problema social y cultural en el que se tendría que intentar profundizar desde los distintos sectores y agentes implicados, para encontrar las herramientas más adecuadas para darle respuesta con la sensibilidad que requiera la especial situación de las personas que la sufren y de sus familias. Y asimismo debe realizarse en los ámbitos individual, familiar y psicosocial.

Aunque la anorexia es quizá el más grave de estos trastornos, a lo largo del capítulo se presentan los diferentes tipos que componen este conjunto de perturbaciones y su prevalencia, se realiza un análisis de ellos y se profundiza más en la vinculación de estos con el ámbito deportivo, aspecto importante en el desarrollo de nuestro estudio.

III.1.1. Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV divide a los trastornos alimentarios en tres apartados diferentes: dos trastornos específicos, Anorexia y Bulimia Nerviosas, y una tercera categoría denominada Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE), para aquellos trastornos que no cumplen los criterios establecidos y aceptados para algunos de los trastornos específicos.

III.1.1.1. Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno psicossomático de etiología multifactorial, *caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%, según edad, sexo y altura), un miedo intenso a ganar peso y la decisión voluntaria de adelgazar* (Rodríguez, Martínez y Zagalaz, 2006). De carácter fundamentalmente femenino y adolescente, se encuentra tristemente de moda, debido al espectacular incremento que ha experimentado en los últimos años en las sociedades occidentales industrializadas (Zagalaz, 2000 y Zagalaz, Contreras y Romero, 2002). Va acompañada de una alteración significativa de la percepción de la forma o peso del cuerpo y además, se percibe en los últimos años, que el abuso del ejercicio físico vendría a completar y complicar el cuadro (Rodríguez, 2004). Por su parte, el DSM-IV lo define como el *rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales* (IMC >17,5 según el criterio de la Organización Mundial de la Salud).

Los principales síntomas de la anorexia son el rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo adecuado para la estatura, llegando a situaciones de delgadez extrema. Miedo intenso a engordar, incluso cuando el peso es muy bajo. Sensación de estar gordo en general o en algunas partes del cuerpo, como nalgas, muslos y abdomen. Tienen una percepción de su cuerpo que no es real. Aunque estén realmente delgados, su espejo les dice que siguen estando gordos. Aparecen otro tipo de problemas físicos que acompañan a la desnutrición como es, en el caso de las mujeres jóvenes, la retirada o el retraso de la menstruación (amenorrea). Ejercicio físico

excesivo. Conducta alimentaria extraña: come de pie, corta los alimentos en pequeños trozos. Incremento de las horas de estudios y disminución de las de sueño.

Dentro de esta enfermedad, podemos distinguir dos subtipos para especificar la presencia o ausencia de atracones o purgas durante los episodios de AN (DSM-IV¹):

- **Tipo restrictivo:** Describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de AN, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas, entendiéndose por éstas la decisión propia de provocar el vómito como método rápido de perder peso.

- **Tipo compulsivo/purgativo:** Aparece cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vomito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

Evidentemente los comportamientos presentes en esta enfermedad producen en el sujeto una serie de consecuencias físicas y de comportamiento, entre los que destacamos una pérdida de peso alarmante, amenorrea, aparición de vello o intolerancia al frío, tensión baja, arritmias, aislamiento social, irritabilidad y pánico a ganar peso, entre otros.

III.1.1.2. Bulimia Nerviosa

El DSM-IV define la Bulimia Nerviosa (BN) como un trastorno mental que se caracteriza por *episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos y otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo*. Por su parte, Toro (1996) define la psicopatología como un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por *“la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares”*.

¹Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association).

Sus síntomas más habituales son la preocupación obsesiva por la comida, con deseos irresistibles e incontrolables de comer, dándose grandes atracones de comida en cortos periodos de tiempo y generalmente a escondidas (dos veces por semana en un periodo de tres meses). También presentan conductas inapropiadas de manera repetida con el objetivo de no ganar peso: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayunos y ejercicios excesivos. Las menstruaciones son irregulares. Peso normal o ligero sobrepeso. Tienen miedo a subir de peso.

Todo ello puede producir una serie de consecuencias físicas y de comportamiento, como lesiones en las manos por vómitos autoprovocados, vómitos y diarreas incontrolables, subidas y bajadas de peso, obsesión por la comida, depresiones y amenaza de suicidio, aislamiento social o falta de autoestima.

III.1.1.3. Trastornos de la conducta alimentaria no específicos (TCANE)

Siguiendo al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, en este apartado se ubican aquellos trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico. Entre los más significativos cabe destacar los siguientes:

- **Trastorno por atracón:** Este trastorno se caracteriza por episodios repetitivos de sobreingesta compulsiva, también denominado como “atracones”. Durante el episodio se come en un periodo de tiempo (por ejemplo, durante dos horas) una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas. El sujeto posee un sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante el episodio de atracón (por ejemplo, sentir que no eres capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que estás comiendo). Los atracones se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas: ingesta mucho más rápida de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre, comer a solas para esconder su voracidad, sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón, profundo malestar al recordar los atracones, una media de dos episodios semanales de ingesta voraz durante un mínimo de seis meses, el atracón no se asocia a conductas compensatorias inadecuadas (purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una AN o una BN.

- **Obesidad:** Aunque la obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en la revisión que

se ha realizado en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. La obesidad es otro trastorno de la alimentación, de riesgo para la salud por el exceso de grasa corporal resultante. En 1997 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó una clasificación estándar como un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 kg/m.

- **Vigorexia:** Es un trastorno mental, no estrictamente alimentario, pero sí comparte la patología de la preocupación obsesiva por la figura y una distorsión del esquema corporal. Como se comentó en el primer capítulo de este trabajo, es una adicción a la musculación que aparece normalmente en hombres que se obsesionan por conseguir un cuerpo más musculoso mediante el ejercicio físico excesivo, de manera que pasan horas y horas en el gimnasio para aumentar su musculatura, además de ingerir esteroides y anabolizantes lo que genera graves problemas de salud.

La dieta de los vigoréticos es poco equilibrada. Reducen drásticamente el consumo de grasas y aumentan de forma excesiva el consumo de hidratos de carbono y proteínas, favoreciendo así el aumento de masa muscular y causando problemas metabólicos importantes.

Tienen obsesión por el peso, razón según la cual se pesan varias veces al día. Como pasan muchas horas en el gimnasio se alejan de la familia y amistades (aislamiento social). Aunque existen explicaciones biológicas a estos trastornos (desequilibrio en los niveles de serotonina y otros neurotransmisores del cerebro) los factores sociales y educativos influyen enormemente. Se puede decir que las características de la vigorexia están asociadas con la baja autoestima y a una no aceptación de su imagen corporal.

- **Ortorexia:** Esta nueva alteración, fue definida por primera vez por el médico norteamericano Steve Bratman (2000) en un libro publicado en EEUU, titulado *Health Food Junkies* (único manual publicado sobre ortorexia). El citado autor ya había acuñado el término en 1996. Este término proviene del griego (*ortho*, justo, recto, y *orexia*, apetencia) y vendría a significar “apetito justo o correcto”.

En realidad se entiende por Ortorexia la obsesión por la comida sana, hasta un nivel que cabe considerar patológico. Según Bratman (2000), la mayor parte de estas dietas estrictas que impiden que el cuerpo se beneficie de una nutrición básica, pueden conducir a la ortorexia conformando como en muchos de los trastornos alimentarios, una mayor relación con el control psicológico que con determinados alimentos. Aunque este trastorno no ha sido reconocido oficialmente en los manuales terapéuticos de

trastornos mentales, los escasos estudios en torno a él sí parecen confirmar que detrás de la obsesión por un menú escrupulosamente limpio subyace con frecuencia un trastorno psíquico. La preocupación patológica por la comida sana lleva a consumir exclusivamente alimentos procedentes de la agricultura ecológica, es decir, que estén libres de componentes transgénicos, sustancias artificiales, pesticidas o herbicidas, además de aquellas sustancias que hayan sufrido alguna clase de “condena o superstición”. Esta práctica puede conducir muchas veces a que se supriman la carne, la grasa y algunos grupos de alimentos que, en ocasiones, no se reemplazan correctamente por otros que puedan aportarles los mismos complementos nutricionales.

Aunque los síntomas de esta enfermedad todavía no están lo suficientemente contrastados, Bratman (2000) afirma que se podrían considerar algunos criterios diagnósticos como: el hecho de dedicar más de 3 horas al día a pensar en su dieta sana, preocuparse más por la calidad de los alimentos que del placer de consumirlos, disminución de su calidad de vida conforme aumenta la pseudocalidad de su alimentación, sentimientos de culpabilidad cuando no cumple con sus convicciones dietéticas, planificación excesiva de lo que comerá al día siguiente o aislamiento social provocado por su tipo de alimentación. El mismo autor incide en que la respuesta afirmativa a estas y otras cuestiones similares permitirían diagnosticar ortorexia nerviosa y sus grados. Por otro lado se consideran igualmente síntomas algunas conductas relacionadas con la forma de preparación, como el caso de las verduras siempre cortadas de determinada manera, o con los materiales empleados, como utilizar sólo cerámica, sólo madera, etc. ya que también forman parte de los rituales obsesivos.

Las diferencias de la ortorexia con respecto a otros TCA está en que mientras en la AN y la BN el problema gira en torno a la “cantidad” de comida, en la ortorexia gira en torno a la “calidad”. La persona que sufre ortorexia no está preocupada por el sobrepeso, ni tienen una percepción errónea de su aspecto físico, sino que su preocupación se centra en mantener una dieta equilibrada y sana.

Al igual que en los anteriores trastornos de alimentación expuestos, la ortorexia también conlleva una serie de consecuencias físicas y psicológicas, fruto de una inadecuada alimentación: desnutrición, anemias, hipervitaminosis o en su defecto hipovitaminosis, carencias de oligoelementos, hipotensión y osteoporosis, etc. También se han descrito en fases avanzadas, trastornos obsesivos-compulsivos relacionados con la alimentación siendo la propia carencia de vitaminas como la B12 provoca alteraciones del comportamiento, que acentúan todavía más en su obsesión. Las

consecuencias psicológicas también están presentes en esta enfermedad puesto que se han descrito casos de depresión, ansiedad e hipocondriasis.

III.1.2. Instrumentos de medida para detectar TCA

Existen infinidad de cuestionarios para detectar el riesgo de sufrir una TCA. Entre ellos destacan por ser los más empleados los siguientes:

- Eating Disorder Inventory (EDI y EDI-2) de Garner, Olmsted y Polivy (1983). El inventario para trastornos de la alimentación, fue diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y la BN. El EDI contiene 64 ítems agrupados en ocho subescalas que se correlacionan positivamente: motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar. Las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal; los desajustes expresados en estas áreas no son específicos de la AN, ya que aparecen respuestas similares en grupos de personas preocupadas por su dieta. Mientras que las otras cinco subescalas evalúan características psicológicas generales asociadas con trastornos alimentarios, que son aspectos fundamentales de la AN. Posteriormente se desarrolló el EDI-2, que consiste en los mismos 64 ítems del EDI original, pero además introduce 27 ítems adicionales clasificados en otras tres subescalas: ascetismo, regulación de los impulsos e inseguridad social. El nivel de estudios requerido para contestarlo es de quinto año de primaria.

- Eating Attitudes Test (EAT) de Garner y Garfinkel (1979). Su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de AN y BN, mientras que otros, lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con AN (García-Camba, 2001). El EAT contiene 40 ítems (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso (Garner y Garfinkel, 1979). Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 ítems (EAT-26), en el que se suprimieron 14 ítems, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). En 1988, Maloney y

colaboradores, desarrollaron una versión para niños, CHEAT-26, la cual es similar al EAT-26 pero utilizando palabras más simples (Maloney, McGuire, Daniels y Specker, 1989). El EAT en sus dos versiones, es tal vez, el cuestionario auto-aplicado más utilizado y requiere de un nivel de lectura para contestarlo de quinto año de primaria.

- SCOFF. Del acrónimo en inglés, sick, control, one, fat, food. Es un cuestionario elaborado por Morgan et al. (1999) que consta únicamente de cinco preguntas, de las cuales se obtienen las iniciales que dan nombre a este cuestionario. Este instrumento fue desarrollado de acuerdo a los criterios del DSM-IV.

- Eating Disorder Examination-self-report questionnaire (EDE-Q). Desarrollado por Fairburn y Beglin (1994), fue elaborado a partir del EDE, que es una entrevista semiestructurada diseñada como medida de la psicopatología específica de AN y BN; se le puede considerar como estándar de oro para la evaluación de los TCA. Se utiliza para corregir los problemas en las mediciones autoaplicadas, como es dar una adecuada definición de la palabra atracón, así como la incapacidad para evaluar ciertas creencias como es el miedo enfermizo a engordar. El EDE-Q evalúa aspectos como: preocupación por el peso, la figura y la alimentación, así como restricción alimentaria.

Una pequeña síntesis de lo presentado nos muestra como los cuestionarios que se utilizan para evaluar las conductas alimentarias y su diagnóstico, como el EAT es más efectivo para evaluar el progreso del paciente, ya que se administra y califica con facilidad. Este cuestionario aplicado antes y al final del tratamiento, así como una o dos veces durante el mismo, puede ayudar al terapeuta en la evaluación del progreso del paciente. Si el investigador desea estudiar a individuos con un TCA diagnosticable (identificar conductas de riesgo), así como diferenciar a los participantes en el estudio en las diversas categorías diagnósticas de los TCA, entonces el instrumento autoaplicado adecuado sería el EDE-Q, ya que es más preciso. Cuando lo que se pretende es únicamente separar a las personas que tienen sintomatología de algún trastorno alimentario de las que no lo tienen, pueden ser apropiados algunos de los siguientes cuestionarios autoaplicados: EDI, EAT y EDE-Q (Iñarritu, Cruz y Morán, 2004).

III.1.3. Prevalencia

El interés creciente por los TCA ha dado lugar a más de cincuenta estudios de prevalencia en las últimas dos décadas en el centro y norte de Europa, EEUU y Canadá; mientras que en España ha sido a partir de mediados de los noventa cuando se han

realizado estudios epidemiológicos en TCA. A partir de esta fecha el número de estudios de prevalencia de TCA en España se ha equiparado con el resto de Europa. Su irrupción a partir de la década de los años ochenta ha sido violenta y rápida, extendiéndose a los diferentes sectores sociales y presentando mayores índices de prevalencia en la población femenina (Morande, 1990; Machado, Goncalves, Machado, Santos y Santos, 2000).

Fruto de este incremento de TCA en las últimas tres décadas, se han aumentado de dos a cinco veces las cifras de prevalencia, en las que se acepta un porcentaje de 0,5-1% de anorexia nerviosa (AN), de 1-3% de BN y de aproximadamente 3% de TCANE, avalados por el Protocolo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud (Insalud, 1995), la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR; APA, 2000) y revisiones recientes de estudios epidemiológicos de TCA (Hoek y Van Hoeken, 2003). Dichas fuentes establecen un ratio de prevalencia de TCA de uno a nueve en varones respecto a mujeres.

Actualmente parece que el ritmo de crecimiento es mayor para la Bulimia que para la Anorexia (Fairburn, 1998).

III.2. TRASTORNOS DE ALIMENTACION EN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE

“Nunca te sientes si puedes estar de pie; nunca te quedes en pie si puedes caminar; nunca camines si puedes correr...”.

Bajo esta premisa inicial pretendemos enfocar este apartado ya que en el ámbito deportivo, los hábitos alimentarios correctos son fundamentales para el rendimiento físico, y las anomalías nutricionales pueden influir muy significativamente en el rendimiento del deportista. La presión que sufre el deportista para mantener un peso óptimo puede ser un factor determinante en la aparición de una patología de la conducta alimentaria, más aún si tenemos en cuenta algunas de sus características psicológicas, como el perfeccionismo, la compulsividad y las altas expectativas sobre sí mismo (Hausenblas y Carron, 1999). Este aspecto ha provocado el interés de los psicólogos del deporte surgiendo de esta manera una línea de investigación que valora la incidencia de los TCA en el ámbito deportivo.

La prevalencia detectada en este ámbito sobre trastornos del comportamiento alimentario se manifiesta superior a la hallada en la población general, especialmente en algunas especialidades deportivas (Toro, 1996). Muchos deportistas de elite, o que están en camino de serlo, sufren irregularidades y disfunciones alimentarias de gravedad variable (Toro, 1996). Para Sánchez Molina, Ibáñez Salmerón y García Pérez-Carro (2001), la prevalencia varía desde el 15 hasta el 62%, afectando, en más del 90% de los casos, a muchachas adolescentes o mujeres. Sin embargo, Wilmore y Costill (1998) estiman la prevalencia en un 50% para las deportistas de elite. Otros autores (Dosil, 2004) estiman la incidencia de TCA en el deporte entre un 4,2 y un 39,2%. Moriarty (1991) en uno de sus estudios, cifraba que, entre el 10 y 20% de la población femenina deportista norteamericana de los Institutos, y en un mayor porcentaje en Universitarias, tenían algún tipo de problema con su alimentación.

Es habitual que los pacientes diagnosticados con AN recurran al ejercicio físico como método para perder peso. Incluso, aunque no queda recogido en ningún manual de diagnóstico, se ha planteado el término “anorexia por actividad” (Yates, 1991) o “anorexia atlética” (Del Castillo, 1998) (citados en Dosil, 2004) para referirse a aquellos casos en los que se recurre a la actividad excesiva como método para perder peso. En éstos, aparece tanto un malestar significativo al abandonar dicha actividad, como una preocupación por la alimentación “sana” y realización de dietas.

Los problemas nutricionales alcanzan su grado máximo en mujeres que participan en actividades de danza (Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted, 1987) y en deportes como la gimnasia, los saltos de trampolín y el patinaje artístico, donde la imagen corporal entra a formar parte del juicio subjetivo (Teitz, 1998), además de las corredoras de fondo o las jugadoras de voleibol (Gould, Jackson y Finch, 1992; Squire, 1994). En un estudio presentado por Paredes, Nessier y González (2011) se analizó la percepción de la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo para anorexia nerviosa en un grupo de 24 bailarinas de 13-23 años de edad, obteniéndose un porcentaje de 50% en las bailarinas que sobreestimaron su imagen corporal, al seleccionar imágenes que no se correspondían con sus parámetros antropométricos, y se encontró que un 58,3% de las bailarinas se catalogaron con riesgo, ya que llevan a cabo conductas alimentarias anómalas.

No obstante se han encontrado deportistas de sexo femenino con trastornos de la ingesta en la práctica totalidad de las disciplinas deportivas (Toro, 1996); y a pesar de la manifiesta pérdida de peso, niegan a menudo que estén sometidos a dieta. Estos trastornos parecen darse con mayor frecuencia en la práctica de deportes individuales que en deportes de equipo. Un estudio destacado realizado por Rosen, McKeag, Hough y Curley (1986) aporta los siguientes datos: gimnasia (74%) frente a voleibol (21%); más en deportistas de élite o que pretenden serlo que en practicantes corrientes, más en mujeres (90-95%) que en varones (5-10%), y más en adolescentes que en adultos.

No obstante, la gran mayoría de las investigaciones consultadas apuntan que el nivel de competición no es una variable tan importante como el tipo de deporte a la hora de predisponer a una atleta a desarrollar conductas alimentarias patológicas. Es por ello que en los subapartados siguientes dedicaremos unas líneas a dichos deportes.

III.2.1. Deportes de riesgo

Aunque en todos los deportes exista el riesgo de presentar TCA, encontramos fundamentalmente cuatro grupos de deportes donde surgen, con mayor frecuencia, comportamientos alimentarios patológicos (Beals y Manore, 1994; Daluiski, Rahbar y Meals, 1997; Teitz, 1998; Sundgot-Borgen, 1994; Wilmore y Costill, 1998). Fruto de esto, es la clasificación que realiza el Comité Olímpico Americano en el año 1998, en consonancia con múltiples entidades como diferentes Comités Olímpicos Nacionales, e incluso el Colegio Americano de Medicina del Deporte, en el que se recogen los deportes considerados de mayor riesgo a la hora de desarrollar un TCA (Dosil, 2004):

- Deportes que establecen categorías de peso
- Deportes de Gimnasio
- Deportes con Estética
- Deportes de Resistencia

A continuación se revisarán algunos trabajos en los que se intenta poner de manifiesto las características por las que esos deportes, recogidos en la clasificación del Comité Olímpico Estadounidense (por sus siglas en inglés, USOC) son considerados de mayor riesgo:

III.2.1.1. Deportes de categorías de peso

Los deportes de categorías de peso son aquellos en los que dicha característica condiciona la participación en una u otra categoría. En ellos se observa con frecuencia que los deportistas se proponen adelgazar muy rápidamente para competir en una categoría inferior y así obtener relativa ventaja al enfrentarse a competidores más ligeros. Para conseguir adelgazar en un corto espacio de tiempo realizan “dietas Express”, con el consiguiente descontrol en la ingesta y completan su plan de adelgazamiento, utilizando algún tipo de purga. Diferentes autores han señalado que los deportistas han recurrido a los vómitos, y al uso de laxantes y diuréticos e incluso al ejercicio excesivo. En concreto, Engels, Johnson, Power, Crosby, Wonderlich, Wittrock, y Mitchell (2003), encuentran que deportistas de lucha mostraron una alta puntuación en tendencia a adelgazar, restricción alimentaria y conductas de purga, comparados con atletas de otros deportes. Asimismo Franseen (1997) concluye en su estudio, que en deportes de categorías de peso existe más uso de dietas, prácticas de pérdida de peso patológicas y deseo de adelgazar que en otros deportes donde no es necesaria la diferenciación en categorías. También en un trabajo de Thiel, Gottfried y Hesse (1993) con remeros y luchadores, concluyen que un 52% recurría frecuentemente al vómito para perder peso.

III.2.1.2. Deportes de estética

Los deportes de estética, en los que el aspecto físico y la figura de los participantes se incluyen en la puntuación recibida por los jueces (Zucker, Nomble, Williamson y Perri, 1999) requieren un peso bajo para el óptimo desarrollo de los movimientos al igual que una buena presencia ante los jueces. Los autores observaron

que en los deportes en los que un juez se encarga de puntuar las actuaciones de los deportistas, existe un mayor riesgo de desarrollar un TCA que en aquellos en los que existen árbitros, por lo que se manifestó que los participantes en deportes con juez, presentan preocupación por el peso y revelan una psicopatología habitual en pacientes diagnosticadas de TCA. En este grupo de deportes se encuentran la Gimnasia Rítmica, en la que se combinan elementos de ballet y danza y el uso de diversos aparatos como la cuerda, el aro, la pelota, las mazas y la cinta, armonizando de forma simultánea y a una alta velocidad movimientos corporales, en segundo lugar la Gimnasia Artística, que consiste en dominar los ejercicios gimnásticos complicados y conseguir elevados resultados deportivos, para lo cual es indispensable una gran preparación física y técnica. Su base fundamental la componen los ejercicios sobre los aparatos gimnásticos; anillas, barra fija, barras paralelas, potro con arzones; para los varones y viga de equilibrio y barras asimétricas para las damas; ejercicios a manos libres y saltos con apoyo para ambos sexos; estos últimos tienen un carácter obligatorio en la competencia. Se trata de un deporte olímpico en el que mujeres y hombres compiten por separado en diferentes aparatos. Y por otro lado se incluyen el Ballet, el patinaje artístico y la danza.

Los cuerpos que priman en las modalidades de estética, en categoría femenina, son cuerpos delgados, fibrosos, con piernas largas, poco pecho y caderas estrechas. Para Toro (1996) la gimnasia es el deporte que presenta mayor riesgo para el desarrollo de un TCA puesto que la potencia, flexibilidad y coordinación requeridas, hace que las gimnastas tengan que mantener un cuerpo delgado y fino con un aspecto prepuberal. En algunas actuaciones recientes en el patinaje artístico se observan situaciones de riesgo ya que este deporte requiere unas exigencias similares a la gimnasia. En los hombres, el cuerpo se caracteriza por su musculación y elasticidad. Tanto en hombres como en mujeres, la preocupación por la imagen corporal, el peso y su control es un motivo de expectación y preocupación.

Este conjunto de modalidades deportivas, donde la figura delgada es un aspecto indispensable para una óptima ejecución, hace que las gimnastas se enfrenten al dilema de estar a la vez más fuertes y más delgadas que las adolescentes de su edad, y soportan una gran presión para adelgazar. Dado que en los entrenamientos consumen poca energía, a nivel aeróbico, el recurso más utilizado es recurrir a dietas restrictivas pero que intentan ser completas para mantener un peso corporal bajo. La tremenda presión que sufren les lleva a consumir dietas bajas en calorías y menos nutrientes de los necesarios para su edad y a desarrollar conductas patológicas para el control del peso,

tales como el consumo de píldoras dietéticas, diuréticos y laxantes, es por lo que pueden caer en infernal círculo vicioso que conduce a los TCA.

Una revisión de los estudios realizados en estos deportes indica los siguientes resultados:

Rosen, McKeag, Hough y Curley (1986) pusieron de manifiesto que el 74% de las gimnastas de los colegios universitarios vomitaban más de dos veces por semana, consumían laxantes, diuréticos, pastillas para adelgazar o hacían ayunos.

Rosen y Hough (1988) hallaron que todas las gimnastas de sus investigaciones practicaban dietas restrictivas. La mitad de estas deportistas intentaban aumentar el rendimiento, pero la otra mitad pretendía mejorar el aspecto físico. El 62% practicaban por lo menos una forma de control patógeno del peso: vómitos autoinducidos, píldoras adelgazantes, ayuno, consumo de diuréticos, restricción de líquidos y uso indebido de laxantes.

Sundgot-Borgen (1996) llevaron a cabo un estudio con 12 mujeres del equipo nacional noruego de gimnasia rítmica (algunas de ellas cumplían los requisitos establecidos por el DMS III-R para el diagnóstico de la AN), en el que se mostraron los siguientes resultados: todas las gimnastas estaban a dieta a pesar de estar extremadamente delgadas, presentaban irregularidades menstruales, déficit energético, alta frecuencia de lesiones y un alto volumen de entrenamiento.

III.2.1.3. Deportes de gimnasio

Otros de los deportes considerados de riesgo, desde la posibilidad de desarrollar un TCA, son los practicados en los gimnasios. La vigorexia es el principal problema en estas actividades, que relaciona la alimentación, su vigilancia y la preocupación por mantener un cuerpo musculado y atlético. Este tipo de actividades presentan como características, la ausencia de un entrenador o preparador que controle el modelo ideal, la cantidad y tiempo de práctica de los ejercicios. En un estudio de Dosil y Díaz (2002) con practicantes de aeróbic, observaron que un 9.2% de las encuestadas presentaba sintomatología compatible con un TCA, evaluada con el EAT-40.

III.2.1.4. Deportes de resistencia

El último grupo de deportes, estimados de riesgo de desarrollar un TCA son los denominados de resistencia, incluidos aquellos en los que sus practicantes se pueden

beneficiar de tener un bajo peso para mejorar su rendimiento. Estas condiciones llevan a algunos de sus practicantes a realizar dietas estrictas en algunos períodos de la temporada, tanto en la fase de preparación como en la de competición. En estos deportes, en muchas ocasiones, una pérdida repentina de peso empeora el rendimiento puesto que se reduce la masa magra y el deportista se fatiga con mayor rapidez. En los atletas de la pruebas de resistencia es en los que mejor se puede observar las peculiaridades o prácticas para optimizar su rendimiento mediante el control del peso. Algunos autores como Nixon (1989) o Rubio de Lemus y Lubin (1993) han observado que son cada vez más las atletas femeninas que desarrollan un TCA. La natación se considera también uno de los deportes de riesgo para desarrollar dicha patología. Benson y Taub (1993), Taub y Benson (1992), De Bate, Wethington, y Sargent (2002) han encontrado la tendencia de un mayor deseo de adelgazar en las chicas que en los chicos nadadores.

Tabla III.1. Clasificación de los deportes de riesgo. Adaptada de Dosil, 2003

TIPO DE DEPORTE	MODALIDADES DEPORTIVAS
Deportes de estética	Gimnasia Rítmica, ballet, patinaje artístico, danza
Deportes de categorías	Judo, boxeo, lucha
Deportes de gimnasio	Culturismo, aeróbic, fitness
Deportes de resistencia	Atletismo, natación, ciclismo

III.2.2. Factores que determinan la relación entre TCA y Deporte

El hecho de que los TCA estén presentes en el ámbito deportivo induce a los psicólogos del deporte analizar profundamente esta vinculación desde el ámbito preventivo y de tratamiento, proponiendo varios factores que afectan al desarrollo de esta relación. En general, los factores propuestos por los autores revisados son similares a los que se encuentran en la población general. En los trabajos de Swoap y Murphy (1995), citados por Dosil (2004), así como Hausenblas y Carron (1999) se recogen algunos de estos factores, entre los que destacan:

- *Presión social:* En la sociedad actual se demanda un ideal estético de belleza basado en la delgadez, por tanto existe una gran influencia en algunas personas y sobre todo en los adolescentes para conseguir alcanzar ese ideal de cuerpo por

medio de dietas, ejercicio descontrolado y excesivo y otras prácticas poco adecuadas.

- *Presiones de los compañeros del equipo:* La opinión de los amigos y compañeros a determinadas edades tiene una gran influencia en el concepto que establecen los jóvenes sobre sí mismos y sobre su rendimiento deportivo.
- *Presión del deporte:* Algunos deportes tienen determinadas particularidades que los convierten en modalidades de mayor riesgo, por la aparición de preocupación por el peso y la figura. La demanda de un determinado peso para entrar en competición y conseguir buenos resultados, es una presión añadida para el deportista. Los contextos deportivos donde se requieren bajos porcentajes de grasa corporal, suelen ser una causa añadida de presión para el deportista.
- *La práctica deportiva:* El hecho de practicar deporte o hacer ejercicio de forma continuada puede ser motivo suficiente, en sí mismo, para poder desencadenar un TCA.
- *Características psicológicas del deportista:* La vulnerabilidad para el desarrollo de un problema alimentario, puede verse incrementada de alguna manera por las características psicológicas de los propios deportistas. El perfeccionismo, la compulsión en las acciones, las elevadas expectativas del deportista y las expectativas los demás sobre él, suelen ser algunas de las causas de vulnerabilidad para un TCA.
- *Presión del entrenador:* Los entrenadores en muchas ocasiones, utilizan la báscula para observar los progresos deportivos de sus atletas y le dan excesiva importancia al peso para la consecución de objetivos. Esta preocupación es transmitida a sus deportistas y puede aumentar en ellos la observación y control del peso.

Otro análisis más detallado sobre los principales factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición de un TCA en el ámbito del deporte es el recientemente estudiado y revisado por Durán et al. (2006). En dichos estudios se recogen los siguientes factores vinculados a la práctica deportiva como factor vinculado a la aparición de un TCA:

a) La insatisfacción corporal debida a las presiones a las que están sometidas en cuanto a la alimentación y al peso por motivos de rendimiento deportivo. El papel que juega la insatisfacción corporal en el desarrollo de los TCA es evidente. 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 ya que se puede relacionar de forma errónea delgadez con rendimiento: es cierto que en algunas modalidades deportivas de resistencia existe dicha relación, al considerarse cualquier exceso de peso como un “hándicap”, pero también es cierto que existen otras muchas modalidades deportivas a las que se ha extendido dicha falsa creencia.

b) La especialización cada vez más precoz. Siguiendo el ejemplo anterior de la gimnasia rítmica, no sólo se exige un morfotipo extremo sino volúmenes de trabajo (entrenamiento) y especialización desde edades muy tempranas. La presión a que se ven sometidas estas niñas para ser corporalmente pequeñas y para que sigan manteniendo una figura prepuberal, va aumentando con la edad hasta llegar a producir unas altas dosis de insatisfacción corporal conforme va madurando y va haciéndose mujer (Harris y Greco, 1990).

c) La existencia de deportes y modalidades de riesgo. De acuerdo a lo presentado en el apartado anterior, existen determinados deportes o modalidades deportivas en los que el peso juega un papel importante por diferentes motivos. El peso está inexorablemente unido a la alimentación. Cuando el deportista cuenta con un asesoramiento nutricional adecuado, el problema del peso no llega a incrementarse, no obstante cuando no cuenta con dicho apoyo, puede convertirse en un gran problema que puede inducirle a tomar medidas drásticas y poco ortodoxas, y consecuentemente poco o nada saludables (dietas restrictivas, aumento del volumen e intensidad del entrenamiento, métodos purgantes o deshidratantes) pudiendo germinar la semilla de un futuro TCA.

d) El nivel de competición. Hasta hace poco se tenía la creencia que esta variable era importante a la hora de predisponer a un deportista a un TCA en el sentido de que cuanto más se aproximaba a la élite, mayor era el riesgo. Sin embargo la prevalencia de estas enfermedades en niveles competitivos intermedios y básicos es más alta de lo que se había supuesto hasta ahora. Además la presencia de estos TCA en niveles intermedios impide que el deportista llegue al alto nivel alto rendimiento y si alguien lo consigue, se tratará sin duda de un deportista con unas cualidades que con toda seguridad no la haga sucumbir a estos problemas.

e) El aumento del volumen de actividad física acompañado de restricciones alimentarias. El volumen de trabajo junto a una dieta severa, puede desencadenar un problema alimentario.

f) Utilización habitual de otros métodos poco saludables para la pérdida de peso. Es uno de los factores más decisivos en la aparición de un TCA en el ámbito deportivo puesto que a través de este tipo de indicadores se percibe la obsesión que experimentan los deportistas afectados.

En algunas modalidades deportivas son frecuentes ciertas conductas patógenas para controlar el peso, algunas de ellas perseguidas por la propias autoridades deportivas, no por el hecho de no ser saludables, sino por el de estar prohibido como método o sustancia en las listas publicadas cada año por las autoridades deportivas (COI, WADA, Comités Olímpicos Nacionales, Federaciones Internacionales y Nacionales). Un ejemplo es el de los diuréticos, prohibidos porque pueden “*enmascarar*” la presencia de otras sustancias dopantes en la orina. La gran mayoría de métodos utilizados pueden ser peligrosos para la salud, aunque es cierto que normalmente los problemas físicos que acarrear su consumo suelen desaparecer cuando se recupera el peso y se normaliza la alimentación.

Los métodos más usados por los deportistas suelen ser:

- Métodos térmicos: saunas, vestimentas de plásticos, etc.
- Toma de laxantes y diuréticos.
- Vómitos autoinducidos.
- Ayuno prolongado.
- Píldoras adelgazantes.
- Ejercicio físico excesivo.

Un estudio realizado por Rosen et al. (1986), ponen de manifiesto el uso de estos métodos en 182 deportistas femeninas con edades comprendidas entre 17 y 23 años, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla III.2. Métodos utilizados en el deporte para la pérdida de peso. Elaboración propia tomada de Rosen *et al.* (1986)

Píldoras adelgazantes	25%
Laxantes	16%
Vómitos provocados	14%

Ratificando la presencia de este tipo de hábitos entre los deportistas, los mismos autores detectaron en un trabajo posterior que el 62% de las gimnastas encuestadas utilizaban algún método de pérdida de peso.

Por lo tanto son muchos los estudios a este respecto que dejan patente la existencia de hábitos nocivos para la salud en el deporte, obteniendo resultados claros como el que presentan Dosil y Rodríguez (2001) en un estudio más detallado:

Tabla III.3. Métodos utilizados en el deporte para la pérdida de peso. Elaboración propia tomada de Dosil y Rodríguez, 2001

Método	Fútbol	Natación	Judo Lucha	Aerobic	Atletismo	Baloncesto	Gimnasia	Culturismo
Ayuno	1,6%		11,6%		2,2%	5,7%	4,2%	
Comer menos	9,5%	30,8%	30,4%	50%	29,7%	40%	29,2%	16,7%
Restricción calórica	17,5%	30,8%	30,4%	18,2%	22%	21,4%	33,3%	50%
Mas entreno	31,7%	30,8%	44,9%	54,5%	33%	42,9%	29,2%	44,4%
Retención fluidos					1,1%	1,4%		
Laxantes			5,8%		2,2%			
Sauna	3,2%		13%	18,2%	1,1%	10%	4,2%	16,7%
Ropa plástico	6,3%		14,5%		2,2%	2,9%	12,5%	
Vómitos								
Píldoras								5,6%
Otros			1,4%		2,2%		12,5%	5,6%
Ninguno	53,2%	46,2%	27,5%	22,7%	51,6%	40%	41,7%	22,2%

De este gráfico llama la atención la presunta no utilización del vómito auto-provocado como método adelgazante. La sauna es un método frecuente en aquellas modalidades deportivas practicadas en instalaciones que la poseen (gimnasios, vestuarios de equipos de fútbol); el hecho de ser utilizado en el judo/lucha, se explica por el hecho de tratarse de un deporte de categoría de peso, puesto que sauna y ayuno es

una de las asociaciones más clásicas para conseguir una pérdida rápida de peso antes del pesaje. Las píldoras adelgazantes solo son utilizadas por culturistas en este estudio, modalidad deportiva, por otro lado, muy aficionada a utilizar todo tipo de sustancias que hagan aumentar el volumen muscular y reducir la masa grasa. En todos los deportes se observa un método típico de pérdida de peso, con un mayor porcentaje de uso, existiendo tres métodos (comer menos / restricción calórica / más entrenamiento) que se utilizan en todos los deportes.

g) Acontecimientos traumáticos. Determinados sucesos o acontecimientos traumáticos, como puede ser el caso de lesión o enfermedad que determina un cese brusco de la actividad o la pérdida del entrenador, también pueden desencadenar trastornos de la alimentación en determinados deportistas, tal y como lo demuestran los trabajos de Sundgot-Borgen (1994) y Del Castillo (1998).

h) Comentarios despectivos por alguien de su entorno deportivo. Ciertos comentarios referentes a su peso o figura por parte de alguien de su entorno deportivo (entrenador, compañeros...) pueden tener un gran influencia en la aparición de un TCA, sobre todo en deportistas muy motivadas y poco informadas sobre estos problemas.

i) Personalidad del deportista. Ciertos rasgos que pudieran beneficiar un buen rendimiento deportivo como pueden ser el perfeccionismo, la compulsión, la automotivación, las altas miras y expectativas, también se encuentran en individuos con TCA, lo que es señalado por muchos como una variante más explicativa de que la población deportista sea especialmente vulnerable a este tipo de patologías.

III.2.3. Prevención de los TCA en el deporte

La prevención de los TCA se ha basado en los últimos años en el trabajo con escolares en etapas de riesgo, en la formación del profesorado y en las investigaciones con padres (Borresen y Rosenvinge, 2000; Stewart, 2000; Ruiz Lázaro y Comet, 2002). La prevención orientada a la población general ha sido también abordada por diferentes autores (Dosil, 2003). Dicho esto, parece imprescindible incidir en la prevención de posibles TCA en los deportistas, trabajando tanto con ellos como con los padres, directivos, jueces y fundamentalmente con los entrenadores.

La propuesta de prevención primaria, encaminada a la no aparición de sintomatología y por tanto a la reducción de la incidencia de problemas, se ha visto como una forma de prevención eficaz en el campo de los TCA (Ruiz-Lázaro, 2002; Petit, De la Corte y Astral, 2002; Ruiz-Lázaro y Comet, 2002; Ruiz-Lázaro, 2002;

Solano-Pinto, Oliveiros-Leal, Moreno-Villares, 2004), citados en Sepúlveda, Carrobbles, Gandarillas, Poveda y Pastos (2004).

En este sentido, Ruiz Lázaro (2004) plantea una serie de críticas y recomendaciones a la hora de realizar un programa preventivo en el ámbito de los TCA, a las que además, en este caso, se deben añadir algunas específicas para la prevención en el ámbito deportivo:

- Tener en cuenta las causas del problema. Cómo ya se ha apuntado, en el ámbito deportivo estas causas son varias; destacar, entre otras; la propia práctica deportiva, el tipo de deporte, el estilo de entrenador, las características de los deportistas y las actitudes de los padres.

- Poseer información sobre un tema no significa conocer realmente lo que está ocurriendo, por lo tanto toda información ha de valorarse de forma crítica. Esto es especialmente importante cuando el trabajo se realiza con los propios deportistas. No obstante, aunque los entrenadores y padres han de tener información adecuada, es preciso no actuar de manera alarmante, sobre todo ante una posible prevención secundaria.

- Informar de forma positiva, evitado los aspectos negativos de la enfermedad, con la intención de no alarmar sobre posibles problemáticas y así valorar posibles casos de una manera objetiva.

- Tener en cuenta la etapa evolutiva donde se realiza el programa. Será importante abordar temas de relaciones entre pares, además de fomentar el análisis crítico de la información que se ofrece desde los medios de comunicación. También, se han de modificar las actitudes de las figuras de referencia para los jóvenes, especialmente las de los entrenadores y los padres

- Mantener los programas en el tiempo, ya que los beneficios han de mantenerse y valorarse a largo plazo.

- Efectividad de los programas, que es mayor si se realizan durante la infancia y adolescencia, ya que son períodos sensibles y los jóvenes se encuentran más vulnerables a posibles problemas. Por lo tanto, será importante trabajar con entrenadores de deporte de iniciación.

- El principal objetivo será modificar los conocimientos, las actitudes y las conductas de los jóvenes y de las personas que les rodean.

- Incluir a padres y adultos significativos en los programas de prevención para realizar una tarea integral. En el caso de los deportistas, las actitudes de los padres, en cuanto al peso de sus hijos y sobre todo, sus expectativas sobre el rendimiento, serán materias de atención preferente.

- Programas adaptados a la situación en que se encuentren los jóvenes. En el caso de deportistas, hay que tener en cuenta el deporte practicado, y las exigencias o tipo de entrenamientos que realizan.

- Trabajo multidisciplinar, en el que cada profesional aporte sus conocimientos, será primordial en un programa integral y efectivo.

- Que el grupo presente un buen funcionamiento en el que se fomentan el respeto, la tolerancia y permite una correcta solución de los conflictos, lo que se percibirá como un factor de protección. También, la formación de entrenadores en técnicas de cohesión de grupo y relaciones en el equipo, será fundamental en las tareas preventivas.

- Enseñar a los entrenadores a detectar posibles casos de TCA, será esencial para la prevención secundaria. El éxito de los programas vendrá determinado por la reducción de casos diagnosticados, para conseguirlo se deberá combinar la prevención primaria con la secundaria.

Como se ha apuntado anteriormente, para realizar una adecuada prevención de trastornos de alimentación en el ámbito deportivo, es importante conocer las variables que pueden estar favoreciendo la aparición de preocupaciones por el peso y la alimentación. Actualmente en nuestra sociedad prima el culto al cuerpo y a la delgadez como sinónimo de éxito, y los jóvenes deportistas no se mantienen alejados de estas influencias. Según Dosil (2003) además de esta cultura dominante, existen otros factores, más próximos al contexto del deportista que pueden favorecer estas preocupaciones; entre ellas cita las altas expectativas por parte de los padres y la presión recibida por parte del entrenador y sus compañeros.

En el contexto deportivo son las características del propio deporte y los diferentes momentos de la temporada, los más importantes a la hora de observar la presión a la que se encuentra sometido el deportista en lo relativo a su peso o figura. La realización de dietas a lo largo de la temporada, debe ser observada y controlada por parte del entrenador o algún miembro del equipo técnico o médico. El papel que juegan los compañeros en el desarrollo de un TCA, es innegable en etapas como la

adolescencia, siendo muy importante la influencia que ejerce el grupo de iguales sobre la percepción corporal y la preocupación por el peso.

Hemos de destacar, además, la influencia ejercida por parte del entrenador para que pueda aparecer una preocupación por el peso. Dentro de las características que pueden servir para favorecer el desarrollo de un TCA, se encuentra el estilo que desarrolla cada entrenador a la hora de relacionarse con sus deportistas. Se describen diferentes estilos, por un lado el entrenador autoritario, aquel que ejerce alto nivel de disciplina y control sobre sus deportistas, con los que no hay posibilidad de diálogo (Dosil, 2004) afirma que este tipo de entrenador, no facilita a sus deportistas el acercamiento y la posibilidad de comentar dudas o preocupaciones sobre dietas, peso o figura. El estilo democrático en el entrenamiento, más dialogante, cercano y accesible, el cual favorece la prevención y reduce el riesgo de desarrollo de TCA en los deportistas. Otra de las características que ha de tener un entrenador que prevenga la aparición de TCA será aquel que evite comentarios referentes al peso entre compañeros así como comentarios de tipo despectivo.

Teniendo en cuenta los datos aportados anteriormente y recogiendo algunas de esas ideas, se han de seguir una serie de pautas para realizar una adecuada prevención de los trastornos de alimentación en el ámbito deportivo (Díaz, Dosil y González, 1998):

- Las personas significativas para el deportista, han de minimizar la importancia que se le dé al peso. Mayor insistencia se ha de realizar sobre los entrenadores, modelos en muchas ocasiones, de comportamiento para sus jóvenes deportistas que observan muchas de sus actuaciones y conductas. Insistir, además, en el desarrollo de un estilo democrático de relación con los deportistas ya que, protegerá a estos de preocupaciones por su peso. Se han de cuidar además los comentarios en grupo sobre la figura o peso.

- Los entrenadores se han de ocupar de educar en hábitos alimentarios saludables a sus deportistas y poseer información acerca de dietas equilibradas, que le permita asesorar, en alguna ocasión sobre el seguimiento o no de un determinado régimen de comidas. Además, ante un aumento de peso puntual durante la temporada, por alguna circunstancia, el entrenador puede evaluar ese exceso y practicar métodos adecuados para su reducción. Además el tener un conocimiento sobre la sintomatología de los TCA, así como conocer los factores predisponentes y precipitantes, por parte tanto de padres como de entrenadores, facilitará la observación de posibles casos y la detección precoz de los mismos.

- Un adecuado asesoramiento de los entrenadores por parte de expertos, a la hora de diseñar entrenamientos y proporcionar pautas para los deportistas será también importante en cuanto a la prevención de problemas de salud en general y de TCA en particular. Los padres, además, no deben presionar a sus hijos de cara al éxito en las competiciones sino favorecer el deporte como medio para alcanzar un estilo de vida saludable y no insistir en la delgadez como condición para mejorar el rendimiento y conseguir mayores éxitos.

Observaremos a continuación algunos estudios donde se pone de manifiesto la función de los entrenadores en la prevención de los TCA en el ámbito deportivo y su específico papel para reducir conductas anómalas con la alimentación (Moriarty, 1991; Joy, Clark, Ireland, Martire, Nattiv y Varechok, 1997; Lassier, 2002; Govero y Bushman, 2003; Vaughan, King y Cottel, 2004 y Dosil, 2004).

Govero y Bushman (2003) realizaron un estudio donde se determina el conocimiento de los entrenadores sobre la sintomatología en TCA, el nivel de confianza que éstos tenían en sí mismos y en la adecuación de esos conocimientos, además de indicar las fuentes donde los obtuvieron. Mediante la aplicación de un cuestionario de 30 preguntas, estos autores extrajeron las siguientes conclusiones: el conocimiento de la mayoría de los entrenadores era relativamente alto, los que mayor conocimiento poseían, presentaban, de forma significativa, una mayor confianza en sí mismos, sin embargo, algunos de los encuestados, pese a no tener un amplio conocimiento de los TCA, si poseían una alta confianza en sí mismos, si bien no era estadísticamente significativa. Tampoco eran significativas las conclusiones en cuanto a los años de entrenamiento, el sexo de los entrenadores y su nivel de conocimiento de los TCA.

En esa misma línea, Vaughan, King y Cottell (2004) examinan las expectativas de eficacia y de resultado de 236 entrenadores a la hora de ayudar a sus deportistas con TCA y su conocimiento acerca de estos trastornos. Encuentran que prácticamente el 91% de los encuestados habían tratado con deportistas afectados con un TCA. Un 25% se sentían seguros a la hora de identificar un atleta con TCA y solo 1 de cada 3 (38%) mostraban seguridad en cuanto a expresarles su preocupación y preguntarles sobre su salud. Un 25% trabajaban en instituciones donde existía una política para enfrentarse a casos de TCA. Casi la totalidad de los entrenadores encuestados (93%) afirmaron que se debería aumentar la atención a los atletas afectados de TCA.

Un adecuada formación a los atletas sobre una correcta nutrición, parece ser fundamental a la hora de prevenir posibles desórdenes alimentarios. Olmedilla y Andreu (2002) presentan una propuesta para el control de hábitos alimentarios en deportistas

jóvenes, en la que el entrenamiento en nutrición, tanto por parte de los entrenadores como de los propios deportistas es la línea fundamental para la prevención de posibles TCA. También, Yannakoulina, Sitara y Matalas (2002) realizaron una intervención en la que combinaron educación en nutrición y prevención de TCA con un grupo de bailarinas profesionales. Estos autores concluyen, que tras la intervención, se observó una mejora significativa en el conocimiento nutricional así como un descenso de conductas alimentarias anómalas. Después de un seguimiento a 6 meses, los autores comprobaron que se mantenían las mejoras, aunque, también evidenciaron que el conocimiento en nutrición descendió ligeramente aunque no de forma significativa. Además añaden, que las más favorecidas por el programa fueron las bailarinas con mayor riesgo de desarrollo de un TCA. Por lo tanto, es conveniente tener en cuenta esta formación a la hora de elaborar un programa de prevención de TCA en el ámbito deportivo.

La formación de los entrenadores, directivos, padres y personas vinculadas al deporte en hábitos saludables en general y alimentarios en particular, será básico a la hora de planificar intervenciones preventivas, sobre todo en el deporte de competición en edades tempranas y durante la adolescencia. Tal y como insiste Carney (1986) orientando el deporte como una práctica de vida saludable.

**CAPÍTULO IV: FACTORES DE
LA PERSONALIDAD Y
FISICOCULTURISMO**

CAPÍTULO IV. FACTORES DE LA PERSONALIDAD Y FISICOCULTURISMO

El capítulo que se presenta a continuación aborda diferentes aspectos de la personalidad del deportista, considerándose ésta como la clave que puede ser determinante para la competición o práctica deportiva, así como para la aparición de patologías relacionadas con el ejercicio físico. Para ello se han recogido los estudios más relevantes sobre la relación personalidad y deporte, obteniendo diferencias entre la personalidad en función del nivel de competición, o la personalidad en función del deporte practicado, de tal forma que realmente existen modalidades deportivas que tienden a “exigir” unas características personales en diferencia a otras. De esta manera, se establece un segundo apartado en el que presentamos el fisicoculturismo como modalidad deportiva, exponiendo los efectos, tanto positivos como negativos, que producen en el deportista, así como su presunta vinculación con la variable de estudio.

IV.1. PERSONALIDAD DEL DEPORTISTA

La personalidad es un término usado para describir el tipo de conducta característico de un individuo, que surge a medida que crece, madura y reacciona a los estímulos ambientales (García Naveira, 2010). En palabras de Hans Eysenck, es “*una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente*” (Eysenck y Eysenck, 1985, p. 9). Son numerosos los factores que influyen en el desarrollo de la personalidad, entre ellos todos los estímulos que interactúan con el sujeto.

Es por ello que cuando nos referimos al deporte en general, los componentes psicológicos y emocionales trascienden los aspectos puramente físicos, técnicos y tácticos de la ejecución deportiva (Williams y James, 2001; Weinberg y Gould, 2007). Esto quiere decir que tanto el éxito como el fracaso de un deportista resultan de una combinación de capacidades condicionales físicas (fuerza, velocidad, resistencia...) técnicas (golpeo, control del balón en el fútbol...), tácticas (realizar el repliegue, jugada a balón parado) y también psicológicas (personalidad, habilidades de afrontamiento...). Sin embargo, comparadas con los aspectos físicos, técnicos y tácticos, las variables psicológicas no siempre han recibido la atención requerida (García Naveira, 2010).

El estudio científico de los aspectos psicológicos en el deporte es relativamente reciente (Quiñones *et al.*, 2001). En el transcurso de los últimos cuarenta años, ha surgido la Psicología de la Actividad Física y del Deporte como un Área específica de la Psicología Aplicada. Se pueden encontrar antecedentes desde hace más de cien años, sin embargo su inicio y reconocimiento se produjo en 1965 con la celebración del I Congreso Mundial de Psicología del Deporte y a la aparición de la revista internacional *Journal of Sport Psychology* en 1970. Siguiendo a Cruz (1999), podemos afirmar que en esa época existían antecedentes en España con autores como Cagigal (1962), Roig Ibáñez (1964) o Ferrer Hombravella (1965) que contribuyeron, entre otras cosas, a la celebración en Madrid, en el año 1973, del III Congreso Mundial de Psicología del Deporte.

A pesar de este empuje inicial, no fue hasta los años ochenta cuando se puede empezar a reconocer una tendencia de desarrollo en esta disciplina. La Federación Europea de Psicología de la Actividad Física y del Deporte (1996), citado por Rubio (2001, p. 256) define a la Psicología de la Actividad Física y del Deporte como:

Los fundamentos psicológicos, procesos y consecuencias de la regulación psicológica de actividades relacionadas con el deporte de una o varias personas actuando como sujeto de actividad. El foco puede ser el comportamiento o diferentes dimensiones psicológicas del

comportamiento humano, esto es las dimensiones afectivas, cognitivas, motivaciones o sensaciones motoras.

Esta especialidad de la Psicología tiene como eje básico y fundamental a la Psicología Científica y se apoya, aunque en menor medida, en los conocimientos específicos, provenientes de las Ciencias del Deporte que perfilan el ámbito de aplicación y los conocimientos complementarios adecuados para el desarrollo del área (Rubio, 2001).

Presentado el origen de la psicología deportiva y siguiendo la afirmativa de que “aunque el deporte se juega con el cuerpo, la victoria se consigue con la mente” (De Diego y Sagrado, 1997; Kerr, 2001; Moran, 2004, citados en García Naveira, 2010), diferentes autores han investigado cuales son las variables psicológicas que intervienen en la práctica y rendimiento deportivo.

IV.1.1. Diferencias en personalidad entre deportistas y no deportistas

A pesar de que no haya conclusiones definitivas sobre qué rasgos constituyen la personalidad de los deportistas (Valdés, 1998; Vealey, 1992; Wann, 1997), muchos trabajos han aportado diferencias entre deportistas y no deportistas utilizando una variedad de teorías e instrumentos. En cuanto al modelo utilizado para estudiar las diferencias individuales, destacan los presentados por Cattell (1975), Eysenck (1985) y Costa y McCrae (1995) al consolidarse como las tres teorías más influyentes en el estudio de la personalidad.

A continuación presentaremos una revisión de los principales estudios realizados sobre la personalidad de los deportistas, desde los modelos de Cattell (1975), Eysenck (1985) y Costa y McCrae (1995) y también el estudio de otros rasgos de personalidad (actividad, optimismo, perfeccionismo...) que diferentes investigadores han observado que se relacionan con la práctica deportiva.

IV.1.1.1. Estudios de la personalidad desde la teoría de Cattell (1975)

Raymond Cattell fue uno de los primeros investigadores en utilizar el análisis factorial para estudios de personalidad, a partir del cual extrajo 16 factores básicos (PF) de primer orden (Afabilidad, Razonamiento, Estabilidad, Dominancia, Animación, Atención-Normas, Atrevimiento, Sensibilidad, Vigilancia, Abstracción, Privacidad, Aprensión, Apertura-Cambio, Autosuficiencia, Perfeccionismo y Tensión), que a su vez pueden servir de análisis para otros de segundo orden (Extraversión, Ansiedad, Dureza,

Independencia y Auto-Control), que se entrecruzan formando factores de personalidad o “ergios”, los cuales tendrían un corte más motivacional y dinámico (García Naveira, 2010).

La teoría de Cattell supuso uno de los primeros modelos utilizados en el estudio de la personalidad con deportistas, pero tras revisar diez trabajos desde este modelo, no se observan conclusiones claras entre las diferentes investigaciones en el contexto deportivo. A pesar de esta estimación, algunos estudios coinciden en que los deportistas son más autosuficientes (Marrero, Martín-Albo y Nuñez, 2000; O’Connor y Webb, 1976; Renfrow y Bolton, 1979), relajados (Bolton y Renfrow, 1979; Magni, Rupolo, Simini, De Leo y Rampazzo, 1985) y estables emocionalmente (Bolton y Renfrow, 1979; Garland y Barry, 1988; Tripanthi, 1980) que los no deportistas. Los resultados principales de este trabajo se presentan en la tabla IV.1.

No obstante, los investigadores del deporte que han tenido tendencia a evaluar los rasgos a través del 16 PF de Cattell han tenido numerosas críticas (O’Sullivan, Zuckerman y Kraft, 1998). Las críticas más severas a dicho modelo, se refieren a la dificultad de reproducir o replicar la estructura de 16 factores y a la baja fiabilidad alfa o consistencia interna de los factores (Eysenck, 1986), así como a la dificultad en cuanto al grado de contrastación empírica de sus hallazgos (Pelechano, 1996).

Estos son algunos de los argumentos por los que actualmente los investigadores utilizan principalmente los modelos de Eysenck y Costa y McCrae, ya citados, que han obtenido una mayor contrastación empírica y un amplio número de trabajos con resultados compartidos, aunque no definitivos.

Tabla IV.1. Revisión de trabajos en personalidad en deportistas desde el modelo de Cattell (1975). Fuente: Elaboración propia adaptada de García Naveira (2010)

AUTOR	MUESTRA	INSTRUMENTO	RESULTADO
O'Connor y Webb (1976)	Deportistas (baloncesto, gimnasia, tenis y natación) y no deportistas	16 PF.	Deportistas mayor puntuación en: radicalismo, autosuficiencia, inteligencia y control que los no deportistas.
Bolton y Renfrow (1979)	52 mujeres adultas jóvenes corredoras y no corredoras.	16 PF.	Las jóvenes activas eran más estables y menos tensas y ansiosas que las inactivas.
Renfrow y Bolton (1979)	46 varones universitarios	16PF.	Los sujetos inactivos obtienen más puntuación en extroversión, responsabilidad y astucia. Y los sujetos activos obtienen más puntuación en recelo, liberalidad y autosuficiencia.
Tripantni (1980)	Estudiantes jugadores de fútbol y no deportistas.	16PF.	Los jugadores presentan más puntuación en extroversión, estabilidad emocional, asertividad, responsabilidad, aventurera, recelo, y menos puntuación en seriedad, dependencia de grupo, indisciplina y relajación que los no deportistas.
Valliant, Simpson-Housley y Mckelvie (1981)	61 estudiantes divididos en grupos: deportistas que compiten, deportistas que no compiten y no deportistas.	16 PF.	Los deportistas eran más dominantes y menos imaginativos que los no deportistas. Los deportistas que no competían eran menos autosuficientes que los otros dos grupos.
Magni, Rupolo, Simini, De Leo y Rampazzo (1985)	22 alpinistas de montañas.	16PF.	Los deportistas tienden a ser menos ansiosos, poseedores de un mayor ego y presentan mayor facilidad al adaptarse en diferentes situaciones.
Howard y Cunningham y Rechnitzer (1987)	121 varones directivos y profesionales.	16 PF.	Los introvertidos tiene más puntuaciones en jardinería y mejoras del hogar y los extrovertidos han presentado altas puntuaciones en pesca, natación, danza, ejercicios aeróbicos y tenis.
Garland y Barry (1988)	272 Jugadores del colegio de fútbol, divididos en 3 categorías (titular, suplente y no convocado)	16 PF.	El grupo titular estaba más orientado a la dureza mental, extraversión, estabilidad emocional, rendimiento y autoconfianza que los otros grupos.
Marrero, Martín-Albo y Núñez (2000)	64 tenistas, 63 deportistas individuales y 64 no deportistas con edades entre los 14 y 25 años.	16 PF.	Los deportistas son autosuficientes, individualistas y solidarios, además de tensos, enérgicos, impacientes e intranquilos y, por otro, reactivos y emocionalmente cambiantes.
Arbinaga y Caracuel (2008)	150 fisicoculturistas y 68 no deportistas	16PF	Los no deportistas obtienen mayores puntuaciones en las escalas razonamiento, sensibilidad y abstracción que los deportistas, mientras que estos son más perfeccionistas que los no deportistas

IV.1.1.2. Estudios de la personalidad desde la teoría de Eysenck (1985)

Hans Eysenck propone un modelo jerárquico de la personalidad consistente en conductas que varían el nivel de generalidad e importancia para la misma y que tiene tres ejes dimensionales: extroversión-extraversión, neuroticismo-estabilidad y psicoticismo-normalidad. Las personas pueden ser descritas en función del grado de Extroversión, Neuroticismo y Psicoticismo y pueden ser ubicadas en algún punto del

espacio tridimensional que estos suprafactores generan (figura IV.1.). De este modo, un sujeto no es simplemente extravertido sino que tiene algún grado de extroversión. Y las tres dimensiones deben ser tratadas como categorías no excluyentes. De allí que todo sujeto pueda ubicarse en el continuo representado por las mismas (Schmidt, Firpo, Vion, De Costa Oliván, Casella, Cuenya, Blum, y Pedrón, 2010).

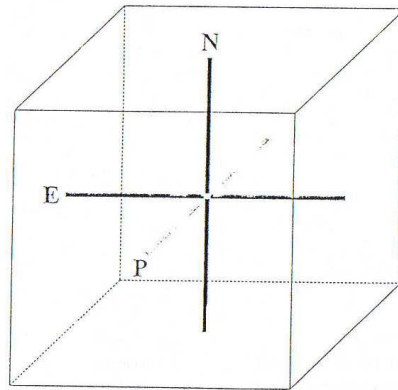


Figura IV.1. Espacio tridimensional definido por las dimensiones eysenckianas E, N y P. (Elaboración propia adaptada de Ortet, 2001)

Partiendo de una revisión de 12 estudios desde el modelo de Eysenck, los deportistas puede que se caractericen por una *mayor extroversión* (Kirkcaldy, 1982; Kirkcaldy y Furnham, 1991; Szabo, 1992; Potgieter y Venter, 1995; Yeung y Hemsley, 1997; Arai y Hisamichi, 1998; Sale, Guppy y El-Sayed, 2000; Van Loon, Tjihuis y Surtees, 2001; Mckelvie, Lemieux y Scout, 2003; De Moor *et al.*, 2006) y *menor neuroticismo* (Kirkcaldy y Furnham, 1991; Szabo, 1992; Potgieter y Venter, 1995; Droomers *et al.*, 1998; Mckelvie, Lemieux y Scout, 2003; De Moor *et al.*, 2006) que los no deportistas. Un resumen de estos trabajos se presenta en la tabla IV.2.

Tabla IV.2. Revisión de trabajos en personalidad en deportistas desde el modelo de Eysenck.
Elaboración propia adaptada de García Naveira (2010)

AUTOR	MUESTRA	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Kirkcaldy y Furnham (1991)	306 estudiantes del colegio y estudiantes de universidad.	PQ	La extroversión se asocia positivamente con las personas activas, mientras que el neuroticismo se relaciona positivamente con los participantes inactivos.
Szabo (1992)	35 estudiantes (20 mujeres y 15 varones)	EPI	Los deportistas son más extravertidos y menos neuróticos que los no deportistas.
Potgieter y Venter (1995)	116 estudiantes (61 mujeres y 55 varones)	EPI.	Mayor neuroticismo en los retirados de la actividad física, y no se observa diferencias significativas en extroversión.
Herrera y Gómez-Amor (1996)	25 mujeres (14 deportistas y 11 sedentarias)	EPQ	Se ha observado que las deportistas obtienen mayores puntuaciones en psicoticismo que las no deportistas.
Yeung y Hemsley (1997)	252 adultos activos físicamente	EPQ	El neuroticismo se asocia negativamente con la práctica deportiva, mientras que no se ha encontrado relación con psicoticismo y extroversión.
Yeung y Hemsley (1997)	46 mujeres	EPQ	La práctica deportiva se asocia positivamente con extroversión, sin embargo no se ha verificado una asociación entre psicoticismo y participación en la actividad física.
Arai y Hisamichi (1998)	22.448 adultos japoneses (8745 mujeres y 13703 varones)	EPQ	La extroversión se asocia positivamente con la actividad física, mientras que esto no se observa con neuroticismo.
Droomers, Schrijvers y Van de Mheen (1998)	2598 adultos varones y mujeres	EPQ (solo neuroticismo)	El neuroticismo se relaciona negativamente con la actividad física.
Sale y Guppy y El-Sayed (2000)	187 adultos jóvenes (80 varones y 107 mujeres)	EPI	La extroversión está significativamente relacionada con la actividad física.
Van Loon , Tijhuis y Surtees (2001)	2514 holandeses adultos (1083 varones y 1431 mujeres)	EPQ	La extroversión se asocia con la práctica deportiva en varones.
Mckelvie, Lemieux y Scout (2003)	19288 adultos holandeses y adultos gemelos	EPQ	Se ha encontrado que los deportistas puntuaban alto en extroversión y bajo en neuroticismo con respecto a los no deportistas.
De Moor, Beem y Stubbe (2006)	19288 adultos holandeses y adultos gemelos	EPQ	Aquellos que practicaban ejercicios han puntuado alto en extroversión y bajo en neuroticismo.

IV.1.1.3. Estudio de la personalidad desde la teoría de Costa y McCrae (1995)

Costa y McCrae basaron su modelo (“*Big Five*”) en un enfoque de carácter léxico, con una aproximación hacia el lenguaje natural, clasificando las conductas y las personas en cinco factores: Extroversión, Neuroticismo, Apertura a la Experiencia,

Responsabilidad y Afabilidad, cuyo interés e investigación se encuentran actualmente en aumento (Digman, 1990; John, 1990).

Tras realizar una revisión de doce investigaciones desde el modelo de Costa y McCrae, se podría decir que los deportistas se caracterizan por una mayor *extraversión* (Courneya y Hellsten, 1998; Courneya, Bobick y Schinke, 1999; Rhodes, Courneya y Bobick, 2001; Rhodes, Courneya y Hayduk, 2002; Rhodes y Courneya, 2003; Hausenblas y Giacobbi, 2004; Rhodes, Courneya y Jones, 2005; Wilson *et.al*, 2005), *estabilidad emocional* (Courneya y Hellsten, 1998; Courneya, Bobick y Schinke, 1999; Rhodes, Courneya y Bobick, 2001; Rhodes, Courneya y Hayduk, 2002; Rhodes y Courneya, 2003; Rhodes, Courneya y Jones, 2005; Wilson *et.al*, 2005) y *responsabilidad* (Courneya, Bobick y Schinke, 1999; Conner y Abraham, 2001, Courneya, y Hellsten, 1998; Rhodes, Courneya y Bobick, 2001; Rhodes, Courneya y Hayduk, 2002; Rhodes y Courneya, 2003; Rhodes, Courneya y Jones, 2005) que los no deportistas. Los resultados de estos trabajos se plasman en la tabla IV.3.

Tabla IV.3. Revisión de trabajos en personalidad en deportistas desde el modelo de Costa y McCrae (1995)

AUTOR	MUESTRA	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Courneya y Hellsten (1998)	264 estudiantes de primaria (100 varones y 164 mujeres)	NEO – FFI	La actividad física se relacionada con un menor neuroticismo y una mayor extroversión y responsabilidad.
Courneya, Bobick y Schinke (1999)	300 mujeres universitarias (M=19,6 años; 67 mujeres de clases de gimnasia (M= 25 años)	NEO – FFI	La actividad física se asocia positivamente a la extroversión y a la responsabilidad, y negativamente con el neuroticismo.
Rhodes, Courneya y Bobick (2001)	175 mujeres con metástasis de cáncer de mama supervivientes.	NEO – FFI	La actividad se relaciona negativamente con neuroticismo y positivamente con extroversión y responsabilidad.
Conner y Abraham (2001)	123 estudiantes universitarios (104 mujeres y 19 varones)	NEO – FFI	Se ha observado que existe una correlación positiva entre actividad y responsabilidad.
Courneya, Friedenreich y Sela (2002)	51 supervivientes de cáncer (43 mujeres)	NEO – FFI	Existe una relación positiva entre adherencia al ejercicio y extroversión y apertura a la experiencia, y negativa con neuroticismo.
Rhodes, Courneya y Hayduk (2002)	300 estudiantes	NEO – FFI	La extroversión y responsabilidad se relaciona positivamente con la actividad deportiva, mientras que el neuroticismo lo hace de forma negativa.
Rhodes y Courneya (2003)	n ¹ = 303 estudiantes de la escuela (223 mujeres y 80 varones) n ² = 272 supervivientes de cáncer (190 mujeres y 80 varones)	NEO – FFI	En n ¹ se ha observado una relación positiva entre actividad física y extroversión y responsabilidad, y negativa con neuroticismo, mientras que en n ² se ha verificado una importante relación positiva con extroversión.
Hausenblas y Giacobbi (2004)	390 estudiantes universitarios (187 mujeres y 203 varones)	NEO – FFI	La actividad física se relaciona positivamente con extroversión.
Giacobbi, Hausenblas y Frye (2005)	106 estudiantes del colegio (84 mujeres y 24 varones)	NEO – FFI	No se ha encontrado ninguna diferencia significativa.
Rhodes, Courneya y Jones (2005)	298 estudiantes	NEO – FFI	La extroversión y responsabilidad se relaciona positivamente con la actividad deportiva, mientras que el neuroticismo lo hace de forma negativa.
Wilson, Krueger, Gu et al. (2005)	6158 adultos (3738 mujeres y 2420 varones)	NEO – FFI	La actividad física se relaciona positivamente con extroversión y negativamente neuroticismo.

Un resumen de todo lo presentado, nos indica como los modelos de Eysenck (1985) y Costa y McCrae (1995) van en la línea planteada por las revisiones realizadas por Rhodes y Smith (2006) y García Naveira (2007), en la que la extroversión, estabilidad emocional y responsabilidad han sido identificadas como correlatos de la actividad física, mientras que los rasgos de apertura a la experiencia y afabilidad del

modelo Big-Five, y el rasgo psicoticismo del modelo de Eysenck no fueron asociados a ella. En cuanto al modelo de Cattell (1975), no se observa consistencia en los resultados obtenidos.

IV.1.1.4. Otros rasgos de personalidad del deportista

Además de las variables anteriormente revisadas, los investigadores han estudiado las diferencias entre deportistas y no deportistas desde otros modelos y rasgos de personalidad (actividad, resistencia mental, dominio, agresividad, optimismo y perfeccionismo y ansiedad). A continuación se muestran cada una de estas variables.

Actividad

Varios autores han identificado la actividad como un rasgo importante de la personalidad en la práctica deportiva. El término actividad es considerado como un sub-rasgo de extraversión y responsabilidad y representa una predisposición hacia estar ocupado y enérgico, y una preferencia a llevar una vida rápida y activa (Rhodes, Courneya y Jones, 2002, citados en García Naveira, 2010). Además, en el término actividad se encuentran inherentes características como competitividad, compromiso, hiperactividad y ambición, que engendran el dinamismo psíquico atribuido al deportista y que le distingue significativamente del resto de la población no deportista (Missoum y La Forestrie, 1983, citado en Pascual, 1989).

Distintos estudios señalan que efectivamente es posible que los deportistas sean más activos que los no deportistas. Prueba de ello es el estudio presentado por O`Sullivan, Zuckerman y Kraft (1998), los que a través del cuestionario el Zukerman - Kuhlman Personality Questionare (ZKPQ) en una muestra de 176 deportistas (fútbol, béisbol, hockey hierba y equitación), descubren que los deportistas puntuaban más alto en actividad que los no deportistas. Por su parte, Rhodes, Courneya y Jones (2002, 2004) aplicaron el NEOFII y la Teoría del Comportamiento Planificado (TPB) con muestras de estudiantes (respectivamente, 300 y 298 individuos), y obtuvieron una relación positiva entre actividad y práctica deportiva.

Dureza y resistencia mental

Loehr (1986) hace referencia al concepto de dureza mental (mental toughness) como la capacidad que tienen las personas para hacer frente a la presión de modo que le permita actuar de forma relajada, tranquila y con energía positiva ante una crisis o

adversidad. En esta línea, Jones, Hanton y Connaughton (2002) definen la dureza mental como una respuesta psicológica ante la presión, una habilidad para superar el fracaso, una persistencia ante la adversidad, una forma de resistencia mental (hardiness). Las revisiones realizadas por Alderman (1983) y Marrero (1989) concluyen que los deportistas poseen una mayor dureza mental que los no deportistas (García Naveira, 2010).

Dominio

El dominio se entiende como la conducta de influir, controlar o dominar que tiene la persona o grupo sobre otros en territorios propios o ajenos (Gil, 1999). Diferentes revisiones (Alderman, 1983; Marrero, 1989; Valdés, 1998) presentan a los deportistas como personas más dominantes en sus relaciones sociales que los no deportistas. Por ejemplo, Thakur y Thakur (1980) aplicaron siete tarjetas del TAT a una muestra de 36 deportistas y 36 no deportistas con una media en edad de 18,64 años. Los resultados indican que los deportistas son más dominantes que los no deportistas. Aamodt, Alexander y Kimbrough (1982) utilizaron el Personal Profile System (PPS) en una muestra de 51 no deportistas y 78 deportistas (fútbol y béisbol). Los datos señalan que los deportistas de equipo son más dominantes y menos pacientes que los no deportistas.

Agresividad

La agresividad puede ser considerada como un rasgo de personalidad, una tendencia a comportarse de forma agresiva ante diferentes situaciones (Morales et al., 1994). La agresividad y la cólera se han identificado como predictores del comportamiento agresivo (Maxwell, 2004; Maxwell y Moores, 2007). En esta línea, Maxwell (2004, p. 280) define la agresión en el deporte como “*cualquier comportamiento (intencional), no reconocido legalmente dentro de las reglas oficiales de comportamiento, dirigidas hacia el rival, árbitro, compañero de equipo o espectador que es motivado para evitar dicho comportamiento*”. Revisiones como las de Alderman (1983) y Valdés (1998) señalaron que los deportistas son más agresivos que los no deportistas. En el estudio presentado por Storch, Werner, y Storch (2003) se analizó la relación entre la agresión relacional y el ajuste psicosocial en 105 estudiantes de Estados Unidos que practicaban diferentes deportes (fútbol, baloncesto, natación, tenis y voleibol). Los resultados muestran que la agresión relacional correlacionó positivamente

con el rechazo entre iguales y el uso del alcohol para mujeres, y negativamente con conductas prosociales sólo en mujeres.

Optimismo

Los optimistas son personas que tienen expectativas y percepciones positivas sobre su vida, mientras que los individuos pesimistas tienden a representar su vida de forma negativa, siendo el futuro algo indeseable (Scheier y Carver, 2003). Por una parte, Schneider (2001) diferencia entre optimistas realistas (análisis propio y del ambiente en el que se desenvuelve) y optimistas poco realistas (creencia deseada sin comprobación de la realidad), por otra, Wilson, Raglin y Pritchard (2002) diferencian entre el pesimista defensivo (estrategia para defenderse de la baja expectativa de capacidad y resultado) y el pesimismo verdadero (valoración negativa real de la situación y de sus capacidades). Son pocos los trabajos que estudian el rasgo de optimismo, aunque los resultados tienden a indicar que los deportistas son más optimistas que los no deportistas (Alderman, 1983).

Perfeccionismo

El perfeccionismo es tradicionalmente considerado un rasgo de personalidad (Hewitt y Flett, 1991). El perfeccionismo se caracteriza por frecuentes cogniciones sobre el logro ideal del rendimiento y está asociado a una variedad amplia de correlativos psicológicos, emocionales y del comportamiento (Koivula, Hassmén, y Falby, 2002). Es visto por muchos investigadores como un constructo multidimensional (Gotwals, Dunn y Wayment, 2003; Flett y Hewitt, 2002). Además, Terry-Short, Owens, Slade y Dewey (1995) y Haase, Prapavessis y Owens (2002) diferenciaron, desde una perspectiva adaptativa del funcionamiento, entre un perfeccionismo positivo (adecuado) y un perfeccionismo negativo (exceso). Los perfeccionistas desadaptados tienden a ser muy exigentes con su rendimiento, excesivamente preocupados y críticos con sus errores e insatisfechos con sus actuaciones. Incluyen dimensiones negativas (preocupaciones, dudas y miedo por las acciones) y un descenso del rendimiento. Por el contrario, los perfeccionistas adaptados son exigentes con su rendimiento, pero se ven exitosos aún cuando ese rendimiento no se consigue completamente. Integran dimensiones positivas (esfuerzo hacia el logro, satisfacción y autoestima) y un aumento del rendimiento.

Aunque no hay muchos trabajos que lo confirmen, los deportistas son más perfeccionistas que los no deportistas (Davis y Scott-Robertson, 2000). Por ejemplo, Arbinaga y Caracuel (2008) analizaron la personalidad mediante el 16 PF de 218 participantes, de los cuales 71 eran fisicoculturistas competidores, 79 fisicoculturistas no competidores y 68 sedentarios. Los resultados indican que los deportistas (ambos grupos) son más perfeccionistas que los no deportistas.

Un resumen de las variables psicológicas expuestas hasta el momento nos muestra qué otros rasgos, a parte de las tres grandes teorías presentadas en el apartado 1.1., caracterizan a los deportistas. En la revisión realizada, podemos afirmar que los deportistas destacan por una mayor actividad, dureza mental, dominio, agresividad, optimismo y perfeccionismo que los no deportistas.

Ansiedad

En términos muy generales, la ansiedad está caracterizada por el nerviosismo, miedos o temores, presentimientos negativos, además de diversos signos físicos tales como sudoración o aumento de la tasa cardiaca, entre otros indicadores de la activación simpática. Se trata de una respuesta emocional habitualmente originada por el temor de que ocurra algo no deseado, peligroso o perjudicial para el sujeto (Navarro, Amar, González, 1995). En términos más específicos, la ansiedad es una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba tanto aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y también unos aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos (Tobal, 1990).

En cuanto al estudio realizado en torno a la ansiedad de los deportistas nos encontramos con una pequeña controversia que exponemos a continuación:

De una parte, las revisiones realizadas por Eysenck, Nias y Cox (1982) y Cox (2002) describieron al deportista como una persona imperturbable y con poca ansiedad. Además, desde la psicología de la salud, la influencia del ejercicio físico ha sido especialmente investigada en los fenómenos de ansiedad. En general, la mayoría de las revisiones concluyen que se han observado efectos moderados, aunque significativos, del ejercicio físico en la reducción de la ansiedad. Cabe destacar que tanto el nivel del deporte como la intensidad del mismo, afectan de manera diferente a la ansiedad. En este sentido, autores como Calfas y Taylor (1994) y Brassington y Hicks (1995) refieren

que el ejercicio aeróbico suave de 5 a 30 minutos y al 30-60 % de intensidad puede disminuir la ansiedad. Gutiérrez Calvo, Espino, Palenzuela y Jiménez (1997) midieron el rasgo de ansiedad general (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975), el rasgo de ansiedad ante la evaluación (Spielberger et al., 1980) y los factores de tensión y trastornos psicosomáticos (Goldberg, 1978) a una muestra de 104 estudiantes universitarios cuya media de edad era de 21.3 años. Los estudiantes que practican deporte obtuvieron un nivel menor de ansiedad general, trastornos psicosomáticos y tensión respecto al grupo de no deportistas. Remor y Pérez- Llantada (2007) evaluaron mediante autoinforme la frecuencia de la actividad física, hábitos de salud, estrés (Remor, 2006) y experiencias de síntomas de malestar físico (Remor, Amorós y Carrobes, 2006) de una muestra de 124 individuos (71 mujeres y 53 hombres) con edades comprendidas entre los 18 y los 30 años ($M=22.4$; $DT=2.6$). Los resultados indicaron que los individuos activos físicamente presentaron menores niveles de estrés, menor frecuencia e intensidad de experiencias de síntomas de malestar físico en comparación con los individuos inactivos.

Por el contrario, también han sido numerosas las investigaciones desarrolladas en las últimas décadas con la finalidad de perfilar los estados emocionales precompetitivos y su influencia posterior en la competición. De todos es sabido que existen situaciones de competición deportiva, donde el deportista debe enfrentarse a hechos en los que el tiempo, los resultados y, en muchas ocasiones, las consecuencias de su rendimiento pueden determinar su futuro como deportista o profesional del deporte (salir o no del equipo titular, formar parte de la selección olímpica, alcanzar medalla, etc.) pudiendo originar un alto nivel de ansiedad. Este hecho se ha considerado como un elemento interfiriente sobre el rendimiento deportivo ya que se generan unos efectos negativos sobre el rendimiento del deportista, inhibe de alguna manera sus habilidades motrices finas que resultan imprescindibles en algunos tipos de deportes, y disminuye la capacidad para la toma de decisiones (Navarro, Amar, González, 1995).

Según Martimortugués (citado en Hernández, 2005) la práctica deportiva y competitiva es una situación de estrés que genera altos niveles de ansiedad en los participantes. En esta línea Harris y Harris (1992) afirman que tener un pensamiento irracional o demasiado alejado de la propia realidad deportiva, puede generar ansiedad y lograr desequilibrar emocionalmente llegando a alterar la actuación deportiva. Por otro lado Conroy y Metzler (2004), encontraron que el autodiálogo de miedo al fracaso se asocia a la ansiedad en el deporte. Como podemos comprobar son muchos los trabajos que relacionan las manifestaciones y consecuencias de la ansiedad como posible fuente

de estrés. De tal manera que la ansiedad cognitiva o preocupación por el fracaso y sus consecuencias negativas suponen un incremento en la activación del participante (respuestas somáticas), haciendo que se pueda ver perjudicado el rendimiento deportivo o competitivo (Craft, Magyar, Becker y Feltz, 2003; Focht y Hausenblas, 2003; Ruiz y Hanin, 2003; Conroy y Metzler, 2004; Kruisselbrink, Dodge, Swanburg y MacLeod, 2004; Thomas, Maynard y Hanton, 2004; Hernández, 2005; Kowalski, Crocker, Hoar y Niefer, 2005; Jordet, Elferink- Gemser, Lemmink y Visscher, 2006).

Sin embargo a pesar de las afirmaciones presentadas, es necesario recordar que la actividad cognitiva es una precondition necesaria para la emoción. Los cambios fisiológicos son una parte imprescindible en el proceso emocional pero su significación viene modulada por los factores cognitivos (Palmero, 2000). Al darse la respuesta fisiológica de ansiedad, se activa el Sistema Nervioso Autónomo en su rama del Sistema Nervioso Simpático (Carlson, 1996; Olmedilla, Garcés de los Fayos y Nieto, 2002; Martimortugués, citado en Hernández, 2005):

- ▲ Frecuencia cardiaca
- ▲ Presión sanguínea
- ▲ Frecuencia respiratoria
- ▲ Sudoración
- ▲ Respuesta de la conductancia de la piel
- ▲ Dilatación pupilar
- ▲ Motilidad gástrica
- ▼ Volumen de pulso periférico
- ▼ Temperatura periférica

La temperatura periférica de la piel depende de las variaciones en el flujo sanguíneo que circula a través de ella. Si hay vasodilatación entonces habrá un incremento en el flujo sanguíneo y una mayor temperatura periférica. La vasoconstricción disminuye el tamaño de los vasos sanguíneos y restringe el flujo sanguíneo, entonces disminuye la temperatura periférica que a su vez nos indica que puede estar asociada con la ansiedad (Barrera, 1996). Diversas investigaciones mencionan que los cambios en la temperatura de la piel permiten inferir acerca de varios estados emocionales, por ejemplo que una situación amenazante produce frío en las manos y esto se asocia a la tensión o ansiedad. En cambio un estado de relajación o situación positiva genera calor en las manos (McFarland, 1985 citado en McFarland y

Kennison, 1989; McFarland y Kennison, 1989; Hiroti y Hiari, 1990 citado en Rimm-Kaufman y Kagan, 1996; Ganong, 1990; Rimm-Kaufman y Kagan, 1996; Blanchard y Adrasik, 1985, citados en Salamano y Sánchez, 1992; Salamano y Sánchez, 1992).

En el caso de la Frecuencia Cardíaca (FC) se considera una variable muy sensible al estrés. En el laboratorio se obtiene generalmente un incremento de la FC tras la utilización de diversos factores estresantes como hablar en público, las tareas aritméticas y las tareas de tiempo de reacción (Moya y Salvador, 2002). Investigadores como Gutiérrez, Amat, Ruiz y Sanchis (1994); Guirado, Miquel, Martínez-Sanchis, Carrasco, González-Bono y Suay (1995) mencionan que la Frecuencia Cardíaca se utiliza como medida para la evaluación de la ansiedad.

Presentadas las dos postulaciones, el estudio de la ansiedad permanece abierto a su debate encontrándose resultados diferentes en función del nivel de competición o modalidad deportiva.

IV.1.2. Diferencias en personalidad en función del deporte

En cuanto a las diferencias en personalidad entre atletas según el deporte que practican, hay menos acuerdo en cómo ciertas características de personalidad pueden ser propias de un deporte u otro (Wann, 1997). Es por ello que presentamos los resultados de la siguiente manera:

a) En primer lugar, se han encontrado las diferencias más claras en personalidad cuando se comparan deportes de riesgo con otros deportes de menor riesgo (García Naveira, 2010).

b) Cuando se pretende analizar la modalidad deportiva en cuestión, destacamos el estudio presentado por Rodríguez (2003), a través de la Batería de test Psicológicos para Deportistas de Competición (Fernández, Fernández y Mielgo, 1999) el cual aplicó a una muestra de deportistas de distintos deportes. Los resultados mostraron que los deportistas de triatlón, artes marciales y waterpolo, alcanzan mayores puntuaciones en personalidad (autocontrol, control de la ansiedad, autoestima y auto-eficacia) que los deportistas de otras disciplinas deportivas. En cambio, natación y natación sincronizada obtienen puntuaciones más bajas.

c) Con respecto al rasgo narcisismo, se han obtenido igualmente diversos resultados relevantes, de esta manera Carroll (1989) evaluó mediante el *Narcissistic Personality Inventory* (NPI) la personalidad de 60 culturistas (44 hombres y 16 mujeres), 77 atletas de varias disciplinas y 95 estudiantes no deportistas. Los resultados

presentan un mayor narcisismo en los fisicoculturistas (escala egocentrismo) frente a los deportistas y no deportistas. En esta línea, Salvador y Oberst (2005) aplicaron el *Narcissistic Personality Inventory* (NPI) a una muestra de 117 deportistas adultos (60 deportistas de musculación (30 hombres y 30 mujeres) y 57 deportistas de natación (27 hombres y 30 mujeres) pertenecientes a un contexto recreacional. Los resultados indican que no existen diferencias de género en el rasgo y sub-rasgos de narcisismo, pero sí se observan diferencias significativas en el sub-rasgo vanidad (contemplación y sobrevaloración de la propia belleza, sobre todo a través de la imagen corporal) cuando se tiene en cuenta el tipo de deporte, donde los deportistas que practican musculación obtienen puntuaciones mayores que los nadadores. Los deportistas que practican musculación tienen una contemplación y sobrevaloración de la propia belleza, sobre todo a través de la imagen corporal.

d) Al comparar deportistas de modalidad individual frente a deportistas de modalidad grupal, sí se ha obtenido un mayor número de investigaciones con consenso en los resultados. Analizando la revisión realizada, se observa que los rasgos relacionados con aspectos sociales caracterizan a los deportistas que practican deportes de equipo. Los estudios sugieren que los deportistas de deportes de equipo son más extravertidos (Cox, 2002; Rhodes y Smith, 2006; Schurr, Ashley y Joy, 1977; Weingarten, 1982) que los deportistas de deportes individual, mientras que estos son más introvertidos (Eysenck et al., 1982; Weingarten, 1982), aunque no siempre se obtienen diferencias en extroversión entre ambos grupos (Bara, Scipiao y Guillén, 2004). Además, los deportistas de equipo tienen una mayor dependencia (Cox, 2002; Schurr, Ashley y Joy, 1977), autorrealización (confianza y buen humor) y espíritu humanitario -autodominio y responsabilidad social- (Bara, Scipiao y Guillén, 2004) que los deportistas individuales. Respecto a los rasgos agresividad y neuroticismo, los investigadores no siempre obtienen los mismos resultados. Mientras algunos trabajos presentan a los deportistas de equipo como más agresivos y a los deportistas individuales como más estables emocionalmente (Cox, 2002), otras investigaciones caracterizan a los deportistas individuales como más agresivos y a los deportistas de equipo como más estables emocionalmente (Bara, Scipiao y Guillén, 2004). Además, los deportistas de equipo son más ansiosos (Cox, 2002; Schurr, Ashley y Joy, 1977) que los deportistas individuales, y estos tienen una mayor objetividad y razonamiento abstracto (Schurr, Ashley y Joy, 1977).

Asimismo, los deportistas de deportes individuales como el tenis, tienden a la autosuficiencia e individualidad (Marrero, Martín-Albo y Núñez, 2000), satisfaciendo

sus propias necesidades. Por el contrario, los deportistas de deportes de equipo como el fútbol tienden a satisfacer sus propias necesidades y la de los demás (García Naveira, 2004, 2007a), planteándose metas individuales y metas grupales (Morales y Naveira, 2001), aunque la alta competición puede favorecer a que los deportistas tiendan a actuar sin tener en cuenta los intereses de los demás y del grupo (Pelegrín, 2005).

Relacionado con el planteamiento de metas grupales, se encuentran las variables colaboración y cohesión. En los deportes de equipo como el fútbol, los jugadores de mayor categoría son más colaboradores y están más cohesionados que los de menor categoría (Rodríguez, 2003), mientras que en un deporte individual como el ciclismo, los deportistas de mayor nivel son menos colaboradores que los de menor nivel (Gat y McWhirter, 1998). Principalmente, la valoración de la cohesión de los futbolistas (García, Rodríguez, Andrade y Arce, 2006) y la cooperación interpersonal deportiva (García Mas, Olmedilla, Morilla, Rivas, García, y Ortega, 2006) son importantes como variables que explican la dinámica interna de los equipos deportivos.

En resumen, el estudio de la personalidad en función del tipo o modalidad deportiva, se encuentra en un período de reafirmación (García Naveira, 2010). Algunos trabajos señalan unos rasgos que diferencian a cada actividad deportiva, pero aún se requiere un mayor número de estudios que lo confirmen. En general, podemos afirmar que los *deportistas de deportes de riesgo* se caracterizan por la búsqueda de sensaciones y apertura a la experiencia, mientras que los *deportistas de modalidad grupal* destacan por aspectos sociales como la extraversión, dependencia, agresividad, autodominio y responsabilidad social, y por una menor ansiedad, estabilidad emocional y razonamiento abstracto, y también, por una mayor confianza y buen humor que los deportistas de deportes individuales. Si incidimos en alguna modalidad deportiva en concreto, los resultados señalan un posible perfil narcisista del fisicoculturista. Además de esto, los deportistas de equipo tienden a satisfacer sus propias necesidades y las del grupo, mientras que los deportistas de deportes individuales tienden al individualismo.

IV.2. FISICOCULTURISMO

En primer lugar creemos conveniente aclarar la diferencia entre culturismo y fisicoculturismo ya que el primero consiste en la utilización de pesas para provocar en el cuerpo una serie de cambios adaptativos con el objetivo de lograr una adecuada mezcla de volumen, musculosidad, simetría y proporción¹, y por fisicoculturismo entendemos aquella práctica que engloba rutinas de entrenamiento, dietas restrictivas, uso de suplementación y ayudas ergogénicas que favorecen la creación del músculo, todo ello orientado a la competición; por lo que se podría decir que el fisicoculturismo es la evolución histórica del culturismo (González Martín, 2011).

Haciendo alusión a la tesis doctoral de González Martín (2011, p. 123),

Las personas que practican fisicoculturismo son aquellas que entrenan para obtener un cuerpo musculoso como fin (producto) y cuya motivación para realizarlo es extrínseca, para poder competir. Y las personas que practican culturismo lo hacen para mantener un estilo de vida saludable (proceso), en este caso su motivación hacia la práctica del levantamiento de pesas es intrínseca.

En cuanto a fisicoculturismo se refiere, antes de iniciarse la competición los deportistas suelen ser pesados y tallados, lo cual permite clasificar al sujeto en la categoría dentro de la cual va a competir. El desarrollo de la competición se organiza en tres momentos (Ibarzábal y Caracuel, 2005):

- Las “*poses obligatorias*”, las cuales son: De frente y doble bíceps, de frente y expansión dorsal, de perfil y caja torácica, de espalda y doble bíceps, de espalda y expansión dorsal, de perfil y tríceps, de frente con abdominales y piernas.

- Un minuto de “*poses libres con coreografía*”. En esta parte, el fisicoculturista realiza al ritmo de una música una coreografía en la que los pasos predominantes suelen ser aquellas poses que marcan mejor sus músculos. La valoración que el jurado realiza a estas rutinas, es la manifestación de sentimientos o expresión corporal que el participante ha transmitido.

- Y por último un minuto de “*posedown*” o de poses libres donde están presentes todos los sujetos competidores de la misma categoría.

El panel de jueces otorga las puntuaciones basándose principalmente en las poses obligatorias, que serán el núcleo central de la prueba, y también complementando las puntuaciones con las fases posteriores. Los criterios sobre los que realizan la valoración de forma genérica podríamos decir que son: disponer de físicos armoniosos y

¹ Diccionario la Lengua Española: ultr.: pág. 116; Barcelona, 1996.

clásicos, buscando también buena postura en la pose, disposición atlética y estructura armónica correcta (buena constitución, amplios hombros, pecho alto, curvas espinales fisiológicas, miembros y tronco en buena proporción, piernas rectas) y otras consideraciones que sobre la piel y la constitución del sujeto se valoran de forma secundaria, pero no menos importante. Los jueces podrán solicitar comparaciones específicas entre competidores y en ellas se realizan valoraciones más detalladas de los diversos grupos musculares que se contrastan, buscando en estos casos valorar las densidades, tamaños y definiciones musculares, pero siempre teniendo en cuenta el desarrollo general equilibrado.

Para lograr un buen resultado, los fisicoculturistas llevan a cabo una serie de conductas tales como largos días de entrenamiento de pesas en el gimnasio, dietas restrictivas ricas en proteínas y carbohidratos, uso de ayudas ergogénicas permitidas, y en ocasiones también no permitidas; al igual que algunos rituales previos a la competición, tales como la depilación total (de esta manera se aprecian mejor los músculos) o el bronceado (la obtención de este se puede conseguir tanto de manera natural como sintética), y aun así, aunque el fisicoculturista se encuentre bronceado, su entrenador administra antes de la competición un barniz de color oro en la piel con el fin de que se aprecie mejor los músculos de su atleta. Según Cianti (1995, p. 176), citado en González Martín (2011), *“un físico perfecto pero sin bronceado parece blanducho”*.

Teniendo en cuenta las características de estas modalidades deportivas, no es de extrañar que los fisicoculturistas y culturistas tengan más probabilidad de padecer vigorexia que otro tipo de colectivo social, ya que basan su vida en la constante búsqueda del cuerpo perfecto, poniendo en peligro su salud con el uso abusivo de sustancias prohibidas, con el fin de alcanzar un cuerpo más definido, más fuerte, más simétrico y más grande (González Martín, 2011).

IV.2.1. Efectos del fisicoculturismo sobre el deportista

La práctica de esta modalidad deportiva conlleva una serie de consecuencias físicas, psicológicas o sociales, las cuales hemos dividido en dos apartados opuestos:

- En primer lugar, presentamos una serie de **efectos positivos** que son causados a consecuencia de la práctica fisicoculturista:

Según Pearl (2002) son muchos los beneficios del entrenamiento con pesas, entre los que destacan: mejor salud general, mejor imagen mental personal, mejor

perspectiva mental, aumento de la fortaleza física, aumento del rendimiento en otras actividades, incremento de la confianza personal, mejora de la relajación física y mental, intensificación del afán personal de ascenso social y ocupacional y mejor aspecto en general, la mejora de la higiene personal y los hábitos alimenticios y nutricionales, mayor incentivo para mejorar el estatus social, mayor capacidad de influir sobre amigos y compañeros, ser objeto de envidia y admiración por parte de amigos y compañeros y obtención de un físico que llame la atención (Pearl, 2002, p. 19).

Probablemente estos beneficios son los que incitan al aumento de matrículas en los gimnasios, donde la sala de musculación predomina sobre otras; un dato que corrobora esta participación es el resultante de la Federación de Fisicoculturismo conformándose como la séptima federación más grande de todos los deportes, debido al gran número de personas federadas que practican esta disciplina (Baile, 2005; Hitt, 2000, en González Martín, 2011).

Todo esto sin contar la influencia que un cuerpo musculado ejerce en el ámbito social, donde la apariencia prima por encima de otros valores personales, Schwarzenegger (1982), en su libro *Vestíbulo* expuso que un cuerpo sano es el más musculoso dentro de las posibilidades de cada persona y además denota triunfo social.

- En segundo lugar, y como contraposición al apartado anterior, la práctica del levantamiento de pesas también puede acarrear una serie de **efectos negativos** en el deportista:

Estos son, según Pearl (2002, p. 9):

El elemento tiempo, el elemento coste, el posible desarrollo de una actitud narcisista, interferencias con las obligaciones familiares, sociales y ocupacionales, tropiezo con posibles frustraciones al buscar asesoramiento y guía para un mejoramiento físico y continuado, posible disminución del interés y participación en otras actividades físicas, adhesión a un estilo de vida más riguroso, restricción de hábitos alimentarios, de sueño y sociales más amplios, posible pérdida de interés y participación en actividades sociales y ocupacionales y frustración originada por la no obtención de los objetivos físicos personales.

El individualismo en este deporte es patente, es por ello que el mismo autor (Pearl, 2002) indica que las personas que practican un deporte colectivo y que perciben falta de reconocimiento individual, consideran el culturismo o fisicoculturismo como una posibilidad de triunfo personal (Pearl, 2002), afirmativa que va en la misma línea del estudio presentado por Klein (1985) el cual señala que el culturismo y fisicoculturismo atrae a personas solitarias debido al alto grado de individualismo que involucra el propio deporte (Klein, 1985 citado por Hitt). A esto añadimos, las palabras

de González Martín (2011): “*El estilo de vida aislado de estos deportistas, refuerza la persecución persistente de desarrollar sus músculos*”.

IV.2.2. Relación entre fisicoculturismo, culturismo y vigorexia

Bajo la premisa de que la vigorexia prevalece en levantadores de pesas, culturistas y fisicoculturistas (Olivardia *et al.*, 2000; Pope *et al.*, 1993; Pope *et al.*, 2000a), en este apartado abordaremos la relación vinculante entre las personas que realizan este tipo de práctica deportiva con la incidencia de padecer vigorexia. Para ello analizamos algunos comportamientos asociados al riesgo de padecer vigorexia (González Martín, 2011).

IV.2.2.1. Dependencia al levantamiento de pesas

Este tipo de deportistas gastan una media de 6 horas diarias en el gimnasio, realizando levantamiento de pesas fundamentalmente. Si su actividad se ve modificada, sufren un sentimiento de culpa, de preocupación y de ansiedad extrema (Facchini, 2006) para compensar este sentimiento, realizan horas extras de levantamiento de pesas (Pope *et al.*, 1997).

El ejercicio compulsivo de levantar pesas como objetivo del cuerpo musculoso que persiguen estas personas, acarrea serios problemas sociales llegando a verse sacrificadas hasta las relaciones más afines (Hernández *et al.*, 2005, citado en González Martín, 2011). De esta manera comienzan reduciendo tiempo con los amigos e incluso con las parejas para emplearlo en el gimnasio, de tal forma que acaban sustituyendo a sus amigos de siempre, por nuevos compañeros de entrenamiento. Una de las características frecuentes en personas que sufren vigorexia, es que se despidan de su trabajo o abandonen los estudios, para poder emprender su nuevo trabajo como entrenador personal. De esta forma pueden desarrollar sus rutinas en el gimnasio entrenando para ellos mismos y además planificando el entrenamiento de otros (Baile, 2005; Pope *et al.*, 2000a). Sintiendo aliviados cuando el cliente no puede acudir a su cita de entrenamiento porque eso significa que puede emplear ese tiempo en su propio beneficio (Olivardia, 2001).

IV.2.2.2. Conductas de verificación

Este comportamiento se basa en comparar continuamente sus cuerpos con las demás personas de su misma talla (Pope *et al.*, 1997), mirarse al espejo constantemente para comprobar el cambio corporal producido tras los entrenamientos (Ragg y Brothman, 2004), pesarse varias veces diarias para comprobar el aumento de masa muscular y preguntar a familiares y amigos si detectan aumento muscular en sus cuerpos (Pope *et al.*, 2000). El promedio de ocasiones que pueden llegar a mirarse ante el espejo es de 9.2 veces al día y en los casos de vigorexia más severos, el promedio está en 50 veces al día (Olivardia, 2001; Pope *et al.*, 2000).

IV.2.2.3. Insatisfacción muscular

Las personas que padecen vigorexia, nunca están satisfechos con su propio cuerpo debido a la insatisfacción muscular que padecen, por lo que se auto-percibirán siempre débiles a pesar de no serlo (Pope *et al.*, 1993; Pope *et al.*, 2000). El deseo de aumentar su masa muscular les posiciona en una competición consigo mismo, para llegar hasta el límite máximo que puedan alcanzar sus músculos (Danny *et al.*, 2001, citado en González Martín, 2011).

Estas personas emplean un promedio de tres horas diarias pensando en la insatisfacción muscular que padecen (Schnirring, 2000). Otros autores (Bartlett, 2001; Pope *et al.*, 2000) afirman que estos pensamientos están presentes a todas horas del día. Un estudio que ratifica lo expresado, es el realizado por Olivardia (2001), en el que indica que estas personas gastan una media de 325 minutos, más de cinco horas al día, pensando lo pequeños que son o pensando cómo pueden llegar a ser más fuertes.

IV.2.2.4. Dietas

Este comportamiento se encuentra íntimamente ligado al riesgo de padecer vigorexia, puesto que la excesiva rigurosidad con la que los culturistas y fisicoculturistas llevan a cabo sus dietas, les hace ser vulnerables de padecer un TCA. Como se expuso en el Capítulo 3 de la parte teórica de este trabajo², dichas dietas se caracterizan por ser ricas en proteínas e hidratos de carbono y pobres en grasa, lo que hace que el deportista se obsesione, tanto en la preparación diaria de la misma, como en la ingesta adecuada de los alimentos preparados. Este hecho acompañado a la alteración

² Capítulo 3: Trastornos de la Conducta Alimentaria.

de la imagen corporal que sufren, relacionan a la vigorexia bajo el prisma de un TCA (González Marín, 2011).

IV.2.2.5. Lesión

Los deportistas que padecen este trastorno pueden realizar conductas y comportamientos autodestructivos, como por ejemplo, continuar levantando pesas aun estando lesionado (Maida y Armstrong, 2005). Para soportar la carga de entrenamiento diaria utilizan suplementos y ayudas ergogénicas en su alimentación para favorecer el desarrollo muscular, tales como batidos de proteínas, creatina, o aminoácidos ramificados. Pero a veces las ayudas ergogénicas no están permitidas en el deporte por sus contraindicaciones para la salud. Tal es el caso del uso de endorfinas y morfina que ayudan a soportar el dolor y cansancio provocado por las rutinas de entrenamiento y el uso-abuso de esteroides anabolizantes androgénicos como favorecedor de la aparición del músculo de forma sobrenatural.

IV.2.2.6. Aislamiento social

El hecho de pasar tanto tiempo en el gimnasio, hace que descuiden las relaciones sociales, perdiendo amistades e incluso no socializándose con sus familiares, debido también a la hipótesis de que estar con otras personas o en otros lugares que no sea el propio gimnasio, les crea una situación de ansiedad. Las relaciones íntimas también se ven perjudicadas en los casos extremos de vigorexia, debido a que las personas que la padecen dejan de hacer el amor con sus parejas por la convicción de que en el acto sexual pueden perder masa muscular (González Martín, 2011). Además en otros casos extremos, evitan besar a la pareja por temor a que le pueda transmitir, mediante la saliva, grasa de alimentos que la pareja haya ingerido (Olivardia, 2001; Pope *et al.*, 2000 citado en González Martín, 2011).

IV.2.2.7. Mentalidad tradicional

Los culturistas y fisicoculturistas que padecen este trastorno se caracterizan por tener una mentalidad tradicional. Esto se explica a través del mito de Adonis, cuyo nombre es adoptado por el trastorno de la vigorexia, unido a lo que Klein (1985) denomina como femifobia, miedo a no ser suficientemente masculino, (citado por

Facchini, 2006), el cual hace que los hombres piensen que deben mostrar su virilidad (Facchini, 2006).

IV.2.2.8. Uso de ayudas ergogénicas y suplementación

Los dolores de articulaciones, músculos y tendones que deben soportar los fisicoculturistas, provocan en ocasiones el consumo de ayudas exógenas, en concreto Esteroides Anabolizantes Androgénicos (EAA), que ayudan a soportar el dolor causado por las rutinas de entrenamiento (Kanayama et al., 2006; Pope *et al.*, 2000). El uso-abuso de EAA viene justificado por el aumento de la masa muscular y por tanto la mejora del rendimiento, reducción de la fatiga y además facilitan una mayor recuperación como consecuencia del arduo entrenamiento de fuerza realizado.

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO V: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO V. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En el capítulo que se presenta a continuación se pretenden abordar diferentes aspectos metodológicos de la investigación cometida, tales como los problemas y objetivos de investigación planteados, la información de la muestra analizada, la naturaleza de la metodología que hemos empleado, los instrumentos utilizados para la extracción de datos requeridos, y el procedimiento llevado a cabo en las diferentes etapas de investigación.

V.1. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

Tras realizar las precisiones conceptuales en cuanto a vigorexia, y llevar a cabo el estudio de los capítulos presentados, el problema de nuestra investigación pretende dar respuesta a tres aspectos fundamentales que formulamos a través de las siguientes cuestiones:

Problema 1.

¿Podemos llegar a determinar una posible prevalencia de personas afectadas en vigorexia como variable principal de nuestro estudio, y a la misma vez conocer las características socio-demográficas, personales y psicológicas de la muestra?

Problema 2.

¿Es posible analizar, o valorar la existencia de relación, a nivel estadístico, entre las variables investigadas (socio-demográficas, personales y psicológicas) en función de la variable de estudio (vigorexia)?

Problema 3.

¿Sería posible encontrar, a través de las cuestiones analizadas, unas posibles variables predictoras como estudio de la vigorexia?

V.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

V.2.1. Objetivos generales

Los objetivos generales que pretendemos abordar en este estudio, en consonancia con los problemas de investigación considerados anteriormente, son los siguientes:

Objetivo general 1. Estudio Descriptivo:

Conocer la prevalencia de personas afectadas por la variable de estudio (vigorexia), y presentar las características personales, socio-demográficas y psicológicas de la muestra de deportistas analizada.

Objetivo general 2. Estudio de Relación:

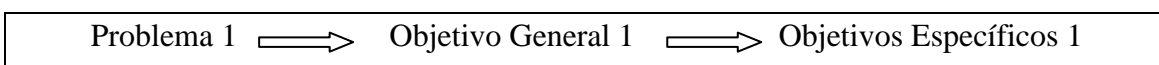
Establecer la existencia de relación y diferencias significativas a nivel estadístico en las puntuaciones de las escalas expuestas anteriormente en función de la variable de estudio: vigorexia.

Objetivo general 3. Estudio de Predicción:

Hallar variables predictoras, a través del estudio de aspectos psicológicos del deportista que permitan explicar un porcentaje de la variable de estudio.

V.2.2. Objetivos específicos

De igual modo, en función de los problemas de investigación planteados y los objetivos generales pretendidos, los objetivos específicos se concretan en:



1.1. Conocer el porcentaje de la muestra afectada por vigorexia (o que presenten manifestaciones potencialmente patológicas) a través de la *Escala Adonis*.

1.2. Presentar rasgos personales y sociodemográficos tales como edad, sexo, estado civil, y comportamientos característicos en las rutinas de trabajo de los deportistas a través de una serie de ítems elaborados al efecto.

1.3. Obtener información sobre los niveles de ansiedad de la muestra a través de un cuestionario estandarizado (*STAI*) de ansiedad y rasgo.

1.4. Explorar las dimensiones de personalidad expresadas en el cuestionario *NEO-FFI* de los deportistas analizados.

1.5. Presentar la posible existencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria a través de las dimensiones del cuestionario *EDI-2* en la muestra objeto de estudio.

1.6. Conocer el Autoconcepto de los usuarios de gimnasios y salas de musculación a través del cuestionario estandarizado *AF5*.

Problema 2 \implies Objetivo General 2 \implies Objetivos Específicos 2

2.1. Establecer diferencias significativas a nivel estadístico en las variables personales en función de niveles elevados de vigorexia.

2.2. Asociar comportamientos de ansiedad en la muestra a niveles elevados de vigorexia.

2.3. Relacionar comportamientos de personalidad de la muestra a niveles elevados de vigorexia.

2.4. Valorar la relación entre la presencia de trastornos de conducta alimentaria y comportamientos patológicos de vigorexia.

2.5. Conocer si existen diferencias significativas a nivel estadístico entre niveles de autoconcepto en la muestra y niveles elevados de vigorexia.

Problema 3 \implies Objetivo General 3 \implies Objetivos Específicos 3

3.1. Descubrir si la variable estudiada Ansiedad, puede ser una variable predictora con respecto a la vigorexia

3.2. Explorar diferentes dimensiones de la Personalidad como posibles predictoras de la variable de estudio: vigorexia

3.3. Determinar la presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria como variable predictora de la vigorexia.

3.4. Hallar una posible variable predictora de la vigorexia a través del estudio del autoconcepto en la muestra de deportistas.

V.3. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

En este apartado se exponen las variables que se han considerado analizar teniendo en cuenta la literatura revisada y que están presentes en cada uno de los instrumentos de recogida de información que más adelante detallaremos.

V.3.1. Variables socio-demográficas

- Edad (expresada en años). En la investigación que se presenta esta variable cuantitativa discreta (número de años) se divide en dos grupos de edad con los que se pretende establecer en qué grupo afecta con mayor proporción la vigorexia, por lo que cambiamos su naturaleza a una variable cualitativa dicotómica.
- Sexo (hombre o mujer). Se trata de una variable cualitativa dicotómica, de la cual pretendemos conocer en qué género afecta más la variable de estudio.
- Estado civil. Variable cualitativa politómica.
- Nivel de estudios (No Estudios/Estudios Primarios/Est. Secundarios/Est. Universitarios). Nos encontramos ante una variable cualitativa politómica, por la que se pretende esclarecer interrogantes básicos de la vigorexia.
- Ocupación laboral. Se trata de una variable cualitativa politómica, en la que pretendemos obtener información útil para focalizar cualquier tipo de colectivo susceptible a la aparición de la variable de estudio.
- Nivel ingresos. Considerada como una variable cuantitativa discreta, creemos que podría aportar información útil en el estudio de la vigorexia.
- Tiempo de antigüedad en el gimnasio. Esta variable cuantitativa discreta, podría ser considerada un indicador de relevancia.
- Horas semanales. Variable cuantitativa discreta.
- Número de veces que se pesa semanalmente. Variable cuantitativa discreta.
- Medición semanal. Variable cuantitativa discreta.
- Existencia de cualquier tipo de experiencia negativa en su vida a causa de su aspecto físico. Variable cualitativa dicotómica.
- Conductas saludables en el gimnasio. Variable cualitativa politómica.
- Preocupación por el aspecto físico. Variable cualitativa politómica.
- Malestar a falta de ejercicio físico. Variable cualitativa politómica.

V.3.2. Variables personales y psicológicas

Consideramos como variables personales y psicológicas, las valoraciones obtenidas en cada una de las dimensiones de los siguientes instrumentos:

- Dimensión *Cuestionario Complejo de Adonis* (Baile, 2005). Escala politómica o tipo Likert (valoraciones a, b y c) con 13 cuestiones. Variable cualitativa politómica.

- Dimensiones *Cuestionario AF5* (García y Misitu, 1999). Escala multidimensional de autoconcepto, valoraciones 1 a 99 con 30 cuestiones.
 - Autoconcepto Académico. Variable cuantitativa discreta.
 - Autoconcepto Social. Variable cuantitativa discreta.
 - Autoconcepto Emocional. Variable cuantitativa discreta.
 - Autoconcepto Familiar. Variable cuantitativa discreta.
 - Autoconcepto Físico. Variable cuantitativa discreta.

- Dimensiones *Cuestionario STAI* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Escala politómica o tipo Likert (valoraciones de 0 a 3) con 40 cuestiones.
 - Ansiedad de Estado. Variable cualitativa politómica.
 - Ansiedad de Rasgo. Variable cualitativa politómica.

- Dimensiones *Cuestionario NEO-FFI* (Costa y McCrae, 1995). Escala politómica o tipo Likert (valoraciones de 1 a 5) con 60 cuestiones.
 - Neuroticismo. Variable cualitativa politómica.
 - Extraversión. Variable cualitativa politómica.
 - Apertura. Variable cualitativa politómica.
 - Amabilidad. Variable cualitativa politómica.
 - Responsabilidad. Variable cualitativa politómica.

- Dimensiones *Cuestionario EDI-2* (Gardner, 1998). Escala politómica o tipo Likert (valoraciones de 0 a 5) con 91 cuestiones.

- Obsesión por la delgadez. Variable cualitativa politómica.
- Insatisfacción corporal. Variable cualitativa politómica.
- Miedo a la madurez. Variable cualitativa politómica.
- Bulimia. Variable cualitativa politómica.
- Conciencia introceptiva. Variable cualitativa politómica.
- Desconfianza interpersonal. Variable cualitativa politómica.
- Ineficacia. Variable cualitativa politómica.
- Perfeccionismo. Variable cualitativa politómica.
- Ascetismo. Variable cualitativa politómica.
- Impulsividad. Variable cualitativa politómica.
- Inseguridad social. Variable cualitativa politómica.

V.4. MÉTODO

V.4.1. Muestra / participantes

Para llevar a cabo este estudio se ha constituido una muestra de 154 deportistas que realizan habitualmente trabajo de musculación en gimnasios de la provincia de Jaén. Para ello se ha estimado conveniente encuestar a sujetos usuarios de gimnasios de las dos ciudades más grandes de dicha provincia, avalados según el I.N.E. (Instituto Nacional de Estadística) como las dos únicas que cuentan con más de 50.000 habitantes, como es el caso de Jaén y Linares, y por otra parte analizar las mismas cuestiones en un núcleo rural aportando a este mismo estudio datos de los pueblos de Mengíbar y Arjona.

A continuación presentamos la misma de manera más detallada.

** Variables socio-demográficas*

La muestra de nuestro estudio estuvo constituida por 142 hombres, y 12 mujeres (ver Figura V.1.).

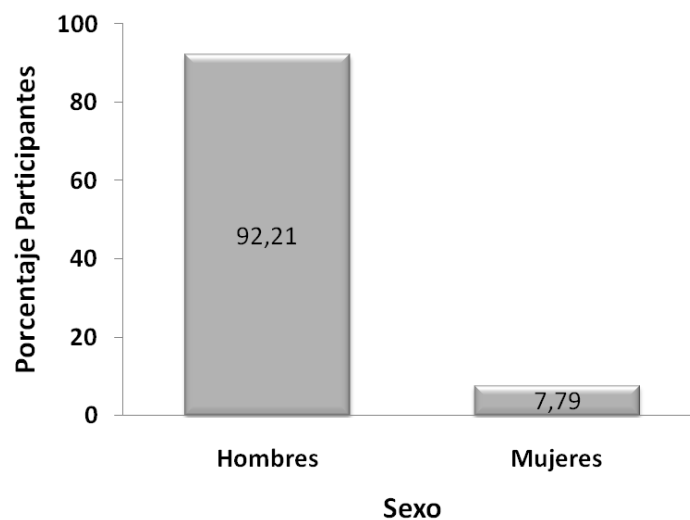


Figura V.1: Participantes en función del sexo

Estos participantes presentaron edades comprendidas entre 15 y 45 años ($M=24.97$ años, $DT=6.92$) estableciéndose una separación al alcanzar los 30 años de edad, por lo que han quedado constituidos dos grupos de edad. El primero de ellos, formado por 129 participantes menores de 30 años, y el segundo por 25 participantes mayores de 30 años (Ver Figura V.2.).

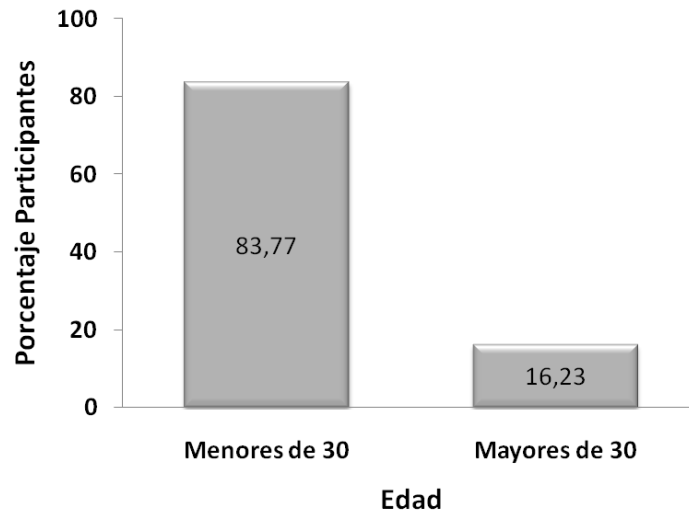


Figura V.2: Participantes en función de grupos de edad

Con respecto al estado civil de estos, se identificaron 134 personas solteras, 19 casados, y tuvimos un caso de 1 persona viuda (Ver Figura V.3).

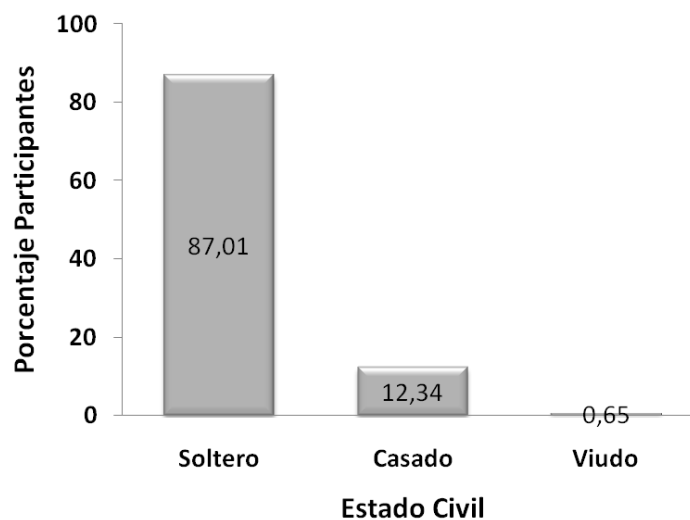


Figura V.3: Participantes en función del estado civil

Entre los participantes, se encontraron 75 personas con un nivel de Estudios Universitarios, 52 personas que poseían Estudios Secundarios, 25 sujetos cuyo nivel de estudios eran Primarios, y 2 personas que se manifestaron sin estudios (Véase Figura V.4.).

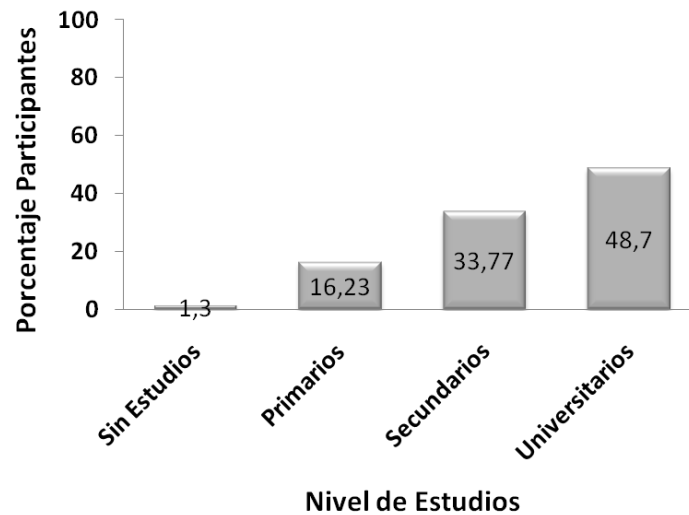


Figura V.4: Participantes en función del nivel de estudios

Un dato a considerar para el desarrollo de nuestro estudio fue el hecho de identificar en el sujeto si había tenido, en alguna ocasión, alguna experiencia negativa a causa de su cuerpo, ya que quizás sería una variable determinante a la hora de manifestar (o no) ciertas patologías relacionadas con su imagen corporal. Los resultados muestran que 43 personas sí habían experimentado una experiencia negativa, mientras que 108 no manifestaron este sentimiento (Véase Figura V.5.).

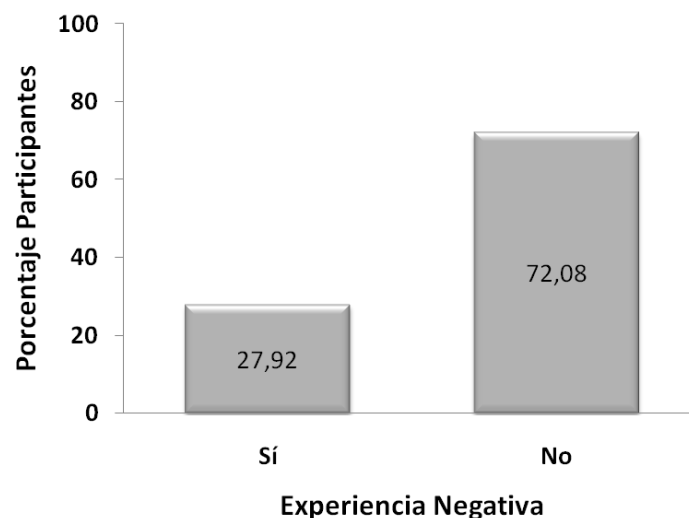


Figura V.5: Participantes en función de existencia de experiencia negativa

En cuanto a las horas semanales empleadas a realizar trabajo de musculación en el gimnasio, se obtuvieron los siguientes resultados (Véase Figura V.6.). En la recogida de información, 42 personas mostraron dedicar de 1 a 5 horas semanales, 65 personas mostraron una dedicación de 6 a 10 horas semanales, y 30 personas manifestaron una dedicación que oscila entre 11 y 15 horas semanales. Estos niveles aumentan en 10 personas, que declararon emplear entre 16 y 20 semanales, y por último se obtuvieron 5 casos que afirmaron dedicar más de 21 horas a la semana al trabajo de musculación.

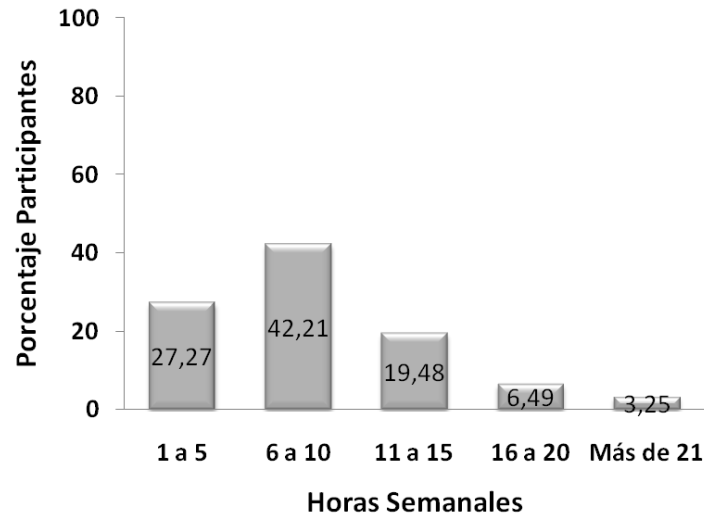


Figura V.6: Participantes en función de horas semanales dedicadas en el gimnasio

El nivel de ingresos que se obtuvo en la muestra recogida tiene un amplia variedad, ya que oscila de 0 euros, a 24.000 euros ($M= 904.99$ Euros, $DT= 2547.28$). En la siguiente figura se han codificado dichas cifras estableciendo de esta manera cuatro niveles de ingresos. El primero abarca de 0 euros hasta 500 euros, el segundo recoge a los sujetos con nivel de ingresos desde 500 hasta 1.000 euros, el tercero de ellos, ocupa los ingresos de 1.000 euros a 1.500 euros, y el ultimo nivel, recoge a los sujetos con un ingreso superior a 1.500 euros mensuales.

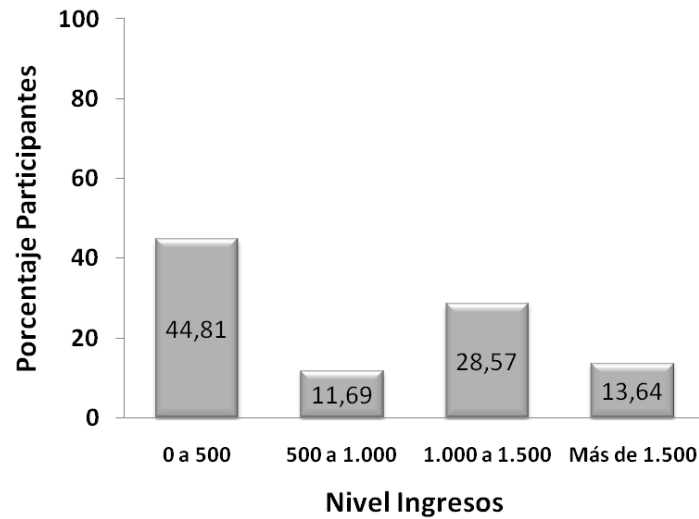


Figura V.7: Participantes en función del nivel de ingresos

Entre los datos a considerar, se recogió el número de ocasiones en que los participantes se pesaban a la semana, obteniéndose cifras que oscilan desde 0 ocasiones hasta un máximo de 14 ocasiones semana ($M=1.68$ $DT=2.36$). Estas cifras se han codificado en tres niveles, abarcando el primer nivel de 0 a 4 veces en el que se ubicaron 137 personas, el segundo de 5 a 8 veces siendo 12 las personas que se encontraban en este intervalo, y estableciendo en último lugar, un tercer nivel que recoge el número de sujetos que se pesa en más de 9 ocasiones a lo largo de la semana encontrando un total de 4 personas. Los resultados se pueden apreciar en el siguiente gráfico (Véase Figura V.8.).

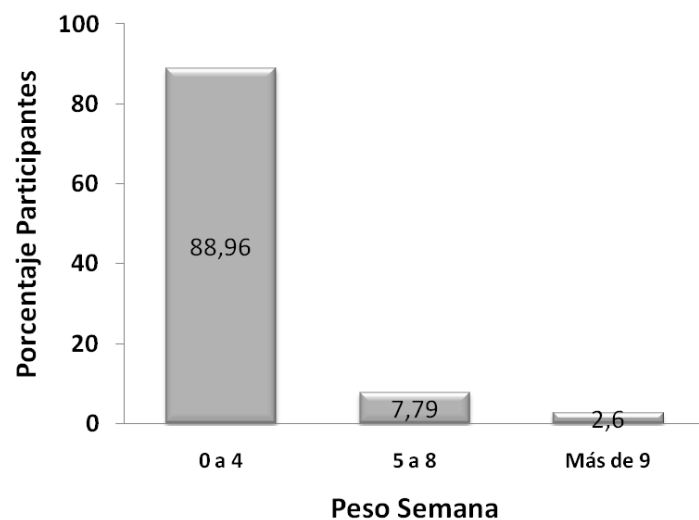


Figura V.8: Participantes en función del número de ocasiones que se pesan semanalmente

Con respecto a los meses de antigüedad en el gimnasio, hemos encontrado resultados variados que abarcan desde 0 hasta 120 meses ($M=25.62$ $DT=26.25$). De manera codificada, se encontraron 37 personas que llevaban de 0 a 5 meses en gimnasio, 21 personas que llevaban de 6 a 10 meses en el gimnasio, y 12 personas manifestaron llevar entre 11 y 15 meses. Esta cifra se eleva en 8 personas, que declararon llevar entre 16 y 20 meses en el gimnasio, y en último lugar, se obtuvo un resultado a destacar ya que fueron 75 personas las que declararon llevar más de 21 meses en el gimnasio (véase Figura V.9.).

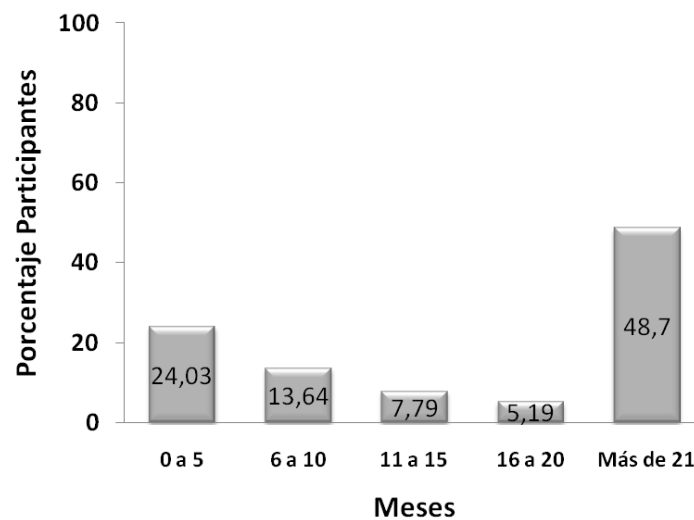


Figura V.9: Participantes en función de meses de antigüedad en el gimnasio

Con la finalidad de conocer si el deportista posee un determinado conocimiento sobre las pautas necesarias y saludables para llevar a cabo un entrenamiento de musculación adecuado, se les propusieron una serie de preguntas en las cuales declaraban el nivel de conocimiento sobre las declaraciones propuestas.

La respuesta a la pregunta ¿conoces que músculos se ejercitan en cada máquina? obtuvo resultados variados, ya que 10 personas declararon tener poco conocimiento sobre ello, 83 personas lo conocían bastante, y 61 personas declararon conocer mucho la función de cada máquina de musculación (Véase Figura V.10.).

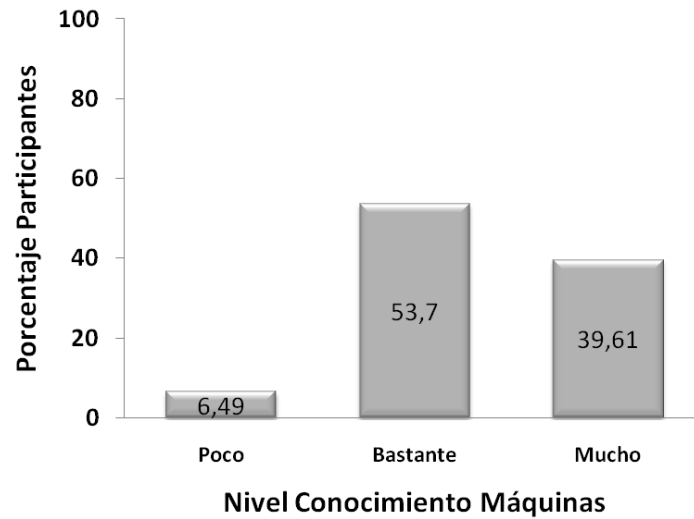


Figura V.10: Participantes en función del nivel de conocimiento en máquinas de musculación

Quince personas trabajan poco de manera global su cuerpo a lo largo de la semana de entrenamiento, 86 bastante, y 53 personas trabajan mucho el cuerpo en su globalidad a lo largo de la semana (Ver Figura V.11.).

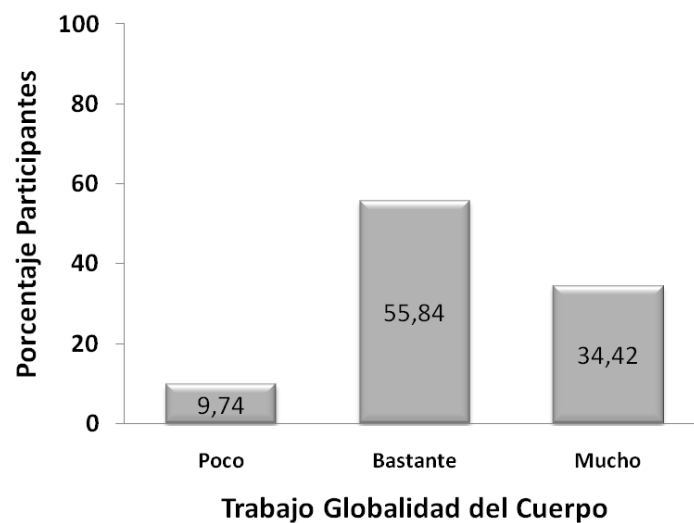


Figura V.11: Participantes en función del nivel global dedicado al cuerpo con el ejercicio físico

Seis personas manifestaron no conocer nada la existencia de unos periodos de carga y otros de descarga para llevar a cabo un correcto entrenamiento, 38 personas declararon conocer poco dichos periodos, 75 personas sí conocían bastante dichos

periodos, y en último lugar, se identificaron 35 personas que realmente sí conocían dichos periodos (Véase Figura V.12.).

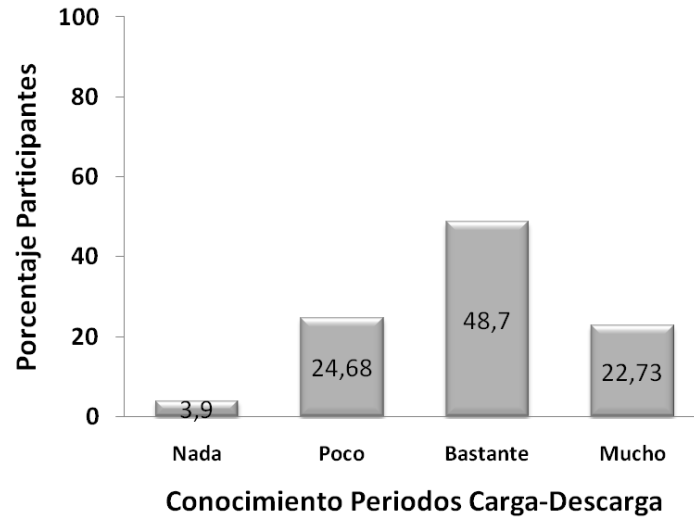


Figura V.12: Participantes en función del nivel de conocimiento sobre periodos de carga y descarga

La respuesta obtenida sobre si llevan a cabo dichos periodos fue la siguiente: 8 personas no lo llevan a cabo nada, 48 personas lo llevan poco, 70 bastante, y 28 personas sí llevan a cabo mucho dichos periodos (Ver Figura V.13.).

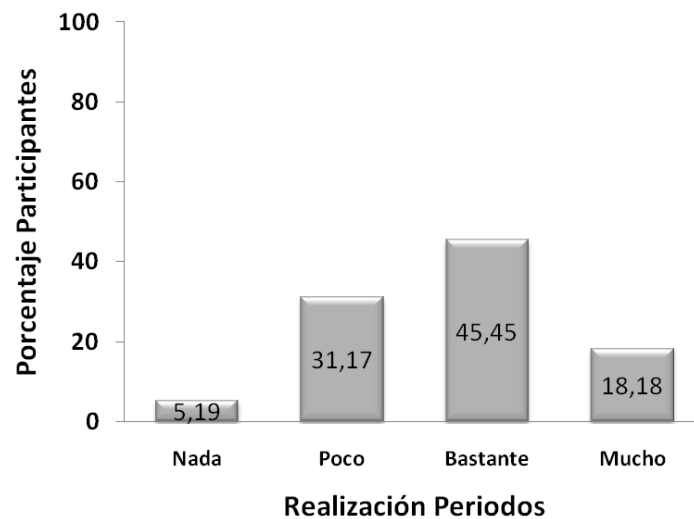


Figura V.13: Participantes en función del grado de realización de periodos de carga y descarga

De entre el total de participantes, 14 personas manifestaron no llevar nada a cabo la rutina de entrenamiento realizada por un profesional, 28 la llevaban un poco, 47 personas bastante, y tan solo 65 personas sí llevan el entrenamiento realizado por un profesional (Ver Figura V.14.).

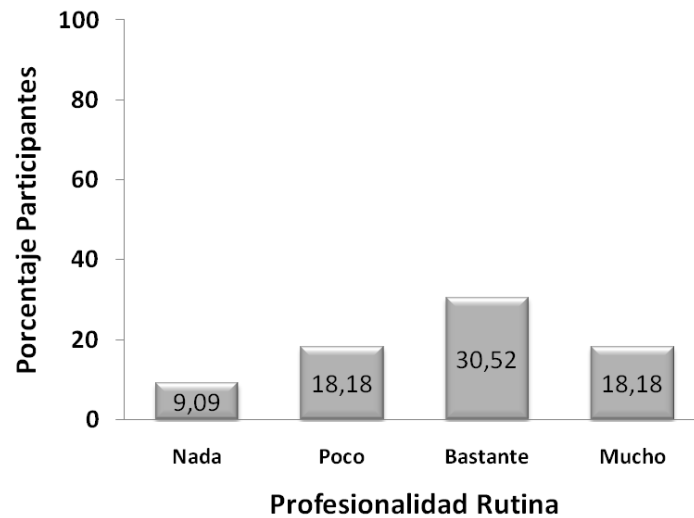


Figura V.14: Participantes en función del grado de profesionalidad de rutina de trabajo

De esas rutinas realizadas por un profesional, 17 personas declararon que nunca habían sido supervisadas por éste, 35 poco, 55 personas declararon tener bastante supervisadas dichas rutinas por su monitor o entrenador y 47 personas sí manifestaron un nivel elevado de control de dichos planes de entrenamiento (véase Figura V.15.) .

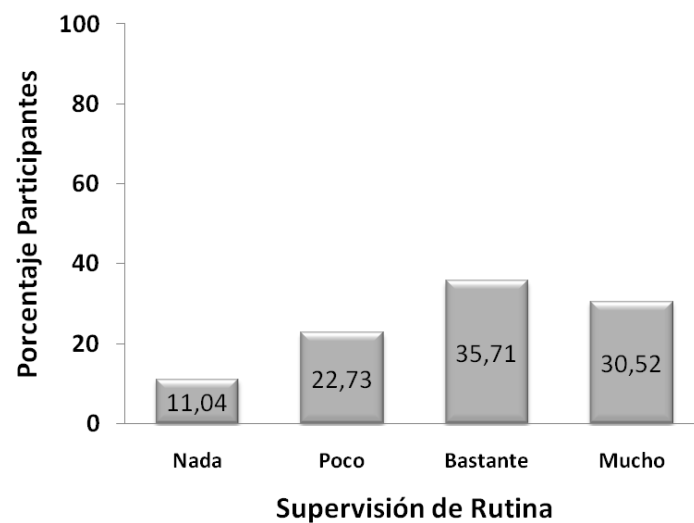


Figura V.15: Participantes en función del grado de supervisión de rutina realizada por un profesional

Por otra parte, se intentó recoger el grado de preocupación que los participantes experimentan sobre su apariencia física, con tal de establecer vinculaciones para nuestro estudio, y se obtuvieron los siguientes resultados (Véase Figura V.16).

Tan solo 3 personas declararon no tener ninguna preocupación, 40 sujetos expresaron tener poca preocupación, mientras que 78 personas consideraron bastante su nivel de preocupación sobre su apariencia física. Esta preocupación avanza en 33 personas aportando unos niveles superiores al resto de encuestados.

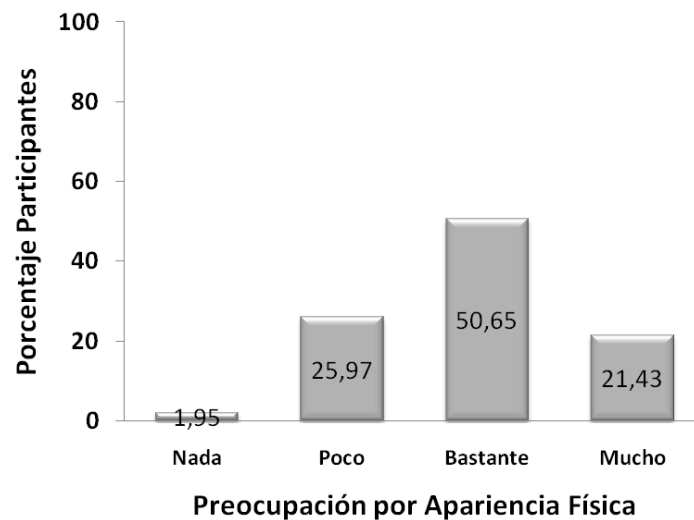


Figura V.16: Participantes en función del grado de preocupación por su apariencia física

Dicha preocupación puede desembocar en malestar cuando no hay práctica deportiva, descubriendo en este caso unos resultados considerables ya que tan solo 3 personas del total de encuestados no sentían malestar alguno ante la falta de ejercicio y 40 personas sentían un poco. Estos niveles aumentan en 78 personas que afirmaron tener una preocupación considerable ante la falta de ejercicio, y en último lugar, se identificaron 33 personas con un malestar extremo ante la hipotética falta de práctica deportiva (Figura V.17.).

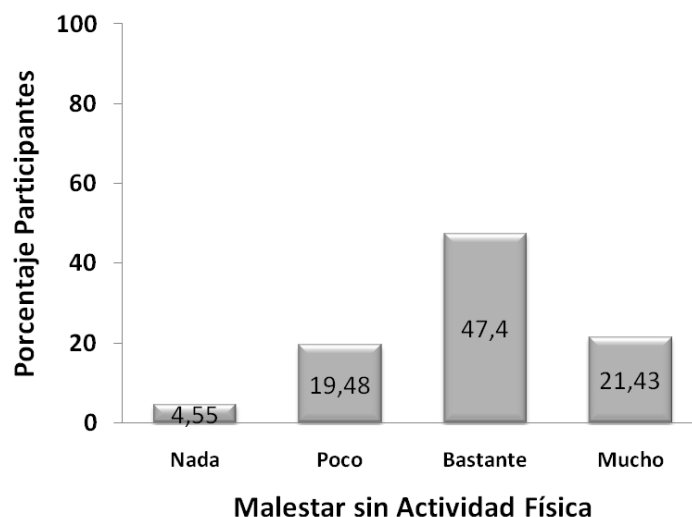


Figura V.17: Participantes en función del grado de malestar a falta de práctica deportiva

V.4.2. Metodología

Nuestro estudio responde a una serie de métodos que abarcamos a continuación.

En primer lugar partimos de una **investigación de tipo cuantitativo**, ya que se centra en recoger y analizar datos cuantitativos sobre variables, estudiando a su vez, la asociación o relación entre dichas variables cuantificadas. Dentro de esta investigación cuantitativa seleccionamos la utilización de una investigación **no experimental**, puesto que no tendremos control sobre la variable independiente, y dentro de esta investigación no experimental, utilizaremos una combinación de **métodos descriptivos** en los que su objetivo principal consiste en describir las características personales de los sujetos con vigorexia, identificando así, aspectos relevantes del trastorno; y **métodos de relación**, ya que esta modalidad nos permite explorar relaciones, asociar y comparar datos al mismo tiempo que buscar el grado de relación entre variables y analizar hasta qué punto las variaciones observadas en ellas dependen unas de las otras .

Como hemos justificado, nuestra propuesta responde a una combinación de los métodos descriptivos y de relación, dentro de la investigación cuantitativa de tipo no experimental, ya que en ella no se produce manipulación de variables.

Desde la perspectiva descriptiva pretendemos analizar la información que hemos recabado con una finalidad de prevalencia y exploratoria, dando respuesta así al primer problema de investigación planteado en nuestro estudio.

Desde la perspectiva relacional, comprobaremos hasta qué punto las variables están conexas, respondiendo así al segundo y tercer problema de investigación planteado en este estudio.

V.4.3. Instrumentos

A lo largo de este apartado se van a describir los diferentes instrumentos que se utilizaron para la recogida de información de la muestra, algunos de ellos elaborados al efecto, y otros test validados por la comunidad científica, conformando todos ellos un cuadernillo para su posterior aplicación, el cual incluimos y podemos consultar en el Anexo 1 de este trabajo.

En primer lugar, se elaboró una hoja de presentación del cuadernillo, dando a conocer la finalidad del mismo, la entidad a la que se encuentra asociada (Universidad de Jaén) así como mostrando unos consejos o pautas para su cumplimentación.

Posteriormente se incluyó el cuestionario denominado “Complejo de Adonis” propuesto por Pope *et al.* (2002) y traducido experimentalmente por Baile (2005). Dicho cuestionario consta de 13 ítems con 3 opciones de respuesta y valora el grado de preocupación que un sujeto siente por su apariencia física y hasta qué punto puede influir negativamente a demás aspectos de su vida, pasando a ser dichas conductas patológicas, pudiendo llegar éste a obtener hasta una puntuación total de 39 puntos.

Si en su evaluación no se alcanzan los 9 puntos, se puede interpretar que el sujeto no posee una preocupación patológica. Si la puntuación obtenida se encuentra entre 10 y 19 puntos, este índice señala un grado moderado de Complejo de Adonis. Cuando la puntuación total se encuentra entre 20 y 29 puntos, nos indica que el sujeto posee un Complejo de Adonis serio; y por último, la puntuación ubicada entre 30 y 39 puntos nos señala un problema muy serio con la imagen corporal.

Para comprobar la consistencia interna y justificar la validez del mismo, se realizó el Alfa de Cronbach dando un resultado de 0.7, índice que muestra una validez moderadamente alta.

De manera complementaria, a modo de información adicional, se incluyó en dicho cuadernillo una serie de cuestiones que recogían algunas variables personales y sociodemográficas de los participantes como la Edad, el sexo, el estado civil, la ciudad de residencia, el nivel de estudios, el número de horas dedicadas semanalmente al

gimnasio, la ocupación laboral, el hecho de haber sufrido alguna experiencia negativa a causa de su apariencia física, el número de veces que se pesa a la semana, así como unas cuestiones que recogen el conocimiento que se posee sobre pautas saludables dentro de esta modalidad deportiva.

Esta hoja elaborada al efecto carece de corrección ya que su finalidad ha sido asociar el perfil sociodemográfico o personal de las personas con puntuaciones elevadas en vigorexia entendiéndose como una aproximación personal a dicho perfil.

Además del cuestionario de vigorexia (o Complejo de Adonis) y la hoja de información personal y sociodemográfica, se ha llevado a cabo otra medición de datos.

Estos datos se van a obtener a través de pruebas estandarizadas y validadas con el objetivo de extraer información del colectivo objeto de estudio. Para ello hemos utilizado cuatro instrumentos para la recogida de información basados en un método clásico como son el uso de cuestionarios, inventarios y escalas, o lo que es lo mismo: “*medidas de auto-informe*” (AF5, STAI, NEO-FFI y EDI-2). Estos instrumentos evalúan los aspectos que se han pretendido recoger a través de una serie de preguntas cortas, en formato tipo Likert, con varias opciones de respuestas. Así pues, el sujeto da una valoración subjetiva de sus niveles y manifestaciones personales y psicológicas.

A continuación presentamos los mencionados instrumentos de manera más detallada.

V.4.3.1. Autoconcepto Forma (AF5)

- Descripción General:

El cuestionario “Autoconcepto Forma 5” (AF5) (García y Misitu, 1999) surge como versión ampliada y ya actualizada de otra ya existente, el autoconcepto forma A o AFA. A través de sus 30 elementos pretende evaluar en el sujeto 5 dimensiones básicas: académica laboral, social, emocional, familiar y física. Esta última, que no se encontraba en la anterior edición, permite recoger al evaluador información adicional y sin duda muy útil en cuanto a la manera en la que el sujeto se autopercibe. Los índices de fiabilidad según el alfa de Cronbach varían entre 0.71 y 0.84, por lo que su consistencia interna es adecuada.

Dicho test posee una amplia aplicación, ya que se extiende desde la infancia hasta la edad adulta.

- Descripción de las dimensiones de AF5:

Autoconcepto Académico- Laboral (A.L.): Referido a la percepción que el sujeto experimenta en cuanto a la calidad de su desempeño, tanto el estudiante como el trabajador. Esta dimensión se centra en dos aspectos; el relativo al sentimiento que suscita la actividad del estudiante o del trabajador a través de sus profesores o superiores (buen alumno, buen trabajador...) y, el segundo, referido a cualidades concretas valoradas en ese contexto (inteligencia, hábito de trabajo...) esta dimensión tiene una correlación positiva con ajuste psicosocial, rendimiento académico / laboral, calidad de la ejecución, aceptación y estima de los compañeros, liderazgo y responsabilidad,; y a la vez correlaciona negativamente con absentismo y conflicto.

Autoconcepto Social: percepción que el sujeto aprecia en sus relaciones sociales, se encuentra integrada por dos aspectos: el primero, referido a la red social del sujeto y a su facilidad o dificultad para mantenerla o ampliarla; y el segundo, relacionado con las cualidades importantes en las relaciones interpersonales (amigable y alegre). Esta escala correlaciona positivamente con el ajuste y bienestar psicosocial, rendimiento académico/ laboral, con el aprecio de profesores, superiores y compañeros, con los comportamientos psicosociales y con los valores universales. La correlación es negativa con las conductas disruptivas, la agresividad y la sintomatología depresiva.

Autoconcepto Emocional: se refiere a la percepción que el sujeto manifiesta ante su estado emocional y respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. En ella se diferencian dos aspectos; el correspondiente a la percepción general sobre el propio estado emocional (me asusto con facilidad, estoy nervioso...) y el centrado en la autovaloración emocional en situaciones concretas (cuando me preguntan o me hablan) cuando la otra persona es de rango superior (profesor, jefe).

Un autoconcepto emocional alto no solo implica el control de situaciones y emociones, sino también una respuesta adecuada y sin nerviosismo a diferentes momentos de su vida, y lo contrario sucedería si el autoconcepto emocional es bajo. La correlación es positiva con las habilidades sociales, el autocontrol, el sentimiento de bienestar y la aceptación de los iguales; y negativa con la sintomatología depresiva,

ansiedad, consumo de alcohol y cigarrillos, y con la deficiente integración escolar y laboral.

Autoconcepto Familiar: percepción que tiene el sujeto de su implicación, participación e integración en el medio familiar. Esta dimensión se distribuye en dos aspectos; el primero se refiere específicamente a la confianza y el afecto de los padres, y el segundo recoge cuatro variables de la familia y el hogar: dos de ellas formuladas positivamente referentes al sentimiento de felicidad y apoyo, y otras dos, formuladas negativamente intentando medir la falta de implicación en la familia o la inaceptación por los otros miembros.

La presente dimensión tiene una correlación positiva con rendimiento académico/ laboral, ajuste psicosocial, bienestar, integración, prosocialidad, y con percepción de salud física y mental. La correlación es negativa con sintomatología depresiva, ansiedad y consumo de drogas.

Autoconcepto Físico: esta dimensión pretende calibrar la percepción que el sujeto posee sobre su aspecto físico y condición física. Su significado se distribuye en dos aspectos complementarios. Uno referido a la práctica deportiva en la vertiente social, física y de habilidad; otro referido al aspecto físico. Un autoconcepto físico alto indica que la persona se percibe de modo agradable y que puede practicar algún deporte con éxito. Este autoconcepto correlaciona positivamente con percepción de salud y de bienestar, con autocontrol, rendimiento deportivo, motivación de logro, y con integración académica y social.

Del mismo modo, un autoconcepto bajo correlaciona negativamente con el desajuste escolar, ansiedad y en menor medida, con problemas interpersonales.

V.4.3.2. Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)

- Descripción General:

El cuestionario STAI (State-Trait Anxiety Inventory) permite diferenciar dos escalas de autoevaluación de ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R).

La escala Ansiedad de estado posee 20 ítems con las que el sujeto puede describir cómo se siente “en un momento particular”, teniendo cuatro opciones de

respuesta en función del grado de acuerdo a la frase; mientras que la dimensión ansiedad de rasgo también posee 20 frases, en las que el sujeto puede manifestar como se siente “generalmente”.

Cada dimensión está impresa en una de las caras del ejemplar del STAI, para facilitar su aplicación e instrucciones del examinador.

Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos “normales” (sin alteraciones psiquiátricas), el STAI ha mostrado ser útil para medir ambos conceptos tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clínicos.

En su justificación estadística, presente en su manual, se realizaron los coeficientes “alfa” para la medida de la consistencia interna, mediante la fórmula modificada de Cronbach.

Los índices hallados en la A/E muestran un 0,83 en varones, y 0,86 en mujeres. Con respecto a la A/R, se obtuvo un índice de Cronbach de 0,86 en varones y 0,86 en mujeres. Todos ellos son valores moderadamente altos que respaldan la validez del cuestionario, estando presentes el resto de análisis pertinentes estadísticos en su manual (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

- Descripción de las dimensiones del STAI:

La construcción del STAI, en 1964, pretendió desarrollar una única dimensión que permitiera medidas objetivas de autoevaluación de ansiedad, tanto de estado como de rasgo. Pero durante el trascurso de los estudios, se empezaron a detectar cambios en los resultados sobre la concepción teórica de la ansiedad, hecho que ha llevado a introducir modificaciones que diferencian ambas dimensiones en la construcción del STAI.

Ansiedad de Estado (A/E): Se refiere a la condición emocional transitoria del organismo humano, caracterizada por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema autonómico. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad, esta es considerada como una manifestación, en un determinado momento, y con un grado de intensidad de un proceso o reacción empírica.

Ansiedad de Rasgo (A/R): esta dimensión indica una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su A/E. La ansiedad de rasgo implica diferencias entre los sujetos en su disposición para responder a situaciones tensas con diferentes cantidades de ansiedad de estado.

V.4.3.3. Neo- ffi: Evaluación de la Personalidad

- Descripción general.

El inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI) surge como una versión actualizada y abreviada de 60 elementos de la Forma S del NEO PI-R que ofrece una medida de los cinco factores de la personalidad normal (Costa y McCrae, 1999). Consta de cinco escalas de 12 elementos cada una que miden: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura (O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C).

Las respuestas se valoran desde 0 hasta 4 puntos, en una escala tipo Likert de 5 puntos que va desde el extremo “en total desacuerdo” al extremo “totalmente de acuerdo”. La puntuación total en cada factor se obtiene sumando los puntos de los 12 ítems, y abarca de 0 a 48 puntos. Las propiedades psicométricas de dicha versión española que se ha utilizado (Sanz, Silva y Avia, 1999) son muy similares a las de la versión original, con una consistencia interna (alfa de Cronbach) de .82 para neuroticismo; .81 para extraversión; .76 para apertura a la experiencia; .71 para amabilidad, y de .81 para responsabilidad (Manga, Ramos y Morán, 2004).

- Descripción de las escalas de NEO-FFI

Neuroticismo: Contrasta el ajuste o estabilidad emocional con el desajuste o inestabilidad. El Neuroticismo (N) se relaciona con los afectos negativos como ansiedad, miedo, vergüenza, rabia, etc. Pero Neuroticismo no trata solo de emociones negativas que interfieren con la adaptación. De este modo las personas con alto N suelen tener ideas irracionales y dificultades para enfrentar situaciones de estrés, mientras que las personas con bajo N son calmadas y no pierden fácilmente el control en situaciones de dificultad.

Las personas con una puntuación alta en Neuroticismo tienden a la hipersensibilidad emocional y les cuesta volver a la normalidad tras experiencias cargadas emocionalmente. Suelen ser ansiosos, preocupados, con frecuentes cambios de humor y depresiones.

El sujeto estable tiende a responder emocionalmente de una forma controlada y proporcionada. Vuelve a su estado habitual rápidamente después de una elevación emocional. Normalmente es equilibrado, tranquilo, controlado, y despreocupado.

Extraversión: Esta dimensión incluye la sociabilidad aunque esta es solo uno de sus componentes. Las personas con puntuaciones altas en este factor son asertivos, activos y habladores, gustan de la excitación y la estimulación siendo energéticos y optimistas. Los introvertidos suelen ser reservados pero no huraños, calmados más que indolentes, prefieren estar solos pero no por ansiedad social, y no son ni infelices ni pesimistas. Las personas extrovertidas son sociables, les gustan los sitios con mucha gente como las fiestas multitudinarias. Tienen muchos amigos con quienes les encanta hablar todo el tiempo. Les gusta la excitación, las bromas y el cambio. Son arriesgadas, despreocupadas y optimistas y suelen estar activos haciendo cosas en todo momento. Las personas con puntuaciones bajas son reservadas socialmente. Se muestran distantes, excepto con los amigos íntimos. Suelen ser previsores, y desconfían de los impulsos del momento. No les gusta la diversión ruidosa y disfrutan de un modo de vida ordenado.

Apertura a la Experiencia: Es la dimensión que ha originado más confusiones y desacuerdos entre todos los modelos de los cinco factores. Sus elementos constituyentes son la imaginación activa, la sensibilidad estética, la atención a las vivencias internas, gusto por la variedad, curiosidad intelectual e independencia de juicio. El individuo abierto es original e imaginativo, curioso por el medio externo e interno, con vidas más ricas e interesados por ideas nuevas y valores no convencionales. En su polo opuesto el individuo tiende a ser convencional en su conducta y apariencia, prefieren lo familiar a lo novedoso y son social y políticamente conservadores.

Las personas altas en Apertura se definen como liberales, creativas y tolerantes. Tienden a la fantasía y a tener emociones y pensamientos “no ortodoxos”.

Se salen del camino marcado por los demás para generar nuevas vías. Sienten pasión por las manifestaciones artísticas. No les disgustan en absoluto las ideas y valores nuevos. Les encanta probar nuevas cosas y viajar.

Por el contrario, la persona baja en Apertura es esencialmente conservadora y con una tendencia a seguir los caminos ya marcados.

También suele ser más religiosa. Le cuesta encontrar nuevas vías para hacer frente a los problemas y no ve con buenos ojos las ideas que pueden provocar cambios profundos, especialmente si son radicales.

Amabilidad: Refleja tendencias interpersonales. La persona con puntuaciones altas es altruista, considerado, confiado y solidario. La persona amable es agradable y cordial con los demás. Se preocupa por sus necesidades y por su bienestar. Tiende a confiar en el otro. Percibe e interpreta adecuadamente tanto sus propias emociones como las del otro. Es una persona empática, capaz de resonar emocionalmente con los demás.

En la parte baja de las puntuaciones el individuo es frío, egocéntrico, escéptico y competitivo. No le preocupa lo que le pueda pasar a la gente que le rodea y al mundo en general. Es una persona sin escrúpulos, capaz de manipular a los demás para conseguir lo que quiere. Si es necesario empleara la violencia puesto que es incapaz de percibir el dolor que provoca.

Su polo positivo se refiere a la docilidad más que a la capacidad de establecer relaciones interpersonales amistosas; y su polo negativo, a establecer relaciones hostiles.

Responsabilidad: Esta dimensión tiene sus bases en el autocontrol, no solo de impulsos sino también en la planificación, organización y ejecución de tareas. Por esta razón, también se la ha denominado como "voluntad de logro", ya que implica una planificación cuidadosa y persistencia en sus metas. Está asociado además con la puntualidad y la escrupulosidad. El concienzudo es voluntarioso y determinado, de propósitos claros. El polo opuesto es mas laxo, informal y descuidado en sus principios morales.

Las personas con una puntuación alta en Responsabilidad son ordenadas y reflexivas. Le dan bastantes vueltas a las cosas antes de tomar una decisión y les gusta tenerlo todo planificado. Respetan las normas sociales y, en general, las obligaciones contraídas. Tienen un sentido del deber muy pronunciado. En general, son capaces de controlar sus impulsos de manera exitosa.

Esta dimensión de personalidad puede interpretarse como el polo opuesto a la impulsividad. Así, una persona poco responsable tiene poca capacidad para controlar sus impulsos, es irreflexiva e incapaz de organizarse y, en general, no suele respetar las obligaciones tanto personales como sociales.

V.4.3.4. *Edi 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*

- Descripción general.

El EDI 2 es un instrumento de tipo autoinforme que pretende detectar trastornos relacionados con la conducta alimentaria. A través de sus 91 elementos (ítems) el sujeto tiene la opción de contestar, en una escala de 6 puntos; que recoge el nivel de existencia de determinadas situaciones: “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”, obteniéndose como resultado puntuaciones en 2 dimensiones o escalas distintas.

La obra original (EDI), obtenida en 1983 (Garner y Olmsted 1984, 1986; Garner, Olmsted y Polivy, 1983a, 1983b) abarca ocho dimensiones; tres de ellas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (Obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal) y cinco de tipo psicológico (ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez).

Esta nueva versión (EDI-2), añade 27 ítems a la versión original, que constaba de 64 ítems, aportando tres nuevas dimensiones que pueden tener relevancia a la hora de estudiar este tipo de patologías (ascetismo, impulsividad e inseguridad social).

Los resultados obtenidos de este instrumento pueden aportar información útil a diferentes ámbitos y colectivos. En lo referente al ámbito clínico, dichos resultados pueden ser vitales para conocer al paciente, comprenderlo, orientar su tratamiento, así como comprobar dicha respuesta a su tratamiento.

Ajeno a este ámbito, el EDI-2 es un valioso instrumento descriptivo, el cual permite estudiar sujetos que puedan padecer un trastorno de conducta alimentaria “subclínico”, o que tengan valores preocupantes en algunas de las dimensiones anteriormente mencionadas. Es por ello, que su aplicación en centros de enseñanza, equipos deportivos, escuelas de danza etc., podría llegar a ser una medida aconsejable para su prevención y/o tratamiento.

La opción de evaluar por separado las diferentes dimensiones convierte este cuestionario en un poderoso instrumento de investigación en cuanto a estudios relativos a la satisfacción o insatisfacción corporal, preocupación por el peso, perfeccionismo, todos ellos aspectos interesantes incluidos en el presente proyecto de investigación.

En lo referente a su consistencia interna, este instrumento posee adecuadas cualidades psicométricas. Los datos de fiabilidad ofrecen para la versión definitiva del

EDI-2 una consistencia interna (alfa de Cronbach) superior a 0,80 en muestras de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, y coeficientes comprendidos entre 0,65 y 0,92 en muestras no clínicas (Garner y Olmstead, 1984; Raciti y Norcross, 1987; Shore y Porter, 1990; Vanderheyden, Fekken, Boland, 1988). En muestras experimentales españolas se ha analizado la consistencia interna de los elementos (TEA, 1998), aplicándose la técnica de las dos mitades, presentando datos similares a los obtenidos en la muestra americana especialmente en el grupo clínico ($r = .76$ a $r = .91$).

- Descripción de las escalas de EDI-2.

Obsesión por la delgadez: Han sido los autores Bruch (1973-1982) descubriendo este síntoma por la delgadez, y luego Russell (1970) descubriendo el mismo como antitesis de lo anterior, es decir, el temor a la obesidad; quienes consideran que es este uno de los núcleos psicopatológicos presentes en los T.C.A. Por lo tanto, los ítems asociados a esta dimensión pretenden abarcar la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

Insatisfacción corporal: Este constructo hace referencia a la imagen corporal que un sujeto percibe sobre su propio cuerpo; y mide el grado de insatisfacción que siente por el mismo, tanto de forma general, como de algunas partes de su cuerpo. En la sociedad occidental suele existir una ligera insatisfacción (en las mujeres jóvenes), pero cuando alcanza niveles extremos; podría considerarse el indicio o responsable del inicio y persistencia de este tipo de conductas.

Miedo a la madurez: La escala de miedo a la madurez pretende estudiar el deseo del sujeto de volver a la seguridad de la infancia. Debido a los cambios hormonales, biológicos, el paciente desea no poseer un cuerpo adulto, por lo que el ayuno es una medida que llevan a cabo para evitar dicha madurez.

Bulimia: En cuanto a la dimensión de bulimia, se pretende estudiar la necesidad imperiosa de comer de manera incontrolada (o tener pensamientos impulsivos en este sentido). Esto es un aspecto que puede ayudar a ubicar qué tipo de anorexia puede sufrir el paciente: bulímica o restrictiva.

Conciencia introceptiva: La conciencia introceptiva se refiere a la dificultad que el sujeto manifiesta ante la expresión o respuesta de sus propios estados emocionales, así como la incapacidad de expresar ciertas sensaciones relacionadas con el hambre y la saciedad. Ésta confusión con respecto al funcionamiento del cuerpo en cuanto a

sensaciones o sentimientos, es estudiada como otro rasgo psicopatológico propio de los T.C.A. (Garner y Bemis, 1985).

Desconfianza interpersonal: Este constructo mide la poca confianza que el sujeto recibe de sus relaciones sociales, y la intención de mantener una ligera distancia del propio sujeto con respecto a dichas relaciones. Asimismo, evalúa la dificultad para expresar sus propios sentimientos o pensamientos.

Ineficacia: La dimensión de ineficacia hace referencia a la sensación de poco útil, poco adecuado, incapacidad con respecto a situaciones de la vida cotidiana, inseguridad. Dicha dimensión pretende abarcar no sólo una autoestima deficiente o una autoevaluación negativa, también va más allá, desarrollando ítems relacionados con la sensación de vacío o soledad.

Perfeccionismo: La escala de perfeccionismo evalúa el grado en que un sujeto piensa que sus resultados personales pueden ser mejores, o que un resultado excelente es percibido por el sujeto como aceptable. Esto sin contar con la percepción errónea de que los demás (familia, amigos) esperan de él resultados excepcionales.

Autores como Bruch (1978) y Slade (1982) ponen de manifiesto esta dimensión como una característica básica inherente a los T.C.A. Diversos autores consideran este aspecto como un rasgo psicológico propio de los T.C.A. (Goodsitt, 1877; Jhonson y Connors, 1887; Selvini-Palazzoli, 1974; Story, 1976; Strober, 1981^a)

Ascetismo: Esta dimensión, cuyos primeros escritos de la anorexia nerviosa (AN) era muy estudiada, poco a poco ha ido perdiendo importancia aunque aún son muchos los pacientes cuya conducta ascética se basan en la concepción de que hacer dieta es una purificación, la delgadez es una virtud y el ayuno un acto de penitencia.

El ascetismo en este sentido mide la búsqueda de la virtud, a través de ideales espirituales: autodisciplina, sacrificio, autosuperación, control de las necesidades corporales.

Impulsividad: Este constructo estudia la incapacidad de autorregular los propios impulsos que el sujeto experimenta, tanto en su vida personal (agitación, automedicación) como en su vida social (destrucción de relaciones interpersonales).

Inseguridad social: La escala de inseguridad social valora la actitud negativa del sujeto con su entorno.

La idea de que las relaciones sociales son tensas, insatisfactorias, incómodas, inseguras y en general no gratificantes es un rasgo a estudiar dentro de los T.C.A.

V.4.4. Procedimiento

El procedimiento que se ha llevado a cabo para la recogida de datos de la muestra se basa en cuatro aspectos diferenciados que abordamos a continuación.

Puesta en contacto con los responsables de los gimnasios

En primer lugar se realizó una lista con los principales gimnasios donde queríamos llevar a cabo la investigación. Para ello llevamos a cabo un vaciado de información sobre los gimnasios de Jaén y Linares con sus correspondientes direcciones postales. Una vez conocida la ubicación del gimnasio, decidimos acudir y preguntar por el responsable del mismo. Cuando nos facilitaban dicho contacto procedíamos a abordarle y ponerle de manifiesto el objetivo y la metodología que queríamos llevar a cabo para el desarrollo de la investigación, con el objetivo de que fueran ellos quienes propusieran a sus deportistas participar en el proyecto.

En cada charla - coloquio con el profesional encargado se hizo especial hincapié en la importancia que conlleva un estudio en dicho ámbito (hasta el momento no estudiado en la provincia), en la facilidad de la cumplimentación del cuadernillo, y en el carácter anónimo y voluntario que este presentaba, intentando animar a que el nivel de participación sea óptimo.

Administración de cuestionarios

El día de cada prueba se le solicitaba al participante la cumplimentación de los datos socio-demográficos, personales y psicológicos a través de los diferentes cuestionarios expuestos en el apartado 4.3. de este “Capítulo V: Diseño de la investigación”. No obstante, se añadieron facilidades para algunos de los participantes puesto que en varias ocasiones, ha sido necesario cumplimentar dichos datos en un ambiente más favorecedor y abierto a la comprensión del mismo, como puede ser el lugar de trabajo o casa, dado que un ambiente óptimo aumentará la capacidad de

comprensión y con ella su sinceridad, desembocando de ésta manera en un aumento de la calidad de los resultados.

Recogida y análisis de datos

Una vez que se ha dispuesto de los cuadernillos cumplimentados por los diferentes participantes de los gimnasios y localidades, se procedió a procesar los resultados obtenidos en los mismos y a realizar los pertinentes análisis estadísticos con ayuda del programa SPSS, en su versión 18.0., los cuales presentamos a continuación.

Dicho análisis se llevó a cabo para conseguir los objetivos que se plantean en la investigación, por ello, para presentar las características básicas que poseen los sujetos de la muestra tales como edad, sexo, nivel de estudios, así como las diferentes dimensiones de los instrumentos utilizados se llevaron a cabo técnicas descriptivas.

Para conocer el grado de variación conjunta existente entre las variables, es decir, la asociación lineal entre variables, se empleó el análisis de correlación bivariada entre las variables que componen la investigación.

Para identificar diferencias entre dichas variables, comparamos las medias de dos variables utilizando la Prueba *T* para muestras relacionadas (*t* de Student) y en los casos en los que las comparaciones de medias fueran en varios grupos se analizó mediante el análisis de varianza (ANOVA). Tras el análisis de varianza, si se obtenían resultados significativos en cuanto a la diferencia entre medias halladas en el ANOVA, se aplicaba la prueba post-hoc de Sheffé, con el objetivo de comprobar en qué grupos se establecía dicha diferencia de medias.

En último lugar, se aplicó la técnica de análisis de regresión múltiple, por el procedimiento de pasos sucesivos (stepwise), para establecer la relación entre las dimensiones significativas halladas en análisis anteriores y la variable Vigorexia. Los resultados de este análisis pusieron de manifiesto el modelo que mejor explicaba la variabilidad asociada a la Vigorexia.

CAPÍTULO VI: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se exponen y examinan los datos referentes a cada una de las preguntas de investigación. Es por ello que, para cada objetivo establecido, es preciso recoger datos de la muestra en términos estadísticos, de ahí que el análisis pormenorizado esté dividido en tres fases: descriptivo, de relación y de regresión.

En primer lugar se partirá de un análisis descriptivo de los datos, que nos organiza, condensa y esclarece la información contenida en la muestra (Pardo y San Martín, 2004). Éste nos aportará información sobre las características personales y psicológicas de los sujetos, originando los datos necesarios para comprobar la consecución de los objetivos planteados.

En segundo lugar se llevará a cabo un estudio relacional entre las dimensiones de los cinco instrumentos empleados para comprobar si existen correlaciones significativas entre ellas, terminando esta fase con diferentes análisis de diferencia de medias (*t* Student) y ANOVAS entre las variables socio-demográficas seleccionadas y las dimensiones mencionadas.

Por último y respondiendo al tercer objetivo de nuestra investigación, realizaremos un estudio de regresión con la finalidad de conocer qué dimensiones predicen en mayor medida la Vigorexia en los sujetos objeto de estudio.

VI.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Iniciamos este estudio descriptivo analizando los diferentes resultados obtenidos a través de los distintos instrumentos psicológicos y comportamentales empleados.

- **Vigorexia**

Ofrecemos los resultados obtenidos en el primer cuestionario descrito en el capítulo anterior (Capítulo V.): *Complejo de Adonis* de Baile (2005). Esta será la primera vía de recogida de información, a través de la cual ofreceremos resultados en función de los objetivos generales planteados en la investigación, para llevar a cabo posteriormente los análisis pertinentes que corresponden a los objetivos más específicos del estudio.

En la siguiente tabla apreciamos la valoración media y desviación típica para esta variable (ver tabla VI.1.).

Tabla VI.1. Estadísticos descriptivos de los ítems del Complejo de Adonis. Vigorexia

	N	Media	Desviación típica
Vigorexia	154	18.67	3.62

En este instrumento apreciamos que la máxima puntuación se ha obtenido en el ítem número 6 ($M=1.96$ y $DT=\pm.79$) y la menos valorada ha sido el ítem número 9 ($M=1.09$ y $DT=\pm.310$).

La puntuación total del cuestionario *Complejo de Adonis* (Vigorexia) ofrece una media de 18.67 con una desviación típica de ± 3.62 .

- **Ansiedad (STAI)**

El test de *Ansiedad STAI* ofreció dos parámetros independientes, el referido a la Ansiedad de Estado (AE) que obtuvo una media de 16.68 con una desviación típica de ± 11.02 . Y por otra parte la Ansiedad de Rasgo (A.R.), obteniendo una media de 20.28 y presentando una desviación típica de ± 10.187 (Ver tabla VI.2.)

Tabla VI.2. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del STAI

	N	Media	Desviación típica
Ansiedad Estado	154	16.68	11.02
Ansiedad Rasgo	154	20.28	10.18

- **Autoconcepto (AF5)**

El Autoconcepto fue medido a través del test AF5, del cual se extrajeron de manera independiente cinco parámetros. En el Autoconcepto Académico-Laboral se obtuvo una media de 7.54 presentando una desviación típica de ± 1.54 . Para el Autoconcepto Social se obtuvo una media de 8.04 con una desviación típica de ± 1.23 . El Autoconcepto Emocional expuso una media de 6.31 manifestando una $DT=\pm 1.99$.

En lo que se refiere al Autoconcepto Físico la media obtenida fue de 8.24 presentando una desviación típica de ± 1.26 . Y en último lugar, el parámetro dedicado al Autoconcepto Familiar, mostró una media de 7.74 con una $DT=\pm 1.47$ (ver tabla VI.3.)

Tabla VI.3. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del AF5

	N	Media	Desviación típica
Académico Laboral	154	7.54	1.54
Social	154	8.04	1.23
Emocional	154	6.31	1.99
Físico	154	8.24	1.47
Familiar	154	7.74	1.26

- **Personalidad (NEO-FFI)**

El estudio de la personalidad se llevó a cabo a través del instrumento NEO-FFI, el cual aporta cinco factores de la personalidad. En la dimensión Neuroticismo se obtuvo una $M=28.21$ y una $DT=\pm 7.30$. En cuanto a la dimensión Extraversión se ha obtenido una media de 39.89 mostrando una desviación típica de ± 5.36 ; la dimensión Apertura mostró una media de 31.32 y una desviación típica de ± 5.16 . Por su parte, la Amabilidad como dimensión exhibió una media de 35.90 con una $DT=\pm 6.21$, y por

último la dimensión Responsabilidad señaló una media de 42.13 con desviación típica de ± 6.37 (ver tabla VI.4).

Tabla VI.4. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del NEO-FFI

	N	Media	Desviación típica
Neuroticismo	154	28.21	7.30
Extraversión	154	39.89	5.36
Apertura	154	31.32	5.16
Amabilidad	154	35.90	6.21
Responsabilidad	154	42.13	6.37

- **Trastornos de la Conducta Alimentaria**

A través del estudio del instrumento EDI-2 hemos podido diferenciar 11 dimensiones diferentes relacionadas con la presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria. La dimensión Obsesión por la Delgadez presentó una media de 3.93 con una desviación típica de ± 4.44 , mientras que la Insatisfacción Corporal presentó una media de 4.40 con una $DT = \pm 4.91$; por su parte, la dimensión Miedo a la Madurez exhibió una $M=6.95$ y una $DT = \pm 5.27$.

De otro lado se ha obtenido una media de 1.75 con una desviación típica de ± 2.50 en la dimensión Bulimia, una media de 3.01 con desviación típica de ± 3.29 en Conciencia Introceptiva y una media de 2.68 con una $DT = \pm 2.61$ en Desconfianza Interpersonal. La dimensión Ineficacia se presenta con una $M=2.18$ y una $DT = \pm 2.75$; la dimensión Perfeccionismo se muestra con una media de 4.79 y una $DT = \pm 3.44$, y la dimensión Ascetismo señala una $M=2.88$ con desviación típica de ± 2.44 .

En último lugar se presenta la dimensión Impulsividad, con una media de 3.60 y una $DT = \pm 4.28$, y la dimensión Inseguridad Social, con una $M=2.72$ y una $DT = \pm 2.50$ (ver tabla VI.5).

Tabla VI.5. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del EDI-2

	N	Media	Desviación típica
Obsesión por la delgadez	154	3.93	4.44
Insatisfacción corporal	154	4.40	4.91
Miedo a la madurez	154	6.95	5.27
Bulimia	154	1,75	2.50
Conciencia introceptiva	154	3.01	3.29
Desconfianza interpersonal	154	2.68	2.61
Ineficacia	154	2.18	2.75
Perfeccionismo	154	4.79	3.44
Ascetismo	154	2.88	2.44
Impulsividad	154	3.60	4.28
Inseguridad social	154	2.72	2.50

VI.2. ESTUDIO DE RELACIÓN

Con el estudio de relación que presentamos a continuación pretendemos abordar el segundo objetivo de nuestra investigación que pretende valorar la existencia de correlaciones y de diferencias, a nivel estadístico, entre las variables investigadas (socio-demográficas, personales y psicológicas).

VI.2.1. Correlaciones entre dimensiones

Para ello presentamos la tabla VI.6., en la que aparecen las correlaciones existentes (correlación de Pearson) entre las dimensiones de los cinco instrumentos empleados: STAI, AF5, NEO-FFI, EDI-2 y Adonis (Vigorexia). En ella podemos apreciar la existencia de correlaciones significativas (algunas negativas y otras positivas) entre las diferentes dimensiones. Los datos más significativos se señalan sombreados y con asterisco * ($p < .05$) o doble asterisco ** ($p < .01$).

Tabla VI.6. Correlaciones entre las dimensiones de los instrumentos de recogida de información (Correlación de Pearson).

Como era de esperar, al utilizar cuestionarios válidos, fiables y de reconocido prestigio, aceptados por la comunidad científica, hemos encontrado numerosas relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones, especialmente en aquellas que miden aspectos similares u opuestos.

La variable **Vigorexia** presenta una correlación significativa con la dimensión *AE* ($r=.339$; $p<.001$) y *AR* ($r=.271$; $p<.001$) del instrumento STAI. En cuanto a las posibles correlaciones con el instrumento de autoconcepto AF5, la variable Vigorexia presenta una correlación negativa con la dimensión *Emocional* del mismo ($r=-.337$ $p<.001$). También se muestran relaciones con la dimensiones del instrumento de Personalidad NEO-FFI, como es el caso de *Neuroticismo* ($r=.331$ $p<.001$), y presenta una correlación negativa significativa con la dimensión *Amabilidad* ($r=-.343$ $p<.001$). Igualmente correlaciona de manera directa con diversas dimensiones del EDI-2, como son *Obsesión por la Delgadez* ($r=.473$ $p<.001$), *Insatisfacción Corporal* ($r=.305$ $p<.001$), *Bulimia* ($r=.240$ $p<.001$), *Conciencia Introceptiva* ($r=.307$ $p<.001$), *Desconfianza Interpersonal* ($r=.318$ $p<.001$), *Ineficacia* ($r=.247$ $p<.001$), *Ascetismo* ($r=.349$ $p<.001$), *Impulsividad* ($r=.354$ $p<.001$) y la dimensión *Inseguridad Social* ($r=.154$ $p<.001$)

La dimensión **Ansiedad Estado** del STAI muestra una correlación significativa con la dimensión *AR* del STAI ($r=.658$ $p<.001$); también correlaciona de manera negativa con la dimensión *Emocional* ($r=-.446$ $p<.001$) y la dimensión *Física* ($r=-.264$ $p<.001$) del instrumento AF5; con las dimensiones *Neuroticismo* ($r=.557$ $p<.001$), y de manera negativa con *Amabilidad* ($r=-.459$ $p<.001$) del NEO-FFI; y con las dimensiones *Obsesión por la Delgadez* ($r=.329$ $p<.001$), *Insatisfacción Corporal* ($r=.279$ $p<.001$), *Miedo a la Madurez* ($r=.237$ $p<.001$), *Bulimia* ($r=.194$ $p<.005$), *Conciencia Introceptiva* ($r=.313$ $p<.001$), *Desconfianza Interpersonal* ($r=.366$ $p<.001$), *Ineficacia* ($r=.247$ $p<.001$), *Ascetismo* ($r=.257$ $p<.001$), *Impulsividad* ($r=.421$ $p<.001$), y la dimensión *Inseguridad Social* ($r=.242$ $p<.001$) del EDI-2. Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con la Variable Vigorexia (ver *Vigorexia*).

De manera lógica, la **Ansiedad Rasgo** del STAI correlaciona significativamente de manera negativa con las cinco dimensiones del Autoconcepto AF5, *Académico Laboral* ($r=-.210$ $p<.001$), *Social* ($r=-.260$ $p<.001$), *Emocional* ($r=-.609$ $p<.001$), *Físico* ($r=-.292$ $p<.001$) y *Familiar* ($r=-.217$ $p<.001$). También muestra una correlación significativa con la dimensión *Neuroticismo* ($r=.642$ $p<.001$), y de forma negativa con las dimensiones *Extraversión* ($r=-.304$ $p<.001$), *Amabilidad* ($r=-.437$ $p<.001$) y

Responsabilidad ($r=-.200$ $p<.001$) del instrumento NEO-FFI. Igualmente correlaciona con diez de las once dimensiones del EDI-2, como son *Obsesión por la Delgadez* ($r=.280$ $p<.001$), *Insatisfacción Corporal* ($r=.275$ $p<.001$), *Miedo a la Madurez* ($r=.290$ $p<.001$), *Bulimia* ($r=.228$ $p<.001$), *Conciencia Interoceptiva* ($r=.292$ $p<.001$), *Desconfianza Interpersonal* ($r=.426$ $p<.001$), *Ineficacia* ($r=.331$ $p<.001$), *Ascetismo* ($r=.270$ $p<.001$), *Impulsividad* ($r=.453$ $p<.001$), *Inseguridad Social* ($r=.325$ $p<.001$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con la Variable *Vigorexia* (ver *Vigorexia*) y *AE* (ver *AE*).

Por su parte, la dimensión *Académico Laboral* del AF5 correlaciona significativamente con otras dimensiones del AF5: *Social* ($r=.241$ $p<.001$), *Físico* ($r=.225$ $p<.001$), y *Familiar* ($r=.484$ $p<.001$). También correlaciona con algunas dimensiones del NEO-FFI, como es el caso del *Neuroticismo*, el cual muestra una correlación negativa ($r=-.209$ $p<.001$), y de manera positiva con las dimensiones *Amabilidad* ($r=.164$ $p<.005$) y *Responsabilidad* ($r=.527$ $p<.001$). En lo referente al EDI-2, se presentan correlaciones negativas con las dimensiones *Miedo a la Madurez* ($r=-.229$ $p<.001$) e *Desconfianza Interpersonal* ($r=-.185$ $p<.005$), y de manera directa con *Perfeccionismo* ($r=.159$ $p<.005$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con la dimensión *AR* (ver *AR*).

La dimensión *Social* del autoconcepto AF5 muestra correlaciones estadísticamente significativas con otras dimensiones del AF5: *Emocional* ($r=.259$ $p<.001$), *Físico* ($r=.353$ $p<.0019$) y *Familiar* ($r=.542$ $p<.001$). También presenta correlaciones con las dimensiones del NEO-FFI, de manera negativa con *Neuroticismo* ($r=.264$ $p<.001$) y de manera positiva con *Extraversión* ($r=.518$ $p<.001$), *Amabilidad* ($r=.263$ $p<.001$) y *Responsabilidad* ($r=.305$ $p<.001$). De manera lógica, el Autoconcepto Social presenta relaciones negativas estadísticamente significativas con diferentes dimensiones del EDI-2: *Bulimia* ($r=-.164$ $p<.005$), *Desconfianza Interpersonal* ($r=-.270$ $p<.001$), *Ineficacia* ($r=-.172$ $p<.005$) y *Inseguridad Social* ($r=-.252$ $p<.001$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con la dimensiones *AR* (ver *AR*) y *AL* (ver *AL*).

La dimensión *Emocional* del AF5 ha mostrado correlaciones estadísticamente significativas con otras dimensiones del mismo instrumento, como es el caso del Autoconcepto *Físico* ($r=.199$ $p<.005$). También correlaciona con tres dimensiones de las cinco existentes en personalidad (NEO-FFI), en este caso de manera negativa con *Neuroticismo* ($r=-.672$ $p<.001$), y de manera directa con *Extraversión* ($r=.232$ $p<.001$) y

Amabilidad ($r=.426$ $p<.001$). De manera lógica, hemos encontrado correlaciones significativas negativas con diez de las once dimensiones del test de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), como son *Obsesión por la Delgadez* ($r=-.341$ $p<.001$), *Insatisfacción Corporal* ($r=-.268$ $p<.001$), *Miedo a la Madurez* ($r=-.274$ $p<.001$), *Bulimia* ($r=-.275$ $p<.001$), *Conciencia Introceptiva* ($r=-.381$ $p<.001$), *Desconfianza Interpersonal* ($r=-.302$ $p<.001$), *Ineficacia* ($r=-.226$ $p<.001$), *Ascetismo* ($r=-.207$ $p<.001$), *Impulsividad* ($r=-.403$ $p<.001$) e *Inseguridad Social* ($r=-.178$ $p<.005$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *Vigorexia* (ver *Vigorexia*), *AE* (ver *AE*), *AR* (ver *AR*), *AL* (ver *AL*) y *S* (ver *S*).

El autoconcepto **Físico** del instrumento AF5 correlaciona con cuatro dimensiones de la personalidad NEO-FFI. Como se podría deducir, de manera negativa con la dimensión *Neuroticismo* ($r=-.295$ $p<.001$), y de manera directa con las restantes, *Extraversión* ($r=.215$ $p<.001$), *Amabilidad* ($r=.261$ $p<.001$) y *Responsabilidad* ($r=.248$ $p<.001$). En cuanto a la correlación existente con las dimensiones del EDI-2, los resultados muestran correlaciones negativas significativamente estadísticas con las dimensiones *Insatisfacción Corporal* ($r=-.193$ $p<.005$), *Bulimia* ($r=-.344$ $p<.001$), *Conciencia Introceptiva* ($r=-.266$ $p<.001$), *Ineficacia* ($r=-.255$ $p<.005$), *Impulsividad* ($r=-.185$ $p<.005$) e *Inseguridad Social* ($r=-.362$ $p<.001$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *AE* (ver *AE*), *AR* (ver *AR*), *AL* (ver *AL*), *S* (ver *S*) y *E* (ver *E*).

El autoconcepto **Familiar** del AF5 señala correlaciones significativas con varias dimensiones del NEO-FFI, mostrándose de manera negativa con la dimensión *Neuroticismo* ($r=-.192$ $p<.005$), y de manera positiva con *Extraversión* ($r=.375$ $p<.001$) y *Responsabilidad* ($r=.312$ $p<.001$). En cuanto a las correlaciones existentes con el instrumento EDI-2, la correlación es negativa en las dimensiones *Insatisfacción Corporal* ($r=-.255$ $p<.001$), *Bulimia* ($r=-.167$ $p<.005$), *Desconfianza Interpersonal* ($r=-.168$ $p<.005$), *Ineficacia* ($r=-.216$ $p<.001$) y se presenta una correlación positiva con la dimensión *Perfeccionismo* ($r=.179$ $p<.005$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *AR* (ver *AR*), *AL* (ver *AL*), *S* (ver *S*) y *FI* (ver *FI*).

Analizando las dimensiones del instrumento de Personalidad NEO-FFI, observamos que su primera dimensión **Neuroticismo**, correlaciona de manera negativa con dimensiones del mismo instrumento de personalidad como es el caso de *Extraversión* ($r=-.207$ $p<.005$), *Amabilidad* ($r=-.503$ $p<.001$) y *Responsabilidad* ($r=-$

.187 $p < .005$). Al mismo tiempo, dicha dimensión muestra en este caso, correlaciones positivas con diez de las once dimensiones del instrumento de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2, *Obsesión por la Delgadez* ($r = .350$ $p < .001$), *Insatisfacción Corporal* ($r = .285$ $p < .001$), *Bulimia* ($r = .268$ $p < .001$), *Conciencia Interoceptiva* ($r = .389$ $p < .001$), *Desconfianza Interpersonal* ($r = .366$ $p < .001$), *Ineficacia* ($r = .211$ $p < .001$), *Ascetismo* ($r = .182$ $p < .005$), *Impulsividad* ($r = .467$ $p < .001$) y la dimensión *Inseguridad Social* ($r = .205$ $p < .005$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *Vigorexia* (ver *Vigorexia*), *AE* (ver *AE*), *AR* (ver *AR*), *AL* (ver *AL*), *S* (ver *S*), *E* (ver *E*), *FI* (ver *FI*) y *F* (ver *F*).

La dimensión ***Extraversión*** del NEO-FFI muestra correlaciones significativas con otras dimensiones del mismo instrumento, como son *Amabilidad* ($r = .158$ $p < .005$) y *Responsabilidad* ($r = .398$ $p < .001$). También presenta correlaciones negativas con varias dimensiones del EDI-2, *Insatisfacción Corporal* ($r = -.181$ $p < .005$), *Desconfianza Interpersonal* ($r = -.332$ $p < .001$), *Ineficacia* ($r = -.232$ $p < .001$), *Ascetismo* ($r = -.177$ $p < .005$) e *Inseguridad Social* ($r = -.383$ $p < .001$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *AR* (ver *AR*), *S* (ver *S*), *E* (ver *E*), *FI* (ver *FI*), *F* (ver *F*) y *Neuroticismo* (ver *Neuroticismo*).

En cuanto a la dimensión ***Apertura*** del NEO-FFI, correlaciona estadísticamente de manera significativa con la dimensión *Amabilidad* ($r = .160$ $p < .005$) del mismo instrumento. De la misma manera también correlaciona con varias dimensiones del EDI2, en este caso de manera negativa: *Insatisfacción Corporal* ($r = -.161$ $p < .005$) y *Ascetismo* ($r = -.165$ $p < .005$).

La dimensión ***Amabilidad*** del NEO-FFI correlaciona de manera significativa con *Responsabilidad* ($r = .310$ $p < .001$) del mismo instrumento. También correlaciona de manera negativa con nueve dimensiones de las once que posee el EDI-2, como son *DT* ($r = -.287$ $p < .001$), *BD* ($r = -.196$ $p < .005$), *MF* ($r = -.209$ $p < .001$), *B* ($r = -.267$ $p < .001$), *IA* ($r = -.224$ $p < .001$), *ID* ($r = -.359$ $p < .001$), *A* ($r = -.286$ $p < .001$), *IR* ($r = -.432$ $p < .001$) y por último *SI* ($r = -.232$ $p < .001$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *Vigorexia* (ver *Vigorexia*), *AE* (ver *AE*), *AR* (ver *AR*), *AL* (ver *AL*), *S* (ver *S*), *E* (ver *E*), *FI* (ver *FI*), *Neuroticismo* (ver *Neuroticismo*), *Extraversión* (ver *Extraversión*), *Apertura* (ver *Apertura*).

La dimensión ***Responsabilidad*** del NEO-FFI correlaciona con dos dimensiones del EDI-2, como es el caso de *P* ($r = .260$ $p < .001$) y de manera negativa con la dimensión *SI* ($r = -.166$ $p < .005$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con

las dimensiones *AR* (ver *AR*), *AL* (ver *AL*), *Social* (ver *Social*), *Físico* (ver *Físico*), *Familiar* (ver *Familiar*), *Neuroticismo* (ver *Neuroticismo*), *Extraversión* (ver *Extraversión*), y *Amabilidad* (ver *Amabilidad*).

En cuanto a las dimensiones del instrumento de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2, ya se han mostrado las correlaciones existentes con el resto de instrumentos analizados anteriormente, por lo que describiremos las correlaciones existentes entre las dimensiones del mismo instrumento.

En lo que se refiere a la dimensión ***Obsesión por la Delgadez*** del EDI-2, correlaciona con las dimensiones *Insatisfacción Corporal* ($r=.538$ $p<.001$), *Miedo a la Madurez* ($r=.298$ $p<.001$), *Bulimia* ($r=.232$ $p<.001$), *Conciencia Introceptiva* ($r=.364$ $p<.001$), *Desconfianza Interpersonal* ($r=.178$ $p<.005$), *Ineficacia* ($r=.178$ $p<.005$), *Perfeccionismo* ($r=.312$ $p<.001$), *Ascetismo* ($r=.396$ $p<.001$), e *Impulsividad* ($r=.537$ $p<.001$) del mismo instrumento. Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *Vigorexia* (ver *Vigorexia*), *AE* (ver *AE*), *AR* (ver *AR*), *Emocional* (ver *Emocional*), *Neuroticismo* (ver *Neuroticismo*), *Apertura* (ver *Apertura*) y *Amabilidad* (ver *Amabilidad*).

La dimensión ***Insatisfacción Corporal*** del EDI-2 muestra correlaciones significativas con las dimensiones *Miedo a la Madurez* ($r=.236$ $p<.001$), *Bulimia* ($r=.293$ $p<.001$), *Conciencia Introceptiva* ($r=.302$ $p<.001$), *Desconfianza Interpersonal* ($r=.309$ $p<.001$), *Ineficacia* ($r=.242$ $p<.001$), *Ascetismo* ($r=.315$ $p<.001$), *Impulsividad* ($r=.364$ $p<.001$) e *Inseguridad Social* ($r=.189$ $p<.005$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *Vigorexia* (ver *Vigorexia*), *AE* (ver *AE*), *AR* (ver *AR*), *Emocional* (ver *Emocional*), *Físico* (ver *Físico*), *Familiar* (ver *Familiar*), *Neuroticismo* (ver *Neuroticismo*), *Extraversión* (ver *Extraversión*), *Apertura* (ver *Apertura*), *Amabilidad* (ver *Amabilidad*) y *Obsesión por la Delgadez* (ver *Obsesión por la Delgadez*).

La dimensión ***Miedo a la Madurez*** del EDI-2 correlaciona con las dimensiones *Conciencia Introceptiva* ($r=.340$ $p<.001$), *Desconfianza Interpersonal* ($r=.180$ $p<.005$) e *Impulsividad* ($r=.347$ $p<.001$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *AE* (ver *AE*), *AR* (ver *AR*), *AL* (ver *AL*), *Emocional* (ver *Emocional*), *Neuroticismo* (ver *Neuroticismo*), *Amabilidad* (ver *Amabilidad*), *Obsesión por la Delgadez* (ver *Obsesión por la Delgadez*), e *Insatisfacción Corporal* (ver *Insatisfacción Corporal*).

La dimensión **Bulimia** del EDI-2 muestra correlaciones significativas con *Conciencia Introceptiva* ($r=.567$ $p<.001$), *Desconfianza Interpersonal* ($r=.221$ $p<.001$), *Ineficacia* ($r=.376$ $p<.001$), *Ascetismo* ($r=.388$ $p<.001$), *Impulsividad* ($r=.507$ $p<.001$), e *Inseguridad Social* ($r=.221$ $p<.001$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *Vigorexia* (ver *Vigorexia*), *AE* (ver *AE*), *AR* (ver *AR*), *Social* (ver *Social*), *Emocional* (ver *Emocional*), *Físico* (ver *Físico*), *Familiar* (ver *Familiar*), *Neuroticismo* (ver *Neuroticismo*), *Amabilidad* (ver *Amabilidad*), *Obsesión por la Delgadez* (ver *Obsesión por la Delgadez*) e *Insatisfacción Corporal* (ver *Insatisfacción Corporal*).

La dimensión **Conciencia Introceptiva** del EDI-2 presenta correlaciones con las dimensiones *Desconfianza Interpersonal* ($r=.295$ $p<.001$), *Ineficacia* ($r=.532$ $p<.001$), *Perfeccionismo* ($r=.271$ $p<.001$), *Ascetismo* ($r=.489$ $p<.001$), *Impulsividad* ($r=.636$ $p<.001$) e *Inseguridad Social* ($r=.286$ $p<.001$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *Vigorexia* (ver *Vigorexia*), *AE* (ver *AE*), *AR* (ver *AR*), *Emocional* (ver *Emocional*), *Físico* (ver *Físico*), *Neuroticismo* (ver *Neuroticismo*), *Amabilidad* (ver *Amabilidad*), *Obsesión por la Delgadez* (ver *Obsesión por la Delgadez*), *Insatisfacción Corporal* (ver *Insatisfacción Corporal*), *Miedo a la Madurez* (ver *Miedo a la Madurez*) y *Bulimia* (ver *Bulimia*).

La dimensión **Desconfianza Interpersonal** del EDI-2 correlaciona con *Ineficacia* ($r=.481$ $p<.001$), *Ascetismo* ($r=.235$ $p<.001$), *Impulsividad* ($r=.328$ $p<.001$) e *Inseguridad Social* ($r=.439$ $p<.001$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *Vigorexia* (ver *Vigorexia*), *AE* (ver *AE*), *AR* (ver *AR*), *AL* (ver *AL*), *Social* (ver *Social*), *Emocional* (ver *Emocional*), *Físico* (ver *Físico*), *Familiar* (ver *Familiar*), *Neuroticismo* (ver *Neuroticismo*), *Extraversión* (ver *Extraversión*), *Obsesión por la Delgadez* (ver *Obsesión por la Delgadez*), *Insatisfacción Corporal* (ver *Insatisfacción Corporal*), *Miedo a la Madurez* (ver *Miedo a la Madurez*), *Bulimia* (ver *Bulimia*) y *Conciencia Introceptiva* (ver *Conciencia Introceptiva*).

La dimensión **Ineficacia** del EDI-2 correlaciona de manera significativa con las dimensiones *Ascetismo* ($r=.368$ $p<.001$), *Impulsividad* ($r=.395$ $p<.001$) e *Inseguridad Social* ($r=.374$ $p<.001$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *Vigorexia* (ver *Vigorexia*), *AE* (ver *AE*), *AR* (ver *AR*), *Social* (ver *Social*), *Emocional* (ver *Emocional*), *Físico* (ver *Físico*), *Familiar* (ver *Familiar*), *Neuroticismo* (ver *Neuroticismo*), *Extraversión* (ver *Extraversión*), *Obsesión por la Delgadez* (ver *Obsesión por la Delgadez*), *Insatisfacción Corporal* (ver *Insatisfacción*

Corporal), *Conciencia Introceptiva* (ver *Conciencia Introceptiva*) y *Desconfianza Interpersonal* (ver *Desconfianza Interpersonal*).

La dimensión **Perfeccionismo** del EDI-2 ha presentado correlaciones significativas con *Ascetismo* ($r=.219$ $p<.001$) e *Impulsividad* ($r=.283$ $p<.001$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *Familiar* (ver *Familiar*), *Responsabilidad* (ver *Responsabilidad*), *Obsesión por la Delgadez* (ver *Obsesión por la Delgadez*) y *Conciencia Introceptiva* (ver *Conciencia Introceptiva*).

La dimensión **Ascetismo** del EDI-2 correlaciona con *Impulsividad* ($r=.564$ $p<.001$) e *Inseguridad Social* ($r=.379$ $p<.001$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *Vigorexia* (ver *Vigorexia*) *AE* (ver *AE*), *AR* (ver *AR*), *Emocional* (ver *Emocional*), *Neuroticismo* (ver *Neuroticismo*), *Extraversión* (ver *Extraversión*), *Apertura* (ver *Apertura*), *Amabilidad* (ver *Amabilidad*), *Obsesión por la Delgadez* (ver *Obsesión por la Delgadez*), *Insatisfacción Corporal* (ver *Insatisfacción Corporal*), *Bulimia* (ver *Bulimia*), *Conciencia Introceptiva* (ver *Conciencia Introceptiva*), *Desconfianza Interpersonal* (ver *Desconfianza Interpersonal*), *Ineficacia* (ver *Ineficacia*) y *Perfeccionismo* (ver *Perfeccionismo*).

Por su parte, la dimensión **Impulsividad** del EDI-2 correlaciona con *SI* ($r=.333$ $p<.001$). Tal y como se ha expuesto anteriormente, también correlaciona con las dimensiones *Vigorexia* (ver *Vigorexia*), *AE* (ver *AE*), *AR* (ver *AR*), *Emocional* (ver *Emocional*), *Físico* (ver *Físico*), *Neuroticismo* (ver *Neuroticismo*), *Amabilidad* (ver *Amabilidad*), *Obsesión por la Delgadez* (ver *Obsesión por la Delgadez*), *Insatisfacción Corporal* (ver *Insatisfacción Corporal*), *Miedo a la Madurez* (ver *Miedo a la Madurez*), *Bulimia* (ver *Bulimia*), *Conciencia Introceptiva* (ver *Conciencia Introceptiva*), *Desconfianza Interpersonal* (ver *Desconfianza Interpersonal*), *Ineficacia* (ver *Ineficacia*) y *Perfeccionismo* (ver *Perfeccionismo*).

En último lugar, las correlaciones existentes entre la dimensión **Inseguridad Social** con el resto de dimensiones del mismo instrumento y del resto de instrumentos han sido mostradas a lo largo de este apartado, estas son: *Vigorexia* (ver *Vigorexia*), *AE* (ver *AE*), *AR* (ver *AE*), *Social* (ver *Social*), *Emocional* (ver *Emocional*), *Físico* (ver *Físico*), *Neuroticismo* (ver *Neuroticismo*), *Extraversión* (ver *Extraversión*), *Amabilidad* (ver *Amabilidad*), *Responsabilidad* (ver *Responsabilidad*), *Insatisfacción Corporal* (ver *Insatisfacción Corporal*), *Bulimia* (ver *Bulimia*), *Conciencia Introceptiva* (ver *Conciencia Introceptiva*), *Desconfianza Interpersonal* (ver *Desconfianza Interpersonal*), e *Ineficacia* (ver *Ineficacia*).

VI.2.2. Análisis de diferencia de medias y análisis de varianza

Se realizaron pruebas de diferencia de medias (*t* student) y análisis de la varianza (ANOVA) para identificar la existencia de diferencias significativas a nivel estadístico entre las variables sociodemográficas consideradas (sexo, edad, ciudad, experiencia negativa, nivel de estudios, ingresos, horas semanales empleadas en el gimnasio, ocasiones en que se pesan a la semana, medidas semanales, preocupación por la apariencia física y malestar a causa de la falta de actividad física) y las dimensiones de los instrumentos considerados.

En aquellas variables sociodemográficas consideradas que tienen dos alternativas de respuesta hemos realizado distintas pruebas de diferencia de medias (*t* student) y en las restantes se han calculado análisis de varianza (ANOVA). Solo informaremos de las comparaciones que hayan resultado significativas a nivel estadístico en los ANOVA o prueba de diferencia de medias realizada.

- **Sexo**

Con respecto al sexo de los participantes, los análisis de diferencia de medias realizados indicaron diferencias significativas en las siguientes dimensiones de los instrumentos empleados:

En la dimensión *Académico Laboral* del instrumento AF5, [$t_{(152)} = 2.61$ $p < .05$] existen diferencias significativas entre ambos sexos. Los resultados indicaron que la significatividad se decanta a favor de las mujeres ($M=8.64$) frente a los hombres ($M=7.453$).

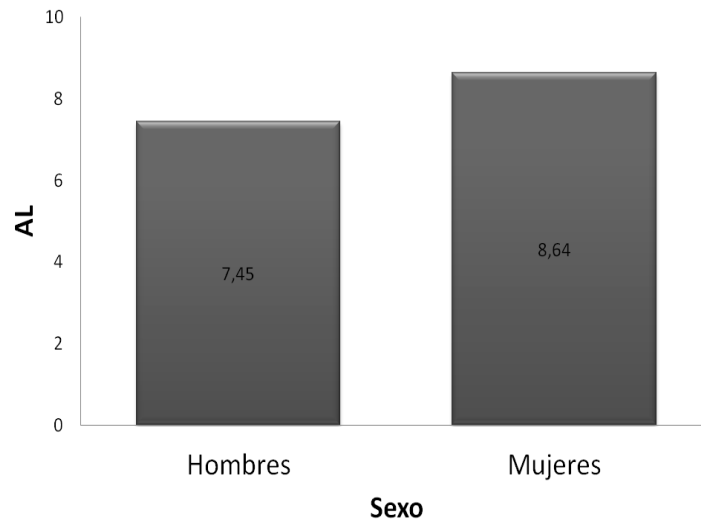


Figura VI.1: Valoración media del autoconcepto Académico-Laboral en función del sexo

En la dimensión *Emocional* del instrumento AF5 [$t_{(152)}=3.52$ $p<.001$], en la prueba de diferencia de medias, obtenemos que la significatividad se decanta a favor de los hombres ($M=6.47$) frente a las mujeres ($M=4.43$).

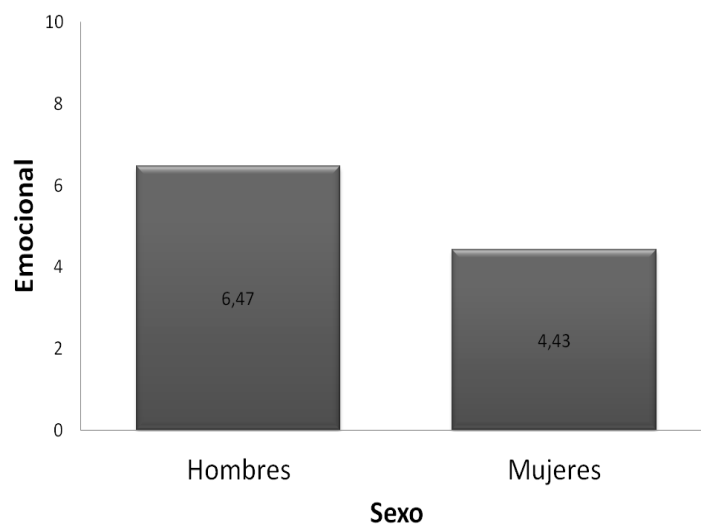


Figura VI.2: Valoración media del autoconcepto Emocional en función del sexo

También se obtuvieron diferencias con la dimensión *Familiar* del instrumento AF5, [$t_{(152)}=2.09$ $p<.05$], en la prueba de diferencia de medias, obtenemos que la

significatividad se decanta a favor de los hombres ($M=7.80$) frente a las mujeres ($M=7.01$).

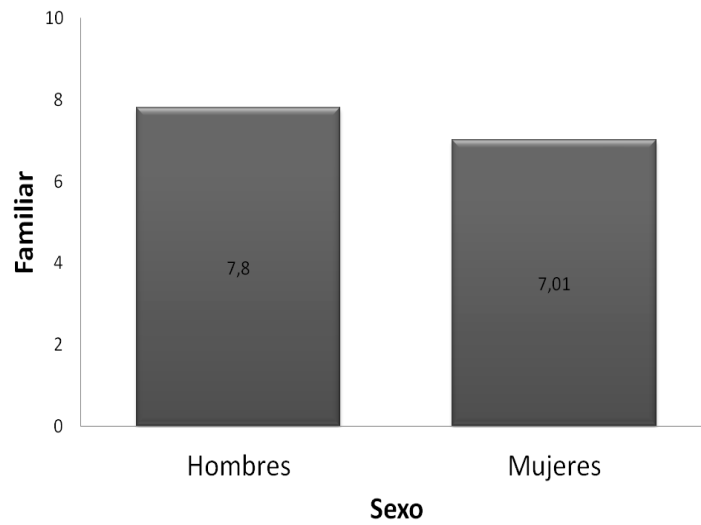


Figura VI.3: Valoración media del autoconcepto Familiar en función del sexo

En la dimensión *Apertura* del instrumento NEO-FFI [$t_{(152)} = 2.308 p < .05$], en la prueba de diferencia de medias, la significatividad se decanta a favor de las mujeres ($M=34.58$) frente a los hombres ($M=31.05$).

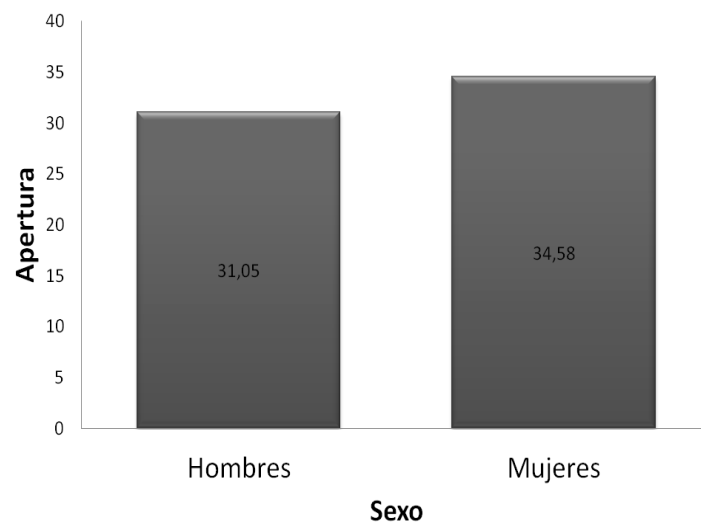


Figura VI.4: Valoración media de Apertura en función del sexo

Por último se mostraron discrepancias significativas en la dimensión *Insatisfacción Corporal* del instrumento EDI-2 [$t_{(152)}=2.75$ $p<.05$], en la prueba de diferencia de medias, en la que la significatividad se decanta a favor de las mujeres ($M=8.08$) frente a los hombres ($M=4.09$).

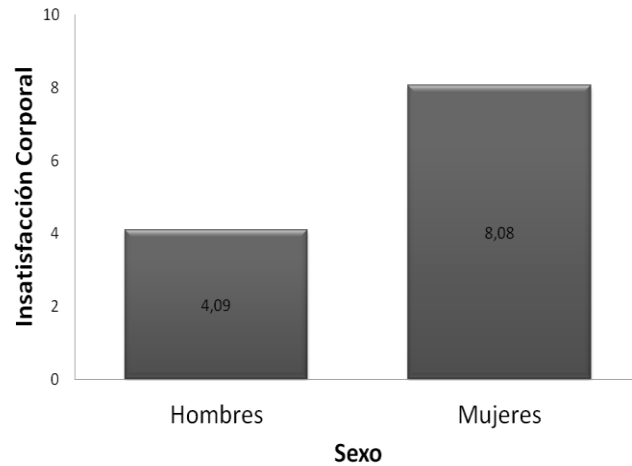


Figura VI.5: Valoración media de Insatisfacción Corporal en función del sexo

- **Edad**

En lo que a la Edad de los participantes se refiere, los análisis realizados indicaron diferencias significativas en la dimensión *Familiar* del AF5 [$t_{(152)}=2.18$ $p<.05$]. Para comprobar que grupo de edad poseía mayores puntuaciones de autoconcepto Familiar, se realizó una prueba de diferencia de medias proporcionando un resultado superior en los menores de 30 años ($M=7.83$) que los mayores de 31 años ($M=7.24$).

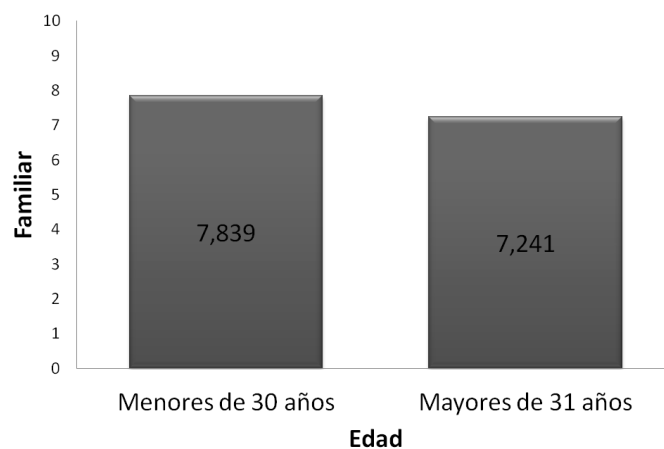


Figura VI.6: Valoración media del autoconcepto Familiar en función de la edad

- **Ciudad**

En cuanto a la Ciudad de residencia de la muestra de estudio, se han obtenido numerosas diferencias significativas con respecto a los instrumentos psicológicos utilizados en los ANOVA realizados en las siguientes dimensiones:

Vigorexia [$F_{(3,150)}=4.133$ $p<.05$], para estudiar entre qué ciudades existían diferencias, se realizaron pruebas a posteriori utilizando el estadístico de Scheffé. Específicamente, la puntuación media en *Vigorexia* fue muy superior en Jaén capital respecto a Arjona (Diferencia de Medias $DM=4.68$), así como en Linares respecto a Arjona ($DM=4.60$). No se encontraron diferencias entre las puntuaciones en *Vigorexia* entre las restantes ciudades.

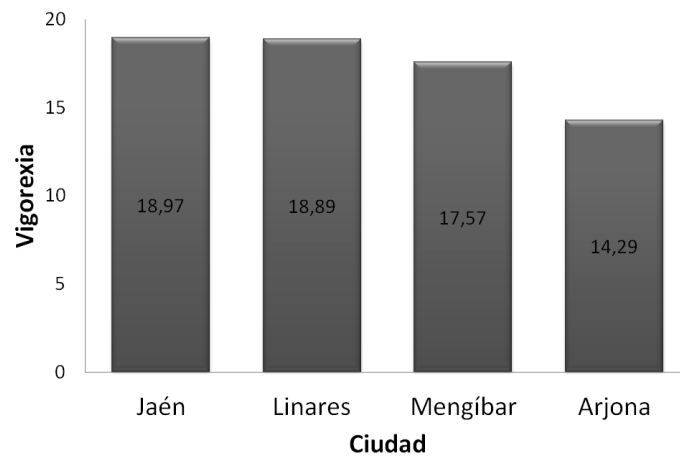


Figura VI.7: Valoración media de la Vigorexia por ciudad

Ansiedad Estado del instrumento STAI [$F_{(3,150)}=5.602$ $p<.001$]; las pruebas a posteriori de Scheffé mostraron que la puntuación media fue significativamente superior en Jaén que en Arjona ($DM=16.88$), en Linares también en comparación con Arjona ($DM=15.40$), así como Mengíbar respecto a Arjona ($DM=16.85$).

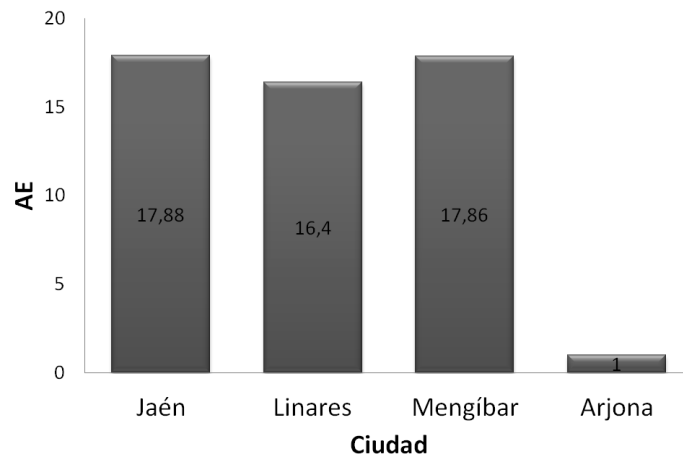


Figura VI.8: Valoración media de la Ansiedad Estado por ciudad

Ansiedad Rasgo del instrumento STAI [$F_{(3,150)}=2.909$ $p<.05$]; las pruebas a posteriori de Scheffé mostraron que la puntuación media fue significativamente superior en Jaén en relación a Arjona ($DM= 11.16$).

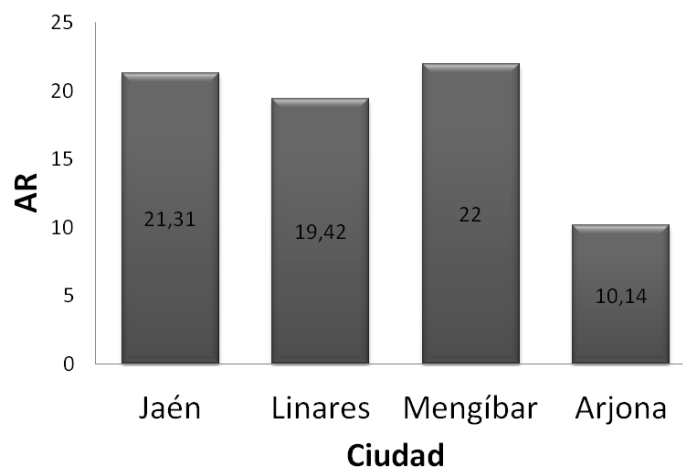


Figura VI.9: Valoración media de la Ansiedad Rasgo por ciudad

La dimensión *Académico Laboral* del instrumento AF5 [$F_{(3,150)}=7.241$ $p<.001$]; las pruebas a posteriori de Scheffé mostraron que la puntuación media en AL fue significativamente superior en Jaén respecto a Arjona ($DM=-2.38$) y en Linares también en comparación con Arjona ($DM=-2.53$)

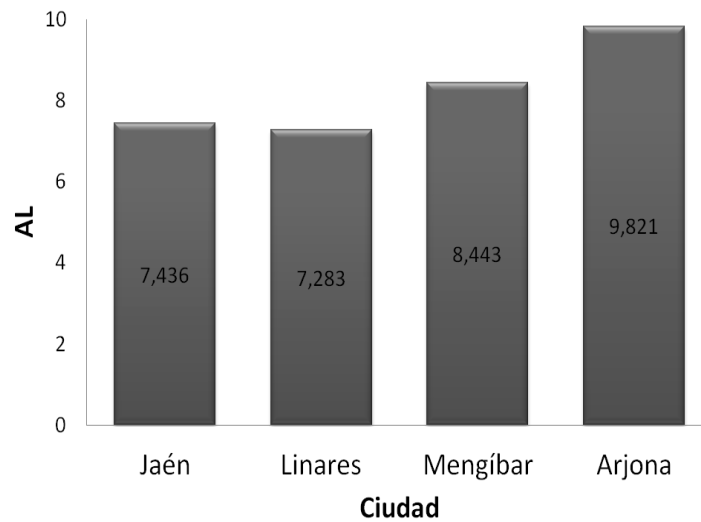


Figura VI.10: Valoración media del autoconcepto Académico- Laboral por ciudad

Autoconcepto Social del AF5 [$F_{(3,150)}=4.876$ $p<.05$]; las pruebas a posteriori de Scheffé mostraron que la puntuación media en Autoconcepto Social fue significativamente inferior en Jaén respecto a Arjona ($DM=-1.75$) y en Linares comparando con Arjona ($DM=-2.53$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p<.05$).

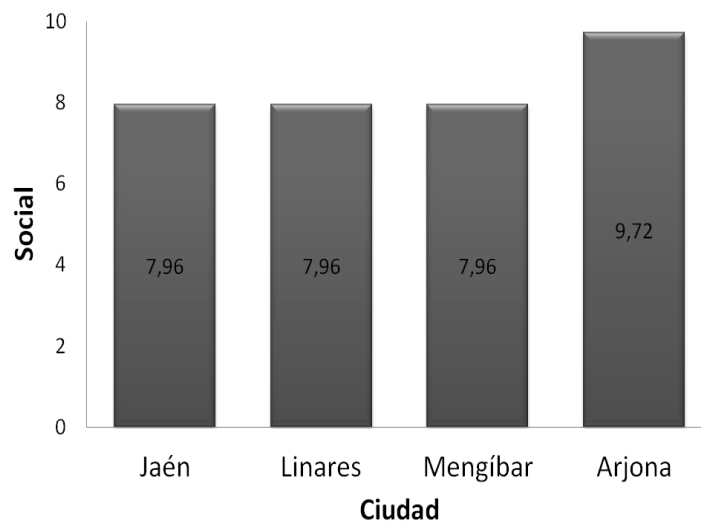


Figura VI.11: Valoración media del autoconcepto Social por ciudad

Autoconcepto Emocional del AF5 [$F_{(3,150)}= 7.470$ $p<.001$]; Las pruebas a posteriori de Scheffé mostraron que la puntuación media en Autoconcepto Emocional

fue significativamente inferior en Jaén respecto a Arjona ($DM=-3.41$), en Linares comparando con Arjona ($DM=-3.25$), así como Mengíbar también en relación a Arjona ($DM=-3.82$).

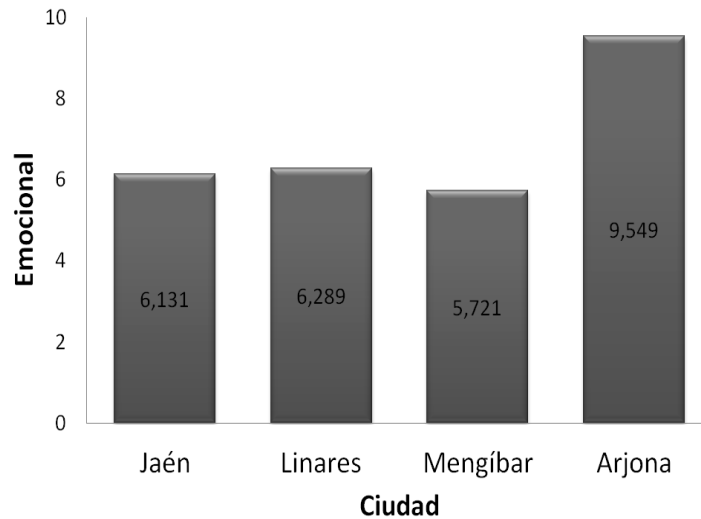


Figura VI.12: Valoración media del autoconcepto Emocional por ciudad

Autoconcepto Familiar del AF5 [$F_{(3,150)}=8.981$ $p<.001$]; las pruebas a posteriori de Scheffé mostraron que la puntuación media en Autoconcepto Familiar fue significativamente inferior en Jaén respecto a Arjona ($DM=-1.91$), en Linares en relación a Arjona ($DM=-2.02$), así como Mengíbar comparando también con Arjona ($DM=-3.16$), siendo dichas diferencias estadísticamente significativas ($p<.05$).

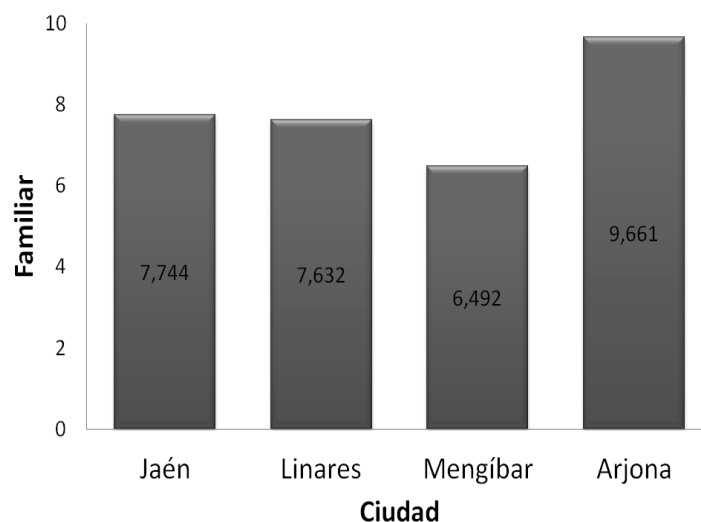


Figura VI.13: Valoración media del autoconcepto Familiar por ciudad

Neuroticismo del instrumento NEO-FFI [$F_{(3,150)}=17.498$ $p<.001$]; las pruebas a posteriori de Scheffé mostraron que la puntuación media en Neuroticismo fue significativamente superior en Jaén respecto a Arjona ($DM=17.72$), y en Linares y Mengíbar, ambas localidades en relación a Arjona ($DM=17.66, 15.00$)

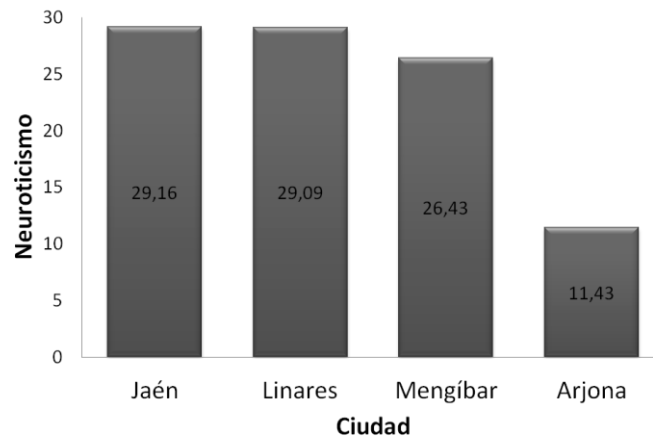


Figura VI.14: Valoración media de Neuroticismo por ciudad

Apertura del NEO-FFI [$F_{(3,150)}=2.821$ $p<.05$]; las pruebas a posteriori de Scheffé mostraron que no hay diferencias significativas entre ciudades en esta prueba, pero sí de manera global. Por consiguiente, llevamos a cabo un nuevo análisis de comparación a posteriori, como es la prueba HSD de Tukey ofreciendo diferencias significativas entre Jaén ($M=31.64$) y Arjona ($M=26.14$) de medias representativas al nivel $p<.05$.

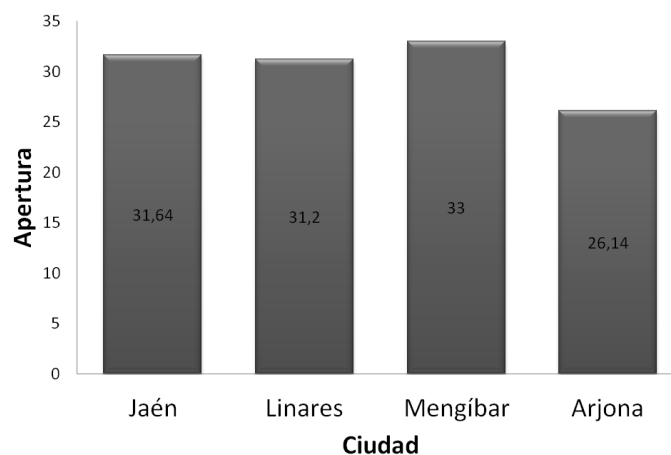


Figura VI.15: Valoración media de la Apertura por ciudad

Amabilidad del NEO-FFI [$F_{(3,150)}=9.874$ $p<.001$]; las pruebas a posteriori de Scheffé mostraron que la puntuación media en Amabilidad fue significativamente inferior en Jaén respecto a Arjona ($DM=-11.88$), lo mismo que en Linares ($DM=-11.12$).

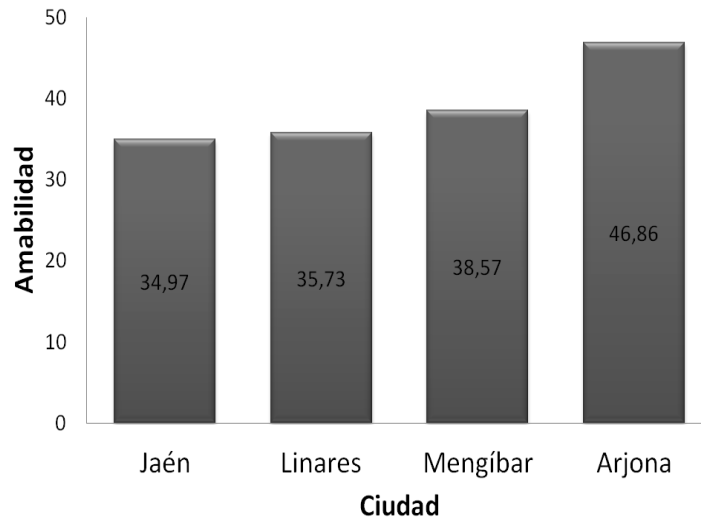


Figura VI.16: Valoración media de la Amabilidad por ciudad

Responsabilidad del instrumento NEO-FFI [$F_{(3,150)}=3.921$ $p<.05$]; las pruebas a posteriori de Scheffé mostraron que la puntuación media en Responsabilidad fue significativamente inferior en Jaén respecto a Arjona ($DM=-8.08$).

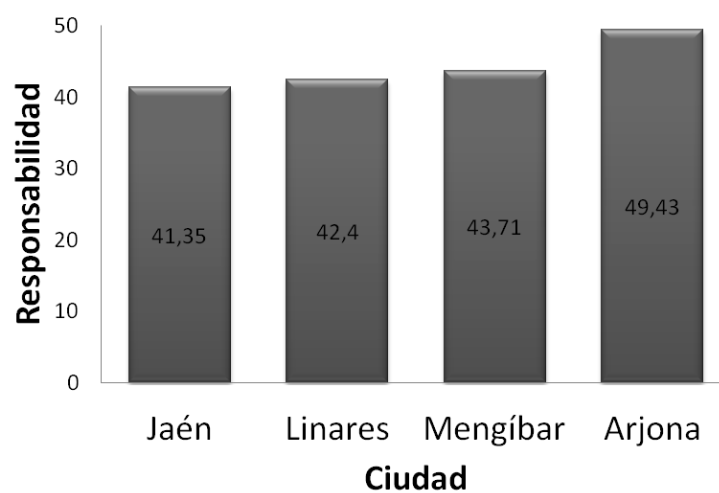


Figura VI.17: Valoración media de la Responsabilidad por ciudad

Obsesión por la Delgadez del instrumento EDI-2 [$F_{(3,150)}=4.745$ $p<.05$]; las pruebas a posteriori de Scheffé mostraron que la puntuación media fue significativamente superior en Linares respecto a Arjona ($DM=3.07$) lo mismo que en Mengíbar ($DM= 4.95$).

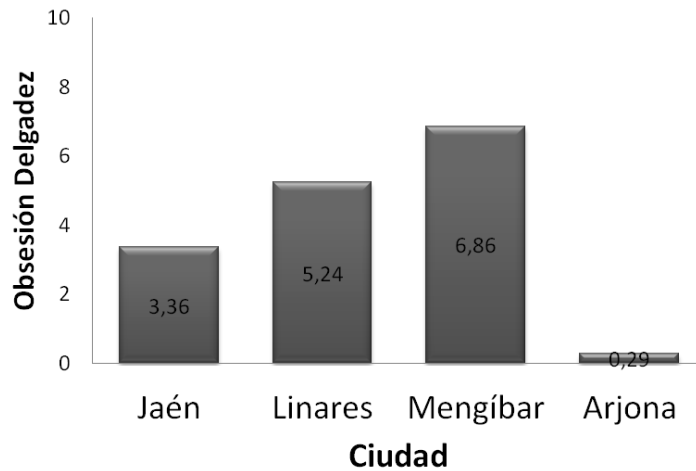


Figura VI.18: Valoración media de Obsesión por la Delgadez por ciudad

Insatisfacción Corporal del EDI-2 [$F_{(3,150)}=4.333$ $p<.05$]; las pruebas a posteriori de Scheffé mostraron que la puntuación media fue significativamente superior en Mengíbar respecto a Arjona ($DM=8.85$).

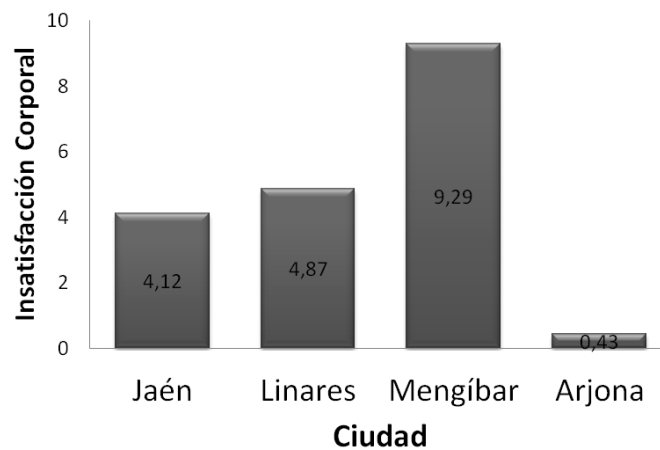


Figura VI.19: Valoración media de Insatisfacción Corporal por ciudad

Miedo a la Madurez del EDI-2 [$F_{(3,150)}=4.835$ $p<.05$]. Las pruebas a posteriori de Scheffé mostraron que la puntuación media fue significativamente superior en Jaén respecto a Arjona ($DM= 6.71$) lo mismo que en Linares y Arjona ($DM=7.11$).

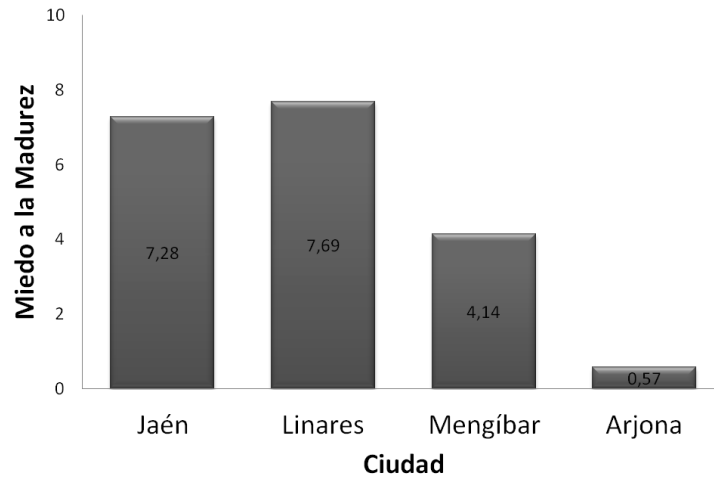


Figura VI.20: Valoración media de Miedo a la Madurez por ciudad

- **Experiencia Negativa**

El hecho de poseer o no una experiencia negativa a causa de su imagen corporal también nos ha ofrecido diversas diferencias en los test psicológicos que se han utilizado para la muestra de estudio. Dichas desigualdades las ofrecemos a continuación:

En primer lugar se han obtenido diferencias significativas con la variable *Vigorexia*, donde, para determinar qué categoría es la que posee mayor puntuación realizamos una prueba de diferencia de medias [$t_{(151)}=4.01$ $p<.001$] en la que se observa que los que sí poseen una experiencia negativa a su vez presentan mayores puntuaciones de *Vigorexia* ($M=20.44$) que los que no han manifestado dicha experiencia ($M=17.95$) siendo esta diferencia estadísticamente alta ($p<.05$).

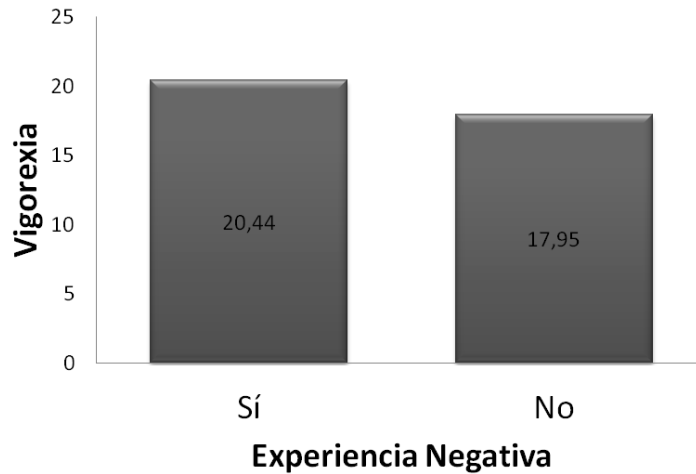


Figura VI.21: Valoración media de la Vigorexia en función de la experiencia negativa

Ansiedad Estado del instrumento STAI, [$t_{(151)}=2.24$ $p<.05$]. En la prueba de diferencia de medias se observa que la puntuación es más elevada en los participantes con experiencias negativas ($M= 19.91$) que los que no la tienen ($M=15.52$), siendo dicha diferencia significativa ($p<.05$).

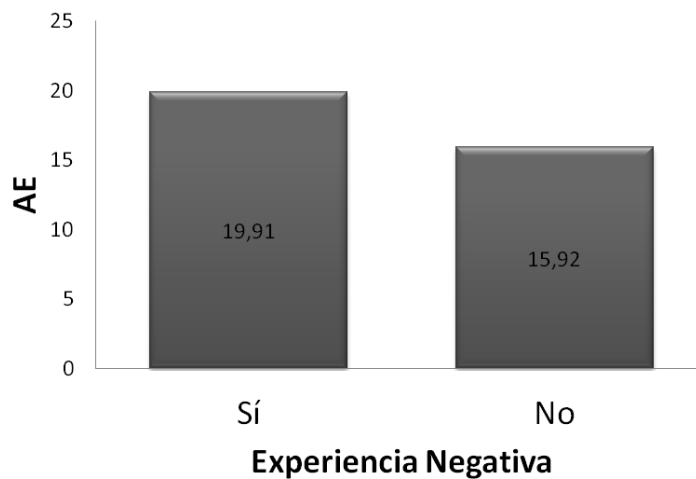


Figura VI.22: Valoración media de la Ansiedad Estado en función de la experiencia negativa

Ansiedad Rasgo del instrumento STAI, [$t_{(151)}=2.97$ $p<.001$]. En la prueba de diferencia de medias se observa que la puntuación es más elevada en los participantes

con experiencias negativas ($M=24.19$) que los que no ($M=18.90$), siendo dicha diferencia significativa ($p<.05$).

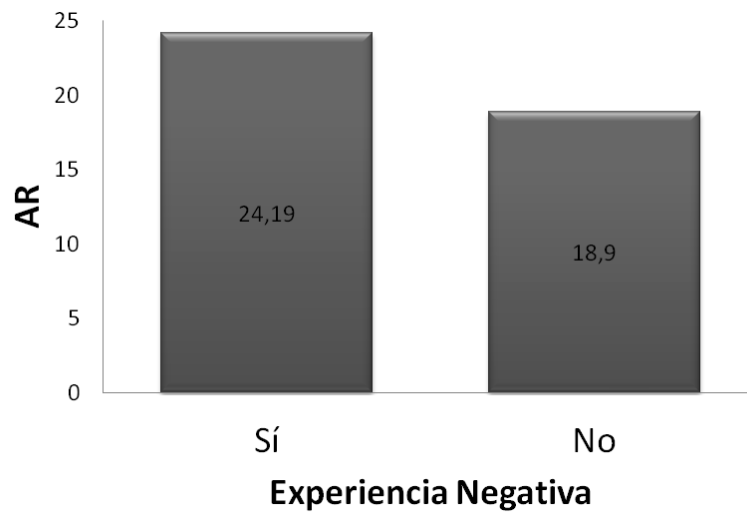


Figura VI.23: Valoración media de la Ansiedad Rasgo en función de la experiencia negativa

Emocional del instrumento NEO-FFI, [$t_{(151)}=2.19$ $p<.05$]. En la prueba de diferencia de medias se observa que la puntuación es más elevada en los que no han manifestado experiencia negativa ($M=6.51$) que los que sí ($M=5.73$), siendo dicha diferencia significativa ($p<.05$).

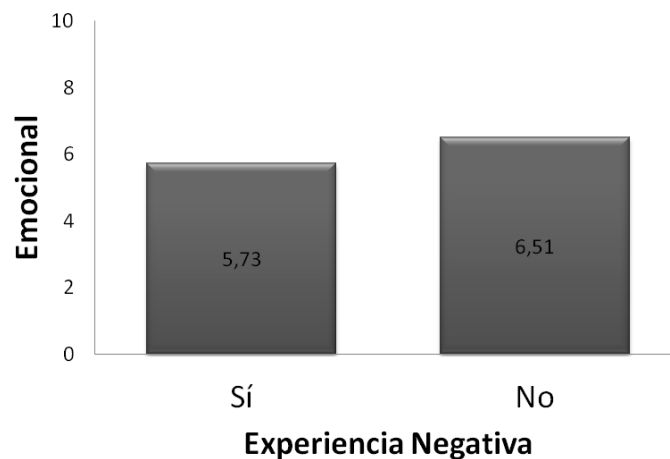


Figura VI.24: Valoración media del autoconcepto Emocional en función de la experiencia negativa

Neuroticismo del instrumento NEO-FFI [$t_{(151)}=3.45$ $p<.001$]. En la prueba de diferencia de medias se observa que la puntuación es más elevada en los participantes

con experiencias negativas ($M=31.33$) que los que no ($M=26.94$) siendo dicha distinción significativa ($p<.05$).

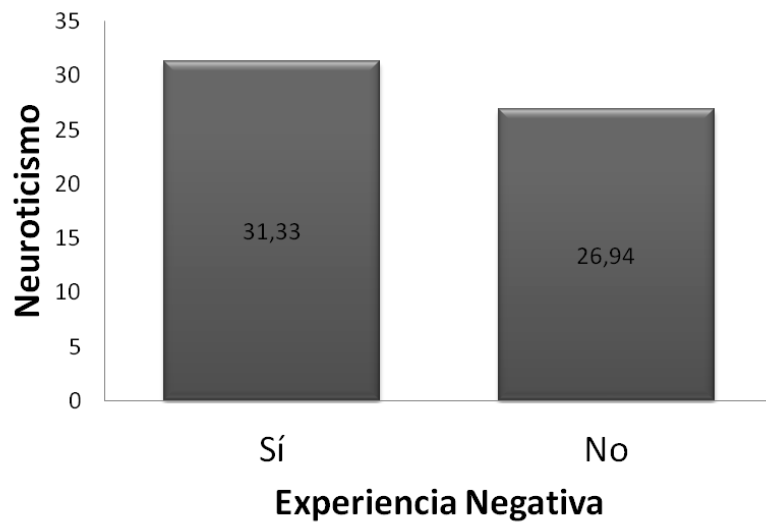


Figura VI.25: Valoración media del Neuroticismo en función de la experiencia negativa

- **Nivel de Estudios**

El nivel de estudios también nos ha ofrecido diferencias estadísticamente importantes con la dimensión *Neuroticismo* del instrumento NEO-FFI [$F(3,150)=4.483$ $p<.05$], concretamente la prueba a posteriori de Sheffé indica que las diferencias se concretan entre el grupo que posee estudios primarios ofreciendo puntuaciones superiores al grupo de estudios secundarios ($DM=5.86$).

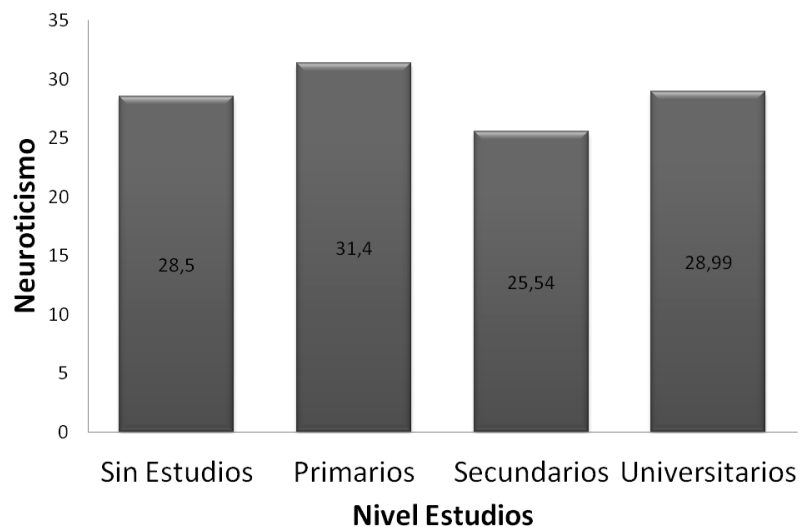


Figura VI.26: Valoración media del Neuroticismo en función del nivel de estudios

También se han detectado diferencias significativas con la dimensión *Obsesión por la Delgadez* del instrumento EDI-2, [$F_{(3,150)}=3.109$ $p<.05$]: la prueba a posteriori de Sheffé indica que los participantes con estudios primarios poseen mayores puntuaciones que los participantes con estudios universitarios ($DM=3.01$) siendo la diferencia de medias estadísticamente significativa ($p<.05$).

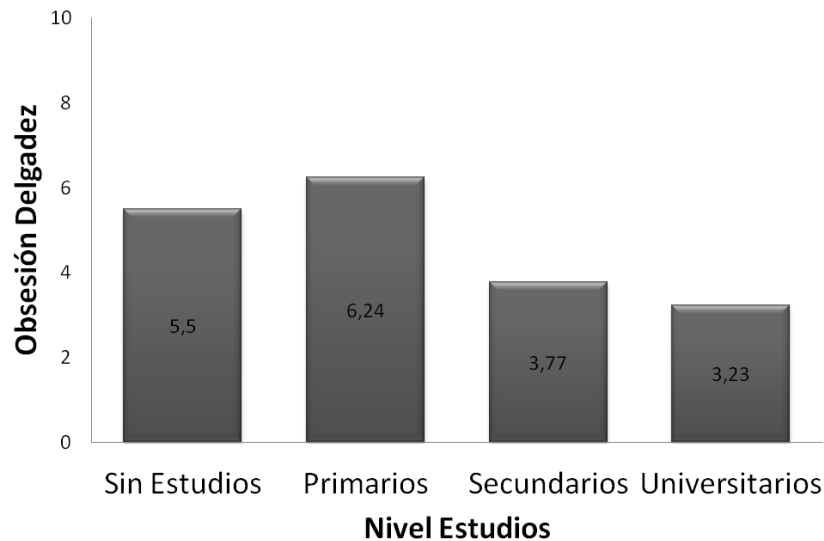


Figura VI.27: Valoración media de Obsesión por la Delgadez en función del nivel de estudios

Y por último con la dimensión *Inseguridad Social* del EDI-2 [$F_{(3,150)}=2.911$ $p<.05$]; la prueba a posteriori de Sheffé no aporta diferencias significativas entre los diferentes grupos, aunque de nuevo, la prueba a posteriori HSD de Tukey sí determinó diferencias significativas entre los diferentes grupos, concretando la diferencia entre el grupo que posee estudios secundarios ($M=3.35$), y el grupo que posee estudios universitarios ($M=2.16$) siendo dicha diferencia significativa al nivel $p<.05$.

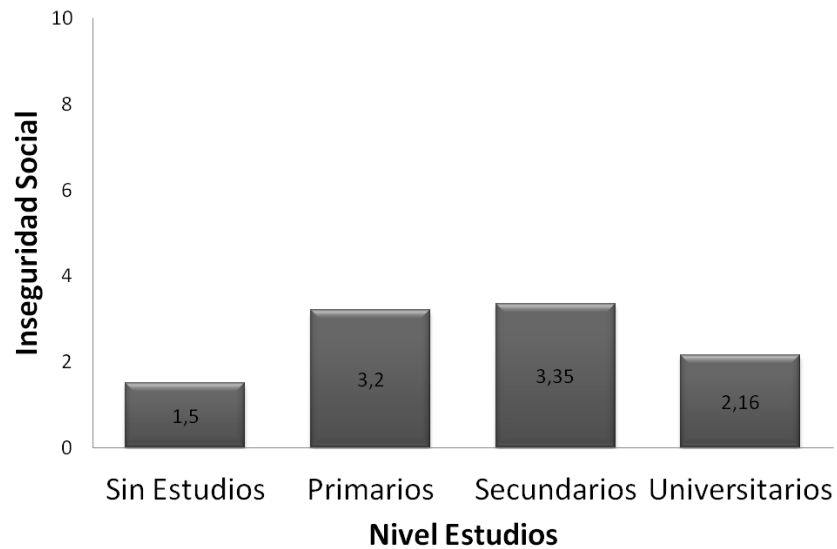


Figura VI.28: Valoración media de Inseguridad Social en función del nivel de estudios

- **Ingresos**

Con respecto al nivel de ingresos, hemos detectado diferencias dignas de considerar con respecto a la dimensión *Académico Laboral* del instrumento AF5; [$F(3,150)=8.882$ $p<.001$], la prueba a posteriori de Sheffé indica que los participantes con nivel de ingresos de 0 a 500 euros poseen menores puntuaciones que los ubicados en la categoría de 1000 a 1500 euros ($DM=-0.97$), y también que los participantes con nivel de ingresos de 0 a 500 euros poseen menores puntuaciones que los ubicados en la categoría de más de 1500 euros ($DM=-1.64$).

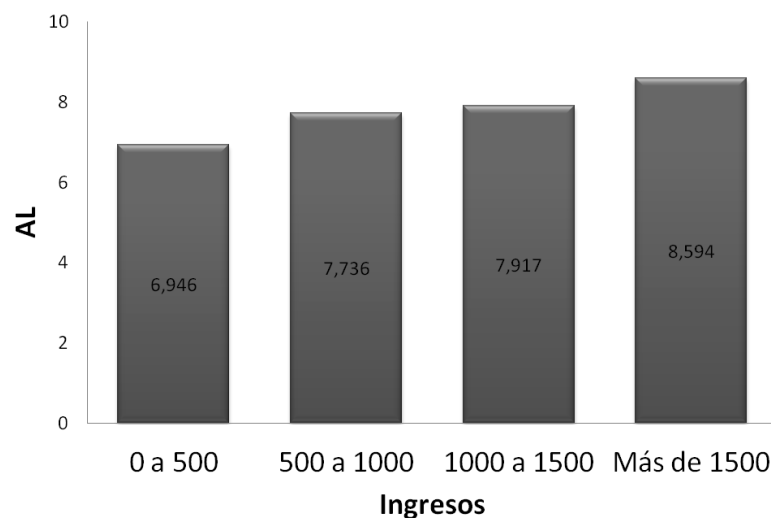


Figura VI.29: Valoración media del autoconcepto Académico- Laboral en función del nivel de ingresos

Con la dimensión *Emocional* del instrumento AF5 [$F_{(3,150)}=3.554$ $p<.05$]. La prueba a posteriori de Sheffé no aporta diferencias significativas entre los diferentes grupos, ni tampoco la prueba HSD de Tukey, pero sí existen diferencias significativas de manera global.

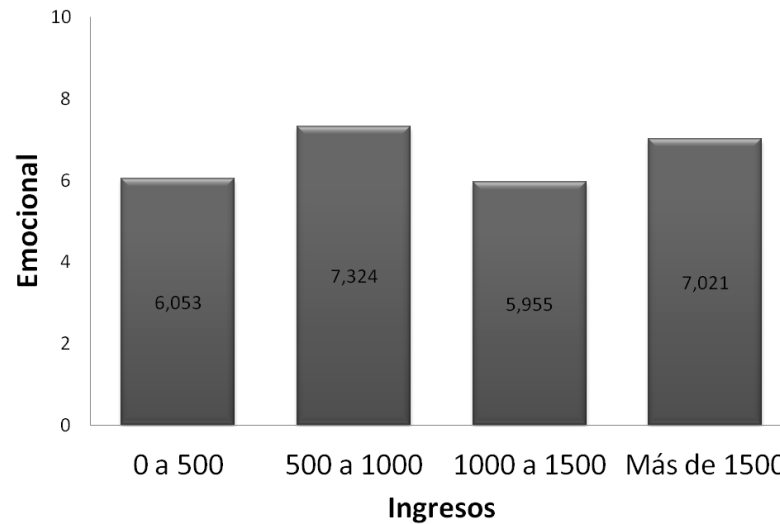


Figura VI.30: Valoración del autoconcepto Emocional en función del nivel de ingresos

Y por último con la dimensión *Neuroticismo* del instrumento NEO-FFI [$F_{(3,150)}=5.571$ $p<.001$]. La prueba a posteriori de Sheffé indica que los participantes con nivel de ingresos de 0 a 500 euros poseen mayores puntuaciones que los ubicados en la categoría de más de 1500 euros ($DM=5.73$), siendo la diferencia de medias estadísticamente significativa.

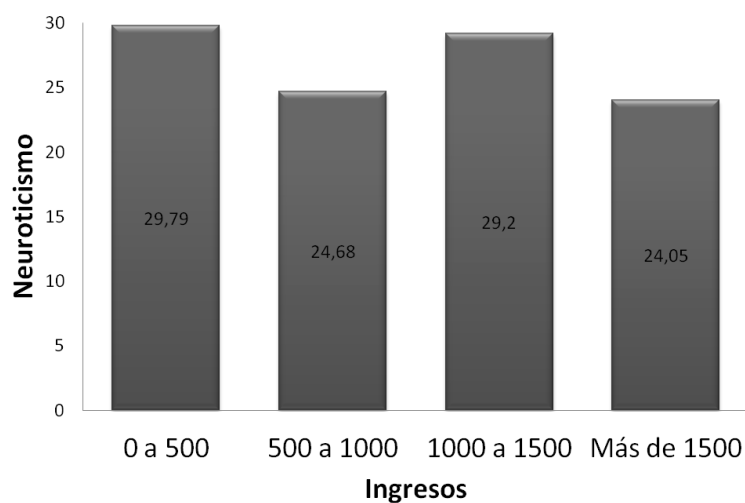


Figura VI.31: Valoración media del Neuroticismo en función del nivel de ingresos

- **Horas semanales empleadas en el gimnasio**

Una de las variables sociodemográficas que se analizaron en la muestra fue el número de horas semanales que empleaban los sujetos en el gimnasio o sala de musculación. Esta cuestión ha aportado numerosas y significativas diferencias con las distintas dimensiones psicológicas estudiadas, por lo que podemos decir que el número de horas que pasa una persona en un gimnasio puede ser un gran indicador para la aparición de alteraciones de personalidad o psicológicas, entre ellas la vigorexia. A continuación exponemos las dimensiones que han resultado significativas en torno a la cuestión que se ha expuesto:

En primer lugar, con la variable *Vigorexia* [$F_{(4,149)}=4.895 p<.001$]; las pruebas a posteriori de Sheffé concretan que las diferencias radican entre las personas que dedican más de 21 horas semanales, mostrando mayores puntuaciones de vigorexia que el resto de categorías: categoría de 1 a 5 horas ($DM= 7.14$), categoría de 6 a 10 horas ($DM= 6.16$), categoría de 11 a 15 horas ($DM= 6.40$) y categoría de 16 a 20 horas ($DM= 6.90$).

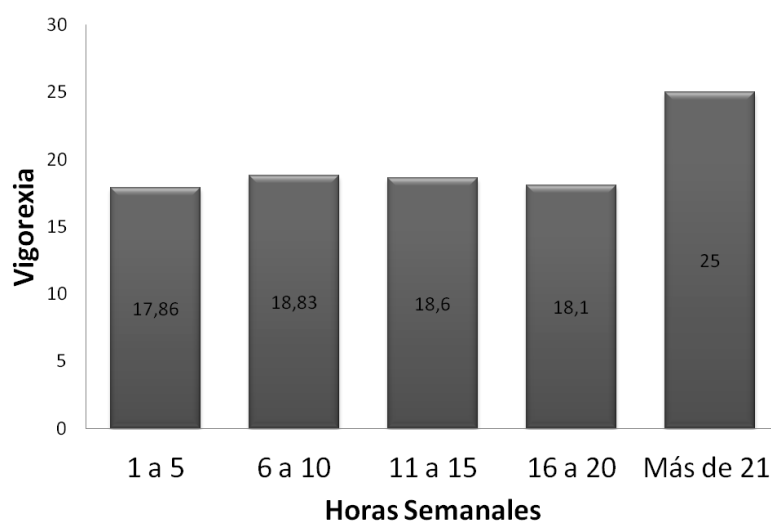


Figura VI.32: Valoración media de la Vigorexia en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio

Del mismo modo muestra diferencias con la dimensión *Ansiedad Estado*, del instrumento STAI [$F_{(4,149)}=4.031 p<.05$]. La prueba a posteriori de Sheffé no aporta diferencias significativas entre los diferentes grupos, mientras que la prueba HSD de Tukey muestra que existen diferencias significativas entre los participantes que emplean de 11 a 15 horas semanales en el gimnasio ($M=12.77$) con respecto a los que emplean

más de 21 horas ($M=27.6$), y entre los que dedican de 16 a 20 horas ($M=9.70$) con respecto a los que dedican más de 21 horas semanales; según el estadístico empleado, dichas diferencias son significativas al nivel $p<.05$.

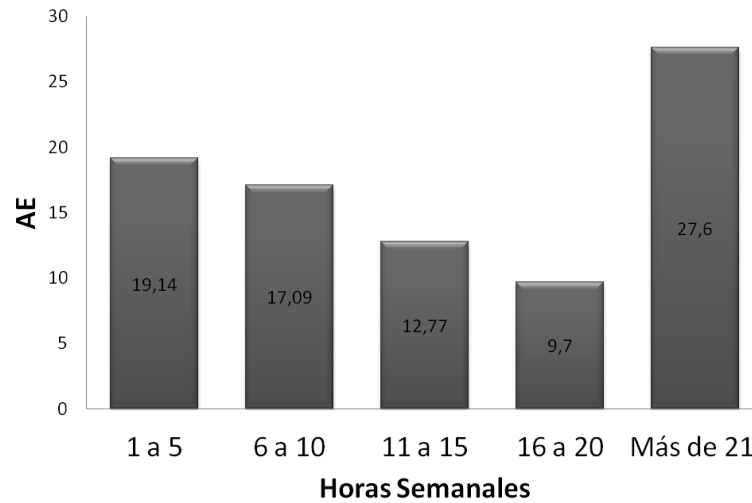


Figura VI.33: Valoración media de la Ansiedad Estado en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio

También presenta diferencias con la dimensión *Social* del instrumento AF5 [$F(4,149)=2.539$ $p<.05$]. La prueba a posteriori de Sheffé no aporta diferencias significativas entre los diferentes grupos, ni tampoco la prueba HSD de Tukey, por lo que se puede decir que existen diferencias de manera global a nivel estadístico, pero no entre grupos ($p<.05$). En la siguiente figura (figura VI.34), se pueden ver las puntuaciones obtenidas.

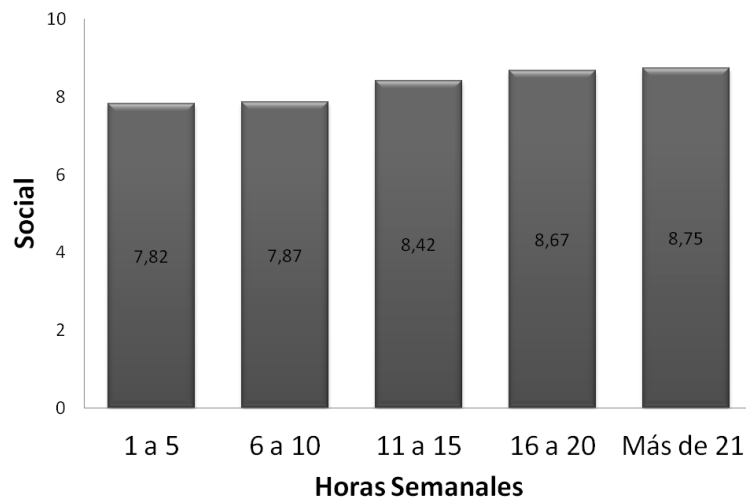


Figura VI.34: Valoración media del autoconcepto Social en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio

Con la dimensión referida al autoconcepto *Emocional* del instrumento AF5 [$F_{(4,149)}=2.707 p<.05$]. La prueba a posteriori de Sheffé no aporta diferencias significativas entre los diferentes grupos, ni tampoco las aporta la prueba HSD de Tukey, por lo que existen diferencias únicamente de manera global.

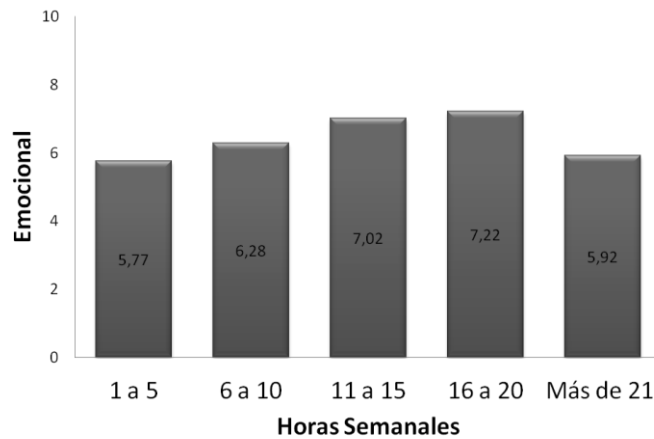


Figura VI.35: Valoración media del autoconcepto Emocional en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio

Con la dimensión autoconcepto *Físico* del AF5 [$F_{(4,149)}=2.612 p<.05$]. La prueba a posteriori de Sheffé no aporta diferencias significativas entre los diferentes grupos, ni tampoco las aporta la prueba HSD de Tukey, existiendo diferencias de manera global. A continuación (tabla VI.36) se pueden ver las puntuaciones obtenidas.

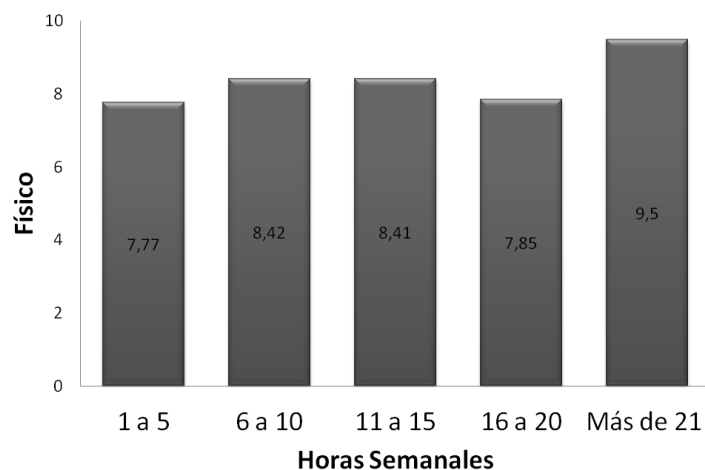


Figura VI.36: Valoración media del autoconcepto Físico en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio

Con la dimensión autoconcepto *Familiar* del AF5 [$F_{(4,149)}=3.821$ $p<.05$]. La prueba a posteriori de Sheffé no aporta diferencias significativas entre los diferentes grupos, pero sí la prueba de HSD de Tukey, concretando las diferencias estadísticas a nivel $p<.05$ entre el grupo que emplea de 1 a 5 horas semanales ($M=7.34$), y el grupo que emplea de 11 a 15 horas semanales en el gimnasio ($M=8.15$).

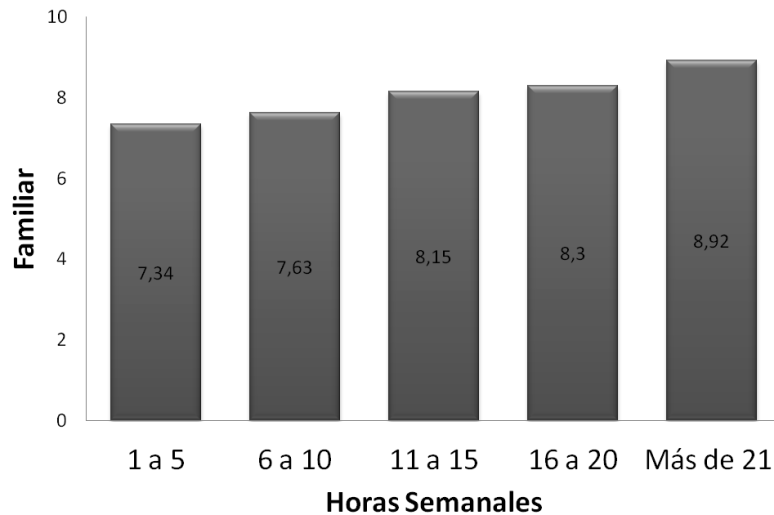


Figura VI.37: Valoración media del autoconcepto Familiar en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio

Neuroticismo del instrumento NEO-FFI también presenta diferencia a nivel estadístico significativas [$F_{(4,149)}=3.143$ $p<.05$]. La prueba a posteriori de Sheffé no aporta diferencias significativas entre los diferentes grupos, ni tampoco la prueba HSD de Tukey. No obstante existen diferencias significativas de manera global que se pueden ver en la siguiente figura (ver figura VI.38).

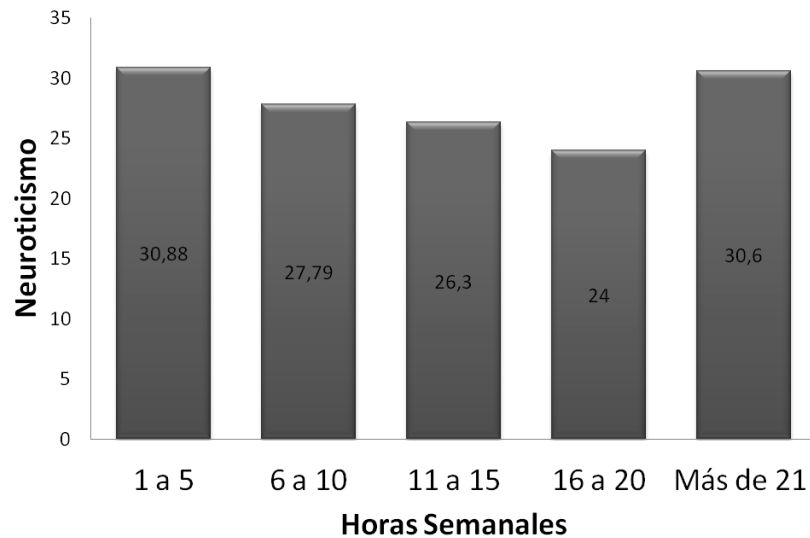


Figura VI.38: Valoración media del Neuroticismo en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio

Amabilidad del instrumento NEO-FFI [$F_{(4,149)}=3.210$ $p<.05$]. La prueba a posteriori de Sheffé no aporta diferencias significativas entre los diferentes grupos, aunque sí las presenta el estadístico HSD de Tukey. Dichas diferencias se concretan entre el grupo que dedica entre 11 a 15 horas semanales a realizar ejercicio en el gimnasio ($M=37.57$) y entre el grupo que emplea más de 21 horas en el gimnasio semanalmente ($M=29.2$), de manera lógica las puntuaciones son inferiores en éstos últimos.

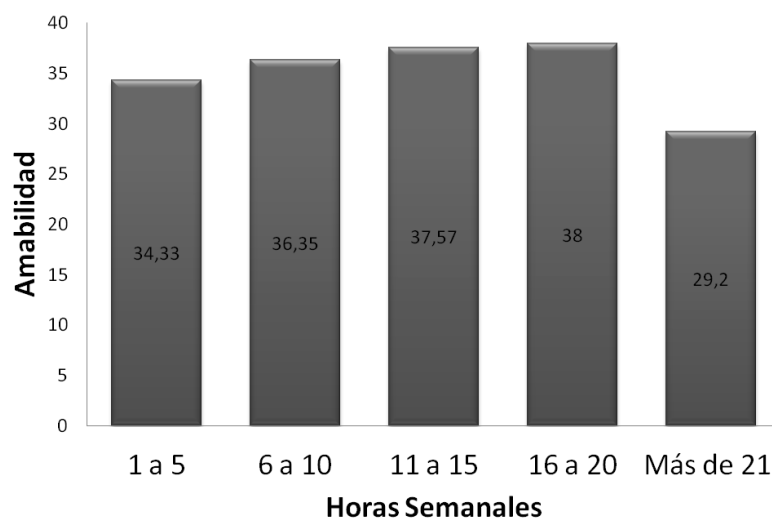


Figura VI.39: Valoración media de la Amabilidad en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio

Obsesión por la Delgadez del instrumento EDI-2 [$F_{(4,149)}=4.640$ $p<.05$]. Las pruebas a posteriori de Sheffé concretan que las diferencias se localizan entre las personas que dedican más de 21 horas semanales, obteniendo puntuaciones más elevadas que el resto de categorías: categoría de 1 a 5 horas ($DM=8.21$), categoría de 6 a 10 horas ($DM=8.04$), categoría de 11 a 15 horas ($DM=7.86$) y categoría de 16 a 20 horas ($DM=9.20$) siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p<.05$).

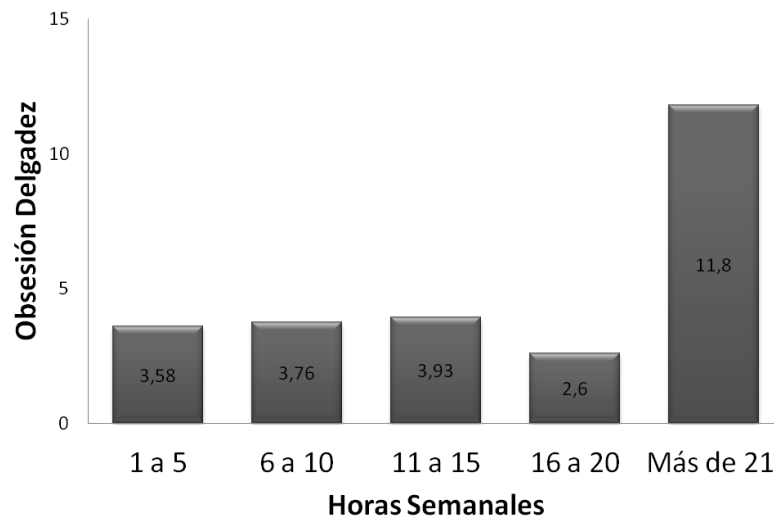


Figura VI.40: Valoración media de Obsesión por la Delgadez en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio

La dimensión *Perfeccionismo* del instrumento EDI-2 [$F_{(4,149)}=4.748$ $p<.001$]. Las pruebas a posteriori de Sheffé concretan de nuevo que las diferencias radican entre las personas que dedican más de 21 horas semanales, obteniendo puntuaciones más elevadas que el resto de categorías: categoría de 1 a 5 horas ($DM=6.62$), categoría de 6 a 10 horas ($DM=6.47$), categoría de 11 a 15 horas ($DM=6.20$) y categoría de 16 a 20 horas ($DM=5.90$) siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p<.05$).

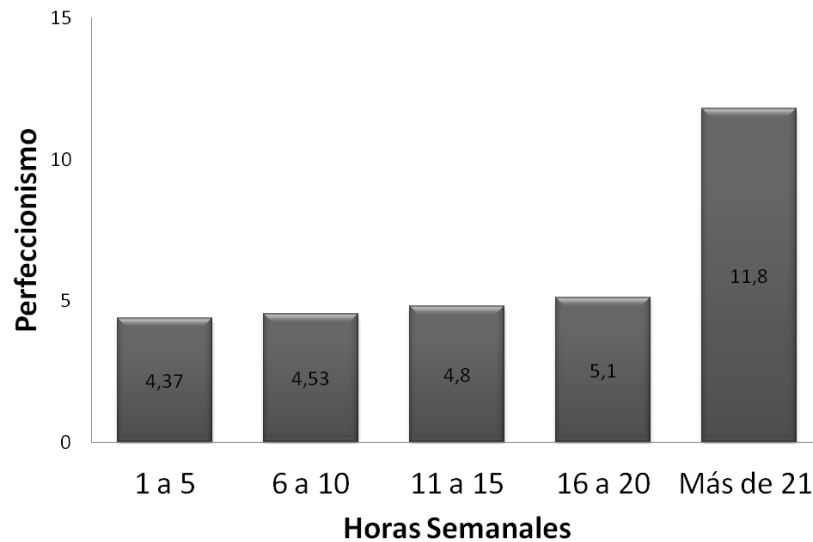


Figura VI.41: Valoración media de Perfeccionismo en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio

La dimensión *Ascetismo* del instrumento EDI-2 [$F_{(4,149)}=2.718$ $p<.05$]. Las pruebas a posteriori de Sheffé indican que la diferencia se concreta entre la categoría de 11 a 15 horas semanales, frente a la categoría de más de 21 horas semanales obteniendo ésta última mayores puntuaciones ($DM=-3.63$).

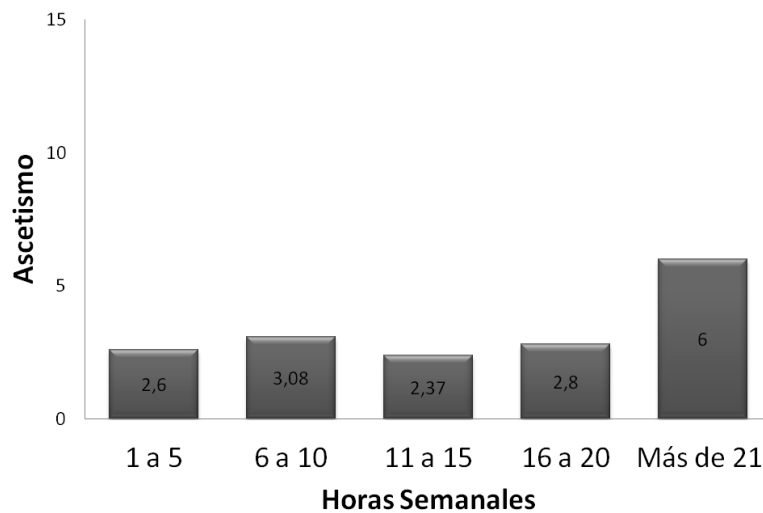


Figura VI.42: Valoración media de Ascetismo en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio

La dimensión *Impulsividad* del instrumento EDI-2 [$F_{(4,149)}=4.552$ $p<.05$]. Las pruebas a posteriori de Sheffé concretan de nuevo que las diferencias son localizadas entre las personas que dedican más de 21 horas semanales, obteniendo puntuaciones más elevadas que el resto de categorías: categoría de 1 a 5 horas ($DM=7.61$), categoría de 6 a 10 horas ($DM=8.09$), categoría de 11 a 15 horas ($DM=7.80$) y categoría de 16 a 20 horas ($DM=7.40$) siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p<.05$).

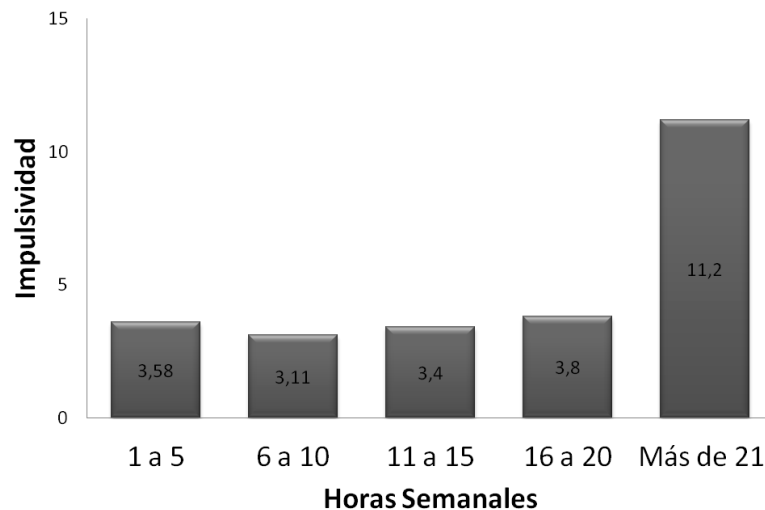


Figura VI.43: Valoración media de Impulsividad en función de las horas semanales empleadas en el gimnasio

- **Número de veces que se pesan a la semana**

Con respecto a las ocasiones en las que se pesan semanalmente los sujetos de la muestra, los análisis realizados indicaron diferencias significativas en las siguientes dimensiones de los instrumentos empleados:

En la variable *Vigorexia* [$F_{(2, 151)}=5.175$ $p<.05$]. Las pruebas a posteriori de Sheffé mostraron que concretamente la diferencia se ubica entre el grupo que se pesa de 0 a 4 veces en semana con respecto a los que se pesan más de 9 veces en semana, decantándose la balanza de mayores puntuación en estos últimos ($DM=-5.55$).

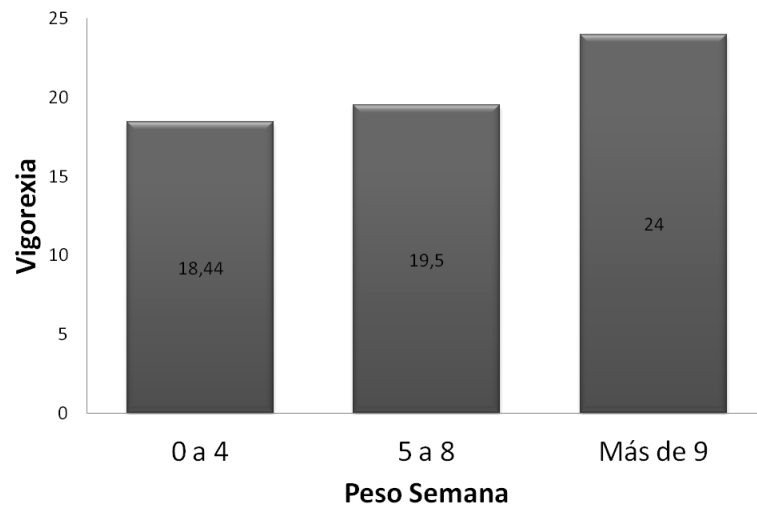


Figura VI.44: Valoración media de la Vigorexia en función de las veces que se pesan semanalmente

También se encontraron diferencias significativas en la dimensión *Académico Laboral* del instrumento AF5 [$F(2,151)=3.632$ $p<.05$]. Las pruebas a posteriori de Sheffé mostraron que concretamente la diferencia se ubica entre el grupo que se pesa de 0 a 4 veces en semana con respecto a los que se pesan más de 9 veces en semana, decantándose la balanza de mayor puntuación en estos últimos ($DM=-2.00$).

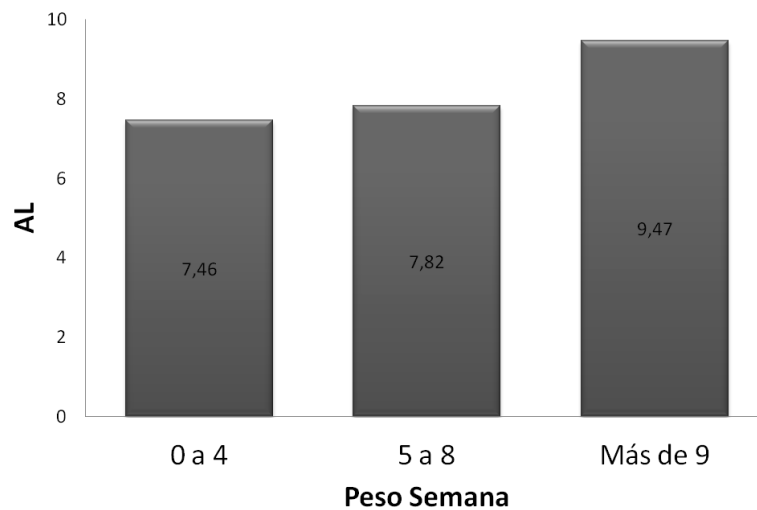


Figura VI.45: Valoración media del autoconcepto Académico-Laboral en función de las veces que se pesan semanalmente

La dimensión *Responsabilidad* del instrumento NEO-FFI [$F_{(2,151)}=3.490$ $p<.05$]. De nuevo el estadístico de Sheffé indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sujetos que se pesa de 0 a 4 veces semana con respecto al grupo que se pesa más de 9 veces en semana, manifestando estos últimos puntuaciones superiores ($DM=-8.18$).

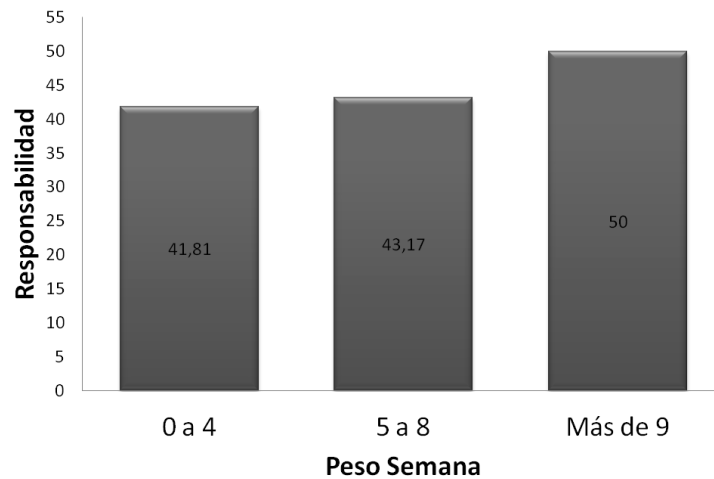


Figura VI.46: Valoración media de la Responsabilidad en función de las veces que se pesan semanalmente

- **Medidas semanales**

Las ocasiones en las que los participantes de la muestra se pesan semanalmente han ofrecido diversas diferencias significativas en cuanto a las dimensiones psicológicas medidas; en primer lugar con la variable *Vigorexia* [$F_{(3,150)}=6.962$ $p<.01$], para concretar qué grupo posee mayores puntuaciones de vigorexia se llevó a cabo la prueba a posteriori a través del estadístico de Sheffé, indicando que los participantes que se miden 0 veces poseen menores puntuaciones de Vigorexia que los que se miden semanalmente una vez ($DM=-2.57$), mostrándose dicha diferencia estadísticamente significativa $p<.05$.

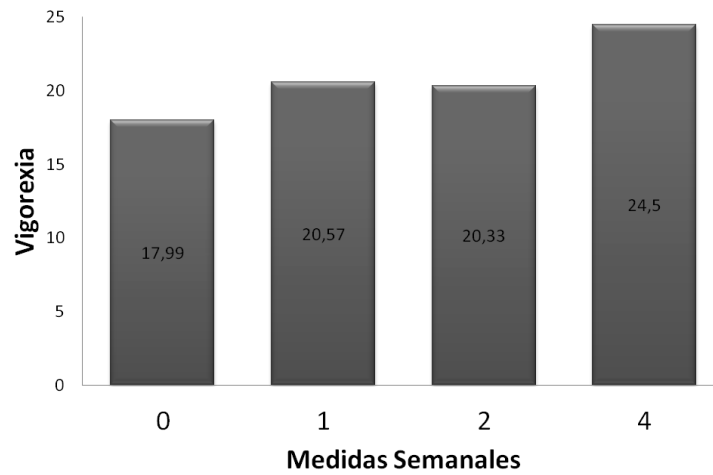


Figura VI.47: Valoración media de la Vigorexia en función de las veces que se miden semanalmente

Por otra parte, la dimensión *Responsabilidad* también ofreció diferencias significativas [$F_{(3,150)}=3.098$ $p<.05$], concretamente se establecieron a través de la prueba de Sheffé entre los que se miden 0 veces y los que se miden 4 veces semana ($DM=-13.56$), y entre los que se miden 1 vez con los que se miden 4 veces semana ($DM=-13.50$).

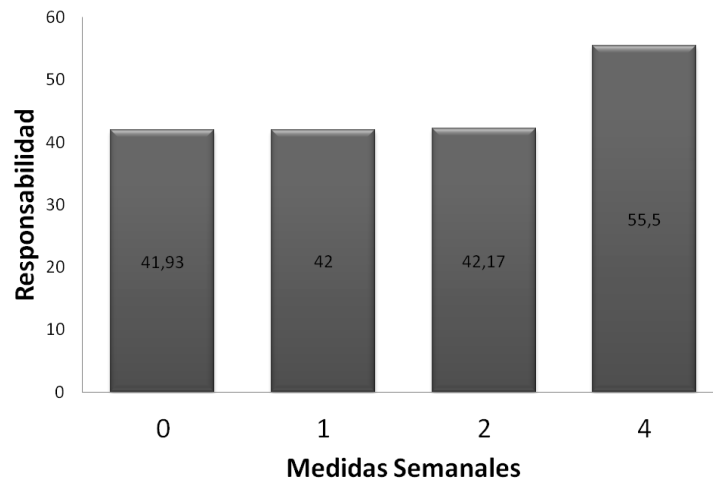


Figura VI.48: Valoración media de la Responsabilidad en función de las veces que se miden semanalmente

Igualmente se obtuvieron diferencias significativas en la dimensión *Ascetismo* [$F_{(3,150)}=3.892$ $p<.05$] de manera global, puesto que las pruebas a posteriori de Sheffé no

mostraron diferencias significativas entre los diferentes grupos, ni tampoco la prueba HSD de Tukey (ver figura VI.49).

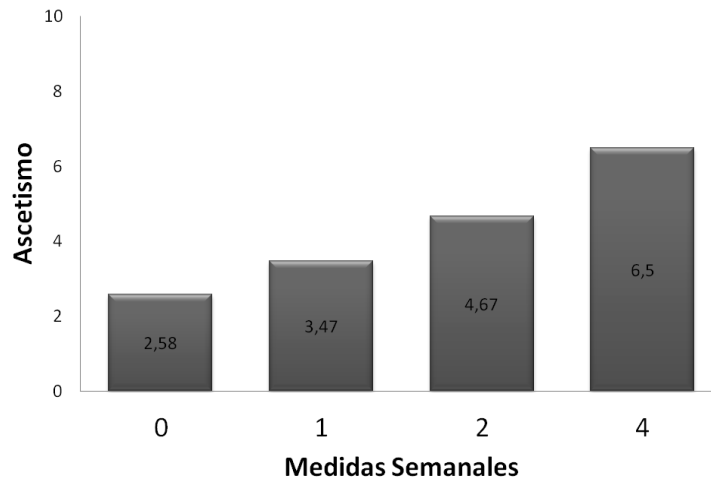


Figura VI.49: Valoración media de Ascetismo en función de las veces que se miden semanalmente

Por último se obtuvieron diferencias en la dimensión *Impulsividad* [$F(3,150)=3.411$ $p<.05$], concretamente a través de la prueba de Sheffé se mostró que la diferencia fue significativa entre los participantes que se miden 0 veces con respecto a los que se miden 4 veces semana ($DM=-8.67$).

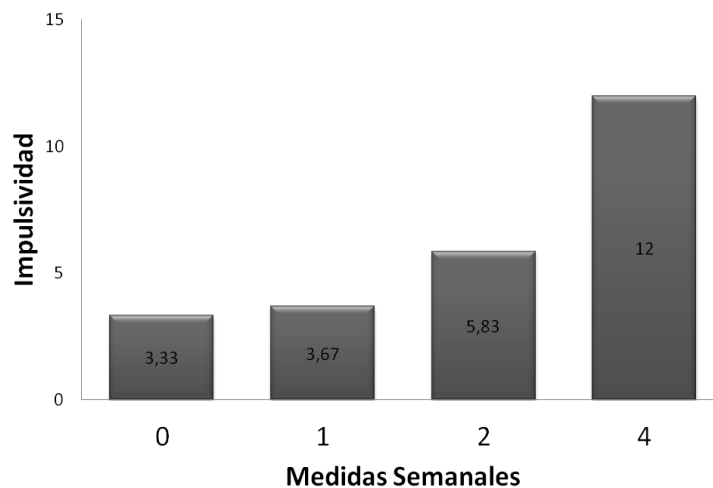


Figura VI.50: Valoración media de la Impulsividad en función de las veces que se miden semanalmente

- **Preocupación por la apariencia física**

Con respecto a la cuestión que abarca la preocupación que un sujeto siente por su apariencia física obtuvimos numerosas diferencias significativas, tales como la variable *Vigorexia* [$F_{(3,150)}=4.006$ $p<.05$]; el estadístico de Sheffé muestra que ésta diferencia es significativa entre el grupo que admite tener poca preocupación con respecto al grupo que admite tener mucha preocupación ($DM=-2.74$), manifestando éstos últimos mayores puntuaciones de *Vigorexia* ($p<.05$).

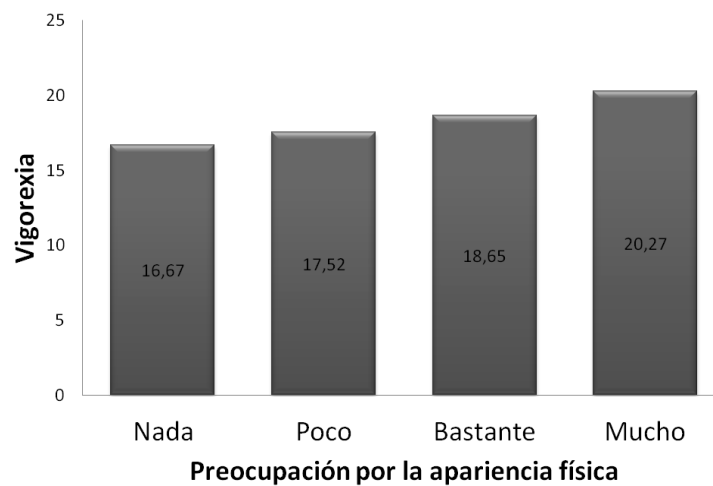


Figura VI.51: Valoración media de la Vigorexia en función de la preocupación por la apariencia física

La dimensión *Académico Laboral* también aportó diferencias significativas de manera global [$F_{(3,150)}=6.608$ $p<.05$] pero no se obtuvieron entre los diferentes grupos ni con el estadístico de Sheffé ni con la prueba HSD de Tukey.

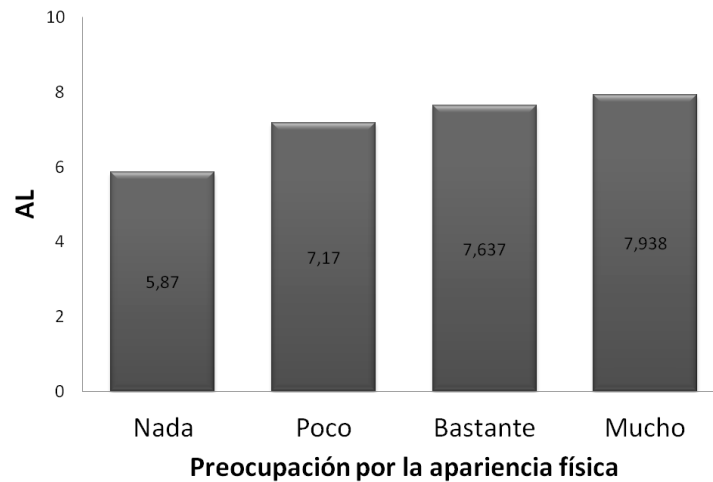


Figura VI.52: Valoración media del autoconcepto Académico-Laboral en función de la preocupación por la apariencia física

También se obtuvieron diferencias significativas con la dimensión *Social* del AF5 [$F_{(3,150)}=3.324$ $p<.05$], aunque no se muestran diferencias significativas entre grupos a través de las pruebas empleadas (Sheffé y prueba HSD de Tukey).

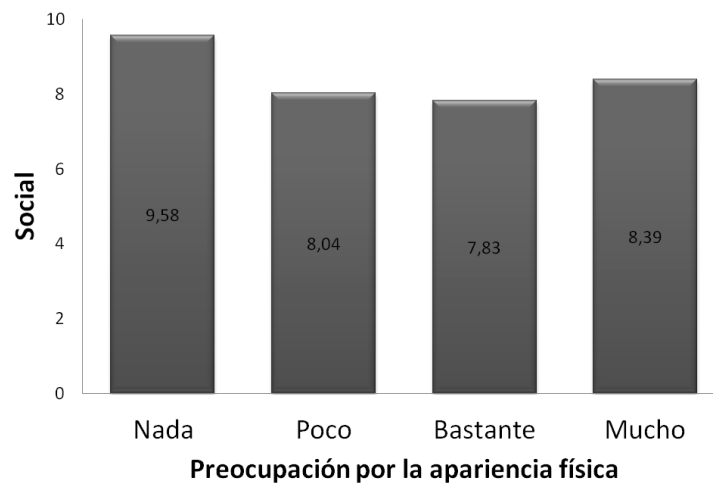


Figura VI.53: Valoración media del autoconcepto Social en función de la preocupación por la apariencia física

De otro lado, se obtuvieron diferencias significativas con la dimensión *Familiar* del instrumento AF5 [$F_{(3,150)}=4.608$ $p<.05$], según el estadístico a posteriori de Sheffé dichas diferencias se concretan entre el grupo que admite manifestar poca preocupación con su apariencia física con respecto al grupo que manifiesta mucha preocupación por

su aspecto físico ($DM=-0.90$) siendo esta diferencia significativa a nivel estadístico ($p<.05$).

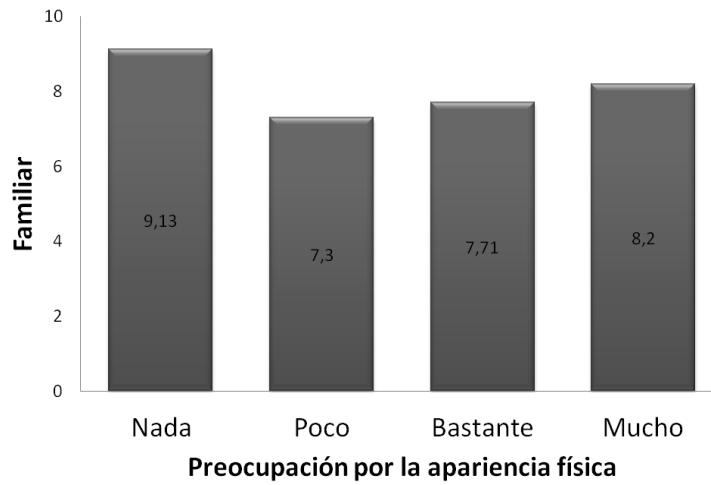


Figura VI.54: Valoración media del autoconcepto Familiar en función de la preocupación por la apariencia física

La dimensión *Responsabilidad* también resultó significativa en lo referente a la preocupación que los participantes de la muestra sienten acerca de su apariencia física [$F(3,150)=4.070$ $p<.05$], la prueba de Sheffé concreta la diferencia a significativo nivel estadístico entre los participantes que manifiestan bastante preocupación y los que manifiesta mucha preocupación ($DM=-4.48$).

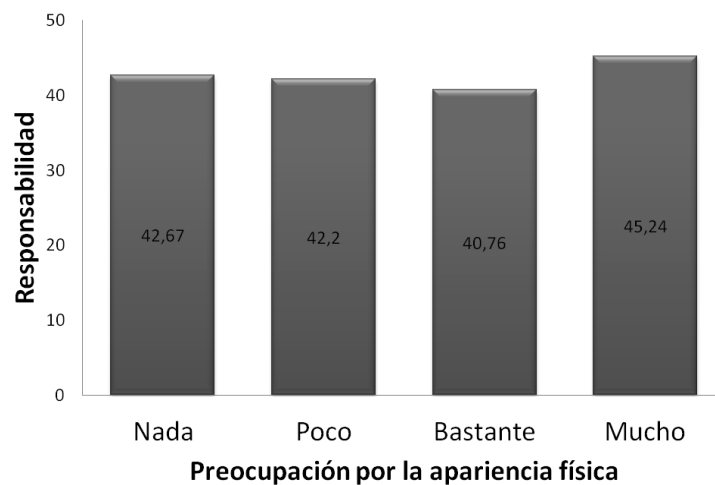


Figura VI.55: Valoración media de Responsabilidad en función de la preocupación por la apariencia física

En último lugar resultó significativa la dimensión *Obsesión por la Delgadez* [$F_{(3,150)}=4.713 p<.05$], concretamente entre el grupo que manifiesta poca preocupación y el grupo que manifiesta mucha preocupación ($DM=-3.47$), y por otro lado el grupo que manifiesta bastante preocupación con respecto al grupo que manifiesta mucha preocupación por su apariencia física ($DM=-2.65$).

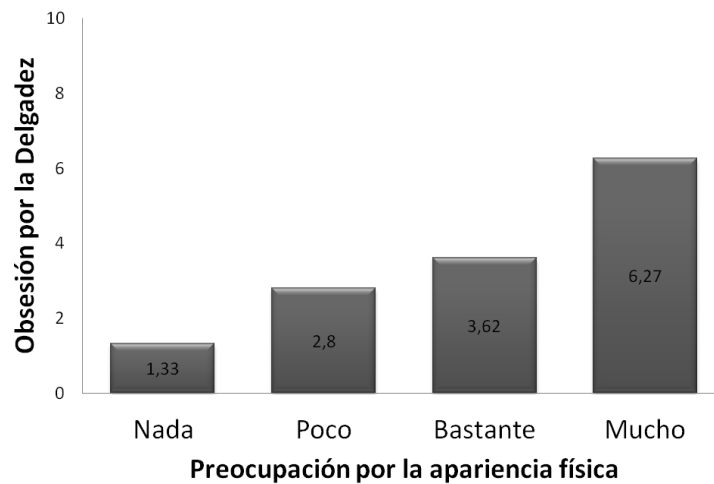


Figura VI.56: Valoración media de Obsesión por la Delgadez en función de la preocupación por la apariencia física

- **Malestar cuando no hay práctica deportiva**

La variable sociodemográfica referente al malestar que origina la falta de actividad física en los sujetos de la muestra ha aportado diferencias significativas con diversas dimensiones de los instrumentos medidos. En primer lugar con la variable *Vigorexia* [$F_{(3,149)}=5.670 p<.05$], concretamente la diferencia radica entre los que manifiestan nada de malestar con respecto a los que manifiestan mucho malestar ($DM=-4.97$), y también entre los que manifiestan poco malestar y el grupo que manifiesta sentir mucho malestar a falta de actividad física ($DM=-2.41$).

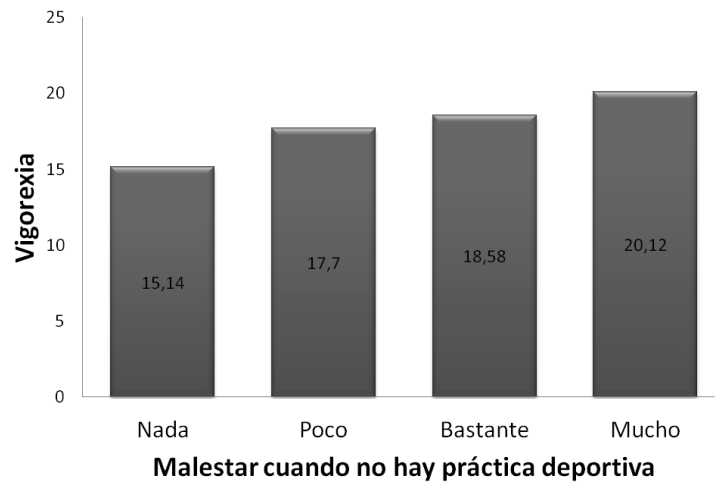


Figura VI.57: Valoración media de Vigorexia en función del malestar cuando no hay práctica deportiva

Igualmente resultó significativa la *Ansiedad Estado* del instrumento STAI [$F(3,149)=3.872 p<.05$] concretamente entre los que no manifiestan malestar alguno con los grupos restantes: poco malestar ($DM=15.10$), bastante malestar ($DM=13.50$) y mucho malestar a causa de la falta de actividad física ($DM=13.52$) siendo estas diferencias significativas a nivel estadístico ($p<.05$).

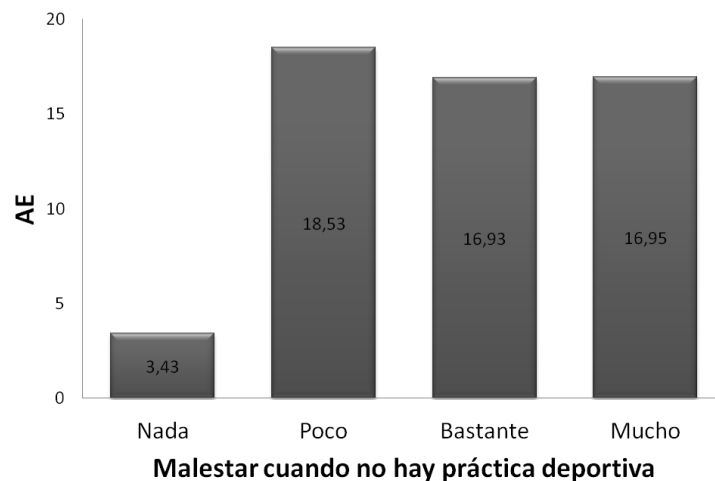


Figura VI.58: Valoración media de Ansiedad Estado en función del malestar cuando no hay práctica deportiva

De la misma manera ha resultado significativa la dimensión *Social* del instrumento AF5 [$F_{(3,149)}=7.373$ $p<.01$]; la prueba a posteriori de Sheffé muestra que la diferencia significativa radica entre el grupo que manifiesta nada de malestar ante la falta de ejercicio físico y el grupo que manifiesta poco malestar ($DM=1.85$), y por otro lado entre el grupo que manifiesta poco malestar ante la falta de actividad física y el grupo que admite tener mucho malestar ante la falta de ejercicio físico ($DM=-1.06$).

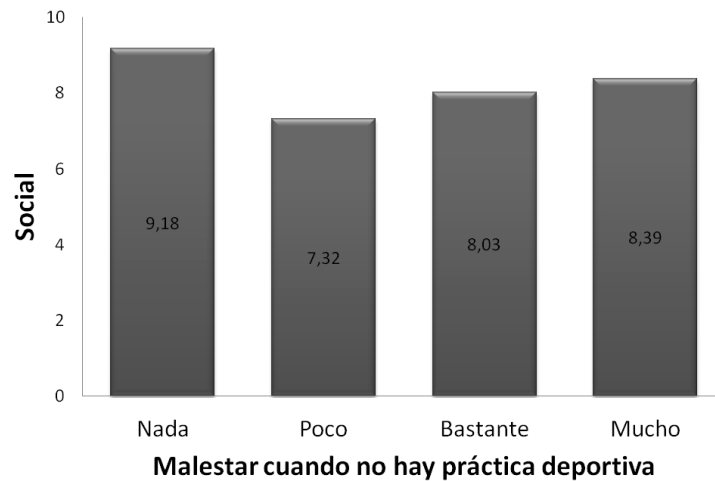


Figura VI.59: Valoración media del autoconcepto Social en función del malestar cuando no hay práctica deportiva

La dimensión *Familiar* del instrumento de autoconcepto AF5 resultó significativa en cuanto al malestar que los sujetos de la muestra experimentaban ante la falta de actividad física [$F_{(3,149)}=4.040$ $p<.05$], la prueba de Sheffé concreta dicha diferencia ente el grupo que manifiesta poco malestar con respecto al grupo que manifiesta mucho malestar a falta de ejercicio físico ($DM=-0.91$).

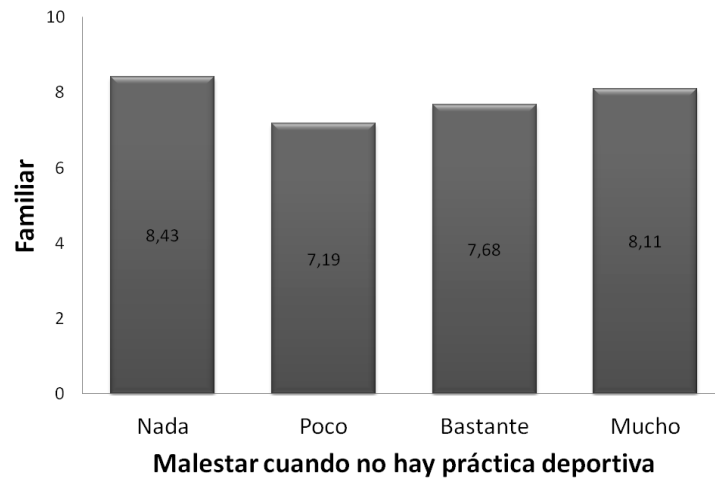


Figura VI.60: Valoración media del autoconcepto Familiar en función del malestar cuando no hay práctica deportiva

En último lugar resultó significativa la dimensión *Neuroticismo* del instrumento NEO-FFI [$F(3,149)=4.728$ $p<.05$]; el estadístico a posteriori de Sheffé especifica dicha diferencia entre el grupo que no manifiesta malestar alguno con los grupos restantes: aquellos que manifiestan poco malestar ($DM=-10.82$), aquellos que manifiestan bastante malestar ($DM=-8.67$) y el grupo que manifiesta mucho malestar a falta de ejercicio físico ($DM=-9.88$).

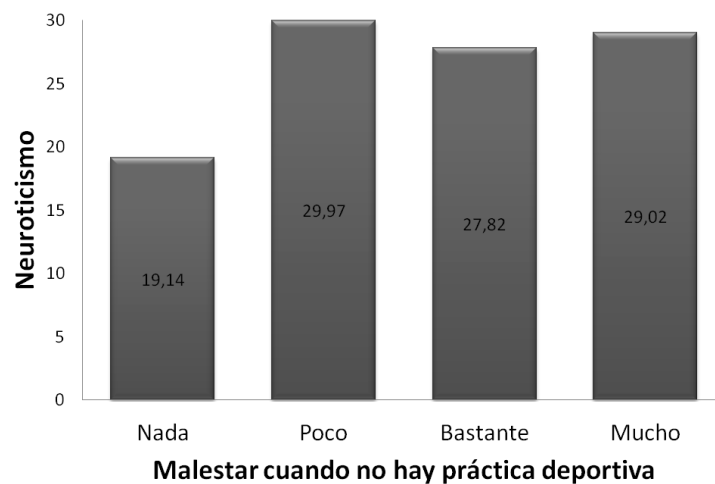


Figura VI.61: Valoración media de Neuroticismo en función del malestar cuando no hay práctica deportiva

VI.3. ESTUDIO DE REGRESIÓN

Finalmente, para responder al tercer y último objetivo de la investigación, conocer cuáles son las dimensiones que mejor predicen la valoración global de la Vigorexia, se realizó un análisis de regresión múltiple por el procedimiento de pasos sucesivos (stepwise). Como variables predictoras se incluyeron aquellas dimensiones de los diferentes instrumentos medidos, tales como *Ansiedad Estado* y *Ansiedad Rasgo* del instrumento STAI, las cinco dimensiones del AF5: *Académico Laboral*, *Social*, *Emocional*, *Familiar* y *Físico*; las dimensiones *Neuroticismo*, *Extraversión*, *Apertura*, *Amabilidad* y *Responsabilidad* del instrumento de personalidad NEO-FFI y las once dimensiones que componen el instrumento de trastornos de la conducta alimentaria EDI-2: *Obsesión por la delgadez*, *Insatisfacción corporal*, *Miedo a la madurez*, *Bulimia*, *Conciencia introceptiva*, *Desconfianza interpersonal*, *Ineficacia*, *Perfeccionismo*, *Ascetismo*, *Impulsividad* e *Inseguridad social*.

Además de estas, también se introdujeron en el modelo las variables socio-demográficas y aquellas relacionadas con la práctica deportiva que habían resultado significativas en el análisis de varianza o en las pruebas de diferencia de medias previamente presentado: *ciudad*, *experiencia negativa*, *horas semanales* y *peso semanal*, *medidas*, *preocupación por la apariencia física* y *malestar cuando no hay práctica deportiva*.

Los resultados de este análisis pusieron de manifiesto que el modelo que mejor explicaba la variabilidad asociada a la Vigorexia era el formado por los siguientes factores: *Obsesión por la Delgadez*, *Ciudad*, *Medidas semanales*, *Desconfianza Interpersonal*, *Responsabilidad*, *Experiencia Negativa*, *Perfeccionismo*, *Ascetismo* y *Malestar*. En la tabla VI.7 se presentan los coeficientes de regresión estandarizados para cada uno de estos factores.

Tabla VI.7. Coeficientes tipificados, *t* y significación para cada uno de los predictores del modelo

Predictores	Coeficientes tipificados	<i>t</i>	Sig.
Obsesión Delgadez	.339	4.96	.000
Ciudad	-.249	-3.79	.000
Medidas Semanales	.177	2.76	.006
Desconfianza Interpersonal	.240	3.87	.000
Responsabilidad	.227	3.51	.001
Experiencia Negativa	-.174	-2.86	.005
Perfeccionismo	-.164	-2.51	.013
Ascetismo	.175	2.56	.011
Malestar	.133	2.01	.046

$r=.719$ $r^2=.517$

Como se puede observar en la tabla anterior, las variables *Obsesión por la Delgadez*, *Medidas*, *Desconfianza Interpersonal*, *Responsabilidad*, *Ascetismo* y *Malestar* contribuyen de manera directa a predecir la puntuación obtenida en el test de Vigorexia, mientras que el resto de variables incluidas en el modelo (*Ciudad*, *Experiencia Negativa* y *Perfeccionismo*) se relacionan de manera inversa con la Vigorexia.

Globalmente consideradas, las variables predictoras correlacionan 0.719 con la variable dependiente y explican un 51.7 % de la variabilidad de la Vigorexia, siendo este porcentaje de varianza explicada significativo [$F_{(9,143)}=16.99$; $p<.001$].

CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN

CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN

Después de los resultados del capítulo anterior, presentamos la discusión del estudio en la que se sintetizan los resultados más importantes para responder a los interrogantes iniciales, la interpretación de los fenómenos y los procesos observados desde determinados marcos teóricos y las coincidencias o discrepancias respecto a estudios similares (Bisquerra, 2004, p.159).

VII.1. DISCUSIÓN

El estudio ha procurado varios propósitos; el primer de ellos ha sido tratar de estudiar el posible porcentaje de deportistas afectados por el trastorno objeto de estudio. Para ello, se ha presentado previamente ésta afección psicopatológica, intentando dar a conocer de qué se trata, cuáles son sus manifestaciones principales, así como su posible evolución histórica. En el concepto del mismo nos generamos una duda ya que se pretendía clasificarla en función de su origen. En este sentido, el Trastorno Dismórfico Corporal parece ser el más adecuado para ubicar la Vigorexia, frente a la Adicción, Trastorno Obsesivo Compulsivo o Trastorno de la Conducta Alimentaria, debido principalmente a que el individuo padece una preocupación por algún defecto en el aspecto físico, como es la musculatura y la grasa corporal, no explicándose este hecho mejor con otro trastorno mental (APA, 2002). Dicha afirmación también es corroborada en el estudio llevado a cabo por González-Martín (2011), aunque como se ha expresado en el capítulo I, la vigorexia presenta rasgos que son compartidos con los trastornos mencionados.

Del mismo modo se expusieron aquellas manifestaciones adversas que se presentan en la Vigorexia, llamando la atención muchas de ellas, ya que la población no es consciente de los riesgos para la salud que acarrea el mal uso de la práctica deportiva, realizándose el estudio en las ciudades de Jaén, Linares, Mengíbar y Arjona.

Con respecto a ésta cuestión, los resultados han sido arrolladores, ya que un 48,8% de la muestra alcanza puntuaciones superiores a 19, punto en Vigorexia existiendo una grave preocupación con su imagen corporal. Estudios relacionados con ésta temática en otros países indican que el 10% de los usuarios de gimnasios podrían estar afectados de este trastorno (Olivardia, 2001), porcentaje que se ve incrementado notablemente por trabajos más actuales como el llevado a cabo por González-Martín (2011), o por Molero, Castro-López, y Zagalaz, (2012), ofreciendo resultados similares a los resultados de nuestro trabajo. Este aumento podría radicar en el hecho de que ha pasado algo más de una década desde el estudio revisado hasta el momento actual y que, cada vez más, el varón también se encuentra inmerso en la sociedad de culto al cuerpo, manifestando de manera consecuente niveles de insatisfacción corporal como los expuestos.

Bajo este descubrimiento, se puede lanzar la hipótesis de que cada vez más la vigorexia, como una de las manifestaciones subyacentes de los Trastornos Dismórficos

Corporales, está en continuo crecimiento, aspecto que nos invita a saber más del perfil que pueda resultar ser más susceptible de padecerla, con el propósito de aportar información que pueda ser utilizada para evitar su aparición en personas con características similares, por lo que se añadió a este estudio un análisis más profundo del grupo de deportistas estudiado; y de ahí nuestra segunda línea de investigación.

A través del estudio de todos los parámetros sociodemográficos y personales (o psicológicos) medidos en el deportista de musculación, hemos obtenido numerosas correlaciones significativas a nivel estadístico (ver capítulo VI), sobre todo en dimensiones psicológicas que valoran aspectos semejantes u opuestos; un ejemplo de ellos es el resultado subyacente de la dimensión *Insatisfacción Corporal*, indicando en la muestra una media elevada, correlacionando con dimensiones negativas, como *Ansiedad Estado*, *Ansiedad Rasgo*, bajo autoconcepto *Emocional*, *Físico*, *Familiar*, correlación positiva con *Neuroticismo*, o correlación negativa con *Extraversión*, *Apertura* y *Amabilidad*.

Como se puede deducir de estos resultados, una persona que posee altos niveles de *Insatisfacción Corporal* es más probable, que presente altos niveles de ansiedad, debido a la diferencia entre como se gustaría ver y como se ve, y a su vez presente bajos niveles de autoconcepto, de la misma manera que esa persona pueda tener bajos niveles de *Extraversión*, *Apertura* o *Amabilidad*, dimensiones que impiden tener un correcto desarrollo social.

Tal y como se acaba de anunciar, son muchas las correlaciones existentes entre las diferentes dimensiones de los instrumentos (véase Tabla VI.6.), por lo que no podríamos profundizar en todas ellas. En la presente discusión focalizaremos la atención en aquellas que se han mostrado significativas en función de la variable Vigorexia.

Los análisis de varianza y las pruebas de diferencia de medias realizados asociando la Vigorexia a las diversas dimensiones de los instrumentos han presentado diferencias y correlaciones significativas en función de la *Ansiedad Estado* y *Ansiedad Rasgo* del deportista, resultado que coincide con diversos estudios (Baile, 2005 citado en Álvarez, Moreno y Granados, 2011; Muñoz y Martínez, 2007). En cuanto a esta cuestión, el carácter correlacional de nuestro estudio no permite establecer una relación causa-efecto, ya que hubiera sido necesario llevar a cabo un estudio de tipo longitudinal o con grupo control; pero sí podemos ratificar la vinculación existente entre *Ansiedad* y

Vigorexia, considerando que una de las características psicológicas del sujeto que padece Vigorexia es la ansiedad.

El autoconcepto también aparece como una de las causas psicológicas que pueden originar el trastorno dismórfico (Vives, Jódar y Garcés de los Fayos, 2002). Coincidiendo con éstos, hemos obtenido significatividad entre varias dimensiones del autoconcepto y Vigorexia, obteniendo una correlación negativa con respecto al *Autoconcepto Emocional* del deportista, esto significa que cuanto menor sea el valor de esta variable, mayor será la puntuación obtenida en Vigorexia, coincidiendo con Baile (2005), y Muñoz y Martínez (2007), al definir a este colectivo con bajo autoconcepto y autoestima afectada. Vives y Garcés de los Fayos (2002) los califican como poco maduros, premisa que concuerda con un autoconcepto emocional bajo, o inestable emocionalmente. También se obtuvieron correlaciones significativas con el autoconcepto académico laboral, obteniendo resultados diferentes a los estudios revisados (De la Serna, 2004; Rodríguez Molina, 2007), ya que los sujetos de nuestra muestra manifestaron buen autoconcepto académico laboral.

De la misma manera, se han obtenido correlaciones significativas entre Vigorexia y varias dimensiones de la personalidad, tales como Neuroticismo o, de manera negativa o inversa, la Amabilidad.

Vives, Jodar y Garcés de los Fayos (2002) indican que a raíz de la obsesión que estos sujetos sienten por sus “defectos” físicos, no se sienten a gusto con su propio cuerpo; esta declaración coincide con los resultados obtenidos en la dimensión Neuroticismo, al verse relacionada con los efectos negativos como miedo, vergüenza o rabia, por lo que no es de extrañar que esta dimensión haya correlacionado significativamente con la variable Vigorexia.

Como se ha comentado anteriormente, también se ha obtenido una correlación negativa con la dimensión Amabilidad, aspecto que se puede explicar con la teoría de Mirella (2008) entre otros estudios, al atribuir un sentimiento de culpa y mal humor cuando no pueden entrenar o no han entrenado lo suficiente; una de las características básicas de estos sujetos es que nunca consideran que es suficiente (Rodríguez Molina, 2007).

Por otro lado, en cuanto a las dimensiones extraídas del instrumento EDI-2 (Trastornos de la Conducta Alimentaria), hemos obtenido numerosas diferencias, hecho que ratifica los estudios revisados (Arbinaga y Caracuel, 2003; Pope *et al.*, 1994;

Muñoz y Martínez, 2007) y que hace aun más fuerte la idea de que los TCA se encuentran íntimamente ligados a la existencia de la Vigorexia. Entre las dimensiones más relevantes, extraemos aquella que abarca la Obsesión por la Delgadez ya que ha conformado la mayor puntuación en la muestra sobre el resto. De acuerdo con Rodríguez Molina (2007), esta dimensión se encuentra inherente al deseo de modificar su aspecto físico de manera obsesiva.

Hasta ahora se han presentado las dimensiones de los instrumentos que han resultado significativas en el análisis de varianza con respecto a la variable Vigorexia, pero de manera complementaria incluimos una serie de cuestiones sociodemográficas y personales, añadidas al cuadernillo de aplicación de la muestra, que nos ayudarían aun más a esclarecer y relacionar ciertos comportamientos del perfil vigorexíco.

A este respecto, el hecho de haber padecido cualquier **experiencia negativa** a causa del aspecto físico del deportista es un dato que ha resultado significativo. Los resultados obtenidos manifiestan que los participantes que han tenido alguna experiencia negativa con su cuerpo poseen niveles significativamente superiores en Vigorexia que los que no han experimentado esta sensación. Teniendo en cuenta este aspecto se puede ratificar la idea de que una experiencia traumática en la infancia o pubertad, puede ser un factor contribuyente que le da sentido al síntoma dismórfico y a la búsqueda compensatoria de una imagen corporal que por lo menos en apariencia, no pusiera en evidencia la vulnerabilidad interna percibida (Pérez *et al.*, 2007)

Se estimó conveniente medir la comparación entre un núcleo urbano, representado por las dos ciudades más grandes de la provincia de Jaén y un núcleo rural, significado por los pueblos de Mengíbar y Arjona. La primera comparación entre varias poblaciones la realizó Pope. En él realizó un estudio sobre los desordenes de la imagen corporal en 55 hombres de Taiwan comparando los resultados con los previamente obtenidos en un estudio idéntico en EEUU y Europa. Los resultados demostraron que el hombre Occidental tiene una preocupación de su imagen corporal notablemente superior frente a los hombres Orientales, mostrando estos últimos unos niveles significativamente inferiores a la importancia del cuerpo, de tal manera que en el estudio se incluyeron el ideal de cuerpo perfecto, retratando las revistas americanas al hombre Occidental desnudo frecuentemente, mientras que las revistas Orientales retrataron su ideal vestido, raramente desnudo.

Nuestro propósito se centra en medir la influencia o preocupación de la imagen corporal en diferentes núcleos. Los resultados aportados a tal efecto confirman nuestras

expectativas, ya que sí se obtuvieron diferencias significativas entre ambos núcleos (urbano vs. rural). El deportista usuario de gimnasio en una **ciudad** (núcleo urbano) presenta niveles de preocupación corporal considerablemente mayores que el usuario de gimnasio de un pueblo (núcleo rural). Esta desigualdad puede radicar en muchos aspectos; uno de ellos, y quizá el más importante podría ser la apariencia y características físicas de los modelos publicitarios como factor de influencia social mediática que provoca en el deportista un exceso de ejercicio físico para alcanzar una figura ideal por una cuestión meramente estética, siendo influenciado por modelos actuales que propone la sociedad a los cuales se les vinculan valores de éxito sexual, social y profesional (Fanjul, 2008).

Tal es la sobredimensión en cuanto al físico, que el propio deportista desestima las contraindicaciones que se producen por efecto de una mala práctica deportiva. En esta línea, se han recogido en el presente estudio varios aspectos dignos de destacar. Uno de ellos, quizás el más llamativo, es el resultado subyacente del ítem perteneciente al test de Adonis que recoge el consumo de algún tipo de droga, legal o ilegal, para ganar músculo, perder peso o para cualquier intento de mejorar la apariencia. La principal acción que tiene el consumo de estas sustancias es anabolizante, su efecto más notable es el desarrollo de la masa muscular por aumento de la síntesis de proteína e hipertrofia de la fibra muscular esquelética que se acompaña de un incremento en la fuerza (Fernández, 2009). Sus numerosas consecuencias han sido expuestas a lo largo del trabajo, por lo que podemos declarar que el consumo de este tipo de sustancias es uno de los aspectos que más adversidades produce para la salud del deportista perfilándose como uno de los problemas importantes que presenta el deportista con vigorexia.

Los resultados obtenidos (ver anexo X.2) indican que un 17,5% de la muestra afirmó consumir o haber consumido drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción. Pero si llamativa es ésta cifra, más lo es el hecho de que un 7% de los participantes afirman haber consumido o consumir esteroides anabolizantes, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias. Estos datos demuestran que globalmente consideradas, un total de 37 personas, es decir, un 24% del total de encuestados manifiestan haber consumido drogas, tanto legales como ilegales.

Este porcentaje resulta bastante elevado, hecho que nos lleva a plantearnos unas reflexiones:

(1) El ejercicio físico, deporte o actividad físico deportiva aplicada en intensidades adecuadas, correctamente prescrita y controlada, aporta al organismo humano los estímulos indispensables para su adaptación y fortalecimiento, así como el mantenimiento del equilibrio homeostático con numerosas ventajas de tipo cognitivo, orgánico, funcional y espiritual. (2) No obstante, el mismo ejercicio físico o deportivo practicado sin planificación, sin dirección, en dosis inadecuadas, sin control ni prescripción o en condiciones extremas, constituye una de las primeras causas de lesiones temporales o permanentes, discapacidades, factor de riesgo cardiovascular o mortalidad prematura de practicantes o aficionados a esta actividad (ACSM, 2002).

Cuando hacemos mención a dosis adecuada, nos referimos a las **horas semanales** que un usuario de gimnasio (que no pertenezca a ningún tipo de club o que se encuentre inmerso en competición) dedica a hacer deporte. Los participantes que dedican más de 21 horas semanales a la práctica deportiva han mostrado niveles de preocupación de su imagen corporal significativamente superiores en Vigorexia al resto de encuestados. Este hecho confirma el supuesto de que el perfil de la persona con Vigorexia, o potencial vigorético dedica un tiempo excesivo a estar en el gimnasio, realizando una práctica deportiva sin límites (Martell, 2006). Esta obsesión también lleva al individuo a **pesarse** y a **medir** el tamaño de sus músculos semanalmente un número excesivo de veces, aspectos que también hemos querido recoger y que de nuevo, también nos ha resultado significativo en el análisis de varianza realizado.

Otro resultado que ha resultado significativo en nuestro estudio ha sido la cuestión relacionada con la preocupación que siente el sujeto cuando no puede hacer deporte y el malestar que le provoca no hacerlo, cuestiones que no hacen más que darle fuerza y credibilidad a los estudios revisados anteriormente (Arbinaga y Caracuel, 2003) que nos aclara el pensamiento de la persona con potencial vigorético.

Hasta el momento, hemos presentado tanto las dimensiones de los instrumentos, como las variables sociodemográficas que han resultado significativas en los análisis de varianza con Vigorexia. Es cierto que algunos de estos resultados podrían ser modificados a través de programas de prevención, con el objetivo de intentar disminuir este porcentaje tan elevado como el que se ha obtenido en la muestra. Cada vez existen más personas que poseen este tipo de trastornos de la imagen corporal y tras asociar los parámetros personales medidos a la Vigorexia, no podríamos afirmar si ésta es causa o consecuencia de la existencia de estos parámetros.

Una posible solución para erradicar o evitar la evidente propagación de esta problemática podría ir dirigida a varias líneas, pero sobre todo debería aportar información dirigida a la prevención, incluyendo información sobre el modelo estético actual, crítica del modelo hiper-musculado como el modelo adecuado, aportando algún conocimiento fisiológico sobre desarrollo corporal masculino, y, por consiguiente, del desarrollo muscular, análisis y crítica de los productos y dietas que supuestamente conducen a un desarrollo muscular, así como un correcto análisis y crítica del consumo de esteroides anabolizantes (Muñoz y Martínez, 2007).

Esta propuesta de prevención coincide con las medidas llevadas a cabo en EEUU a través del programa *ATLAS* (Adolescents Training and Learning to Avoid Steroids Program). En el mismo se llevan a cabo, a través de dos sesiones informativas aspectos básicos sobre nutrición, fisiología del deporte, abuso de sustancias, etc., y también varias sesiones de trabajo en gimnasios y salas de deporte. Este programa ha demostrado su eficacia en cuanto a la prevención de actitudes y conductas hacia los esteroides en escolares futbolistas (Muñoz y Martínez, 2007).

Además de todas las variables sociodemográficas, personales y psicológicas comentadas hasta el momento, que aportaron resultados significativos, cumpliendo así nuestro segundo objetivo o línea de investigación, precisamos desarrollar una tercera línea de investigación, en la que se ha pretendido encontrar un modelo de predicción sobre la Vigorexia con la finalidad de predecirla a través de un análisis de regresión múltiple por el procedimiento de pasos sucesivos como se expuso en el apartado de resultados (Cap. V.). En él se incluyeron aquellas dimensiones que resultaron significativas en el análisis de varianza tales como, *Ansiedad Estado* del instrumento STAI, las dimensiones *Académico Laboral* y *Emocional* del instrumento AF5, las dimensiones *Neuroticismo*, *Apertura*, *Amabilidad* y *Responsabilidad* del test NEO-FFI y las dimensiones *Obsesión por la Delgadez*, *Insatisfacción Corporal*, *Miedo a la madurez*, *Bulimia*, *Conciencia introceptiva*, *Desconfianza interpersonal*, *Ineficacia*, *Perfeccionismo*, *Ascetismo*, *Impulsividad e Inseguridad social* del instrumento EDI-2 y también se estimó conveniente incluir aquellas variables sociodemográficas que habían resultado significativas en relación a la variable Vigorexia, tales como *ciudad*, *experiencia negativa*, *horas semanales* y *peso semanal*, *medidas*, *preocupación por la apariencia física* y *malestar cuando no hay práctica deportiva*.

Se obtuvieron unos resultados interesantes, poniendo de manifiesto que el modelo que mejor explicaba la variabilidad asociada a la vigorexia era el formado por

los siguientes factores: *Obsesión por la Delgadez, Ciudad, Medidas semanales, Desconfianza Interpersonal, Responsabilidad, Experiencia Negativa, Perfeccionismo, Ascetismo y Malestar*.

En los resultados hallamos variables que contribuyen de manera directa a predecir la puntuación obtenida en el test de Adonis (Vigorexia), como es el caso de *Obsesión por la Delgadez, Medidas, Desconfianza Interpersonal, Responsabilidad, Ascetismo y Malestar*. Esto significa que cuanto mayor sea el nivel de estas variables, mayor será la puntuación obtenida en el test de Adonis.

La dimensión *Desconfianza Interpersonal* mide la poca confianza que el sujeto recibe de sus relaciones sociales, y la intención de mantener una ligera distancia del propio sujeto con respecto a dichas relaciones (Cap. V), hecho que coincide con lo expuesto por Behar y Molinari (2010), al afirmar que con la serie de comportamientos que este tipo de sujetos lleva a cabo (preocupación por la apariencia física, regímenes alimentarios, en ocasiones esteroides anabolizantes) se manifiesta en deterioro de las relaciones interpersonales.

La dimensión *Ascetismo* mide la búsqueda de la virtud, a través de ideales espirituales: autodisciplina, sacrificio, autosuperación, control de las necesidades corporales (Cap. V). Siguiendo en la línea de esta discusión, poco debemos objetar a los diferentes estudios revisados, puesto que en los mismos, se afirma que “se trata de deportistas que hacen esfuerzos enormes, perjudicando su salud y sacrificando sus estudios, su tiempo de ocio, su tiempo de pareja...para conseguir su objetivo (Rodríguez Molina, 2007). Este hecho coincide con el sacrificio, autosuperación, autodisciplina, que la dimensión *Ascetismo* abarca y que nos ha resultado significativo con respecto a nuestra variable de estudio.

Por contra, las variables *ciudad, experiencia negativa y perfeccionismo*, contribuyeron de manera inversa en el análisis de regresión. Esto significa que cuanto menor sea la puntuación de éstas, mayor será la puntuación de vigorexia. Las variables *Ciudad* y *Experiencia Previa Negativa* se han analizado a lo largo de la discusión, a diferencia de la variable *Perfeccionismo*. En cuanto a esta última señalamos que cuanto menor sea el perfeccionismo del sujeto, mayor será su puntuación en Vigorexia.

El modelo resultante de la regresión, hace aun más fuerte las ideas previas estudiadas, ampliando aun más la importancia de las mismas, matizando alguno de los aspectos estudiados constituyendo así un avance sobre el estudio de esta patología.

Globalmente consideradas las variables predictoras resultantes del modelo de Regresión, explican un 51.7% de la variabilidad de la vigorexia. Este porcentaje resulta estadísticamente significativo, ya que a través del estudio de estos nueve predictores, se ha podido hallar el modelo de regresión explicando más del 50% de la variable de estudio, todo un avance que invita a adoptar futuras formas de actuar o investigar que se expondrán posteriormente.

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES

CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES

El siguiente capítulo abarca las conclusiones que nos ha aportado el estudio llevado a cabo. Igualmente, se describe la denominada prospectiva del trabajo, consistente en interrogantes y nuevas líneas de investigación sugeridas a partir de los hallazgos obtenidos (Bisquerra, 2004, p.159).

VIII.1. CONCLUSIONES

Las principales evidencias de nuestro estudio se pueden sintetizar en los siguientes aspectos:

- El 48,8% de participantes de la muestra estudiada manifiestan una grave preocupación con su imagen corporal.
- Se llevaron a cabo una serie de análisis en los que se obtuvieron numerosas correlaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones de los diferentes instrumentos empleados, sobre todo en aquellas que medían aspectos similares u opuestos (ver Cap.VI. Resultados), todo ello coincidiendo con la diversa literatura revisada.
- El análisis de varianza y las pruebas de diferencia de medias realizadas entre la Vigorexia y los distintos instrumentos en los deportistas de la muestra aportó numerosas diferencias estadísticamente significativas con:
 - *Ansiedad Estado* del test STAI.
 - Dimensiones *Emocional* y *Académico Laboral* del test AF5.
 - Dimensiones *Neuroticismo* y *Amabilidad* del test NEO-FFI.
 - Y por último, con numerosas dimensiones del test EDI-2: *Obsesión por la Delgadez*, *Insatisfacción Corporal*, *Miedo a la Madurez*, *Bulimia*, *Conciencia Introceptiva*, *Desconfianza Interpersonal*, *Ineficacia*, *Ascetismo*, *Impulsividad* e *Inseguridad Social*.
- El análisis de varianza sobre los aspectos sociodemográficos y personales con respecto a la variable Vigorexia mostró diferencias significativas en:
 - La Experiencia Negativa, repercutiendo notablemente en la aparición de este trastorno.
 - El lugar de Residencia, puesto que los participantes de un entorno urbano mostraron niveles superiores a los pertenecientes a un entorno rural.
 - El número de Horas dedicadas semanalmente a hacer deporte, ya que los participantes que dedicaban más de 21 horas semanales exhibieron niveles significativamente superiores en Vigorexia que el resto de participantes.

- Las ocasiones en la que los sujetos se pesan a lo largo de la semana (peso semanal), manifestando igualmente mayores puntuaciones de Vigorexia que el resto de sujetos de la muestra.
 - Las Medidas Semanales, indicando mayores niveles los que más veces se miden a lo largo de la semana.
 - Preocupación por la apariencia física, obteniendo diferencias entre los sujetos de la muestra en función de la presencia o no de ésta.
 - Y en último lugar, el Malestar cuando no hay práctica deportiva, como un comportamiento lógico de este tipo de adicciones.
-
- Dentro del test de “Adonis Complex” que usamos para medir la preocupación de la imagen corporal (Vigorexia), se extrajo un ítem de manera independiente, ya que su contenido y el porcentaje de respuesta obtenido en él nos resultó relevante, ésta pregunta está basada en el consumo de esteroides anabolizantes (un 7% de la muestra los consume).

 - Por último, en el Análisis de Regresión hemos empleado las dimensiones de los instrumentos considerados, más las variables sociodemográficas significativas, obteniendo un modelo de regresión formado por: “Obsesión por la Delgadez, Ciudad, Medidas semanales, Desconfianza Interpersonal, Responsabilidad, Experiencia Negativa, Perfeccionismo, Ascetismo y Malestar” explicando éstas un total del 51.7% de la variabilidad de la Vigorexia.

VIII.2. PROSPECTIVAS DE FUTURO

Estos resultados en su globalidad, no sólo nos han servido para aproximar aun más el perfil psicológico de las personas con este trastorno sino para conocer, tanto el profesional de Educación Física como el propio deportista o cualquier interesado en la temática, las características básicas que pueden conducir al desarrollo de esta patología.

De ésta manera, el presente estudio invita a reflexionar sobre diversos aspectos, ya que el proponer una educación apropiada para el buen uso del ejercicio físico deportivo saludable en el periodo de formación del profesional deportivo, es un aspecto que podría evitar muchos trastornos de este tipo.

Esto se afirma teniendo en cuenta que no todas estas variables, halladas como predictoras, pueden ser modificadas. Sin ir más lejos, la edad del sujeto no podría ser modificada, pero sí se puede prestar una especial atención en sujetos con el rango de edad más susceptible de padecer este tipo de trastornos. Asimismo, el hecho de haber padecido alguna experiencia negativa tampoco se puede evitar, pero el profesional encargado de su programa deportivo (monitor, entrenador, etc.) sí podría tomar medidas para mejorar la autopercepción de estas personas.

Ahora sí, existen variables halladas como predictoras de la Vigorexia que sí se podrían modificar, tales como ansiedad, autoconcepto, horas semanales dedicadas a hacer ejercicio físico, etc., las cuales podrían considerarse como un reto para todo este tipo de establecimientos, ya que asumir el papel de centros deportivos responsables de la formación deportiva, y de la actividad física como un medio saludable, con la multitud de beneficios no solo físicos, sino mentales, sociales, etc., y evitar ser acusados de cómplices o característicos de este tipo de trastornos.

Podría considerarse la pertinencia de una línea de investigación basada en la puesta en marcha de programas de modificación de conductas como la ansiedad o autoestima en sujetos afectados, estudiando la importancia de dichas características psicológicas asociadas a la Vigorexia.

Otra línea de investigación a la que este estudio incita es la comparación entre deportistas de musculación (como los participantes de la muestra estudiada) y de cualquier otra modalidad deportiva para focalizar la posible educación para la salud de manera especial en algunos centros deportivos respecto a otros. Conocer los efectos,

cuidados y limitaciones que la práctica de actividad física conlleva, así como la cantidad de efectos adversos que acarrear determinados comportamientos (ingesta masiva de proteínas, anabolizantes, etc.) ayudaría a evitar en la medida de lo posible la aparición de este trastorno.

CAPÍTULO IX: BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO IX. BIBLIOGRAFÍA

En el capítulo correspondiente a la bibliografía presentaremos tres subapartados diferenciados; una primera lista de referencias bibliográficas, la cual abarca las fuentes que sustentan nuestra investigación y que se utilizaron para la preparación del trabajo; en segundo lugar presentamos un listado de páginas web que también fueron empleadas con el mismo fin, y en último lugar, se presenta una bibliografía complementaria, en la que se incluyen fuentes que sirven para profundizar en el tema, a pesar de que no se hayan utilizado para el trabajo. De acuerdo a las normas de publicación APA (2010) éstas requieren referencias, y no bibliografía (p. 180, párr. 1).

IX.1.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSM (2002). *Manual para la valoración y prescripción del ejercicio*. Barcelona: Paidotribo.

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC.

Anzaldúa, L. y Alicia, M. (2008). El autoconcepto en niños de cuatro a seis años. *Redalyc*, 9 (18), 307-327.

APA (Ed.). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, IV Edición Revisada (DSM-IV-R)*. Barcelona: Masson.

Araba López, E. (2010). Trastorno dismórfico corporal: ¿temor a la fealdad, obsesión por la belleza, síntoma o enfermedad? *Medwave*, 10 (5).

Arbinaga Ibarzábal, F. (2004). Dependencia del ejercicio. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 71- 72.

Arbinaga Ibarzábal, F. (2008). Consumo de esteroides androgénicos anabolizantes en el fisicoculturismo: relaciones entre variables con el comportamiento y la imagen corporal. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*. 3 (1), 47-60.

Arbinaga Ibarzábal, F. y Caracuel Tubio, J.C. (2006). Perfil socio-deportivo de fisicoculturistas competidores versus no competidores. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 1, 7-19.

Arbinaga Ibarzábal, F. y Caracuel Tubio, J.C. (2007). Dependencia del ejercicio en fisicoculturistas competidores evaluada mediante la escala de adicción general ramón y cajal. *Univ. Psychol. Bogotá*, 6 (3), 549-55.

Arbinaga, F. (2005). Valoración que realizan estudiantes de magisterio en la especialidad de educación física sobre la “musculación estética”. En *Actas del Ier Congreso Internacional “Actividad física y deporte en la sociedad del siglo XXI”* (pp. 303-310). Universidad Europea de Madrid.

Arbinaga, F. y Caracuel J.C. (2003). Aproximación a la Dismorfia Muscular. *Cuadernos de psicología psicosomática y psiquiatría de enlace*, 65, 7-15.

Arbinaga, F. y Caracuel, J.C. (2008). Imagen corporal en varones fisicoculturistas. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (1), 75-88.

Axpe, I. y Uralde, E. (2008). Dos formatos (papel y online) de un programa educativo para la mejora del autoconcepto físico. *Revista de Psicodidáctica*, 13 (2), 53-69.

Ayora, D., García, A. y Rubio, S. (1997). Factores del autoconcepto relacionados con el rendimiento de los adolescentes en Educación Física. *Revista de Psicología del Deporte*, 6 (12), 59-73.

Baile Ayensa, J.I., Monroy Martínez, K.E. y Garay Rancel, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 10 (1), 161-169.

Baile, J. I. (2005). *Vigorexia. Cómo reconocerla y evitarla*. Madrid: Síntesis.

Baile, J.I., Monroy, K.E. y Garay, F. (2001). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e investigación en psicología. Universidad de Veracruzana*, 10 (1), 161-169.

Bartlett, J. (2001). Bigger Isn't Always Better. Males across America who suffer from Muscle Dysmorphia are taking their workouts to unhealthy extremes. *American Fitness*, 37-66.

Behar, R. y Molinari, D. (2010). Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Revista Medica Chile*, 138, 1386-1394.

Benson, R. y Taub, D.E. (1993). Using the PRECEDE model for causal analysis of bulimic tendencies among elite women swimmers. *Journal of Health Education*, 24 (6), 360-368.

Bisquerra Alzina, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.

Borresen, R.G. y Rosenvinge, J.H. (2000). El modelo preventivo escolar noruego: Desarrollo y evaluación. En W. Vandereycken y G. Noordenbos (Ed.), *La prevención de los trastornos alimentarios*. Barcelona: Granica.

Botella García del Cid, L., Ribas Rabert, E. y Benito Ruiz, J. (2009). Imagen corporal y psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 76.

Bracken, B.A. (1992). *Multidimensional Self-Concept Scale*. Austin, Texas: Pro-Ed Latinoamérica.

Bragado, C., Hernández- Lloreda, M.J., Sánchez-Bernardos, M.L. y Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psicothema*, 20 (3), 413-419.

Bratman, S. (2000). *Healt Food Junkies*. New York: Broadway Books.

Campos, J., Huertas, F., Colado, J. C., López, A. L., Pablos, A. y Pablos, C. (2003). Efectos de un programa de ejercicio físico sobre el bienestar psicológico de mujeres mayores de 55 años. *Revista de Psicología del Deporte*, 12 (1), 7-26.

Carney, B. (1986). A preventive curriculum for anorexia nervosa and bulimia. *CAHPER/ ACSEPL Journal (Ottawa)*, 54 (4), 10-14.

Case, R. (1985). *Intellectual development: Birth to adulthood*. New York: Academic Press.

Case, R. (1992). *The mind's staircase*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Castro López, R. e Iglesias Parro, S. (2010). Aproximación conceptual a una de las afecciones psicopatológicas del siglo XXI: la Vigorexia. *Revista Iniciación a la Investigación*, 5, 1-7.

Cattell, R.B. (1975). *16 PF, Cuestionario factorial de personalidad*. Madrid: Tea Ediciones, S.A.

Cianti, G. (1995). *El Gran Libro del Culturismo. Curso Completo de Body Building*. Barcelona: Editorial de Vecchi.

Cohane, G.H. y Pope, H.G. (2001). Body image in boys: a review of the literature. *International Journal Eat Disord*, 29, 373-379.

Contreras, O.R., Fernández, J.G., García, L.M., Palau, P. y Ponseti, J. (2010). El Autoconcepto Físico y su relación con la práctica deportiva en estudiantes adolescentes. *Revista de Psicología del Deporte*, 19 (1), 23-39.

Cooley, C.H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Charles Scibner's Sons.

Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.

Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1995). *Neo-PI-R: Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)*. Odessa, F.L: Psychological Assessment Resources.

Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1999). NEO-PI-R. Inventario de Personalidad Neo Revisado (NEO-PI-R). Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Damon, W., y Hart, D. (1982). The development of self-understanding from infancy through adolescence. *Child Development*, 53, 841-864.

Damon, W., y Hart, D. (1988). *Self-understanding in childhood and adolescence*. New York: Cambridge University Press.

Danny, L., Jacobs, R., Mary, D., Irie, B., Gaytan, T. y Lieberman, T. (2001). Understanding the signs and Symptoms os Body Dysmorphic Disorder in men. *Health & Fitness*.

De Gracia, M. y Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema*, 12 (2), 285-292.

De la Serna, I. (2004). Alteraciones de la imagen corporal: Anorexia, Vigorexia, Bulimia, Dismorfofobia y cuadros relacionados. *Monografías de Psiquiatría*, 2 (16), 32.40.

DeBate, R.D., Wethington, H. y Sargent, R. (2002). Sub-clinical eating disorder characteristics among male and female triathletes. *Eating and Weight Disorders*, 7 (3), 210-220.

Díaz Ceballos, I. (2005). Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores. *Cuadernos de psicología del deporte*, 5, 1-2.

Dieppa, M., Machargo, J., Luján, I. y Guillén, F. (2008). Autoconcepto general y físico en jóvenes españoles y brasileños que practican actividad física vs. No practicantes. *Revista de Psicología de Deporte*, 17 (2), 221-239.

Dosil, J. (2003). *Trastornos de alimentación en el deporte*. Sevilla: Wanceulen.

Dosil, J. (2004). *Psicología de la actividad física y del deporte*. Madrid: Ed. McGraw- Hill.

Dosil, J. y Díaz, O. (2002). Valoración de la conducta alimentaria y de control del peso en practicantes de aerobio. *Revista de Psicología del Deporte*, 11 (2), 183-195.

Douvan, E. y Adelson, J. (1966). *The adolescent experience*. New York: Wiley.

Engels, S.G., Johnson, C., Power, P.S., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Wittrock, D.A. y Mitchell, J.E. (2003). Predictors of disordered eating in a sample of elite Division I college athletes. *Eating Behaviors*, 4 (4), 333-343.

Epstein, S. (1973). The self-concept revisited or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28, 405-416.

Epstein, S. (1981). The unity principle versus the reality and pleasure principles, or the tale of the scorpion and the frog. En M.D. Lynch, A.A. Norem-Hebeisen y K. Gergen (Eds.), *Self-concept: Advances in theory and research* (pp. 82-110). Cambridge, MA: Ballinger.

Esnaola, I. (2005). *Elaboración y validación del cuestionario AutoKontzeptu Fisiokoaren Itaunketa (AFI) de autoconcepto físico*. Leioa: Universidad del País Vasco.

Esnaola, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de Psicología*, 24 (1), 1-8.

Esnaola, I., Goñi, A. y Madariaga, J.M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13 (1), 179-194.

Eysenck, H.J. (1985). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Eysenck, H.J., Nias, D. y Cox, H. (1982). Sport and personality. *Advances in behavior research and therapy*, 4, 1-56.

Facchini, M. (2006). La imagen corporal en la adolescencia ¿es un tema de varones? *Archivo Argentino de Pediatría*, 104 (2), 177-184.

Fairburn C.G. y Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self report questionnaire? *Inter J Eat Disord*, 16, 363-370.

Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós.

Fairburn, C.G. y Cooper, Z. (1993). The eat disorder examination. En *Binge eating: nature, assessment and treatment*. Editorial Guilford Press, 317-360

Fanjul, C. (2007). *La apariencia y características físicas de los modelos publicitarios: códigos no verbales de la realidad en el discurso publicitario, como factor de influencia social mediática en la vigorexia masculina*, Tesis Doctoral, Universitat Jaume I. Tarragona.

Fanjul, C. (2008). *Vigorexia: una mirada desde la publicidad*. Madrid: Fragua.

Fariña, F., García, P. y Vilariño, M. (2010). Autoconcepto y procesos de atribución: estudio de los efectos de protección/riesgo frente al comportamiento antisocial y delictivo, en la reincidencia delictiva y en el tramo de responsabilidad penal de los menores. *Revista de Investigación en Educación*, 7, 113-121.

Farr, R.M. (1987). The science of mental life: A social psychology perspective. *Bulletin of the British Psychological Society*, 40, 1-17.

Fernández, L. (2009). *Drogodependencias: farmacología, psicología, legislación*. Buenos Aires y Madrid: Médica Panamericana.

Fischer, K.W. (1980). A theory of cognitive development: The control and construction of hierarchies of skills. *Psychological Review*, 87, 477-531.

Flavell, J.H. (1985). *Cognitive development*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Flett, G.L. y Hewitt, P.L. (2002). Perfectionism and maladjustment: an overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In G.L. Flett y P.L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: theory, research, and treatment* (pp. 5-31). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Fox, K.R. (1988). The self-esteem complex and youth fitness, *Quest*, 40, 230-246.

Fox, K.R. (1997). The Physical self and processes in self-esteem development. En K.R. Fox (Ed.), *the physical self: From motivation to well-being* (pp. 111-139). Champaign, Illinois: Human Kinetics.

Fox, K.R. y Corbin, C. B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 408-433.

Franseen, L.M. (1997). Environmental pressures, personality factors and their relationship to eating disorders in elite female athletes. *Dissertation Abstracts International Section B: The Science and Engineering*, 57 (7-B), 47-81.

Frey, K.S. y Ruble, D.N. (1985). What children say when the teacher is not around: Conflicting goals in social comparison and performance assessment in the classroom. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 550-562.

Frizzo de Godoy, R., Becker, B., Vanoni de Godoy, D., Vaccari, P. y Michelli, M. (2001). El efecto del ejercicio sobre los niveles de ansiedad, depresión y autoconcepto de pacientes con dolencia pulmonar obstructiva crónica. *Revista de Psicología del Deporte*, 10 (2), 267-278.

Fuentes, M.C., García, J.F., Gracia, E. y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23 (1), 7-12.

Gallo Duván, M (2010). ¿Conoce usted los efectos del deporte que practica? *Revista educfísica*, 2 (5).

García Naveira, A. (2004). *Diferencias individuales en jugadores de fútbol a través del tiempo: Estilo de Personalidad y motivación*. Memoria de Licenciatura. Departamento de Psicología Diferencial. Facultad de Psicología. Universidad de Complutense de Madrid.

García Naveira, A. (2007a). Análisis confirmatorio: el Estilo de Personalidad en jugadores de fútbol de alto rendimiento desde el modelo de Millon. *Comunicación presentada en el III Congreso Internacional Universitario de las Ciencias de la Salud y el Deporte*. Madrid.

García Naveira, A. (2007b). Estudio de la personalidad de los deportistas desde los modelos de Cattell, Eysenk y Costa y McMrae: estado en cuestión. *Comunicación presentada en el III Congreso Internacional Universitario de las Ciencias de la Salud y el Deporte*. Madrid.

García Naveira, A. (2010). *Diferencias individuales en estilos de personalidad y rendimiento en deportistas*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología: Universidad Complutense de Madrid.

García, F. y Musitu, G. (2001). *Autoconcepto Forma 5. AF5. Manual*. Madrid: TEA.

García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*. Barcelona: Masson.

García-Mas, A., Olmedilla, A., Morilla, M., Rivas, C., García, E. y Ortega, E. (2006). Un nuevo modelo de cooperación deportiva y su evaluación mediante un cuestionario. *Psicothema*, 18 (3), 425-432.

Garfinkel P.E. y Garner D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Garland, D. J. y Barry, J. R. (1988). The effects of personality and perceived leader behaviors in performance in collegiate football. *Psychological Record*, 38, 237-247.

Garner, D. y Olmsted, M. (1983). Development and validation of a multi dimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *Int J Eat Disord*, 2, 15-34.

Garner, D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2*. Professional Manual (FA): Psychological Assessment Resources.

Garner, D.M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2*. Madrid: Tea Ediciones, SA.

Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychol Med*, 9, 273-279.

Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*, 12, 871-878.

Garner, D.M.; Garfinkel, P.E.; Rockert, W. y Olmsted, M.P. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48, 170-175.

Giacobbi, P.R., Hausenblas, H.A. y Frye, N. (2005). A naturalistic assesment of the relationship between personality, daily life events, leisure-time exercise, and mood. *Psychology of Sport and Exercise*, 6 (1), 67-81.

Gil, F. (1999). Relaciones intergrupales. En F. Gil y C. Alcocer de la Hera (Eds.), *Introducción a la psicología de los grupos* (pp.355-385). Madrid: Pirámides.

González Fernández, O. (2005). Estructura multidimensional del autoconcepto físico. *Revista de Psicodidáctica*, 10 (1), 121-130.

González Martín, I. (2011). *Elementos que integran el perfil de la persona afectada por dismorfia muscular (vigorexia)*. Prevalencia del trastorno en fisicoculturistas y usuarios de la sala de musculación. Tesis Doctoral. Universidad de Castilla la Mancha.

Goñi Grandmontagne, A. y Zulaika, L.M. (2000). La participación en el deporte escolar y el autoconcepto en escolares de 10 a 11 años en la provincia de Guipúzcoa. *Apunts*, 59, 6-10.

Goñi Grandmontagne, A., Esnaola, I., Ruiz de Azua, S., Rodríguez Fernández, A. y Zulaika, L.M. (2003). Autoconcepto físico y desarrollo personal: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 15-16, 7-62.

Goñi Grandmontagne, A., Rodríguez Fernández, A. y Esnaola Etxaniz, I. (2010). Las autopercepciones físicas en la edad adulta y en la vejez. *Psicothema*, 22 (3), 460-467.

Goñi Grandmontagne, A., Ruiz de Azúa, S. y Liberal, I. (2004). Propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario para la medida del autoconcepto físico. *Revista de Psicología del Deporte*, 13 (2), 195-213.

Goñi Grandmontagne, A., Ruiz de Azúa, S. y Rodríguez Fernández, A. (2004). Deporte y autoconcepto físico en la preadolescencia. *Apunts, Educación Física y Deportes*, 77, 18-24.

Goñi Grandmontagne, A., Ruiz de Azúa, S. y Rodríguez Fernández, A. (2006). *Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF), Manual*. Madrid: EOS.

Goñi Palacios, E. y Fernández Zabala, A. (2007). Los dominios social y personal del autoconcepto. *Revista de Psicodidáctica*, 12 (2), 179-194.

Gotwals, J., Dunn, G. y Wayment, H. (2003). An examination of perfectionism and self-esteem in intercollegiate athletes. *Journal of Sport Behavior*, 26 (1), 17-22.

Govero, C. y Bushman, B.A. (2003). Collegiate cross country coaches' knowledge of eating disorders. *Women in sport and physical activity journal*, 12 (1), 53-65.

Greenwald, A.G., y Pratkanis, A.R (1984). The self. En R.S. Wyer & T.K. Srull (Eds.). *Handbook of Social Cognition*, 3, 129-178. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Guillén García, F. y Ramírez Gómez, M (2011). Relación entre el autoconcepto y la condición física en alumnos del Tercer Ciclo de Primaria. *Revista de Psicología del deporte*, 20 (1), 45-59.

Guillén García, F. y Sánchez Luján, R. (2003). Autoconcepto en jóvenes sedentarios y practicantes deportivos. *EduPsykhé*, 2 (2), 259-272.

Gutiérrez, M., Amat, J.I., Ruiz, A. y Sanchis, C. (1994). La respuesta cardíaca como medida de la ansiedad en deportes de riesgo. *Revista de Psicología del Deporte*, 6, 7-22.

Haase, A.M., Prapavessis, H. y Owens, R.G. (2002). Perfectionism, social physique anxiety and disordered eating: a comparison of male and female elite athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 3 (3), 209-222.

Hall López, J., Ochoa Martínez, P., Sáenz-López Buñuel, P. y Monreal Ortiz, L.R (2009). Estudio comparativo del nivel de actividad física, estado nutricional y obesidad abdominal en profesores de educación física de la Universidad Autónoma de Sinaloa y la Universidad de Huelva. *Retos, Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 15, 5-8

Hall, H., Kerr, A. y Matthews, J. (1998). Precompetitive anxiety in sport: the contribution of achievement goals and perfectionism. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20 (2), 194-217.

Haltiwanger, J. (1989). *Behavioral referents of presented self-esteem in young children*. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City, MO.

Hart, D. (1988). The adolescent self-concept in social context. En D.K. Lapsley y F.C. Power (Eds.), *self, ego, and identity* (pp.71-90). New York: Springer Verlag.

Harter, S. (1985). *Manual of the Self-Perception Profile for Children*. University of Denver, CO.

Harter, S. (1987). The determinants and mediational role of global self-worth in children. En N. Eisenberg (Ed.), *Contemporary issues in developmental psychology* (pp. 219- 242). New York: Wiley.

Harter, S. (1988). *Manual for the Self-Perception Profile for Adolescents*. Denver, CO: University of Denver.

Harter, S. (1993). *Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents*. En R. B. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-esteem* (pp. 57-78). Nueva York: Plenum Press.

Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. Nueva York: Guildford Press.

Harter, S., y Buddin, B.J. (1987). Children's understanding of the simultaneity of two emotions: A five-stage developmental acquisition sequence. *Developmental Psychology*, 23, 388-399.

Harter, S., y Monsour, A. (1992). Developmental analysis of conflict caused by opposing attributes in the adolescent self-portrait. *Developmental Psychology*, 28, 251-260.

Hausenblas, H.A. y Carron, A.V. (1999). Eating disorders indices and athletes: An integration. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21 (3), 230-258.

Henderson, M. y Freeman, A. (1987). Self-rating Scale for Bulimia. *The BITE. Br J Psychiatry*, 150, 18-24.

Hernández Viadel, M. y Guillem Miralles, J.L. (2005). Abuso de anabolizantes. *Psiquiatría Biológica*, 12 (1), 18-21.

Hernández Viadel, M., Guillem Miralles, J.J., y Hernández Viadel, J.V. (2005). Dismorfia muscular, vigorexia o complejo de Adonis: a propósito de un caso. *Psiquiatría Biológica*, 12 (3), 133-135.

Hernández, M., Guillem, G. y Hernández, J. V. (2005). Dismorfia Muscular; vigorexia o complejo de Adonis: a propósito de un caso. *Psiquiatría y Biología*, 12 (3), 133-135.

Higgins, E.T. (1991). Development of self-regulatory and self-evaluative processes: Costs, benefits, and tradeoffs. En M.R. Gunnar & L.A. Sroufe (Eds.), *Self*

processes and development: The Minnesota Symposia on Child Development (Vol. 23, pp. 125- 166). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Humphrey, S. E., y Kahn, A. S. (2000). Fraternities, athletic teams, and rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1313-1322.

Iñarritu Pérez, M. C., Cruz Licea, V. y Morán Álvarez, I.C. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*. Universidad Nacional Autónoma de México, 5, 2.

James, W. (1890). *Principles of Psychology*. Chicago: Encyclopedia Britannica.

James, W. (1892). *Psychology: The briefer course*. New York: Henry Holt.

Jones, G., Hanton, S. y Connaughton, D. (2002). What is this thing called mental toughness?. An investigation of elite sport performers. *Journal of Applied Sport Psychology*, 14, 205-218.

Joy, E., Clark, N., Ireland, N.L., Martire, J., Nattiv, A. y Varechok, S. (1997). Team management of the female athlete triad. Part 2: Optional treatment and prevention tactics. *Physician and sports medicine*, 25 (4), 55-57.

Kanayama, G., Barry, S., Hudson, J.I. y Pope, H.G. (2006). Body image and attitudes toward male roles in anabolic-androgenics steroid users. *Am J pchyquetry*, 163, 697-703.

Kerr, J. (2001). *Counselling athletes: a applying reversal theory*. New York: Routledge.

Kirkcaldy, B. D. (1982). Personality profiles at various levels of athletics participation. *Personality and Individual Differences*, 3 (3), 321-326.

Kirkcaldy, B.D. y Furnham, A. (1991). Extraversión, neuroticismo, psychoticism and recreational choice. *Personality and individual differences*, 12 (7), 737-745.

Koivula, N., Hassmén, P. y Fallby, J. (2002). Self-esteem and perfectionism in elite athletes: effects on competitive anxiety and self-confidence. *Personality and Individual Differences*, 865-875.

Linn Goldberg, M.D., David P. MacKinnon, PhD., Diane L. Elliot, MD., Esther L. Moe, PhD., Greg Clarke, PhD. Y JeeWon Cheong, M.A. (2000). The Adolescents Training and Learning to Avoid Steroids Program. ATLAS. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 154 (4), 332-338.

Loehr, J.E. (1986). *Mental toghness training for sports: achieving athletic excellence*. Lexington, M.A: Stephen Greene Press.

Magni, G., Rupolo, G., Simini, G., De Leo, D. y Rampazzo, M. (1985). Aspects of the psychology and personality og high altitude mountain climbers. *International Journal of Sport Psychology*, 16, 12-19.

Maloney, M.J., McGuire, J.B., Daniels S.R. y Specker, B. (1989). Dieting behavior and attitudes in children. *Pediatrics*, 84, 482-489.

Markus, H., y Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. En M.R. Rosenweig & L.W. Porter (Eds.), *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.

Marrero, G. (1989). *Psicología del deporte*. Las Palmas de Gran Canaria: Linca.

Marrero, G., Martín-Albo, J. y Núñez, J.L. (2000). Perfil de personalidad del tenista. *Revista de Psicología del Deporte*, 9 (1-2), 21-36.

Marsh, H.W. (1997). The measurement of Physical Self-Concept: A construct validation approach. En K.R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to well being* (pp. 27-58). Champaign: Human Kinetics.

Marsh, H.W., Richards, G.E., Johnson, S., Roche, L., y Tremayne, P. (1994). Physical Self- Description Questionnaire: Psychometric properties and a multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 270-305.

Martínez López E.J., Zagalaz Sánchez M.L., y Rodríguez Marín I. (2007). Obesidad, anorexia Nerviosa y actividad física. *II Congreso Internacional y XXIV Nacional de Educación Física*.

Maxwell, J. (2004). Anger rumination: an antecedent of athlete aggression? *Psychology of Sport and Exercise*, 5, 279-289.

Maxwell, J. y Moores, E. (2007). The development of a short scale measuring aggressiveness and anger in competitive athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 8 (2), 179-193.

McCrae, R. (1987). Creativity, divergent and openness to experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1258-1265.

McCrae, R. y Costa, P. (1999). A five-factor theory of personality. En L.A. Pervin y O.P. John (eds), *Handbook of personality. Theory and research*. (pp. 139-153) New York: The Guilford Press.

Mead, G.H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.

Millon, T. (2001). *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon*. Madrid: TEA Ediciones.

Mirella, A. (2008) *Cuando la actividad física se aleja de la salud*. Argentina: Asociación de psicología del deporte.

Molero, D., Castro López, R. y Zagalaz, M. L. (2012). Autoconcepto y ansiedad: Detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12 (2), en prensa.

Molero, D., Ortega, F., Valiente, I. y Zagalaz, M. L. (2010). Estudio comparativo del autoconcepto físico en adolescentes en función del género y del nivel de actividad físico-deportiva. *Retos, Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 17, 38-41.

Molnar, D., Reker, D., Culp, N., Sadava, S. y DeCourville, N. (2006). A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality*, 40 (5), 482-500.

Morales, J. F. (1994). *Psicología social*. Madrid: Panamericana

Moran, A. P. (2004). *Sport and exercise psychology: a critical introduction*. New York: Routledge.

Moreno Siguenza, Y. (2004). *Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

Moreno, J.A. y Cervelló, E. (2005). Physical self-perception in spanish adolescents: effects of gender and involent in physical activity. *Journal of Human Movement Studies*, 48, 291-311.

Moreno, J.A., Cervelló, E. y Moreno, R. (2008). Importancia de la práctica físico-deportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (1), 171-183.

Morgan, J., Reid F. y Lacey, H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319, 1467-1468.

Moriarty, D. (1991). The role of physical and health educators and coaches in the prevention of eating disorders. *Paper presented at the annual International Conference of Health, Physical Education, and Recreation 34th*, Limerick, Ireland.

Muñoz Sánchez, R. y Martínez Moreno A. (2007). Ortorexia y Vigorexia: ¿Nuevos Trastornos de la Conducta Alimentaria? *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 5, 457-482.

Nixon-II, H.L. (1989). Reconsidering obligatory running and anorexia nervosa as gender-related problems of identity and role adjustment. *Journal of Sport and Social Issues*, 13 (1), 14-24.

Núñez, J. C. y González-Pienda, J. A. (1994). *Determinantes del rendimiento académico. Variables cognitivo-motivacionales, atribucionales, uso de estrategias y autoconcepto*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

Núñez, J.L., Martín-Albo, J. y Domínguez, E. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en sujetos practicantes de actividad física. *Revista de Psicología del deporte*, 19 (2), 291-304.

O'Connor, K.A. y Webb, J.L. (1976). Investigation of personality traits of collage female athletes and nonathletes. *Research Quarterly*, 47, 203-210.

O'Sullivan, D.M., Zuckerman, M. y Kraft., M. (1998). Personality characteristics of male and female participants in team sports. *Personality and Individual Differences*, 25, 119-128.

Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry* 9, 254-259.

Olivardia, R., Pope, H.G. y Hudson, J. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157 (8), 1291-1296.

Olmedilla, A. y Andreu, A. (2002) Propuesta de intervención psicológica para el control de hábitos alimentarios en deportistas jóvenes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2 (2), 13-28.

Pardo, A. y San Martín, R. (2004). *Análisis de datos en Psicología II*. Madrid: Pirámide

Paredes, F., Nessier, C. y González, M. (2011). Percepción de imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de danza clásica del Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe. *Diaeta*, 29 (136), 18-24.

Pascual, A. (1989). *Perfil de personalidad del futbolista amateur en nuestro medio zaragozano*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

Pearl, B. (2002). *Tratado general de la Musculación*. Barcelona: Paidotribo.

Peláez Fernández, M.A., Labrador Encinas, F.J. y Raich Escursell, R.M. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática de Psiquiatría de enlace*, 71-72.

Pelegrín, A. (2005). Variables de riesgo asociadas a la salud mental del deportista profesional y de alto rendimiento. *Comunicación presentada en el X Congreso Nacional Andaluz de Psicología del Deporte*. Málaga.

Pérez Restrepo, V., Nelly Valencia, M., Rodríguez G, M. y Gempeler R, J. (2007). Acerca de un caso de dismorfia muscular y abuso de esteroides. Bogotá: *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (1), 154-164.

Pope, G. y Katz D.L. (1994). Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroids: a controlled study of 160 athletes. *Archives General Psychiatry*, 51, 375-382.

Pope, H.G., Gruber, A.J., Choi, P., Olivardia, R. y Phillips, K.E. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.

Pope, H.G., Phillips, K.A. y Olivardia, R (2002). *The Adonis Complex*. New York: Touchstone.

Potgieter, J. y Venter, R. (1995). Relationship between adherence to exercise and scores on extroversión and neuroticism. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 520-522.

Quiñones, E., Garcés de Los Fayos, E.J., Peñaranda, M., López, J.J. y Jara, P. (2001). Un acercamiento a la comprensión de la psicología del deporte en España. Análisis de la Revista de Psicología del Deporte 1992-1999. *Revista de Psicología del Deporte*, 10 (1), 69-81.

Raich, R.M. (1994). *Anorexia y bulimia. Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Remor, E. y Pérez-Llantada, M.C. (2007). La relación entre niveles de la actividad física y la experiencia de estrés y síntomas de malestar físico. *Revista Interamericana de Psicología*, 41 (3), 313-322.

Rey Fuentes, J. (2010). Publicidad de productos de alimentación y productos vigoréxicos. ¿Una cuestión de límite? *Icono 14. Revista de comunicación y nuevas tecnologías*. 8, 143-169.

Rhodes, R. E., Courneya, K.S. y Jones, L.W. (2004). Personality and social cognitive influences on exercise behaviour: adding the activity trait to the theory of planned behaviour. *Psychology of Sport and Exercise*, 5 (3), 243-254.

Rhodes, R.E. y Courneya, K.S. (2003). Relationships between personality an extended theory of planned behaviour model, and exercise behaviour. *British Journal Health Psychology*, 8, 19-36.

Rhodes, R.E., Courneya, K.S. y Bobick, T.M. (2001). Personality and exercise participation across the breast cancer experience. *Psycho-Oncology*, 10, 380-388.

Rhodes, R.E., Courneya, K.S. y Hayduk, L.A. (2002). Does personality moderate the theory of planned behaviour in the exercise domain? *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 24 (2), 120-133.

Rhodes, R.E., Courneya, K.S. y Jones, L.W. (2002). Relationships between extraversion, the theory of planned behavior, and exercise: the unique role of extraversion`s activity facet. *Journal of Applied Social Psychology*, 32 (8), 1721-1736.

Rhodes, R.E., Courneya, K.S. y Jones, L.W. (2005). The theory planned behavior and lower-order personality traits: interaction effects in the exercise domain. *Personality and Individual Differences*, 38 (2), 251-265.

Ries, F. (2011). El autoconcepto físico en adolescentes sevillanos en función del sexo y de la evolución de la carrera deportiva. *Retos, Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 19, 38-42.

Rodríguez Fernández, A. (2005). Felicidad subjetiva y dimensiones del autoconcepto físico. *Revista de Psicodidáctica*, 10 (1), 131-138.

Rodríguez Marín, I., Martínez López, E.J. y Zagalaz Sánchez, M.L. (2006). Actividad física y salud: el uso excesivo de ejercicio físico indicio de trastornos de la conducta alimentaria. *I Congreso Internacional de Las Ciencias Deportivas*. Pontevedra.

Rodríguez Molina, (2007). Vigorexia: Adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y Drogas*, 7 (2), 289-308

Rodríguez Molina, J.M., Rabito Alcón, M.F. (2011). Vigorexia: de la adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente. *Salud y drogas*, 11 (1), 95-114.

Rodríguez, M. (2003). *Diagnóstico de personalidad en deporte de competición: fútbol*. Tesis Doctoral. Universidad Las Palmas de Gran Canaria.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rubio de Lemus, P. y Lubin, P. (1993). La anorexia en el atletismo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46 (4), 459-464.

Rubio, K. (2001). De la psicología general a la psicología del deporte: marcos teóricos, relaciones y dependencias. *Revista de Psicología del Deporte*, 10 (2), 255-265.

Sale, C., Guppy, A. y El-Sayed, M. (2000). Individual differences, exercise and leisure activity in predicting affective well-being in Young adults. *Ergonomic*, 43, 1689- 1697.

Salvador, J. y Oberst, U. (2005). Narcisismo en participantes de musculación y practicantes de natación, un estudio comparativo. *Revista de Psicología del Deporte*, 14 (1), 75- 83.

Sánchez Gombáu, M.C., Vila, I., García- Buades Alicia Ferrer, E. y Domínguez, N. (2005). *Cuadernos de psicología del deporte*, 5, 1-2.

Sánchez Molina, M.M.; Ibáñez Salmerón, J.C. y García Pérez-Carro, R.M. (2001). Psicología del deporte y de la lesión deportiva. En R. Ballesteros Massó (Coordinador). *Traumatología y Medicina Deportiva, Tomo 1. Bases de la Medicina del Deporte*. Madrid: Paraninfo; 265-277.

Scheier, M. y Carver, C. (2003). Optimism. In S.J. Lopez y C.R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures* (pp. 75-89). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Selman, J. (1980). *The growth of interpersonal understanding: Developmental and clinical analysis*. New York: Academic Press.

Shavelson, R. J., Hubner, J. J. y Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.

Siegler, R.S. (1991). *Children's thinking* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Sonstroem, R.J. (1997). The physical self-system: A mediator of exercise and self esteem. En K.R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 3-26). Champaign: Human Kinetics.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Stewart, A. (2000). Experiencias recogidas en un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios, en W. Vandereycken y G. Noordenbos (Eds.), *La prevención de los trastornos alimentarios: Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Granica.

Storch, E.A., Werner, N.E. y Storch, J.B. (2003). Relational Aggression and Psychosocial Adjustment in Intercollegiate Athletes. *Journal of Sport Behavior*, 26 (2), 219-232.

Swoap, R. y Murphy, S.M. (1995). Eating disorders and weight management in athletes. En J. Dosil (Ed.), *Trastornos de alimentación en el deporte*. Sevilla: Wanceulen.

Szabo, A. (1992). Habitual participation in exercise and personality. *Perceptual and Motor Skills*, 74, 978-990.

Terry-Short, L.A., Owens, R.G., Slade, P.D. y Dewey, M.E. (1995). Positive and negative perfeccionismo. *Personality and Individual Differences*, 18 (5), 663-668.

Teitz, C.C. (1998). *La mujer Atleta*. Barcelona: Edika Med.

Thakur, G. y Thakur, M. (1980). Personality differences between the athlete and the nonathlete college male. *International Journal of Sport Psychology*, 11 (3), 180-188.

Thiel, A., Gottfried, H. y Hesse, F.W. (1993). Subclinical eating disorders in male athletes: A study of the low weight category in rowers and wrestlers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88 (4), 259- 265.

Tobal, M. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y J. Pinillos (eds.), *Tratado de psicología general. VIII: Motivación y emoción* (309-343). Madrid: Alhambra.

Tomás, J.M. y Oliver, A. (2004). Análisis Psicométrico Confirmatorio de una Medida Multidimensional del Autoconcepto en Español. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 38 (2), 285-293.

Toro (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Editorial Ariel: Barcelona.

Van Loon, A.J., Tijhuis, M. y Surtees, P. (2001). Personality and coping : their relationship with lifestyle risk factors for cancer. *Personality Individual Differences*, 31, 541-594.

Vaughan, J.L., King, K.A. y Cottel, R.R. (2004). Collegiate Athletics trainers' confidence in helping female athletes with eating disorders. *Journal of Athletics Training*, 39 (1), 71-76.

Vealey, R.S. (1992) Personality and Sport: a comprehensive view. En T.S. Horn (Ed.). *Advances in Sport Psychology* (pp. 25-59). Champaign, IL: Human Kinetics.

Vives, L. y Garcés de Los Fayos, E.J. (2002). *Una aproximación a la vigorexia desde los trastornos alimentarios: importancia, implicación e impacto en los desórdenes conductuales*. Proyecto de investigación financiado por ADANER. Murcia.

Wann, D.L. (1997). *Sport Psychology*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Weinberg, R. y Gould, D. (2007). *Foundations of sport and exercise psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Weingarten, G. (1982). Psychological disposition toward athletic activity versus psychological development through sport. In E. Gerson (Ed.), *Handbook of sport psychology: Vol 1. Introduction to sport psychology* (pp.114-128). Netanya, Israel: Wingate Institute.

Williams, C.A. y James, D. V. (2001). *Science for Exercise and Sport*. London: Routledge.

Wilson, R., Krueger, K. y Gu, L. (2005). Neuroticism, extraversion, and mortality in a defined population. *Psychosomatic Medicine*, 67, 841-845.

Yannakoulina, M., Sitara, M. y Matalas, A.L. (2002). Reported eating behaviour and attitudes improvement alter a nutrition intervention program in a group of young female dancers. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 12 (1), 24- 32.

Yates, A. (1991). *Compulsive exercise and the eating disorders*. Nueva York: Brunnel/Mazel.

Yeung, R.R. y Hemsley, D.R. (1996). Effects of personality and acute exercise on mood states. *Personality and Individual Differences*, 20 (5), 545-550.

Zagalaz Sánchez, M.L. (2000). Incidencia social de la anorexia nerviosa. Intervención del profesorado de educación física en la prevención del programa. *Aula de encuentro*, 4, 102-117.

Zucker, N.L., Womble, L.G., Williamson, D.A. y Perrin, L.A. (1999). Protective factors for eating disorders in female college athletes. *Eating disorders: The Journal of treatment and prevention*, 7 (3), 207-218.

Zulaika, L. M. (1999). *Educación física y autoconcepto. Análisis relacionales y eficacia de un programa de intervención para la mejora del autoconcepto físico*. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco.

IX.2.PÁGINAS WEB

Álvarez Romero, M., Moreno Gómez, A. y Granados González, B. (2011). Adicciones psicológicas: perspectiva psicosomática. *XII Congreso virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. Obtenido en [http// www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com).

Del Castillo, V. (1998). Deporte y trastornos de alimentación. *Lecturas Educación Física y Deportes (Revista Digital)*, 9. Obtenido en [http// www.efdeportes.com](http://www.efdeportes.com).

Fanjul Peyró, C., (2008) La importancia de la comunicación no verbal en la configuración de la imagen corporativa. *Revista de la comunicación y las nuevas tecnologías Icono 14*, 11. Obtenido en [http// www.icono14.net](http://www.icono14.net).

Hitt, B. (2000). Anorexia Reverse of Bodybuilding. Electronic Version, obtenido en [http// www.vanderbilt.edu](http://www.vanderbilt.edu).

Luna Montaña, I. (2004). Belleza, imagen corporal y psicopatología. *5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. Obtenido en [http// www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com).

Luna Montaña, I. (2007). Los mártires de la belleza: suicidio y psicopatología asociada a la imagen corporal. *8º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. Obtenido en [http// www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com).

McKelvie, S. J., Lemieux, P. y Stout, D. (2003). Extraversion and neuroticism in contact athletes, no contact athletes and non-athletes : A research note. *Athletic Insight (On- Line)*, 5. Extraído el 23 de Enero, 2007, de <http://www.athleticinsight.com/Vol5Iss3/ExtraversionNeuroticism.htm>.

Martell Alonso, C.A. (2006). Vigorexia: enfermedad o adaptación. *Revista Digital de Deportes*, 11 (99). Artículo disponible en [http:// www.efdeportes.com](http://www.efdeportes.com).

Martí Martínez, A.B., Fenollar Iváñez, F.M., Rico Gomis, J.M., Carricajo Lobato, M.P., García Núñez, C., Piñol Ferrer, B., Reinante, G. y López-Higes, J. (2008). Vigorexia, complejo de adonis o dismorfia muscular. *9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. Obtenido en [http// www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com).

Portela Guarín, H. (2002). Cómo problematizar la Educación Física desde la transición del concepto del cuerpo al de corporeidad. *EF y deportes. Revista Digital*, 8, 48. Obtenido en [http// www.efdeportes.com](http://www.efdeportes.com).

Rojas Torres, M. (2000). El Pensamiento Irracional y las Personas con Trastorno Dismórfico Corporal. *Revista virtual. Instituto Cognitivo Conductual*, 1. Obtenido en [http// www.incocr.org/biblioteca/0013.pdf](http://www.incocr.org/biblioteca/0013.pdf).

Ruiz Lázaro, P.M. (2004). Metodología en la prevención de los trastornos alimentarios. *Interpsiquis*. Obtenido en [http// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com).

Ruiz-Lázaro, P.M. (2002). Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria a través de la educación para la salud comunitaria. 3º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis, obtenido en [http// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com).

Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M. E., Casella, L., Cuenya, L, Blum, G.D. y Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11 (2). Obtenido en [http// www.revistapsicologia.org](http://www.revistapsicologia.org).

Sepúlveda, A.R., Carrobbles, J.A., Gandarillas, A., Poveda, J. y Pastor, V. (2004). Evaluación de un programa preventivo en alimentación en población universitaria. Interpsiquis 2004, obtenido en [http// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com).

Solano-Pinto, N., Oliveiros-Leal, L., Moreno-Villares, J.M. (2004). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: Educando en Salud: Así soy yo, así son ell@s. *Psiquiatría Noticias*, 6 (2). Obtenido en [http// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

Stirling, A. y Kerr, G. (2006). Perfectionism and mood states among recreational and elite athletes. *Athletic Insight* (On-Line), 8. Extraído el 23 de Enero, 2007, de <http://www.athleticinsight.com/Vol8Iss4/perfectionism.htm>.

Zagalaz Sánchez, M.L., Contreras Jordán, O. y Romero Granados, S., (2002). La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén. *Revista Iberoamericana de Educación*. Obtenido en [http// www.campus-oei.org/revista/novedades.htm](http://www.campus-oei.org/revista/novedades.htm).

IX.3.BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

Arbinaga, F. (2008). Consumo de Esteroides Androgénicos Anabolizantes en el Fisicoculturismo: Relaciones con variables del entrenamiento y la imagen corporal. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 3(1), 47-60.

Balaguer, I., y García-Merita. (1994). Exercisi físic i benestar psicològic. *Anuari de Psicologia*, 1, 3-26.

Cianti, G. (1995). *El Gran Libro del Culturismo. Curso Completo de Body Building*. Barcelona: Editorial de Vecchi.

Clemens, H., y Bean, R. (1993). *Cómo desarrollar la autoestima en los niños*. Madrid.

Dawes, J., y Mankin, T. (2004). Muscle Dysmorphia. *Nacional Strength and Conditioning Association*. , 26(2), 24-25.

Jiménez, F., y González, C. (2000). Ayudas Ergogénicas Nutricionales y Farmacológicas. Uso de Suplementos y Complementos de la Alimentación. Consejo Superior de Deportes.

Kuhn, C., Swartzwelder, S., y Wilson, W. (2006). *Anabolizantes, estimulantes y calmantes en la práctica deportiva* (2 ed.). Barcelona: Paidotribo.

Moustakidis, S. P., Theocharis, J. B., y Giakas, G. (2010). A fuzzy decision tree-based SVM classifier for assessing osteoarthritis severity using ground reaction force measurements. *Medical Engineering & Physics*, 32, 1145–1160.

Murray, S. B., Maguire, S., Russell, J., y Touyz, S. W. (2011). The emotional regulatory features of bulimic episodes and compulsive exercise in muscle dysmorphia: A case report. *European Eating Disorders Review*, doi:10.1002/erv.1088.

Ries, F. (2011). El autoconcepto físico en adolescentes sevillanos en función del sexo y de la evolución de la carrera deportivo. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 19, 38-42.

CAPÍTULO X: ANEXOS

CAPÍTULO X. ANEXOS



ANEXO X.1. CUADERNILLO DE LOS TEST APLICADOS

El presente cuestionario que va a rellenar forma parte de un proyecto de investigación realizado en la Universidad de Jaén.

En él pretendemos llevar a cabo un estudio sobre la autopercepción de la imagen corporal en sujetos deportistas que realizan habitualmente trabajo de musculación.

El acceso a la cumplimentación de dicho cuestionario es de carácter VOLUNTARIO. Asimismo los datos obtenidos (y/o facilitados) serán procesados de manera completamente ANÓNIMA.

Procure contestar con la mayor sinceridad posible, ya que la calidad de los resultados aumentará notablemente.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



Por favor, responde a las siguientes preguntas

1 Edad: _____

2 Sexo (rodea con un círculo la alternativa que corresponda): H M

3 Estado Civil: _____

4 Nivel de estudios (rodea con un círculo la alternativa que corresponda):

No Estudios Estudios Primarios Est. Secundarios Est. Universitarios

5 Ocupación Laboral: _____

6 Nivel Ingresos (indica una cifra aproximada): _____

7 ¿Cuánto tiempo aproximado llevas en el gimnasio? (semanas, meses, años)

8 ¿Cuántas horas dedicas a hacer deporte a la semana? _____

9 ¿Cuántas veces te pesas a la semana? _____

10 ¿Cuántas veces te mides a la semana? _____

11 ¿Has tenido alguna vez alguna experiencia negativa a causa de tu cuerpo? (rodea con un círculo la alternativa que corresponda): Si No

12 Cuando estás en el gimnasio (marca con una cruz la alternativa que corresponda):

	nada	poco	bastante	mucho
¿Conoces que músculos se ejercitan en cada máquina?				
¿Trabajas el cuerpo en su globalidad a lo largo de la semana?				
¿Sabes la importancia de unos periodos de carga y otros de descarga para llevar a cabo un correcto entrenamiento?				
¿Llevas a cabo esos periodos?				
¿Llevas a cabo la rutina de entrenamiento realizada por un profesional?				
¿Es supervisada temporalmente?				

	nada	poco	bastante	mucho
13 Valora tu grado de preocupación que sientes tu apariencia física				
14 Valora tu grado de malestar cuando no hay práctica deportiva				

POR FAVOR CONTESTA A CADA PREGUNTA RODEANDO CON UN CIRCULO LA ALTERNATIVA MÁS ADECUADA

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

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

2. ¿Con qué 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, maquina 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 grasa) o ingieres suplementos nutricionales para mejorar tu apariencia?

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

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

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

c) Una cantidad suficiente hasta el punto de crearme problemas económicos.

8. ¿Con qué frecuencia tus actividades relacionadas con tu apariencia física afectan tus relaciones sociales (por ejemplo, el tener que dedicar tiempo a tus 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 qué frecuencia tu vida sexual se ha visto afectada por tus preocupaciones relacionadas con la apariencia?

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

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

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

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

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

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

- a) Nunca.
- b) Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.
- c) He usado esteroides legales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias.

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

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

AF 5

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste con un valor entre 1 y 99 según su grado de acuerdo con cada frase. Por ejemplo, si una frase dice “La música ayuda al bienestar humano” y Vd. está muy de acuerdo, contestará con un valor alto, como por ejemplo el 94. Vea como se anotaría en la hoja de respuestas.

<< La música ayuda al bienestar humano>>.....94

Por el contrario, si Vd. esta muy poco de acuerdo, eligirá un valor bajo, por ejemplo el 9, y lo anotará en la Hoja de respuestas de la siguiente manera:

<< La música ayuda al bienestar humano>>.....09

No olvide que dispone de muchas opciones de respuesta, en concreto puede elegir entre 99 valores. escoja el que más se ajuste a su criterio.

RECUERDE, CONTESTE CON LA MAXIMA SINCERIDAD

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

NOTA: Se han redactado las frases en masculino para facilitar su lectura. Cada persona deberá adaptarlas a su propio sexo.

Conteste de 1 a 99 en las casillas correspondientes a cada pregunta

1. Hago bien los trabajos escolares (profesionales)	
2. Hago fácilmente amigos	
3. Tengo miedo de algunas cosas	
4. Soy muy criticado en casa	
5. Me cuido físicamente	
6. Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador	
7. Soy una persona amigable	
8. Muchas cosas me ponen nervioso	
9. Me siento feliz en casa	
10. Me buscan para realizar actividades deportivas	
11. Trabajo mucho en clase (en el trabajo)	
12. Es difícil para mí hacer amigos	
13. Me asusto con facilidad	
14. Mi familia está decepcionada de mí	
15. Me considero elegante	
16. Mis superiores (profesores) me estiman	
17. Soy una persona alegre	
18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo nervioso	
19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas	
20. Me gusta como soy físicamente	
21. Soy un buen trabajador (estudiante)	
22. Me cuesta hablar con desconocidos	
23. Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor (superior)	
24. Mis padres me dan confianza	
25. Soy bueno haciendo deporte	
26. Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador	
27. Tengo muchos amigos	
28. Me siento nervioso	
29. Me siento querido por mis padres	
30. Soy una persona atractiva	

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

STAI

AUTOEVALUACIÓN A (E/R)

INSTRUCCIONES:

A-E

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente Ud. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Nada poco bastante mucho

1. Me siento calmado.....0 1 2 3
2. Me siento seguro.....0 1 2 3
3. Estoy tenso.....0 1 2 3
4. Estoy contrariado.....0 1 2 3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....0 1 2 3
6. Me siento alterado.....0 1 2 3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.....0 1 2 3
8. Me siento descansado.....0 1 2 3
9. Me siento angustiado.....0 1 2 3
10. Me siento confortable.....0 1 2 3
11. Tengo confianza en mí mismo.....0 1 2 3
12. Me siento nervioso.....0 1 2 3
13. Estoy desasosegado.....0 1 2 3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....0 1 2 3
15. Estoy relajado.....0 1 2 3
16. Me siento satisfecho.....0 1 2 3
17. Estoy preocupado.....0 1 2 3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....0 1 2 3
19. Me siento alegre.....0 1 2 3
20. En este momento me siento bien.....0 1 2 3

COMPUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

A-R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. . Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente Vd. EN GENERAL la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa como se siente Vd. generalmente.

- 21. Me siento bien.....0 1 2 3
- 22. Me canso rápidamente.....0 1 2 3
- 23. Siento ganas de llorar.....0 1 2 3
- 24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....0 1 2 3
- 25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.....0 1 2 3
- 26. Me siento descansado.....0 1 2 3
- 27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....0 1 2 3
- 28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....0 1 2 3
- 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....0 1 2 3
- 30. Soy feliz.....0 1 2 3
- 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....0 1 2 3
- 32. Me falta confianza en mí mismo.....0 1 2 3
- 33. Me siento seguro.....0 1 2 3
- 34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....0 1 2 3
- 35. Me siento triste (melancólico).....0 1 2 3
- 36. Estoy satisfecho.....0 1 2 3
- 37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....0 1 2 3
- 38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.....0 1 2 3
- 39. Soy una persona estable.....0 1 2 3
- 40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.....0 1 2 3

COMPUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

NEO- FFI

INVENTARIO DE CINCO FACTORES NEO (NEO-FFI)

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario consta de 60 enunciados. Léalos con atención y marque con una X la respuesta que corresponda mejor a su acuerdo o desacuerdo con ella.

Marque “ <i>en total desacuerdo</i> ”	Si la afirmación es completamente falsa o Vd. está en total desacuerdo con ella.
Marque “ <i>en desacuerdo</i> ”	Si la afirmación es fundamentalmente falsa o Vd. está en desacuerdo con ella.
Marque “ <i>neutro</i> ”	Si la afirmación es aproximadamente lo mismo de cierta o de falsa, si no puede decidirse, o si se considera neutro en relación con esta afirmación.
Marque “ <i>de acuerdo</i> ”	Si la afirmación es fundamentalmente cierta o si Vd. está de acuerdo con ella.
Marque “ <i>totalmente de acuerdo</i> ”	Si la afirmación es completamente cierta o si Vd. está totalmente de acuerdo con ella.

No hay respuestas “correctas” ni “incorrectas”. Descríbase a sí mismo de forma sincera y exprese sus opiniones de la forma más precisa posible.

Responda a todos los enunciados. Si se equivoca o si cambia de opinión, ¡no borre!
Rodee con un círculo la respuesta incorrecta y marque con una X la respuesta correcta.
Cuando haya contestado los 60 enunciados, responda a las tres preguntas A, B y C.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

NEO-FFI

	En total desacuerdo	Desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me asusto con facilidad	1	2	3	4	5
2. Me gusta tener mucha gente alrededor	1	2	3	4	5
3. No me gusta perder el tiempo soñando despierto	1	2	3	4	5
4. Trato de ser cortés con todo el que conozco	1	2	3	4	5
5. Tengo mis cosas bien cuidadas y limpias.	1	2	3	4	5
6. A menudo me siento inferior a los demás.	1	2	3	4	5
7. Me río con facilidad.	1	2	3	4	5
8. Tengo mucha fantasía.	1	2	3	4	5
9. Con frecuencia me enzarzo en discusiones con mi familia y compañeros.	1	2	3	4	5
10. Soy bastante bueno en organizarme las cosas para terminarlas a tiempo.	1	2	3	4	5
11. Cuando estoy bajo fuerte estrés, a veces siento que me va dar un ataque de nervios.	1	2	3	4	5
12. No me considero especialmente alegre	1	2	3	4	5
13. Me despiertan curiosidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza.	1	2	3	4	5
14. Algunas personas creen que soy egoísta.	1	2	3	4	5
15. No soy una persona muy metódica.	1	2	3	4	5
16. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.	1	2	3	4	5
17. Me divierte hablar con la gente.	1	2	3	4	5
18. Considero que la fidelidad a los propios ideales y principios es más importante que la mentalidad abierta.	1	2	3	4	5
19. Preferiría cooperar con los demás que competir con ellos.	1	2	3	4	5
20. Trato de realizar concienzudamente todas las cosas que se me encomiendan.	1	2	3	4	5
21. A menudo me siento tenso e inquieto.	1	2	3	4	5
22. Me gusta estar donde esta la acción.	1	2	3	4	5
23. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mi.	1	2	3	4	5
24. Tiendo a ser cínico y escéptico respecto a las intenciones de los demás	1	2	3	4	5
25. Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de una manera ordenada.	1	2	3	4	5
26. A veces me parece que no valgo absolutamente nada	1	2	3	4	5
27. Huyo de las multitudes.	1	2	3	4	5
28. Con frecuencia pruebo comidas nuevas y extranjeras	1	2	3	4	5
29. Creo que la mayoría de la gente se aprovecharía de uno si se dejara.	1	2	3	4	5
30. Pierdo mucho tiempo hasta que me pongo a trabajar	1	2	3	4	5
31. Rara vez me siento con miedo o ansioso.	1	2	3	4	5
32. A menudo siento como si estuviera reventado de energía.	1	2	3	4	5

	En total desacuerdo	Desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
33. Rara vez me doy cuenta del humor o los sentimientos que producen ambientes diferentes.	1	2	3	4	5
34. Creo que la mayoría de la gente, en general, tiene buena intención.	1	2	3	4	5
35. Trabajo mucho para conseguir mis metas	1	2	3	4	5
36. Con frecuencia me enfada la forma con que me trata la gente.	1	2	3	4	5
37. Soy una persona alegre, animosa.	1	2	3	4	5
38. Experimento una gran variedad de emociones y sentimientos.	1	2	3	4	5
39. Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.	1	2	3	4	5
40. Cuando me comprometo a algo, siempre se puede contar conmigo para llevarlo a término.	1	2	3	4	5
41. Con demasiada frecuencia cuando las cosas me van mal me desanimo y me siento a punto de abandonar.	1	2	3	4	5
42. No soy un alegre optimista.	1	2	3	4	5
43. A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte siento un escalofrío o una ola de excitación.	1	2	3	4	5
44. Me parece que con la mayoría de gente con la que trato es honrada y fidedigna.	1	2	3	4	5
45. Me esfuerzo por llegar al máximo de logros.	1	2	3	4	5
46. Rara vez estoy triste o deprimido.	1	2	3	4	5
47. A menudo he sido un líder en los grupos en los que he estado.	1	2	3	4	5
48. Tengo poco interés en especular sobre la naturaleza del universo o condición humana.	1	2	3	4	5
49. Por lo general trato de ser atento y considerado.	1	2	3	4	5
50. Soy una persona productiva que siempre termina su trabajo.	1	2	3	4	5
51. Con frecuencia me siento indefenso, y quiero que otro resuelva mis problemas.	1	2	3	4	5
52. Me resulta fácil sonreír y ser extravertido con desconocidos.	1	2	3	4	5
53. Tengo mucha curiosidad intelectual.	1	2	3	4	5
54. Me aparto de mi camino para ayudar a los demás, si puedo.	1	2	3	4	5
55. Parece que nunca soy capaz de organizarme.	1	2	3	4	5
56. En ocasiones he estado tan avergonzado que he querido esconderme.	1	2	3	4	5
57. En reuniones por lo general, prefiero que hablen otros.	1	2	3	4	5
58. Con frecuencia disfruto jugando con teorías o ideas abstractas.	1	2	3	4	5
59. Si es necesario estoy dispuesto a manipular a la gente para conseguir lo que quiero.	1	2	3	4	5
60. Me esfuerzo para llegar a la perfección de todo lo que hago.	1	2	3	4	5
A. He intentado responder a todas las cuestiones sincera y fielmente.	1	2	3	4	5
B. Has respondido a todas las cuestiones	1	2	3	4	5
C. ¿Has respondido las respuestas en las áreas correctas?	1	2	3	4	5

EDI 2

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES:

Debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas.

Las respuestas debes anotarlas en la Hoja de respuestas que se te ha entregado a parte. No debes hacer ninguna anotación en este cuadernillo.

En cada frase contesta si lo que se dice te ocurre.

CONTESTA A TODAS LAS FRASES CON SINCERIDAD

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

EDI-2

	Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Como dulces o hidratos de carbono sin preocuparme.	1	2	3	4	5
2. Creo que mi estómago es demasiado grande.	1	2	3	4	5
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.	1	2	3	4	5
4. Suelo comer cuando estoy disgustado.	1	2	3	4	5
5. Suelo hartarme de comida.	1	2	3	4	5
6. Me gustaría ser más joven.	1	2	3	4	5
7. Pienso en ponerme a dieta.	1	2	3	4	5
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.	1	2	3	4	5
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.	1	2	3	4	5
10. Me considero una persona poco eficaz.	1	2	3	4	5
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso.	1	2	3	4	5
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.	1	2	3	4	5
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.	1	2	3	4	5
14. La infancia es la época más feliz de mi vida.	1	2	3	4	5
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos.	1	2	3	4	5
16. Me aterroriza la idea de engordar.	1	2	3	4	5
17. Confío en los demás.	1	2	3	4	5
18. Me siento solo en el mundo.	1	2	3	4	5
19. Me siento satisfecho con mi figura.	1	2	3	4	5
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.	1	2	3	4	5
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones.	1	2	3	4	5
22. Preferiría ser adulto a ser niño.	1	2	3	4	5
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás.	1	2	3	4	5

24. Me gustaría ser otra persona.	1	2	3	4	5
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso.	1	2	3	4	5
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.	1	2	3	4	5
27. Me siento incapaz.	1	2	3	4	5
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.	1	2	3	4	5
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.	1	2	3	4	5
30. Tengo amigos íntimos.	1	2	3	4	5
31. Me gusta la forma de mi trasero.	1	2	3	4	5
32. Estoy preocupado porque quería ser una persona más delgada.	1	2	3	4	5
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior.	1	2	3	4	5
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás.	1	2	3	4	5
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas.	1	2	3	4	5
36. Me fastidia no ser el mejor en todo.	1	2	3	4	5
37. Me siento orgulloso de mí mismo.	1	2	3	4	5
38. Suelo pensar en darme un atracón.	1	2	3	4	5
39. Me alegra haber dejado de ser un niño.	1	2	3	4	5
40.No sé muy bien cuando tengo hambre o no.	1	2	3	4	5
41. Tengo mala opinión de mí.	1	2	3	4	5
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos.	1	2	3	4	5
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.	1	2	3	4	5
44. Temo no poder controlar mis sentimientos.	1	2	3	4	5
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas.	1	2	3	4	5
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.	1	2	3	4	5
47. Me siento hinchado después de una comida normal.	1	2	3	4	5
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños.	1	2	3	4	5
49. Si engordo un kilo, me preocupa seguir ganando peso.	1	2	3	4	5

50. Me considero una persona valiosa.	1	2	3	4	5
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.	1	2	3	4	5
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.	1	2	3	4	5
53. Pienso en vomitar para perder peso.	1	2	3	4	5
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.	1	2	3	4	5
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.	1	2	3	4	5
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior.	1	2	3	4	5
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.	1	2	3	4	5
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.	1	2	3	4	5
59. Creo que mi trasero es demasiado grande.	1	2	3	4	5
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.	1	2	3	4	5
61. Como o bebo a escondidas.	1	2	3	4	5
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.	1	2	3	4	5
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.	1	2	3	4	5
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.	1	2	3	4	5
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.	1	2	3	4	5
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas.	1	2	3	4	5
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.	1	2	3	4	5
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.	1	2	3	4	5
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.	1	2	3	4	5
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.	1	2	3	4	5
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.	1	2	3	4	5
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.	1	2	3	4	5
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.	1	2	3	4	5
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.	1	2	3	4	5

76. La gente comprende mis verdaderos problemas.	1	2	3	4	5
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.	1	2	3	4	5
78. Comer por placer es signo de debilidad moral.	1	2	3	4	5
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.	1	2	3	4	5
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.	1	2	3	4	5
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.	1	2	3	4	5
82. Creo que estar tranquilo o relajado es una pérdida de tiempo.	1	2	3	4	5
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad.	1	2	3	4	5
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal.	1	2	3	4	5
85. Tengo cambios de humor bruscos.	1	2	3	4	5
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.	1	2	3	4	5
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.	1	2	3	4	5
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor.	1	2	3	4	5
89. Sé que la gente me aprecia.	1	2	3	4	5
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.	1	2	3	4	5
91. Creo que realmente sé quién soy.	1	2	3	4	5

ANEXO X.2. Cuadro descriptivo del ítem 12 subyacente del cuestionario “Complejo de Adonis” (Vigorexia)

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

- 1) Nunca.
- 2) Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.
- 3) He usado esteroides legales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias.

Ítem 12

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	117	75,0	76,0	76,0
	2	27	17,3	17,5	93,5
	3	10	6,4	6,5	100,0
	Total	154	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,3		
Total		156	100,0		

