



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS
SOCIALES**

Propensión a la vigorexia, percepción de la imagen corporal y práctica de musculación recreacional en el contexto cierre de los centros de entrenamiento por pandemia Covid-19 en adultos de Argentina

Alumno: Luciano Caero

Directora: Lic. Esp. Juliana Libertelli

Autoridades:

Decana: Lic. Telma Beatriz Labrit

Vicedecana: Dra. Analía Verónica Losada

Director de carrera: Mgter. Marcelo Godoy

2022

Índice

	Pág.
1. Resumen	2
4. Objetivos	4
4.1. Objetivo general	4
4.2. Objetivos específicos	4
5. Hipótesis	5
5.1. Hipótesis general	5
5.2. Hipótesis específicas	5
6. Formulación del problema	5
6.1.1 General	5
6.1.2. Específicos	5
7. Justificación e importancia	5
8. Viabilidad	6
9. Estado del arte	7
10. Marco teórico	14
10.1. Conceptualizaciones e historia de la Vigorexia	14
10.2. Vigorexia y consumo de sustancias	18
12. Aspectos éticos	26
13. Procesamiento estadístico	26
15. Discusión	31
16. Referencias bibliográficas	36
17. Anexo/s	41

1. Resumen

El avance de los estereotipos y preconceptos de lo que debe ser correcto con relación a la imagen corporal y los estándares que la sociedad, directa o indirectamente, impone como medida y cánones de lo socialmente aceptado y ponderado lleva a muchas personas a reforzar la idea de no entrar dentro de dichos ideales. El objetivo de este estudio fue describir la propensión a la vigorexia, la percepción de la imagen corporal y práctica de musculación recreacional en el contexto cierre de los centros de entrenamiento por pandemia Covid-19 en adultos de Argentina. En el presente estudio se trabajó con un enfoque de investigación de tipo observacional, descriptivo, y no experimental, mediante la aplicación de un cuestionario validado (Cuestionario de Adonis) y una encuesta, con la finalidad de recabar información sobre la percepción de preocupación respecto al ejercicio físico y la imagen corporal. Las unidades de análisis correspondieron a 20 participantes residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, en el periodo de junio a diciembre de 2020 que practicaban ejercicios físicos en instalaciones deportivas. El 50% de los encuestados pertenece al sexo femenino, y el 40% tenía edades entre 25 y 31 años. La puntuación media del Cuestionario de Adonis fue de 7,45 puntos. Los resultados de este estudio no muestran afectaciones de manera general en relación con la puntuación global del Cuestionario de Adonis, donde el 50% de la muestra tiene puntuaciones que corresponden a preocupación de la imagen corporal que no afecta la vida diaria. Un análisis pormenorizado de los resultados individuales del estudio muestra que los sujetos muestran buena percepción académico-laboral.

2. Palabras clave: Vigorexia – musculación – esteroides – entrenamiento – pandemia – ansiedad – depresión

3. Planteamiento del problema

El avance de los estereotipos y preconcepciones de lo que debe ser correcto con relación a la imagen corporal y los estándares que la sociedad directa o indirectamente impone, como medida y cánones de lo socialmente aceptado y ponderado, lleva a muchas personas a reforzar la idea de no entrar dentro de dichos ideales.

Como menciona López Muñoz (2014), los aspectos socioculturales tienen gran impacto también en los sujetos.

Es vital comprender cómo la vida moderna y sus implicancias conducen a la búsqueda constante de metas solo alcanzables para unos pocos, puesto que la heterogeneidad y diversidad de los cuerpos no se enlaza a los estándares propuestos por una sociedad de consumo.

Como propone Hernández (2016), el cuerpo marcha como un mediador cultural. De esta manera, el ideal de imagen corporal porta valores, creencias y cánones estéticos promovidos por cada sociedad, situación que puede resultar al menos frustrante y una empresa irrealizable para muchas personas. En muchos casos, tal condición conlleva a las personas a no percatarse de los efectos negativos producto de duros entrenamientos, arduas rutinas, dietas constantes, cuidado muscular y físico obsesivo.

Cabe destacar que encierra una gran expectativa de que dichos esfuerzos pudieran adentrarlos en ese segmento de la sociedad tan valorado por los medios, siempre en búsqueda de ser aceptados y reconocidos.

Gran cantidad de estudios han demostrado la importancia de los estilos de vida saludables (Alomoto Mera et al., 2018). La liberación de neuroquímicos como las endorfinas, producto de la actividad física, tienen su acción en el cerebro ocasionando la inmediata sensación de bienestar, contrarrestando o reduciendo el estrés, la ansiedad, la depresión.

A su vez, un estilo de vida saludable puede considerarse como preventivo en el desarrollo de estrés laboral o académico, trastornos de personalidad, ansiedad social, y mejoramiento del estrés postraumático.

La actividad física mejora el funcionamiento cognitivo, los estados emocionales y el autoconcepto. (Alomoto Mera et al., 2018).

No obstante, el sobrepasar un estilo de vida saludable lleva límites que devienen en malestar emocional, problemas intra e interpersonales, síntomas de ansiedad, miedo e ira cuando no cumplen con los duros objetivos fijados.

Esta búsqueda y preocupación exagerada podría ser el germen del trastorno de Vigorexia, motivo más que interesante para su estudio, así como para establecer mecanismos de detección y prevención.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Describir la propensión a la vigorexia, la percepción de la imagen corporal y práctica de musculación recreacional en el contexto cierre de los centros de entrenamiento por pandemia Covid-19 en adultos de Argentina.

4.2. Objetivos específicos

Relacionar el consumo de esteroides a la práctica de musculación en la población analizada.

Describir los efectos emocionales y conductuales como producto del cierre de los centros de entrenamiento por el aislamiento requerido por la pandemia de COVID-19 en la muestra objeto de estudio.

Caracterizar las prácticas alternativas ante el cierre de los centros de entrenamiento con el propósito de proseguir con sus prácticas y ejercicios.

5. Hipótesis

5.1. Hipótesis general

Existe una relación directa entre la realización de musculación recreativa y con fines estéticos, la vigorexia y uso de sustancias, anabólicos esteroides en adultos argentinos de ambos sexos, practicantes de musculación con dichos fines.

5.2. Hipótesis específicas

Existe una alta prevalencia de conflictos de autoimagen, consumo de sustancias, comorbilidad con el trastorno de vigorexia, en practicantes de musculación recreativa y con fines estéticos.

6. Formulación del problema

6.1.1 General

En la muestra seleccionada de practicantes de musculación con fines recreativos y estéticos de Argentina de ambos sexos, ¿existe una preocupación significativa por su imagen corporal?, ¿podría ser comórbida con el trastorno de vigorexia, así como precipitar el uso de sustancias anabolizantes?

6.1.2. Específicos

El cierre de centros de entrenamiento en contexto de confinamiento, ¿afectó el consumo de sustancias esteroideas en practicantes de musculación recreativa y con fines estéticos?

7. Justificación e importancia

El estudio permitirá expandir el conocimiento científico sobre la vigorexia en adultos practicantes de musculación recreativa y con fines estéticos.

A la vez, pesquisaré sobre la forma en que el atravesamiento de la pandemia impacta en los sujetos con determinadas características.

Profundizaré, además, sobre el problema que se presenta frente al cierre de los centros de entrenamiento habituales, por el confinamiento obligatorio por COVID-19, y cómo la creatividad y búsqueda de proseguir con sus prácticas generará alternativas.

Resulta necesario destacar que, tal como mencionan Azevedo et al. (2012), la mayoría de los estudios provienen de muestra de atletas o culturistas, siendo el usuario de salas de musculación con fines recreativos o estéticos poco estudiado.

Tomando diferentes fuentes de información y teorías que describen y explican el fenómeno de estudio, el uso de escalas y cuestionarios de producción del autor se buscará llegar de modo práctico a una conclusión que describa lo más fidedignamente el problema planteado.

Si se tiene en cuenta que la vigorexia no es un fenómeno exclusivo de una región geográfica determinada; en el contexto argentino y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, resulta oportuno identificarlo sobre todo en los practicantes de musculación recreativa y con fines estéticos, dado que constituyen un sector vulnerable para padecer vigorexia, puesto que en la literatura consultada se señala la asociación entre la vigorexia y la dependencia al ejercicio físico, además de que estos tienen una mayor distorsión en cuanto a la propia percepción de su imagen corporal, respecto a personas que no frecuentan gimnasios.

8. Viabilidad

Es posible la realización del estudio por la disponibilidad de los componentes implicados, la accesibilidad de la población a estudiar y su disposición frente a la aplicación de los instrumentos de medición y encuesta.

Con la finalidad de aplicar los instrumentos de evaluación, se aplicó el Cuestionario de Adonis y una encuesta, utilizando la herramienta Google Forms (Formulario de Google) que permite el diseño de encuestas autoadministradas. El procesamiento estadístico se realizó utilizando el programa de procesamiento de datos SPSS.

9. Estado del arte

Prácticas dietéticas y frecuencia de vigorexia en usuarios de gimnasios de la ciudad de Asunción

El objetivo de esta investigación fue describir las prácticas dietéticas y la frecuencia de vigorexia en usuarios de gimnasios de la ciudad de Asunción en julio de 2019. Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en una muestra de usuarios obtenida mediante muestreo no probabilístico por bola de nieve. Se midieron variables sociodemográficas, tipo y frecuencia de actividad física, prácticas dietéticas y diagnóstico de vigorexia. Se aplicó la Escala de Satisfacción Muscular validada en español para el diagnóstico de vigorexia. Para explorar asociaciones, se empleó la prueba de Chi cuadrado, test exacto de Fisher y ANOVA, con valor de $p < 0,05$. Participaron 74 usuarios de gimnasios, con $27 \pm 6,6$ años de edad, el 72,97% de nivel educativo universitario, profesionales y con ingresos de entre 1 y 2 salarios mínimos (45,95%); el 70,27% ($n=52$) realizaba dieta y el 68,92% ($n=51$) consumía suplemento nutricional, indicado en su mayoría por nutricionista, seguida del entrenador. El tipo de suplemento de mayor consumo fue proteína en polvo (76,47%), 5 veces por semana y 1 toma diaria. La frecuencia de vigorexia fue del 51,35%; no se halló asociación significativa entre esta y variables sociodemográficas. Como conclusión, se evidencia una elevada frecuencia de vigorexia acompañada de la práctica de dietas y el consumo de suplementos nutricionales, favoreciendo a alteraciones nutricionales y de salud en general (Comelli, 2020).

Percepción de la imagen corporal y propensión a la vigorexia en un grupo de usuarios de gimnasios

El objetivo del presente trabajo fue determinar la propensión a la vigorexia y la percepción de la imagen corporal en usuarios de dos gimnasios del consejo popular Versalles-Coronela del municipio La Lisa, Cuba. Para dar respuesta a este objetivo, se realizó un estudio transversal, no probabilístico, descriptivo y de carácter correlacional. Se aplicaron mediciones antropométricas, un cuestionario para detectar el Complejo de Adonis (vigorexia), la escala de percepción y satisfacción de la imagen corporal mediante siluetas. Participaron en el estudio 45 hombres distribuidos en tres grupos etarios, hasta 18 años, de 19 a 30 años y mayores de 30. La muestra en el estudio se caracterizó por una edad promedio de 25 años con un 84 % de escolaridad media. Los usuarios de gimnasios presentaron un índice de masa corporal e índice cintura cadera que los clasificó como saludables. La satisfacción con la imagen corporal propia

fue elevada y solo se detectó vigorexia leve y moderada. El grupo de 19 a 30 años de edad presentó una buena correlación entre el índice de masa corporal percibido/real (0,644) y el percibido/deseado (0,739), siendo este el de mayor satisfacción. Se identificó que, al menos hasta la clasificación moderada para la vigorexia, no se hace evidente una distorsión de la imagen corporal (Quintero, 2020).

*Percepciones físicas y autoconcepto en atletas con síntomas de dismorfia muscular
(Physical perceptions and self-concept in athletes with muscle dysmorphia symptoms)*

Los individuos afectados por Dismorfia Muscular (DM) practican el levantamiento de pesas para aliviar su insatisfacción muscular. Aunque la actividad física se asocia a un aumento de la autopercepción física, suponemos que esto no se reproduce en su totalidad en las personas con DM. La muestra del estudio consistió en 734 levantadores de pesas y culturistas, 562 hombres y 172 mujeres, que completaron la Escala de Satisfacción Muscular, el Cuestionario de Autoconcepto Físico, y de los que se obtuvieron medidas de grasa corporal e Índice de Masa Libre de Grasa (IMG). Los resultados mostraron que las personas que padecen síntomas de DM, en general, tienen peor percepción del autoconcepto físico ($F = 18,46 - 34,77, p < .01$) (González-Martí, 2014).

Propiedades psicométricas del cuestionario del complejo de Adonis en deportistas varones de musculación de 4 gimnasios, Comas, Lima, 2019

Esta investigación logró delimitar las propiedades psicométricas del cuestionario del complejo de Adonis en 4 gimnasios de Comas, en el año 2019; para ello, utilizó un diseño de investigación instrumental y de tipo tecnológica, trabajando con una muestra total de 496 deportistas de musculación entre de 16 y 45 años; se utilizó un muestreo no probabilístico intencional. Los resultados obtenidos en cuanto al análisis de los datos determinaron que los valores de la IHC, α y de las h^2 se encontraron dentro de lo aceptable, así como los coeficientes de asimetría y curtosis. Además, se observó los índices de bondad de ajuste dentro de lo indicado para un buen AFC, donde el SRMR = .0381, RMSEA = .151, CFI = .888 y TLI = .86, indicando un modelo no ajustado. En cuanto a la confiabilidad, se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de .835 y un coeficiente Omega de McDonald de .837 para el modelo teórico, siendo estos valores buenos para la confiabilidad. Finalmente, se realizó percentiles de manera general en

cuanto a la variable de estado laboral y estado académico, ya que se encontraron diferencias de puntuaciones relevantes (Lopez Berenguel, 2019).

Estudio descriptivo de las alteraciones en la imagen corporal de los estudiantes de la Universidad Politécnica Salesiana, a partir de la pandemia por COVID-19

La investigación tiene como objetivo analizar las alteraciones en la percepción de la imagen corporal en los estudiantes de la Universidad Politécnica Salesiana a partir de la pandemia por COVID-19. La metodología fue de tipo descriptivo, para la obtención de datos se entrevistó a 4 grupos focales de 7 a 10 personas cada uno con la finalidad de analizar las dimensiones perceptivas, cognitivas, afectivas y conductuales relacionadas con la imagen corporal. La muestra estuvo conformada por 29 estudiantes universitarios, el 48,27% fueron mujeres y el 51,73% fueron hombres. Los participantes de cada grupo focal se encuentran en un rango de 20 y 30 años de edad. Los principales resultados muestran una modificación en la percepción de la imagen corporal de los estudiantes debido al COVID-19, se evidencian pensamientos negativos y valoraciones distorsionadas de sus cuerpos. En base a las respuestas obtenidas en las entrevistas se muestra que los grados de insatisfacción corporal son altos, debido a esto los estudiantes carecen de habilidades para poder contrarrestar la presión de la sociedad de la “imagen corporal ideal”, lo que provocaría efectos negativos en su salud mental, por esta razón se debería prestar atención al tema de la imagen corporal en los estudiantes debido a que la mayoría de los encuestados mencionaron no contar con un espacio para hablar acerca de estos temas (Gaibor Sánchez, 2022).

Prevalencia y factores sociodemográficos y psicológicos asociados a vigorexia en usuarios de salas de musculación en gimnasios de la ciudad de Arequipa, 2015

La investigación tiene por objetivo fundamental el estudio de la prevalencia de vigorexia, como también de los factores sociodemográficos y psicológicos asociados a vigorexia como variable independiente. Para ello se realizó un estudio del perfil de los usuarios de las salas de musculación en gimnasios, pues es la población con mayor susceptibilidad de presentar vigorexia. Para la realización de este estudio, se emplearon instrumentos validados por la comunidad científica: Cuestionario Complejo Adonis, Autoconcepto Forma (AF5), Test de Personalidad NEO-FFI y Test de Trastorno de Conducta Alimentaria (EDI 2), además de una

ficha de recolección de datos sociodemográficos. Dicho estudio se realizó en la ciudad de Arequipa durante el mes de marzo del 2015. Los resultados obtenidos muestran que la prevalencia de vigorexia hallada es de 34,43%, además que del total de participantes la vigorexia se encontró más en los varones entre 20 a 29 años. La mayoría (31,3%) presenta un grado moderado de preocupación patológica por la imagen corporal; el 3,13% restante de población vigoréxica mostró un grado severo de la patología; este estudio no halló población con grado muy severo de la preocupación patológica.

Los factores psicológicos analizados en la población con vigorexia fueron el autoconcepto, la personalidad y la conducta alimentaria los cuales se dividen en subdimensiones, factores y escalas, respectivamente, por lo que se buscó la asociación en cada uno de estos. Concluimos que la prevalencia de vigorexia en la población de usuarios de salas de musculación en gimnasios de la ciudad de Arequipa es del 34,43%; los factores sociodemográficos asociados son el sexo (masculino), siendo esta la población de mayor riesgo de vigorexia; la antigüedad en el gimnasio resulto determinante en la relación con la vigorexia. De las variables psicológicas estudiadas solo el autoconcepto social presento asociación significativa con la vigorexia; las dimensiones de personalidad significativas son: neuroticismo, amabilidad, responsabilidad y extraversión; el estudio de las dimensiones de la conducta alimentaria fueron significativas las escalas obsesión por la delgadez, bulimia, ineficacia, conciencia interoceptiva, impulsividad e inseguridad social del trastorno de conducta alimentaria, pero el trastorno de conducta alimentaria como tal no mostró asociación significativa con la vigorexia (Begazo Chuquiwanca y Canaza Apaza, 2015).

Autoconcepto y ansiedad: detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física

El propósito del estudio es determinar el número de participantes afectados de adicción al ejercicio, asociar indicadores sociodemográficos a niveles elevados de vigorexia y hallar variables predictoras que permitan explicar un porcentaje de la variable de estudio. Los participantes son 154 deportistas (edad media 24.97 años, ± 6.90), distribuidos en dos grupos de edad (menores de 30 y mayores de 30 años) y cuatro localidades de distinto número de habitantes. Los instrumentos empleados son la Escala Adonis, para evaluar vigorexia, el cuestionario de Autoconcepto Forma 5 (AF5) y la escala STAI de ansiedad estado/rasgo. Un alto porcentaje de los sujetos de la muestra (62.8%) presentan un grado moderado de preocupación

patológica. Se han encontrado diferencias significativas en las puntuaciones de vigorexia en función de las variables edad, experiencias previas negativas, localidad de residencia y número de horas de práctica deportiva. Asimismo, a través de un estudio de regresión múltiple, se han determinado las variables que mejor predicen la adicción al ejercicio (Ansiedad Estado, Horas semanales en el gimnasio y dimensión Académico-laboral del AF5) (Molero López-Barajas et al., 2012).

Los suplementos de fitness como sustancia de entrada al consumo de esteroides anabolizantes-androgénicos (Fitness Supplements as a Gateway Substance for Anabolic-Androgenic Steroid Use)

En este estudio se examinó la relación entre el uso de suplementos nutricionales, las creencias sobre los APED y el uso de APED en 201 estudiantes universitarios masculinos (n = 100) y femeninos (n = 101). Los participantes completaron medidas de dismorfia muscular (MDDI), comprobación del cuerpo (BCQ, MBCQ), síntomas de trastornos alimentarios (EDE-Q), perfeccionismo (FMPS), creencias positivas sobre la eficacia-seguridad del uso de AAS y patrones de uso de APED. Una serie de modelos de estructura de covarianza (CSM) mostraron que la alteración de la imagen corporal, el ejercicio compulsivo, el consumo de drogas ilícitas y el perfeccionismo, independientemente del género, eran predictores significativos de las creencias positivas sobre los AAS. Aquellos que usaban tanto suplementos para quemar grasa como para construir músculo reportaron las creencias más fuertes en la eficacia-seguridad de los AAS, lo cual se asoció con una mayor probabilidad de uso actual de APED ilícitos. Hubo evidencia de relaciones indirectas significativas entre el uso de suplementos y el uso ilícito de APED a través del contacto con otros usuarios de AAS y las creencias sobre el AAS. Se discute el papel potencial del uso de suplementos nutricionales en el inicio del uso ilegal de APED. Los futuros esfuerzos de prevención pueden beneficiarse de dirigirse a los usuarios legales de APED en los jóvenes (Hildebrandt et al., 2012).

Factores de riesgo para el uso ilícito de esteroides anabólicos-androgénicos en levantadores de pesas masculinos: Un estudio de cohorte transversal (Risk Factors for Illicit Anabolic-Androgenic Steroid Use in Male Weightlifters: A Cross-Sectional Cohort Study)

Se reclutaron a 233 levantadores de pesas masculinos experimentados, de los cuales 102 (44%) informaron del uso de AAS a lo largo de su vida, y evaluaron sus atributos en la infancia y la adolescencia de forma retrospectiva utilizando entrevistas clínicas estructuradas y cuestionarios computarizados. Este enfoque de "cohorte transversal" utiliza una cohorte de estudio, no seleccionada para los resultados de interés, y evalúa las exposiciones y los resultados retrospectivamente. La hipótesis presentada en el estudio es que el trastorno de conducta y la preocupación por la imagen corporal serían los principales factores de riesgo para el posterior uso de AAS entre los levantadores de pesas masculinos. Dentro de la población de estudio, muchos atributos mostraron poca asociación con el uso de AAS, pero los trastornos de conducta y las preocupaciones por la imagen corporal mostraron fuertes asociaciones. Para los individuos con trastorno de conducta previo frente a los que no lo tenían, la razón de riesgo [intervalo de confianza del 95%] para el posterior uso de AAS fue de 2,2 [1,5, 3,4]. Para los individuos en el tercil medio frente al más bajo de las puntuaciones en una escala retrospectiva de "dismorfia muscular" en adolescentes, el cociente de riesgo fue de 1,5 [0,84, 2,6]; para el tercil más alto frente al más bajo, el cociente de riesgo fue de 3,3 [2,0, - 5,3]; y para la tendencia lineal de los cocientes de riesgo, $P < 0,001$. Se concluyó que los trastornos de conducta y la preocupación por la imagen corporal representan importantes factores de riesgo para el uso de AAS entre los levantadores de pesas masculinos. Por lo tanto, la evaluación de estos atributos puede ayudar a identificar a los individuos con mayor probabilidad de requerir intervenciones para desalentar esta forma de abuso de sustancias (Pope et al., 2012).

Factores asociados a vigorexia en estudiantes universitarios de UPAO, Piura, 2020

El objetivo del estudio fue determinar cuáles son los factores y proporción de vigorexia en estudiantes universitarios de la UPAO, Piura, 2020. Se realizó un estudio observacional, casos y controles, retrospectivo; se aplicó el cuestionario de complejo de Adonis para obtener la muestra de 295 casos y 295 controles mediante método de selección sistemático. El sexo femenino predominó por encima del masculino; en cuanto a la proporción de vigorexia, se encontró que 289 tenían el diagnóstico de vigorexia leve y 6 tuvieron vigorexia moderado; con respecto al tiempo de rutina con vigorexia leve fue de 62 +/- 54 minutos y de vigorexia moderada fue de 60 +/- 0 minutos. En cuanto al tiempo por mes de rutina de gimnasia en casa, se encontró que los estudiantes con vigorexia leve fueron de 11 +/- 9 días, y con respecto a los universitarios con vigorexia moderada, su tiempo por mes de rutina de gimnasio fue de 30 días. El estudio concluye que se identificaron factores asociados como el tiempo diario (OR=17.07, 95% IC: 9.07-17.07) y al mes de rutina de gimnasio en el hogar (OR=1.71, 95% IC: 2.38-3.31)

que son altamente significativos para ser factores de riesgo y en tanto las variables edad (OR= 0.52 ,95% IC: 0.72 a 0.99) y talla (OR= 0.46 ,95% IC: 0.64-0.85) son factores protectores en este estudio (Velarde Olivera, 2022).

10. Marco teórico

10. 1. Conceptualizaciones e historia de la Vigorexia

La vigorexia también es conocida como Complejo de Adonis.

Adonis fue el dios sirio que, tomado y popularizado por la mitología griega, es la representación del hombre joven y atractivo, además de portador de una gran vanidad inmadura (Peyró y Oñate, 2011). De allí que surge el concepto hoy conocido como el complejo de Adonis, por otra parte, la Vigorexia también es llamada obsesión por el cuerpo.

No obstante, fue el psiquiatra Harrison G. Pope (1993), a inicios de los años 90, en el laboratorio de Psiquiatría Biológica del hospital McLean, en Estados Unidos, quien denominó a la Vigorexia como un nuevo trastorno mental, concepto que surge al estudiar personas que practicaban halterofilia en un gimnasio en Boston (Pope et al., 1993).

En el estudio se pudo observar los efectos secundarios del abuso de esteroides anabolizantes. Se encontró que algunos de los individuos presentaban comportamientos de tipo psicótico (Castro, 2013). Sin embargo, ya existían en los años 1970 algunas referencias en las observaciones que Baekeland (1970) hizo en sus trabajos acerca de la dependencia de algunas personas al ejercicio físico.

Tiempo mediante, fueron Pope y su equipo quienes se dieron cuenta que algunos de los sujetos examinados ostentaban un trastorno de tipo somático, relacionado con la imagen corporal, que designaron como dismorfia muscular o vigorexia.

Los mismos desarrollaron un tipo de trastorno que les hacía percibirse pequeños, flacos y débiles, cuando por el contrario su aspecto era musculoso y de grandes proporciones.

Pope también pesquisó que con el propósito de aumentar el peso magro y perder grasa, a la vez que ganar masa muscular, se sometían a dietas estrictas, pobres en grasa, muy ricas en proteínas y carbohidratos a la vez que al consumo abusivo de anabolizantes (Pope 1993).

A su vez, Baile (2005) delimita a la vigorexia como una alteración de la salud representada por una preocupación patológica de ser débil y no tener bastante desarrollo muscular en el cuerpo, a pesar de que así sea, además de que se manifiesta en la incapacidad de ver con precisión el tamaño real del propio cuerpo, además de que conlleva a comportamientos obsesivos y negativos relacionados con la apariencia.

Por otro lado, para Martínez Medina (2009) la vigorexia es un trastorno mental, no esencialmente alimentario, sin embargo, los une la preocupación obsesiva por la imagen y distorsión de ella igual que con el trastorno alimenticio. También se comporta como una adicción comportamental, que persigue la ganancia de masa muscular sin cuidados, a través de la realización de ejercicio físico exagerado y otras conductas como ingerir anabolizantes o esteroides.

Por consiguiente, se puede considerar como una adicción; tal como sostiene Rodríguez Molina (2007), la vigorexia reside en una adicción al ejercicio, considerándola como relativamente nueva, al contrario de algunos autores que sostienen que no se debería hablar de ella como adicción, y menciona que el trastorno obsesivo compulsivo ha de ser componente de la vigorexia, debido a que implica pensamientos reiterados sobre la necesidad de ejercitarse, pasando a ser la actividad física la compulsión, asevera que es un trastorno de la conducta alimentaria, y dismórfico corporal, específicamente, muscular.

Análogamente, Sobrino Cabra et al. (2006) describen las adicciones comportamentales como trastornos de dependencia relacionados a acciones cotidianas que no incluyen la utilización de sustancias, es decir, las personas realizan actividades que le generan placer de forma repetida y constante que devienen en hábitos. Se convierten en una dependencia psíquica y emocional, sin importar la irracionalidad de estas y sus consecuencias. En otras palabras, las adicciones comportamentales dan cuenta de un incorrecto autocontrol en la conducta de las personas, llevándolos a situaciones en las que la salud es puesta en riesgo.

Asimismo, Castro y Ferreira (2007) precisan que en el momento en que el ejercicio cumple el objetivo de alcanzar el crecimiento de la masa muscular, las personas vigoréxicas no lo viven de esta manera. Ya no alcanza, puesto que no es suficiente para sentirse bien consigo y su cuerpo, y persisten en la creencia irracional sobre su volumen y debilidad.

Por consiguiente, la obsesión por el desarrollo de los músculos, la autopercepción distorsionada, la insatisfacción y aceptación de la figura, se combinan siendo el caldo de cultivo para el consumo de sustancias. Las hormonas de crecimiento, anabólicos, y esteroides son los andamios que vienen a sostener una estructura de por sí deficitaria.

Muñoz Sánchez y Martínez Moreno (2007) expresan que los esteroides son productos químicos farmacológicos utilizados para aumentar la masa muscular y perder grasa.

Por otro lado, Portela Guarín (2002) sostiene que la vigorexia, además de la práctica compulsiva de ejercicio y dietas extremas, conlleva al uso de determinados fármacos que faciliten el aumento de la masa muscular, siendo en su mayoría esteroides anabolizantes, testosterona, hormona del crecimiento.

A su vez, otras variables son consideradas, Castro (2013), por ejemplo, indica que quizá se encuentra dentro del orden de los trastornos de la conducta alimentaria, puesto que la preocupación se encuadra en lo corporal.

Similar al trastorno dismórfico corporal, en la vigorexia se halla una preocupación excesiva y patológica por un defecto imaginado del cuerpo o la apariencia (Rodríguez Molina, 2007), siendo el cuerpo, su percepción y concepción gran parte del conflicto.

Esta es una de las principales características que posee la vigorexia, ya que los sujetos no pueden percibir el tamaño real de su cuerpo, por eso se podría decir que se trata de un TDC y más precisamente de TDM (trastorno dismórfico muscular) (Castro, 2013).

Los autores Cabrera y Fanjul (2012) manifiestan que la vigorexia es un trastorno que se basa en un deseo descomedido por desarrollar masa muscular, en ese orden predispone a tener una imagen distorsionada del propio cuerpo. No obstante, es pertinente destacar que se podría apreciar la apariencia física y otra distinta la imagen corporal.

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Guimon, 1999) y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Raich, 2000). De este modo, algunas personas con un aspecto físico alejado de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y autopercepción y, por el contrario, otras socialmente y culturalmente estimadas como estándares o ideales ponderados, pueden no sentirse y percibirse así.

Cabe destacar que en un principio no se encontraba el trastorno dentro del manual diagnóstico DSM-IV-TR American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 2011), situación que generó discusión en cuanto a la clasificación de este, por lo que algunos autores lo intentaron ubicar dentro de las diferentes entidades nosológicas (Lopez-Cuautle y Vazquez-Arevalo, 2016).

Algunos lo equiparan con una adicción, otros hablan de que se trata de un trastorno obsesivo compulsivo (TOC); también se dice que es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), o un trastorno dismórfico corporal (TDC) (Rodríguez Molina, 2007).

Una vez que Muñoz Sánchez y Martínez Moreno (2007) plantean que no se trata de un trastorno alimentario, sino un trastorno somatomorfo, se comienza a manejar el término actualmente utilizado.

Por consiguiente, se pueden ver en los criterios diagnósticos planteados en el Manual DSM- 5 (American Psychiatric Association, 2013), con los siguientes puntos:

A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no 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 al espejo, averse 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 de la preocupación de su aspecto.

C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La preocupación por la apariencia no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.

Especificar si:

Con distrofia muscular: el sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.

Especificar si:

Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., “Estoy feo/a” o “Estoy deforme”).

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son clara o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal sean ciertas.

A su vez, en el DSM-IV, se menciona que suele iniciarse en la adolescencia y puede verse iniciado de forma gradual o repentina, pudiendo pasar desapercibido ya que los sujetos no quieren relevar sus síntomas.

La intensidad de los síntomas suele presentar altibajos, pero son pocos los intervalos en los que no se presentan (American Psychiatric Association, 2011).

Cabe destacar que el manual tampoco brinda más información acerca del trastorno, no se menciona la duración de los síntomas y tampoco existe una mención acerca de cuántos criterios tiene que poseer un paciente para poder ser diagnosticado (Salaberría et al., 2000).

10.2. Vigorexia y consumo de sustancias

En la antigua Egipto y Roma, ambas culturas le atribuyeron propiedades afrodisíacas y virilizantes a los órganos sexuales de animales, fue así como la ingestión de los testículos animales, en esa época fue una práctica frecuente de guerreros y monarcas.

En 1889, el fisiólogo francés Charles Brown-Sequard, fue el primero en publicar su propia experiencia con la autoadministración de líquido extraído de gónadas de perro, atribuyéndole propiedades rejuvenecedoras. Sin embargo, no es hasta en 1935, cuando Butenandt y Ruzicka logran sintetizar testosterona, hito que revolucionó la rama de la endocrinología y los hizo acreedores del Premio Nobel de Química en 1939.

Desde la década de los 40, se inician los primeros estudios en seres humanos y en 1950 se emplea por primera vez su uso con fines deportivos con grandes adeptos en los próximos 25-30 años, y su masificación y abuso desmedido llevó al Comité Olímpico a prohibir su empleo en 1976.

Los esteroides anabólicos androgénicos (EAA) corresponden a derivados sintéticos de la testosterona los cuales presentan indicaciones médicas específicas, sin embargo, actualmente se usa para fines no clínicos.

Existe una relación entre la vigorexia y el consumo de sustancias que pretenden aumentar el rendimiento, muchas de ellas bajo el formato legal en el orden de complejos vitamínicos de todo tipo o sustancias ilegales como los esteroides anabolizantes fuera de prescripción médica.

Baile (2005) agrupa estas sustancias bajo los siguientes grupos:

Complejos vitamínicos, a veces acompañados con minerales y electrolitos. Diuréticos, insulina, cafeína.

Suplementos alimentarios compuestos, fundamentalmente, por proteínas extraídas del suero de la leche o del huevo (en algunos casos, al 90% de concentración), en presentación en polvo, barritas o batidos.

Sustancias existentes en el propio organismo como la carnitina o la creatina, que favorecen el aumento del volumen muscular y/o hacen aprovechar al máximo la energía muscular.

Esteroides anabolizantes. Productos farmacológicos utilizados para aumentar la masa muscular y perder grasa. Su comercio y consumo fuera de la prescripción médica no está permitido, así como hormonas del crecimiento humano.

Conocidos también con el nombre de anabólicos androgénicos, los esteroides anabolizantes, son productos derivados o sintetizados de la testosterona, principal hormona y andrógeno del varón, producida naturalmente por las gónadas (Tortora y Derrickson, 2018). Tiene varias funciones importantes en el desarrollo del hombre adulto. A la vez, la función anabolizante con interacción directa en la regulación del metabolismo de las grasas y el desarrollo muscular (Pinel et al., 2001).

Los primeros derivados de la testosterona para uso medicinal se sintetizaron cerca de 1930 (Peters et al., 1999). Los cuales eran parte de los tratamientos para déficit en el desarrollo o retraso en el desarrollo puberal en varones, cáncer de mama, anemia, etc.

Es a partir de la década del 50 que se comenzaron a usar por los deportistas como un método para desarrollar musculatura y ganar fuerza, más allá de las posibilidades que el entrenamiento sin químicos les aportaba.

En las Olimpiadas de 1956 los esteroides anabolizantes eran utilizados por una considerable proporción de los atletas participantes. Según Wroblewka (1997), no obstante, no fue hasta los juegos de verano de 1976 que su uso fue prohibido por el Comité Olímpico Internacional.

En un primer momento, su consumo se circunscribía a deportistas que buscaban superar su rendimiento físico, o físico culturistas, que querían aumentar su musculatura, hoy en día la

utilización de esteroides anabolizantes se ha expandido hacia un sector de la población ajeno a la práctica deportiva (Baile, 2005).

Por otra parte, si bien no son sustancias narcóticas ni psicotrópicas, son utilizadas con un modelo de abuso en diversas actividades deportivas, por lo cual el consumo de anabolizantes esteroides con fines recreativos, estéticos o competitivos es considerado por muchos psiquiatras como una adicción.

Se sabe que a largo y corto plazo produce problemas de salud, físicos y así como mentales, del tipo de las psicosis (Armijo et al., 2014; Lorenzo Fernández y Lorenzo Velázquez, 2018).

El número de consultas por disfunción eréctil, infertilidad, ginecomastia, alteraciones conductuales y hepáticas han sido directamente proporcional al aumento de la incidencia reportada. Por lo cual el aumento del empleo por parte de usuarios no experimentados con fines cosméticos ha ocasionado un estado de alerta en general (Aguila et al., 2013; Snyder y Fricker, 2018).

Por otro lado, este estudio pretende relacionar cómo el contexto particular de la situación generada por la pandemia del COVID-19 afectó a los practicantes de musculación recreativa o con fines estéticos.

Dentro de las disposiciones establecidas por la OMS y las medidas tomadas por las autoridades de Argentina, se ha implementado el confinamiento y el distanciamiento social, provocando un gran movimiento en las actividades y rutinas diarias de las personas, impactando en las todas las dimensiones de la sociedad, entre ellas, la actividad física que se vio obstaculizada.

Esta situación trajo aparejado un aumento significativo de ansiedad y tristeza, según lo relevado por informes del Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, que estudiaron la relación entre el malestar psicológico y el aislamiento social (Ursino et al., 2020). Cabe aclarar que la ansiedad supone enfrentarse a una amenaza incierta y la tristeza haber experimentado una pérdida irrevocable (Lazarus, 1999).

10.2.2. Diferencias entre la práctica de actividad física y musculación

Según la OMS, la actividad física se refiere a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Implica las actividades que se efectúan al jugar, trabajar, viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas (WHO, 2020).

Por ende, se podría diferenciar actividad física general del ejercicio, el cual sería una subcategoría de actividad física, organizada, estructurada, ciclada, repetitiva y que tiene como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes del estado físico.

En este punto, cabe preguntarse, ¿qué sería la práctica de musculación con fines recreativos y/o estéticos?

En este orden, vale decir que también se lo podría denominar fitness, el cual es un tipo de entrenamiento que por cuestiones de marketing lleva este nombre. Surge hacia 1980 con la proliferación de gimnasios y clubes deportivos, y se caracteriza por la utilización de pesas pequeñas, barras con pesas y la utilización de maquinaria especializada.

Además, el fitness conllevaba a que pueda complementarse con ejercicio aeróbico, con la intención de diferenciarse del movimiento culturista, donde el entrenamiento de musculación se apunta más a la fuerza hipertrofia y a cuestiones estéticas como la pérdida de grasa corporal, el desarrollo y la definición de masa muscular. Es decir, que comparten sus orígenes.

Todas prácticas que se solían llevar a cabo en los gimnasios, que tanta proliferación han tenido en los últimos años. Y, por otro lado, su desarrollo al aire libre también ha cobrado auge (Dosal Díaz y Caracuel, 2003).

11. Metodología

En el presente estudio, se trabajó con un enfoque de investigación de tipo observacional, descriptivo, y no experimental; mediante la aplicación de un cuestionario validado (Cuestionario de Adonis), con la finalidad de recabar información sobre la percepción de preocupación respecto al ejercicio físico y la imagen corporal. Por otro lado, se aplicó una encuesta de elaboración propia que analiza la presencia de ansiedad, consumo de sustancias, y generación de alternativas para proseguir con sus entrenamientos, frente al cierre de las instalaciones deportivas.

11. 1. Tipo y diseño de la investigación

Esta investigación es de tipo explicativa dado que, tal como sostiene Hernández Sampieri et al. (2014) este tipo de estudios se dirigen a responder las causas de los eventos, sucesos y fenómenos físicos o sociales; además, corresponde a un diseño no experimental al realizarse sin manipular variables y solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos; por último, es de corte transversal, ya que las unidades de análisis fueron observadas en un único momento durante el período de estudio correspondiente a los meses de junio a diciembre de 2020.

11.2. Población y muestra

La muestra estuvo constituida por adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, en el período de junio a diciembre de 2020 que practicaban ejercicios físicos en instalaciones deportivas.

Las unidades de análisis correspondieron a los 20 participantes que cumplieron con los criterios de selectividad (inclusión y exclusión), aplicándose un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó este tipo de muestreo considerando la facilidad de acceso y la disponibilidad de los encuestados basados en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Criterio de inclusión

- Personas mayores de 18 años que practiquen ejercicios físicos en instalaciones deportivas con una antigüedad mayor o igual a 3 meses.

Criterio de exclusión

- Personas mayores con diagnóstico de patologías psiquiátricas.

11.3. Técnicas de recolección de datos e instrumentos

Para el relevamiento de datos, se utilizaron dos instrumentos:

11.3.1. Adonis Complex Questionnaire (Cuestionario de Adonis) (Anexo 1):

El cuestionario original, en su versión en inglés (Pope et al., 2002), ha sido traducido y validado en el idioma español que fue la versión utilizada en esta investigación (Latorre-Román et al., 2015).

Objetivo

Medir las distorsiones o alteraciones de la imagen corporal, con basamento en el modelo teórico de Pope y colaboradores.

Características del cuestionario

El cuestionario cuenta con 3 dimensiones: efecto psicosocial de la apariencia física, control de la apariencia física y preocupación por la apariencia física.

- Consta de trece ítems que evalúan el nivel de insatisfacción acerca de su aspecto físico; tiene tres opciones que varían desde 0 a 39 de puntaje; luego, se categorizan para identificar el nivel de vigorexia de los voluntarios, precisando la predicción clínica de la sintomatología. Las respuestas se dividen en tres opciones: “a” cuyo valor es de 0 puntos, “b”

cuyo valor es de 1 punto y “c” cuyo valor es de 3 puntos. Se obtiene una puntuación de las respuestas que se clasifican en función del valor numérico de la suma de las respuestas realizadas, de tal forma que las puntuaciones hacen referencia a los siguientes niveles de preocupación/afección:

- “Entre 0 y 9 puntos: Preocupación con tu imagen corporal, pero no afectaría la vida diaria.
- Entre 10 y 19 puntos: Afección media-moderada de este Complejo de Adonis (Dismorfia Muscular). Probablemente, esta afección no afecte seriamente su vida, no obstante, si la puntuación está más próxima a 19 puntos, se debería tomar seriamente cómo afecta esta preocupación corporal a tu vida.
- Entre 20 y 29 puntos: Padeces el Complejo de Adonis e interfiere negativamente en tu vida, debes ponerte en manos de un especialista para empezar un tratamiento.
- Entre 30 y 39 puntos: Tienes un serio problema con tu imagen corporal. Consulta sin demora a un especialista mental con conocimiento en los TDC y empieza con un tratamiento” (Latorre-Román et al., 2015).

Interpretación clínica

Los puntajes que se encuentran entre los valores de 0 a 9 se considera vigorexia leve. Si se obtienen puntajes entre 10 a 19 puntos, se considera una alteración moderada, consignándose una dismorfia muscular, que posiblemente no tenga consecuencias en la persona, aunque si la llega aproximadamente a los 19 se sugiere que tiene efectos considerables como expresión de preocupación de la imagen física de la persona.

Los valores de 20 a 29 se consideran como interferencia debida al exceso en la preocupación física, sugiriendo acudir a un especialista de la salud para iniciar una terapia.

Ya en los valores de 30 a 39 puede indicarse vigorexia, siendo prioritario asistencia a una especialista de la salud mental para desarrollar un tratamiento clínico y psicológico.

Validez y consistencia interna del instrumento

La fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach o también con el método de omega de McDonald (Frías-Navarro, 2013).

La confiabilidad de consistencia interna permite determinar el grado en que los ítems de una prueba están correlacionados entre sí.

El método de consistencia interna permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o una única dimensión teórica de un constructo latente. Cuando los datos tienen una estructura multidimensional, el valor de consistencia interna será bajo. Es decir, no se observa una consistencia en las puntuaciones que forman el constructo teórico que se desea medir (Frías-Navarro, 2013).

En el caso particular de este instrumento, el alfa de Cronbach reportado en la versión utilizada fue de 0.880 (Latorre-Román et al., 2015), considerando este valor en la escala de fiabilidad como “Bueno” (Oviedo y Campo-Arias, 2005).

El análisis de fiabilidad temporal (test-retest) obtenido mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI) fue de CCI= 0.707, (95% intervalo de confianza=0.336-0.871) (Latorre-Román et al., 2015).

Basado en esos indicadores, se considera que el instrumento muestra adecuadas características psicométricas y es útil para la valoración del dimorfismo muscular o vigorexia.

11.3.2. Encuesta (Anexo 2)

La encuesta estuvo constituida por 14 preguntas donde se recaba información sobre la presencia de ansiedad, consumo de sustancias, así como la generación de alternativas para proseguir con sus entrenamientos, frente al cierre de las instalaciones deportivas.

11.4. Procedimientos

Para la aplicación del cuestionario y la encuesta, se utilizó la plataforma Google Forms (Formulario de Google).

Inicialmente, se aplicó el cuestionario y la encuesta a un grupo reducido de individuos (Estudio Piloto), con la finalidad de identificar incomprendiones, la aceptación del cuestionario en general, así como el tiempo aproximado que requerirían en completarse ambos instrumentos.

Luego, se contactaron a los potenciales encuestados, se le envió el cuestionario de Adonis y, una vez que completaron el cuestionario, se les solicitaba completar la encuesta. Quedaron definidos como unidades de análisis aquellos individuos que completaron tanto el cuestionario como la encuesta.

12. Aspectos éticos

Los instrumentos de recolección de datos (cuestionario y encuesta) tuvieron carácter anónimo, se aplicaron tras la aprobación del consentimiento informado (Anexo 3), donde quedó claro el compromiso por parte del investigador que los datos no serían comunicados a terceros y que se comprometió a no revelar datos que permitan la identificación de los encuestados.

13. Procesamiento estadístico

Se emplearon técnicas de la estadística descriptiva: números absolutos y porcentos y estadística inferencial.

Los resultados de las variables se procesaron mediante el programa Microsoft Excel y el paquete estadístico SPSS.

Para el análisis de la distribución de variables se utilizó la prueba no paramétrica Kolmogórov-Smirnov, con la finalidad de identificar si tenían una distribución normal.

14. Resultados

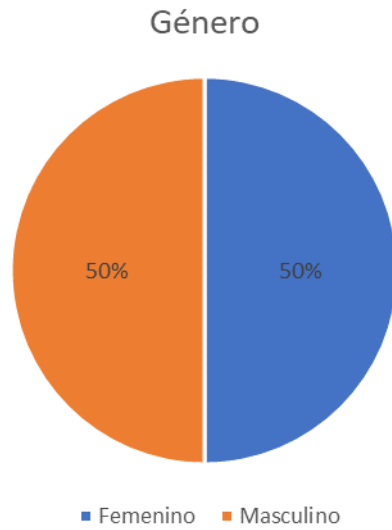
Se presentan los resultados de la aplicación del cuestionario de Adonis a los 20 encuestados y los datos sociodemográficos.

Tabla 1. Distribución de encuestados según género.

Género	N	%
Femenino	10	50%
Masculino	10	50%
Total	20	100%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Gráfico 1. Distribución de encuestados según género.



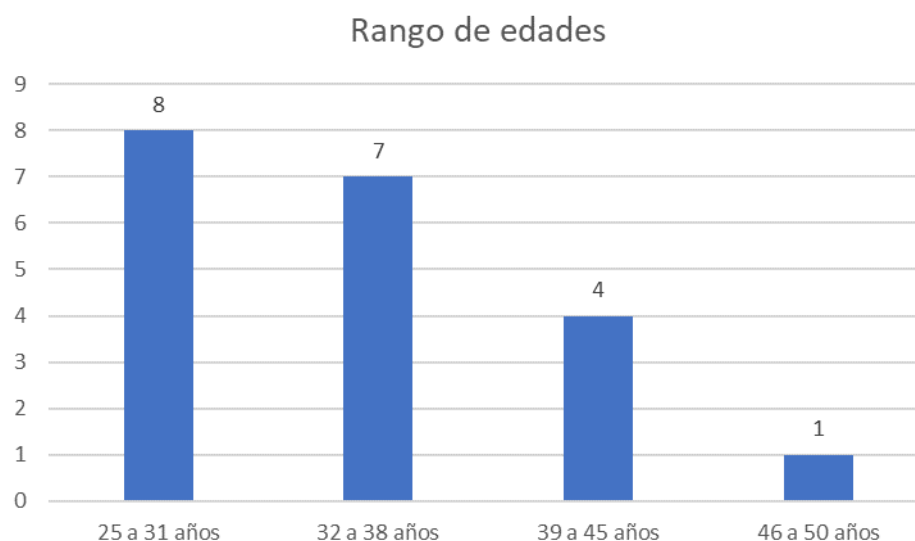
Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Tabla 2. Distribución de encuestados según rango de edades.

Rango de edades	N	%
25 a 31 años	8	40%
32 a 38 años	7	35%
39 a 45 años	4	20%
46 a 50 años	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Figura 2. Distribución de encuestados según rango de edades.



Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

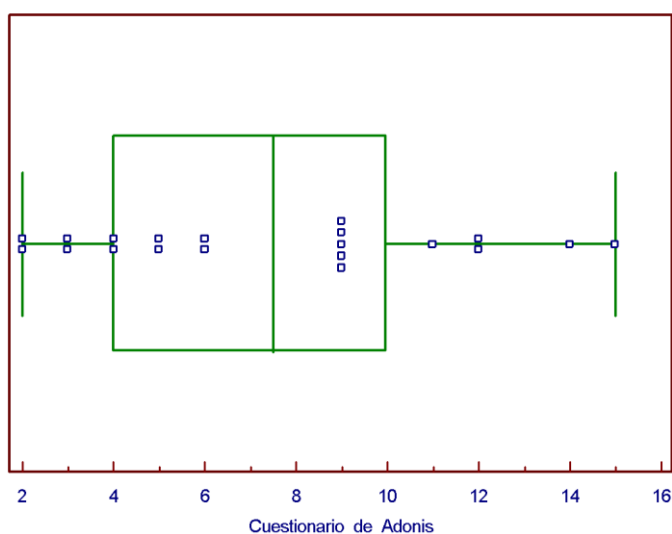
Tabla 3. Distribución de encuestados según valores de los ítems en el Cuestionario de Adonis.

Ítem	Media	Mediana	Desvío estándar (DE)	Test de Kolmogorov-Smirnov
Tiempo diario dedicado preocupándote por algún aspecto de la apariencia	0,70	0	1,08	P=0,014
Frecuencia con la que "está mal" por alguna cuestión relacionada con la apariencia	0,65	1	0,75	P=0,091
Frecuencia con la que evita que partes del cuerpo o cuerpo entero sea visto por otros	0,25	0	0,44	P<0,001
Tiempo diario dedicado a actividades de aseo para mejorar la apariencia	0,80	1	0,89	P=0,032
Tiempo diario dedicado a actividades físicas para mejorar la apariencia física	0,85	1	1,04	P=0,052
Frecuencia con la que sigue dietas comiendo alimentos especiales o ingiere suplementos nutricionales para mejorar la apariencia	1,55	1	1,28	P=0,085

Parte de los ingresos económicos empleado en cuestiones dedicadas a mejorar la apariencia	1,40	2	0,94	P=0,001
Frecuencia con que las actividades relacionadas con la apariencia física afectan a las relaciones sociales	0,20	0	0,41	P<0,001
Frecuencia con la que la vida sexual se ha visto afectada por las preocupaciones relacionadas con la apariencia	0,10	0	3,20	P<0,001
Frecuencia con la que las preocupaciones con la apariencia o actividades relacionadas con ella han comprometido el trabajo o carrera	0,00	0	0,00	DE = 0
Frecuencia con la que ha evitado ser visto por otra gente debido a la preocupaciones con la apariencia	0,15	0	0,37	P<0,001
Consumo de droga, legal o ilegal, para ganar músculo, perder peso o para cualquier intento de mejorar la apariencia	0,80	0	1,20	P=0,011
Frecuencia con la que ha tomado medidas extremas (que no sean el uso de drogas) para cambiar la apariencia	0,00	0	0,00	DE = 0
Cuestionario de Adonis	7,45	8	4,01	P=0,719

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Figura 3. Distribución de encuestados según valores obtenidos en el Cuestionario de Adonis.



Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Resultados de encuestas

A continuación, se describen de forma sintética los resultados de las encuestas, distribuidas en tres esferas.

Actividades para mejorar la apariencia física (alimentación, dietas, ejercicios):

Cabe destacar que de los que realizaban ejercicios físicos, el 60% realizaba ejercicios físicos con una antigüedad de entre 10 y 22 años; 4 tenían un año o menos desde el inicio de la práctica, y el resto, entre 2 y 7 años.

El 65% de los encuestados (13) realizaba pesas como ejercicio principal, otros ejercicios que realizaban los encuestados fueron aeróbicos, crossfit, musculación, fútbol, ciclismo, pádel, pilates, running y yoga.

El 40% de los encuestados refiere que el objetivo del ejercicio físico es con fines estéticos o de belleza. Llama la atención que 4 de los encuestados (20%) refiere que realiza ejercicios para sentirse bien consigo mismo, otro 20% refiere que lo realiza para mejorar la composición corporal. El resto menciona como objetivos el hecho de estar saludable y uno menciona el entrenarse para competiciones.

Relaciones sociales y sexuales:

La mitad de los encuestados refiere que no se vio afectado significativamente en las conductas respecto al entrenamiento, más allá del cierre de los gimnasios y centros de entrenamiento. Los que sí se vieron afectados refieren que tanto la cantidad, horarios y adaptación a las nuevas condiciones fue compleja.

A partir del cierre de los centros de entrenamiento/gimnasios, durante el aislamiento social por la pandemia por COVID-19, hubo un impacto sobre los encuestados desde el punto de vista afectivo, siendo los principales: la ansiedad (45%), tristeza o depresión (25%), frustración o aburrimiento (10%), y el 20% no se vio afectado.

Todos los encuestados buscaron estrategias para realizar ejercicios en su hogar durante la pandemia, muchos de los cuales incluyeron la compra de elementos deportivos para tales fines.

Luego de la pandemia, la estrategia principal que plantean los encuestados fue continuar entrenando y adaptarse a las nuevas medidas o estrategias para entrenar en la postpandemia en un 70%. Se plantea de igual forma el entrenamiento online o equiparse de su propio gimnasio en casa.

Consumo de sustancias:

El 40% de los encuestados consume productos para mejorar su rendimiento, independientemente del tipo y cantidad; de ellos 3 de los encuestados consume creatina y los 5 restantes consumen proteínas.

En relación con los productos anabolizantes, el 75% de los que usan sustancias para mejorar el rendimiento, consume estanozolol, uno consume oxandrolona y otro consume un cóctel de testosterona, estanozolol, dianabol y nandrolona. La forma farmacéutica que utilizan todos los que consumen son los comprimidos.

En relación con la antigüedad de consumo, el 20% consume no sistemáticamente, el resto lleva una antigüedad de entre 2 meses y 5 años.

La forma en que obtuvieron información sobre los productos que consumían fue a través de amigos o entrenadores y solo uno lo obtuvo a través de libros.

El principal motivo expresado por los encuestados que decidieron consumir fue con la finalidad de buscar un mejor rendimiento físico o estético. Uno de los encuestados refiere que es consciente de que estos productos hacen mal.

15. Discusión

La vigorexia es un desorden mental asociado a preocupación excesiva por su condición física donde sienten disminución de masa muscular, pero en realidad sí están hipertróficos musculares (Velarde Olivera, 2022).

Los resultados de este estudio no muestran afectaciones de manera general en relación con la puntuación global del Cuestionario de Adonis, donde el 50% de la muestra estudiada tiene puntuaciones que corresponden a preocupación de la imagen corporal que no afecta la vida diaria. Las puntuaciones encontradas son muy inferiores a las obtenidas por Latorre-Román et al. (2015) que encontraron un 21.24 de puntuación promedio, presentando el 45.5% de los sujetos un complejo de Adonis moderado. Por otro lado, Molero López-Barajas et al. (2012) reportan un promedio de 19 puntos y 62,8% de grado moderado de preocupación patológica .

Un análisis pormenorizado de los resultados individuales del estudio muestra que los sujetos presentan buena percepción académico-laboral, similar a los otros estudios (Begazo Chuquihuanca y Canaza Apaza, 2015; Molina, 2007). Otro aspecto que no tuvo afectación fue el uso de medidas extremas para cambiar la apariencia.

Comelli (2020), en una muestra de usuarios de gimnasios de la ciudad de Asunción, concluye en este sentido que se evidencia una elevada frecuencia de vigorexia acompañada de la práctica de dietas y el consumo de suplementos nutricionales, exponiendo a quienes presentan el diagnóstico a alteraciones nutricionales y de salud en general. Resultados que difieren de nuestro estudio.

En relación con el afrontamiento de la pandemia y el desarrollo de ejercicios físicos, no se encontraron resultados llamativos, la muestra estudiada encontró en mayor o menor medida estrategias para afrontarlo, y continuar desarrollando actividades en el hogar; no obstante, refieren síntomas compatibles con ansiedad, si bien solo con lo recabado en las encuestas no es suficiente para aseverar que existió un trastorno de ansiedad desde el punto de vista clínico o depresión.

Los suplementos más frecuentemente consumidos en los encuestados son las proteínas en polvo, lo cual era de esperarse, puesto que la mayoría realiza ejercicios de musculación, por lo que su objetivo apunta a la ganancia de masa muscular y aumento de su tamaño. Así también, en el estudio realizado por Rodríguez R et al. (2011) en Chile sobre consumo de suplementos nutricionales en gimnasios, se reveló que más de la mitad de los usuarios lo consumían (54,5%),

y el tipo de suplementos más ingerido en relación con su composición de nutrientes fueron las proteínas (55,6%).

Si bien el consumo de sustancias para ganar músculos es alrededor del 40% de la muestra estudiada, es muy llamativa la percepción del uso de drogas con fines de mejorar la apariencia, elemento que puede resultar peligroso, sobre todo cuando no se conocen los efectos a largo plazo sobre la salud. En contraste con estos resultados, está la forma en que obtuvieron información sobre el uso de sustancias, por recomendación, así como los motivos, en su mayoría estéticos.

Como se ha visto en la literatura, existe cierta relación entre el consumo de esteroides anabolizantes (EA) y el consumo de sustancias (legales e ilegales); no obstante, varios aspectos diferencian al usuario de esteroides del de las clásicas drogas de abuso, por un lado, los usuarios que no ingieren EA para lograr una inmediata intoxicación aguda y, por otro lado, el usuario de EA que se caracteriza por una constante preocupación por la mejora de su aspecto físico. Como resultado de esa preocupación por la imagen corporal, que en ocasiones desemboca en una dismorfia muscular, puede producirse una dependencia a los EA. Se trata de una dependencia muy leve que los usuarios definen como una adicción psicológica debido a la confianza percibida al usar los EA y que, según refieren, estos beneficios psicológicos son los que los alientan a seguir consumiendo (Abella, 2019).

El 65% de los encuestados realizaba como ejercicio físico principal el levantamiento de pesas, este resultado refuerza el punto de vista planteado anteriormente. En este sentido, Pope et al. (2012) plantean que, en los levantadores de pesas, la dismorfia muscular está estrechamente relacionada con el uso de EA, aquellos con mayores preocupaciones y conductas enfocadas hacia la apariencia de un cuerpo musculoso mostraron un riesgo 3.3 veces mayor de usar EA. Por otro lado, Hildebrandt et al. (2012), en una muestra de 201 estudiantes americanos de la Mount Sinai School of Medicine en New York, reportaron que el ejercicio compulsivo, el control dietético y el uso de drogas ilícitas, fueron predictores significativos de creencias positivas sobre los EA.

Comelli (2020) reportó en su estudio que el tipo de ejercicio mayormente realizado fue pesas o musculación, que tienen por objetivo el aumento de masa corporal y acompañaban su rutina con prácticas alimentarias especiales como la dieta y el consumo de suplementos nutricionales (68%). Este autor además agrega que los deportistas suelen llevar planes de alimentación específicos acompañados con suplementos nutricionales para cubrir sus mayores requerimientos.

Se destacan entre las limitaciones del estudio, en primer lugar, que solo se contó con la percepción de los encuestados, sin contrastar con otros test o evaluaciones psicométricas o médicas que pudieran orientar sobre patologías psiquiátricas. Otro elemento fue que la percepción de la imagen corporal no fue contrastada con indicadores antropométricos. Respecto al uso de EA, no se realizaron estudios para su dosificación. Estas limitaciones abren el camino y sustentan la necesidad de realizar otras investigaciones con un enfoque transdisciplinario con la finalidad de diversificar la perspectiva de análisis del problema y poder desarrollar estrategias de intervención más efectivas.

En conclusión, los hallazgos de este estudio rechazan la hipótesis de la existencia de conflictos de autoimagen en la muestra estudiada. A pesar de ello, se apoya que el trastorno por vigorexia y la preocupación por la musculatura y la imagen corporal representan los principales factores de riesgo para el uso de EA, sobre todo entre los levantadores de pesas, aunque se requieren otros elementos para una mejor explicación del fenómeno.

Esta investigación podría servir de punto de partida para identificar a personas con mayor riesgo de uso de drogas y EA, lo que permite que las intervenciones se dirijan de manera más específica a esta población, lo que lleva a una prevención más efectiva de esta forma generalizada, pero aún poco estudiada, de abuso de sustancias.

Para contener el uso de los EA, los colegios profesionales y las asociaciones deportivas han adoptado discursos o campañas que solo exponen lo adverso del uso de las sustancias, mas no mucho sobre factores predisponentes. Podría suponerse que estas prácticas demonizadoras han alejado a los consumidores y usuarios de los profesionales de la salud, puesto que podría hacerlos sentir avergonzados o juzgados. Esta comunicación o campañas, además de no frenar el uso de los EA, ni informar y educar, podría empujar a los consumidores a un riesgo mayor que es el hacerlo a través de personas que no suelen estar al tanto de muchas variables respecto a la salud.

Los profesionales de la salud deberíamos tener una visión e información clara y lo más libre de prejuicios, con datos integrados para poder prevenir y asistir en cuestiones de salud pública.

Cabe preguntarnos qué papel podríamos tomar frente al consumo de EA, frente a un problema real y creciente.

En otro orden de ideas, hay poca evidencia que sugiera que la pandemia afectó notablemente a los encuestados en la práctica deportiva y que aumentara la incidencia de ansiedad y depresión debido al confinamiento y cierre de los centros de entrenamiento.

Como se mencionó anteriormente, la muestra pudo sortear las dificultades por el cierre de los centros de entrenamiento pudiendo proseguir con sus prácticas.

Entre las limitaciones del presente estudio, podemos plantear en primer lugar que los trastornos percibidos se midieron mediante autoinformes y un cuestionario autoadministrado y una escala de valoración. Por otro lado, la existencia de vigorexia en los participantes no estaba diagnosticada profesionalmente, lo que podría haber sesgado los resultados con una sobrestimación o subestimación como consecuencia, y esto debe tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados.

No obstante, el objeto de este estudio se centró en evaluar las percepciones de los propios encuestados sobre los efectos de la vigorexia en su entorno, y esta percepción subjetiva debe tenerse en cuenta si se quiere obtener una imagen correcta de cómo influye en la salud de los encuestados.

A futuro, podrían diseñarse otros estudios que utilicen la triangulación de métodos, e incluyan el examen médico, mediciones antropométricas, en combinación con la percepción de los participantes, como los cuestionarios, las escalas de valoración y las encuestas con la finalidad de tener una visión más amplia e integral de la problemática abordada.

A manera de conclusiones, se puede afirmar, en base a los resultados de este estudio, que entre los encuestados existió satisfacción con la imagen corporal propia y solo fue detectada vigorexia de forma leve. Se identificó que, al menos hasta la clasificación de vigorexia moderada, no se evidencia una distorsión de la imagen corporal y sí una preocupación por el aspecto físico. Por otro lado, se reporta el consumo de esteroides que, a pesar de tener una baja frecuencia, constituye una alarma considerando las repercusiones que puede conllevar para la salud.

16. Referencias bibliográficas

- Aguila, F., Mercado, A., y Palma, C. (2013). Esteroides androgénicos anabolizantes: Consecuencias en el hombre. *Rev. chil. urol*, 13-17.
- Alomoto Mera, M., Calero Morales, S., y Vaca García, M. R. (2018). Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(1), 47-56.
- American Psychiatric Association. (2011). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Armijo, J. A., Flórez, J., y Mediavilla, A. (2014). *Farmacología humana*. Elsevier Masson.
- Azevedo, A. P., Ferreira, A. C., Silva, P. P. D., Caminha, I. de O., y Freitas, C. M. de. (2012). Dismorfia muscular: A busca pelo corpo hiper musculoso. *Motricidade*, 8(1), 53-66.
<https://doi.org/10.6063/motricidade.240>
- Baekeland, F. (1970). Exercise Deprivation: Sleep and Psychological Reactions. *Archives of General Psychiatry*, 22(4), 365-369.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1970.01740280077014>
- Baile, J. I. (2005). *Vigorexia: Cómo reconocerla y evitarla*. Editorial Síntesis.
- Cabrera, Y., y Fanjul, C. (2012). Influencia de los modelos publicitarios en la adolescencia: Anorexia y vigorexia. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 5(2), 122-137.
<https://doi.org/10.7203/RASE.5.2.8313>
- Castro, C. F. G., y Ferreira, R. (2007). *Vigorexia: Estudio sobre la adicción al ejercicio. Un enfoque de la problemática actual* [Tesis de Especialidad, Universidad de Antioquia].
<http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/105-vigorexia.pdf>
- Castro, R. (2013). *Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación en deportistas de musculación: Patrones psicológicos asociados a la vigorexia* [Tesis doctoral, Universidad de Jaén].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=88538>

- Comelli, P. V. (2020). Prácticas dietéticas y frecuencia de vigorexia en usuarios de gimnasios de la ciudad de Asunción. *Revista científica ciencias de la salud - ISSN: 2664-2891*, 2(2), 35-42. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/02.02.2020.35>
- Dosil Díaz, J., y Caracuel, J. C. (2003). Psicología aplicada al deporte. En *Ciencias de la actividad física del deporte*. Editorial Síntesis.
- Frías-Navarro, D. (2013). *Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Gaibor Sánchez, C. G. (2022). *Estudio descriptivo de las alteraciones en la imagen corporal de los estudiantes de la Universidad Politécnica Salesiana, a partir de la pandemia por COVID-19* [Tesis de Grado, Universidad Politécnica Salesiana]. <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/21674>
- González-Martí, I., Fernández Bustos, J. G., Hernández-Martínez, A., y Contreras Jordán, O. R. (2014). Physical perceptions and self-concept in athletes with muscle dysmorphia symptoms. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, E43. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.45>
- Guimon, J. (1999). *Los lugares del cuerpo*. Paidós.
- Hernández, M. (2016). *Lo que la mente cree, la mente lo crea: De anorexia nerviosa y terapia cognitivo-conductual* [Tesis de Grado, Universidad de la República]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8617/1/Hern%C3%A1ndez%20Mar%C3%ADa.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 4ta edición. Mc Graw Hill.
- Latorre-Román, P. Á., Garrido-Ruiz, A., y García-Pinillos, F. (2015). Versión española del cuestionario del complejo de Adonis: Un cuestionario para el análisis del dimorfismo muscular o vigorexia. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1246-1253. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.8292>
- Lazarus, R. S. (1999). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press. <http://www.dawsonera.com/depp/reader/protected/external/AbstractView/S97801953614>

- Lopez Berenguel, L. J. E. (2019). *Propiedades psicométricas del cuestionario del complejo de Adonis en deportistas varones de musculación de 4 gimnasios, Comas, Lima, 2019* [Tesis de Grado, Universidad Cesar Vallejo].
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/56059>
- López Muñoz, A. M. (2014). *La imagen corporal en la sociedad del siglo XXI* [Tesis de Grado, Universidad Internacional de Catalunya].
https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/242794/ana_mar%C3%ADa_mu%C3%B1oz_1%C3%B3pez.pdf?sequence=1
- Lopez-Cuautle, C., y Vazquez-Arevalo, R. (2016). Muscle Dysmorphia Diagnostic evaluation: A systematic review. *Anales de Psicología*, 32(2), 405.
- Lorenzo Fernández, P., y Lorenzo-Velázquez, B. (2018). *Farmacología básica y clínica*.
- Martínez Medina, F. (2009). Trastornos de conducta alimentaria intervención desde el ámbito educativo. *Innovación y Experiencias Educativas*, 16, 1-9.
- Muñoz Sánchez, R., y Martínez Moreno, A. (2007). Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la conducta alimentaria*, 5, 457-482.
- Oviedo, H. C., y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. [An Approach to the Use of Cronbach's Alfa.]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4 [41]), 572-580.
- Peters, R., Copeland, J., y Dillon, P. (1999). Anabolic–androgenic steroids: User characteristics, motivations, and deterrents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(3), 232-242.
<https://doi.org/10.1037/0893-164X.13.3.232>
- Peyró, C. F., y Oñate, C. G. (2011). La influencia de modelos somáticos publicitarios en la vigorexia masculina: Un estudio experimental en adolescentes. *ZER: Revista de Estudios de Comunicación = Komunikazio Ikasketen Aldizkaria*, 16(31), 265-284.
<https://doi.org/10.1387/zer.4845>
- Pinel, J. P. J., Miño, E., y Sánchez Hoyos, M. A. (2001). *Biopsicología*. Pearson Educación.
- Pope, H. G., Katz, D. L., y Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34(6), 406-409.
[https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90066-D](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90066-D)

- Pope, H., Phillips, K. A., y Olivardia, R. (2002). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. Simon y Schuster.
- Portela Guarín, H. (2002). Cómo problematizar la Educación Física desde la transición del concepto del cuerpo al de corporeidad. *EFDportes*, 8(48), 1-8.
- Quintero, R. C., Yera, A. B., Guevara, D. I., Santana, D. P., y Gil, M. Á. (2020). Percepción de la imagen corporal y propensión a la vigorexia en un grupo de usuarios de gimnasios: Body image perception and propensity for vigorexia in a group of gym users. *QhaliKay Revista de Ciencias de la Salud ISSN 2588-0608*, 4(3), 19-27.
<https://doi.org/10.33936/qkracs.v4i3.2855>
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal*. Pirámide.
- Rodríguez Molina, J. M. (2007). Vigorexia: Adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y drogas*, 7(2), 289-308.
- Rodríguez R, F., Crovetto M, M., González A, A., Morant C, N., y Santibáñez T, F. (2011). Nutritional supplement intake in gymnasium, consumer profile and characteristics of their use. *Revista chilena de nutrición*, 38(2), 157-166. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182011000200006>
- Salaberría, K., Más, M. B., Amor, P. J., y Echeburúa, E. (2000). Tratamiento del trastorno dismórfico corporal: Una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(1), 27-43. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.5.num.1.2000.3886>
- Snyder, P. J., y Fricker, P. (2018). *Use of androgens and other hormones by athletes*. UpToDate.
- Sobrinho Cabra, O., Cos Milas, A., Gómez Macías, V., García Blanco, C., Sala Cassola, R., y Ballesteros García, M. (2006). Adicciones comportamentales. Conductas socioculturales. *Interpsiquis*, VII. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/adicciones-comportamentales-conductas-socioculturales>
- Tortora, G. J., y Derrickson, B. (2018). *Principios de anatomía y fisiología*. Médica Panamericana.
- Ursino, D. J., Villa, J., Katz, E., Silva, M., Carbone, L., Rodríguez Giuranna, B., Della Della, C., y Barrios, R. (2020). *La influencia de la cuarenta en el deporte y ejercicio físico*. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

- Velarde Olivera, K. J. (2022). *Factores asociado a vigorexia en estudiantes universitarios UPAO Piura 2020* [Tesis de Grado, Universidad Privada Antenor Orrego]. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8950>
- WHO. (2020). *Actividad física* [World Health Organization]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Wroblewska, A.-M. (1997). Androgenic-anabolic steroids and body dysmorphia in young men. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(3), 225-234. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00302-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00302-9)

17. Anexo/s

Anexo 1: Cuestionario de Adonis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Nunca.
- b) Solo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.
- c) He usado esteroides legales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias.

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

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

Anexo 2: Encuesta

EDAD: GÉNERO:

1. ¿Qué tipo de actividad física efectúa?

Ej: pesas, crossfit, cardios, deporte (cuál) otra (cuál)

2. ¿Hace cuánto tiempo que la realiza?

.....

3. A partir del cierre de los centros de entrenamiento/gimnasios, durante el aislamiento social (pandemia COVID-19).

¿Qué efectos notó en su estado de ánimo?

ansiedad, depresión, tristeza, desgano, apatía, enojo, impotencia, frustración, bronca, otros/
especifique

4. A partir del cierre de los centros de entrenamiento/gimnasios, durante es aislamiento social (pandemia COVID-19)

¿Se vieron afectadas sus conductas/comportamientos?

5. ¿Qué decisiones tomó respecto a su práctica de actividad física?

continuar, abandonar, modificarlo, cambiar de actividad, otros/especifique

6. ¿Cómo resolvió la imposibilidad de asistir a un gimnasio?

actividad al aire libre, utilización del cuerpo sin complementos, compro elementos, armó un espacio en su casa/ u otro lugar, otros/ especifique.

7. ¿Consume algún producto para mejorar su rendimiento?

sí no

8. ¿Qué tipo de producto?

bebida energizante, creatina, complejo multivitamínico, productos anabolizantes, proteínas, otro
(cual)

9. Si consume o consumió algún producto anabolizante, especifique cuál

testosterona, dihidrotestosterona, stanozolol, hormona de crecimiento, dianabol, nandrolona, otro (cuál)

10. ¿De qué forma los consume?

comprimidos, intramuscular, intravenoso

11. ¿Qué períodos los utiliza o consume?

Ej. ciclos completos, ciclos combinados, consumo al azar, consumo a demanda, consumo con descansos, otro (cuál)

12. ¿Hace cuánto tiempo lo consume?

días.... meses.... semanas.... años...

13. ¿Cómo obtuvo información sobre el consumo de este producto?

entrenador, nutricionista, amigos, internet, farmacéutico, médico, otro

14. ¿Cuáles son los motivos por los que decidió consumir?

estética (aspecto físico), salud, rendimiento físico, otro

15. ¿Observó algún efecto negativo luego del consumo de productos? ¿cuál?

acné, problemas digestivos (diarrea, constipación), menor deseo sexual, cambio de ánimo (ira, irritabilidad, depresión), mayor deseo sexual, ginecomastia (crecimiento de mamas), problemas de erección, edema (retención de líquidos, hinchazón), pérdida de cabello, problemas hepáticos, renales, otro (cuál)

Anexo 3: Formulario de consentimiento informado

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de UFLO Universidad, desean conocer la relación entre Vigorexia, uso de esteroides y práctica de musculación recreacional y efectos del cierre de los centros de entrenamiento por pandemia Covid-19 en adultos de Argentina.

Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad Psicología y Ciencias Sociales y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a lucianoaero@yahoo.com.ar

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:

Firma Profesional Informante:

Aclaración:

Aclaración:

DNI:

DNI:

Fecha:

Protocolo N°: