

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA

SAN VICENTE MÁRTIR



*DISMORFIA MUSCULAR: FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES  
EN ADOLESCENTES*

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

Dña. Graciela Orrit Ferrer

DIRIGIDA POR:

Dra. Dña. Ana Pablos Monzó

Dr. D. José Francisco Guzmán Luján

Valencia, 2019

## AGRADECIMIENTOS

El diccionario define el agradecimiento como, *“Sentimiento de estima y reconocimiento que una persona tiene hacia quien le ha hecho un favor o prestado un servicio, por el cual desea corresponderle”*, y tengo que reconocer que en este caso son muchas, por lo tanto, gracias a todos ya que según dice el refrán, *“es de bien nacido ser agradecido”*.

Solo destacar los nombres de algunos de ellos en primer lugar, a dos personas que desgraciadamente ya no se encuentran entre nosotros, a mi padre, quien siempre me animo a perseguir mis sueños, y a la Dra. Gracia Arolas quien me animo a seguir en el tema de mi investigación y por las que me inicie en esta andadura.

A los tres pilares fundamentales sobre los que se sustenta mi vida, mi marido Josemi y mis dos hijos Joan y Arnau, chicos gracias por la paciencia que habéis mantenido en todo momento, por vuestra gran ayuda incondicional para que pudiera conseguir mi sueño, nunca podre agradecerlos lo suficiente.

A mis dos maestros Ana y José lazarillos que con gran paciencia han sabido dirigir esta tesis y que al final viera la luz.

A Carla y Vicent por sus aportaciones desinteresadas como traductores en la redacción del trabajo y la traducción de los textos, supliendo mi falta de conocimientos en la materia.

Gracias a todos.



# ÍNDICE



# ÍNDICE

ÍNDICE.....	3
ÍNDICE DE TABLAS .....	9
ÍNDICE DE FIGURAS .....	15
ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	19
RESUMEN .....	23
ABSTRACT .....	27
INTRODUCCIÓN .....	31
1. MARCO TEÓRICO.....	37
1.1. Imagen corporal .....	37
1.1.1. Conceptualización y evolución del concepto de la Imagen Corporal .....	37
1.1.2. Alteraciones de la imagen corporal.....	41
1.1.2.1. Insatisfacción corporal .....	44
1.1.3. Evaluación de la Imagen Corporal.....	48
1.2. Adolescencia.....	51
1.2.1. Conceptualización de adolescencia.....	51
1.2.2. Etapas de la adolescencia.....	52
1.2.3. Adolescencia e Imagen corporal .....	53
1.3. Vigorexia o dismorfia muscular.....	57
1.3.1. Conceptualización y evolución del concepto de vigorexia o dismorfia muscular.....	57
1.3.2. Síntomas de la vigorexia.....	62
1.3.3. Causas de la vigorexia .....	69
1.3.4. Tratamiento de la vigorexia .....	72
1.3.5. Evaluación de la vigorexia .....	74
1.4. Actividad física y vigorexia .....	78
1.4.1. Conceptualización de actividad física, ejercicio físico y deporte .....	78
1.4.2. Relación entre actividad física, imagen corporal y vigorexia .....	81
1.4.3. Personalidad del deportista .....	84
1.4.4. Diferencias entre deportistas y no deportistas.....	87
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	93
2.1. Objetivos .....	93
2.2. Hipótesis.....	95
3. MATERIAL Y MÉTODO .....	103

3.1. Diseño del estudio.....	103
3.2. Muestra.....	104
3.3. Variables.....	106
3.3.1. Variables independientes.....	106
3.3.2. Variables dependientes.....	106
3.3.3. Variables de caracterización.....	107
3.4. Instrumentos.....	108
3.5. Procedimiento.....	111
3.5.1. Administración de los cuestionarios.....	112
3.5.1.1. Centros educativos.....	112
3.5.1.2. Centros deportivos.....	113
3.6. Análisis Estadístico.....	115
4. RESULTADOS.....	119
4.1. Variables sociodemográficas en función del sexo.....	120
4.1.1. Nivel de estudios.....	120
4.1.2. Práctica de ejercicio físico de forma regular.....	122
4.1.3. Lugar de realización de ejercicio físico.....	124
4.1.4. Tipo de ejercicio físico realizado.....	125
4.1.5. Cantidad de ejercicio físico realizado.....	127
4.1.6. Actividades deportivas practicadas.....	129
4.1.7. Complejo de Adonis.....	131
4.2. Estadísticos Descriptivos de las variables psicológicas.....	133
4.2.1. Complejo de Adonis.....	133
4.2.2. Pasión.....	134
4.2.3. Dimensiones de personalidad del Desarrollo Positivo Adolescente.....	135
4.2.4. Dimensiones de personalidad del BFQ.....	136
4.3. Análisis correlacional.....	137
4.4. Análisis inferencial.....	140
4.4.1. Complejo de Adonis en función de la cantidad y el tipo de actividad física realizada, la dieta y la suplementación.....	141
4.4.1.1. Complejo de Adonis en Hombres.....	141
4.4.1.2. Complejo de Adonis en Mujeres.....	143
4.4.2. Pasión en función de la cantidad y el tipo de actividad física, la dieta y la suplementación.....	144
4.4.2.1. Pasión Armoniosa en Hombres.....	144
4.4.2.2. Pasión Obsesiva en Hombres.....	146

4.4.2.3. Pasión Armoniosa en Mujeres .....	148
4.4.2.4. Pasión Obsesiva en Mujeres .....	151
4.4.3. Valores en función de la cantidad y el tipo de actividad física, la dieta y la suplementación.....	153
4.4.3.1. Integridad en hombres.....	154
4.4.3.2. Honestidad en hombres.....	155
4.4.3.4. Responsabilidad en hombres .....	156
4.4.3.4. Compromiso social en hombres.....	157
4.4.3.5. Prosocialidad en hombres .....	158
4.4.3.6. Justicia e Igualdad en hombres .....	160
4.4.3.7. Hedonismo en hombres.....	162
4.4.3.8. Reconocimiento Social en hombres.....	163
4.4.3.9. Integridad en Mujeres.....	163
4.4.3.10. Honestidad en mujeres .....	166
4.4.3.11. Responsabilidad en mujeres .....	167
4.4.3.12. Compromiso Social en mujeres.....	169
4.4.3.13. Prosocialidad en mujeres .....	170
4.4.3.14. Justicia e Igualdad en mujeres .....	171
4.4.3.15. Hedonismo en mujeres .....	172
4.4.3.16. Reconocimiento Social en mujeres .....	173
4.4.4. Personalidad en función de la cantidad y el tipo de actividad física, la dieta y la suplementación.....	173
4.4.4.1. Dinamismo en hombres .....	174
4.4.4.2. Dominación en hombres .....	175
4.4.4.3. Control de Impulsos en hombres .....	177
4.4.4.4. Control de Emociones en hombres .....	178
4.4.4.5. Escrupulosidad en hombres .....	179
4.4.4.6. Perseverancia en hombres.....	180
4.4.4.7. Dinamismo en mujeres .....	181
4.4.4.8. Dominación en mujeres .....	183
4.4.4.9. Control de Impulsos en mujeres .....	185
4.4.4.10. Control de Emociones en mujeres .....	187
4.4.4.11. Escrupulosidad en mujeres .....	187
4.4.4.12. Perseverancia en mujeres .....	188
4.5. Análisis Predictor del Complejo de Adonis a partir de los Valores, la Personalidad y la Pasión .....	193
5. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES.....	201

5.1. Discusión .....	201
5.1.1. Prevalencia de dismorfia muscular en la muestra en función de las variables sociodemográficas para cada sexo.....	201
5.1.2. Relaciones entre el Complejo de Adonis, la pasión, los valores y la personalidad, para cada sexo.....	203
5.1.3. Diferencias en el Complejo de Adonis, la pasión, los valores y la personalidad en función de la cantidad y tipo de actividad física realizada, la dieta y la suplementación, para cada sexo.....	207
5.1.4. Capacidad predictiva de los valores, la personalidad y la pasión para predecir el Complejo de Adonis, para cada sexo .....	211
5.2. Limitaciones .....	216
6. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	219
6.1. Conclusiones.....	219
6.2. Futuras líneas de investigación .....	221
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	225
8. ANEXOS .....	241
Anexo 1. Comité ético .....	243
Anexo 2. Autorización Conselleria D'Educació Cultura i Esports .....	247
Anexo 3. Autorización Ayuntamiento de Paterna.....	251
Anexo 4. Carta presentación cuadernillo .....	255
Anexo 5. Carta presentación cuadernillo colegios .....	259
Anexo 6. Carta presentación cuadernillo a padres .....	263
Anexo 7. Cuadernillo .....	267
Anexo 8. Consentimiento Informado adulto.....	289
Anexo 9. Consentimiento Informado menor .....	293

## ÍNDICE DE TABLAS



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4.1 - Estadísticos descriptivos de los ítems del Complejo Adonis general, en los hombres y en las mujeres .....	133
Tabla 4.2 - Estadísticos descriptivos de los ítems de la Pasión general, en los hombres y en las mujeres.....	134
Tabla 4.3 - Estadísticos descriptivos de los ítems del DPA general, en los hombres y en las mujeres .....	135
Tabla 4.4 - Estadísticos descriptivos de los ítems del BFQ general, en los hombres y en las mujeres .....	136
Tabla 4.5 - Análisis correlacional entre las distintas variables psicológicas analizadas en Hombres .....	138
Tabla 4.6 - Análisis correlacional entre las distintas variables psicológicas analizadas en Mujeres .....	139
Tabla 4.7 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Univariado para el complejo de Adonis en hombres.....	141
Tabla 4.8 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Univariado para el complejo de Adonis en mujeres .....	143
Tabla 4.9 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la Pasión Armoniosa en hombres.....	144
Tabla 4.10 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la Pasión Obsesiva en hombres.....	146
Tabla 4.11 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la Pasión Armoniosa en mujeres .....	148
Tabla 4.12 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la Pasión obsesiva en mujeres.....	151
Tabla 4.13 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Integridad en hombres.....	154
Tabla 4.14 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Honestidad en hombres.....	155
Tabla 4.15 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente responsabilidad en hombres.....	156
Tabla 4.16 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Compromiso Social en hombres .....	157
Tabla 4.17 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Prosocialidad en hombres.....	158
Tabla 4.18 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Justicia e Igualdad en hombres .....	160

Tabla 4.19 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Hedonismo en hombres.....	162
Tabla 4.20 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Reconocimiento Social en hombres.....	163
Tabla 4.21 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Integridad en mujeres.....	164
Tabla 4.22 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Honestidad en mujeres.....	166
Tabla 4.23 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Responsabilidad en mujeres.....	167
Tabla 4.24 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Compromiso Social en mujeres.....	169
Tabla 4.25 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Prosocialidad en mujeres.....	170
Tabla 4.26 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Justicia e Igualdad en mujeres.....	171
Tabla 4.27 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Hedonismo en mujeres.....	172
Tabla 4.28 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Reconocimiento social en mujeres.....	173
Tabla 4.29 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Dinamismo en hombres.....	174
Tabla 4.30 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Dominación en hombres.....	175
Tabla 4.31 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Control de Impulsos en hombres.....	177
Tabla 4.32 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Control de Emociones en hombres.....	178
Tabla 4.33 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Escrupulosidad en hombres.....	179
Tabla 4.34 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Perseverancia en hombres.....	180
Tabla 4.35 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Dinamismo en mujeres.....	181
Tabla 4.36 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Dominación en mujeres.....	183
Tabla 4.37 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente control de Impulsos en mujeres.....	185
Tabla 4.38 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente control de Emociones en mujeres.....	187

Tabla 4.39 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente escrupulosidad en mujeres ..... 188

Tabla 4.40 - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Perseverancia en mujeres ..... 189

Tabla 4.41 - Capacidad predictiva del modelo en la muestra completa, hombres y mujeres.. 195



## ÍNDICE DE FIGURAS



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 4.1 - Participantes en función del nivel de estudios para el grupo de los hombres .....	121
Figura 4.2 - Participantes en función del nivel de estudios para el grupo de las mujeres.....	121
Figura 4.3 - Participantes en función de la realización de ejercicio de forma regular hombres .....	122
Figura 4.4 - Participantes en función de la realización de ejercicio de forma regular mujeres	123
Figura 4.5 - Participantes en función del lugar donde realizan ejercicio para el grupo de los hombres .....	124
Figura 4.6 - Participantes en función del lugar donde realizan ejercicio para el grupo de las mujeres.....	125
Figura 4.7 - Participantes en función del tipo de actividad física practicada para el grupo de los hombres .....	126
Figura 4.8 - Participantes en función del tipo de actividad física practicada para el grupo de las mujeres.....	126
Figura 4.9 - Participantes en función de la Cantidad de actividad física practicada para hombres .....	128
Figura 4.10 - Participantes en función de la Cantidad de actividad física practicada para mujeres .....	128
Figura 4.11 - Participantes en función de los distintos lugares donde realizan actividad física para el grupo de los hombres.....	130
Figura 4.12 - Participantes en función de los distintos lugares donde realizan actividad física para el grupo de las mujeres .....	130
Figura 4.13 - Participantes en función del grado de preocupación de padecer vigorexia en el grupo de los hombres .....	132
Figura 4.14 - Participantes en función del grado de preocupación de padecer vigorexia en el grupo de las mujeres.....	132
Figura 4.15 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función del tipo de actividad para el Complejo de adonis en hombres.....	142
Figura 4.16 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad de actividad para la pasión Armoniosa en hombres.....	145
Figura 4.17 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad de actividad para la pasión obsesiva en hombres .....	147
Figura 4.18 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función del tipo de actividad física para la pasión Armoniosa en mujeres .....	149
Figura 4.19 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad de actividad física para la pasión Armoniosa en mujeres.....	150
Figura 4.20 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función del tipo de actividad física para la pasión obsesiva en mujeres.....	152

Figura 4.21 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad de actividad física para la pasión obsesiva en mujeres.....	153
Figura 4.22 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad de actividad física para la prosociabilidad en hombres .....	159
Figura 4.23 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función del tipo de actividad física para justicia e igualdad en hombres.....	161
Figura 4.24 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la suplementación y dieta para Integridad en mujeres .....	165
Figura 4.25 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la suplementación y dieta para responsabilidad en mujeres .....	168
Figura 4.26 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad o de actividad física para la dominación en hombres.....	176
Figura 4.27 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad o de actividad física para el dinamismo en mujeres .....	182
Figura 4.28 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad o de actividad física para la dominación en mujeres .....	184
Figura 4.29 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad de actividad física más suplementación en mujeres.....	186
Figura 4.30 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función del tipo de actividad física para la perseverancia en mujeres .....	190
Figura 4.31 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función del tipo de actividad física para la perseverancia en mujeres .....	191
Figura 4.32 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función del tipo de actividad física para la pasión obsesiva en mujeres.....	192

## ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS



## ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AD	Actividad Dirigida
AF	Actividad Física
ANOVA	ANalysis Of VAriance
APA	American Psychiatric Association
BDDE	Body Dysmorphic Disorder Examination
BFQ	Big Five Questionnaire
BSQ	Body Shape Questionnaire
CA	Complejo Adonis
Comp	Compromiso
Ctrl	Control
Dep	Deporte
Dep	Deporte
DPA	Desarrollo Positivo del Adolescente
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DT	Desviación Típica
EVDPA	Escala de Valores para el Desarrollo Positivo Adolescente
IC	Imagen Corporal
IES	Instituto de Educación Secundaria
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina
M	Media
MASS	Muscle Appearance Satisfaction Scale
MD	Dismorfia Muscular
MDS	Muscle Dysmorphia Scale
Musc	Musculación
OMS	Organización Mundial de la Salud
PTW	Passion Toward Work
RAE	Real Academia Española
Reco	Reconocimiento
Resp	Responsabilidad
Sig	Significación
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TOC	Trastorno Obsesivo Compulsivo



## RESUMEN



## RESUMEN

La Dismorfia Muscular (DM), es una subcategoría del trastorno dismórfico corporal en el que los sujetos desarrollan una preocupación patológica por su musculatura. La población en riesgo que sufre o puede desarrollar DM prevalece en términos de edad de aparición en sujetos de entre 16 y 35 años; Y es más frecuente en los hombres. Este estudio tuvo como objetivo determinar qué variables de la personalidad, la identidad de género y la pasión (armoniosa u obsesiva) permiten predecir la DM en adolescentes, a través de la Escala del Complejo de Adonis (CA).

Para poder llevar a cabo el objetivo se realizó un estudio transversal en 506 sujetos entre 16 y 21 años ( $M = 18.20$ ;  $SD = 1.72$ ). Para conseguir este objetivo se emplearon diversos test validados científicamente utilizados en los cuatro principales análisis realizados: el estudio descriptivo para conocer las características personales de los sujetos, el estudio de relación entre las dimensiones de los diferentes instrumentos empleados, el estudio inferencial con el objetivo de conocer las diferencias más significativas entre las variables de las dimensiones establecidas y finalmente se realizó un estudio de regresión con el fin de conocer que dimensiones predecían en mayor medida la DM en la población del estudio.

La mayor correlación fue entre CA y Control emocional en hombres  $r(294) = .234$ ,  $p < .01$  y el control de impulsos  $r(294) = -.122$ ,  $p < .05$ . En cuanto a las mujeres fue Control emocional  $r(208) = -.159$ ,  $p < .05$  y Control de impulsos  $r(208) = -.163$ ,  $p < .05$ .

Se realizó un análisis de regresión logística binaria para la muestra completa (hombres y mujeres) y el modelo produjo  $R^2 = .176$  ( $X^2 = 47.95$  (16)  $<.001$ ) y se clasificó correctamente en el 88.5% de los casos. Los resultados del análisis mostraron que la pasión armoniosa ( $\beta = -.028$ ,  $p = .046$ ) y el control emocional ( $\beta = -.616$ ,  $p = .002$ ) son variables protectoras mientras que la pasión obsesiva ( $\beta = .065$ ,  $p = .013$ ) y escrupulosidad ( $\beta = .344$ ,  $p = .046$ ) fueron factores de riesgo. Los resultados muestran la importancia de realizar intervenciones dirigidas a la prevención de la DM, a partir de la relevancia que ejercen el control emocional y la pasión armoniosa como factores protectores en esta etapa de la vida.

**Palabras clave:** Vigorexia, Complejo de Adonis, Trastorno Dismórfico Corporal, Adolescencia.

## ABSTRACT



## ABSTRACT

The Muscle Dysmorphia (MD) is a subcategory of body dysmorphic disorder in which subjects develop a pathological concern for their musculature. The population at risk that suffers from, or can develop MD, prevails in terms of age of appearance in subjects between 16 to 35 years; and it is more frequent in men. This study aimed to determine which variables of the personality, gender identity and passion (harmonious or obsessive) allow to predict MD in adolescents through the Adonis Complex (AC) Scale.

In order to fulfill the aim, a cross-sectional study in 506 subjects aged between 16 and 21 was carried out. Several scientifically validated tests were used for the four main analysis conducted: the descriptive study to know about the personal features of the subjects, the study of the relation between the different instruments used, the inferential study aimed to know the more significant differences between the variables of the established dimensions and, lastly, a regression study was carried out to know which dimensions predicted DM to greater extent in the studied population.

A cross-sectional study was conducted on 506 subjects between 16 and 21 years ( $M=18.20$ ;  $SD=1.72$ ). The highest correlation was between CA and emotional control in men  $r(294) = .234$ ,  $p < .01$  and the impulse control  $r(294) = -.122$ ,  $p < .05$ . As for the women it was Emotional Control  $r(208) = -.159$ ,  $p < .05$  and Pulse control  $r(208) = -.163$ ,  $p < .05$ ).

Then a binary logistic regression analysis was performed and model yielded  $R^2=.176$  ( $X^2=47.95$  (16)  $<.001$ ) and classified correctly 88.5% of cases Results of the analysis showed that harmonious passion ( $\beta=-.028$ ,  $p=.046$ ) and emotional control ( $\beta=-.616$ ,  $p=.002$ ) are protective variables while obsessive passion ( $\beta =.065$ ,  $p=.013$ ) and scrupulosity ( $\beta =.344$ ,  $p=.046$ ) were risk factors. The results show the importance of performing interventions aimed at the prevention of DM, from the relevance exercised by emotional control and harmonious passion as protective factors in this stage of life.

**Keywords:** Muscle Dysmorphia, Adonis Complex, Body Dimorphic Disorder, Adolescence.

## INTRODUCCIÓN



## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de transición hacia la edad adulta, durante esta etapa se conforma la identidad de las personas, esta conformación se produce en forma paralela al desarrollo evolutivo y cultural.

Una adolescencia saludable y adecuada requiere la adquisición por parte del adolescente de una serie de competencias, valores y habilidades concretas que le permitan un exitoso paso hacia la etapa adulta, además de evitar ciertos comportamientos de riesgo.

Los y las adolescentes se enfrentarán durante toda esta etapa a un amplio campo de cambios, demandas, conflictos y oportunidades, que, si bien en la mayoría de las ocasiones conducirán a un paso satisfactorio hacia la edad adulta, en algunas ocasiones puede llevar al desarrollo de problemas psicológicos y/o conductuales que alteran seriamente no sólo sus propias vidas, sino también las vidas de las personas que le rodean.

Actualmente los jóvenes muestran cierta tendencia hacia determinadas estéticas socialmente aceptadas como símbolo de perfección y de éxito, esto hace que algunos adolescentes presenten una preocupación excesiva por su apariencia física y su cuerpo, en los últimos años se ha llegado a un culto al cuerpo excesivo y a una auténtica obsesión por su apariencia física.

Los problemas relacionados con la imagen corporal van en aumento, y con ello las conductas de riesgo que pueden conducir al desarrollo de trastornos, entre los que se encuentra la dismorfia muscular o vigorexia. El cuerpo musculado se ha integrado en nuestra sociedad convirtiéndose en un ideal, un signo de perfección. Este ideal provoca en algunas personas una obsesión enfermiza. La apariencia física puede llegar a afectar determinadas percepciones actitudes y comportamientos más allá de lo normal la obsesión por el “culto al cuerpo”. Esta obsesión provoca a quien la padece, alteraciones en su percepción llevando a la persona a cuadros depresivos y obsesivos.

La vigorexia o dismorfia corporal, es un trastorno mental causado por una distorsión de la imagen corporal, ocasionando en la persona que la padece que se perciba débil y delgado a pesar que realmente no lo sea. Este trastorno se encuentra asociado a diferentes aspectos personales y comportamentales de las personas, la apariencia física de la población adolescente está más centrada en el autoconcepto y la evaluación de los demás, siendo socioculturalmente aceptado como ideal de belleza el cuerpo musculado.

Al mismo tiempo se sabe de los beneficios que la práctica de actividad físico-deportiva tiene para la salud, y la relación que tiene con la autoestima y autoconcepto. Los problemas surgen cuando la práctica de actividad físico-deportiva se enfoca de manera negativa y se convierte en adicción, provocando efectos perjudiciales sobre los sujetos.

En cuanto a la prevalencia de este trastorno es difícil determinar dada la escasez de estudios relacionados con el tema y en concreto, con adolescentes, a la heterogeneidad de las muestras, estudios, diseños y medidas realizados, aunque se estima que un 10% de la población de los varones entre 15 y 35 años padece este trastorno.

La tesis que aquí se presenta está motivada por la influencia y la repercusión social que dicho trastorno provoca entre los y las adolescentes de nuestro entorno, y tiene como objetivo principal, identificar factores predictores y protectores de padecer vigorexia en adolescentes, ampliando y aportando información que ayude al diseño de programas de prevención durante la adolescencia, que puedan evitar su aparición, ya que es de gran importancia la detección precoz de este trastorno.

Este trabajo parte de las siguientes preguntas de investigación:

¿Es posible analizar o valorar la existencia de relación entre las variables establecidas mediante las escalas seleccionadas en función del objeto a estudio Dismorfia Muscular o Vigorexia?

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

¿Existen diferencias psicológicas entre deportista de musculación y otras modalidades deportivas?

En la primera parte del estudio se presenta el marco teórico en donde se abordan, siguiendo la revisión bibliográfica existente, cuatro apartados, Imagen Corporal, Adolescencia, Vigorexia y Actividad física, y la vinculación de cada uno de ellos a la aparición de dicho trastorno. Considerando conveniente analizar cada una de estas dimensiones en la muestra del estudio.

La segunda parte del estudio recoge los aspectos metodológicos de la investigación. Se presentan las hipótesis y los objetivos, la definición de las variables de estudio, las características de la muestra y la descripción de los diferentes instrumentos empleados. También se expone la metodología empleada en la recogida de los datos.

En la tercera parte se presentan los resultados, en base a los objetivos planteados en la investigación, con sus correspondientes tablas y figuras, derivadas de la recogida de datos resultantes de los diferentes instrumentos.

En la cuarta parte se presenta la discusión en torno a los objetivos planteados en la investigación, donde se comparan nuestros resultados con los de otros estudios de características similares.

Finalmente se plasman las conclusiones a las que se llegan y las limitaciones de la investigación, así como las perspectivas de futuro.

## MARCO TEÓRICO



# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1. Imagen corporal

### 1.1.1. Conceptualización y evolución del concepto de la Imagen Corporal

El término “imagen corporal” (IC) cuenta con una larga tradición terminológica, y son muchos los autores que han debatido sobre su concepción. Estos debates han tratado de aportar luz sobre el tipo de experiencias que componen el controvertido término Imagen corporal (Cumming, 1988) a la hora de asignarle una definición.

La imagen corporal ha contado con numerosos términos cercanos a ella tales como esquema corporal, concepto corporal, imagen corporal, y percepción corporal, utilizados todos ellos de forma subjetiva dependiendo de la época en la cual se hiciera referencia a ella como ocurriera en la época de los griegos. Destacar que fue la neurología la encargada de realizar las primeras explicaciones sobre todos estos términos.

Señalar que los primeros autores en describir este término lo definieron como la representación del cuerpo, el cual es construido en la mente, es decir, cómo parece que es y qué juicio se tiene del cuerpo (Schilder, Krapf, Loedel, & Corsico, 1983).

Una definición integradora de la imagen corporal nos la ofrece Raich tras hacer una recopilación de varios autores. Este autor propone que *la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de las actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos* (Raich, 2000).

En 2005 Baile propone una definición de imagen corporal como *constructo psicológico complejo, que hace referencia a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas* (Baile, 2005). Por tanto, la imagen corporal no sólo se refiere a la forma en que la persona percibe su cuerpo, sino también la manera en que la persona siente y actúa sobre estas percepciones. Por consiguiente, la imagen corporal es una parte destacada del autoconcepto (Ballén & Riveros, 2015).

El término “imagen corporal” es muy utilizado en psicología, psiquiatría o en medicina, además de ser un concepto muy hipotético incluso en el campo de la sociología. Este concepto se podría considerar de vital importancia a la hora de definir aspectos trascendentales de la personalidad, tales como el autoconcepto o la autoestima, ya que a través de ellos se puede llegar a explicar trastornos como el dismórfico o el de la conducta alimentaria, así como la forma de incorporarse los adolescentes en la sociedad (Rice, 2002) al llegar a la edad adulta.

Nuestro cuerpo, y la presentación del mismo, es fundamental para relacionarnos con los demás. Como personas tenemos ideas concretas de cómo queremos que los demás nos vean. En lo que concierne a la identidad, se han llevado a cabo estudios sobre jóvenes que han constatado que, en el desarrollo de la identidad en un grupo determinado, la apariencia juega un papel fundamental (Martí, 2008) sobre todo en el grupo de iguales.

Últimamente, tanto el autoconcepto como la imagen corporal, se han convertido en dos términos muy utilizados durante la edad escolar o la psicología infantil (Fariña, García, & Vilariño, 2010). De manera generalizada, en la literatura científica existe un consenso a la hora de considerar que la imagen corporal, es un esquema construido a partir de la historia personal y el momento histórico-social en el que se vive, y que se refiere a la configuración global conformada por el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que la persona ha creado con respecto a su cuerpo, durante su existencia y a través de diversas experiencias (Zurita, et al. 2013).

Señalar que en la década de los 80, las preocupaciones sobre la imagen corporal eran un problema relativo casi exclusivamente a las mujeres. Pero estudios recientes, demuestran que existe una creciente preocupación de la imagen corporal entre los hombres (Bucchianeri, Serrano, Pastula, & Corning, 2014).

En definitiva, la excesiva preocupación por la imagen corporal no es exclusiva de nuestros tiempos. Cada periodo de la historia cuenta con sus propios cánones de belleza y en consecuencia de esto, la imagen corporal está influenciada por diferentes aspectos socioculturales, biológicos y ambientales (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor, & López-Miñarro, 2013).

### **Componentes de la imagen corporal**

La mayoría de los autores aseguran que la imagen corporal está constituida al menos por dos componentes, el perceptual y el cognitivo-actitudinal. Las aportaciones que diversos autores han realizado sobre el tema (Cash & Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990) nos proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas entre sí de manera que:

- Una imagen perceptual: Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental. Incluiría información sobre el tamaño y la forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva: Incluiría pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional: Incluiría nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura, y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tienen por qué haber una relación con la realidad.

En 1990 Thompson, amplía el término de imagen corporal, incluyendo además de los componentes ya mencionados, un componente conductual, basado en las conductas originadas por la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. Por lo que, finalmente, el término de imagen corporal queda constituido por los siguientes componentes:

- Un componente perceptual: precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad.
- Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo): actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.

- Un componente conductual: conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan.

Por otro lado, autores de como Cash y Pruzinsky, (1990) sugieren que las características que conforman el término imagen corporal implican:

- Perceptivamente, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo.
- Cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal.
- Emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros componentes emocionales ligados a la apariencia externa.

Recientemente se suscita que el concepto de imagen corporal, además de mantener unos componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, incluye también un componente conductual. Las conductas que efectúa el individuo en relación a su cuerpo, y el grado de satisfacción con él, por ejemplo, cuando se evitan situaciones donde el cuerpo se vea desnudo (Ballén & Riveros, 2015; Bucchianeri, et al, 2016) como ocurre en ocasiones con los sujetos que padecen DM.

### **1.1.2. Alteraciones de la imagen corporal**

Los cánones de belleza física han ido cambiando a lo largo de la historia, y cada cultura ha seguido unos estereotipos de imagen corporal concretos sobre los ideales estéticos. Desde el estereotipo de la imagen corporal en la época de la antigua Grecia a nuestros días, los ideales de belleza han ido cambiando.

Actualmente, en determinadas culturas como la occidental, existen unos cánones de belleza basados en modelos de delgadez para las mujeres, y de musculación para los hombres. Estos estándares de belleza pueden ser considerados un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal.

Pretender una imagen corporal perfecta e inalcanzable (sostenida por ideas irracionales y diversos sesgos cognitivos), produce graves distorsiones perceptivas, y sitúa a las personas que la padecen en un permanente estado de insatisfacción, que determina algunos de los múltiples y variados comportamientos característicos de este tipo de trastornos, como pueden ser las conductas de evitación con respecto a todo aquello relacionado con la imagen (Raich, 2000).

Enrico Morselli, psiquiatra italiano a finales del siglo XIX, ya propuso el término “dimorfobia”, para referirse a la alteración de la imagen corporal, término que literalmente significa “miedo a la propia forma”.

Posteriormente, Rosen, Cado, Silberg, Srebnik, & Went, (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.

Más tarde, Garner & Garfinkel, (1981), según reflejan en su estudio sobre la evaluación de la imagen corporal, manifiestan que la alteración de la imagen puede darse en dos dimensiones. En primer lugar, una alteración perceptual, referida a la dificultad o imposibilidad que la persona presenta para considerar su tamaño y forma corporal. En segundo lugar, una alteración cognitivo-afectiva, relativa a la existencia de pensamientos y sensaciones negativas a causa de su apariencia física. Estas manifestaciones resultan muy útiles para determinar cuál es el aspecto de la imagen corporal que se manifiesta alterado puesto que no tienen por qué coincidir.

Tal es la división entre ambos enfoques, que autores como Thompson, (1990) primeramente o Vaz, Peñas & Ramos, (1999) posteriormente, opinan que no se confundan “alteración de la imagen corporal” con “insatisfacción corporal”; ya que el primero integra al segundo. En la mayoría de los casos, cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se acomodan a la realidad, ocupando la mente con intensidad y frecuencia, y generando malestar e interfiriendo negativamente en la vida cotidiana de los individuos, estaríamos hablando de trastorno de la imagen corporal (Salaberria, Rodriguez, & Cruz, 2007). Sin embargo, repasando aportaciones de otros autores, como Baile, (2003) vemos que en la literatura estos términos se encuentran de forma muy libre, y propone las siguientes consideraciones al respecto:

- No existe una expresión uniforme para referirse, a la alteración-trastorno-desviación de la imagen corporal, en concordancia con la multidimensionalidad del propio constructo de imagen corporal.
- Debido a esto, el mismo término es utilizado a veces por diferentes autores, pero lo operativizan de forma diferente, y utilizan técnicas distintas para su medida.
- Algunos autores proponen que el término más completa podría ser “alteración/trastorno de la imagen corporal” y que éste comprendería a los demás, como distorsión perceptual, insatisfacción corporal... (Raich, et al, 1994).
- Hasta que se llegue a un consenso terminológico, debería indicarse al hablar de alteración de la imagen corporal, a qué faceta o aspecto del problema se refiere, si a una alteración a nivel perceptual, actitudinal, emocional, conductual.
- Es necesario profundizar en trabajos que determinen si detrás de los diferentes términos, y de las diferentes formas de evaluación, existe fundamentalmente un único rasgo psicológico.

### **1.1.2.1. Insatisfacción corporal**

El aspecto y el atractivo físico de la imagen percibida influye en la valoración que hacemos de nosotros mismos, en nuestra autoestima, nuestra seguridad y, por tanto, en nuestras actitudes y comportamientos frente a los demás (Krebs & Adinolfi, 1995)

Cuando una persona realiza una valoración de sus dimensiones corporales y no coinciden con las dimensiones reales, ésta presenta una alteración de la imagen corporal (Ballén & Riveros, 2015).

La insatisfacción corporal se relaciona con el malestar que siente una persona con su cuerpo. La persona puede sentir malestar de alguna parte específica de su cuerpo o de todo el cuerpo, tendiendo a sobreestimar o distorsionar sus proporciones reales, todo ello con connotaciones negativas (Baile & Vazquez-Castañeda, 2006).

Otra de las definiciones que algunos otros autores realizan para definir a la insatisfacción corporal nos dicen que se trata de “una manifestación de desacuerdo del individuo con la forma y tamaño de su cuerpo o partes de él, que no se corresponde con una realidad objetiva”. La insatisfacción se refleja en el desacuerdo que existe entre las cualidades físicas autopercibidas y los estándares sociales que el sujeto ha ido interiorizando (Fanjul, 2007).

La imagen corporal produce un sentimiento, y el sentimiento un juicio y una forma de actuar acorde a ese juicio. La creencia de que el aspecto de una buena forma física con apariencia «sexy» es la imagen más evidente que a través de la publicidad nos presenta al cuerpo como un objeto sexual accesible. Estas imágenes sirven, más que como impulsor de cambios sociales, como impulsor para nuevos negocios y de marketing, modelos diseñados de forma interesada por parte de quien los produce y que, en muchos casos, están destinados a manipular la mente del espectador.

Así mismo, se afirma que una preocupación exagerada por la Imagen Corporal, produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física a lo que se denomina como Dismorfofobia Corporal (Argüello & Romero, 2012).

Hace ya unos años se ha confirmado un aumento de los casos de insatisfacción o preocupación corporal excesiva en edades cada vez más tempranas. En general, los resultados de los estudios revelan que las mismas variables asociadas a la preocupación por la imagen corporal y a los problemas de alimentación en adolescentes y adultos jóvenes, aparecen también asociadas en niños preadolescentes, con problemas alimentarios y de imagen o insatisfacción corporal (Gracia, Marcó, & Trujano, 2007).

Los cambios socioeconómicos junto con los cambios en las mentalidades de los sujetos en los países occidentales han desencadenado una auténtica transformación de instituciones como la familia, la religión o la política. La cultura, el compromiso y la vida espiritual, no estimulan tanto como los viajes de placer, el consumo y la posesión de bienes materiales. El aferramiento a lo material es una forma de tener algo claro a lo que te puedes amarrar. Todo ello aboca a una mayor libertad individual, que no implica solo la diferenciación personal o la liberalización en la forma de actuar, sino también la rapidez, el sentir más y más rápido y de manera inmediata, vivir en un movimiento continuo de sensaciones y de satisfacción de las impulsiones (Lipovetsky, 1990).

En las sociedades capitalistas, el proceso social de creación de la identidad del individuo está asociado claramente con los valores de la cultura de consumismo que prevalecen en la actualidad. Dentro del proceso de singularización de las personas, prevalece una sociedad fundamentada en la autonomía y en la inmediatez del desarrollo personal, lo que desencadena la propagación de la sociedad de consumo hacia el ámbito privado permitiendo que este pase a formar parte del tránsito de productos convirtiéndolos en objeto de consumo (Lipovetsky, 1990).

El cuerpo y su imagen juegan un papel fundamental en el proceso de negociación de la experiencia humana, transformándose en un valor tan fuerte que se ha convertido en objeto de culto, en un bien meramente de consumo sobre el que incurren expresiones simbólicas y metafóricas de la perfección y la felicidad. El culto del cuerpo sustituye al culto al espíritu, abocándolo al relativismo, cuando importa más la imagen que aquello que la imagen representa (Featherstone, Hepworth, & Turner, 1991).

La preocupación por el aspecto físico, la autoimagen y la excesiva valoración del cuerpo afecta igualmente tanto a hombres como a mujeres. El estereotipo que culturalmente se establece para los hombres, y que es transmitido por los medios de comunicación los orienta hacia la práctica de ejercicio físico con el fin de conseguir una imagen de fuerza y potencia (mesomorfo), mientras que en las mujeres suscita un modelo enfocado a la práctica de actividad física dirigida a la consecución de una imagen corporal delgada y definida (ectomórfica) (Fanjul, 2008; De Gracia, Marco, Fernandez, & Juan, 1999).

El atractivo físico es una “fábula” social que varía según modelos de estética y tendencias que marcan las modas. El aspecto físico influye a la hora de establecer relaciones sociales y los juicios que se emiten sobre la propia imagen corporal o la de los demás. Se ha demostrado la influencia negativa que la representación de un cuerpo perfecto tiene sobre la percepción personal que las personas tienen de sí mismos (Harrison, 2000).

La entrada en escena de los estereotipos masculinos en la publicidad se debe, mayoritariamente, a los cambios sociales que se produjeron durante la segunda mitad del siglo XX. La instauración de la sociedad de consumo y de los valores que esta representa (hedonismo, materialismo e individualismo) y, la integración de la mujer al mundo laboral entre otros motivos, constituyen las principales razones que engrandecen la figura del hombre publicitario (León, 2001).

La imagen que se da sobre el cuerpo masculino en los anuncios de estética es el modelo denominado fitness: mesomorfo, un cuerpo atlético y sin grasa. Un rasgo característico del modelo fitness es la forma en «V» del torso, es decir hombros y pecho desarrollados y más anchos que la cintura, abdominales sin grasa y marcados (la denominada popularmente «tableta de chocolate»), brazos fuertes con bíceps y tríceps bien definidos, y piernas bien formadas, fuertes y atléticas. Los hombres que tienen esta apariencia son considerados sexis y eso los hace además ser deseables (Fanjul, 2008; Rodríguez & Rabito, 2011).

En nuestro tiempo, el cuerpo físico del hombre ha adquirido unas simetrías jamás vistas en la historia occidental. El cuerpo perfecto y atlético ha superado con creces al cuerpo del entendimiento y del espíritu. Los ídolos y los mitos de nuestra época son deportistas, modelos y actores musculosos, que simbolizan la sociedad consumista de nuestra época (Fanjul, 2008).

La publicidad, sobre todo de productos estéticos, presenta el cuerpo como un objeto que se puede modelar fácilmente y conseguir que se asemeje al ideal estereotipado. Se presentan productos y servicios que predisponen a ese cambio anhelado y soñado por muchos hombres, pero la realidad es muy distinta. La idea de que nuestro cuerpo es un objeto modelable y fácilmente modificable hace que lo sometamos a dietas estrictas, a continuos esfuerzos físicos y a intervenciones quirúrgicas de todo tipo. No es sino la consecuencia de una sociedad consumista que ha creado un mercado empresarial movilizado para vender ilusión (Fanjul, 2008).

Nos encontramos en la época en donde se fomentan los ejercicios aeróbicos para eliminar grasa, y el levantamiento de pesas para la obtención de mayor musculatura surgiendo las salas de musculación en los gimnasios, y la proliferación de un nuevo mercado hasta el momento casi desconocido donde se comercializan todo tipo de productos tanto legales (proteínas, carnitina...), como ilegales (anabolizantes, esteroides...) y que comienza progresivamente a ser cada vez más rentable. La obsesión por el cuerpo, los músculos y la moda se imponen entre los hombres de la sociedad de consumo. (Hildebrand, Langenbucher, & Schlundt, 2004)

### **1.1.3. Evaluación de la Imagen Corporal**

A lo largo de este apartado se procederá a identificar las técnicas para valorar las alteraciones de la imagen corporal. Puesto que nos encontramos ante un constructo multidimensional (Sands, 2000) deberemos de evaluar tanto la dimensión perceptual, como la cognitivo-actitudinal, como la conductual.

Para valorar las alteraciones perceptuales encontramos técnicas de estimación de partes corporales y las técnicas de estimación del cuerpo globalmente (Raich, Torres & Sánchez-Carracedo, 2001). Dentro de las primeras se incluyen métodos analógicos y métodos de trazado de imagen, dentro de las segundas los métodos de distorsión de la imagen y las siluetas

Los métodos de evaluación analógicos consisten en pedirle a la persona evaluada que indique su percepción longitudinal frontal o lateral de ciertas partes corporales tomando como base dos puntos luminosos, puntos que puede modificar ampliando o reduciendo la distancia entre ellos en función de su percepción. La discordancia entre las medidas reales adquiridas por medio de un calibrador corporal y las percibidas utilizando la técnica anteriormente citada, nos ofrece la oportunidad de estimar un índice de precisión perceptiva del volumen corporal. Este procedimiento serviría de denominador común de las técnicas analógicas (Raich, 2000).

Los métodos utilizados para el trazado de la imagen, en lugar de utilizar puntos luminosos utilizan dos fragmentos de madera que se acercan o separan para hacerlos coincidir con las medias percibidas de ciertas partes corporales. Por medio de un calibrador se calcula el error de estimación calculando la ratio Tamaño Estimado/ Tamaño Real (Ortega, 2010).

Los métodos de estimación del cuerpo global muestran a la persona evaluada su imagen corporal real, por lo que éste tiene la oportunidad de variar voluntariamente su tamaño corporal. La discrepancia entre la imagen alterada por el individuo y su imagen real nos ofrece el poder calcular un índice de precisión perceptiva. Parece ser que los métodos de estimación global son un poco más fiables que los anteriores, aunque ninguno de ellos nos sirve para distinguir entre sujetos con distorsiones significativas de la imagen y sujetos sin problemas (López & Valle, 2008).

Por otro lado, la técnica para evaluar el componente cognitivo-afectivo, Incluye creencias que el sujeto tiene a cerca de su cuerpo y de las partes de éste y las actitudes que éstas despiertan hacia el propio cuerpo. Una de las herramientas más utilizadas es el Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE; Rosen, 1995). Consiste en realizar una entrevista semi estructurada, adaptada al español por Raich, Torras & Mora, (1997). La BDDE está ideada para la evaluación de la imagen corporal y el trastorno dismórfico. Esta entrevista se utiliza tanto para hombres como para mujeres y evalúa tantos aspectos cognitivos como conductuales.

Por último, las técnicas para evaluar el aspecto comportamental incluyen escalas y cuestionarios auto informados, auto registros y técnicas de observación. Estas técnicas tienen como objetivo explorar si una alteración de la imagen corporal se está manifestando a partir de ciertas conductas patológicas o no adaptativas, o es la intensidad de ciertas conductas, lo que es patológico.

Una de las primeras herramientas que se crearon para evaluar el aspecto comportamental fue el Body Shape Questionnaire. (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987). Este cuestionario consta de 34 ítems que evalúan las veces que se repiten ciertas conductas de evitación y malestar con la imagen corporal. A su vez cuenta con 4 subescalas: Forma de vestir, actividad social del sujeto, limitaciones en la alimentación y cuestiones sobre el peso.

Otro instrumento más actual es el Cuestionario IMAGEN para evaluar la insatisfacción de la imagen corporal en sus diferentes componentes (Solano & Cano, 2010). Este cuestionario parece adaptarse más a los dos sexos a la hora de medir la insatisfacción corporal de los sujetos. Mediante este cuestionario se puede obtener una puntuación total de insatisfacción con la imagen corporal y puntuaciones en sus principales componentes: cognitivo, emocional, perceptivo y conductual.

## **1.2. Adolescencia**

### **1.2.1. Conceptualización de adolescencia**

La adolescencia es la etapa del desarrollo de los seres humanos que, por lo general comprende el periodo entre los 11 y los 20 años. A lo largo de este periodo la persona alcanza la madurez biológica y sexual y busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia, 2009); al mismo tiempo la persona va asumiendo responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea (Aberastury & Knobel, 1999), por tanto, cuando se habla del concepto de adolescencia, se refiere a un proceso de adaptación más complejo que el simple proceso biológico, e incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural (Dulanto, 2000). Aunque el final de la adolescencia es algo difícil de definir con exactitud ya que, culminaría cuando se asumen conductas consideradas socialmente de adultos como la responsabilidad social, familiar o laboral (Rodríguez, 2003).

La adolescencia también ha sido llamada “pubertad” término que proviene del latín “pubertas”, periodo durante el cual aparece el vello púbico, cambios fisiológicos que experimenta el sujeto hasta alcanzar la madurez biológica y sexual. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, como línea que marca el cambio de etapa entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) define la adolescencia como “el periodo de la vida que transcurre entre los 10 y los 19 años de edad” constituyendo un estadio del desarrollo psicosomático situado entre la infancia y la edad adulta.

Hoy en día, en lo que sí que parece que hay consenso es en considerar a este periodo como etapa clave en el proceso de socialización del sujeto. El adolescente se prepara para asumir responsabilidades sociales propias de la edad adulta (Gutiérrez, 2010).

### **1.2.2. Etapas de la adolescencia**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera dos fases, la adolescencia temprana de los 12 a los 14 años y la adolescencia tardía de los 15 a los 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Pero, aun así, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales, del grupo al que se pertenece y del entorno.

Partiendo de esta definición de la OMS, que nos dice que no es una condición uniforme y que varía según las características individuales y de grupo, se puede entender la complejidad a la hora de establecer las fases de la adolescencia, encontrando opiniones diversas entre los autores consultados. Existen diferentes enfoques a la hora de delimitar la edad cronológica de cada etapa.

Craig, (1997) y Papelia, (2001) dividen la adolescencia en los siguientes periodos:

- Adolescencia temprana: 10-12 años
- Adolescencia Intermedia: 14-15 años
- Adolescencia tardía: 17-18 años

Neistein, (1991) y Brañas, (1997) dividen la adolescencia en los siguientes periodos:

- Primera adolescencia: 10-14 años
- Adolescencia media: 15-17 años
- Adolescencia tardía: 18-21 años

Horrocks, (1984) divide la adolescencia en los siguientes periodos:

- Preadolescencia: 11-13 años
- Adolescencia media: 14-16 años
- Adolescencia tardía: 17-20 años

Muñoz y Martí, (2008) realizan un resumen y dividen la adolescencia en los siguientes periodos:

- Adolescencia temprana: preadolescencia etapa que va desde los 10 a los 13 años, durante esta fase comienza el desarrollo corporal y aparecen los caracteres sexuales secundarios.
- Adolescencia media: etapa que va desde los 14 a los 16 años, evolución del desarrollo corporal con máximas de crecimiento en altura y cambios en la forma y la composición corporal
- Adolescencia tardía: Etapa que va desde los 17 a los 20 años. Esta fase está ligada a la consolidación de la identidad sexual.

### **1.2.3. Adolescencia e Imagen corporal**

La imagen corporal que se va construyendo en la adolescencia no sólo es cognitiva, sino, además, está impregnada de valoraciones subjetivas y está determinada socialmente; se produce en forma paralela al desarrollo evolutivo y cultural de la persona (Pruzinsky & Cash, 1990 citados en García, 2004). Para los adolescentes, es muy importante cómo son percibidos por sus iguales; algunos harían cualquier cosa para formar parte del grupo y no ser excluidos, situación la cual les genera estrés, frustración y tristeza. La aceptación del grupo, al igual que el aspecto físico, son dos elementos especialmente importantes en la adolescencia que correlacionan con la autoestima (Krauskopf, 2002; Santrock, 2004).

Por ello, es necesario para el adolescente lograr una serie de objetivos fundamentales a la hora de alcanzar su identidad, para instaurarse en la sociedad adulta con una sensación de bienestar, eficacia personal y madurez en todos los procesos de su vida, sin embargo, no existe un acuerdo general en cuanto al orden de adquisición de dichos objetivos, debido a las diferencias entre individuos. El alcanzar estos objetivos prepara el terreno para que el individuo adquiera las habilidades de afrontamiento necesarias para instaurarse en el entorno social que le rodea (Ortega, 2010).

Una adolescencia saludable y adecuada requiere de algo más que evitar ciertos comportamientos como la violencia, el consumo de drogas o las prácticas sexuales de riesgo; precisan de la adquisición por parte del adolescente de una serie de competencias, valores y habilidades concretas que le permitan un exitoso paso hacia la etapa adulta. Por tanto, la adquisición de los valores como parte fundamental de la personalidad influye de forma decisiva sobre las acciones de los individuos y que la adolescencia supone una etapa clave en el desarrollo de los mismos (Damon, 2004). También es cierto que la educación en valores parece tomar fuerza en la actualidad, en parte por la aparición del enfoque de modelos integradores como el modelo de *Desarrollo Positivo del Adolescente (DPA)*.

Los adolescentes se enfrentarán durante toda esta etapa a un amplio campo de cambios, demandas, conflictos y oportunidades, que, si bien en la mayoría de las ocasiones conducirán a un paso satisfactorio hacia la edad adulta, en algunas ocasiones puede abocar al desarrollo de problemas psicológicos y/o conductuales que perturban seriamente no sólo sus propias vidas sino también las vidas de las personas que les rodean (Arnett, 2009; Steinberg, 2002).

Problemas como el consumo de sustancias, la depresión, el suicidio, la conducta antisocial extrema, pese a no ser la pauta habitual durante la etapa de la adolescencia, afectan a un número preocupante de jóvenes por lo que requieren de una especial atención.

La aparición de conductas antisociales por parte de los adolescentes es una manifestación que en la actualidad juega una importante repercusión social ya que genera importantes costes sociales, económicos y personales (Antolín, Oliva, & Arranz, 2009).

Intentando comprender la conducta antisocial de la etapa de la adolescencia, se han desarrollado numerosos modelos y teorías que han tratado de dar una explicación del porqué de la aparición y manifestación de conductas antisociales de los adolescentes. Se han expuesto modelos biológicos, psicológicos y sociales, que partiendo de supuestos teóricos diferentes han tratado de argumentar la manifestación de este tipo de comportamiento en los adolescentes.

Los medios masivos de comunicación ofrecen imágenes corporales que fomentan conductas que pueden desencadenar trastornos alimentarios o distorsiones somáticas en poblaciones vulnerables como son los adolescentes, ya que los estilos corporales deseados e idealizados van de la mano de la publicidad y la moda. El estudio que en 2007 realizó Fanjul, demuestra que las imágenes mediáticas pueden ser particularmente importantes en la producción de cambios en la manera de percibir y evaluar el cuerpo, así como en los desórdenes psicológicos derivados de estas influencias.

El atractivo físico está en la base de la autoestima de las personas, y su condicionamiento es tal que puede llegar a determinar la actitud ante la vida o poner en peligro la calidad de ésta. Sin embargo, la mayor parte de lo que pensamos en relación con el atractivo físico no es resultado de una elaboración personal, sino que está mediatizado por los medios de comunicación, la publicidad y la moda (Fanjul, 2008). Los psicólogos cognitivistas creen que lo que se ve, y lo que se va aprendiendo poco a poco de la experiencia forma unos esquemas en la mente y que, dependiendo de ellos, se toman decisiones y se actúa. Cuanto más arraigados estén en la conciencia, con más fuerza motivarán la conducta. Existen muchos aspectos que influyen en la formación de estos esquemas (amigos, familia, escuela), aunque actualmente son los medios de comunicación y la publicidad los que tienen un papel principal en su configuración. Casi todo lo que sabemos lo aprendemos a través de imágenes y no en contacto directo con la realidad.

La representación de la belleza en publicidad es más compleja cuando se trata de productos o servicios de belleza, cosmética, perfumería o moda, es decir, cuando lo que se vende es, precisamente, estética en estado puro. No se busca entonces la identificación con el consumidor del producto, sino plasmar la idealidad de la belleza. La mayor parte de estos anuncios presentan como modelo a una persona con unas determinadas medidas y proporciones que no solo pertenecen a un mínimo porcentaje de la población, sino que generan y transmiten un ideal estético casi irreal o inalcanzable. El atractivo físico de sus ídolos deja de ser «modelo» para convertirse en obligación, en deber, en el nuevo estándar de belleza que hay que conseguir.

### **1.3. Vigorexia o dismorfia muscular**

#### **1.3.1. Conceptualización y evolución del concepto de vigorexia o dismorfia muscular**

Vallejo, (1991) define los trastornos somatoformes como *“síndromes clínicos con entidad nosológica propia, que parecen ligados a factores o conflictos psicológicos más que a estados psicopatológicos y que no se explican por los hallazgos biológicos objetivos”*. Por tanto, no se presentan evidencias médicas identificables frente al defecto físico que denuncia el sujeto.

El término Vigorexia es relativamente reciente. Fue descrito por primera vez en 1993 por un grupo de investigadores del Hospital Mc Lean (EEUU), dirigidos por el investigador Harrison Pope; Estos investigadores describieron este trastorno relacionado con la imagen corporal mientras estudiaban los efectos secundarios del uso de anabolizantes en un grupo de culturistas (Pope, 1993).

En 1997 el mismo grupo de investigadores de la Universidad de Harvard, que dirigía Pope lo denominó “Trastorno Dismórfico Muscular” o “Vigorexia”. Este término clínicamente aceptado por la comunidad científica, consiste en un trastorno mental en el cual la persona afectada padece una distorsión de la imagen corporal, viéndose pequeña y débil, lo que le provoca una obsesión enfermiza por desarrollar musculatura. Al mismo tiempo esta obsesión le lleva a un trastorno compulsivo ya que para aumentar la musculatura necesita dedicar gran parte de su tiempo en la sala de musculación (Pope, Gruber, Choi, Olivardia, & Phillips, 1997)

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

Más recientemente, otros autores como Fanjul, (2008) definen la Vigorexia como, “*una psicopatología somática que se caracteriza, principalmente, por una percepción alterada de la propia constitución física, unida a una sobreestimación de los beneficios psicológicos y sociales de tener un cuerpo musculado. Por tanto, resulta imposible explicar el origen de la Vigorexia a través de una causa única que la determine.*” Hoy en día los investigadores que estudian este trastorno sostienen que es un fenómeno heterogéneo y multidisciplinar que se genera de la relación de varios factores psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos.

La necesidad de acudir al gimnasio está estrechamente relacionada con ese ideal hipermusculado de belleza masculina, que además de exigir la práctica de ejercicios de musculación con levantamiento de pesas, conlleva una dieta muy estricta y limitada o incluso la ingesta de productos adicionales (Walker, Anderson, & Hildebrandt, 2009).

Los ideales corporales están asociados en algunas ocasiones con problemas de salud, como en el caso de los trastornos alimentarios. En los últimos 10 años y al mismo tiempo que se producía la aparición de un ideal corporal masculino hipermusculado, se empezaron a describir los primeros casos de vigorexia o dismorfia muscular (Rodríguez & Rabito, 2011).

A partir de la publicación de “The Adonis Complex” en 1993 por Pope, se abrió un debate sobre la conceptualización de la vigorexia que a día de hoy sigue abierto, y que, los investigadores no han llegado todavía a encuadrar o catalogar el problema.

Las primeras referencias que encontramos sobre esta patología datan del año 1970, cuando Baekeland hizo alusiones en sus trabajos de investigación sobre la dependencia al ejercicio físico. En ellos estudiaba el efecto que producía la privación del ejercicio en los patrones de sueño (Baekeland, 1970).

Algunos autores consideran que la vigorexia es un subgrupo del Trastorno Dismórfico Corporal, al guardar una relación entre ellos, la preocupación constante por algún defecto inexistente en su apariencia física.

En el trastorno dismórfico corporal la persona afectada se encuentra constantemente preocupada por algún detalle de su cuerpo que percibe como anormal y que le impide relacionarse con los demás por miedo a ser juzgado a causa de su supuesto defecto. Puede tratarse, por poner un ejemplo, del tamaño de sus pies. Los sujetos afectados llegan a adquirir una obsesión por mirarse en el espejo, buscando cambios de su defecto inexistente. Pero también los hay que desarrollan una fobia a los espejos con el fin de evitar ver ese defecto físico. Además, todo lo malo que le ocurra en la vida será a causa de su defecto inexistente, ya sea por rechazo o compasión (Barlow & Durand, 2006).

El ideal masculino que los medios de comunicación han ido creando y transformando a lo largo del tiempo, es un modelo cada vez es más musculado, incluso más de lo que prefieren las mujeres (Rodríguez & Rabito, 2011). Estos cambios en el ideal masculino, no sólo han acontecido por los medios de comunicación; también han ido transformándose los muñecos con los que juegan los niños. Ahora se presentan mucho más musculados que hace 25 años (Baghurst, Hollander, Nardella, & Haff, 2006). Además, se han incrementado el número de revistas centradas en la apariencia masculina (Blond, 2008).

El DSM-V, (APA,2013) incluye al Trastorno Dismórfico Corporal dentro del rango de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), mientras que, en la edición anterior lo incluían dentro de los Trastornos Somatomorfos. Esto supone que actualmente prima el carácter repetitivo u obsesivo del trastorno, restándole importancia al carácter de distorsión perceptiva respecto al propio cuerpo.

Es difícil hacer un cálculo exacto sobre el grado de prevalencia de la vigorexia en España, dado que los estudios realizados en este campo son muy escasos. Al tratarse de un trastorno “moderno” y “novedoso” existen pocas investigaciones que nos faciliten datos sobre la misma. Pero, aunque no hay datos concretos podemos citar varios datos alarmantes al respecto en otros países:

- a. Pope estimó que un 10% de los usuarios habituales de gimnasios en Estados Unidos padecían este trastorno (Pope, 2002)
- b. Olivardia, (2001) estimó en 90.000 el número de norteamericanos con problemas graves de vigorexia.
- c. El mismo porcentaje del 10% estimado en Estados Unidos se ha encontrado en Méjico (Baile, 2005).
- d. El Consejo General de Farmacéuticos habla de 700.000 casos en España, aunque es una estimación “clínica” (García & Toledo, 2005).

- e. Un estudio situó el número de vigoréticos en España entre 20.000 y 30.000 (Alonso, 2002).
- f. Otro estudio estima, traspasando los datos de Estados Unidos. que en España debe haber 10.500 vigoréticos (Baile, 2005).
- g. La Unión Europea estimó en el 6% los usuarios habituales de gimnasios con este problema (Mendez, 2002).

A esto contribuye la indefinición del concepto, ya que dependiendo cómo se defina se encontrarán más o menos casos, la heterogeneidad de las muestras estudiadas, los diferentes tipos de diseño y resultados de las distintas medidas realizadas (Babusa, Czeglédi, Túry, Mayuille, & Urbán, 2015). Así pues, al no contar con datos concretos ni estudios de prevalencia que demuestren cuántos vigoréticos hay en España, se podría decir, tras lo visto anteriormente, que la cifra estimada de sujetos que padecen este trastorno ronda entre 10.500 como mínimo y 700.000 como máximo.

En cuanto a la edad de la población de riesgo que padece o puede desarrollar dicho trastorno, prevalece la edad de aparición en individuos de entre 15 y 35 años (Olivardia; 2001; Pope, Gruber, Choi, Olivardia, & Phillips, 1997).

Con respecto al género se sospecha que prevalece el número de hombres sobre las mujeres (Hitzeroth, Wessels et al., 2001; Pope, Katz, & Hudson, 1993; Pope, Gruber, Choi, Olivardia, & Phillips, 1997). Autores como Muñoz & Martínez, (2007) estiman que entre las personas que padecen este trastorno el 80 % de hombres y el 20% mujeres.

En España, la vigorexia se observa en adolescentes entregados compulsivamente al levantamiento de pesas, sin otro objetivo que el de aumentar su musculatura (Castillo, 2004), siendo esta la única actividad física que realizan.

Con respecto al nivel socioeconómico de los sujetos que padecen este trastorno se podría decir que correspondería a un nivel medio–alto (Muñoz & Martínez, 2007). Esta afirmación se basa en el elevado coste económico causado por el consumo de Esteroides y Anabolizantes. Diversos estudios sostienen que un vigorético puede gastar al mes una media de 200 euros aproximadamente (Facchini, 2006; Pope, Gruber, Choi, Olivardia, & Phillips, 1997; Pope, et al, 2005). Además, se añade el coste de las dietas específicas y de suplementos energéticos, y el coste de las inscripciones y las mensualidades del gimnasio al que acuden asiduamente.

Finalmente cabe destacar que cada vez más se ve incrementado el número de sujetos que padecen este tipo de trastorno (Castro, 2013). Individuos que permanecen durante excesivas horas en las salas de musculación de los gimnasios realizando esta práctica deportiva sin límite (Martell, 2006). Por todo esto, es fundamental poder detectar cuanto antes cuando una persona padece este trastorno con el objetivo de centrar las actuaciones para evitar el desarrollo del mismo.

### **1.3.2. Síntomas de la vigorexia**

Los diferentes trabajos consultados limitan el diagnóstico de la Vigorexia a un conjunto de signos y síntomas observables. Para poder establecer el diagnóstico de la vigorexia la American Psychiatric Association, (2013) establece los siguientes criterios diagnósticos para el Trastorno Dismórfico Corporal o Vigorexia:

- a. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que son observables o parecen sin importancia a otras personas.

- b. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej. mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej. comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- c. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- d. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o del peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.

Como indicadores externos para poder detectar la aparición de este trastorno en un adolescente, debemos conocer las características que padecen las personas que lo sufren, (González-Martí, 2012).

La principal característica que presentan los sujetos afectados por este trastorno es que se ven débiles y flojos cuando realmente son fuertes y musculosos (Pope, Gruber, Choi, Olivardia, & Phillips, 1997). Estos sujetos nunca están satisfechos con su propio cuerpo, aunque sus músculos estén completamente definidos y desarrollados. Se verán siempre débiles como consecuencia de la distorsión de su imagen corporal. Se trata de una competición consigo mismo para llegar hasta el límite máximo que puedan alcanzar sus músculos (Contreras & González, 2009).

Por norma general estos sujetos no aceptan que tienen un problema, motivo por el cual las personas que están cerca deben estar atentas a los posibles cambios que sufre tanto su cuerpo como su mente, así como a los cambios en su comportamiento (Pope, Phillips, & Olivardia, 2000).

En algunos casos este trastorno se asocia a un pasado atormentado. Generalmente, las personas que padecen vigorexia han podido sufrir a modo de ejemplo, problemas de sobrepeso en la infancia y los demás niños se han burlado de él. También influye una mala relación con los progenitores en la infancia y como consecuencia el niño puede llegar a desarrollar este cuadro clínico para llamar la atención de sus progenitores (Olivardia, 2001). Suelen ser personas inseguras de sí mismas y con autoestima baja. Esta inseguridad hace creer al sujeto que su vida no tiene sentido y como consecuencia de ello en ocasiones puede llegar a tener tendencia al suicidio (Pope, et al., 2005).

Estos sujetos piensan que son poco atractivos para el sexo opuesto debido a su insatisfacción corporal (Hernandez, Guillem, & Hernandez, 2005). Un estudio realizado en una muestra de 200 hombres integrado por estadounidenses, franceses y holandeses, pone de manifiesto esta insatisfacción corporal entre los integrantes del estudio. Las respuestas obtenidas de un test de autopercepción corporal mostraban que los participantes pensaban que el cuerpo ideal preferido por las mujeres tenía más de 13 Kg. de masa muscular. Mientras que, en otro estudio similar realizado en países occidentales, reveló que las mujeres prefieren hombres menos musculosos (Pope, et al., 2000).

Con respecto a la forma de vestir de estos sujetos, indicar que va encaminada a esconder sus supuestos defectos, aparentemente inapreciables para las demás personas. Este ritual de camuflaje se denomina “grooming” y se caracteriza por vestir con ropas holgadas (Facchini, 2006), o usar múltiples capas de ropa (Olivardia, 2001) para esconder su cuerpo, debido a la insatisfacción corporal que padecen.

Además, estas personas evitan asistir a sitios públicos donde tengan que mostrar su cuerpo como, por ejemplo, la piscina o la playa (Pope, Gruber, Choi, Olivardia, & Phillips, 1997).

Su dieta es restrictiva se basa en la ingesta de hidratos de carbono y proteínas evitando las grasas, para fomentar el desarrollo de la masa muscular. Debido a esta característica la vigorexia se relaciona con el “trastornos de la conducta alimenticia” ya que en ambos casos existe un esfuerzo en controlar su metabolismo. Emplean un promedio de tres horas planificando y elaborando la comida que van a tomar (Pope, Phillips, & Olivardia, 2000).

Además, algunos de ellos complementan su dieta con esteroides y anabolizantes, sustancias ilegales a no ser que tomen por prescripción facultativa. Pero el colectivo médico es reacio a prescribir dichas sustancias debido a las consecuencias negativas que conllevan para la salud del individuo (Kanayama, Barry, Hudson, & Pope, 2006). Los esteroides y anabolizantes que se pueden encontrar en el “mercado negro” en, la mayoría de los casos suelen ser productos que están adulterados y por tanto no tienen ninguna garantía sanitaria. Estas sustancias se presentan en forma de pastillas o de inyectables y se utilizan para aumentar la masa muscular del sujeto (Kanayama, Barry, Hudson, & pope, 2006; Pope, Phillips, & Olivardia, 2000). Estas son las denominadas “drogas de la imagen corporal” como las describe Kanayama, que no se utilizan por su acción psicoactiva, sino por su efecto sobre la autoimagen (León, 2001; Kanayama et al., 2006). Las personas con vigorexia usan y abusan de esteroides y anabolizantes aun siendo conscientes de los riesgos que éstos tienen para su salud, Cafri, Van der Berg & Thompson (2006) muestran que las cifras de deportistas consumidores de este tipo de sustancias son mayores entre las modalidades en las que se requiere fuerza y potencia, tanto para aumentar la fuerza como el tamaño muscular que otras modalidades deportivas (Arbinaga & Caracuel, 2008). Este problema se agrava cuando hablamos de adolescentes que comienzan con el consumo ignorante de estas sustancias sin saber la nocividad que estas tienen para su salud (Pope, et al., 2000). Añadir que, este tipo de sustancias se pueden conseguir con gran facilidad en algunos gimnasios.

Algunos autores como Schnirring, (2000), afirman que emplean un promedio de tres horas diarias pensando en la insatisfacción corporal que padecen, aunque hay autores que afirman que estos pensamientos están presentes durante todo el día (Olivardia, 2001; Pope, Phillips, & Olivardia, 2000).

Estos sujetos mantienen conductas de verificación de manera constante tales como comparar continuamente sus cuerpos con las demás personas de su entorno (Pope, Gruber, Choi, Olivardia, & Phillips, 1997), mirarse al espejo constantemente para comprobar el cambio corporal producido tras una sesión de entrenamiento (Ragg & Brothman, 2004). El promedio de ocasiones que pueden observarse ante el espejo es de unas nueve veces al día y en los casos más severos, el promedio aumenta a cincuenta veces al día (Olivardia, 2001).

Para estos sujetos el espejo emite un juicio subjetivo, alterado el reflejo, debido a la incapacidad de verse con objetividad. El espejo trabaja más desde la proyección que desde la reflexión y emite la imagen exacta de lo que se refleja, pero la persona con vigorexia altera este reflejo llegando a reducirlo a la mitad (Cartoccio, 2004).

El tiempo que dedican en el gimnasio es otra de las características que definen a estos sujetos ya que, acuden una media de 6 horas diarias al gimnasio, y si su rutina de entrenamiento se ve modificada sufren un sentimiento de culpa, de preocupación y de ansiedad en ocasiones extrema (Facchini, 2006). Para compensar este sentimiento realizan horas extras de levantamiento de pesas (Pope, Gruber, Choi, Olivardia, & Phillips, 1997). Las personas con vigorexia pueden seguir realizando conductas y comportamientos autodestructivos, incluso estando lesionados (Maida & Armstrong, 2005), con el fin de aumentar su musculatura.

Este tipo de trastorno está asociado a los fisicoculturistas o personas que realizan ejercicios de fuerza en las salas de musculación. Tanto es el tiempo dedicado al ejercicio de forma compulsiva para encontrar el cuerpo musculoso deseado, que pueden incluso sacrificar hasta las relaciones más próximas (Hernandez , Guillem, & Hernandez , 2005). Un aspecto importante dentro de esta característica es saber analizar la diferencia que hay entre la persona que realiza esta conducta para paliar una distorsión de su imagen corporal y una persona que practique este tipo de ejercicios por placer.

Este trastorno lleva al sujeto a consumir sustancias en algunos casos ilegales para poder llegar a alcanzar la musculatura deseada, impensable sin el uso de este tipo de suplementos (Facchini, 2006; Pope, Katz, & Hudson, 1993; Pope, Phillips, & Olivardia, 2000).

Las personas que padecen este trastorno, pueden llegar a descuidar sus responsabilidades diarias e incluso sus obligaciones. En ocasiones pueden llegar a disminuir su rendimiento a nivel académico si se trata de estudiantes o el laboral, llegando a abandonar incluso sus estudios o trabajos. Su potencial de rendimiento, tanto en el trabajo como en el estudio se ve disminuido por el cansancio acumulado en las sesiones de entrenamiento y el tiempo que le dedican (Pope, et al., 2000).

Pero la sintomatología de la vigorexia en muchas ocasiones es complicada de diagnosticar ya que la identificación con cánones de belleza socialmente aceptados como un cuerpo musculado, al mismo tiempo que la dedicación a la práctica deportiva son conductas valoradas positivamente en nuestra cultura (Baile, 2005; Durand & Barlow, 2006) dificultando la sindonología del trastorno. Además de que existen casos de deportistas con DM como ocurre en el caso de las mujeres, que no muestran rasgos característicos del trastorno (gran desarrollo muscular, levantamiento de pesas, dieta o ejercicio excesivo), (Hernández-Martínez, González-Martí & Contreras, 2017).

### **1.3.3. Causas de la vigorexia**

Se Podrían exponer como posibles causas de aparición de este trastorno la influencia sociocultural, psicológica, biopsicosocial y bioquímica del sujeto.

La influencia sociocultural en cuanto al poder que los medios de comunicación y el grupo de iguales tienen sobre las personas afectadas, (Fanjul, 2007; González-Cutre & Sicilia, 2012).

La influencia psicológica porque las personas que lo padecen han podido tener una historia conflictiva durante su niñez (De la Serna, 2004).

La influencia biopsicosocial en cuanto a los hábitos culturales que tiene la persona afectada con el objetivo exclusivo de poseer un cuerpo atlético y musculoso, modificaciones de conducta para conseguirlo y, por lo tanto, alteración del sistema nervioso, así como del sistema muscular para conseguirlo.

La influencia Bioquímica por la liberación de las endorfinas y adrenalinas que libera el cuerpo cuando realiza ejercicio y, por lo tanto, la satisfacción que reporta el mismo después de un entrenamiento (Baile, 2005; Maida & Armstrong, 2005).

La explicación sobre la causa que desencadena este trastorno se ha llevado a cabo fundamentalmente desde modelos multicausales. En estos modelos se suele hacer referencia a factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de la afección.

De entre los modelos de explicación multicausal destacar el presentado por Baile, (2005) en su libro, Vigorexia, cómo reconocerla y evitarla, en el que refiere dos modelos de explicación de causa múltiple. Uno propio, inspirado en desarrollos teóricos de Toro a raíz de sus trabajos sobre la Anorexia Nerviosa; y el modelo cognitivo conductual desarrollado por Lantz, Rhea, & Mayhew, (2001). Ambos modelos se caracterizan por el origen multicausal en el desarrollo de la vigorexia. Es decir, que existe más de un factor que interaccionan en el desarrollo de este trastorno. En este modelo de explicación multicausal se exponen los siguientes factores:

#### 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. Baile, (2005) incluye como indicadores:

- Ser hombre, entre 18 y 35 años.
- Vivir en una sociedad del 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 experiencia negativa 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 como experiencias traumáticas estresantes relacionadas con su cuerpo o el consumo de ciertas sustancias y la baja autoestima.

### 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. Destacan los siguientes aspectos:

- Refuerzo y reconocimiento social, debido a que la práctica de ejercicio físico se considera una actividad saludable (que lo es).
- Subcultura del culturismo. Continuación del aspecto anterior ya que es el mundo en el que se mueven los deportistas es el gimnasio, en donde se encuentran personas que persiguen los mismos objetivos.
- Evitación de sensaciones negativas por la imagen corporal.
- Escape de los pensamientos obsesivos.
- Reducción de la ansiedad por la necesidad compulsiva de hacer ejercicio.
- Ambiente social favorable.

Por otro lado, Hausenblas & Symons Downs (2002b) consideran que la dependencia del ejercicio puede ser definida como un patrón multidimensional desadaptativo, que conduce a un significativo deterioro clínico o aflicción, y que se manifiesta mediante la presencia de tres o más de los siguientes criterios: Tolerancia, abstinencia, efectos deseados, pérdida de control, tiempo, reducción de otras actividades y continuación.

#### **1.3.4. Tratamiento de la vigorexia**

Al igual que sucede en otros trastornos de la conducta, las personas que padecen Vigorexia difícilmente buscan ayuda profesional. Ya sea porque no son conscientes de que sufren una enfermedad o porque, las manifestaciones clínicas del trastorno en gran parte simulan una práctica saludable. Por lo tanto, uno de los objetivos principales será prestar ayuda terapéutica, para que los afectados puedan desarrollar la capacidad necesaria que les permita contemplar lo problemático de su situación. Es decir, habrá que lograr que los sujetos que padecen este trastorno lo reconozcan, vean lo comprometidos que se encuentran al sostener un modelo de vida que no les satisface, afectando su desarrollo social, académico y laboral (Leone, Sedory, & Grey, 2005; Seleri, 2002).

Así mismo, la falta de un criterio común a la hora de diagnosticar un cuadro de Vigorexia, como también la falta de cuórum a nivel científico a la hora de reconocerla como componente del espectro Obsesivo-Compulsivo, como un Trastorno de la Alimentación, como un subtipo de Trastorno Dismórfico Corporal, o, en definitiva, como un trastorno con entidad clínica propia, hacen difícil el diagnóstico para los profesionales de la salud en general del padecimiento de este trastorno.

#### **Tratamiento farmacológico**

Entre los tratamientos farmacológicos encontramos los Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), un tipo de antidepresivos utilizados en el tratamiento de la depresión, trastorno por ansiedad y algunos trastornos de la personalidad que ayudarían a controlar, sobre todo, los síntomas obsesivo-compulsivos de los sujetos vigorexicos. Por otro lado, los Inhibidores no selectivos. En un estudio realizado con fluvoxamina y clomipramina se observó una reducción de los síntomas dismórficos en el grupo al que se le administró la clomipramina (Alonso, 2002).

### **Tratamiento psicológico**

Otro de los tratamientos más efectivos es el tratamiento psicológico, y más concretamente el tratamiento basado en la terapia cognitivo conductual (Arbinaga & Caracuel, 2003; Baile, 2005; Barlow & Durand, 2006; Leone, Sedory & Gray, 2005; Restrepo, Valencia, Rodríguez & Gempeler, 2007; Seleri, 2002).

. Esta terapia consta de seis fases:

- Primera fase: informativa-formativa.
- Segunda fase: ajustar la auto perfección.
- Tercera fase: pensamientos sobre el cuerpo.
- Cuarta fase: Sentimientos sobre el cuerpo.
- Quinta fase: Comportamientos referentes al cuerpo.
- Sexta fase: prevención de recaídas.

Existen otros modelos que se pueden aplicar al tratamiento de la vigorexia como el modelo Psicodinámico, aunque la bibliografía existente sobre este tratamiento es escasa. El objetivo terapéutico de este modelo tiene su base en la hipótesis de la historia vital del sujeto (Restrepo, Valencia, Rodríguez & Gempeler, 2007).

## **Tratamiento dietético de la vigorexia**

El objetivo de este tratamiento es el de analizar y reeducar la dieta inadecuada que llevan a cabo las personas que padecen este trastorno, ya que estos sujetos suelen llevar una dieta estricta y básicamente compuesta por proteínas y carbohidratos. Además, la excesiva cantidad de sustancias que ingieren a modo de suplementos junto a la dieta, es un aspecto que conlleva múltiples complicaciones de salud como calvicie, elevado colesterol, acné, ginecomastia y atrofia testicular. (Rodríguez & Rabito, 2011).

### **1.3.5. Evaluación de la vigorexia**

Vamos a presentar los principales métodos de evaluación de la Vigorexia. Remarcamos que la elección de estos métodos de evaluación parte de las investigaciones consultadas para el presente trabajo (Baile, Monroy, & Garay, 2005; Olivardia, Pope, Borowiecki, & Cohane, 2004) por lo que no se descartan otros métodos.

#### **The Adonis Complex Questionnaire (ACQ)**

Es un cuestionario diseñado por Baile, (2005) que evalúa el grado de preocupación por la imagen corporal en hombres. No es un cuestionario que busque identificar específicamente un cuadro de Vigorexia, o Dismorfia Muscular, sino los diversos indicadores pertenecientes al Complejo de Adonis, entendiéndose por ello, al conjunto de alteraciones de la imagen corporal que afecta a los hombres. Como consecuencia de ello, las áreas exploradas, en el cuestionario, son las relacionadas con la imagen corporal y no exclusivamente las relacionadas con la preocupación obsesiva por el desarrollo muscular. Consta de 13 ítems con 3 opciones de respuesta cerrada y cuya corrección puntúa (A = 1, B = 2 y C = 3).

### **Modelo de Escala de Siluetas**

Método en el que se utilizan una serie de figuras normalmente entre 5 y 12 siluetas de hombre, o mujer según corresponda, de diferente tamaño corporal y desarrollo muscular diseñado por Gardner, Stark, Jackson, & Friedman, (1999). Las figuras están diseñadas en escala, partiendo de imágenes delgadas y de apariencia débil, pasando por figuras muscularmente desarrolladas y concluyendo en imágenes obesas La silueta central obtiene el valor 0, mientras que las siluetas situadas a su izquierda tienen puntuaciones negativas (de -1 a -6) y las situadas a su derecha obtiene puntuaciones positivas (de 1 a 6). Frente a los dibujos que representan modelos del mismo sexo que el participante le solicita a la persona que identifique entre ellas:

- La imagen que mejor representa tu propio cuerpo (percepción de la imagen corporal).
- La imagen que representa el ideal corporal que desearías tener (imagen ideal).
- La imagen que mejor represente al cuerpo promedio de un varón de tu misma edad (imagen promedio).
- La imagen que represente el cuerpo más deseado por el sexo opuesto (ideal femenino o masculino, según corresponda, del cuerpo del sexo opuesto percibido).

La distancia que se aprecia entre las respuestas del cuerpo percibido y del cuerpo deseado indicará el grado de insatisfacción corporal del sujeto. Los Resultados de la utilización de este modelo ya han sido mencionadas en el presente trabajo, más precisamente en el apartado sobre la evaluación de la imagen corporal citando trabajos realizados por otros autores (Olivardia, Pope, Borowiecki, & Cohane, 2004).

### **Muscle Dysmorphia Scale (MDS)**

Escala diseñada por Lantz, Rhea, & Mayhew, (2001) para valorar la Dismorfia Muscular. compuesta por 46 ítems auto informativos sobre Creencias asociadas a la dismorfia muscular. Se evalúan seis características: insatisfacción corporal, dependencia del ejercicio, deseo de tamaño, conductas de dieta, ocultamiento del cuerpo y uso de sustancias farmacológicas.

### **Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS)**

Escala diseñada por Mayville, Williamson, White, Netemeyer & Drab (2002) de la Universidad de Estado de Luisiana. Es una escala multidimensional de auto-reporte que evalúa los dominios cognitivos, conductuales y afectivos de la Dismorfia Muscular. Se compone de 19 reactivos en escala tipo Likert de 5 puntos que van de “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo” divididos en 5 subescalas. 1. Dependencia al ejercicio. 2. Comprobación de los músculos. 3. Consumo de sustancias. 4. Lesiones. 5. Satisfacción muscular.

### **Test Breve de Vigorexia (TBV)**

Test breve de Vigorexia diseñado por Baile, (2005) que pretende valorar cuando una persona padece Vigorexia, pero teniendo en cuenta que no se ha de utilizar *“como una técnica de diagnóstico profesional, fundamentalmente porque la conclusión del test no puede ser una entidad nosológica propia, pues, como ya se ha indicado, ésta no existe por el momento”*. (Baile, 2005, p.80).

La administración del test consta de dos partes. La primera consiste en la autoadministración del test propiamente dicho, mientras que la segunda implica la participación de un tercero, quien responde suponiendo lo que haría el interesado en las situaciones planteadas. El autor recomienda que quien colabore con el sujeto evaluado pertenezca al círculo íntimo de éste, para poder expresar fehacientemente lo percibido de las conductas y actitudes que manifiesta últimamente la persona. El objetivo es comparar los resultados obtenidos por ambos participantes. Para ello se analizarán los resultados obtenidos por el interesado, las puntuaciones obtenidas de la participación de un tercero, como también las coincidencias y discrepancias entre ambos. El test consta de un total de 40 ítems.

## **1.4. Actividad física y vigorexia**

En este apartado, además del concepto de actividad física y su relación con la vigorexia, se va a realizar una introducción a la conceptualización de otros términos como ejercicio físico y deporte, ya que son conceptos a los que nos referimos continuamente en nuestro trabajo y convendría distinguir.

### **1.4.1. Conceptualización de actividad física, ejercicio físico y deporte**

Términos como actividad física, ejercicio físico y deporte son vocablos utilizados habitualmente como sinónimos, y se asocian a la salud y el bienestar, sin tener en cuenta las características que los diferencian, ya que no refieren las mismas conductas por lo que las consecuencias para la salud son diferentes.

El término actividad física es definido por algunos autores como cualquier movimiento corporal realizado mediante los músculos esqueléticos y que resulta en un gasto de energía. (Carpersen, Powell, & Chirstenson, 1985; Blair, Kohl, Gordon & Paffenbarger, 1992). Otros autores como Newell, (1990), amplían este término considerando que el movimiento corporal que se realiza en la actividad física debe hacerse de manera intencionada. Romero y Arráez, (2000) definieron la actividad física como “la acción corporal a través del movimiento pudiéndose emplear para lograr unas determinadas finalidades: educativas, deportivas, recreativas, terapéuticas”.

El ejercicio físico se define como la actividad física planificada, estructurada y repetitiva, viniendo a ser una subclase de la actividad física, (Carpersen et al.,1985). Algunos autores consideran que deberían describirse como conductas continuas a la hora de la práctica considerando que la actividad física es una práctica moderada o intensa y el ejercicio físico una práctica vigorosa y estructurada (Biddle & Mutrie, 1991).

Por otro lado, el término deporte sería toda actividad física dirigida, estructurada, con reglas establecidas y con carácter competitivo (García-Ferrando, 1990). Por lo tanto, la actividad física es un concepto más amplio que engloba al ejercicio físico y al deporte (Simons-Morton, O'Hara & Parcal, 1982).

Más recientemente Rojo, (2003) considera que la actividad física y el ejercicio actúan sobre las tres premisas requeridas por la OMS, cuando se hace referencia a “actividad física y salud” no se tiene en cuenta más que el factor preventivo, patógeno o terapéutico y por tanto solo se aborda el aspecto de la ausencia de enfermedad (Rojo, 2003).

Hay que tener en cuenta que, la actividad física supone un beneficio para la salud de las personas que lo practican, mientras que para los deportistas de alto nivel conlleva forzar al cuerpo por encima de los niveles fisiológicos, lo que implica en ocasiones un riesgo para la salud.

La mayoría de investigadores coinciden en que la práctica del deporte juvenil debe proponerse, entre otros objetivos, para promover la salud en los jóvenes, favorecer la socialización en las destrezas deportivas, y enseñar valores y rasgos de comportamiento. Uno de los problemas con los que se encuentran los educadores físicos cuando se plantean el desarrollo de valores es la dificultad para ponerse de acuerdo en qué son los valores, cuáles han de desarrollarse, y quién debe decidir qué valores han de promoverse en cada ambiente deportivo. (Devís & Peiró, 1993; Blasco, Capdevilla, & Cruz, 1994)

Simmons & Dickinson (1986) establecieron 14 valores enfocados a la promoción de la práctica deportiva, agrupados en cinco factores, el logro, el ejercicio en un marco agradable, la sociabilidad, la buena salud y la autorrealización. Gutiérrez (1994) propuso cinco dimensiones agrupando así los 64 valores que componían el repertorio presentado a la población investigada que son, logro y poder social, deportividad y juego limpio, expresión de sentimientos, compañerismo y diversión, y habilidad y forma física. En una publicación posterior, Gutiérrez (1995) destacaba como promocionar valores sociales a través del deporte tales como, participación de todos, respeto, cooperación, relación social, amistad, pertenencia a un grupo, competitividad, trabajo en equipo, expresión de sentimientos, responsabilidad social, convivencia, lucha por la igualdad, compañerismo, justicia, preocupación por los demás, cohesión de grupo; y como promocionar valores personales, habilidad, creatividad, diversión, reto personal, autodisciplina, autoconocimiento, mejora de la salud, logro, aventura y riesgo, deportividad y juego limpio (honestidad), espíritu de sacrificio, perseverancia, autodomínio, reconocimiento social, humildad, obediencia, imparcialidad, autorrealización, autoexpresión (Gutierrez, 1995).

Por otro lado, Lee, Whitehead & Balchin (2000) dedujeron que los valores más relevantes para los deportistas jóvenes eran, diversión, logro personal, deportividad, mantenimiento de contrato, justicia, ayuda, tolerancia, perfeccionamiento, obediencia, cohesión de equipo, compromiso, excitación/emoción, salud y forma física, autorrealización, imagen pública, compañerismo, conformidad, y triunfo.

Por tanto, tal y como propone Damon, (2004), se debe considerar que los valores son un aspecto fundamental de la personalidad, que influyen de forma decisiva sobre las acciones de los individuos y que, la adolescencia supone una etapa fundamental en el desarrollo de los mismos.

### **1.4.2. Relación entre actividad física, imagen corporal y vigorexia**

Practicar ejercicio de manera regular es adecuado para mantener y mejorar la salud, pero, cuando se realiza de forma excesiva puede llegar a generar problemas graves de salud (Márquez, & de la Vega (2015). Tener unos hábitos de vida saludables y la práctica físico-deportiva habitual se asocia a un autoconcepto físico más positivo (Devís & Peiró, 1993) y tiene efectos beneficiosos para la salud psicológica (Jiménez, Martínez, Miro & Sánchez, 2008), en general se asocia la imagen corporal de forma positiva con una mayor satisfacción con la vida y por tanto con la salud (Sampeiro, Jiménez-Castuera, Lobato, Leyton, & Claver, 2016).

Cuando la realidad de la imagen corporal de los sujetos que realizan actividad física esta distorsionada estos realizan un juicio valorativo de su imagen corporal que no coincide con la realidad y se produce una alteración de la imagen corporal (Atencio, Molina, & Rojas, 2008). La insatisfacción corporal predomina en determinados sectores de población como es el caso de los deportistas (García-Dantas, Sánchez-Martín, Del rio, & Jaenes, 2014).

La adicción negativa al ejercicio, es una muestra de cómo una práctica deportiva mal enfocada puede provocar efectos perjudiciales sobre las personas (Nogueira, Salguero, & Márquez, 2017). Está caracterizada por una insistencia en practicarlo diariamente, en ocasiones de manera obsesiva y compulsiva. Cuando no se puede practicar ya sea, por prescripción facultativa o por motivos sociales, se suelen experimentar síntomas de abstinencia, tales como irritabilidad, ansiedad y depresión (Morgan, 1972). en cuanto a que la mayoría de personas afectadas realizan levantamiento de pesas compulsivo, dieta, o ejercicio excesivo. Asimismo, la dependencia al levantamiento de pesas está relacionada con la distorsión de la imagen corporal que padecen (Sokolova, González-Martí, Contreras y Fernández, 2013;

Las diferentes motivaciones que llevan a la práctica de actividad física varían en función de la edad, el sexo, el nivel de estudios, la situación laboral, el estatus económico, del entorno, el grupo al que pertenecemos, etc.

Entre las mujeres uno de esos motivos podría ser la pérdida o el control de peso (Davis, Fox, & Cowles, 1990). Entre los corredores el fenómeno conocido como la euforia del corredor por la recompensa neurobiológica que experimentan (Nogueira, Salguero, & Márquez, 2017) (Herández-Mulero & Berengüi, 2016). Por otro lado encontramos que el perfil más común de los sujetos que acuden al gimnasio para estar en forma es el de jóvenes varones, con alto nivel de estudios, elevados ingresos, profesionales liberales o relacionados con el mundo de los negocios (Yates, 1991).

Ahora bien, cuando la Imagen Corporal se convierte en una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física denominado Dismorfofobia Corporal (Arguello & Romero, 2012), esta insatisfacción corporal, puede llevar a los sujetos a sentir la necesidad de modificar su cuerpo a través de la práctica deportiva de manera obsesiva (Herández-Mulero & Berengüi, 2016). La dependencia al levantamiento de pesas está relacionada con la distorsión de la imagen corporal que padecen (Sokolova, González-Martí, Contreras y Fernández, 2013), y la importancia de la imagen corporal, hacen que los deportistas puedan padecer DM (Hernández-Martínez, González-Martí, Onofre & Contreras, 2017).

La actividad deportiva característica de aquellos sujetos que buscan mejorar su aspecto físico de manera obsesiva se relaciona directamente con el fisicoculturismo y el levantamiento de pesas, (Baile J. L., 2005) siendo disciplinas que se practican en las salas de musculación, centros que se han incrementado mucho en los últimos años. Estas prácticas han sido identificadas bajo el nombre de culturismo, fisicoculturismo (bodybuilding), fitness, musculación, modelaje, etc. La diferencia reside en los objetivos perseguidos por los practicantes de las distintas modalidades. Añadir que al ser esta una actividad deportiva que se practica de manera individual las personas que la practican corren más riesgo de padecer este tipo de trastorno (González-Cutre & Sicilia, 2012).

La característica principal de los fisicoculturistas reside en la búsqueda de un desarrollo de la musculatura con ausencia de grasa, músculos duros, bien definidos y vascularizados, y para ello realizan frecuentemente ejercicios de levantamiento de pesas, además, de llevar una dieta estricta (RAE,2001). Siendo personas con altos rasgos organizativos en sus conductas y muy auto disciplinados (Arbinaga & Caracuel, 2008).

Pero en algunas ocasiones buscando ese desarrollo muscular de manera rápida conlleva el abuso en el consumo de esteroides anabolizantes lo que ha contribuido, de manera más significativa, a la mala imagen que poseen quienes practican el culturismo. *“Si bien, y en honor a la buena práctica, hay que reconocer el esfuerzo que muchos culturistas llevan a cabo para mantener y desarrollar la actividad física dentro de los cánones del esfuerzo natural, diferenciándose el culturismo natural del no natural* (Caracuel & Arbinaga, 2003).

Por otro lado, contrarrestando al fisicoculturismo no natural, surge hacia 1980 el Fitness que, con la proliferación de gimnasios y clubes deportivos, busca diferenciarse del movimiento culturista. Se caracteriza por la utilización de pesas pequeñas, barras con pesas fijas y la utilización de maquinaria especializada. La idea principal es que el peso pueda complementarse al ejercicio aeróbico. Así mismo, supone un trabajo multidisciplinario contando con la colaboración de personal especializado. El objetivo de esta disciplina será diseñar planes de trabajo físico de acuerdo a las necesidades personales y a las posibilidades demostradas por el sujeto en evaluaciones previamente realizadas. Comprender la relación entre nutrición, falta de estrés y entrenamiento es también una de las metas del fitness.

#### **1.4.3. Personalidad del deportista**

La personalidad es un término que se utiliza para describir el tipo de conducta característica de un individuo, que surge a medida que crece, madura y reacciona a los estímulos ambientales (García, 2010). Para Eysenck, (1985) 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”*.

Por otro lado, Millon, (1999) dice que *“La personalidad son aquellas características psicológicas más internas, ocultas y menos aparentes del individuo”*. Son numerosos los factores que influyen en el desarrollo de la personalidad, entre ellos todos los estímulos que interactúan con el sujeto.

Cuando nos referimos al deporte en general, los componentes psicológicos y emocionales trascienden a los aspectos puramente físicos, técnicos y tácticos de la ejecución deportiva; (Weinberg & Gould, 2007; Williams & James, 2001). Esto significa que tanto el éxito como el fracaso de un deportista, resultan de una combinación de capacidades condicionales físicas, técnicas, tácticas, y también psicológicas, aunque, las variables psicológicas no siempre han recibido la atención requerida (García, 2010).

Encontramos diferentes autores que han realizado estudios sobre las variables psicológicas que intervienen en la práctica y rendimiento deportivo. Encontrando, dependiendo del objetivo con el que se plantea el estudio diferentes enfoques.

El *enfoque centrado en las disposiciones*, protagonizado en los últimos años por el modelo *Big-Five* (Costa & Mc Crae, 1995). Este modelo tiene como objetivo encontrar características amplias, generales, abstractas, descontextualizadas en el espacio y el tiempo, y relativamente estables que diferencien a los deportistas de forma consistente y para ello, busca datos que demuestren la extensión y duración de esas diferencias en diversas situaciones. Costa & McCrae basaron su modelo en un enfoque de carácter léxico, con una aproximación hacia el lenguaje natural, clasificando las conductas y las personas en cinco factores: Extraversión, Neuroticismo, Apertura a la Experiencia, Responsabilidad y Afabilidad.

Weinberg & Gould (2007), indican que las principales investigaciones sobre la personalidad de los deportistas, están orientadas hacia la identificación de un cierto número de rasgos que los definan. El rasgo de personalidad, representa la tendencia característica que muestra la persona a actuar y comportarse de una cierta manera. Estas investigaciones, básicamente fundadas en cuestionarios de personalidad, como los instrumentos utilizados en el estudio realizado por Castro-López, Molero, Cachón-Zagalaz, & Sagalaz-Sánchez, (2014) se basan, en la determinación de los rasgos correspondientes por la participación deportiva y en la obtención de mejores resultados en el dominio de las competiciones. Si se identifican los rasgos que presentan los deportistas y el grado en el que los posee, posiblemente podríamos saber la forma en que se comportará o, al menos, explicar sus posibles reacciones psicológicas.

El *enfoque centrado en el “procesamiento dinámico”*, defiende que, la personalidad es un sistema de unidades mediadoras y procesos psicológicos o dinámicas cognitivo-afectivas, conscientes o inconscientes, que interactúan con el contexto social y cultural del sujeto (Michell & Shoda, 1995; Pervin, 1989).

La teoría de Cattell es uno de los primeros modelos utilizados en el estudio de la personalidad con deportistas. Fue uno de los primeros investigadores en utilizar el análisis factorial en el estudio de los rasgos de personalidad. El punto de partida de la teoría de Cattell se basa en la denominada “hipótesis lingüística” exponiendo que “la única fuente efectiva de la totalidad de los rasgos de la personalidad se halla en el lenguaje” (Cattell, 1975).

Eysenck, (1985), propone un modelo jerárquico de la personalidad consistente en un conjunto de conductas, que varían en nivel de generalidad e importancia para la personalidad. Los tipos o dimensiones temperamentales en el modelo de personalidad de Eysenck son tres, extraversión-introversión, neuroticismo y psicoticismo.

La pasión experimentada hacia una actividad constituye uno de los principales aspectos a la hora de explicar el bienestar integral de la persona (Vallerand & Verner-Filion, 2013). La pasión, está ligada a la forma en que se practica una actividad y cómo ésta es vivida por la persona, llegando a formar parte de su identidad (Chamorro, Martos, Parrado & Oberts, 2011). El tipo de pasión desarrollado hacia el deporte, obsesiva o armoniosa, presenta diferentes consecuencias en términos emocionales y de adherencia (Pedrosa, García-Cueto, Torrado & Arce, 2017). Recientemente este grupo de investigadores han llevado a cabo un estudio aplicando la escala de la pasión en el deporte.

#### **1.4.4. Diferencias entre deportistas y no deportistas**

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).

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

Dado que, no existen 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 varias teorías e instrumentos. En cuanto al modelo utilizado para estudiar las diferencias individuales, desde la teoría de rasgos, Cattell (1975), Eysenck (1985) y Costa & McCrae (1995) se conforman como los tres máximos autores en proponer una teoría global de la personalidad que han sido aplicadas en el entorno deportivo. El estudio de la personalidad en función de la disciplina deportiva, se encuentra en un período de reafirmación (García, 2010). Existen trabajos que señalan unos rasgos que diferencian a cada actividad deportiva, pero aún se requiere un mayor número de estudios que lo confirmen.

Se podría decir 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, así como 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 (González-Cutre & Sicilia, 2012).

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 & Smith, 2006; Schurr, Ashley & 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 & Guillen, 2004).

Además, los deportistas de equipo tienen una mayor dependencia (Cox, 2002; Schurr, Ashley & Joy, 1977), autorrealización (confianza y buen humor) y espíritu humanitario -autodominio y responsabilidad social- (Bara, Scipiao & Guillen, 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 & Guillen, 2004). Además, los deportistas de equipo son más ansiosos (Cox, 2002; Schurr, Ashley & Joy, 1977) que los deportistas individuales, y estos tienen una mayor objetividad y razonamiento abstracto (Schurr, Ashley & Joy, 1977).

Añadir que sobre todo durante la adolescencia otro rasgo que marcaría la diferencia entre deportistas y no deportistas podría ser el entorno que rodea al adolescente ya que durante la adolescencia la influencia del grupo de iguales en donde la imagen corporal como factor sociocultural adquiere gran importancia, sería un motivo para la práctica deportiva (Otero, 2009).



## OBJETIVOS E HIPÓTESIS



## 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### 2.1. Objetivos

A continuación, se exponen los objetivos planteados en el presente estudio y que posteriormente darán lugar a las hipótesis:

Objetivo 1.

- Describir las puntuaciones en dismorfia muscular (Complejo de Adonis), en función de las variables sociodemográficas de la muestra (nivel de estudios, práctica de ejercicio de forma regular, lugar de realización del ejercicio, tipo de ejercicio realizado, actividades deportivas realizadas, dieta y suplementación) y en función de las variables propuestas como predictoras del Complejo de Adonis (pasión, valores y personalidad), para cada sexo.

Objetivo 2.

- Analizar las relaciones entre el Complejo de Adonis, la pasión, los valores y la personalidad, para cada sexo.

Objetivo 3.

- Analizar las diferencias en el Complejo de Adonis en función de la cantidad y tipo de actividad física realizada, la dieta y la suplementación, para cada sexo.

Objetivo 4.

- Analizar las diferencias en pasión (armoniosa y obsesiva) en función de la cantidad y el tipo de actividad física, la dieta y la suplementación, para cada sexo.

Objetivo 5.

- Analizar las diferencias en valores (Integridad, honestidad, responsabilidad, compromiso social, prosociabilidad, justicia e igualdad, hedonismo y

reconocimiento social) en función de la cantidad y el tipo de actividad física, la dieta y la suplementación, para cada sexo.

Objetivo 6.

- Analizar las diferencias en personalidad (dinamismo, dominación, control de impulsos, control de emociones, escrupulosidad y perseverancia) en función de la cantidad y el tipo de actividad física, la dieta y la suplementación, para cada sexo.

Objetivo 7

- Analizar la capacidad de los valores, la personalidad y la pasión para predecir el Complejo de Adonis, para cada sexo.

## 2.2. Hipótesis

A partir de la revisión bibliográfica realizada y de los objetivos planteados se establecen las siguientes hipótesis, teniendo en cuenta que el primer objetivo no tiene hipótesis asociada ya que no se realizó ningún análisis, solo se realiza una descripción.

Hipótesis objetivo 2:

H.2.1. El complejo de Adonis se relacionará con una pasión obsesiva. Dado que con frecuencia se dará en personas que toman medidas extremas para cambiar su apariencia, tales como hacer ejercicio excesivo, entrenando incluso doloridos.

H.2.2. El complejo de Adonis se relacionará con los valores reconocimiento social y hedonismo. Puesto que se dará en personas más preocupadas por su imagen personal, ya sea por causas sociales o por causas de cuidado de su propio cuerpo

H.2.3 El complejo de Adonis se relacionará positivamente con los rasgos de la personalidad escrupulosidad y perseverancia, y negativamente con el control de impulsos y control emocional. Serán personas hipomaniacas, narcisistas y compulsivas que practicarán sus rutinas de entrenamiento escrupulosamente, y que frecuentemente estarán mal (preocupados, ansiosos, deprimidos) por alguna cuestión relacionada con tu apariencia.

Hipótesis objetivo 3:

H.3.1. Los adolescentes con más riesgo de padecer dismorfia muscular serán aquellos que realizan más cantidad de actividad física. Puesto que se dará en aquellos que dedican gran cantidad de su tiempo realizando actividad física.

H.3.2. Los adolescentes que practiquen musculación tendrán más riesgo de padecer dismorfia muscular o vigorexia. Se observará un mayor porcentaje a la dependencia en hombres que practican musculación que los que practican actividades dirigidas.

H.3.3. Los adolescentes que sigan una dieta estricta correrán más riesgo de padecer dismorfia muscular o vigorexia. Puesto que se dará en personas que sigan una dieta estricta y limitada basada en la ingesta de hidratos de carbono y proteínas.

H.3.4. Los adolescentes que tomen suplementación correrán más riesgo de padecer dismorfia corporal o vigorexia. Dado que la obsesión por desarrollar masa muscular de manera rápida los llevara a la utilización de este tipo de sustancias.

#### Hipótesis objetivo 4:

H.4.1. La pasión armoniosa y obsesiva estarán implicadas en el desarrollo de la dismorfia corporal o vigorexia en aquellos adolescentes que realicen gran cantidad de actividad física. Ya que la pasión armoniosa se halla ligada a aspectos positivos, mientras que la pasión obsesiva se encuentra relacionada con trastornos o sintomatología psicofisiológica.

H.4.2. La pasión armoniosa y obsesiva estarán implicadas en el desarrollo de la dismorfia corporal o vigorexia en función del tipo de actividad física practicada por los adolescentes. Sobre todo, en aquellos adolescentes usuarios de sala de musculación.

H.4.3. Los adolescentes que practiquen actividad física de manera obsesiva realizarán dietas estrictas. Dado una dieta basada en la ingesta de hidratos de carbono y proteínas es una de las características de la vigorexia.

H.4.4. La suplementación será característica de aquellos adolescentes que practiquen alguna actividad física de manera obsesiva. Puesto que para alcanzar su objetivo de manera rápida necesitan suplementarse.

#### Hipótesis objetivo 5:

H.5.1. Los valores reconocimiento social, hedonismo y responsabilidad estarán implicados en el desarrollo de la dismorfia corporal o vigorexia en aquellos adolescentes que realicen gran cantidad de actividad física. Dado que se dará en personas preocupadas por cuerpo e imagen corporal, y conscientes de su responsabilidad a la hora de influir sobre éstos.

H.5.2. Los valores reconocimiento social, hedonismo y responsabilidad estarán implicados en el desarrollo de la dismorfia corporal o vigorexia en función del tipo de actividad física practicado. Se dará con mayor frecuencia en personas que practican musculación, ya que esta actividad es muy eficaz para influir sobre la forma corporal.

H.5.3. Los valores reconocimiento social, hedonismo y responsabilidad estarán implicados en el desarrollo de la dismorfia corporal o vigorexia en aquellos adolescentes que realicen dieta. Se dará con mayor frecuencia en personas que realizan dieta, ya que ésta es muy eficaz para influir sobre la forma corporal.

H.5.4. Los valores reconocimiento social, hedonismo y responsabilidad estarán implicados en el desarrollo de la dismorfia corporal o vigorexia en aquellos adolescentes que tomen suplementación. Se dará con mayor frecuencia en personas que toman suplementación, ya que ésta es muy eficaz para influir sobre la forma corporal.

Hipótesis objetivo 6:

H.6.1. Los rasgos de la personalidad escrupulosidad, dinamismo, perseverancia, dominación, control de impulsos y control de emociones estarán implicados en el desarrollo de la dismorfia corporal o vigorexia en los adolescentes que realicen gran cantidad de actividad física. Estas cualidades facilitan la dedicación de muchas horas al día practicando actividad física que puede producir dolor o sensaciones desagradables.

H.6.2. Los rasgos de la personalidad escrupulosidad, dinamismo, perseverancia, dominación, control de impulsos y control de emociones estarán implicados en el desarrollo de la dismorfia corporal o vigorexia en función del tipo de actividad física practicada. Estas cualidades facilitan la práctica de musculación que a menudo produce dolor o sensaciones desagradables.

H.6.3. Los rasgos de la personalidad escrupulosidad, dinamismo, perseverancia, dominación, control de impulsos y control de emociones estarán implicados en el desarrollo de la dismorfia corporal o vigorexia en función de la realización de dieta. Estas cualidades facilitan el seguimiento de una dieta estricta y restrictiva que a menudo produce sensaciones desagradables.

H.6.4. Los rasgos de la personalidad escrupulosidad, dinamismo, perseverancia, dominación, control de impulsos y control de emociones estarán implicados en el desarrollo de la dismorfia corporal o vigorexia en función de la suplementación. Estas cualidades facilitan el seguimiento de una suplementación que requiere disciplina para ser constantes en el tiempo.

## Hipótesis objetivo 7:

H.7.1. La pasión armoniosa será protectora y la pasión obsesiva predictora de padecer dismorfia muscular o vigorexia. la pasión armoniosa se hallará ligada a personas que disfrutan de la práctica deportiva; mientras que la pasión obsesiva se encontrará relacionada con personas que no disfrutan de la práctica deportiva.

H.7.2. Tener un bajo control emocional será un factor predictor de padecer dismorfia muscular mientras que un buen control emocional será protector. Puesto que el control emocional capacitará a las personas a modificar sus conductas en función de las demandas y las situaciones específicas.

H.7.3. La impulsividad será un factor de riesgo de la dismorfia corporal mientras que aquellos adolescentes que controlan sus impulsos estarán más protegidos de padecerla. Por lo que los sujetos con niveles bajos de inteligencia emocional, presentan mayor impulsividad los sujetos con niveles altos de inteligencia emocional presentarán menor tendencia a realizar acciones impulsivas.

H.7.4. Los adolescentes excesivamente escrupulosos correrán más riesgo de padecer dismorfia corporal o vigorexia. Dado que las personas escrupulosas pueden presentar obsesiones o compulsiones que le consumen tiempo y energía.

H.7.5. La necesidad del reconocimiento social será un factor predictor de padecer dismorfia muscular o vigorexia. Puesto que estos sujetos pensarán que son poco atractivos para el sexo opuesto debido a la gran insatisfacción corporal que poseen.



## MATERIAL Y MÉTODO



### 3. MATERIAL Y MÉTODO

#### 3.1. Diseño del estudio

Investigación de tipo Cuantitativo con diseño metodológico retrospectivo, transversal. Se han utilizado fuentes de información primarias mediante cuestionarios como instrumento de recogida de datos para poder obtener un gran volumen de información, de forma rápida y sobre un número elevado de sujetos.

En primer lugar, partimos de una **investigación de tipo cuantitativo**, ya que el estudio se centra en recoger y analizar datos cuantitativos sobre variables dependientes e independientes, 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 participantes, identificando así, aspectos relevantes para nuestro estudio; 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.

### **3.2. Muestra**

Para llevar a cabo este estudio se contó con una muestra de 506 adolescentes ( $n_{\text{hombre}}=296$ , 57.31% de la muestra;  $n_{\text{mujer}}= 210$ ,41.50%), residentes en la Comunidad Valenciana. La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico en centros de Educación Secundaria (estudiantes de bachiller y de módulos formativos), en centros universitarios y en centros deportivos (tanto de titularidad pública como privada).

El estudio se desarrolló de acuerdo a los estándares éticos institucionales (Comité de Ética de la Universitat de Valencia; número H1437452306372) (ver anexo 1) y según los requisitos éticos de la Declaración de Helsinki y posterior revisión de 2008.

Los criterios de inclusión fueron tener entre 16 y 21 años, residir o estudiar en la Comunidad Valenciana, haber cumplimentado correctamente el cuadernillo y firmar el consentimiento.

Los criterios de exclusión fueron no cumplir el rango de edad, no estudiar o residir en la comunidad valenciana no haber cumplimentado correctamente el cuadernillo y los que no presentaron el consentimiento firmado.

Todos los participantes que conformaron la muestra fueron informados previamente y firmaron su consentimiento para participar en el estudio. En el caso de los menores de edad, fueron los padres o tutores los que firmaron el consentimiento.

El reclutamiento de los participantes se realizó, por un lado, en el caso de los centros educativos, tras la aprobación del permiso por parte del secretario autonómico de educación de la Conselleria para poder acceder a los centros escolares. A continuación, se contactaba telefónicamente con los centros educativos y, una vez los responsables de los centros mostraban su interés por participar se presentaba un dossier compuesto por una carta explicando los motivos del proyecto, el cuadernillo con los cuestionarios y el consentimiento informado, tanto el de menores de edad que tendrían que firmar los padres o tutores, como el de los mayores de edad. Tras la reunión con los responsables se contactaba con los tutores para concertar los momentos de cumplimentado de los cuestionarios.

Para ello se cumplimentó la debida solicitud y se presentó, además del proyecto de investigación, la aprobación por parte del Comité Ético de la Universidad de Valencia para realizar el estudio y el cuadernillo con los cuestionarios.

En el caso de los centros deportivos el reclutamiento se realizó según la titularidad del centro, por un lado, en los centros privados, tras una reunión con los responsables de los centros deportivos para valorar, el horario de mayor afluencia de participantes que cumplían el rango de edad. Por otro lado, en el caso de los centros deportivos públicos, el reclutamiento se realizó tras haber presentado el dossier y la cumplimentación de la instancia en el organismo municipal al que pertenecía el centro deportivo, solicitando permiso para poder entrar en las instalaciones deportivas.

Tras el reclutamiento y la obtención de los datos de los participantes, se procedió a la conformación de la muestra del estudio, atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión.

### **3.3. Variables**

A continuación, se exponen las variables que conforman nuestro estudio. Para exponerlas se agruparán en variables independientes, dependientes y de caracterización.

#### **3.3.1. Variables independientes**

- Tipo de actividad física realizada. Variable cualitativa politómica
- Cantidad de actividad física realizada cuantitativa discreta
- Realización de dieta. Variable cualitativa dicotómica
- Toma de suplementos. Variable cualitativa dicotómica

#### **3.3.2. Variables dependientes**

Consideramos como variables dependientes las siguientes:

- Variable *Complejo de Adonis*. Variable cuantitativa medida en una escala Likert de 3 puntos que se dicotomizó en función de una puntuación umbral en: Sin complejo de Adonis o en riesgo de padecerlo.
- Variable Pasión. Compuesta por dos dimensiones (pasión armoniosa, pasión obsesiva), que se midieron de forma cuantitativa mediante una escala Likert de 7 puntos.
- Variable de valores (EVDPA). Compuesta por 8 dimensiones (Integridad, honestidad, responsabilidad, compromiso social, prosociabilidad, justicia e igualdad, hedonismo, y reconocimiento social), que se midieron de forma cuantitativa mediante una escala Likert de 7 puntos.

- Variable de personalidad. Compuesta por 6 dimensiones (dinamismo, dominación, control impulsos, control emociones, escrupulosidad, y perseverancia), que se midieron de forma cuantitativa mediante una escala Likert de 5 puntos.

### **3.3.3. Variables de caracterización**

- Edad (expresada en años). variable cuantitativa discreta
- Sexo (hombre o mujer). Variable cualitativa dicotómica,
- Nivel de estudios (Sin Estudios/Primarios/Secundarios/Universitarios). Variable cualitativa politómica,
- Lugar de realización de ejercicio físico. Variable cualitativa politómica.
- Frecuencia, intensidad y duración del ejercicio físico. Variables cuantitativas discretas.

### **3.4. Instrumentos**

A lo largo de este apartado se van a describir los diferentes instrumentos que conformaban el cuadernillo utilizado para la recogida de información del estudio, uno de los cuales elaborado ad hoc (el cuestionario de datos básicos para la obtención de datos sociodemográficos), 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 7 de este trabajo.

En primer lugar, se elaboró una carta de presentación del cuadernillo (anexo 4), dando a conocer la finalidad del estudio, la entidad a la que se encuentra asociado (Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir y la Universidad de Valencia) así como mostrando unos consejos o pautas para su cumplimentación.

A continuación, se incluyeron los diferentes cuestionarios seleccionados que conforman el cuadernillo:

***Cuestionario de Demografía:*** Para asociar el perfil sociodemográfico o personal de los sujetos con las variables establecidas para el estudio, se creó un cuestionario "ad hoc" en el que se recopilaron datos básicos de edad, talla, peso y nivel de estudios.

***Cuestionario de Actividad Física:*** Para conocer el tipo y la cantidad de ejercicio físico realizado, se administró un Cuestionario de Ejercicio Físico "ad hoc" en el que se recopilaron datos sobre el tipo y la frecuencia, la intensidad y la duración del ejercicio realizado, así como el lugar en el que practicaron el ejercicio., y si lo hicieron competitivamente o no. También se incluyeron preguntas sobre dieta y suplementos.

Por otra parte, con la finalidad de recoger la cantidad de actividad física realizada, se les propusieron una serie de preguntas en las cuales declaraban la frecuencia, la intensidad y la duración del ejercicio físico. Las cifras fueron recodificadas utilizando la fórmula desarrollada en la tesis de Molina García, (2007). Este índice utiliza las variables frecuencia y duración de la práctica, estableciendo 5 niveles de práctica de actividad deportiva.

***Cuestionario “Complejo de Adonis”:*** Para conocer el grado de preocupación por la apariencia física, se utilizó la versión en español de la escala del Complejo de Adonis (Baile, 2005). Consta de 13 elementos con 3 opciones de respuesta cerrada y cuyos valores de puntuación son A = 0, B = 1 y C = 3. Dependiendo de la puntuación obtenida, dividimos a los participantes en dos grupos. Los que obtuvieron menos de nueve fueron clasificados como sujetos que no tenían una preocupación patológica y fueron codificados como grupo uno. Aquellos que obtuvieron un puntaje de nueve o más fueron clasificados como sujetos en riesgo de padecer Complejo de Adonis y fueron codificados como grupo dos.

***Cuestionario de la pasión por el deporte:*** La pasión por el deporte se midió con la adaptación al español de The Passion Toward Work Scale (Orgambídez, Borrego y Gonçalves, 2014). Este instrumento está compuesto de dos factores: Pasión armoniosa y Pasión obsesiva. Se compone de 14 artículos, con 7 artículos en cada factor. Las respuestas son tipo Likert del 1 al 7, donde 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

***Cuestionario Escala de Valores para el Desarrollo Positivo Adolescente (EVDPA):***

Para conocer la importancia que los adolescentes atribuyen a los valores involucrados en el desarrollo positivo, se utilizó la Escala de valores para el desarrollo positivo de los adolescentes (Antolín, Oliva, Pertegal y López, 2011). Esta escala consta de 24 ítems agrupados en ocho subescalas: compromiso social, prosociabilidad, justicia e igualdad, honestidad, integridad, responsabilidad, reconocimiento social y hedonismo. Las respuestas se realizan utilizando una escala tipo Likert del 1 al 7, donde 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

***Cuestionario de Personalidad:*** Para conocer la personalidad de los adolescentes, se utilizó la adaptación española del Big Five Questionnaire (Bermúdez, 1995). Para este estudio, se utilizaron 3 de las 5 dimensiones (estabilidad emocional, autocontrol y energía), con un total de 70 ítems, ya que se planteó la hipótesis de que podrían estar relacionados con el Complejo de Adonis. La dimensión de la estabilidad emocional se utilizó para conocer el nivel de emoción, irritabilidad e impulso que una persona demuestra en sus acciones. Con la dimensión del autocontrol, queríamos saber si los participantes eran personas perseverantes y ordenadas, controlando su entorno de esa manera. Finalmente, con la dimensión Energía, queríamos saber el nivel de actividad y energía que cada persona transmite cuando realiza una tarea específica. Para las respuestas se usó una escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1 significa no estar de acuerdo y 5 muy de acuerdo.

### **3.5. Procedimiento**

Para la planificación y el diseño del estudio se parte de una exhaustiva revisión bibliográfica, para establecer tanto los objetivos e hipótesis del estudio, como para la selección de los instrumentos de medida. Con el propósito de dar respuesta a los objetivos se seleccionó una muestra representativa de la población adolescente de la Comunidad Valenciana. La obtención de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico.

La recogida de la información se realizó a través de la entrega de un cuadernillo. El cuadernillo estuvo compuesto por un documento de consentimiento informado, donde se estipulaba el objetivo del estudio, el procedimiento y las instrucciones que se tenían que seguir para una correcta administración de los documentos. Se indicaba el anonimato de los resultados y de la participación voluntaria en el estudio, con la posibilidad de abandonar en cualquier momento.

Una vez obtenido el informe favorable del Comité Ético, se confeccionó el cuadernillo (anexo 7) y los documentos de consentimiento informado (anexos 8 y 9),

Seguidamente se solicitó permiso al secretario autonómico de educación de la Conselleria de valencia, quien autorizó la realización del proyecto en los centros educativos. (anexo 2).

Así mismo se solicitaron los permisos pertinentes tanto de los responsables de los centros educativos (anexo 5) como de los directores de los gimnasios y centros deportivos, mediante una carta de presentación. Además, se solicitó permiso al Ayuntamiento de Paterna para poder acceder a las instalaciones deportivas municipales del municipio (anexo 3).

Previamente a la administración de los cuestionarios se les facilitaba a los centros educativos el documento de consentimiento informado y una carta de presentación del proyecto (anexo 4), para que los padres de los menores lo firmaran antes de la cumplimentación del cuadernillo en los centros educativos.

### **3.5.1. Administración de los cuestionarios**

#### **3.5.1.1. Centros educativos**

Una vez se estableció contacto con la dirección de los centros educativos se realizó una visita a los centros para verificar la viabilidad de realizar el estudio con el alumnado de sus centros.

A cada grupo seleccionado, primero se le explicó el objetivo de la investigación y se les informó de la voluntariedad de participación en la prueba, reafirmando que los datos que iban a suministrar eran confidenciales, dado que el cuadernillo era anónimo.

La toma de datos y la cumplimentación de los cuestionarios (en formato cuadernillo), se realizaron en jornada de mañana dentro del horario escolar durante el transcurso de la clase de tutoría.

Durante la aplicación del cuadernillo se procuró que las respuestas fueran personales e individuales, evitando las influencias de los compañeros cercanos.

El tiempo total para la resolución del cuadernillo fue de aproximadamente 20 minutos, dependiendo de las características del grupo y de los participantes.

En el caso de los centros universitarios, se informó previamente a la cumplimentación del cuadernillo del rango de edad para poder participar y se entregó después el documento de consentimiento informado. Los centros en donde al final se pasaron los cuestionarios fueron los siguientes:

- Centros de educación secundaria:

IES Henry Matisse de Paterna, IES Peset Aleixandre de Paterna, IES Clot del Moro de Sagunto, Colegio Mas Camarena de Burjasot y Colegio sagrada familia de Valencia.

- Centros Universitarios:

Universidad de Valencia estudiantes de Ingeniería Electrónica, Universidad Politécnica de Valencia estudiantes de Ingeniería Industrial, Universidad Caótica de Valencia estudiantes de Enfermería y de Actividad Físico Deportiva.

### **3.5.1.2. Centros deportivos**

Previamente a la cumplimentación del cuestionario y tras obtener los permisos oportunos, (en el caso del Ayuntamiento de Paterna, tras la notificación de autorización para realizar el proyecto en las instalaciones deportivas municipales, por parte de la sección de deportes del ayuntamiento), se acudió a los centros deportivos.

La toma de datos y la cumplimentación de los cuestionarios (en formato cuadernillo), se realizaron tanto en jornada de mañana como de tarde durante varios días.

El día de cada prueba se le solicitaba al participante la cumplimentación del cuadernillo, tras informarles de los objetivos del proyecto mediante la carta de presentación y el documento de compromiso informado. 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 en su domicilio, dado que un ambiente óptimo aumentará la capacidad de comprensión y con ella su sinceridad, desembocando de esta manera en un aumento de la calidad de los resultados. Además, algunos de los usuarios de las instalaciones deportivas eran menores de edad y tenían que firmar la autorización los padres o tutores. Los centros fueron los siguientes:

- Centros deportivos y Gimnasios:

Instalaciones deportivas municipales del ayuntamiento de Paterna

Usuarios de Gimnasio Mcfit del Parque Ademuz en Valencia

### 3.6. Análisis Estadístico

Una vez que se dispuso de los cuadernillos cumplimentados por los diferentes participantes se procedió a procesar los resultados obtenidos y a realizar los pertinentes análisis estadísticos con ayuda del programa SPSS, en su versión 23.0.

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 Bonferroni, con el objetivo de comprobar en qué grupos se establecía dicha diferencia de medias.

Para analizar el carácter predictivo de las variables, se realizó un análisis de regresión logística binaria, dado que los valores del Complejo de Adonis fueron 1 y 2. En este caso, se puede asumir que la variable es dicotómica y entendemos que los participantes que puntuaron 2 son más vulnerables a padecer vigorexia.

Finalmente se realizó un análisis de la bondad de ajuste de desviación del modelo, a través de la prueba de Hosmer y Lemeshow, para comprobar si el ajuste de la desviación era adecuado.



## RESULTADOS



## 4. RESULTADOS

En este capítulo se exponen y examinan los datos referentes a cada una de las preguntas de investigación. Los resultados se han organizado en dos grandes apartados en función de la variable sexo (Chico/chica). Asimismo, se han dividido en tres tipos de análisis: 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. Éste nos aportará información sobre las características sociodemográficas de los sujetos, originando los datos necesarios para dar respuesta a los objetivos planteados.

En segundo lugar, se llevará a cabo un estudio relacional entre las dimensiones de los cuatro instrumentos empleados para comprobar si existen correlaciones significativas entre ellas, terminando esta fase con diferentes análisis de diferencia de medias (Bonferroni) 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.

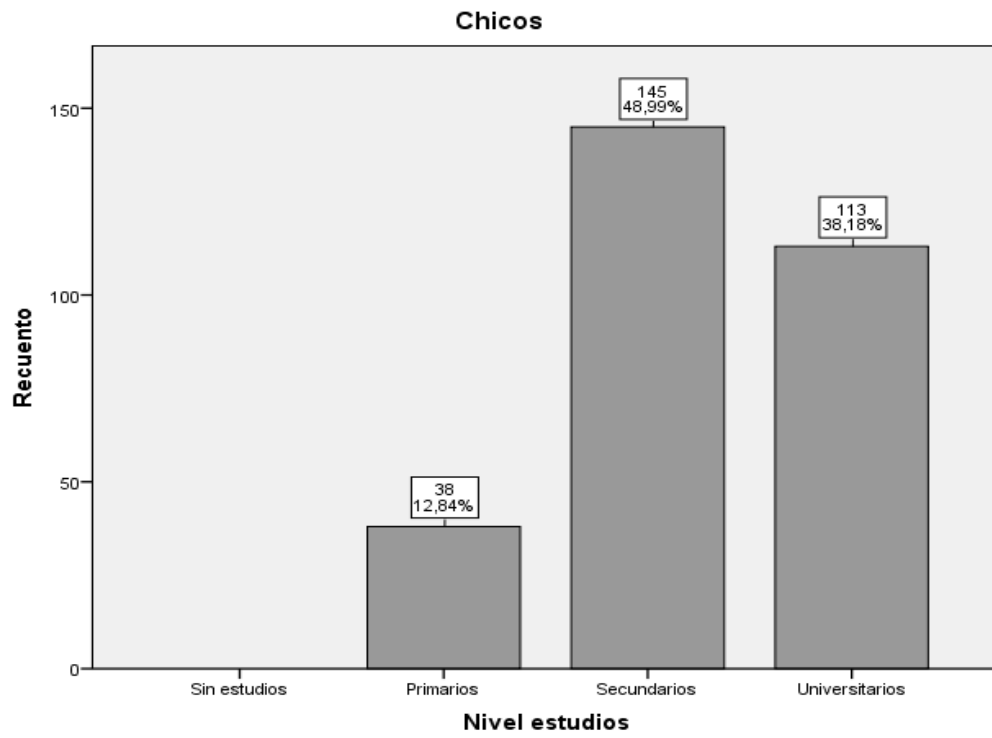
#### **4.1. Variables sociodemográficas en función del sexo**

En este apartado ofrecemos los resultados obtenidos en el primer cuestionario: Cuestionario de Actividad Física realizado ad-hoc. Esta será la primera vía de recogida de información.

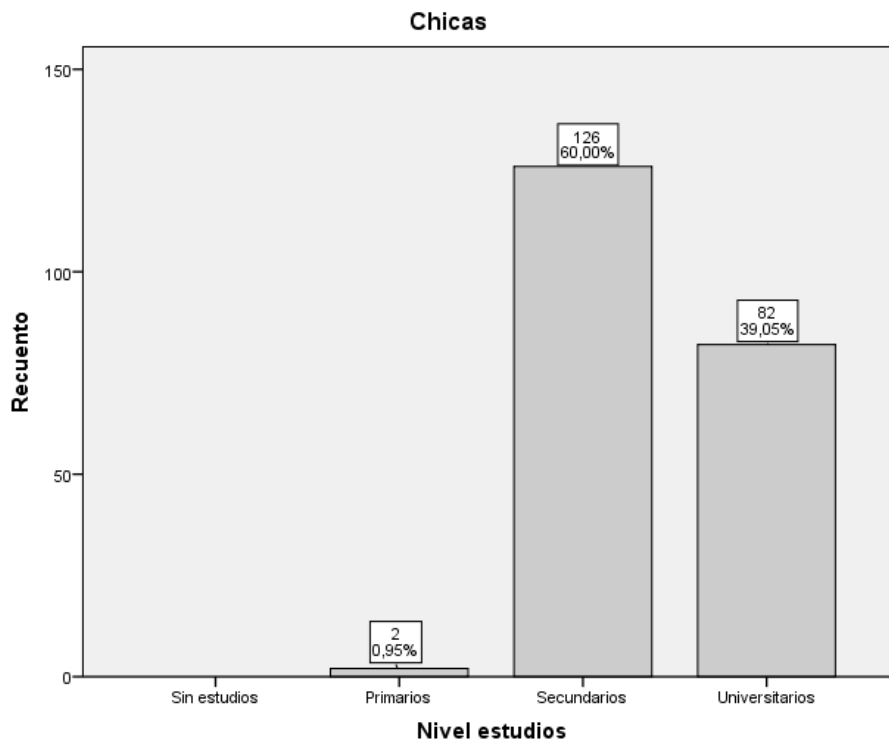
La muestra de nuestro estudio estuvo constituida por un total de 506 participantes de edades comprendidas entre 16 y 21 años, estableciéndose una separación por sexos, por lo que han quedado constituidos dos grupos. El primero de ellos, formado por 296 hombres (M= 18,49 años, DT= 1,90), y el segundo por 210 mujeres (M= 17,95 años, DT= 1,86)

##### **4.1.1. Nivel de estudios**

Con respecto al nivel de estudios entre los participantes encontramos que, la mayoría de los participantes tenían o estaban cursando Estudios Secundarios correspondiendo al 52,56% total de la muestra, seguido de los que tenían o estaban cursando Estudios Universitarios, que representaban el 38,54%, y por último los que tenían un nivel de Estudios Primarios representando el 7,91%, del total de la muestra, no encontrándose ningún participante sin estudios. Los porcentajes específicos en función del sexo se representan en la Figura 4.1 y en la Figura 4.2. Los hombres mostraron un menor porcentaje de estudios universitarios y un mayor porcentaje de estudios primarios que las mujeres, mientras que las mujeres mostraron un mayor porcentaje de estudios universitarios y un menor porcentaje de estudios primarios.



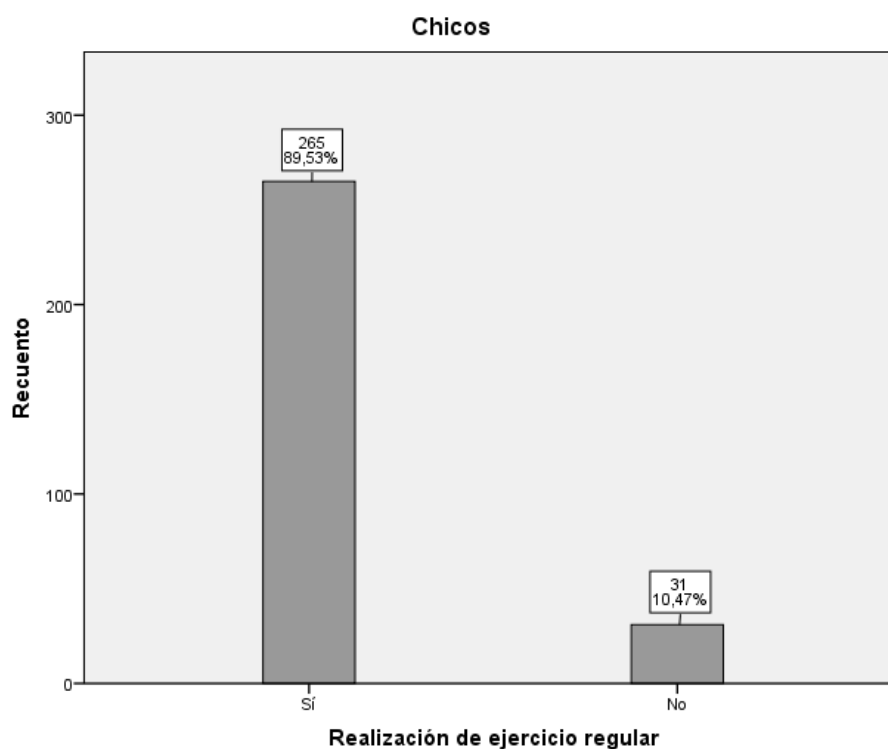
**Figura 4.1** - Participantes en función del nivel de estudios para el grupo de los hombres



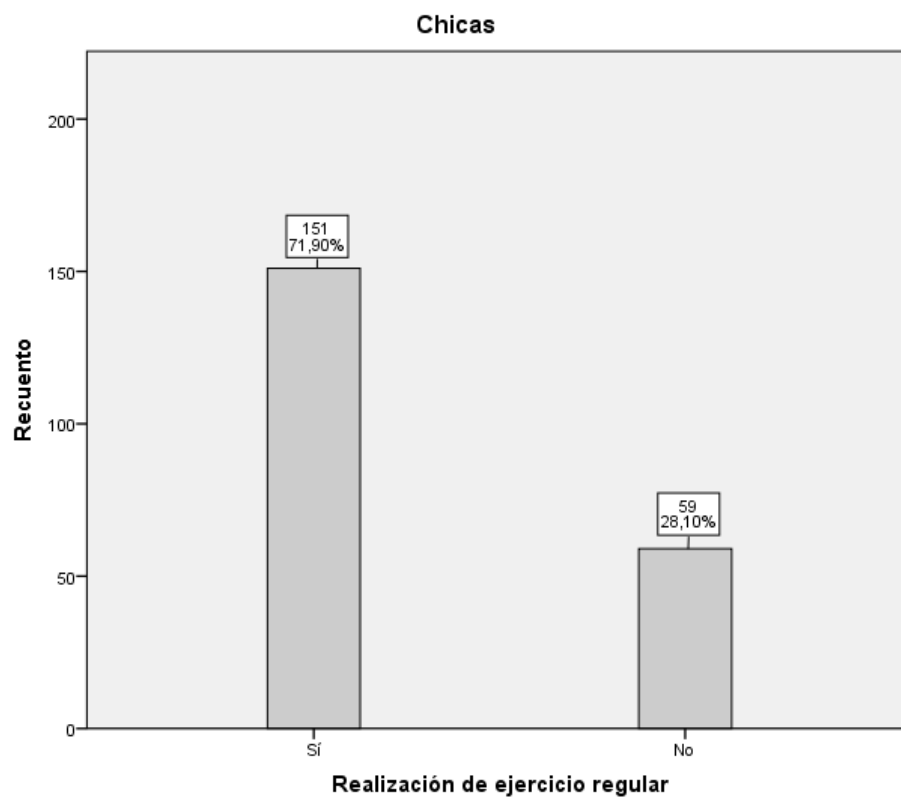
**Figura 4.2** - Participantes en función del nivel de estudios para el grupo de las mujeres

#### 4.1.2. Práctica de ejercicio físico de forma regular

Un dato a considerar para el desarrollo de nuestro estudio fue el hecho de identificar los participantes que hacían ejercicio de forma regular, ya que quizás sería una variable determinante. Los resultados muestran que la mayoría de los participantes del estudio, un 82,21% del total realizaban algún tipo de ejercicio físico de forma regular, mientras que el 17,79% del total de la muestra no realizaban ejercicio físico de forma regular. En la Figura 4.3 y en la Figura 4.4 se representan los porcentajes específicos en función del sexo. Los resultados mostraron un porcentaje mayor de los que realizaban ejercicio físico de forma regular tanto en hombres como en mujeres, y un porcentaje menor de los que no realizaban ejercicio físico de forma regular en ambos.



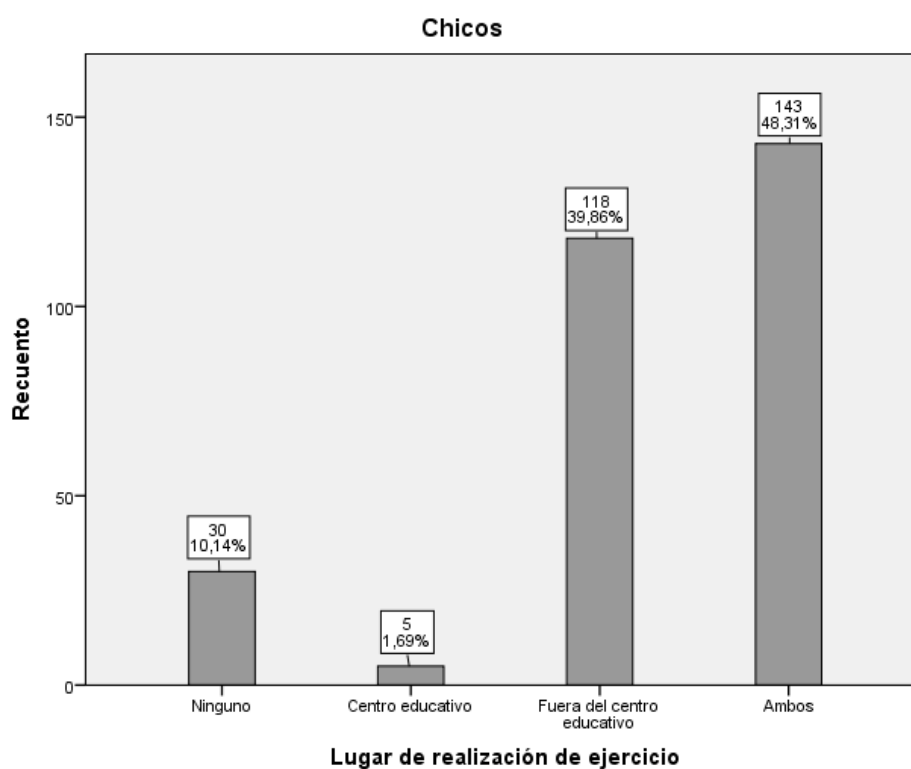
**Figura 4.3** - Participantes en función de la realización de ejercicio de forma regular hombres



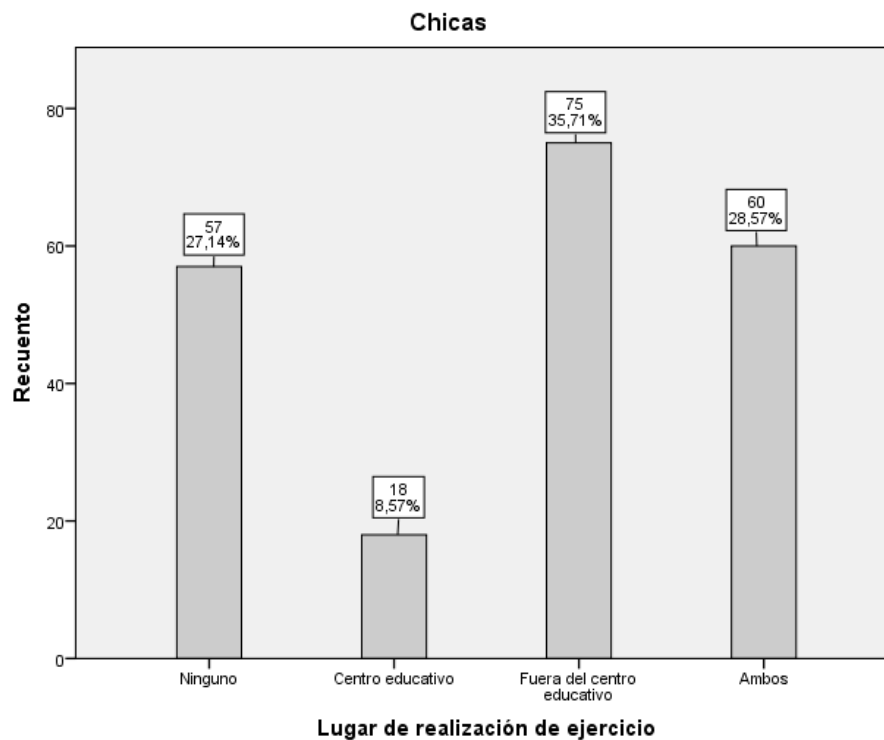
**Figura 4.4** - Participantes en función de la realización de ejercicio de forma regular mujeres

### 4.1.3. Lugar de realización de ejercicio físico

En cuanto al lugar donde realizaban ejercicio, (en el centro educativo, fuera del centro educativo o en ambos lugares), se obtuvieron los siguientes resultados, la mayoría de los participantes realizaban ejercicio en ambos lugares representando el 40,12% de la muestra total, seguido de los participantes que realizaban ejercicio solo fuera del centro educativo representando el 38,14% del total, mientras que un 4,55% de la muestra total realizaban ejercicio solo en el centro educativo, por último un 17,19% del total de la muestras no realizaban ejercicio. Los porcentajes específicos en función del sexo se representan en la Figura 4.5 y en la Figura 4.6. Los hombres mostraron un mayor porcentaje en los que realizaban ejercicio en ambos y un menor porcentaje entre los que lo realizaban en el centro educativo que las mujeres, mientras que las mujeres mostraron un mayor porcentaje en las que realizaban ejercicio fuera del centro educativo y las que no realizaban ejercicio que los hombres.



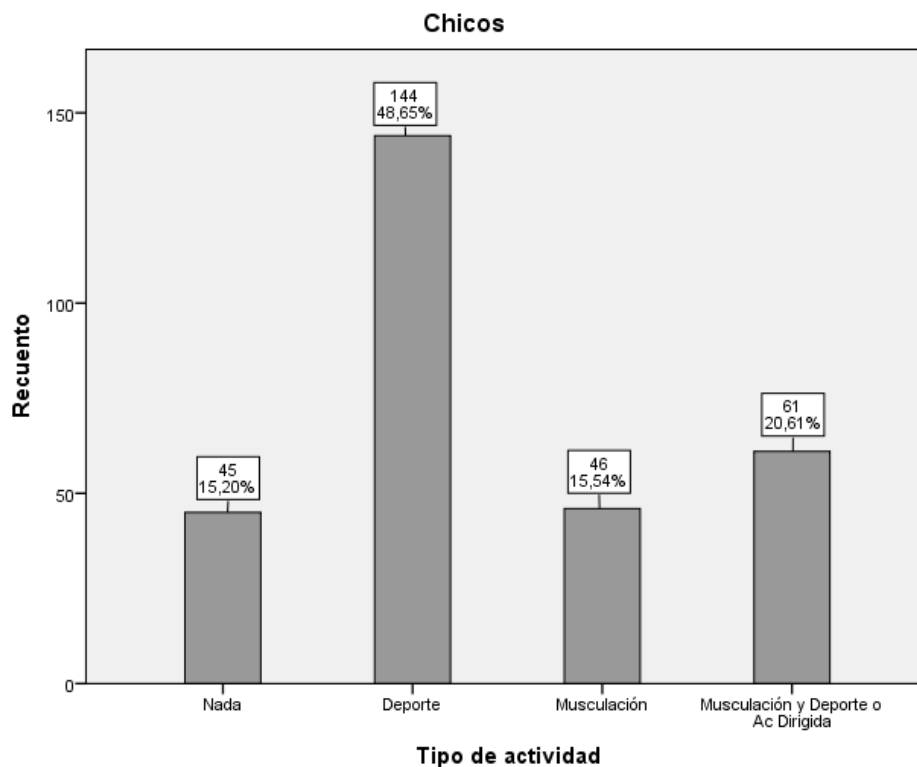
**Figura 4.5** - Participantes en función del lugar donde realizan ejercicio para el grupo de los hombres



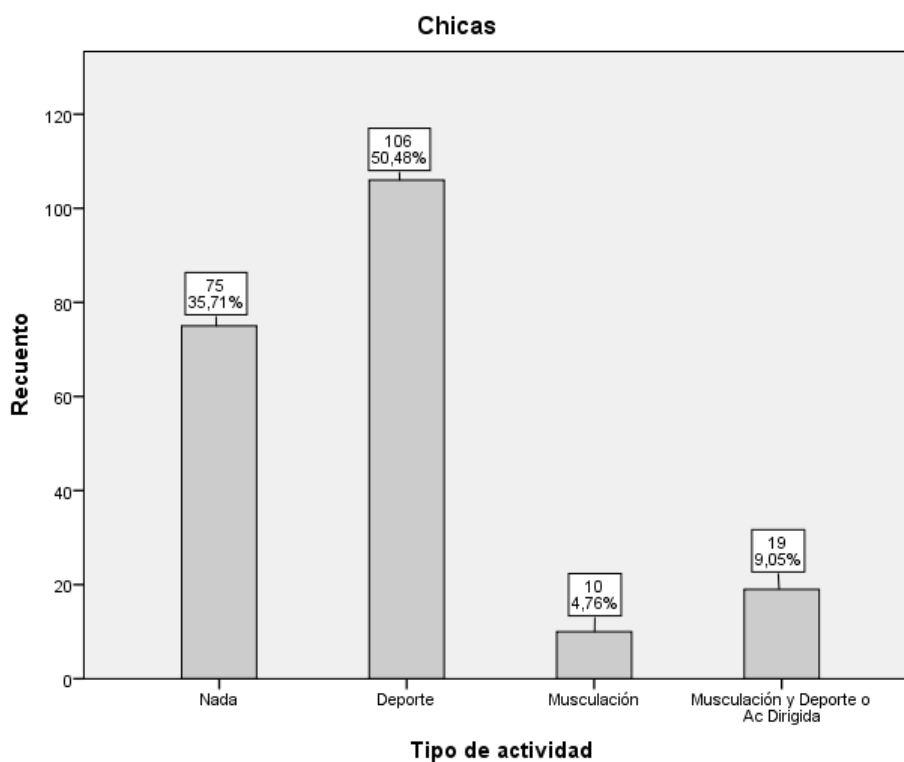
**Figura 4.6** - Participantes en función del lugar donde realizan ejercicio para el grupo de las mujeres

#### 4.1.4. Tipo de ejercicio físico realizado

Entre los datos a considerar, se recogió el tipo de ejercicio realizado, obteniéndose que el 49,41% del total de la muestra realizaban solo deporte, seguido del 23,71% de los que no realizaban nada, los participantes que realizaban algún tipo de deporte o actividad física dirigida más sala de musculación representaron el 15,81% del total de la muestra, y por último un 11,07% de los participantes manifestaron realizar solo musculación. Los porcentajes específicos en función del sexo se representan en la Figura 4.7 y en la Figura 4.8. Los hombres mostraron un mayor porcentaje tanto en los que realizaban musculación y musculación más deporte y/o actividad dirigida que las mujeres, mientras que las mujeres mostraron un mayor porcentaje en las que no realizaban nada que los hombres.



**Figura 4.7** - Participantes en función del tipo de actividad física practicada para el grupo de los hombres

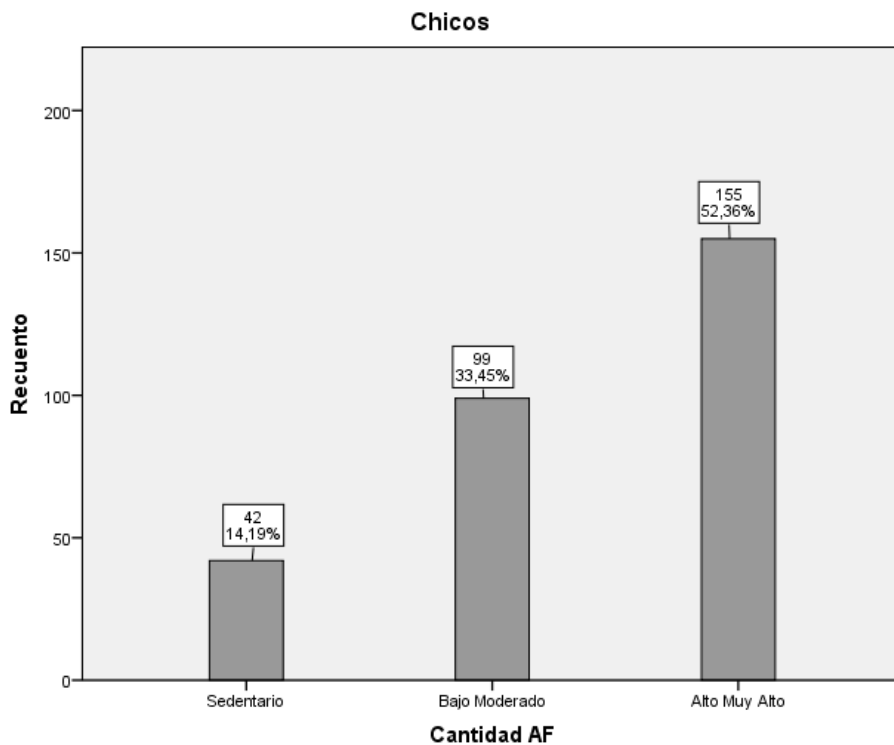


**Figura 4.8** - Participantes en función del tipo de actividad física practicada para el grupo de las mujeres

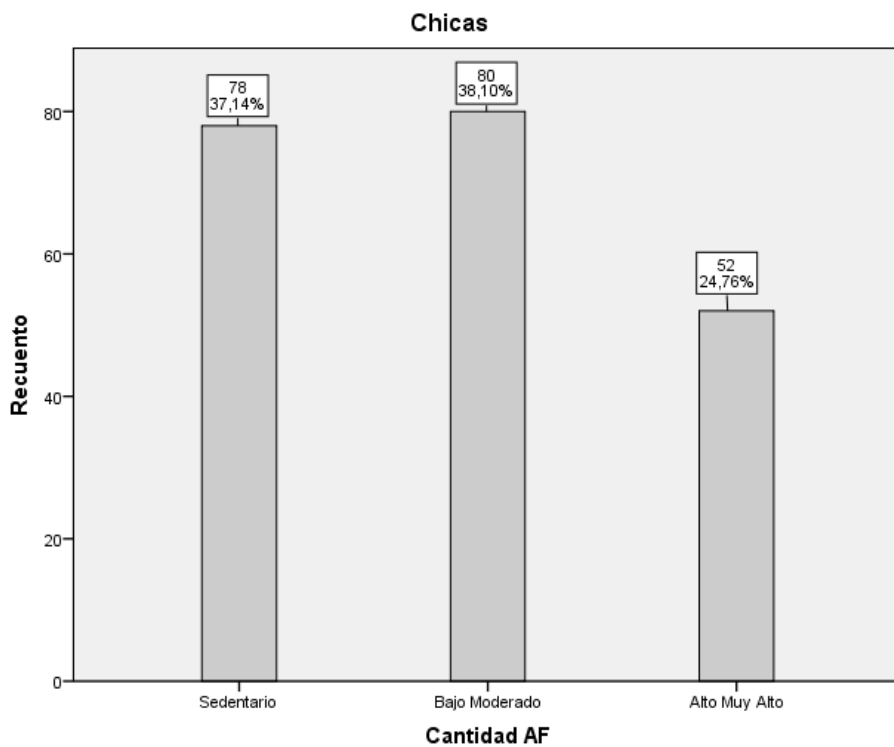
#### **4.1.5. Cantidad de ejercicio físico realizado**

Tras la recogida de la información, las cifras fueron recodificadas con la finalidad de descartar aquellas actividades que no se podían considerar como ejercicio físico, o bien no fueron especificadas en la respuesta, ya que la pregunta se realizaba tanto de forma cerrada, si/no, marcando el recuadro de si era deporte, actividad dirigida o musculación, así como de forma abierta, especificando el nombre del deporte o actividad, como se puede apreciar en el cuadernillo Anexo 7.

Ya de manera codificada, tal y como se ha explicado en el apartado de material y método, se calculó el índice de actividad física, utilizando las variables de frecuencia y duración de la práctica de actividad física. En función de lo cual al 40,91% del total de la muestra se les consideraba que la cantidad de actividad realizada era alta o muy alta, seguido de 35,38% del total de los participantes a los que se consideró que la cantidad era baja o moderada, mientras que se consideró que el 23,72% del total de la muestra la cantidad de actividad física que practicaban eran muy baja o sedentaria. Los porcentajes específicos en función del sexo se representan en la Figura 4.9 y en la Figura 4.10. Los hombres muestran un porcentaje mayor en el nivel alto/muy alto y un porcentaje menor en los niveles bajo/moderado y sedentario que las mujeres con respecto a la cantidad de actividad física practicada.



**Figura 4.9** - Participantes en función de la Cantidad de actividad física practicada para hombres



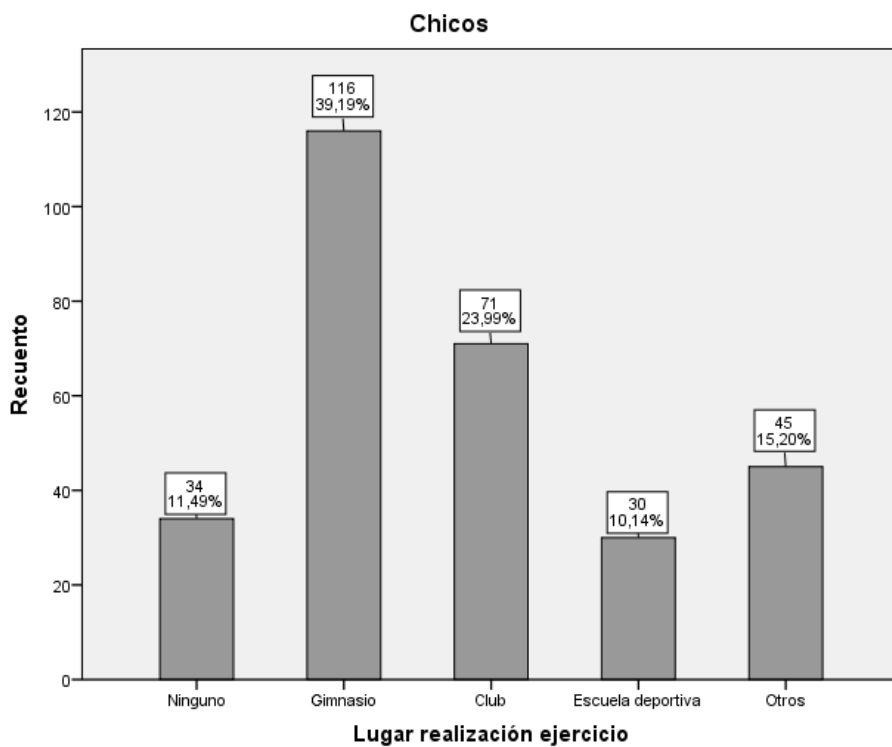
**Figura 4.10** - Participantes en función de la Cantidad de actividad física practicada para mujeres

#### **4.1.6. Actividades deportivas practicadas**

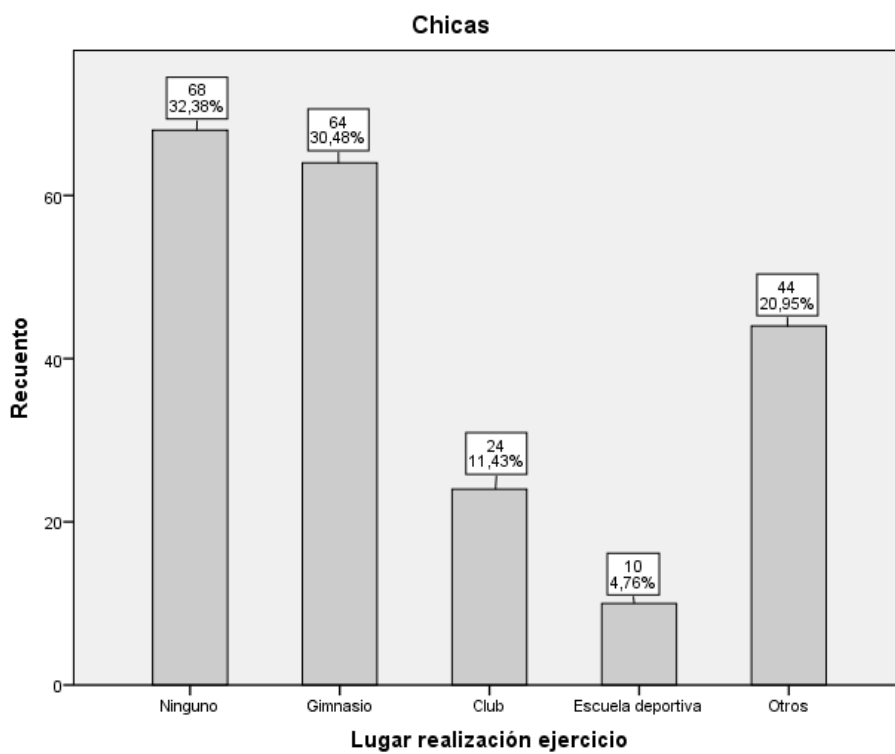
Con respecto a los distintos tipos de instalaciones, espacios o recintos en donde realizaban las actividades deportivas, tanto dentro del centro educativo como fuera del centro, hemos encontrado resultados variados que abarcan desde la práctica de actividad deportiva tanto en recintos cerrados como abiertos, municipales o privados, de acceso libre o de pago, etc.

De forma ya simplificada se obtuvo que el 35,57% del total de los participantes realizaban la práctica de ejercicio físico en el gimnasio, seguido del 18,77% del total que realizaban la actividad en un club deportivo y un 7,91% lo realizaban en una escuela deportiva, mientras que un 17,59% lo realizaban en otros lugares distintos a los mencionados y un 20,16% que no había especificado el lugar o bien no contestó a la pregunta por no realizar ningún tipo de actividad.

Tal y como se muestran los porcentajes específicos en función del sexo representados en la Figura 4.11 y en la Figura 4.12 se obtiene que los hombres muestran un porcentaje mayor en gimnasio y club deportivo que las mujeres, mientras que las mujeres muestran un porcentaje mayor en ningún lugar y otros lugares y menor porcentaje en escuela deportiva y club deportivo que los hombres.



**Figura 4.11** - Participantes en función de los distintos lugares donde realizan actividad física para el grupo de los hombres

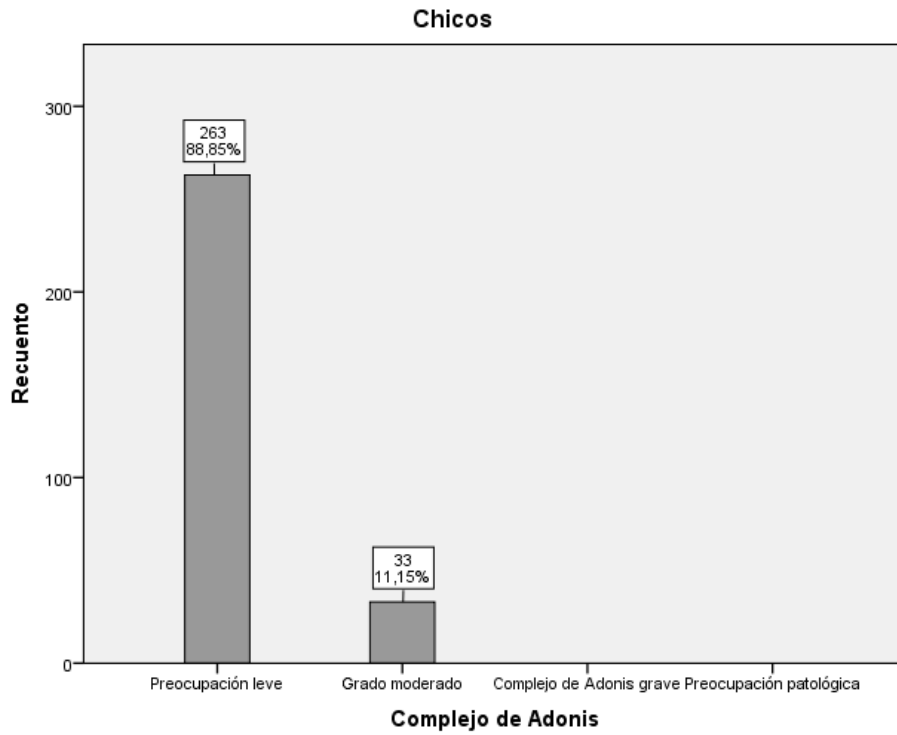


**Figura 4.12** - Participantes en función de los distintos lugares donde realizan actividad física para el grupo de las mujeres

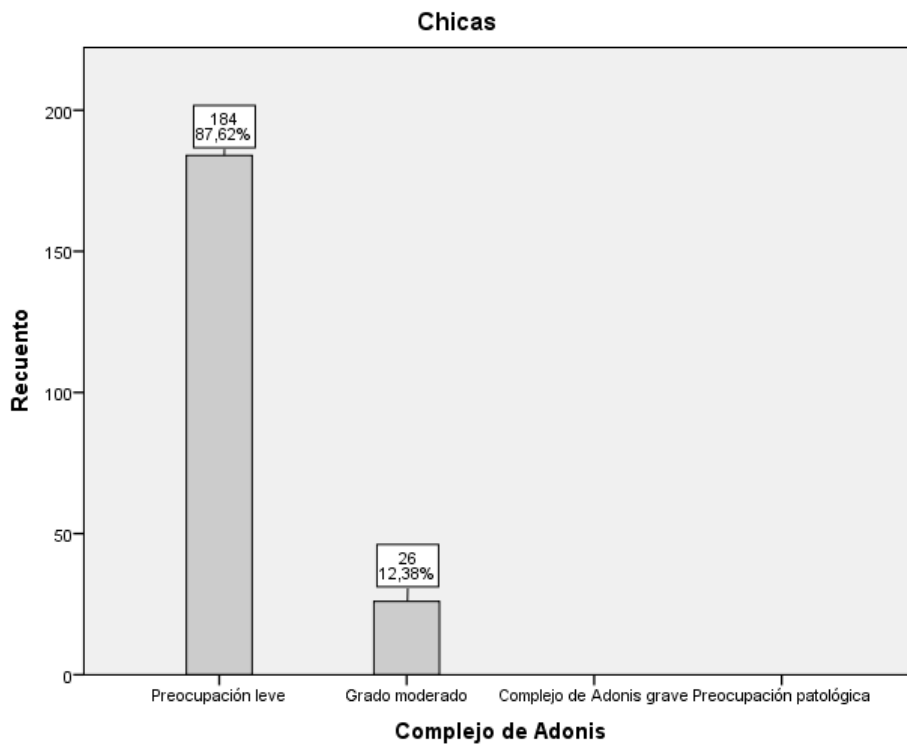
#### 4.1.7. Complejo de Adonis

Otro dato a considerar para el desarrollo de nuestro estudio fue el hecho de identificar el grado de preocupación de padecer vigorexia de los participantes con la finalidad de analizar el riesgo de padecimiento de dismorfia muscular o vigorexia de los participantes según el test del Complejo de Adonis.

Dado que con este instrumento podíamos analizar psicométricamente el grado de insatisfacción que tenían con su aspecto, y hasta qué punto puede llegar para cambiarla. Valorando de esta forma el grado de preocupación de padecer este trastorno, considerándose preocupación leve las puntuaciones comprendidas entre 0 y 9, preocupación moderada las puntuaciones entre 10 y 19, preocupación grave las puntuaciones entre 20 y 29, y preocupación patológica las puntuaciones entre 30 y 39 puntos. Obteniéndose que un 88,28% del total de la muestra de participantes mostraron un grado de preocupación leve, mientras que un 11,66% presentan un grado de preocupación moderado, no encontrándose ningún participante de grado grave ni patológico. Las puntuaciones las dicotomizamos en dos grupos, aquellos que presentaron una puntuación menor de 9, los sujetos que no había preocupación patológica y que conformaron el grupo 1, y más de 9 a los que se les considero en riesgo de padecer CA que conformaron el grupo 2. Los porcentajes específicos en función del sexo que se representan en la Figura 4.13 y en la Figura 4.14 muestran que los porcentajes son similares tanto en hombres como en mujeres.



**Figura 4.13** - Participantes en función del grado de preocupación de padecer vigorexia en el grupo de los hombres



**Figura 4.14** - Participantes en función del grado de preocupación de padecer vigorexia en el grupo de las mujeres

## 4.2. Estadísticos Descriptivos de las variables psicológicas

En este apartado se ofrecen los resultados obtenidos en el estadístico descriptivo de los ítems de las variables psicológicas del estudio: Complejo de adonis, pasión obsesiva y armoniosa, y dos grupos de dimensiones de la personalidad: 1) dinamismo, dominación, control de impulsos, control de emociones, escrupulosidad y perseverancia; 2) Integridad, honestidad, responsabilidad, compromiso social prosociabilidad, justicia e igualdad, hedonismo y reconocimiento social, en general, en hombres y en mujeres.

### 4.2.1. Complejo de Adonis

En la Tabla 4.1, se pueden apreciar los estadísticos descriptivos de los ítems del Complejo de Adonis. En donde se aprecia la puntuación total del cuestionario Complejo de Adonis y la distribución por sexo, reflejado en la tabla la media y la desviación estándar

**Tabla 4.1** - Estadísticos descriptivos de los ítems del Complejo Adonis general, en los hombres y en las mujeres

<b>Complejo Adonis</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	1.12	.32
<b>Varones</b>	296	1.11	.32
<b>Mujeres</b>	210	1.12	.33

### 4.2.2. Pasión

En la siguiente Tabla 4.2, se pueden apreciar los estadísticos descriptivos de los ítems de la Pasión. En donde se aprecia la puntuación total del cuestionario De la Pasión, Armoniosa y Obsesiva y la distribución por sexo, reflejado en la tabla la media y la desviación estándar.

**Tabla 4.2** - Estadísticos descriptivos de los ítems de la Pasión general, en los hombres y en las mujeres

<b>Pasión Armoniosa</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	53.38	23.46
<b>Hombres</b>	296	58.54	20.39
<b>Mujeres</b>	210	1.12	.33
<b>Pasión Obsesiva</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	20.43	12.69
<b>Hombres</b>	296	22.38	12.05
<b>Mujeres</b>	210	17.69	13.08

### 4.2.3. Dimensiones de personalidad del Desarrollo Positivo Adolescente

En la siguiente Tabla 4.3, se pueden apreciar los estadísticos descriptivos de los ítems del DPA. En donde se aprecia la puntuación total de cada una de las dimensiones del cuestionario DPA y la distribución por sexo, reflejando en la tabla la media y la desviación estándar.

**Tabla 4.3** - Estadísticos descriptivos de los ítems del DPA general, en los hombres y en las mujeres

<b>Integridad</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	16.21	3.53
<b>Hombres</b>	296	16.11	3.59
<b>Mujeres</b>	210	16.36	3.46
<b>Honestidad</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	17.09	3.26
<b>Hombres</b>	296	16.77	3.49
<b>Mujeres</b>	210	17.55	2.87
<b>Responsabilidad</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	16.41	3.24
<b>Hombres</b>	296	16.24	3.51
<b>Mujeres</b>	210	16.66	2.80
<b>Compromiso social</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	12.92	3.78
<b>Hombres</b>	296	12.67	3.99
<b>Mujeres</b>	210	13.15	3.45
<b>Prosociabilidad</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	14.21	3.67
<b>Hombres</b>	296	13.72	3.60
<b>Mujeres</b>	210	14.91	3.66
<b>Justicia e Igualdad</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	16.04	3.66
<b>Hombres</b>	296	15.65	3.86
<b>Mujeres</b>	210	16.58	3.30
<b>Hedonismo</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	15.45	3.77
<b>Hombres</b>	296	15.60	3.82
<b>Mujeres</b>	210	15.23	3.69
<b>Reconocimiento Social</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	10.60	4.19
<b>Hombres</b>	296	11.52	4.24
<b>Mujeres</b>	210	9.82	4.01

#### 4.2.4. Dimensiones de personalidad del BFQ

En la Tabla 4.4, se pueden apreciar los estadísticos descriptivos de los ítems del BFQ. En donde se aprecia la puntuación total de cada una de las dimensiones del cuestionario BFQ y la distribución por sexo, reflejando en la tabla la media y la desviación estándar.

**Tabla 4.4** - Estadísticos descriptivos de los ítems del BFQ general, en los hombres y en las mujeres

<b>Dinamismo</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	0.86	0.92
<b>Hombres</b>	296	0.87	0.95
<b>Mujeres</b>	210	0.85	0.88
<b>Dominación</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	0.35	0.91
<b>Hombres</b>	296	0.52	0.88
<b>Mujeres</b>	210	0.10	0.91
<b>Control Impulsos</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	-0.46	1.12
<b>Hombres</b>	296	0.68	1.05
<b>Mujeres</b>	210	0.74	1.15
<b>Control Emociones</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	-0.14	0.88
<b>Hombres</b>	296	-0.00	0.80
<b>Mujeres</b>	210	-0.34	0.95
<b>Escrupulosidad</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	0.41	0.98
<b>Hombres</b>	296	2.66	0.97
<b>Mujeres</b>	210	0.62	0.96
<b>Perseverancia</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Total</b>	506	1.18	0.96
<b>Hombres</b>	296	1.18	0.95
<b>Mujeres</b>	210	1.19	0.98

### 4.3. Análisis correlacional

En este apartado se analizan las relaciones entre el complejo de Adonis, la pasión (obsesivo y armonioso), los valores y la personalidad de los adolescentes basada en el sexo (ver Tabla 4.5 para hombres y Tabla 4.6 para mujeres). Después de realizar el análisis de correlación bivalente (Pearson) en hombres, se observa que el complejo de Adonis se correlaciona de manera positiva con la dimensión escrupulosidad  $r(294) = .120, p < .05$  de la variable de la personalidad, y con la dimensión reconocimiento social  $r(294) = .129, p < .05$  de la variable de los valores; y de forma negativa con el control emocional  $r(294) = .234, p < .01$  y el control de impulsos  $r(294) = -.122, p < .05$  dimensiones de las variables de la personalidad.

En cuanto a las mujeres, los datos obtenidos indican que el Complejo Adonis no se correlaciona positivamente con ninguna de las variables; y de forma negativa se correlaciona con Control emocional  $r(208) = -.159, p < .05$  y Control de impulsos  $r(208) = -.163, p < .05$ , dimensiones de la variable de la personalidad.

**Tabla 4.5** - Análisis correlacional entre las distintas variables psicológicas analizadas en Hombres

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. <b>Integridad</b>	1																
2. <b>Honestidad</b>	,549**	1															
3. <b>Resp.</b>	,518**	,646**	1														
4. <b>Comp.Social</b>	,403**	,423**	,466**	1													
5. <b>Prosociabilidad</b>	,436**	,573**	,507**	,637**	1												
6. <b>Just. e Igual.</b>	,471**	,601**	,575**	,593**	,719**	1											
7. <b>Hedonismo</b>	,464**	,465**	,423**	,257**	,257**	,284**	1										
8. <b>Reco. Social</b>	,177**	,212**	,231**	,275**	,190**	,123*	,317**	1									
9. <b>Armónica</b>	,195**	,249**	,269**	,187**	,128*	0,073	,289**	,256**	1								
10. <b>Obsesiva</b>	0,112	,134*	,129*	,118*	0,037	-0,05	,196**	,245**	,903**	1							
11. <b>C. Adonis</b>	-0,03	0,041	0,061	0,093	-0,01	-0,03	0,045	,129*	0,035	0,085	1						
12. <b>Dinamismo</b>	,170**	,227**	,230**	,207**	,202**	,153**	,200**	0,078	,217**	,130*	0,009	1					
13. <b>Dominación</b>	0,111	,128*	,126*	0,056	0,05	-0,06	,140*	,326**	,307**	,299**	0,033	,400**	1				
14. <b>Ctrl Impulsos</b>	-0,07	-0,09	-0,03	-0,03	0,082	0,06	-,169**	-,329**	-0,1	-0,11	-,122*	-0,1	-,222**	1			
15. <b>Ctrl. Emociones</b>	-0,02	-0,11	0,021	-0,08	-0,08	-0,06	-0,07	-0,08	-0,08	-0,1	-,234**	0,09	,136*	,269**	1		
16. <b>Escrupulosidad</b>	0,074	0,109	,193**	,124*	,177**	,155**	-0,02	-0,06	-0,01	-0,05	,124*	,136*	,132*	0,05	-0,11	1	
17. <b>Perseverancia</b>	,223**	,305**	,333**	,213**	,224**	,228**	,174**	0,037	,200**	,121*	-0,02	,458**	,387**	0,01	0,095	,450**	1

(\*) p <,05; (\*\*) p <,01

Tabla 4.6 - Análisis correlacional entre las distintas variables psicológicas analizadas en Mujeres

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Integridad	1																
2. Honestidad	,491**	1															
3. Resp.	,431**	,582**	1														
4. Comp.Social	,358**	,369**	,316**	1													
5. Prosocialidad	,475**	,532**	,419**	,601**	1												
6. Just. e Igual.	,473**	,559**	,410**	,464**	,600**	1											
7. Hedonismo	,469**	,369**	,226**	,354**	,325**	,238**	1										
8. Reco. Social	0,113	,182**	0,093	,196**	,226**	0,1	,242**	1									
9. Armónica	-0,005	0,066	0,087	,148*	0,08	0,021	0,129	0,078	1								
10. Obsesiva	-0,056	0,02	0,022	,156*	0,08	0,007	0,122	,150*	,886**	1							
11. C. Adonis	0,032	0,054	0,071	0,058	0,056	-0,009	0,085	-0,056	0,046	0,102	1						
12. Dinamismo	0,124	,152*	,226**	,227**	,150*	0,109	,223**	0,021	,341**	,329**	0,094	1					
13. Dominación	-0,042	-0,059	-0,064	0,028	-0,06	0,013	0,039	,174*	,257**	,291**	-0,075	,405**	1				
14. Ctrl Impulsos	-0,069	-0,085	-0,1	-0,048	-0,075	-0,036	-0,13	-0,066	-0,057	-0,108	-,163*	-,297**	-,137*	1			
15. Ctrl. Emociones	-0,111	-,215**	-,171*	-0,025	-,162*	-,197**	-0,054	-,163*	0,033	0,017	-,159*	0,082	0,056	,463**	1		
16. Escrupulosidad	0,095	0,125	,172*	-0,003	0,127	0,094	0,049	0,037	0,123	0,11	0,061	0,118	,268**	-0,026	-,185**	1	
17. Perseverancia	0,048	0,106	,157*	-0,001	0,06	0,135	-0,011	-0,123	,154*	0,112	-0,039	,388**	,415**	-0,045	0,051	,382**	1

#### **4.4. Análisis inferencial**

En este apartado, se realizan análisis inferenciales para cada sexo por separado, empleando el Modelo Lineal General.

Las variables independientes fueron: Tipo de actividad física realizada (Nada, Actividad física /Deporte, Musculación, y Actividad Dirigida/Deporte), Cantidad de Actividad Física realizada (Nada, Bajo/Moderado y Alto/Muy Alto), realización de Dieta (Si/No) y toma de Suplementos (Si/No).

Como variables dependientes se consideraron las siguientes: Complejo de Adonis, Pasión Obsesiva y Armoniosa, y dos grupos de dimensiones de la personalidad: 1) dinamismo, dominación, control de impulsos, control de emociones, escrupulosidad y perseverancia; 2) Integridad, honestidad, responsabilidad, compromiso social prosociabilidad, justicia e igualdad, hedonismo y reconocimiento social.

#### 4.4.1. Complejo de Adonis en función de la cantidad y el tipo de actividad física realizada, la dieta y la suplementación

##### 4.4.1.1. Complejo de Adonis en Hombres

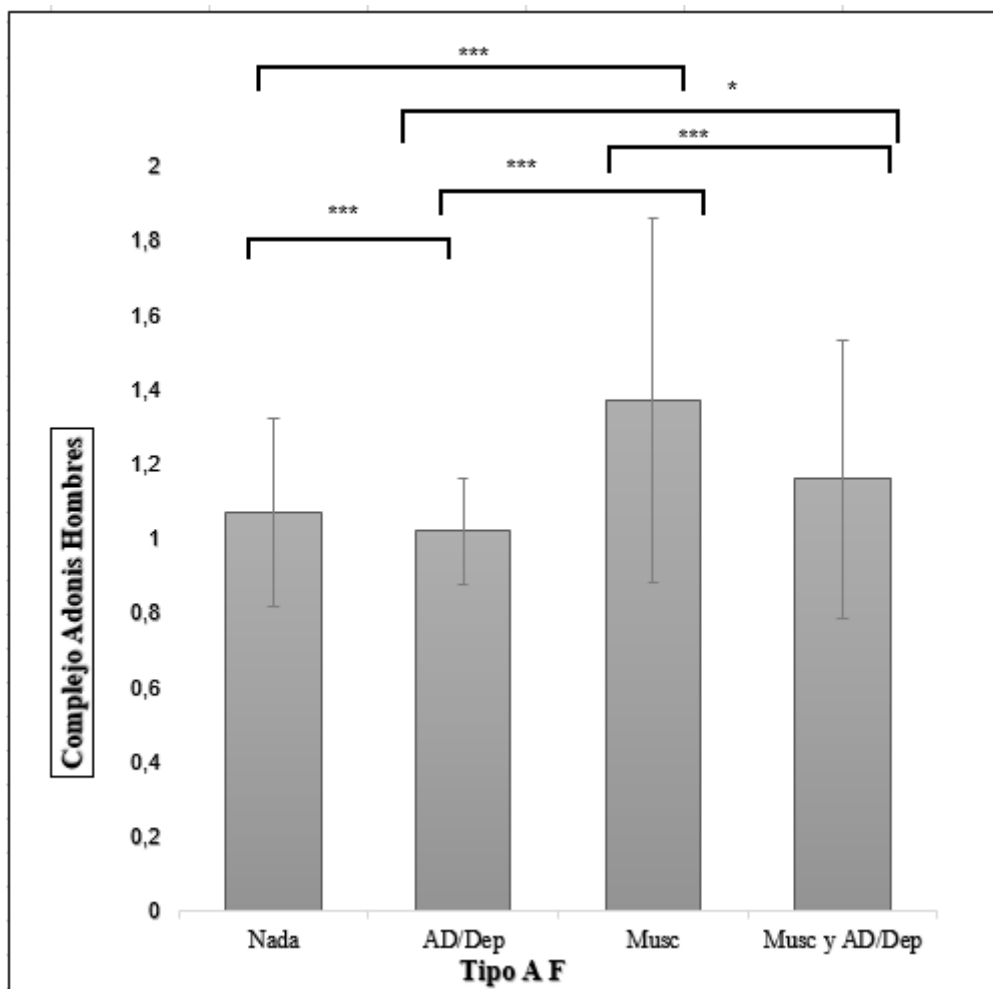
En cuanto al Complejo de Adonis en hombres, se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal en la Tabla 4.7. Tal y como se aprecia, se obtienen diferencias significativas para las variables independientes tipo de actividad física realizada y realización de dieta.

**Tabla 4.7** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Univariado para el complejo de Adonis en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$
COMPLEJO DE ADONIS HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	1.07	.252	10.283	<.001	.104	.999
		AD/Dep	144	1.02	.143				
		Musc	46	1.37	.488				
		Musc y AD/Dep	61	1.16	.373				
	Cantidad AF	Nada	38	1.08	.273	.482	.618	.004	.129
		Bajo/Moderado	100	1.07	.256				
		Alto/muy alto	158	1.15	.354				
	Dieta	Si	54	1.26	.442	5.495	.020	.020	.646
		No	242	1.08	.270				
	Suplementación	Si	49	1.27	.446	.176	.675	.001	.070
		No	247	1.20	.969				
		Suplementación * dieta				.106	.745	.000	.062
		Suplementación * tipo AF				.487	.615	.004	.129
	Suplementación * Cantidad AF				.357	.551	.001	.091	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida; Dep: Deporte; Musc: Musculación

En la Figura 4.15 se muestran los resultados del post-hoc (test de Bonferroni) para el tipo de actividad. Se observa como hubo diferencias significativas entre todos los grupos en función del tipo de actividad física practicada para el complejo de Adonis en hombres. Las mayores puntuaciones se dieron cuando los deportistas realizaron únicamente musculación, seguidas por musculación más deporte, nada y finalmente actividad dirigida más deporte.



**Figura 4.15** - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función del tipo de actividad para el Complejo de adonis en hombres

#### 4.4.1.2. Complejo de Adonis en Mujeres

En cuanto al Complejo de Adonis en mujeres, se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Univariado en la Tabla 4.8. Tal y como se aprecia, hay diferencias significativas para la variable independiente realización de dieta, encontrando que los sujetos que realizan dieta obtienen puntuaciones mayores en el Complejo de Adonis en mujeres.

**Tabla 4.8** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Univariado para el complejo de Adonis en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
COMPLEJO DE ADONIS MUJERES	Tipo AF	Nada	75	16.32	3.476					
		AD/Dep	106	16.08	3.564	.461	.710	.007	.142	
		Musc	10	18.20	2.529					
		Musc y AD/Dep	19	17.10	3.053					
	Cantidad AF	Nada	78	1.06	.247					.1.816
		Bajo/Moderado	81	1.11	.316					
		Alto/muy alto	51	1.24	.428					
	Dieta	Si	31	1.04	.796	4.474	<b>.036</b>	.024	.557	
		No	179	.82	.899					
	Suplementación	Si	15	1.10	.706	.789	.376	.004	.143	
		No	195	.83	.898					
	Suplementación * dieta						2.576	.110	.014	.358
	Suplementación * tipo AF						.184	.832	.002	.078
Suplementación * Cantidad AF						.149	.862	.002	.073	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida; Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.2. Pasión en función de la cantidad y el tipo de actividad física, la dieta y la suplementación

##### 4.4.2.1. Pasión Armoniosa en Hombres

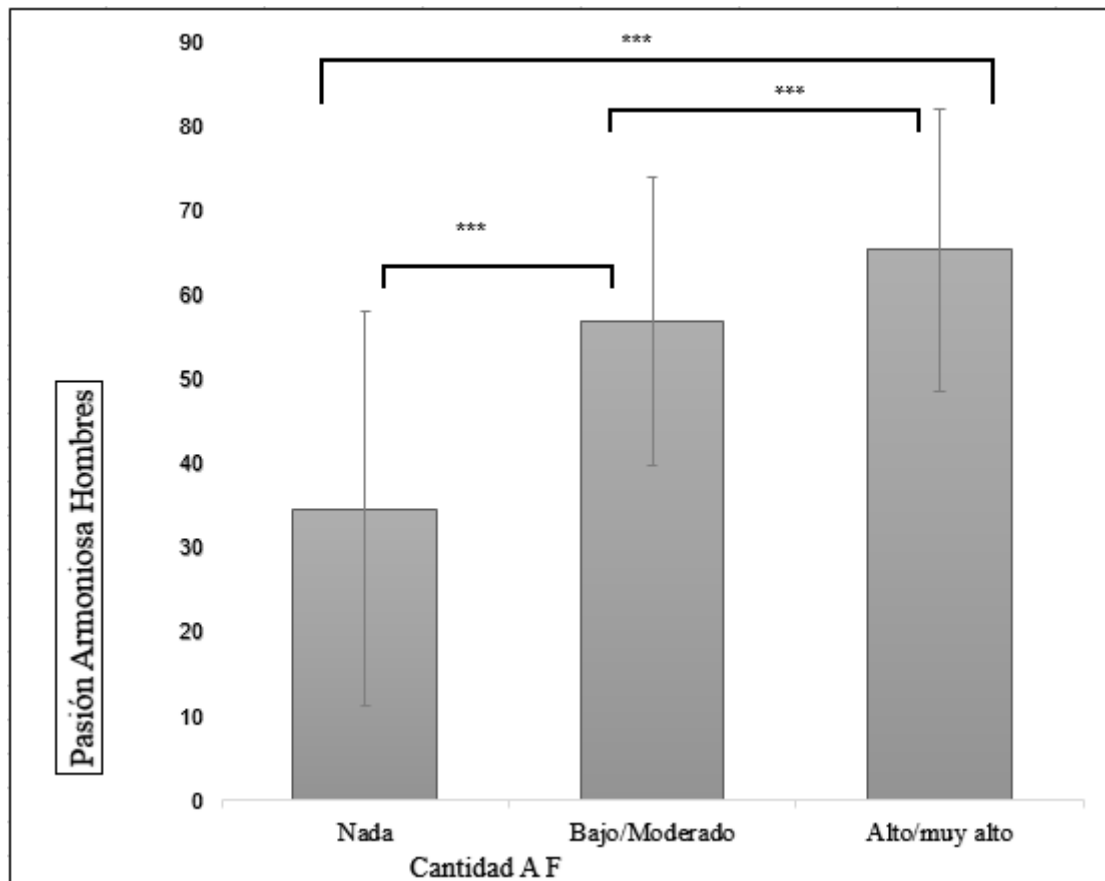
En cuanto a la Pasión Armoniosa en hombres, se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.9. Tal y como se aprecia, se obtienen diferencias significativas para las variables independientes Cantidad de Actividad Física realizada y realización de dieta. En el caso de la dieta se observa que aquellos sujetos que realizan dieta obtienen una puntuación mayor en la pasión armoniosa que aquellos que no realizan dieta.

**Tabla 4.9** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la Pasión Armoniosa en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
PASIÓN ARMONIOSA HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	36.17	21.622	1.237	.297	.014	.330	
		AD/Dep	144	62.95	17.764					
		Musc	46	57.56	18.125					
		Musc y AD/Dep	61	65.37	15.291					
	Cantidad AF	Nada	38	34.57	23.390	6.567	<.002	.047	.908	
		Bajo/Moderado	100	56.89	17.181					
		Alto/muy alto	158	65.35	16.705					
	Dieta	Si	54	62.90	21.268	4.764	.030	.018	.585	
		No	242	57.57	20.111					
	Suplementación	Si	49	65.12	20.104	1.304	.255	.005	.206	
		No	247	57.23	20.239					
		Suplementación * dieta					.953	.330	.004	.163
		Suplementación * tipo AF					2.453	.088	.018	.491
	Suplementación * Cantidad AF					.003	.957	.000	.050	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida; Dep: Deporte; Musc: Musculación

Para poder analizar cómo se relacionan la pasión armoniosa con la cantidad de actividad física realizada se ha aplicado el test de Bonferroni, y la Figura 4.16 muestra cómo hubo diferencias significativas entre todos los grupos, obteniendo valores más altos en la variable pasión armoniosa cuanto más actividad física se realiza.



**Figura 4.16** - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad de actividad para la pasión Armoniosa en hombres

#### 4.4.2.2. Pasión Obsesiva en Hombres

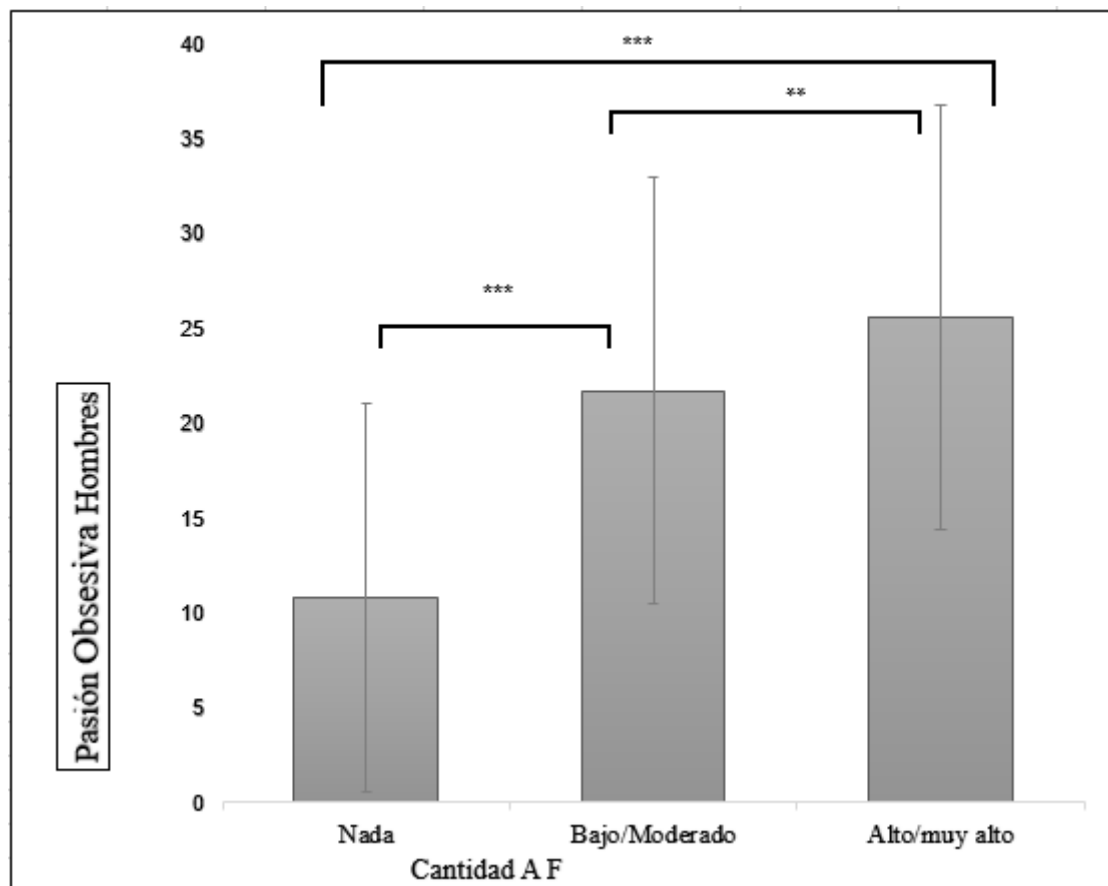
En cuanto a la Pasión Obsesiva en hombres, se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.10. Tal y como se aprecia, se obtienen diferencias significativas para la variable independiente Cantidad de Actividad Física realizada, obteniendo valores más altos en la variable pasión obsesiva cuanto más actividad física se realiza.

**Tabla 4.10** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la Pasión Obsesiva en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
PASIÓN OBSESIVA HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	11.48	9.442					
		AD/Dep	144	24.29	11.890	.356	.785	.004	.119	
		Musc	46	23.41	10.984					
		Musc y AD/Dep	61	25.43	10.729					
	Cantidad AF	Nada	38	10.84	10.223					
			Bajo/Moderado	100	21.73	11.255	3.417	<b>.034</b>	.025	.369
			Alto/muy alto	158	25.57	11.211				
	Dieta		Si	54	25.11	11.389	.260	.611	.001	.113
			No	242	21.77	12.134				
	Suplementación		Si	49	25.51	11.688	.539	.463	.002	.080
			No	247	21.76	12.049				
			Suplementación * dieta				.220	.639	.001	.075
			Suplementación * tipo AF				.024	.876	.000	.246
		Suplementación * Cantidad AF				1.118	.329	.008	.053	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida; Dep: Deporte; Musc: Musculación

En la Figura 4.17 se muestran los resultados del post-hoc (test de Bonferroni) para la cantidad de actividad física realizada. Se observa como hubo diferencias significativas entre todos los grupos en función de la cantidad de actividad física para la pasión obsesiva en hombres. Siendo las puntuaciones más elevadas entre el grupo de participantes que realizan una cantidad de actividad física alta, por lo que los valores más altos en la variable pasión obsesiva aumentan cuanta más actividad física se realiza.



**Figura 4.17** - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad de actividad para la pasión obsesiva en hombres

#### 4.4.2.3. Pasión Armoniosa en Mujeres

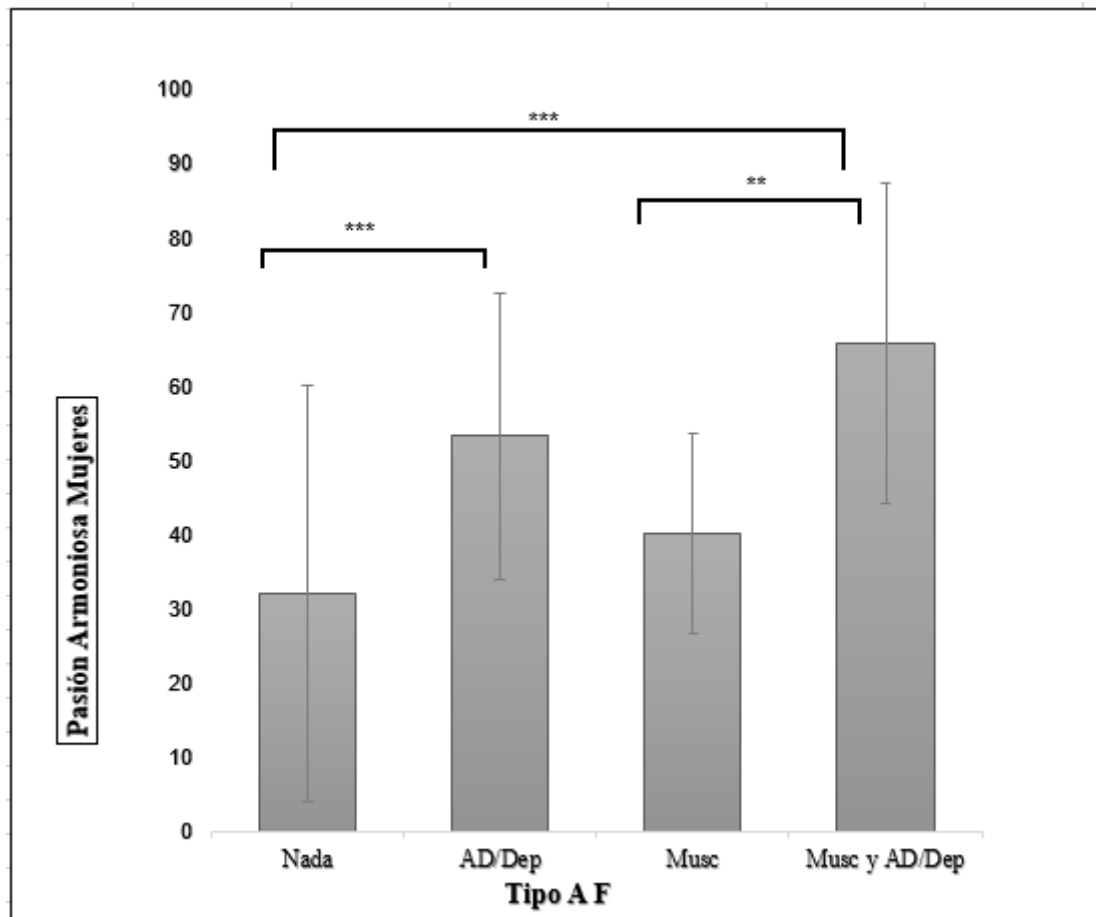
En cuanto a la Pasión Armoniosa en mujeres, se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.11. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas, aunque existe una tendencia para las variables independientes cantidad de Actividad Física realizada y Tipo de Actividad física que practica.

**Tabla 4.11** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la Pasión Armoniosa en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
PASIÓN ARMONIOSA MUJERES	Tipo AF	Nada	75	31.96	28.079	2.310	<b>.078</b>	.036	.575	
		AD/Dep	106	53.25	19.299					
		Musc	10	40.10	13.420					
		Musc y AD/Dep	19	65.84	21.546					
	Cantidad AF	Nada	78	29.84	26.968	2.751	<b>.066</b>	.029	.538	
		Bajo/Moderado	81	51.33	18.713					
		Alto/muy alto	51	62.68	17.588					
	Dieta	Si	31	51.74	26.364	.194	.660	.001	.072	
		No	179	45.13	25.344					
	Suplementación	Si	15	46.06	25.109	.490	.485	.003	.170	
		No	195	46.11	26.364					
	Suplementación * dieta						1.082	.300	.006	.179
	Suplementación * tipo AF						1.654	.199	.018	.346
	Suplementación * Cantidad AF						.397	.673	.004	.113

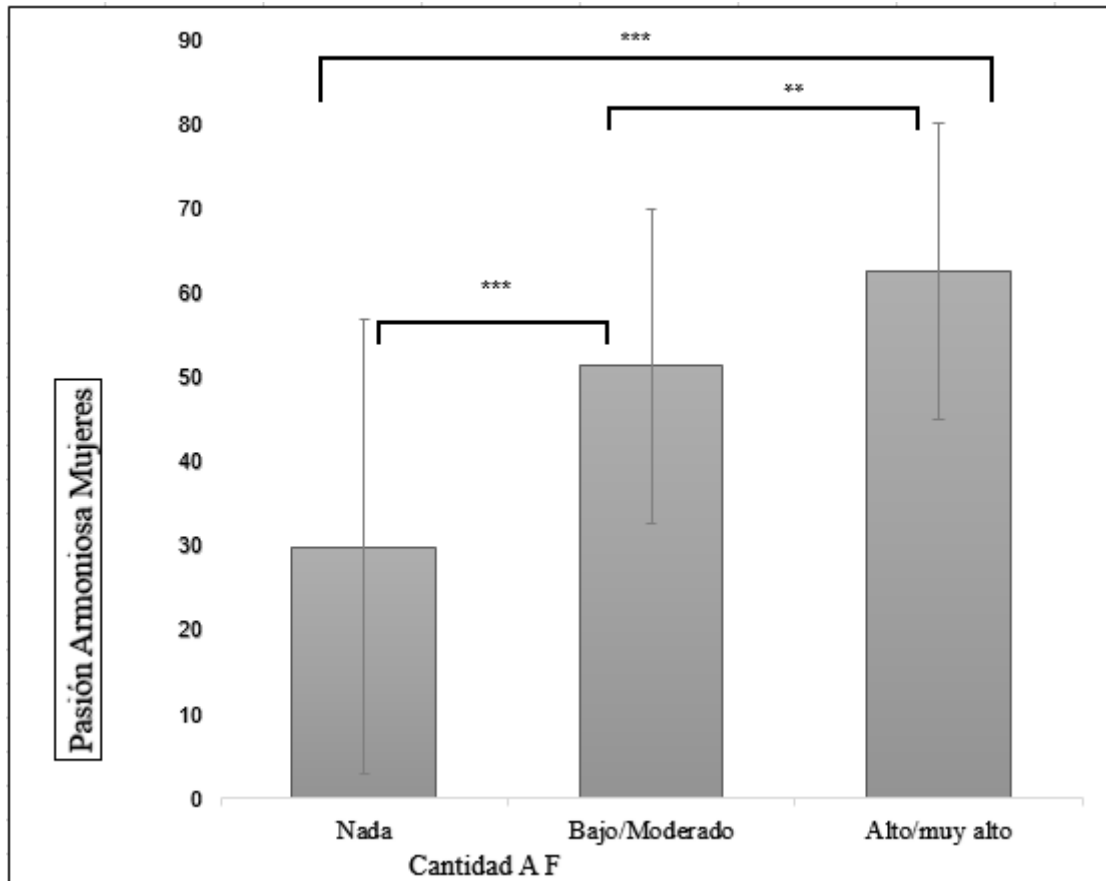
Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida; Dep: Deporte; Musc: Musculación

Tras realizar el análisis post-hoc mediante el test de Bonferroni. (Figura 4.18), se observa que existen diferencias entre algunas de las dimensiones de las variables dependientes. Apreciándose puntuaciones más elevadas en el grupo de mujeres que practican musculación más algún tipo de deporte o actividad dirigida, por tanto, la pasión armoniosa es más elevada cuantos más tipos de actividades se practican.



**Figura 4.18** - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función del tipo de actividad física para la pasión Armoniosa en mujeres

En la Figura 4.19 se muestran los resultados del post-hoc (test de Bonferroni), para la cantidad de actividad física realizada. Se puede observar que existen diferencias muy significativas entre algunas de las dimensiones de las variables dependientes en función la cantidad de actividad física realizada para la pasión armoniosa en mujeres. Apreciándose valores más altos en la pasión armoniosa cuanto más cantidad de actividad física se realiza.



**Figura 4.19** - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad de actividad física para la pasión Armoniosa en mujeres

#### 4.4.2.4. Pasión Obsesiva en Mujeres

En cuanto a la Pasión Obsesiva en mujeres, se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.12. Se puede apreciar que existen diferencias significativas para las variables independientes cantidad de actividad física realizada y el tipo de actividad física que practica con respecto a la variable dependiente pasión obsesiva en mujeres.

**Tabla 4.12** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la Pasión obsesiva en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$
PASIÓN OBSESIVA MUJERES	Tipo AF	Nada	75	12.09	13.822	3.205	<b>.029</b>	.050	.733
		AD/Dep	106	20.15	10.841				
		Musc	10	11.70	5.793				
		Musc y AD/Dep	19	29.26	13.152				
	Cantidad AF	Nada	78	10.64	12.505	3.276	<b>.040</b>	.034	.617
		Bajo/Moderado	81	18.81	10.237				
		Alto/muy alto	51	26.70	12.033				
	Dieta	Si	31	21.16	14.050	.018	.894	.000	.052
		No	179	17.09	12.858				
	Suplementación	Si	15	17.40	15.855	.861	.355	.005	.152
		No	195						
	Suplementación * dieta					.417	.591	.002	.098
	Suplementación * tipo AF					.572	.565	.006	.144
Suplementación * Cantidad AF					.121	.886	.001	.068	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

En la Figura 4.20 se muestran los resultados del post-hoc (test de Bonferroni), para el Tipo de Actividad física practicada. Donde se aprecia que las mayores puntuaciones corresponden al grupo de participantes que practican musculación más deporte/actividad dirigida, por lo que existe una relación entre el tipo de actividad física practicada y la Pasión Obsesiva en mujeres.

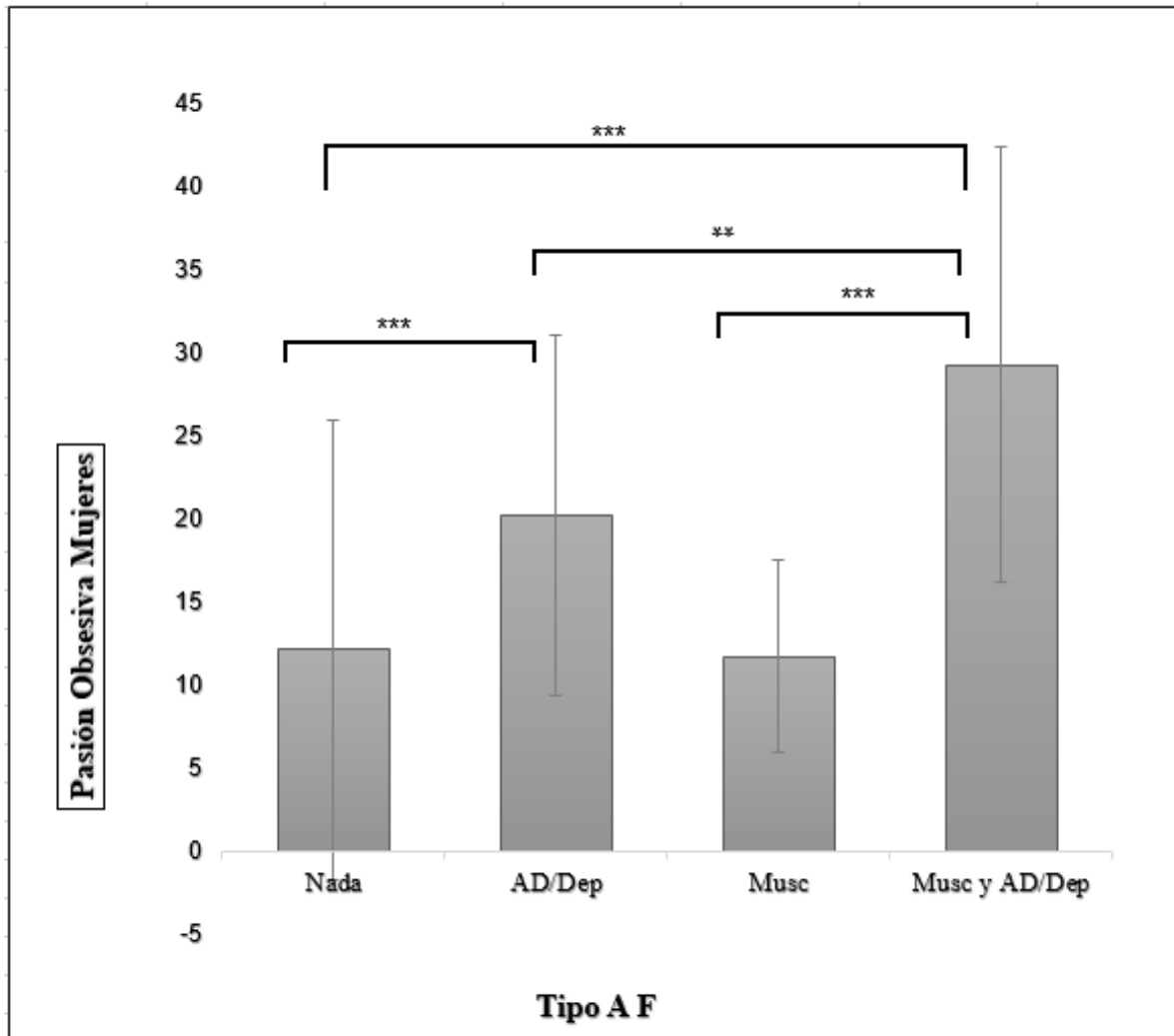
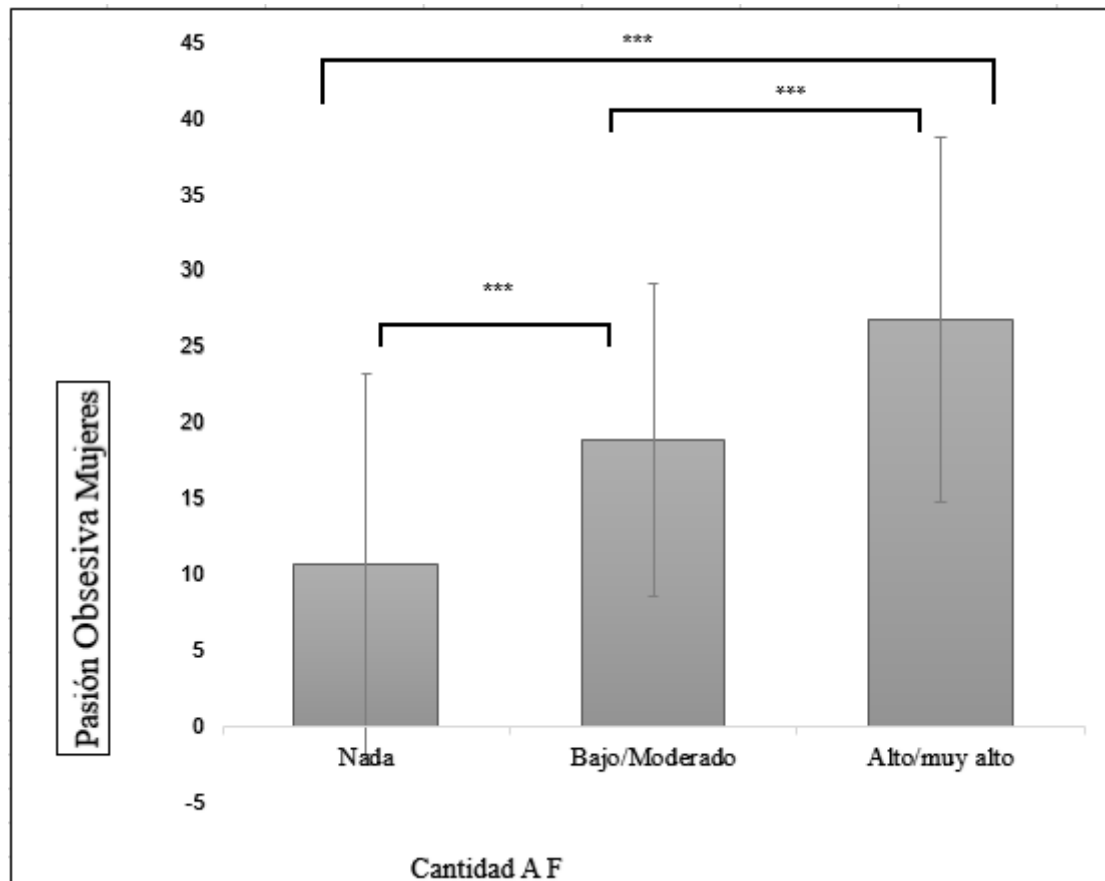


Figura 4.20 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función del tipo de actividad física para la pasión obsesiva en mujeres

Con respecto a la cantidad de actividad física realizada (Figura 4.21), los resultados del post-hoc (test de Bonferroni), muestran que las mayores puntuaciones corresponden al grupo de participantes que realizan gran cantidad de actividad, por lo que la pasión obsesiva en mujeres aumenta con la cantidad de actividad realizada.



**Figura 4.21** - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad de actividad física para la pasión obsesiva en mujeres

#### 4.4.3. Valores en función de la cantidad y el tipo de actividad física, la dieta y la suplementación

En este segundo análisis de la personalidad se consideraron las siguientes variables: Integridad, honestidad, responsabilidad, compromiso social, prosociabilidad, justicia e igualdad, hedonismo y reconocimiento social.

#### 4.4.3.1. Integridad en hombres

En cuanto a la variable dependiente Integridad en Hombres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.13. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas para las variables independientes. Según estos datos podemos establecer que no existe una relación entre las variables independientes planteadas con la variable dependiente integridad en hombres.

**Tabla 4.13** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Integridad en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
INTEGRIDAD HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	15.77	4.022	1.898	.130	.021	.489	
		AD/Dep	144	15.75	3.578					
		Musc	46	16.04	3.431					
		Musc y AD/Dep	61	17.26	3.239					
	Cantidad AF	Nada	38	16.18	4.229	.194	.823	.001	.080	
		Bajo/Moderado	100	15.65	3.836					
		Alto/muy alto	158	16.38	3.247					
	Dieta	Si	54	17.13	3.009	.342	.559	.001	.090	
		No	242	15.88	3.677					
	Suplementación	Si	49	17.06	3.210	1.292	.257	.005	.205	
		No	247	15.92	3.640					
	Suplementación * dieta						.009	.923	.000	.051
	Suplementación * tipo AF						.559	.573	.004	.142
	Suplementación * Cantidad AF						.003	.959	.000	.050

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.3.2. Honestidad en hombres

En cuanto a la variable dependiente Honestidad en Hombres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.14. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas para las variables independientes planteadas, por lo que no existe una relación entre las variables independientes planteadas con la variable dependiente honestidad en hombres.

**Tabla 4.14** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Honestidad en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$
HONESTIDAD HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	15.93	4.036	1.231	.299	.014	.328
		AD/Dep	144	16.81	3.453				
		Musc	46	16.56	3.600				
		Musc y AD/Dep	61	17.45	2.95				
	Cantidad AF	Nada	38	15.65	4.128	.079	.924	.001	.062
		Bajo/Moderado	100	16.59	3.312				
		Alto/muy alto	158	17.16	3.387				
	Dieta	Si	54	17.70	2.859	1.464	.227	.005	.226
		No	242	13.57	3.588				
	Suplementación	Si	49	17.12	3.146	.123	.726	.000	.064
		No	247	16.70	3.556				
		Suplementación * dieta				1.393	.239	.005	.217
		Suplementación * tipo AF				.221	.802	.002	.084
	Suplementación * Cantidad AF				.006	.938	.000	.051	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.3.4. Responsabilidad en hombres

En cuanto a la variable dependiente Responsabilidad en Hombres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.15. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas para las variables independientes planteadas, por lo que no existe una relación entre las variables independientes planteadas con la variable dependiente responsabilidad en hombres.

**Tabla 4.15.** Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente responsabilidad en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
RESPONSABILIDAD HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	15.33	3.884	1.466	.224	.016	.386	
		AD/Dep	144	16.06	3.297					
		Musc	46	16.19	3.873					
		Musc y AD/Dep	61	17.36	3.225					
	Cantidad AF	Nada	38	15.63	3.744	.326	.722	.002	.102	
		Bajo/Moderado	100	15.85	3.421					
		Alto/muy alto	158	16.63	3.482					
	Dieta	Si	54	17.20	3.061	2.250	.135	.008	.321	
		No	242	16.02	3.574					
	Suplementación	Si	49	16.93	3.749	.101	.751	.000	.062	
		No	247	16.10	3.453					
	Suplementación * dieta						1.530	.217	.006	.234
	Suplementación * tipo AF						.094	.911	.001	.064
Suplementación * Cantidad AF						.115	.735	.000	.063	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.3.4. Compromiso social en hombres

En cuanto a la variable dependiente Compromiso Social en Hombres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.16. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas para las variables independientes planteadas, por lo que no existe una relación entre las variables independientes planteadas con la variable dependiente compromiso social en hombres.

**Tabla 4.16** -Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Compromiso Social en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_p$	1- $\beta$
COMPROMISO SOCIAL HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	12.06	4.207	1.897	.130	.021	.488
		AD/Dep	144	12.79	4.041				
		Musc	46	13.02	4.464				
		Musc y AD/Dep	61	13.03	3.351				
	Cantidad AF	Nada	38	13.21	4.230	1.761	.174	.013	.367
		Bajo/Moderado	100	12.43	3.782				
		Alto/muy alto	158	12.87	4.081				
	Dieta	Si	54	13.74	3.459	.017	.898	.000	.052
		No	242	12.55	4.083				
	Suplementación	Si	49	13.59	4.142	1.808	.180	.007	.268
		No	247	12.60	3.956				
	Suplementación * dieta					.037	.848	.000	.054
	Suplementación * tipo AF					.585	.558	.004	.147
Suplementación * Cantidad AF					.278	.599	.001	.082	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida; Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.3.5. Prosociabilidad en hombres

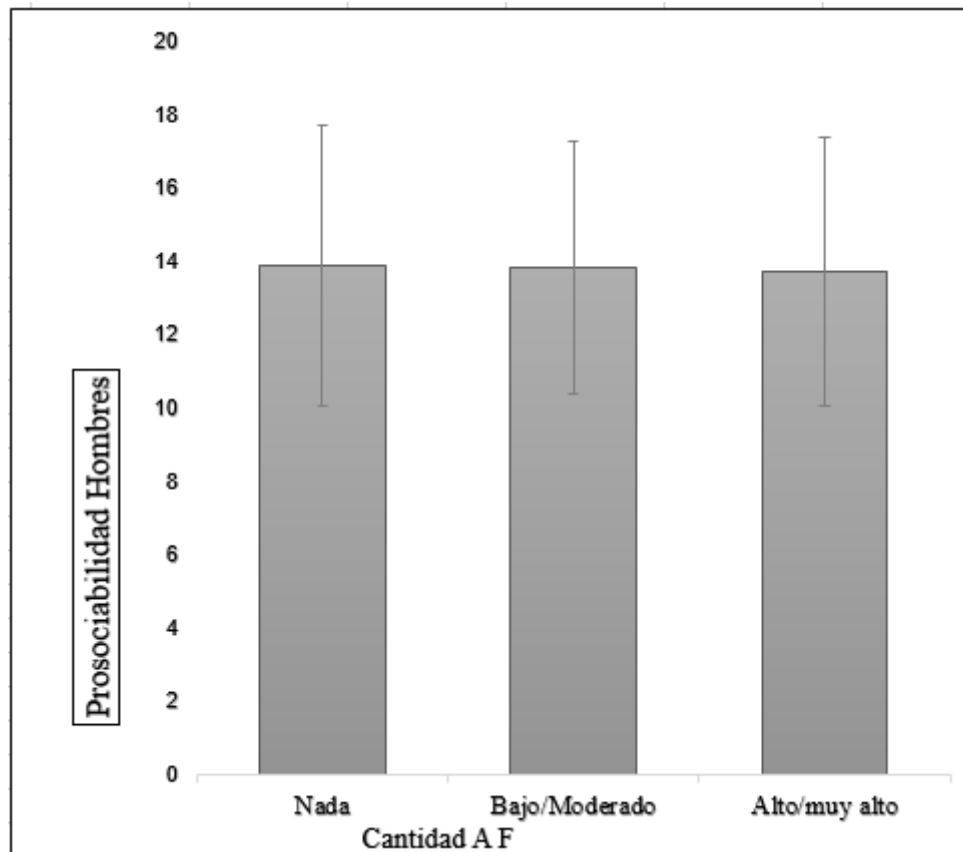
En cuanto a la variable dependiente Prosociabilidad en Hombres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.17. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas para las variables independientes planteadas, aunque se observa una tendencia a una menor prosociabilidad, en los en los niveles más altos en cuanto a cantidad de actividad física en hombres.

**Tabla 4.17** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Prosociabilidad en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_p$	1- $\beta$
PROSOCIABILIDAD HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	13.40	3.834	1.965	.120	.022	.504
		AD/Dep	144	13.79	3.690				
		Musc	46	13.50	3.500				
		Musc y AD/Dep	61	13.95	3.343				
	Cantidad AF	Nada	38	13.86	3.835	2.616	.075	.019	.518
		Bajo/Moderado	100	13.82	3.459				
		Alto/muy alto	158	13.72	3.653				
	Dieta	Si	54	14.46	3.020	.155	.694	.001	.068
		No	242	13.55	3.704				
	Suplementación	Si	49	13.59	3.673	.230	.632	.001	.077
		No	247	13.74	3.594				
	Suplementación * dieta						.213	.645	.001
Suplementación * tipo AF						.007	.993	.000	.051
Suplementación * Cantidad AF						.611	.435	.002	.122

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

Tras realizar el análisis post-hoc para la cantidad de actividad (Figura 4.22), no observaron diferencias entre las distintas dimensiones de las variables independiente. Por lo que no se verificaron diferencias en prosociabilidad en hombres en función de cantidad de actividad física realizada.



**Figura 4.22** - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad de actividad física para la prosociabilidad en hombres

#### 4.4.3.6. Justicia e Igualdad en hombres

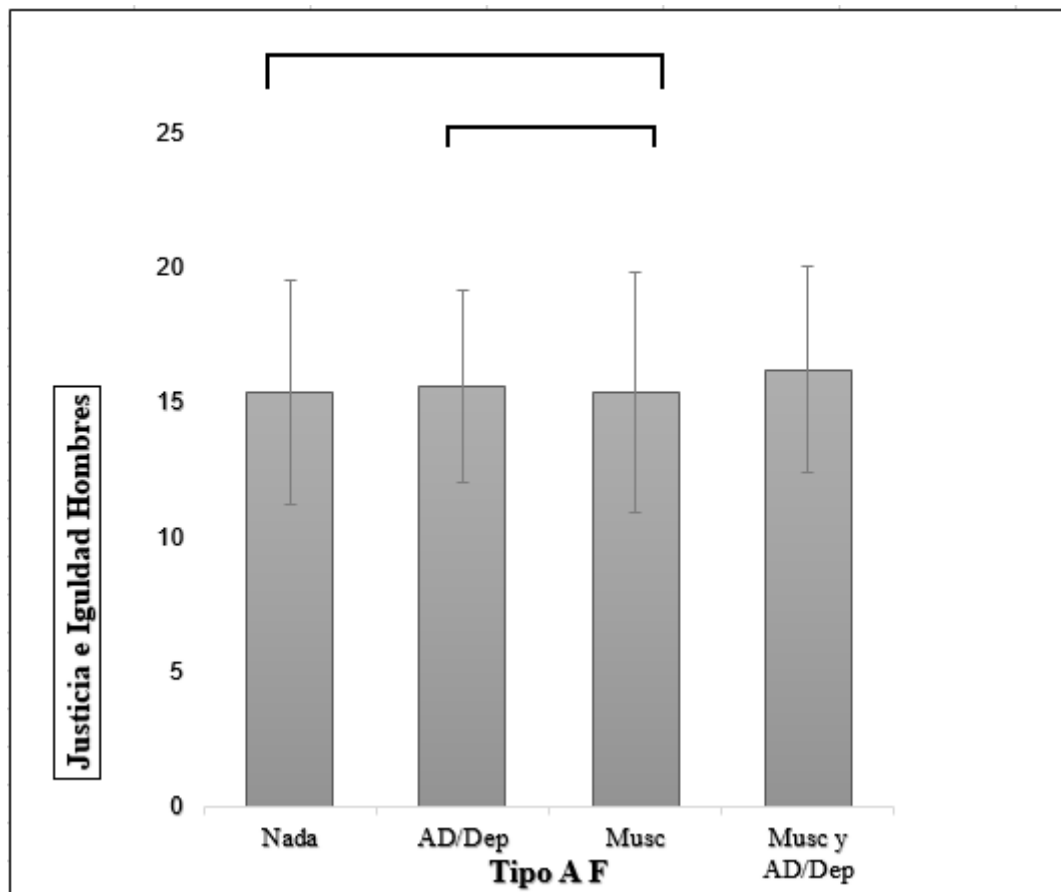
En cuanto a la variable dependiente Justicia e Igualdad en Hombres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.18. Tal y como se aprecia, se obtienen diferencias significativas para la variable independiente tipo de actividad física practicada.

**Tabla 4.18** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Justicia e Igualdad en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_p$	1- $\beta$
JUSTICIA E IGUALDAD HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	15.37	4.179	2.650	<b>.049</b>	.029	.644
		AD/Dep	144	15.59	3.589				
		Musc	46	15.37	4.449				
		Musc y AD/Dep	61	16.21	3.825				
	Cantidad AF	Nada	38	15.94	4.216	2.326	.100	.017	.469
		Bajo/Moderado	100	15.82	3.502				
		Alto/muy alto	158	15.48	4.009				
	Dieta	Si	54	16.20	3.713	.302	.583	.001	.085
		No	242	15.49	3.886				
	Suplementación	Si	49	15.83	4.450	.886	.347	.003	.155
		No	247	15.61	3.747				
		Suplementación * dieta				.008	.928	.000	.051
		Suplementación * tipo AF				.075	.928	.001	.061
	Suplementación * Cantidad AF				.027	.868	.000	.053	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

En la Figura 4.23 se muestran los resultados del post-hoc para el tipo de actividad física practicada, en donde no se observan diferencias significativas, en justicia e igualdad en hombres en función del tipo de actividad física practicada para Justicia e Igualdad en hombres.



**Figura 4.23** - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función del tipo de actividad física para justicia e igualdad en hombres

#### 4.4.3.7. Hedonismo en hombres

En cuanto a la variable dependiente Hedonismo en Hombres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.19. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas para las variables independientes planteadas, por lo que no existe una relación entre las variables independientes planteadas con respecto a la variable dependiente hedonismo en hombres.

**Tabla 4.19** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Hedonismo en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_p$	1- $\beta$
HEDONISMO HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	14.02	4.812	1.897	.130	.021	.488
		AD/Dep	144	16.06	3.642				
		Musc	46	15.43	3.390				
		Musc y AD/Dep	61	15.78	3.479				
	Cantidad AF	Nada	38	14.02	4.790	.282	.755	.002	.469
		Bajo/Moderado	100	15.14	3.979				
		Alto/muy alto	158	16.27	3.293				
	Dieta	Si	54	16.20	3.152	.431	.512	.002	.100
		No	242	15.46	3.947				
	Suplementación	Si	49	15.59	3.475	.057	.811	.000	.057
		No	247	15.60	3.892				
	Suplementación * dieta					.009	.925	.000	.051
	Suplementación * tipo AF					.263	.769	.002	.091
	Suplementación * Cantidad AF					.524	.470	.002	.111

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.3.8. Reconocimiento Social en hombres

En cuanto a la variable dependiente Reconocimiento social en Hombres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.20. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas para las variables independientes planteadas, por lo que no existe una relación entre las variables independientes planteadas con respecto a la variable dependiente reconocimiento social en hombres.

**Tabla 4.20** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Reconocimiento Social en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_p$	1- $\beta$	
RECONOCIMIENTO SOCIAL HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	10.00	4.050	1.667	.174	.019	.435	
		AD/Dep	144	11.50	4.254					
		Musc	46	11.82	4.196					
		Musc y AD/Dep	61	10.67	4.272					
	Cantidad AF	Nada	38	10.18	4.567	1.549	.214	.012	.328	
		Bajo/Moderado	100	10.64	3.922					
		Alto/muy alto	158	11.70	4.301					
	Dieta	Si	54	11.66	3.860	.306	.581	.001	.085	
		No	242	1.125	.929					
	Suplementación	Si	49	11.89	4.302	.221	.639	.001	.075	
		No	247	11.00	4.223					
	Suplementación * dieta						.265	.607	.001	.081
	Suplementación * tipo AF						.116	.890	.001	.068
Suplementación * Cantidad AF						1.682	.196	.006	.253	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.3.9. Integridad en Mujeres

En cuanto a la variable dependiente Integridad en mujeres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.21. Tal y como se aprecia, se obtienen diferencias significativas para la variable independiente suplementación más dieta, por lo que existe una relación entre la variable independiente suplementación más dieta y la variable dependiente integridad en mujeres.

**Tabla 4.21** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Integridad en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_p$	1- $\beta$	
INTEGRIDAD MUJERES	Tipo AF	Nada	75	16.32	3.476	.774	.510	.012	.214	
		AD/Dep	106	16.08	3.564					
		Musc	10	18.20	2.529					
		Musc y AD/Dep	19	17.10	3.053					
	Cantidad AF	Nada	78	16.66	3.417	.632	.533	.007	.155	
		Bajo/Moderado	81	15.91	3.578					
		Alto/muy alto	51	16.60	3.335					
	Dieta	Si	31	16.06	3.203	.193	.661	.001	.072	
		No	179	16.41	3.511					
	Suplementación	Si	15	16.86	3.270	.337	.562	.002	.089	
		No	195	16.32	3.482					
	Suplementación * dieta						4.939	<b>.037</b>	.026	.599
	Suplementación * tipo AF						.139	.871	.002	.071
Suplementación * Cantidad AF						1.082	.341	.012	.238	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

Tras realizar el análisis post-hoc para las variables independientes suplementación y dieta (Figura 4.24), los resultados muestran que no se puede observar que existe interacción entre las dimensiones de las variables independiente suplementación más dieta con la variable dependiente integridad en mujeres.

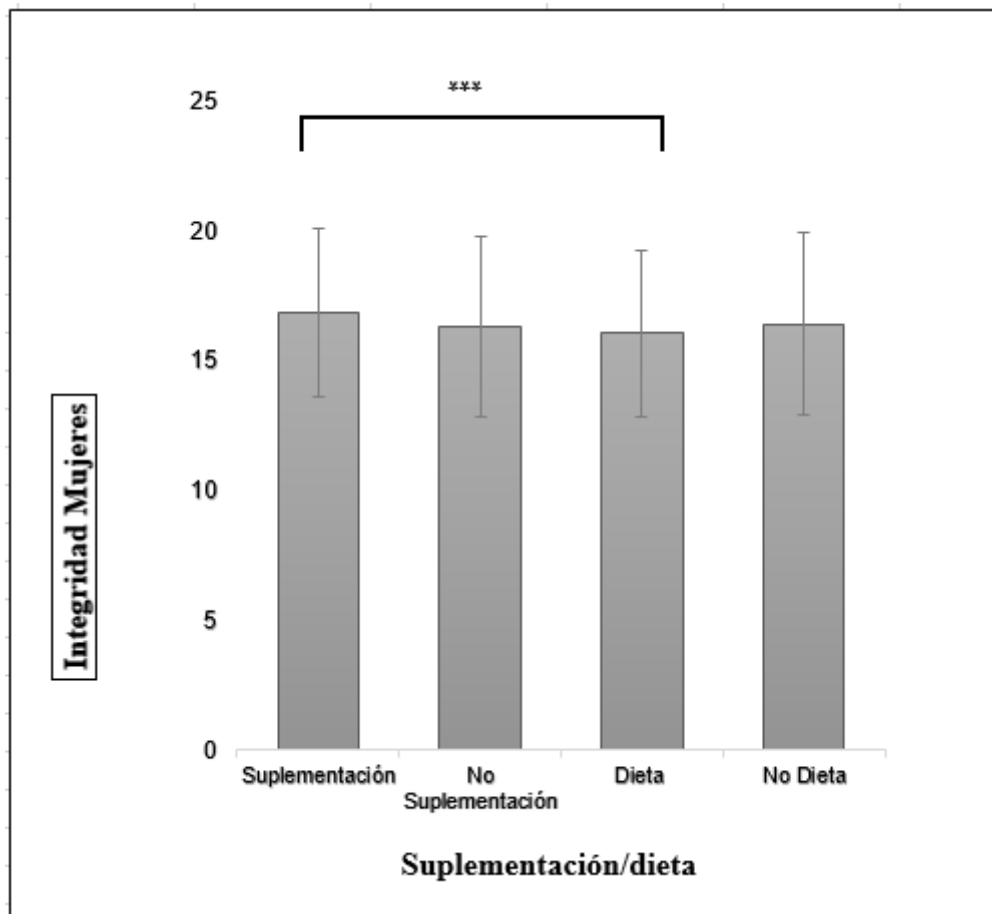


Figura 4.24 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la suplementación y dieta para Integridad en mujeres

#### 4.4.3.10. Honestidad en mujeres

En cuanto a la variable dependiente Honestidad en mujeres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.22. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas para las variables independientes planteadas, por lo que no existe una relación entre las variables independientes planteadas y la variable dependiente honestidad en mujeres.

**Tabla 4.22** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Honestidad en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_p$	1- $\beta$	
<b>HONESTIDAD MUJERES</b>	Tipo AF	Nada	75	17.30	2.785	.131	.942	.002	.074	
		AD/Dep	106	17.56	3.095					
		Musc	10	18.20	2.699					
		Musc y AD/Dep	19	18.10	1.852					
	Cantidad AF	Nada	78	17.33	2.872	.119	.887	.001	.068	
		Bajo/Moderado	81	17.43	3.003					
		Alto/muy alto	51	18.07	2.629					
	Dieta	Si	31	17.51	2.219	1.854	.175	.010	.273	
		No	179	17.65	2.973					
	Suplementación	Si	15	17.86	1.959	.038	.846	.000	.054	
		No	195	17.52	2.931					
	Suplementación * dieta						1.397	.239	.008	.217
	Suplementación * tipo AF						.188	.829	.002	.079
	Suplementación * Cantidad AF						.318	.728	.003	.100

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida; Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.3.11. Responsabilidad en mujeres

En cuanto a la variable dependiente Responsabilidad en mujeres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.23. Tal y como se aprecia, se obtienen diferencias significativas para la variable independiente suplementación y dieta, y una tendencia para la variable dieta. Por lo que existe una relación entre la variable independiente suplementación más dieta y la variable dependiente responsabilidad en mujeres.

**Tabla 4.23** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Responsabilidad en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_p$	1- $\beta$	
RESPONSABILIDAD MUJERES	Tipo AF	Nada	75	16.57	2.805	.118	.949	.002	.071	
		AD/Dep	106	16.48	2.862					
		Musc	10	17.60	2.716					
		Musc y AD/Dep	19	17.57	2.433					
	Cantidad AF	Nada	78	16.38	2.919	.003	.997	.000	.050	
		Bajo/Moderado	81	16.79	2.728					
		Alto/muy alto	51	16.90	2.765					
	Dieta	Si	31	16.06	2.743	3.111	<b>.079</b>	.017	.419	
		No	179	16.77	2.810					
	Suplementación	Si	15	17.06	2.219	.128	.721	.001	.065	
		No	195	16.63	2.847					
	Suplementación * dieta						4.877	<b>.028</b>	.026	.594
	Suplementación * tipo AF						1.533	.219	.016	.323
Suplementación * Cantidad AF						1.557	.213	.017	.328	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

En la Figura 4.25, se muestran los resultados del post-hoc para la suplementación y dieta, en donde no se puede observar que existe interacción entre las dimensiones de las variables independiente suplementación más dieta con la variable dependiente responsabilidad.

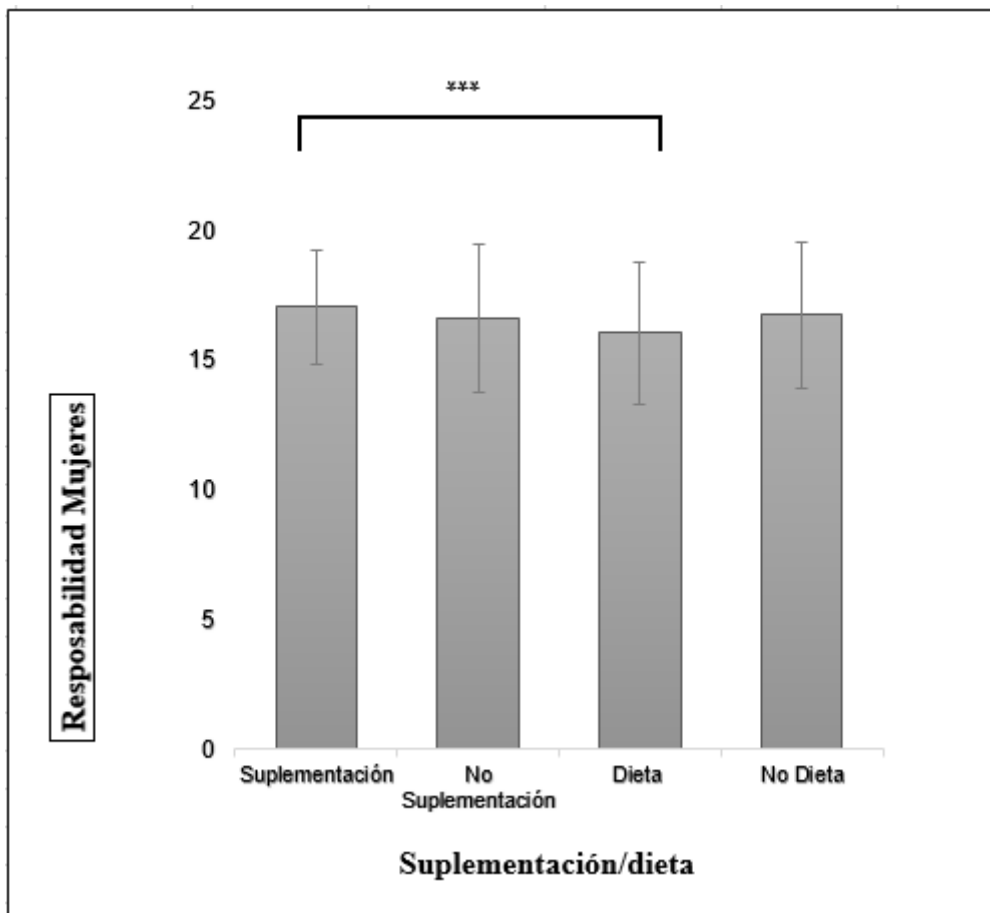


Figura 4.25 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la suplementación y dieta para responsabilidad en mujeres

#### 4.4.3.12. Compromiso Social en mujeres

En cuanto a la variable dependiente Compromiso Social en mujeres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.24. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas para las variables independientes planteadas con respecto a la variable dependiente compromiso social en mujeres.

**Tabla 4.24** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Compromiso Social en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
COMPROMISO SOCIAL MUJERES	Tipo AF	Nada	75	13.01	3.143	2.023	.112	.032	.514	
		AD/Dep	106	12.90	3.498					
		Musc	10	14.20	4.391					
		Musc y AD/Dep	19	14.57	3.686					
	Cantidad AF	Nada	78	12.83	3.374	1.387	.252	.015	.296	
		Bajo/Moderado	81	13.25	3.412					
		Alto/muy alto	51	13.49	3.657					
	Dieta	Si	31	13.16	3.194	.181	.671	.001	.071	
		No	179	13.15	3.504					
	Suplementación	Si	15	12.33	3.903	.230	.632	.001	.076	
		No	195	13.22	3.418					
	Suplementación * dieta						.007	.932	.000	.051
	Suplementación * tipo AF						.765	.467	.008	.179
Suplementación * Cantidad AF						.983	.376	.011	.219	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida; Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.3.13. Prosociabilidad en mujeres

En cuanto a la variable dependiente Prosociabilidad en mujeres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.25. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas para las variables independientes planteadas y la variable dependiente prosociabilidad en mujeres.

**Tabla 4.25** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Prosociabilidad en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_p$	1- $\beta$	
PROSOCIABILIDAD MUJERES	Tipo AF	Nada	75	14.88	3.397	.621	.602	.010	.178	
		AD/Dep	106	14.73	3.870					
		Musc	10	16.70	4.056					
		Musc y AD/Dep	19	15.15	3.270					
	Cantidad AF	Nada	78	14.71	3.588	.333	.717	.004	.103	
		Bajo/Moderado	81	15.02	3.602					
		Alto/muy alto	51	15.05	3.921					
	Dieta	Si	31	14.61	2.940	.627	.430	.003	.123	
		No	179	14.97	3.778					
	Suplementación	Si	15	15.33	2.992	.934	.335	.005	.161	
		No	195	14.88	3.713					
		Suplementación * dieta					1.887	.171	.010	.1887
		Suplementación * tipo AF					.453	.636	.005	.123
	Suplementación * Cantidad AF					1.256	.287	.013	.271	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.3.14. Justicia e Igualdad en mujeres

En cuanto a la variable dependiente Justicia e igualdad en mujeres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.26. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas para las variables independientes planteadas con respecto a la variable dependiente justicia e igualdad en mujeres.

**Tabla 4.26** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Justicia e Igualdad en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
JUSTICIA E IGUALDAD MUJERES	Tipo AF	Nada	75	16.73	3.243	1.023	.384	.016	.275	
		AD/Dep	106	16.21	3.358					
		Musc	10	18.50	3.749					
		Musc y AD/Dep	19	17.00	2.748					
	Cantidad AF	Nada	78	16.57	3.428	.151	.860	.002	.073	
		Bajo/Moderado	81	16.30	3.273					
		Alto/muy alto	51	17.02	3.171					
	Dieta	Si	31	16.03	2.949	.296	.587	.002	.084	
		No	179	16.67	3.359					
	Suplementación	Si	15	16.73	2.763	.181	.671	.001	.071	
		No	195	16.56	3.347					
	Suplementación * dieta						2.247	.136	.012	.320
	Suplementación * tipo AF						.346	.708	.004	.105
Suplementación * Cantidad AF						.818	.443	.009	.189	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.3.15. Hedonismo en mujeres

En cuanto a la variable dependiente Hedonismo en mujeres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.27. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas para las variables independientes planteadas con respecto a la variable dependiente hedonismo en mujeres.

**Tabla 4.27** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Hedonismo en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
<b>HEDONISMO MUJERES</b>	Tipo AF	Nada	75	14.64	3.656	.346	.792	.006	.117	
		AD/Dep	106	15.36	3.675					
		Musc	10	16.20	3.047					
		Musc y AD/Dep	19	16.36	4.125					
	Cantidad AF	Nada	78	14.59	3.623	1.176	.311	.013	.256	
		Bajo/Moderado	81	15.25	3.784					
		Alto/muy alto	51	16.19	3.532					
	Dieta	Si	31	15.32	4.214	.175	.676	.001	.070	
		No	179	15.22	3.615					
	Suplementación	Si	15	15.13	4.673	.456	.501	.002	.103	
		No	195	15.24	3.628					
	Suplementación * dieta						.970	.326	.005	.165
	Suplementación * tipo AF						.188	.829	.002	.079
	Suplementación * Cantidad AF						.601	.549	.006	.149

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.3.16. Reconocimiento Social en mujeres

En cuanto a la variable dependiente Reconocimiento Social en mujeres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.28. Tal y como se aprecia, se obtienen diferencias significativas para la variable independiente realización de dieta, dándose una mayor puntuación en reconocimiento social en las personas que no siguieron dieta.

**Tabla 4.28** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Reconocimiento social en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_p$	1- $\beta$	
RECONOCIMIENTO SOCIAL MUJERES	Tipo AF	Nada	75	8.98	3.244	2.337	.075	.037	.580	
		AD/Dep	106	10.48	4.404					
		Musc	10	8.60	3.098					
		Musc y AD/Dep	19	10.15	4.387					
	Cantidad AF	Nada	78	9.09	3.183	.087	.917	.001	.063	
		Bajo/Moderado	81	9.95	4.221					
		Alto/muy alto	51	10.76	4.624					
	Dieta	Si	31	8.83	3.882	7.183	<.008	.038	.760	
		No	179	10.00	4.019					
	Suplementación	Si	15	8.73	4.382	2.409	.112	.013	.339	
		No	195	9.91	3.981					
	Suplementación * dieta						.793	.374	.004	.144
	Suplementación * tipo AF						.933	.395	.010	.210
Suplementación * Cantidad AF						.962	.384	.010	.215	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.4. Personalidad en función de la cantidad y el tipo de actividad física, la dieta y la suplementación

Se realizaron análisis para cada una de las dimensiones medidas de personalidad: dinamismo, dominación, control de impulsos, control de emociones, escrupulosidad y perseverancia. Cada uno de estos análisis se realizó para los hombres y para las mujeres por separado.

#### 4.4.4.1. Dinamismo en hombres

En cuanto a la variable dependiente Dinamismo en hombres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.29. Tal y como se aprecia, aparece una tendencia (aunque no es significativa) para la variable independiente suplementación, con valores mayores de dinamismo en aquellos sujetos que no realizan suplementación de la dieta.

**Tabla 4.29** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Dinamismo en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
DINAMISMO HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	.35	1.146					
		AD/Dep	144	.90	.901	1.254	.291	.014	.334	
		Musc	46	.91	.769					
		Musc y AD/Dep	61	1.15	.912					
	Cantidad AF	Nada	38	.24	1.023					
		Bajo/Moderado	100	.82	.908	.204	.815	.002	.082	
		Alto/muy alto	158	1.05	.897					
	Dieta	Si	54	1.19	.953					.144
		No	242	.80	.939					
	Suplementación	Si	49	.81	.792	3.344	<b>.069</b>	.012	.445	
		No	247	1.20	.969					
	Suplementación * dieta						.001	.972	.000	.050
	Suplementación * tipo AF						.016	.984	.000	.052
Suplementación * Cantidad AF						1.669	.197	.006	.251	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.4.2. Dominación en hombres

En cuanto a la variable dependiente Dominación se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.30. Se obtienen tendencias (aunque no se alcanza la significación) para las variables independientes suplementación y cantidad de actividad física realizada.

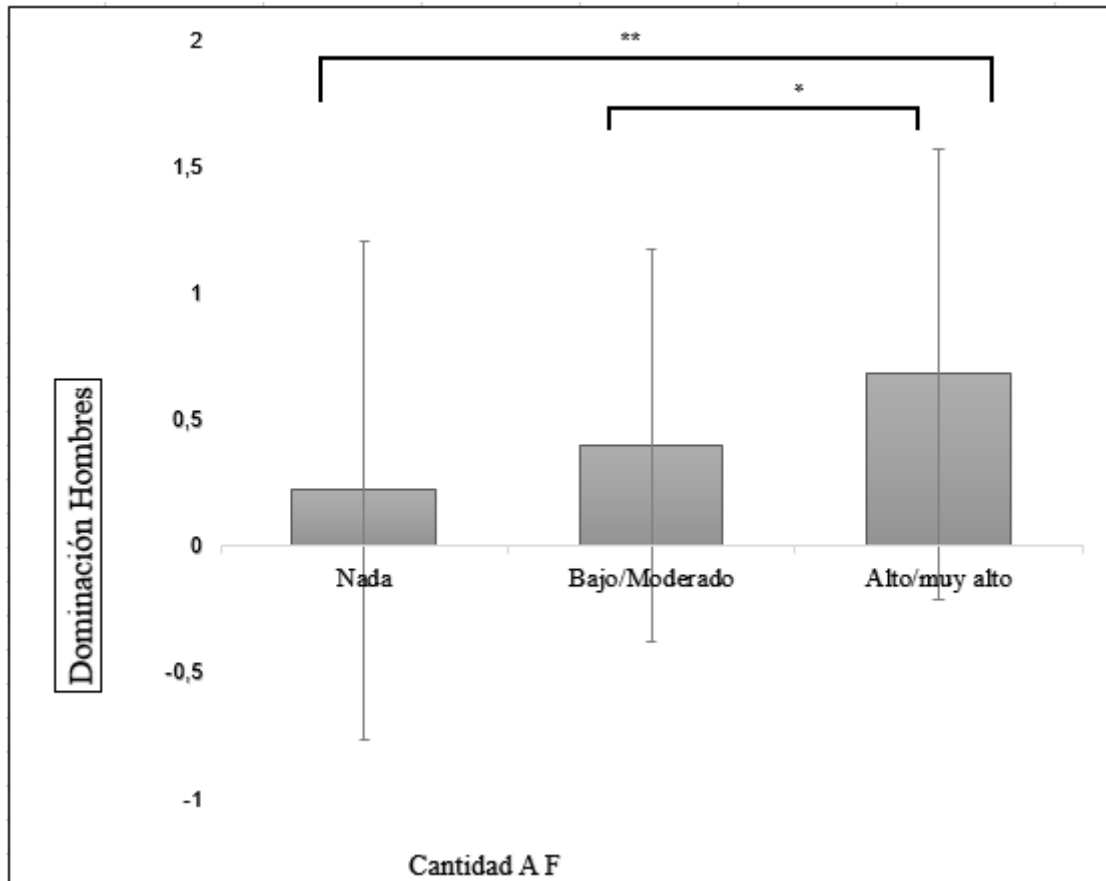
En lo que respecta a la suplementación se perciben valores más elevados de dominación en aquellos sujetos que realizan suplementación de la dieta.

**Tabla 4.30** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Dominación en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$
DOMINACIÓN HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	.27	.899				
		AD/Dep	144	.57	.911	.020	.996	.000	.054
		Musc	46	.49	.867				
		Musc y AD/Dep	61	.63	.787				
	Cantidad AF	Nada	38	.22	.988				
		Bajo/Moderado	100	.40	.776	2.985	<b>.052</b>	.022	.577
		Alto/muy alto	158	.68	.891				
	Dieta	Si	54	.70	.894	.080	.777	.000	.051
		No	242	.48	.876				
	Suplementación	Si	49	.74	.867	3.281	<b>.071</b>	.012	.438
		No	247	.48	.933				
	Suplementación * dieta					.198	.657	.001	.073
	Suplementación * tipo AF					.592	.554	.004	.148
	Suplementación * Cantidad AF					.020	.887	.000	.052

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida; Dep: Deporte; Musc: Musculación

En la Figura 4.26 se muestran los resultados del post-hoc (test de Bonferroni) para la cantidad de actividad física realizada donde se puede observar que existen diferencias significativas entre algunas de las dimensiones de las variables independientes y la variable dependiente dominación. Obteniéndose valores más altos en la variable dominación en hombres cuanto más cantidad de actividad física se realiza.



**Figura 4.26** - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad o de actividad física para la dominación en hombres

#### 4.4.4.3. Control de Impulsos en hombres

En cuanto a la variable dependiente Control de Impulsos en hombres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.31. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas. Por lo que no existe una relación entre las variables independientes y la variable dependiente control de impulsos en hombres.

**Tabla 4.31** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Control de Impulsos en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$
CONTROL DE IMPULSOS HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	-.21	.891				
		AD/Dep	144	-.23	1.096	.751	.522	.008	.210
		Musc	46	-.47	1.106				
		Musc y AD/Dep	61	-.22	1.047				
	Cantidad AF	Nada	38	-.18	.970				
	Cantidad AF	Bajo/Moderado	100	-.15	1.038	.523	.594	.004	.136
		Alto/muy alto	158	-.36	1.087				
		Dieta	Si	54	-.32				
	Dieta	No	242	-.25	1.042	.831	.363	.003	.148
		Suplementación	Si	49	-.574				
	Suplementación	No	247	-.20	1.045	1.036	.310	.004	.174
		Suplementación * dieta							
	Suplementación * tipo AF					.348	.706	.003	.105
Suplementación * Cantidad AF					.125	.724	.000	.056	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.4.4. Control de Emociones en hombres

En cuanto a la variable dependiente Control de Emociones en hombres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.32. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas, por lo que no existe una relación entre las variables independientes y la variable dependiente control de Emociones en hombres.

**Tabla 4.32** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Control de Emociones en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
CONTROL EMOCIONES HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	.03	.860	1.280	.282	.014	.340	
		AD/Dep	144	.06	.784					
		Musc	46	-.24	.894					
		Musc y AD/Dep	61	.03	.735					
	Cantidad AF	Nada	38	.05	.916	.173	.841	.001	.077	
		Bajo/Moderado	100	.03	.787					
		Alto/muy alto	158	-.05	.801					
	Dieta	Si	54	-.05	.803	.171	.679	.001	.070	
		No	242	-.00	.810					
	Suplementación	Si	49	-.10	.691	.051	.822	.000	.056	
		No	247	.00	.829					
	Suplementación * dieta						2.560	.111	.010	.357
	Suplementación * tipo AF						.831	.437	.006	.192
	Suplementación * Cantidad AF						.054	.817	.000	.056

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida; Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.4.5. Escrupulosidad en hombres

Los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.33 en cuanto a la variable dependiente Escrupulosidad. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas, por lo que no existe una relación entre las variables independientes y la variable dependiente escrupulosidad en hombres.

**Tabla 4.33** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Escrupulosidad en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$
ESCRUPULOSIDAD HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	.10	1.083				
		AD/Dep	144	.21	.910	1.509	.212	.017	.397
		Musc	46	.24	.901				
		Musc y AD/Dep	61	.52	1.061				
	Cantidad AF	Nada	38	.11	1.097				
	Cantidad AF	Bajo/Moderado	100	.42	.927	1.234	.293	.009	.268
		Alto/muy alto	158	.20	.966				
		Dieta	Si	54	.53	.905	.180	.672	.001
	No	242	.20	.980					
	Suplementación	Si	49	.39	.993	.654	.419	.002	.127
		No	247	.24	.970				
		Suplementación * dieta				1.284	.258	.005	.204
		Suplementación * tipo AF				1.720	.181	.013	.360
	Suplementación * Cantidad AF				.877	.350	.003	.154	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.4.6. Perseverancia en hombres

En cuanto a la variable dependiente perseverancia en hombres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.34. En donde se obtienen diferencias significativas para la variable independiente suplementación. Por lo que existe una relación entre la variable independiente suplementación con la variable dependiente perseverancia en hombres, encontrando que aquellos sujetos que realizan suplementación de la dieta obtienen puntuaciones más altas en perseverancia.

**Tabla 4.34** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Perseverancia en hombres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
PERSEVERANCIA HOMBRES	Tipo AF	Nada	45	1.03	1.120					
		AD/Dep	144	1.13	.868	.938	.423	.011	.256	
		Musc	46	.97	.799					
		Musc y AD/Dep	61	1.55	1.039					
	Cantidad AF	Nada	38	.11	1.133					.063
		Bajo/Moderado	100	.42	.878					
		Alto/muy alto	158	.20	.868					
	Dieta	Si	54	1.43	1.028	.093	.761	.000	.061	
		No	242	1.12	.929					
	Suplementación	Si	49	.13	1.118	8.427	<.004	.031	.824	
		No	247	.11	.914					
	Suplementación * dieta						.047	.829	.000	.055
	Suplementación * tipo AF						1.783	.170	.013	.371
Suplementación * Cantidad AF						.888	.347	.003	.156	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.4.7. Dinamismo en mujeres

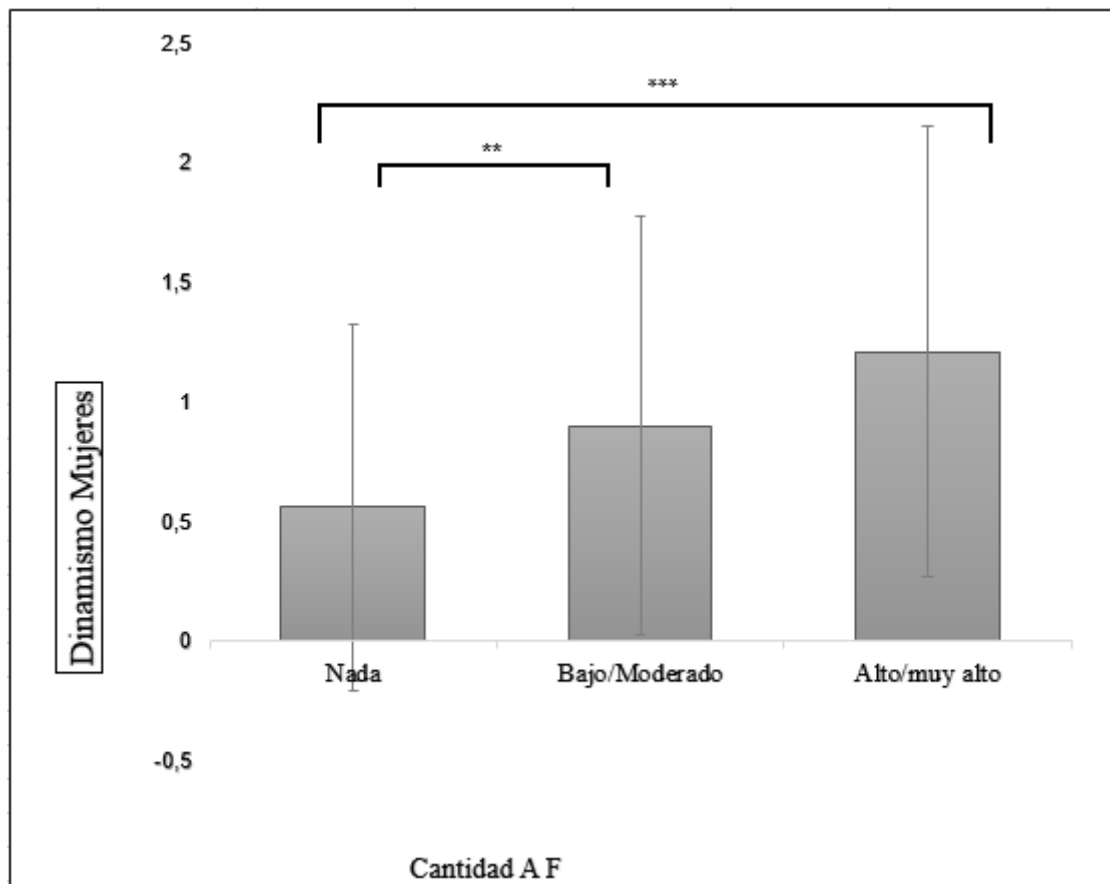
En cuanto a la variable dependiente Dinamismo en mujeres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.35. Tal y como se aprecia, existe una tendencia en cuanto a la cantidad de actividad física realizada que además va en la línea de una posible hipótesis de que mayores niveles de actividad física se corresponden con mayor dinamismo.

**Tabla 4.35** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Dinamismo en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
DINAMISMO MUJERES	Tipo AF	Nada	75	.62	.763					
		AD/Dep	106	.92	.958	.672	.570	.011	.190	
		Musc	10	.75	.534					
		Musc y AD/Dep	19	1.46	.764					
	Cantidad AF	Nada	78	.56	.768					2.441
		Bajo/Moderado	81	.90	.875					
		Alto/muy alto	51	1.21	.940					
	Dieta	Si	31	1.04	.796	.301	.584	.002	.085	
		No	179	.822	.899					
	Suplementación	Si	15	1.10	.706	.066	.797	.000	.058	
		No	195	.836	.898					
	Suplementación * dieta						1.708	.193	.009	.255
	Suplementación * tipo AF						.093	.911	.001	.064
Suplementación * Cantidad AF						.247	.781	.003	.089	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

En la Figura 4.27 se muestran los resultados del post-hoc (test de Bonferroni) para la cantidad de actividad física realizada en dinamismo en mujeres. Se aprecia como hubo diferencias significativas entre el grupo de sujetos que realizan actividad física en cantidad alta y los grupos de sujetos que no realizan actividad física o la cantidad es baja. Obteniéndose valores más altos de dinamismo en mujeres cuanto más actividad física realizan.



**Figura 4.27** - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad o de actividad física para el dinamismo en mujeres

#### 4.4.4.8. Dominación en mujeres

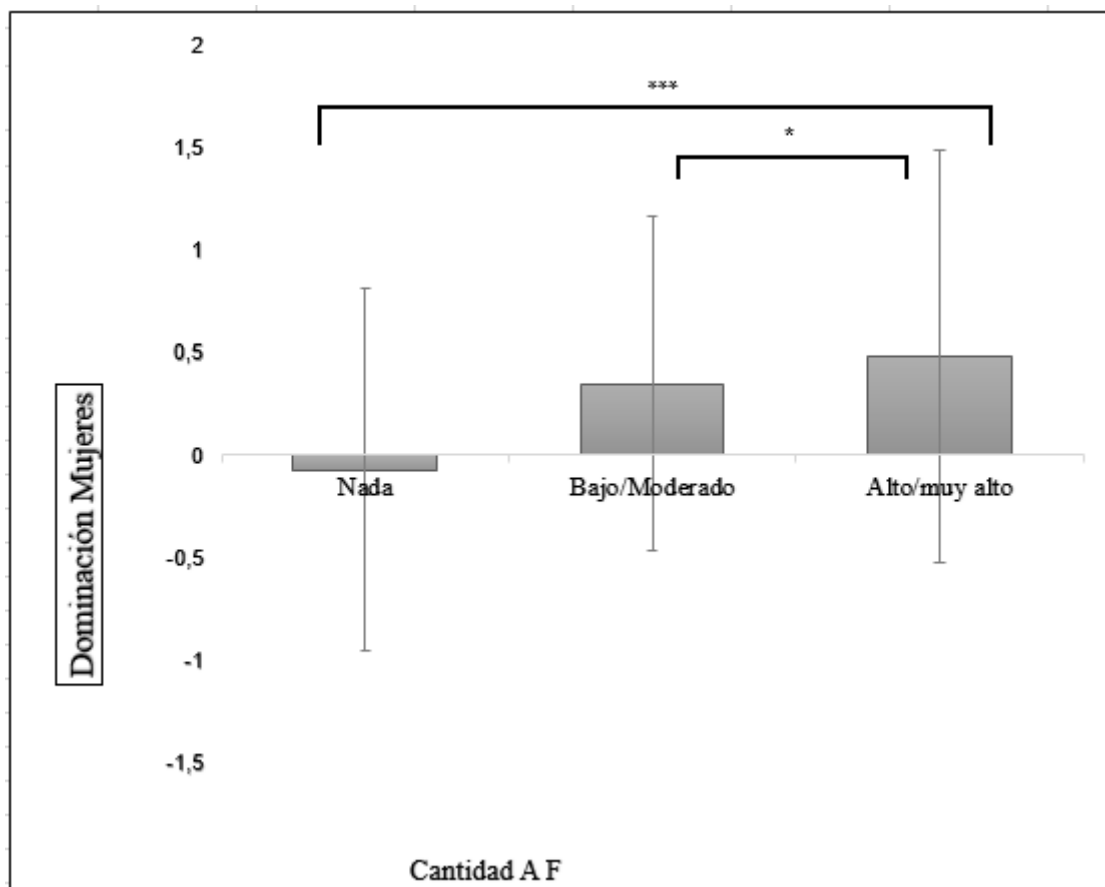
En cuanto a la variable dependiente dominación en mujeres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.36. Tal y como se aprecia existe una tendencia como en el caso anterior, de forma que parece tender a haber niveles más altos de dominación en las mujeres que realizan más cantidad de actividad física.

**Tabla 4.36** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Dominación en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
DOMINACIÓN MUJERES	Tipo AF	Nada	75	-.05	.868	2.064	.107	.033	.523	
		AD/Dep	106	.17	.935					
		Musc	10	-.16	.684					
		Musc y AD/Dep	19	.50	.962					
	Cantidad AF	Nada	78	-.070	.884	2.458	<b>.088</b>	.026	.490	
		Bajo/Moderado	81	.035	.818					
		Alto/muy alto	51	.486	1.006					
	Dieta	Si	31	.123	.860	.069	.793	.000	.058	
		No	179	.102	.925					
	Suplementación	Si	15	.366	.829	.015	.901	.000	.052	
		No	195	.855	.919					
	Suplementación * dieta						.262	.609	.001	.080
	Suplementación * tipo AF						.311	.733	.003	.099
	Suplementación * Cantidad AF						1.227	.296	.013	.265

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida; Dep: Deporte; Musc: Musculación

En la Figura 4.28 se muestran los resultados del post-hoc (test de Bonferroni) para la cantidad de actividad física realizada en dominación. Se aprecia como hubo diferencias significativas entre el grupo de sujetos que no realizan actividad física y el grupo de sujetos que realizan una cantidad de actividad física alta/muy alta., por lo que existe una relación entre la cantidad de actividad física realizada y la dominación en mujeres.



**Figura 4.28** - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad o de actividad física para la dominación en mujeres

#### 4.4.4.9. Control de Impulsos en mujeres

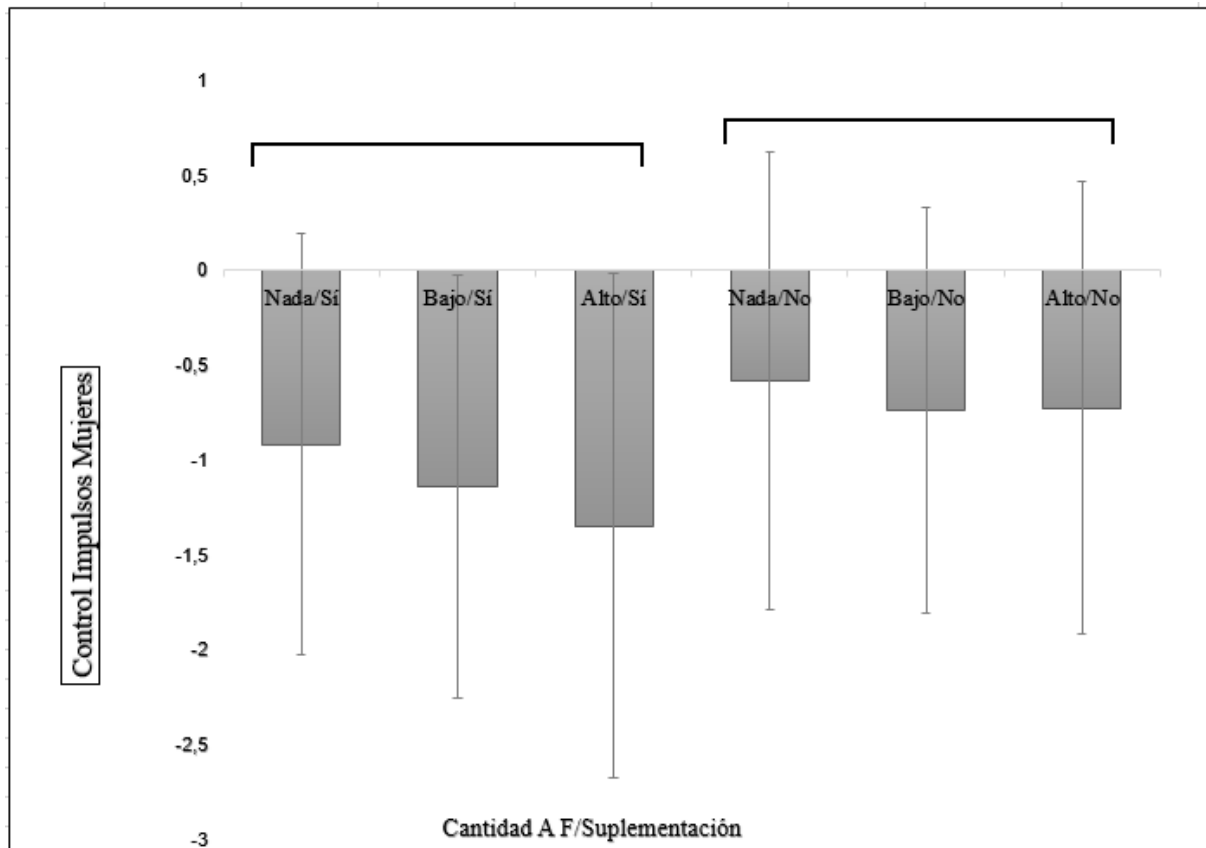
En cuanto a la variable dependiente Control de Impulsos en mujeres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.37. Tal y como se aprecia, se obtienen diferencias, aunque no son significativas, por lo que se podría decir que existe una tendencia a haber niveles más altos de control de impulsos en mujeres que realizan más cantidad de actividad física y el tipo de actividad física practicada.

**Tabla 4.37** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente control de Impulsos en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$
CONTROL DE IMPULSOS MUJERES	Tipo AF	Nada	75	-.72	1.185	2.952	<b>.054</b>	.046	.693
		AD/Dep	106	-.71	1.145				
		Musc	10	-.63	1.234				
		Musc y AD/Dep	19	-1.04	1.143				
	Cantidad AF	Nada	78	-.56	1.185	6.034	<b>.053</b>	.062	.880
		Bajo/Moderado	81	-.79	1.059				
		Alto/muy alto	51	-.93	1.253				
	Dieta	Si	31	-1.13	1.184	1.520	.219	.008	.232
		No	179	-.67	1.144				
	Suplementación	Si	15	-.63	1.538	1.403	.238	.008	.218
		No	195	-.75	1.130				
	Suplementación * dieta					.028	.867	.000	.053
	Suplementación * tipo AF					1.582	.208	.017	.332
Suplementación * Cantidad AF					3.050	<b>.050</b>	.032	.584	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

Tras realizar el análisis post-hoc para la las variables tipo de actividad y cantidad de actividad (Figura 4.29), no se observaron diferencias entre las distintas dimensiones de las variables independiente. Por lo que no se verificaron diferencias en control de impulsos en función de cantidad de actividad física realizada y el tipo de actividad física.



**Figura 4.29** - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función de la cantidad de actividad física más suplementación en mujeres

#### 4.4.4.10. Control de Emociones en mujeres

Los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado (Tabla 4.38.) para la variable dependiente Control de Emociones en mujeres, no se obtienen diferencias significativas para las variables independientes, por lo que no existe una relación entre las variables independientes planteadas con la variable dependiente control de emociones.

**Tabla 4.38** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente control de Emociones en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
CONTROL DE EMOCIONES MUJERES	Tipo AF	Nada	75	-.29	1.003					
		AD/Dep	106	-.36	.902	.487	.624	.009	.170	
		Musc	10	-.67	.770					
		Musc y AD/Dep	19	-.24	1.103					
	Cantidad AF	Nada	78	-.21	.933					.372
		Bajo/Moderado	81	-.36	.888					
		Alto/muy alto	51	-.50	1.057					
	Dieta	Si	31	-.46	.914	.112	.738	.001	.063	
		No	179	-.32	.957					
	Suplementación	Si	15	-.56	1.185	2.169	.143	.012	.311	
		No	195	-.32	.931					
	Suplementación * dieta						.183	.664	.001	.071
	Suplementación * tipo AF						.418	.659	.005	.117
	Suplementación * Cantidad AF						.022	.978	.000	.053

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

#### 4.4.4.11. Escrupulosidad en mujeres

En cuanto a la variable dependiente Escrupulosidad en mujeres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.39. Tal y como se aprecia, no se obtienen diferencias significativas, por lo que no existe una relación entre las variables independientes planteadas con la variable dependiente escrupulosidad en mujeres.

**Tabla 4.39** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente escrupulosidad en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_P$	1- $\beta$	
ESCRUPULOSIDAD MUJERES	Tipo AF	Nada	75	.58	1.002					
		AD/Dep	106	.67	.956	.334	.801	.005	.114	
		Musc	10	1.13	1.928					
		Musc y AD/Dep	19	.57	.904					
	Cantidad AF	Nada	78	.53	.991					
		Bajo/Moderado	81	.65	.940	.197	.821	.002	.080	
		Alto/muy alto	51	.71	.981					
	Dieta	Si	31	.73	.899					.890
		No	179	.60	.979					
	Suplementación	Si	15	.80	1.258	.296	.587	.002	.084	
		No	195	.61	.944					
	Suplementación * dieta						<b>.052</b>	.820	.000	.056
	Suplementación * tipo AF						2.507	.084	.027	.498
Suplementación * Cantidad AF						1.611	.202	.017	.338	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

Tras realizar el análisis post-hoc para las variables tipo de actividad y cantidad de actividad no se observaron diferencias entre las distintas dimensiones de las variables independiente. Por lo que no se verificaron diferencias en escrupulosidad en función de la suplementación más dieta.

#### 4.4.4.12. Perseverancia en mujeres

En cuanto a la variable dependiente Perseverancia en mujeres se pueden observar los resultados descriptivos y las diferencias obtenidas en el análisis del Modelo Lineal Multivariado en la Tabla 4.40. Tal y como se aprecia, existe una tendencia a haber niveles más altos de perseverancia en mujeres que realizan más cantidad de actividad física y el tipo de actividad física que practican. Obteniéndose diferencias significativas para la variable independiente suplementación más dieta, por lo que existe una relación con la perseverancia en mujeres.

**Tabla 4.40** - Resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en el Análisis del Modelo Lineal Multivariado para la variable dependiente Perseverancia en mujeres

VD	VI	Dimensiones VI	n	M	DT	F	p	$\eta^2_p$	1- $\beta$
PERSEVERANCIA MUJERES	Tipo AF	Nada	75	1.06	.993	2.808	<b>.041</b>	.044	.669
		AD/Dep	106	1.23	.962				
		Musc	10	1.26	.725				
		Musc y AD/Dep	19	1.47	1.176				
	Cantidad AF	Nada	78	.97	.969	2.856	<b>.060</b>	.030	.554
		Bajo/Moderado	81	1.32	.869				
		Alto/muy alto	51	1.34	1.126				
	Dieta	Si	31	1.30	.965	3.202	<b>.075</b>	.017	.429
		No	179	1.18	.990				
	Suplementación	Si	15	1.57	1.119	.846	.359	.005	.150
		No	195	1.17	.971				
	Suplementación * dieta					5.374	<b>.022</b>	.028	.635
	Suplementación * tipo AF					2.518	.083	.027	.500
Suplementación * Cantidad AF					.778	.461	.008	.181	

Abreviaturas. AF: Actividad Física; AD: Actividad Dirigida, Dep: Deporte; Musc: Musculación

En la Figura 4.30 y en la Figura 4.31, se muestran los resultados del post-hoc para el tipo de actividad física practicada y la cantidad de actividad física realizada, en donde no se puede observar que existe interacción entre las dimensiones de las variables independiente tipo de actividad física realizada con la variable dependiente control de impulsos. Por lo que no existe una relación entre el tipo de actividad física practicada con la variable dependiente perseverancia.

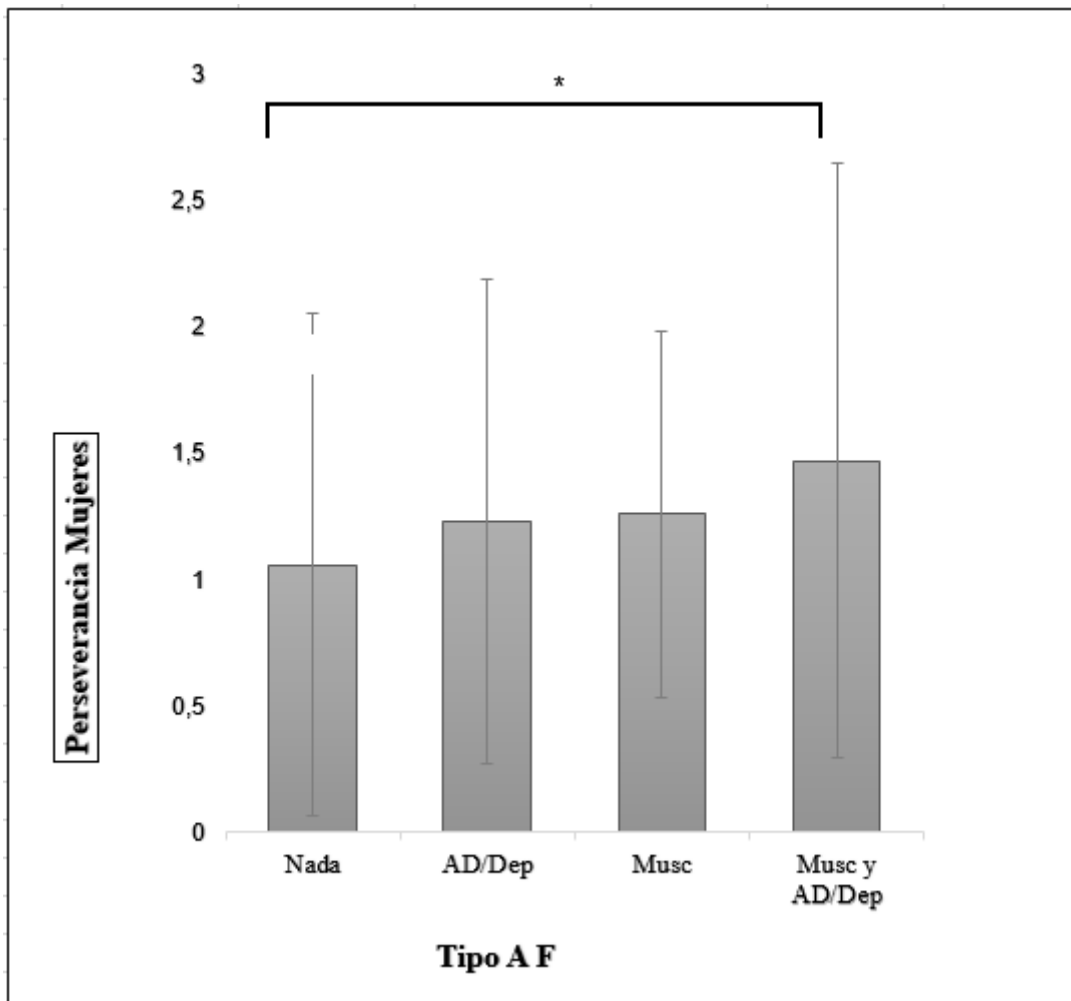
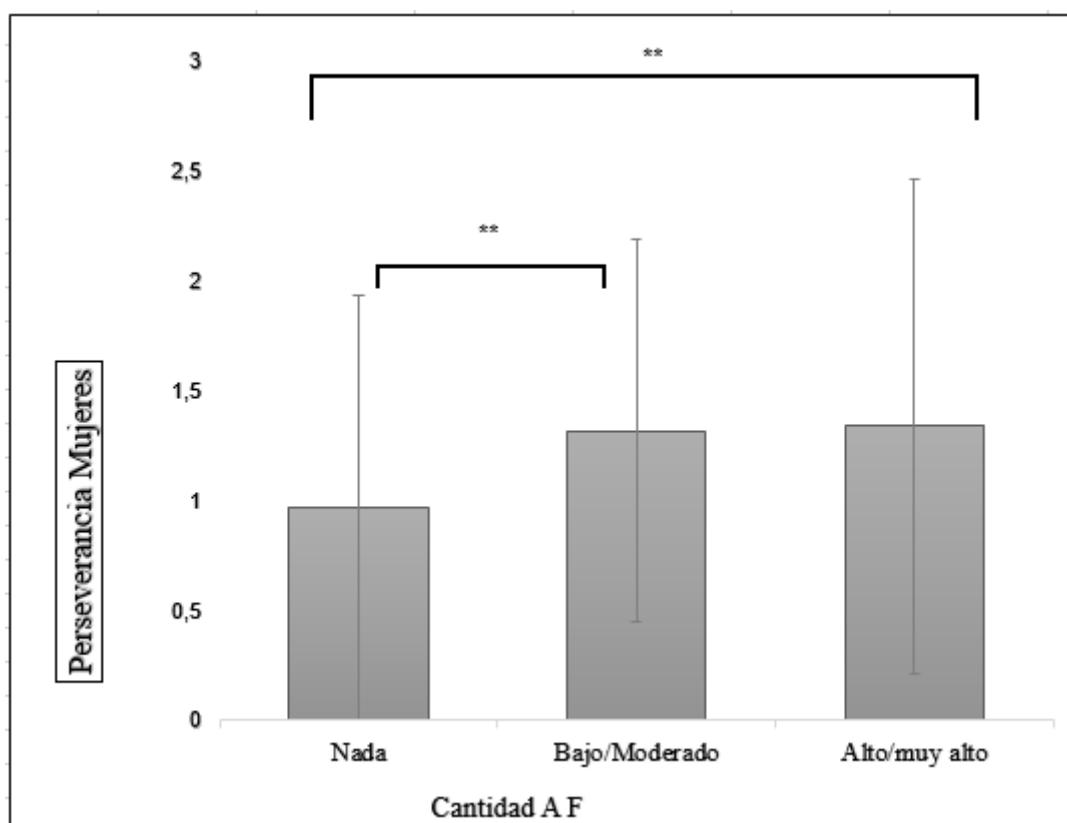
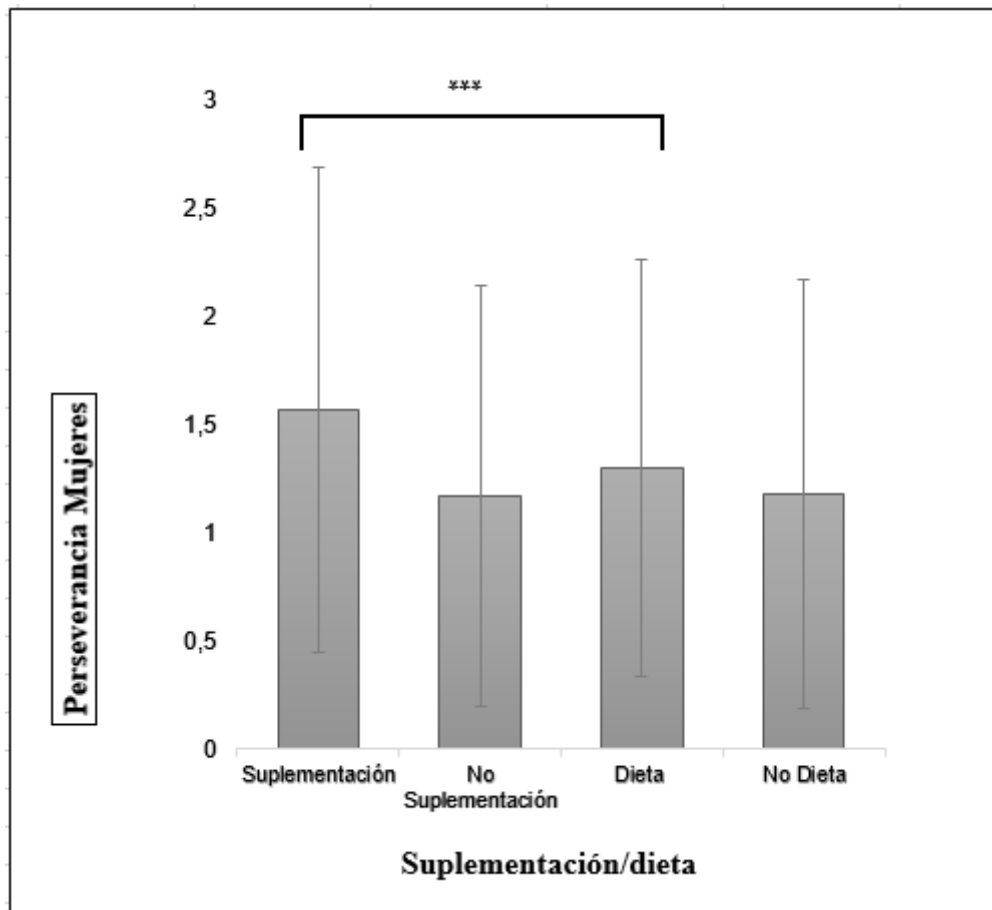


Figura 4.30 - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función del tipo de actividad física para la perseverancia en mujeres



**Figura 4.31** - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función del tipo de actividad física para la perseverancia en mujeres

Tras realizar el análisis post-hoc para las variables independientes suplementación y dieta (Figura 4.32), los resultados muestran que las mayores puntuaciones se dieron cuando los deportistas realizan suplementación más dieta, por lo que a valores más altos de perseverancia aumenta la suplementación de la dieta en las mujeres.



**Figura 4.32** - Resultados obtenidos tras aplicar el test de Bonferroni en función del tipo de actividad física para la pasión obsesiva en mujeres

#### 4.5. Análisis Predictor del Complejo de Adonis a partir de los Valores, la Personalidad y la Pasión

Dado que los valores de Complejo de Adonis fueron sólo 1 y 2, un análisis de regresión lineal no es adecuado porque este tipo de análisis sirve para predecir variables dependientes cuantitativas (y por lo tanto que tengan bastantes valores). De igual forma, tampoco podemos realizar un análisis estructural porque se basa igualmente en la regresión lineal.

En este caso la variable podemos suponerla como dicotómica y podemos suponer que los participantes que puntuaron 2 son más vulnerables a tener Vigorexia. Por ello se utilizó un análisis de regresión logística binaria. Este tipo de análisis se utiliza a menudo en estudios epidemiológicos para identificar los factores protectores y de riesgo de una determinada enfermedad. Por tanto, factores que predicen negativamente el Complejo de Adonis son factores protectores y los que lo hagan positivamente son factores de riesgo.

Tras realizar el análisis de regresión logística binaria para la muestra completa (hombres y mujeres), el modelo quedó como  $R^2 = .176$  ( $X^2 = 47.95$  (16)  $<.001$ ) y clasificó correctamente el 88.5% de los casos. La ecuación de regresión fue:

$$\begin{aligned} \text{Complejo Adonis} = & -2.78 - (.06 \times \text{Integridad}) + (.02 \times \text{Honestidad}) + (.10 \times \\ & \text{Responsabilidad}) + (.10 \times \text{Compromiso Social}) - (.04 \times \text{Prosocialidad}) - (.11 \times \text{Justicia e} \\ & \text{Igualdad}) + (.03 \times \text{Hedonismo}) + (.00 \times \text{Reconocimiento social}) - (.02 \times \text{Pasión armoniosa}) + \\ & (.06 \times \text{Pasión obsesiva}) + (.24 \times \text{Dinamismo}) - (.20 \times \text{Dominación}) - (.17 \times \text{Control de Impulsos}) \\ & - (.61 \times \text{Control emocional}) + (.34 \times \text{Escrupulosidad}) - (.27 \times \text{Perseverancia}). \end{aligned}$$

La capacidad predictiva de las variables se muestra en la Tabla 4.41, donde se observa que la pasión armoniosa, ( $\beta = -.028$ ,  $p = .046$ ) y el control emocional ( $\beta = -.616$ ,  $p = .002$ ) fueron variables protectoras porque predijeron el Complejo de Adonis de forma significativa y negativa, mientras que la pasión obsesiva ( $\beta = .065$ ,  $p = .013$ ) y la escrupulosidad ( $\beta = .344$ ,  $p = .046$ ) fueron factores de riesgo, interactuando positivamente con él.

Por otro lado, se observó una tendencia a que el valor de justicia e igualdad fuera protector ( $\beta = -.117, p = .064$ ), y también una tendencia a que el compromiso social sea un factor de riesgo ( $\beta = .104, p = .058$ ).

Al aplicar la prueba de Hosmer y Lemeshow, se observó un ajuste de desviación adecuado ( $X^2 = 13.69 (8); p = .090$ ) para la muestra completa (hombres y mujeres).

Tabla 4.41. Capacidad predictiva del modelo en la muestra completa, hombres y mujeres.

Variables		$\beta$	Error estándar	Wald	df	Sig.	Exp( $\beta$ )
<b>Integridad</b>	Total	-.069	.054	1.621	1	.203	.933
	Hombres	-.120	.078	2.345	1	.126	.887
	Mujeres	-.016	.086	.033	1	.855	.984
<b>Honestidad</b>	Total	.023	.070	.111	1	.740	1.023
	Hombres	.057	.097	.344	1	.557	1.059
	Mujeres	.022	.112	.038	1	.845	1.022
<b>Responsabilidad</b>	Total	.103	.068	2.288	1	.130	1.108
	Hombres	.119	.092	1.661	1	.197	1.126
	Mujeres	.066	.113	.347	1	.556	1.069
<b>Compromiso social</b>	Total	.104	.055	3.604	1	.058	1.109
	Hombres	.130	.071	3.323	1	.068	1.139
	Mujeres	.034	.094	.129	1	.720	1.034
<b>Prosocialidad</b>	Total	-.046	.061	.559	1	.455	.955
	Hombres	-.111	.090	1.527	1	.217	.895
	Mujeres	.005	.092	.003	1	.958	1.005
<b>Justicia e Igualdad</b>	Total	-.117	.063	3.434	1	.064	.890
	Hombres	-.106	.089	1.431	1	.232	.899
	Mujeres	-.100	.101	.972	1	.324	.905
<b>Hedonismo</b>	Total	.037	.048	.581	1	.446	1.038
	Hombres	.023	.072	.103	1	.748	1.023
	Mujeres	.049	.071	.473	1	.492	1.050
<b>Reconocimiento social</b>	Total	.003	.040	.006	1	.939	1.003
	Hombres	.101	.062	2.652	1	.103	1.106
	Mujeres	-.090	.065	1.925	1	.165	.914
<b>Pasión armoniosa</b>	Total	-.028	.014	3.982	1	<b>.046</b>	.972
	Hombres	-.047	.025	3.523	1	.061	.954
	Mujeres	-.034	.020	2.914	1	.088	.967
<b>Pasión obsesiva</b>	Total	.065	.026	6.228	1	<b>.013</b>	1.067
	Hombres	.073	.043	2.973	1	.085	1.076
	Mujeres	.085	.038	5.130	1	<b>.024</b>	1.089
<b>Dinamismo</b>	Total	.243	.200	1.482	1	.223	1.275
	Hombres	.179	.258	.479	1	.489	1.196
	Mujeres	.483	.343	1.979	1	.159	1.621
<b>Dominación</b>	Total	-.201	.196	1.051	1	.305	.818
	Hombres	.015	.274	.003	1	.957	1.015
	Mujeres	-.500	.321	2.424	1	.119	.606
<b>Control de los impulsos</b>	Total	-.176	.161	1.198	1	.274	.838
	Hombres	-.065	.230	.080	1	.777	.937
	Mujeres	-.275	.272	1.019	1	.313	.760
<b>Control emocional</b>	Total	-.616	.198	9.679	1	<b>.002</b>	.540
	Hombres	-.936	.290	10.420	1	<b>.001</b>	.392
	Mujeres	-.531	.313	2.883	1	.090	.588
<b>Escrupulosidad</b>	Total	.344	.172	3.978	1	<b>.046</b>	1.410
	Hombres	.551	.259	4.503	1	<b>.034</b>	1.734
	Mujeres	.298	.267	1.244	1	.265	1.348
<b>Perseverancia</b>	Total	-.276	.200	1.899	1	.168	.759
	Hombres	-.288	.277	1.083	1	.298	.750
	Mujeres	-.337	.309	1.183	1	.277	.714

Con respecto a los hombres, se observó la misma tendencia. El modelo arrojó  $R^2 = .247$  ( $X^2 = 39.28$  (16) = .001) y clasificó correctamente el 89.5% de los casos. La ecuación de regresión fue:

Complejo Adonis =  $-2.49 - (.12 \times \text{Integridad}) + (.05 \times \text{Honestidad}) + (.11 \times \text{Responsabilidad}) + (.13 \times \text{Compromiso Social}) - (.11 \times \text{Prosociabilidad}) - (.10 \times \text{Justicia e Igualdad}) + (.02 \times \text{Hedonismo}) + (.10 \times \text{Reconocimiento social}) - (.05 \times \text{Pasión armoniosa}) + (.04 \times \text{Pasión obsesiva}) + (.17 \times \text{Dinamismo}) + (.01 \times \text{Dominación}) - (.06 \times \text{Control de Impulsos}) - (.93 \times \text{Control emocional}) + (.55 \times \text{Escrupulosidad}) - (.27 \times \text{Perseverancia})$

Además, resaltar la importancia del valor de control emocional ( $\beta = -.936$ ,  $p = .001$ ) como factor de protección y valor de escrupulosidad ( $\beta = .551$ ,  $p = .034$ ) como factor de riesgo. Añadir que se observó una tendencia a que el compromiso social era un factor de riesgo ( $\beta = .130$ ,  $p = .068$ ).

La prueba de Hosmer y Lemeshow con respecto a los hombres indicó un ajuste de desviación adecuado ( $X^2 = 4.65$  (8);  $p = .079$ ).

Para las mujeres, se observó la misma tendencia, pero el modelo no fue significativo. El modelo arrojó  $R^2 = .199$  ( $X^2 = 23.28$  (16) = .11), y clasificó correctamente el 86.7% de los casos. La ecuación de regresión fue:

Complejo Adonis =  $-2.92 - (.01 \times \text{Integridad}) + (.02 \times \text{Honestidad}) + (.06 \times \text{Responsabilidad}) + (.03 \times \text{Compromiso Social}) + (.00 \times \text{Prosociabilidad}) - (.10 \times \text{Justicia e Igualdad}) + (.04 \times \text{Hedonismo}) - (.09 \times \text{Reconocimiento social}) - (.03 \times \text{Pasión armoniosa}) + (.08 \times \text{Pasión obsesiva}) + (.48 \times \text{Dinamismo}) - (.50 \times \text{Dominación}) - (.27 \times \text{Control de Impulsos}) - (.53 \times \text{Control emocional}) + (.29 \times \text{Escrupulosidad}) - (.33 \times \text{Perseverancia})$ .

Resaltar la importancia del valor de la pasión obsesiva ( $\beta = .085$ ,  $p = .024$ ) como factor de riesgo.

En este caso, la prueba de Hosmer y Lemeshow indicó un ajuste de desviación adecuado ( $X^2 = 7,16 (8) p = .052$ ).



## DISCUSIÓN Y LIMITACIONES



## 5. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

### 5.1. Discusión

El objetivo principal de este estudio, fue evaluar el papel predictivo y protector de las variables establecidas de padecer Dismorfia Muscular o Vigorexia en adolescentes, con el fin de crear un modelo que ayude a prevenir este trastorno. En el presente apartado se sintetizarán y discutirán los resultados más importantes dando así respuestas a las distintas hipótesis planteadas.

#### **5.1.1. Prevalencia de dismorfia muscular en la muestra en función de las variables sociodemográficas para cada sexo**

El primero de los propósitos del estudio, fue conocer el porcentaje de adolescentes afectados de Dismorfia Muscular en la muestra estudiada según la puntuación obtenida en el cuestionario del complejo de Adonis. Con respecto a esta cuestión, los resultados obtenidos muestran que un 88,28% del total de la muestra de participantes mostraron un grado de preocupación leve, mientras que un 11,66% presentan un grado de preocupación moderado, no encontrándose ningún participante de grado grave ni patológico. Estos resultados difieren de los resultados obtenidos en otras investigaciones en donde encontramos porcentajes más elevados.

Si comparamos con el estudio realizado por Baile, Monroy, & Garay, (2005) el porcentaje de deportistas que presentan un grado de preocupación moderado representa el 55,42 % del total de la muestra, en el estudio de Latorre-Román, Garrido-Ruiz, & García-Pinillos, (2015), el 45,5%, y en el estudio de Valdes, Lagos, Gedda, Cárcamo, Millapys & Webar, (2013) el 45%. Estas diferencias de más del 30% con respecto a nuestro estudio podrían deberse al hecho de que la muestra analizada en los otros estudios estaba constituida únicamente por usuarios de gimnasio y/o salas de musculación, mientras que en nuestro estudio el grupo de la muestra extraído de usuarios de gimnasio solo representaba el 11.07% del total, ya que queríamos saber cuál es la realidad en estas edades, y ello nos ha motivado a acudir a centros de educación fundamentalmente.

Por otro lado, en la mayoría de los estudios la composición de la muestra estaba conformada exclusivamente por hombres (Baile, Monroy, & Garay, 2005; Latorre-Román, Garrido-Ruiz, & García-Pinillos, 2015). Este podría ser este otro de los motivos de tales diferencias, ya que en nuestro estudio los hombres representaban el 57,40 % y las mujeres el 41,60% de la muestra. Si comparamos con estudios en los que hay una representación similar de hombres y mujeres, como el de Valdes, Lagos, Gedda, Cárcamo, Millapys & Webar, (2013) (hombres: 56%; mujeres: 44%) observamos que los resultados van más acordes con nuestros datos, pero, con la gran diferencia de que ellos se centraron en una muestra conformada por usuarios de salas de musculación.

Añadir, además, con respecto a la edad de los participantes que la media de edad de nuestro estudio se encuentra en 21 años, mientras que en la mayoría de investigaciones ronda los 25 años. Cabe destacar que, en el estudio realizado por Valdes, Lagos, Gedda, Cárcamo, Millapys & Webar, (2013) se agrupó a los sujetos en dos rangos de edad (18 a 21 años y 22 a 25 años) con la intención de establecer relación con la prevalencia de Vigorexia, pero no pudo apreciarse una relación determinante entre diagnóstico de Vigorexia y edad. En donde sí coinciden nuestros datos es con la investigación realizada por Baile, Ayensa, González Díaz, Ramírez Ortiz, & Suárez Andujo, (2011) ya que en este caso se hizo un estudio comparativo entre dos grupos y la muestra se obtuvo de estudiantes universitarios por una parte y por otra de usuarios de gimnasio, coincidiendo en la media de edad de 21 años.

Por lo que se puede deducir, dada la heterogeneidad de las muestras en las distintas investigaciones consultadas, es difícil conocer el grado de prevalencia global de la DM, coincidiendo con lo expuesto por Babusa, Czeglédi, Túry, Mayuille, & Urbán, (2015), en donde señalan que es difícil asignar una prevalencia de dicho trastorno ya que los tipos de diseño y resultados de las distintas medidas realizadas son diferentes, motivo por el cual las puntuaciones obtenidas en el test del complejo de Adonis no son comparables.

### **5.1.2. Relaciones entre el Complejo de Adonis, la pasión, los valores y la personalidad, para cada sexo**

El segundo propósito del estudio fue establecer la relación entre el complejo de Adonis y la pasión, la personalidad y los valores en función del sexo, para confirmar o rechazar las hipótesis planteadas de que existe una relación entre el complejo de Adonis, la pasión, los valores y la personalidad planteadas a partir del segundo objetivo.

Mediante los parámetros de las dimensiones de las variables establecidas medidos por separado en hombres y mujeres, hemos obtenido algunas correlaciones significativas a nivel estadístico. Según los resultados se observa que el Complejo de Adonis se correlaciona de manera positiva con la escrupulosidad, dimensión de la variable personalidad, y el reconocimiento social, dimensión de la variable valores, y de forma negativa con el control emocional y el control de impulsos, dimensiones de la variable personalidad en el caso de los hombres; mientras que en las mujeres no se encuentra correlación positiva con ninguna de las variables establecidas, y sí se encuentra correlacionada de manera negativa con el control de emociones y el control de impulsos dimensiones de la variable personalidad. No encontrándose correlación entre el complejo de Adonis y la pasión.

Por lo que se puede deducir de estos resultados, en el caso de los hombres, una persona que padezca Dismorfia Muscular, es más probable que presente altos niveles de escrupulosidad y reconocimiento social y a la vez presente bajos niveles de control emocional y control de impulsos. En el caso de las mujeres una persona que padezca DM presentará bajos niveles de control emocional y control de impulsos.

Con respecto a la escrupulosidad y al reconocimiento social, tal y como exponen Lee, Whitehead & Balchin, (2000), son rasgos propios de deportistas jóvenes, además de ser estos factores que junto a la impulsividad intervienen en el desarrollo de la vigorexia (Baile, 2005).

Los resultados obtenidos con respecto a la escrupulosidad van en la línea de otras investigaciones en donde se observa que los deportistas son más perfeccionistas que los no deportistas (Arbinaga & Caracuel, 2008), son sujetos que practican sus rutinas de entrenamiento escrupulosamente a diario, permaneciendo durante excesivas horas en las salas de musculación de los gimnasios realizando esta práctica deportiva sin límite (Martell, 2006). Se trata de una competición consigo mismo para llegar hasta el límite máximo que puedan alcanzar sus músculos (Contreras & González, 2009). Nuestros resultados van en la línea de los recogidos por Castro, (2013), en donde encuentran relación entre la DM y la dimensión ascetismo, es decir, son personas con alto nivel de sacrificio, autodisciplinadas y con altos niveles de autosuperación. En nuestro caso, las personas escrupulosas tratan de llevar a cabo sus tareas correctamente y se toman sus obligaciones muy en serio, actuando en función de lo que ellos consideran es su deber con altos niveles de sacrificio y de manera autodisciplinada.

En cuanto al reconocimiento social, se refuerza la idea de Baile, (2005) cuando afirma que existe una subcultura del culturismo, entre los usuarios de gimnasio, en donde se encuentran personas que persiguen los mismos objetivos. Además, estos sujetos piensan que son poco atractivos para el sexo opuesto debido a la gran insatisfacción corporal que poseen (Hernández, Guillem, & Hernández, 2005) por lo que el reconocimiento social es importante. Añadir que, para los adolescentes, es muy importante cómo son percibidos por sus iguales; algunos harían cualquier cosa para formar parte del grupo y no ser excluidos, situación la cual les genera estrés, frustración y tristeza. La aceptación del grupo, al igual que el aspecto físico, son dos elementos especialmente importantes en la adolescencia que correlacionan con la autoestima (Krauskopf, 2002; Santrock, 2004).

El control emocional aparece como otra de las causas de padecer DM, coincidiendo con estudios como el de Castro (2013) al encontrarse una correlación negativa con respecto al control emocional por lo que, cuanto menor sea el valor de esta dimensión mayor será el riesgo de padecer DM. Además, Baile (2005) indica que el bajo autoconcepto es una de las causas de la vigorexia, y Muñoz y Martínez (2007) definen a las personas con DM como personas con autoconcepto y autoestima bajos o inestables emocionalmente. Asimismo, la práctica del levantamiento de pesas está relacionada con la distorsión de la imagen corporal, por tanto, dicha insatisfacción en relación a la musculatura puede explicar la baja percepción de autoconcepto físico y la autoestima (De la Serna, 2008). Nuestros resultados difieren de otras investigaciones en las que se plantea que los deportistas tienen mayor control de sus emociones (González et al., 2014; Ruiz, 2012), no siendo así en nuestro estudio, aunque hay que tener en cuenta que los fisicoculturistas no se encontraban en las muestras estudiadas en otros estudios.

De la misma manera se obtienen correlaciones significativas entre la vigorexia y el control de impulsos, cuanto menor es el valor de esta dimensión de la personalidad mayor será el riesgo de padecer DM. Tanto es el tiempo dedicado al ejercicio de forma compulsiva para encontrar el cuerpo musculoso deseado, que pueden incluso sacrificar hasta las relaciones más próximas (Hernández, Guillem, & Hernández, 2005). Coincidimos con Baile (2005) cuando indica que suelen manifestar tendencias obsesivo-compulsivas, tal y como se refleja también en la definición del DSM-5 (APA, 2013).

### **5.1.3. Diferencias en el Complejo de Adonis, la pasión, los valores y la personalidad en función de la cantidad y tipo de actividad física realizada, la dieta y la suplementación, para cada sexo**

En cuanto al análisis inferencial realizado con el objetivo de determinar las posibles diferencias que existen entre el complejo de Adonis, la pasión, los valores y la personalidad en función de la cantidad y el tipo de actividad física realizada, la dieta y la suplementación, medidos por separado en hombres y mujeres, hemos obtenido numerosas diferencias significativas a nivel estadístico rechazando o confirmando, total o parcialmente algunas de las hipótesis planteadas.

Tal y como se acaba de mencionar, son varias las diferencias existentes entre las diferentes dimensiones de los instrumentos. En esta parte de la discusión focalizaremos la atención en aquellas que se han mostrado más significativas.

En cuanto al CA se observan diferencias significativas con respecto al tipo de actividad practicada, alcanzando mayores puntuaciones cuando los adolescentes realizaban únicamente musculación en el caso de los hombres, no siendo así en el caso de las mujeres en donde no se obtienen diferencias significativas. Los resultados van en la línea de otras investigaciones en donde se relaciona la DM con la práctica de musculación en mayor medida que con la realización de otras actividades dirigidas (González-Cutre & Sicilia, 2012). Estos resultados van en la línea de la hipótesis planteada por Grieve (2007) de que los practicantes de un deporte cuyo foco sea el tamaño muscular y la fuerza, mostraran más síntomas de DM. Pese a ello, autores como Hernández-Martínez, González-Martí & Contreras (2017) establecen que el desarrollo muscular no es un factor determinante en el desarrollo de la DM.

Por otro lado, las salas de musculación son fundamentalmente utilizadas por hombres (Sicilia *et al.*, 2008) lo que podría explicar el no encontrar diferencias significativas entre las mujeres de nuestro estudio. Otros autores como González-Martí (2012) sí que encontraron mujeres fisicoculturistas y levantadoras de pesas afectadas por DM.

Añadir con lo que respecta a la cantidad de actividad física realizada que nuestros resultados coinciden con el estudio realizado por Arbinagra & Caracuel (2008), en donde no encontraron diferencias significativas en cuanto a la cantidad de actividad física practicada.

En el caso de la Pasión, tanto armoniosa como obsesiva, y tanto en hombres como en mujeres, se observan diferencias significativas con respecto a la cantidad de actividad física realizada, obteniendo valores más altos cuanto más cantidad de actividad física se realiza, lo que coincide con los resultados obtenidos en otras investigaciones (Nogueira, Salguero, & Márquez, 2017). Añadir que la actividad deportiva característica de aquellos sujetos que buscan mejorar su aspecto físico de manera obsesiva se relaciona directamente con el fisicoculturismo y el levantamiento de pesas (Baile, 2005). En las mujeres se observa además que no solo la diferencia aumenta con la cantidad también con el tipo de actividad practicada. Aunque los resultados difieren del estudio realizado por Rodríguez & Rabito (2011), en donde no se encuentra significativa la tendencia obsesiva.

La pasión obsesiva está caracterizada por una insistencia en practicarlo diariamente, en ocasiones de manera obsesiva y compulsiva. El tiempo que dedican en el gimnasio es otra de las características que definen a estos sujetos ya que, acuden una media de 6 horas diarias al gimnasio, y si su rutina de entrenamiento se ve modificada sufren un sentimiento de culpa, de preocupación y de ansiedad en ocasiones extrema (Facchini, 2006). La persona espera realizar una cantidad de ejercicio determinada y acaba haciendo más de lo deseado (Hausenblas & Symons Downs, (2002). Para compensar este sentimiento de culpa realizan horas extras de levantamiento de pesas (Pope, Gruber, Choi, Olivardia, & Phillips, 1997).

Comparando la variable Pasión obsesiva con la definición del DSM-TR-V (APA;2013) sobre DM podemos observar la relación que hay entre ésta con el espectro obsesivo-compulsivo del TDC. Añadir que autores como Melero & Berengo, (2016) consideran que la insatisfacción corporal es una de las causas que llevan a las personas a sentir la necesidad de modificar su cuerpo a través de la práctica deportiva de manera obsesiva.

Con respecto a las dimensiones de la personalidad (Dinamismo, dominación, control de impulsos, control emocional, escrupulosidad y perseverancia), se han obtenido diferencias significativas con las variables dominación, dinamismo y perseverancia.

En primer lugar, en el caso de la dominación y tanto en hombres como en mujeres, se observan diferencias significativas con respecto a la cantidad de actividad física realizada, obteniéndose valores más altos cuanto más cantidad de actividad física se realizaba. En este sentido la dominación tal y como expone García-Naveira (2008) podría deberse a que el deportista haya aprendido a ser dominante como medio de adaptación a la competitividad. Coincidimos también con los planteamientos de Darden (1972) quien marca la dominancia como un factor diferencial de la personalidad del culturista y con Pérez et al., (2007), por la búsqueda compensatoria de una imagen corporal para no poner en evidencia su vulnerabilidad.

Por otro lado, en el caso de la dimensión dinamismo en mujeres también se observan diferencias significativas con respecto a la cantidad de actividad física realizada, obteniéndose valores más altos cuanto más actividad física se realiza. Estos resultados estarían en la línea de los obtenidos por Rodríguez Molina (2007) que los achaca al deseo de modificar su aspecto físico de manera obsesiva.

Añadir que, en el caso de las mujeres, además de en la cantidad de actividad física realizada se encuentran diferencias significativas en la dimensión perseverancia con respecto a la suplementación y la dieta, no siendo así en los hombres. Coincidiendo con lo expuesto por Blanco, Solano, Benavides & Ornelas, (2017) las mujeres suelen ser más perseverantes por el miedo a engordar. Encontrándose cierta concordancia con el estudio realizado por Arbinaga & Caracuel, (2008) Arbinaga, (2008) al reflejar en su estudio que los fisicoculturistas entre otras características suelen ser sujetos de pensamientos concretos, con altos rasgos de organización en su conducta, auto disciplinados y orientados a la acción.

#### **5.1.4. Capacidad predictiva de los valores, la personalidad y la pasión para predecir el Complejo de Adonis, para cada sexo**

Finalmente, en cuanto al análisis de regresión logística binaria realizado con el objetivo de determinar la capacidad predictiva del Complejo de Adonis a partir de los valores, la personalidad y la pasión, los resultados hallados en esta investigación confirman la capacidad predictiva de la pasión armoniosa y el control de emociones como variables protectoras, mientras que la pasión obsesiva y la escrupulosidad se confirman como variables de riesgo de padecer DM, dando así respuesta a las hipótesis planteadas en el séptimo objetivo del estudio.

Con respecto a la escrupulosidad como factor de riesgo considerando que las personas escrupulosas pueden presentar obsesiones o compulsiones que le consumen tiempo y energía, los resultados obtenidos son congruentes con los datos de otros estudios en donde se muestra que los sujetos con adicción al ejercicio a menudo tienen pensamientos compulsivos sobre la práctica de ejercicio llegando a experimentar síntomas físicos y psicológicos (Gutierrez & Ferrerira, 2007). Si su rutina de entrenamiento se ve modificada sufren un sentimiento de culpa, de preocupación y de ansiedad en ocasiones extrema (Facchini, 2006). Además, se ha demostrado que los deportistas son más perfeccionistas que los no deportistas (Arbinaga & Caracuel, 2008) ya que son personas muy auto disciplinadas (Lee, Whitehead & Balchin, 2000). Además, tal y como se refleja en otros estudios de regresión como en el caso de Castro-López, Molero, Cachón-Zagalaz & Zagalaz-Sánchez (2014) entre los rasgos de la personalidad de los fisiculturistas se encuentran el perfeccionismo y el ascetismo.

En cuanto al valor control emocional como factor de la personalidad, se verifica cómo el control emocional es un factor protector de la DM y los resultados obtenidos van en la línea con el concepto de control emocional como la capacidad de las personas para modificar sus conductas en función de las demandas de situaciones específicas (Peñañiel & Serrano, 2010). Por lo que los sujetos con niveles bajos de inteligencia emocional, presentan mayor impulsividad y peores habilidades interpersonales y sociales, lo que favorece la aparición de comportamientos antisociales. Además, se envuelven más en conductas autodestructivas (Fernandez-Berrocal & Ruiz, 2008). Coincidiendo con Castro-López, Molero, Cachón-Zagalaz & Zagalaz-Sánchez (2014) el neuroticismo es un rasgo característico de los fisiculturistas. Por el contrario, los sujetos con niveles altos de inteligencia emocional presentan menor tendencia a realizar acciones impulsivas (Jiménez & López, 2013). Coincidiendo, además, con otras investigaciones en donde afirman que la competición ha sido identificada como una variable que en los juegos deportivos aumenta la percepción de emociones negativas, como la ira, la ansiedad, el miedo, la tristeza y la vergüenza (Duran, et al., 2015; Sáez, et al., 2014).

La imagen corporal hace referencia a la representación mental que la persona realiza de su propio cuerpo (Raich, 2000) dicha representación mental supone una vivencia corporal que puede ocasionar malestar (Ogden, 2010), es decir, insatisfacción con la representación mental del propio cuerpo que no tiene por qué coincidir con la forma corporal objetiva (Pruzinsky & Cash, 1990).

Los resultados obtenidos en la pasión son congruentes con los resultados de estudios previos como nos muestra el estudio de Pedrosa, García-Cueto, Torrado & Arce, (2016), en donde se refleja que la pasión armoniosa se halla ligada a aspectos positivos, generando en la persona motivación y autonomía, manifestando que disfrutan de la práctica deportiva; mientras que la pasión obsesiva se encuentra relacionada con trastornos o sintomatología psicofisiológica en la que los sujetos no disfrutan de la práctica deportiva e incluso puede llevarles a trastornos como el síndrome de burnout (Aziz, Uhrich, Wuensch, & Swords, 2013; Philippe, Vallerand, Houliort, Lavigne, & Donahue, 2010). Además, estos datos serían similares tanto para hombres como para mujeres (Pedrosa, García-Cueto, Torrado & Arce, 2016).

Por tanto, en base a lo anteriormente expuesto, y en respuesta a las hipótesis planteadas en el estudio se resume que:

Hipótesis objetivo 2:

*“El complejo de Adonis está relacionado la dimensión de los valores reconocimiento social y las dimensiones de la personalidad, escrupulosidad, control emocional y control de impulsos en hombres”, se acepta parcialmente ya que no se han obtenido resultados con respecto a la variable de la pasión en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres decir que, “El complejo de Adonis está relacionado con, las dimensiones de la variable personalidad, control emocional y control de impulsos en mujeres”, no encontrándose relación con las variables pasión ni con los valores.*

Hipótesis objetivo 3:

*“Existen diferencias en el complejo de Adonis en función del tipo de actividad practicada, la cantidad de actividad física realizada la dieta y la suplementación”* se acepta parcialmente, ya que se cumple en función del tipo de actividad practicada cuando esta actividad es musculación, rechazándose el resto de las hipótesis planteadas del tercer objetivo.

Hipótesis objetivo 4:

Las hipótesis planteadas en el cuarto objetivo constatan que las hipótesis *“Existen diferencias en la pasión (armoniosa y obsesiva) en función de la cantidad de actividad física realizada, tipo de actividad física practicada, la dieta y la suplementación tanto en hombres como en mujeres”* se cumple en el caso del tipo de actividad física practicada y la cantidad de actividad física realizada. Considerándose nulas el resto de hipótesis del cuarto objetivo.

Hipótesis objetivo 5:

En cuanto a los valores (Integridad, honestidad, responsabilidad, compromiso social, prosociabilidad, justicia e igualdad, hedonismos y reconocimiento social), no se encontraron diferencias significativas con ninguna de las dimensiones planteadas en función de la cantidad de actividad física realizada, el tipo de actividad practicada, la dieta y la suplementación, por lo que las hipótesis planteadas en el quinto objetivo *“Existen diferencias en los valores (Integridad, honestidad, responsabilidad, compromiso social, prosociabilidad, justicia e igualdad, hedonismos y reconocimiento social) en función de la cantidad de actividad física realizada, el tipo de actividad física practicada, la dieta y la suplementación”* se anulan.

Hipótesis objetivo 6:

Las hipótesis planteadas en el sexto objetivo *“Existen diferencias en las dimensiones de la personalidad (Dinamismo, dominación, control de impulsos, control emocional, escrupulosidad y perseverancia) en función de la cantidad de actividad física realizada, tipo de actividad física practicada, la dieta y la suplementación tanto en hombres como en mujeres”* se cumplen parcialmente ya que se cumple en el caso de la dominación en función de la cantidad de actividad física realizada en ambos sexos, el dinamismo en función de la cantidad de actividad física realizada, la suplementación y la dieta en las mujeres. Considerándose nulas el resto de hipótesis del sexto objetivo.

#### Hipótesis objetivo 7:

Se confirman las hipótesis planteadas en el séptimo objetivo del estudio *“Los adolescentes excesivamente escrupulosos correrán más riesgo de padecer dismorfia corporal o vigorexia. Dado que las personas escrupulosas pueden presentar obsesiones o compulsiones que le consumen tiempo y energía”*.

*“La pasión (armoniosa y obsesiva) son variables protectoras y predictoras de padecer dismorfia corporal”*. *“La dimensión de la personalidad escrupulosidad es una variable predictora de padecer dismorfia muscular”* y que *“La dimensión de los valores control emocional es una variable protectora de padecer dismorfia corporal”*.

*“Tener un bajo control emocional será un factor predictor de padecer dismorfia muscular mientras que un buen control emocional será protector. Puesto que el control emocional capacitará a las personas a modificar sus conductas en función de las demandas y las situaciones específicas”*.

## **5.2. Limitaciones**

Las limitaciones de esta investigación radican, por un lado en la captación de la muestra, y en la disponibilidad de los participantes para la toma de datos, lo que se refleja en la baja participación de usuarios de gimnasio de la muestra, dadas las dificultades que nos encontramos por parte de los responsables de los gimnasios a la hora de acceder a las instalaciones de los gimnasios, por lo que esto puede explicar que no se tuvieran puntuaciones más altas en el cuestionario de Complejo de Adonis. Además, de la heterogeneidad de la muestra. En relación con la limitación expuesta, aunque la muestra fue significativa, sería necesario seguir realizando más estudios en muestras más homogéneas, tal y como apuntan Babusa, Czeglédi, Túry, Mayuille, & Urbán, (2015), con el fin de constatar los resultados. Tratando, además, aumentar la participación de los usuarios de salas de musculación de los gimnasios (González-Cutre & Sicilia, 2012) para poder contrastar resultados.

Por otro lado, otra de las limitaciones radicaría en la cumplimentación del cuadernillo en su totalidad, ya que se realizaron más de 1500 encuestas de las cuales, y solo fueron aceptadas aquellas en las que se había cumplimentado correctamente todos los cuestionarios, bien por falta de tiempo o por cansancio, además de la edad de los participantes es otro factor a tener en cuenta, dada la extensión del cuadernillo.

CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE  
INVESTIGACIÓN



## 6. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

### 6.1. Conclusiones

En consideración a los resultados obtenidos y de acuerdo con los objetivos planteados en el estudio, se puede concluir primeramente que, dada la heterogeneidad de las muestras en las distintas investigaciones consultadas, es difícil asignar una prevalencia de dicho trastorno ya que los tipos de diseño y resultados de las distintas medidas realizadas son diferentes. Este aspecto nos lleva a la conclusión de la necesidad de realizar más estudios con personas de características similares, que puedan aportar información con el fin de ayudar a prevenir la aparición de este trastorno en adolescentes.

En segundo lugar, que los adolescentes que corren más riesgo de padecer DM son aquellos que presentan rasgos de elevada escrupulosidad con necesidad de reconocimiento social y con bajos niveles de control emocional y control de impulsos. En el caso de las adolescentes se relaciona con mujeres que muestran bajos niveles de control emocional y control de impulsos. En tercer lugar, que por un lado el tipo de actividad que se realiza influyen a la hora de que se desarrolle este trastorno, dado que los resultados indican que son los adolescentes que practican musculación aquellos que tienen más riesgo de padecer DM.

Por otro lado, con respecto a la cantidad de actividad que se practica la pasión con la que ésta se realiza también influye, tanto de forma positiva cuando se realiza de manera armoniosa como negativa cuando esta se realiza de manera obsesiva. Además, en el caso tanto en hombres como en mujeres suelen ser dominantes, añadir en el caso de las mujeres que suelen ser además dinámicas, perseverantes y responsables.

En cuarto lugar, en base a los resultados obtenidos se concluye que, la pasión armoniosa y el control emocional son variables protectoras de la DM porque predicen la variable del Complejo de Adonis de manera significativa y negativa, mientras que la pasión obsesiva y la escrupulosidad son factores de riesgo, porque se relacionaron positivamente con ello. Estos resultados indican la importancia de desarrollar programas de intervención dirigidos a la prevención de la DM. Dirigiendo la práctica deportiva hacia la salud. Destacar la relevancia de trabajar en el control emocional y la pasión armoniosa con los adolescentes, considerando que la etapa de la adolescencia es crucial para el desarrollo de la DM, dada la prevalencia del trastorno.

Los datos presentados contribuyen por un lado a reforzar la necesidad de promover la práctica de la actividad deportiva por parte de profesores y entrenadores deportivos, trabajando sobre el control emocional de los adolescentes con una inclinación positiva (pasión armoniosa), dadas las consecuencias y la repercusión que tienen sobre ellos a la hora de realizar actividad física. Preparando el terreno para que el individuo adquiera las habilidades de afrontamiento necesarias para instaurarse así en la edad adulta coincidiendo con lo expuesto por Ortega, (2010).

Por otro lado, mediante este estudio se aportan datos que amplían los conocimientos sobre los factores predictores y protectores de padecer Dismorfia Muscular o vigorexia, considerando la importancia de investigar al respecto con el fin de prevenir este tipo de trastorno, y poder diseñar programas concretos de intervención basados en las características de la DM, dirigidos no solo a deportistas, entrenadores y directores de clubes deportivos, sino también a profesores y educadores.

## **6.2. Futuras líneas de investigación**

Partiendo de las conclusiones a las que se han llegado en el estudio confirmando que las variables pasión y control emocional halladas como predictoras de la vigorexia son ambas modificables, podría considerarse adecuada una línea de investigación basada en, la creación de programas de modificación de conductas, dada la relevancia que estos rasgos de la personalidad asociados a la vigorexia han demostrado tener en el estudio.

Además, como se ha mencionado en apartado de limitaciones, sería necesario seguir realizando estudios en muestras más homogéneas, con el fin de constatar los resultados. Tratando de aumentar la participación de los usuarios de salas de musculación de los gimnasios, y así, poder disponer de más información, con el fin de evitar la aparición de este trastorno en la medida de lo posible, fomentando la educación para la salud.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed.). Washington, DC: Author.  
doi:<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Antolín, L., Oliva, A., & Arranz, E. (2009). Contexto familiar y conducta antisocial infantil. *Anuario de Psicología*, 40(3), 313-327.
- Antolín, L., Oliva, A., Pertegal, M. Á., & López, A. M. (2011). Desarrollo y validación de una escala de valores para el desarrollo positivo adolescente. *Psicothema*, 23(1), 153-159. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11441/23218>
- Aberastury, A., & Knobel, M. (1999). *La adolescencia normal; un enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Paidós Educador.
- Alonso, M. P. (2002). Tratamiento farmacológico de los trastornos del espectro. *Tercer Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis*.
- Argüello, L., & Romero, I. (2012). Trastorno de la imagen corporal. *Reduca*, 1(4), 478-518.
- Arbinaga, F., & Caracuel, J. C. (2008). Rasgos de personalidad en Fisicoculturistas y relaciones con variables antropométricas y conductas deportivas. *Revista de Psicología del Deporte*. 17,(1) 85-102.
- Atencio, P., Molina, Z., & Rojas, L. (2008). Influencia del género y la percepción de la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Mérida. *Anales Venezolanos de nutrición*, 21(2), 85-90.
- Aziz, S., Uhrich, B., Wuensch, K., & Swords, B. (2013). The Workaholism Analysis Questionnaire: Emphasizing Work-Life Imbalance and Addiction in the Measurement of Workaholism. *Journal of Behavioral & Applied Management*, 14, 71-86.
- Babusa, B., Czeglédi, E., Túry, F., Mayuille, S. B., & Urbán, R. (2015). Differentiating the levels of risk for muscle Dysmorphia among hungarian male weightlifters: a factor mixture modeling approach. *Body Image*, 12, 14-21.  
doi:10.1016/j.bodyim.2014.09.001
- Baekeland, F. (1970). Exercise Deprivation; Sleep and psychological reactions. *Arch Gen Psychiatry*, 22(4), 365-369.

- Baghurst, T., Hollander, D. B., Nardella, B., & Haff, G. G. (2006). Change in sociocultural ideal male physique: An examination of past and present action figures. *Body Image, 3*, 87-91.
- Baile, J. L., González, A., Ramírez, C., & Suárez, P. (2011). Imagen corporal hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios no usuarios. *Revista Psicología del Deporte, 20*(2), 353-366.
- Baile, J. I., Raich, R., & Garrido, E. (2003). Evaluación de la insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la administración de una escala. *Anales de Psicología, 10*, 187-192.
- Baile, J. L. (2005). *Vigorexia, cómo reconocerla y evitarla*. Madrid: Síntesis.
- Baile, J. L., & Vazquez-Castañeda, A. (2006). Medición del riesgo de trastorno alimentario en una muestra de mujeres mexicanas: convergencia de tres técnicas de evaluación. *Revista Mexicana de Psicología, 23*(4), 225-233.
- Baile, J. L., Monroy, K., & Garay, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Revista de Investigación en Psicología, 10*, 161-169.
- Ballén, J. E., & Riveros, F. (2015). Satisfacción de la imagen corporal en universitarios que cuentan con el 10% del cuerpo tatuado y universitarios no tatuados. *Informes Psicológicos, 2*(15), 67-92.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2006). *Psicopatología*. Madrid: Paraninfo.
- Bendit, R. (2000). *Participación social y política de los jóvenes en países de la Unión Europea*. En S. Balardini (Compilador), *La participación social y política de los jóvenes en el horizonte del nuevo siglo*. Buenos Aires: CLACSO.
- Bermudez, J. (1995). *Manual del Cuestionario "Big Five" (BFQ)*. [Manual of the "Big Five" Questionnaire (BFQ)]. Madrid: TEA.
- Bjornsson, A., Didie, E., Grant, J., Menard, W., Stalker, E., & Phillips, K. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry, 54*, 893-903. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.019>.
- Blair, S. N., Kohl, H. W., Gordon, N. F., & Paffenbarger, R. S. (1992). How much physical activity is good for health? *Annual Review of Public Health, 13*, 99-126.
- Blasco, T., Capdevilla, L., & Cruz, J. (1994). Relaciones entre actividad física y salud. *Anuario de Psicología*(61), 19-24.

- Blond, A. (2008). Impactes of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review. *body Image*, 5, 244-250.
- Bucchianeri, M. M., Eisenberg, M. E., Fernandes, N., Hannan, P. J., Loth, K., & Neumark-Sztainer, D. (2016). Body dissatisfaction: Do associations with disordered eating and psychological well-being differ across race/ethnicity in adolescent girls and boys? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 22(1), 137-146.
- Bucchianeri, M. M., Serrano, J. L., Pastula, A., & Corning, A. F. (2014). Drive for muscularity is heightened in body-dissatisfied men who socially compare. 3(22), 221-232.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., & Borgogni, L. (1995). *BFQ, Cuestionario "Big five"*. (J. Bermúdez, Trad.) Madrid: TEA Ediciones,S.A.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Perugini, M. (1993). The "Big Five Question-naire": a new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15, 281-288.
- Caracuel, J. C., & Arbinaga, F. (2003). Aproximación a la Dismorfia Muscular. *Cuadernos de medicina psicosomtica y psiquiatría de enlace*, 7-15.
- Carpersen, C. J., Powell, K. E., & Chirstenson, G. M. (1985). Physical activity, and exercice, and physical-fitness. *Pubblic Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Cartoccio, E. (Noviembre de 2004). Recuperado el 10 de Mayo de 2014, de Revista Digital: [www.efdeportes.com](http://www.efdeportes.com)
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva York: Guilford Press.
- Castillo, M. (11 de 11 de 2004). *Mentes enfermas en cuerpos sanos*. Recuperado el 30 de Mayo de 2014, de [www.dmedicina.com](http://www.dmedicina.com)
- Castro-López, R., Molero, D., Cachón-Zagalaz, J., & Zagalaz-Sánchez, M. L. (2014). Factores de Personalidad y Fisioculturismo: indicadores asociados a la vigorexia. *Psicología del Deporte*, 23(2), 295-300.
- Contreras, O. R., & González, I. (2009). Revalencia de la vigorexia en población de riesgo y predicción de sustancias dopantes. *VII congreso internacional sobre la Enseñanza de la Educación Física y el Deporte Escolar*. Ceuta: Universidad de Castilla La Mancha.
- Cumming, W. J. (1988). The Neurobiology of the Body Schema. *British Journal of Psychiatry*, 53, 7-11.

- Damon, W. (enero de 2004). What is positive youth development? *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 12-24.
- Davis, C., Fox, J., & Cowles, M. (1990). The functional role of exercise in the development of weight and diet concerns in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(5), 563-574.
- De Diego, S., & Sagredo, C. (1997). *Jugar con ventaja: las claves psicológicas del éxito*. Madrid: Alianza.
- De Gracia, M., Marco, M., Fernandez, M. J., & Juan, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20(1), 27-38.
- De la Fuente, J., Peralta, F. J., & Sánchez, M. D. (2006). Valores socioper-sonales y problemas de convivencia en la Educación Secundaria. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 4(2), 171-200.
- De la Serna, I. (2004). Alteraciones de la imagen corporal: anorexia, vigorexia, bulimia, dismorfofobia y cuadros relacionados. *Monografías de Psiquiatría*, 16(2), 3-5.
- Devís, J., & Peiró, C. (1993). La actividad física y la promoción de la salud en niños/as y jóvenes: La escuela y la educación física. *Revista de Psicología del deporte*, 4, 71-86.
- Dulanto, E. (2000). *El Adolescente*. Mexico: McGRAW-HILL/ Interamericana de Mexico.
- Durand, M., & Barlow, D. (2006). *Essentials of Abnormal Psychology*. California: Thomson.
- Elzo, J., Megías, I., Rodríguez, E., Ballesteros, J. C., & Rodríguez, M. Á. (2010). *Valores sociales y drogas 2010*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Eysenck, H. J. (1985). *The biological basis of personality*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Facchini, M. (2006). La Imagen Corporal en la Adolescencia, ¿es un tema de varones? *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104(2), 177-184.
- Fanjul, C. (2008). *Vigorexia: Una mirada desde la publicidad*. Madrid: Fragua.
- 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*. Castellón: Universidad Jaume I.

- Fanjul, C. (2008). *Vigorexia: una mirada desde la publicidad*. Madrid: Fragua.
- Fariña, F., García, P., & Vilariño, M. (2010). Autoconcepto y procesos de atribución: estudio de los efectos de protección/ riesgo frente al comportamiento antisocial y delictivo, en la reincidencia y en el tramo de responsabilidad penal de los menores. *Revista de Investigación en Educación*, 7, 113-121.
- Featherstone, M., Hepworth, M., & Turner, B. (1991). *The Body: social process and cultural theory*. Londres: Sage.
- Fernandez-Berrocal, P., & Ruiz, D. (2008). La inteligencia Emocional en Educación. *Revista electronica de Investigación Psicoeducativa*, 6(15), 421-436.
- Galli, N., Petrie, T., Reel, J., Greenleaf, C., & Carter, J. (2015, junio). Psychosocial predictors of drive for muscularity in male collegiate athletes. *Body Image*, 14, 62-65. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.009.
- García, M., & Toledo, F. (2005). *Nuevas Adicciones : Anorexia, Bulimia, Vigorexia*. Murcia: Colegio Oficial de Farmacéuticos.
- García-Dantas, A., Sánchez-Martín, M., Del rio, C., & Jaenes, J. C. (2014). Insatisfacción corporal y actitudes alimentarias anómalas en bailarinas y bailarines. *Revista Iberoamericana de la Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 9(2), 519-531.
- Gardner, R. M., Stark, K., Jackson, N., & Friedman, B. N. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body-image. *Percept Mot Skills*, 87, 981-993.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284.
- González-Cutre, D., & Sicilia, A. (2012). Motivation and exercise dependence: a study based on self-determination theory. *Research Quarterly for Exercise Research Quarterly for Exercise*, 83, 318-329.
- González-Cutre, D., & Sicilia, A. (2012). Dependencia del ejercicio físico en usuarios españoles de centros de acondicionamiento físico (fitness): diferencias según el sexo, la edad y las actividades practicadas. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 20(2), 349-364.
- González-Martí, I. (2012). Aplicación de árboles de decisiones como método de Clasificación de la vigorexia. *Acción Motriz*, 9, 7-15.

- González-Martí, I., Fernández, J. G., & Contreras, O. R. (2012). Contribución para el criterio diagnóstico de la Dismorfia Muscular (Vigorexia). *Revista de Psicología del Deporte*, 21(2), 351-358.
- Gordon, L. V. (1995). *Cuestionario de Valores Interpersonales (SIV)*. Madrid: TEA.
- Gracia, M., Marcó, M., & Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *19(4)*, 646-653.
- Greenberg, D., Witztum, E., & Pisante, J. (1987). Scrupulosity: religious attitudes and clinical presentations. *The British journal of medical psychology*, 60(pt1), 29-37. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1987.tb02714.x>
- Grieve, F. G. (2007). A Conceptual model of factors contributing to the development of Muscle Dysmorphia. *Eating Disorders*, 15, 63-80. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10640260601044535>
- Gutierrez, C., & Ferrerira, R. (2007). *Estudio sobre la Adicción al Ejercicio: Un Enfoque de la Problemática actual*. Medellín: Universidad de antioquia.
- Gutierrez, M. (1995). *Valores sociales y deporte. La actividad física y el deporte como transmisores de valores sociales y personales*. Madrid: Gymnos.
- Harrison, K. (2000). TV, viewing, fat stereotyping, body shape standards and eating disorder symptomatology in grade school children. *Comunicación Research*, 27(5), 617-640.
- Hausenblas, H. A. & Symons Downs, D. (2002). How much is too much? The development and validation of the Exercise Dependence Scale. *Psychology and Health*, 17, 387-404.
- Hernández-Martínez, A., González-Martí, I., Contreras, O.R. (2017). La Dismorfia Muscular en diferentes deportes: fútbol, gimnasia, halterofilia, natación y triatlón. *Revista de Psicología del Deporte*. 26, (2),123-130
- Herández-Mulero, N., & Berengüi, R. (2016). Identidad deportiva y trastornos de la conducta alimentaria. estudio preliminar en deportes de competición. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(2), 37-44.
- Hernandez, M., Guillem, J. L., & Hernandezl, J. V. (2005). Disformia Muscular; vigorexia o complejo de Adonis: a propósito de un caso. *Psiquiatría y Biología*, 12(3), 133-135.
- Hildebrand, T., Langenbucher, J., & Schlundt, D. G. (junio de 2004). Muscularity concerns among men: development of attitudinal and perceptual measures. *Body image*, 1(3), 169-181.

- Jiménez, M., & López, E. (2013). "Impacto de la inteligencia emocional percibida, actitudes sociales y expectativas del profesor en el rendimiento académico." *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(29), 75-98.
- Kanayama, G., Barry, S., Hudson, J. L., & Pope, H. G. (2006). Body image and attitudes toward male roles in anabolic- androgenic steroid users. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 697-707. Doi:10.1176 / appi.ajp.163.4.697
- Kerr, J. (2001). *Counselling athletes: a applying reversal theory*. New York: Routledge.
- Krauskopf, D. (2002). *Adolescencia y salud*. San José, Costa Rica: EUNED.
- Krebs, D., & Adinolfi, A. (1995). Physical attractiveness, social relations, and personality style. *J Pers. Soc. Psychol*, 31(2), 245-253.
- Latorre-Roman, P.A., Garrido-Ruiz, A., & García-Pinillas, F. (2015). Versión española del cuestionario del Complejo de Adonis; un cuestionario para el análisis de Dismorfia Muscular o Vigorexia. *Nutrición Hospitalaria*, 30(3), 1246-1253.
- Lantz, C. D., Rhea, D. J., & Mayhew, J. L. (2001). The drive for size: A psycho-behavioral model of muscle dysmorphia. *International Sports Journal*, 5, 71-86.
- Lee, M. J., Whitehead, J., & Balchin, N. (2000). The measurement of values in youth sport: Development of the Youth Sport Values Questionnaire. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 22(4), 307-326.
- León, J. L. (2001). *Mitoanálisis de la publicidad*. Barcelona: Ariel.
- Leone, J. L., Sedory, E. J., & Grey, K. A. (2005). Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *Journal of Athletic Training*, 40(4), 352-359.
- Lerner, R. M. (2004). *Liberty: Thriving and civic engagement among American youth*. Thousand Oaks: CA: Sage.
- Ley Orgánica 2/2006, de 4 de mayo. (2006). *Ley Orgánica de Educación*. Madrid: Boletín Oficial del Estado, nº 106.
- Lipovetsky, G. (1990). *El imperio de lo efímero*. Barcelona: Anagrama.
- Maida, D. M., & Armstrong, S. L. (2005). The Classification of Muscle Dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 4(11), 79-91.
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1970). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 291-303.
- Martí, J. (2008). *La Cultura del cos*. Barcelona: UOC.

- Martín , M., Guzmán , F. J., & de Benito , A. M. (2018). Inteligencia emocional, percepción de apoyo a la autonomía y relaciones en el deporte. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 18(1), 13-20.
- Melosik, Z. (2010). *Tozsamość, ciało i władza w kulturze instant*. [Identity, body and power in instant culture]. Croacia: Impuls
- Mendez, R. (16 de 9 de 2002). Dopaje en el gimnasio. *El País*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España 2011-2012*. Madrid: Delegación Del Gobierno.
- Mitchell, L., Murray, S. B., Hoon, M., Hackett, D., & Prvan, T. (2017). Correlates of muscle dysmorphia symptomatology in natural bodybuilders: Distinguishing factors in the pursuit of hyper-muscularity. *Body Image*, 22, 1-5.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0018017>.
- Molero, D., Castro-López, R., & Zagalaz-Sánchez, M. (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), 91-100.
- Molina, J. (2007). *Un estudio sobre la práctica de actividad física, la adiposidad corporal y el bienestar psicológico en universitarios*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Morales, P., Urosa, B., & Blanco, A. (2003). *Construcción de escalas tipo Likert. Una guía práctica*. Madrid: La Muralla S.A.
- Moran, A. P. (2004). *Sport and exercise psychology: a critical introduction*. New York: Routledge.
- Morgan, W. P. (1972). *Sport psychology*. En W. Singer. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Morselli, E. (1891). *Sulla dismofobia e sulla tofobia*. Genova: Boletino academia delle scienze modiche di Genova.
- Muñoz, R., & Martínez, A. (2007). Ortorexia y Vigorexia: ¿ Nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 457-482.
- Muñoz, A., & Martí, A. (2008). Dieta durante la infancia y la adolescencia. *Nutrición y dietética clínica*, 83-98.
- Nogueira, A., Salguero, A., & Márquez, S. (2017). Adicción a correr: una revisión desde sus inicios hasta la actualidad. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico*, 2(1), 11-22.

- Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of the all? the features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 157(8), 1291-1296.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Borowiecki, J., & Cohane, G. H. (2004). Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(2), 112-120.
- Orgambídez, A., Borrego, Y., & Gonçalves, G. (2014). Los trabajadores apasionados: Adaptación española de la Escala de Pasión. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 30(2), 43-48.
- Ortega, M. A. (2010). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de Educación secundaria de la ciudad de Jaen*. Universidad de Granada: Tesis Doctoral.
- Otero, J. M. (2009). *Hábitos y actitudes de la población andaluza ante el deporte*. Sevilla: Empresa Pública de Deporte Andaluz.
- Pace, A., & Jones, M. (2001). *Cómo estar en forma*. Barcelona: Amat.
- Papalia, D. E. (2009). *Psicología del desarrollo*. Mexico: McGRAW-HILL/ Interamericana de Mexico.
- Pedrosa, I., García-Cueto, E., Torrado, J. & Arce, C., (2016). Adaptación española de la escala de la pasión al ámbito deportivo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 43(1), 165-176. [https://doi.org/10.21865/RIDEP43\\_165](https://doi.org/10.21865/RIDEP43_165)
- Peñafiel, E., & Serrano, C. (2010). *Habilidades sociales*. Madrid: Editex.
- Philippe, F., Vallerand, R., Houliort, N., Lavigne, G., & Donahue, E. (2010). Passion for an activity and quality of interpersonal relationships: the mediating role of emotions. *Journal of personality and social psychology*, 98(6), 917-932. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0018017>
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle Dysmorphia. An Underrecognized Form of Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548-557.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Bureau, B., De Col, C., Jouvent, R., & Hudson, J. J. (2000). Body image Perception Among Men in three Countries. *American Journal of Psychiatry*(157), 1297-1301. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1297>

- Pope, H. G., Katz, D., & Hudson, J. (1993). Anorexia Nervosa and " Reverse Anorexia" Among 108 Male Bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*(9), 406-409.  
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90066-D](http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X(93)90066-D)
- Pope, H. G., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex. How to identify, tret, and Prevent Body Obsession in Men and Boys*. New York: A Touchstone Book.
- Pope, H. G., Pope, C. G., Olivardia, R., Menard, W., Fay, C., & Phillips, K. A. (2005). Clinical Features of Muscle Dysmorphia in Body Dysmorphic Disorders of Mens. *Body Image*, 2(4), 395-400.
- Ragg, K., & Brothman, M. (2004). Worth a look. The road health for Undemourished Athletes. *The Physician and Sportsmedicine*, 21(10), 27-35.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I., & Zapater, L. (1994). Revisión de la evaluación y trtamiento de la imagen corporal y su adaptación en una muestra de estudiantes. *Psicologemas*, 8, 81-89.
- Raimundi, M.J., García-, M., Iglesias, D.,& Castillo, I. (2018). Aspiraciones vitales y su relación con la pasión en deportistas argentinos seleccionados para los Juegos Olímpicos de la Juventud. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 19 (1), 192-205.
- Rey, J. (1992). *La Significación Publicitaria*. Sevilla: Alfar.
- Rice, F. P. (2002). *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice-Hall.
- Rodríguezl, M. (2003). Necesidad de creación de unidades de adolescencia. *Anales de Pediatría*, 58(2), 104-106.
- Rodriguez, J. M., & Rabito, M. F. (2011). Vigorexia:de la adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente. *Salud y drogas*, 11(1), 95-114.
- Rojo, J. J. (2003). Un análisis de la actividad física para la salud. *Encuentros Multidisciplinares*, 5(14), 28-37.
- Romero, C., & Arraez, J. M. (2000). *Didáctica de la Educación Física. En L. Rico y D. Madrid.(eds.). Fundamentos didácticos de las áreas curriculares*. (L. Rico, & D. Madrid, Edits.) Madrid: Síntesis.

- Rosen, J. C., Cado, S., Silberg, S., Srebnik, D., & Went, S. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy, 21*, 481-498.
- Salaberria, K., Rodriguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la Imagen Corporal. *Cuadernos de Ciencias Médicas, 8*, 171-183.
- Sampeiro, J., Jiménez-Castuera, R., Lobato, S., Leyton, M., & Claver, F. (2016). Variables motivacionales predictoras de las barreras para la práctica de ejercicio físico. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 16*(2), 65-76.
- Sánchez-Beleña, F., & García-Naveira, A. (2017). Sobreentrenamiento y deporte desde una perspectiva psicológica: estado de la cuestión. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico, 2*, e12, 1-12
- Santrock, J. W. (2004). *Adolescencia*. Madrid: McGraw Hill.
- Sanz de Acebo, M. L., Ugarte, M., & Lumbreras, M. V. (2003). Desarrollo y validación de un cuestionario de metas para adolescentes. *Psicothema, 15*(3), 493-499.
- Scales, P. C., Benson, P. L., Leffert, N., & Blyh, D. A. (2000). Contribution of developmental assets to the prediction of thriving among adolescents. *Applied Developmental Science, 4*, 27-46.
- Schilder, P., Krapf, E., Loedel, E., & Corsico, R. (1983). *Imagen y apariencia del cuerpo humano: estudios sobre las energías constructivas de la psique*. Barcelona: Paidós.
- Schnirring, L. (2000). When to suspect Muscle Dysmorphia Bringing the Adonis Complex to Light. *28*(12).
- Seleri, M. A. (2002). Dismorfia Muscular. *Revista Brasileña de Psiquiatria, 24*, 80-84.
- Simmons, D. D., & Dickinson, R. V. (1986). Measurement of values expression in sports and athletics. *Perceptual and Motor Skills, 62*, 651-658.
- Solano, N., & Cano, A. (2010). *IMAGEN, Evaluación de la insatisfacción con la imagen corporal*. Madrid: TEA Ediciones.
- Solano, N., & Cano, A. (2010). *IMAGEN. Evaluación de la insatisfacción con la imagen corporal*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Sokolova, M. V., González-Martí, I., Contreras, O. R. y Fernández, J. G., (2013). A case study of muscle dysmorphia disorder diagnostics. *Expert Systems with Applications, 40*, 4226-4231.
- Starzomska, M., & Cylwik, M. (2013). W poszukiwaniu przyczyn bigoreksji: Wizerunek ciała a dobrostan u mężczyzn uczęszczających do siłowni w świetle

- wyników badań. [In search of the causes of bigorexia: Body image and well-being in men attending the gym in the light of research results]. *Kwartalnik Naukowy FIDES ET RATIO*, 1(13), 204-2017
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
- Urlych, I. (2013). Wielka bigoreksja–w wielkiej sieci [The great bigorexia–on the World Wide Web]. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 1, 20-25.
- Valdes,P.; Lagos,R.; Gedda, R., Cárcamo,E.; Millapy, C.; & Webar, M. (2013). Prevalencia de Vigorexia en estudiantes universitarios de Temuco. *Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*, 14(2), 7-13.
- Vallerand, R. J., Blanchard, C., Mageau, G. A., Koestner, R., Ratelle, C., Léonard, M., & Marsolais, J. (2003). Les passions de l'âme: On obsessive and harmonious passion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(4), 456-767.
- Vallerand, R., & Verner-Filion, J. (2013). Making people's life most worth living: On the importance of passion for positive psychology. *Terapia psicológica*, 25-48. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000100004>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López- Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal;revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35.
- Vaz, F., Peñas, E. M., & Ramoa, M. I. (1999). Body image dissatisfaction in bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa. *German Journal of Psychiatry*, 2(2), 59-74.
- Walker, D. C., Anderson, D. A., & Hildebrandt, T. (junio de 2009). Body checking behaviors in men. *Body Image*, 6(3), 164-170. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.05.001>
- Weinberg, R., & Gould, D. (2007). *Foundations of sport and exercise psychology*. Human Kinetics.
- Wilhelm , S., & Steketee , G. (2006). *Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A guide for professionals*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Williams, C. A., & James, D. V. (2001). *Science for Exercise and Sport*. Londres: Routledge.
- Yates, A. (1991). *Compulsive exercise and the eating disorders*. Nueva York: Bruner/Mazal.
- Zurita, F., Cepero, M., Torres, B., Ortega, M. A., Torres, J., & Ortega Becerra, M. A. (2013). La percepción e insatisfacción corporal en el alumnado de Educación

Secundaria de la ciudad de Jaén. *Revista de Investigación en educación*(11), 123-139.



## ANEXOS



## 8. ANEXOS



## **Anexo 1. Comité ético**



**D. Francesc Francés Bozal**, Profesor Contratado Doctor del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal, y Secretario del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València.

**CERTIFICA:**

Que el Comité Ético de Investigación en Humanos, en la reunión celebrada el día 28 de julio de 2015, una vez estudiado el proyecto de investigación titulado:

*"Factores predictores de vigorexia en adolescentes"*,  
número de procedimiento HI437458306372,

Cuyo responsable es D. José Francisco Guzmán Luján, ha acordado informar favorablemente el mismo dado que se respetan los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y cumple los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Y para que conste, se firma el presente certificado en Valencia, a veintinueve de julio de dos mil quince.





## **Anexo 2. Autorización Conselleria D'Educació Cultura i Esports**



Resolución de 29 de octubre de 2015 del Secretario Autònomic de Educación y Formación de la Conselleria de Educación, Cultura y Deporte por la que se autoriza el Proyecto de Investigación Educativa: "Factores protectores y predictores a la vigoroxia en adolescentes", dirigido por D<sup>a</sup>. **Gabriela Orrit Ferrer**, Investigadora Principal de la línea de Actividad Física, Salud y Calidad de Vida del programa de doctorado en ciencias de la salud de la universidad Católica de València.

Vista la solicitud, de D<sup>a</sup> Gabriela Orrit Ferrer; y según las competencias que me confiere el Decreto 155/2015 de 18 de septiembre, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte.

### RESUELVO

1<sup>o</sup> Autorizar la realización del proyecto de investigación anteriormente citado.

2<sup>o</sup> La secretaria Autònomic de Educación e Investigación comunicará, esta autorización junto con la documentación del proyecto, al director territorial que corresponde a los centros docentes que participan en el proyecto para ser notificados. Una vez recibida la documentación, el director/a del centro solicitará al Consejo Escolar la autorización para que se pueda cumplimentar total o parcialmente el cuestionario por parte de los alumnos seleccionados.

3<sup>o</sup>. Dicho proyecto de investigación deberá contar con la autorización previa de los padres de los alumnos que participen en el mismo, debiendo garantizarse en todo caso la confidencialidad de sus respuestas y la protección de datos según la normativa aplicable al efecto.

4<sup>o</sup> La participación del profesorado y del alumnado en dicho proyecto es asimismo voluntaria y se enmarca en la autonomía pedagógica y organizativa que le confiere la normativa vigente a los centros educativos. Así, será el equipo investigador el que se dirija a los centros educativos para proponerles su participación en dicho proyecto, pudiendo mostrar la presente autorización a los directores de los mismos.

5<sup>o</sup> La Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (BOE núm. 285, de 27.11.92) y en los artículos 10, 14 y 46 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa (BOE núm.167, de 14.07.98), el presente acto pone fin a la vía administrativa, pudiendo ser recurrido potestativamente en reposición o bien cabrá plantear de forma directa el recurso contencioso-administrativo en los plazos y ante los órganos que se indican a continuación:

a) El recurso de reposición deberá interponerse ante el Secretario Autònomic de Educación de la Conselleria de Educación, Formación y Empleo, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente al de su notificación.

b) El recurso contencioso-administrativo deberá plantearse ante el Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente al de su notificación.

Lo que pongo en su conocimiento y a los efectos oportunos.

Valencia, a 29 de octubre de 2015

EL SECRETARIO AUTÓNOMICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN



Miguel Soler Gracia



### **Anexo 3. Autorización Ayuntamiento de Paterna**





AJUNTAMENT DE  
**Paterna**

**ÀREA DE GESTIÓ MUNICIPAL**  
**SECCIÓ: DEPORTES**  
**Clasificaci3n: 2.9.4.1.1.**  
**Expte.: 7/2016**

<b>Ajuntament de Paterna</b>	
Registre d'Eixida n3m.:	<b>2016009054</b>
Data Registre:	20-06-2016
Hora:	14:16
Eixida de la Secci3	Servicios Deportivos

Vista la instancia presentada por Dña. Graciela Ortíz Ferrer y registrada con nº 2016014502 de fecha 24 de mayo de 2016 sobre la solicitud de autorizaci3n para la realizaci3n de encuestas a j3venes de entre 16 y 21 aros en las instalaciones deportivas municipales en el marco del estudio "Factores predictores de vigorexia en adolescentes" as3 como la documentaci3n adjunta

**JOSE MANUEL MORA ZAMORA**, Teniente de Alcalde de Juventud, Educaci3n y Deportes del Ayuntamiento de Paterna (Valencia) mediante decreto nº 3460 de fecha 21 de octubre de 2015, publicado en el BOP nº 212 de fecha 4 de noviembre de 2015, y en virtud de las facultades que me confiere la legislaci3n vigente autoriza a Dña. Graciela Ortíz Ferrer para la realizaci3n de los cuestionarios necesarios para el desarrollo del trabajo de investigaci3n "Factores predictores de vigorexia en adolescentes" a los j3venes de entre 16 a 21 aros usuarios de las instalaciones deportivas municipales.

Le informo que como requisito indispensable para ejecutar la presente autorizaci3n deber3 obtenerse consentimiento informado de todos los participantes, y adicionalmente autorizaci3n de padre, madre o representante legal para los menores de edad.

Lo que traslado para su conocimiento y a los efectos oportunos.

Paterna, a 13 mayo de 2016  
EL TENIENTE DE ALCALDE

Fdo. Jos3 Manuel Mora Zamora





## **Anexo 4. Carta presentación cuadernillo**





Estimado/a Sr/a

Solicitamos su colaboración en la investigación que estamos realizando, desde la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir y la Universidad de Valencia, sobre el grado de actividad física de los adolescentes valencianos. Por esta razón, estamos recabando información de los adolescentes de entre 16 a 21 años de edad en distintos centros. La participación consiste en contestar unos cuestionarios, que le llevarán un tiempo aproximado de 20 minutos. Este tipo de investigación no supone ningún tipo de compromiso para usted, y tampoco ningún riesgo para su salud.

La participación es totalmente voluntaria y los datos obtenidos serán siempre confidenciales (Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal).

Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos garantizando el anonimato.

Los resultados de la investigación podrán ser utilizados sólo para fines de carácter científico. Sería muy importante su colaboración en este proyecto ya que con los resultados se podrá saber más acerca del grado de actividad física de los adolescentes.

Siempre puede pedir información adicional sobre la investigación y el procedimiento.

Muchas gracias por su tiempo y su dedicación

Reciba un cordial saludo



Graciela Orrit Ferrer

Investigadora



## **Anexo 5. Carta presentación cuadernillo colegios**





Estimado/a Sr/a

Solicitamos la colaboración de su centro educativo en la investigación que estamos realizando, desde la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, sobre el grado de actividad física de los adolescentes valencianos. Por esta razón, estamos recabando información de los adolescentes de entre 16 a 21 años de edad en distintos centros. La participación consiste en contestar unos cuestionarios por parte de los alumnos de su centro, que le llevarán un tiempo aproximado de 20 minutos.

Este tipo de investigación no supone ningún tipo de compromiso para usted.

La participación es totalmente voluntaria y los datos obtenidos serán siempre confidenciales (Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal).

Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos garantizando el anonimato.

Los resultados de la investigación podrán ser utilizados sólo para fines de carácter científico. Sería muy importante su colaboración en este proyecto ya que con los resultados se podrá saber más acerca del grado de actividad física de los adolescentes.

Siempre puede pedir información adicional sobre la investigación y el procedimiento.

Muchas gracias por su tiempo y su dedicación

Reciba un cordial saludo



Graciela Orrit Ferrer

Investigadora



## **Anexo 6. Carta presentación cuadernillo a padres**





Estimado/a Sr/a

Solicitamos autorice a su hijo para colaborar en la investigación que estamos realizando, desde la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, sobre el grado de actividad física de los adolescentes valencianos. Por esta razón, estamos recabando información de los adolescentes de entre 16 a 21 años de edad en distintos centros. La participación consiste en contestar unos cuestionarios por parte de su hijo, que le llevarán un tiempo aproximado de 20 minutos.

Este tipo de investigación no supone ningún tipo de compromiso para usted, y tampoco ningún riesgo para la salud de su hijo.

La participación es totalmente voluntaria y los datos obtenidos serán siempre confidenciales (Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal).

Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos garantizando el anonimato.

Los resultados de la investigación podrán ser utilizados sólo para fines de carácter científico. Sería muy importante su colaboración en este proyecto ya que con los resultados se podrá saber más acerca del grado de actividad física de los adolescentes.

Siempre puede pedir información adicional sobre la investigación y el procedimiento.

Muchas gracias por su tiempo y su dedicación

Reciba un cordial saludo

Graciela Orrit Ferrer

Investigadora



## **Anexo 7. Cuadernillo**



--	--	--	--	--

Sexo: H\_\_ M\_\_



El presente cuestionario que va a rellenar forma parte de un proyecto de investigación realizado en la Universidad católica de Valencia San Vicente Mártir.

En él pretendemos llevar a cabo un estudio sobre el grado de Actividad Física de los Adolescentes Valencianos.

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.

Procura contestar con la mayor sinceridad posible, ya que la calidad de los resultados aumentará notablemente.

Gracias por tu colaboración



Graciela Orrit Ferrer  
Investigadora



### Cuestionario Actividad Física

Por favor, responde a las siguientes preguntas y marca con una X donde corresponda:

Edad:		Talla (cm):		Peso (kg):	
-------	--	-------------	--	------------	--

1. ¿Hasta qué punto estás seguro del peso que has puesto?

Nada seguro  Poco seguro  Bastante seguro  Muy seguro

2. Nivel de estudios:

Sin Estudios  Estudios Secundarios

Estudios Primarios  Estudios Universitarios

3. ¿Realizas ejercicio físico regularmente?

Sí  No  (salta a la pregunta 10)

4. Marca el lugar en el que sueles realizar ejercicio físico habitualmente:

Centro Educativo

Fuera de Centro Educativo

Ambos

5. Marca la frecuencia, intensidad y duración del ejercicio que realizas **en el centro educativo**:

Frecuencia (cuantas veces)	
1 vez por semana	
2 veces por semana	
3 veces por semana	
4 veces por semana	
5 veces Por semana	
6 veces por semana	
7 veces por semana	

Intensidad (tipo)	
Ligero	
Moderado	
Intenso	
Muy intenso	

Duración (de cada sesión)	
Menos de 30 minutos	
Entre 30 y 45 minutos	
Entre 45 y 60 minutos	
Más de 60 minutos	

6. Marca la frecuencia, intensidad y duración del ejercicio que realizas **fuera del centro educativo**:

Frecuencia (cuantas veces)	
1 vez por semana	
2 veces por semana	
3 veces por semana	
4 veces por semana	
5 veces Por semana	
6 veces por semana	
7 veces por semana	

Intensidad (tipo)	
Ligero	
Moderado	
Intenso	
Muy intenso	

Duración (de cada sesión)	
Menos de 30 minutos	
Entre 30 y 45 minutos	
Entre 45 y 60 minutos	
Más de 60 minutos	

7. Tipo de Ejercicio realizado. Marca tantas opciones como creas necesario:

- Deporte  ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- Sala de Musculación
- Actividad dirigida  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

8. En el caso de que practiques algún deporte indica de qué tipo:

- Competitivo  No Competitivo

9. El ejercicio que haces fuera del centro educativo lo realizas en:

- Gimnasio  Club
- Escuela Deportiva  Otros  ¿Dónde? \_\_\_\_\_

10. ¿Realizas algún tipo de dieta?:

- No
- Sí  ¿Quién te la ha recomendado?:
- Nutricionista  Amigo
- Tu entrenador  Otros
- Monitor del Gimnasio

11. ¿Tomas algún suplemento/complemento?:

No

Sí  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Motivos:

Prescripción médica

Mejora del rendimiento

Aumento de la masa muscular

Mejora de la salud

Otros  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

12. Cuando piensas en el tipo de alimentación que tienes, ¿Cómo crees que son tus costumbres alimenticias comparadas con los jóvenes de tu edad?:

Más sanas

Algo menos sanas

Un poco más sanas

Bastante peores

Igual de sanas



**CUESTIONARIO (C.A.)**

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

- Menos de 30 minutos.
- De 30 a 60 minutos.
- Más de 60 minutos.

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

- Nunca o raramente.
- Algunas veces.
- 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?

- Nunca o raramente.
- Algunas veces.
- Frecuentemente.

4. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades de aseo para mejorar tu apariencia?

- Menos de 30 minutos
- De 30 a 60 minutos
- Más de 60 minutos

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

- Menos de 60 minutos.
- De 60 a 120 minutos.
- Más de 120 minutos

6. ¿Con que 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?

- Nunca o raramente.
- Algunas veces.
- 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, cosmética, técnicas cosméticas, equipamiento deportivo, cuotas de gimnasio...)?

- Una cantidad insignificante.
- Una cantidad sustancial, pero nunca hasta el punto de que me cree problemas económicos.
- Una cantidad suficiente hasta el punto de crear 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 termina afectando a tus relaciones con otras personas)?

- Nunca o raramente.
- Algunas veces.
- Frecuentemente

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

- Nunca o raramente.
- Algunas veces.
- Frecuentemente.

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

- Nunca o raramente.
- Algunas veces.
- Frecuentemente.

11. ¿Con qué frecuencia has evitado ser visto por otra gente debido a tus preocupaciones por tu apariencia (por ejemplo, no yendo a clase, a eventos sociales o a estar en público...)?

- Nunca o raramente.
- Algunas veces.
- Frecuentemente.

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

- Nunca.
- Solo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.
- 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 dolorido, hacer dietas extremas, vomitar, usar laxantes u otros métodos de purga, usar técnicas no convencionales de desarrollo muscular, etc.?

- Nunca o raramente.
- Algunas veces.
- Frecuentemente.



**Cuestionario (PTW)**

**Instrucciones:** Conteste a cada uno de los siguientes enunciados teniendo en cuenta la siguiente escala:

<b>1</b> Totalmente en desacuerdo	<b>2</b> Bastante en desacuerdo	<b>3</b> Algo en desacuerdo	<b>4</b> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<b>5</b> Algo de acuerdo	<b>6</b> Bastante de acuerdo	<b>7</b> Totalmente de acuerdo
--	--	-----------------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las frases con una sola respuesta

## CUESTIONARIO (PTW)

	Totalmente en	Bastante en	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de	Totalmente de
1. Este deporte me permite vivir una gran variedad de experiencias.							
2. Las cosas nuevas que aprendo con este deporte hacen que lo valore todavía más.							
3. Este deporte me permite vivir experiencias memorables.							
4. Este deporte refleja las cualidades que valoro en mí.							
5. Este deporte está en armonía con otras actividades de mi vida.							
6. Para mí es una pasión que todavía logro controlar.							
7. Estoy completamente implicado con este deporte.							
8. No puedo vivir sin este deporte.							
9. El impulso es tan fuerte, que no puedo dejar de hacer este deporte.							
10. No puedo concebir mi vida sin este deporte.							
11. Dependo emocionalmente de este deporte.							
12. Me cuesta controlar la necesidad de realizar este deporte.							
13. Tengo un sentimiento casi obsesivo por este deporte.							
14. Mi estado de ánimo depende de mi capacidad para realizar este deporte							

**Cuestionario (EVDPA)**

**Instrucciones:** Conteste a cada uno de los siguientes enunciados teniendo en cuenta la siguiente escala:

<b>1</b> Nada importante	<b>2</b> Poco importante	<b>3</b> Algo importante	<b>4</b> importante	<b>5</b> Bastante importante	<b>6</b> Muy importante	<b>7</b> Lo más importante
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------	------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las frases con una sola respuesta.

## CUESTIONARIO (EVDPA)

	Nada important	Poco important	Algo important	Importante	Bastante important	Muy important	Lo más important
1. Hacer las cosas lo mejor que se pueda incluso cuando se tenga que hacer algo que no gusta							
2. Recibir elogios de las demás personas.							
3. Ser admirado por los demás.							
4. Defender los derechos de los demás.							
5. Pertenecer o participar en organizaciones sociales.							
6. Involucrarse de manera activa en los grupos, asociaciones u organizaciones a las que se pertenece							
7. Dedicar parte del tiempo de uno a ayudar a los demás.							
8. Responder a las necesidades de los demás							
9. Ser sincero con los demás							
10. Ayudar a asegurar un trato justo para todo el mundo							
11. Luchar contra las injusticias sociales							
12. Participar en algún grupo comprometido socialmente							
13. Buscar cualquier oportunidad para divertirse							
14. Comportarse de acuerdo con los principios en los que se cree							
15. Divertirse a toda costa							
16. Trabajar para el bienestar de los demás							
17. Ser leal y fi el con los demás							
18. Ganarse la confianza de la gente siendo leal y honesto							
19. Que las demás personas me admiren							
20. No culpar a otros de nuestros errores							
21. Reconocer y asumir la responsabilidad cuando se ha hecho algo mal							

	Nada important	Poco important	Algo important	Importante	Bastante important	Muy important	Lo más important
22. Defender lo que se cree, aunque no sea bien visto por los demás							
23. Hacer cosas que resulten placenteras para uno mismo							
24. Actuar de acuerdo con lo que se piensa, aunque no sea compartido por otros							



**Cuestionario (BFQ)**

**Instrucciones:** Conteste a cada uno de los siguientes enunciados teniendo en cuenta la siguiente escala:

1 Completamente Falso para mí	2 Bastante Falso para mí	3 Ni Verdadero Ni Falso para mí	4 Bastante Verdadero para mí	5 Completamente Verdadero para mí
-------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las frases con una sola respuesta.

**CUESTIONARIO (BFQ)**

	Completamente falso para mí	Bastante falso para mí	Ni verdadero ni falso para mí	Bastante verdadero para	Completamente verdadero para
1. Creo que soy una persona activa y vigorosa					
2. No me gusta hacer las cosas razonando demasiado sobre ellas					
3. Tiendo a implicarme demasiado cuando alguien me cuenta sus problemas					
4. No me gustan las actividades que exigen empeñarse y esforzarse hasta el agotamiento					
5. No suelo sentirme tenso					
6. Noto fácilmente cuándo las personas necesitan mi ayuda					
7. Generalmente tiendo a imponerme a las otras personas más que a condescender con ellas					
8. Ante los obstáculos grandes no conviene empeñarse en conseguir los objetivos propios					
9. Soy más bien susceptible					
10. No me gustan los ambientes de trabajo en los que hay mucha competitividad					
11. Llevo a cabo las decisiones que he tomado					
12. No es fácil que algo o alguien me hagan perder la paciencia					
13. Tiendo a decidir rápidamente					
14. Antes de tomar cualquier iniciativa, me tomo tiempo para valorar las posibles consecuencias					
15. No creo ser una persona ansiosa					
16. No me gusta vivir de manera demasiado metódica y ordenada					
17. En mi trabajo no le concedo especial importancia a rendir mejor que los demás					
18. No me atraen las situaciones en constante cambio					
19. No me gustan las actividades en las que es preciso ir de un sitio a otro y moverse continuamente					
20. No creo que sea preciso esforzarse más a la del límite de las propias fuerzas incluso aunque haya que cumplir algún plazo					
21. Estoy dispuesto a esforzarme al máximo con tal de destacar					
22. En general no me irrito, ni siquiera en situaciones en las que tendría motivos suficientes para hacerlo					
23. Cuando me enfado manifiesto mi humor					
24. Llevo a cabo lo que he decidido, aunque me suponga un esfuerzo no previsto					

	Completamente falso para mí	Bastante falso para mí	Ni verdadero ni falso para mí	Bastante verdadero para	Completamente verdadero para
25. Llevo adelante las tareas emprendidas, aunque los resultados iniciales parezcan negativos					
26. No suelo sentirme solo y triste					
27. No me gusta hacer varias cosas al mismo tiempo					
28. A menudo estoy completamente absorbido por mis compromisos y actividades					
29. Cuando algo entorpece mis proyectos no insisto en conseguirlos he intento otros					
30. Me molesta mucho el desorden					
31. No suelo reaccionar de modo impulsivo					
32. Siempre encuentro buenos argumentos para sostener mis propuestas y convencer a los demás de su validez					
33. No doy mucha importancia a demostrar mis capacidades					
34. Mi humor pasa por altibajos frecuentes					
35. A veces me enfado por cosas de poca importancia					
36. No dudo en decir lo que pienso					
37. En las reuniones no me preocupo especialmente por llamar la atención					
38. Si creo que tengo razón, intento convencer a los demás, aunque me cueste tiempo y energía					
39. Difícilmente desisto de una actividad que he comenzado					
40. No suelo perder la calma					
41. Normalmente no entablo conversación con compañeros ocasionales de viaje					
42. No tengo dificultad para controlar mis sentimientos					
43. A veces soy tan escrupuloso que puedo resultar pesado					
44. Nunca he sido un perfeccionista					
45. En diversas circunstancias me he comportado impulsivamente					
46. Es inútil empeñarse totalmente en algo porque la perfección no se alcanza nunca					
47. Normalmente no reacciono de modo exagerado, ni si quiera ante las emociones fuertes					
48. No suelo reaccionar a las provocaciones					
49. Me resulta fácil hablar con personas que no conozco					
50. No creo que haya posibilidad de convencer a otro cuando no piensa como nosotros					
51. Si fracaso en algo, lo intento de nuevo hasta conseguirlo					
52. No soy una persona habladora					
53. Siempre estoy seguro de mí mismo					

	Completamente falso para mí	Bastante falso para mí	Ni verdadero ni falso para mí	Bastante verdadero para	Completamente verdadero para
54. Me molesta mucho que me interrumpen mientras estoy haciendo algo que me interesa					
55. Antes de entregar un trabajo, dedico mucho tiempo a revisarlo					
56. Si algo no se desarrolla tan pronto como deseaba, no insisto demasiado					
57. Cuando un trabajo está terminado, no me pongo a repararlo en sus mínimos detalles					
58. Afronto todas mis actividades y experiencias con gran entusiasmo					
59. Sólo quedo satisfecho cuando veo los resultados de lo que había programado					
60. Cuando me critican, no puedo evitar exigir explicaciones					
61. No se obtiene nada en la vida sin ser competitivo					
62. Incluso en situaciones muy difíciles, no pierdo el control					
63. A veces incluso pequeñas dificultades pueden llegar a preocuparme					
64. Generalmente no me comporto de manera abierta con los extraños					
65. Cuando empiezo a hacer algo nunca sé si lo terminare					
66. No me gustan las actividades que implican riesgo					
67. No suelo cambiar de humor bruscamente					
68. Suelo cuidar de mis cosas hasta en sus mínimos detalles					
69. No suelo planificar mi vida hasta en los más pequeños detalles					
70. No creo que sea útil perder tiempo repasando varias veces el trabajo hecho					

## **Anexo 8. Consentimiento Informado adulto**





### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

\_\_\_\_\_, mayor de edad, accedo a participar libremente, de forma voluntaria y sin ningún tipo de presión externa, sabiendo que tengo derecho a abandonar si así lo deseo, en el proyecto de Investigación realizado en la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir conjuntamente con la Universidad de Valencia.

He sido informado de que la participación en este estudio consiste en completar un cuestionario sobre hábitos de actividad física. Este tipo de investigación no supone ningún riesgo Para mi salud.

Se pretende llevar a cabo un estudio sobre el grado de Actividad Física de los Adolescentes Valencianos mediante la cumplimentación de un cuestionario.

Asimismo, se me ha informado que mis datos personales serán protegidos en un fichero que estará sometido a, y con garantías de, la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

Para que conste, firmo el presente en Valencia, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Firma:



## **Anexo 9. Consentimiento Informado menor**





### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

\_\_\_\_\_, accedo a participar libremente, de forma voluntaria y sin ningún tipo de presión externa, sabiendo que tengo derecho a abandonar si así lo deseo, en el proyecto de Investigación realizado en la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

He sido informado de que la participación en este estudio consiste en completar un cuestionario sobre hábitos de actividad física. Este tipo de investigación no supone ningún riesgo Para mi salud.

Se pretende llevar a cabo un estudio sobre el grado de Actividad Física de los Adolescentes Valencianos mediante la cumplimentación de un cuestionario.

Asimismo, se me ha informado que mis datos personales serán protegidos en un fichero que estará sometido a, y con garantías de, la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

Para que conste, firmo el presente en Valencia, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Firma:

.....

\_\_\_\_\_, padre/madre o Tutor/a de \_\_\_\_\_, autorizo a que mi hijo participe, en el proyecto de Investigación realizado en la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

Firma:



