



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

VIGOREXIA Y PREOCUPACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN  
USUARIOS DE LOS GIMNASIOS DE LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A  
NOVIEMBRE DEL 2015

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO  
CIRUJANO

CHRISTOPHER GONZÁLEZ DÁVILA

Director: DR. GALO NÚÑEZ

Quito 2015

## **AGRADECIMIENTO**

Primero dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón, iluminar mi mente y darme el brío para seguir adelante.

Un agradecimiento especial a mis asesores Dr. Núñez y Dr. Escobar por su colaboración, atención y soporte en este estudio.

Agradecer hoy y siempre a mis padres por ser pilares esenciales en mi vida, por haberme brindado alegría, comprensión y apoyo moral, además por haberme inculcado buenos hábitos y valores para mi formación. También agradezco a mis hermanos y demás familiares, que me ayudaron a seguir adelante.

Finalmente agradecer a todas las personas que de alguna manera aportaron para la terminar este trabajo de tesis.

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a mi hermano Harry quien está en el cielo que siempre estará en mi corazón.

A mis padres Rene y Amanda quienes fueron un gran apoyo emocional durante el tiempo en que realizaba esta tesis.

A mi hermano Rene por contar con su apoyo.

A mis tutores quienes estudiaron mi tesis y la aprobaron.

A todos los que me apoyaron para escribir y concluir esta tesis.

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>2</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>3</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>7</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	<b>9</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I PROBLEMA</b>	<b>15</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2 JUSTIFICACIÓN	17
1.3 OBJETIVOS	18
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	18
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO</b>	<b>19</b>
2.1 DISMORFIA MUSCULAR	19
2.1.1 TÉRMINOS	19
2.1.2 IMAGEN CORPORAL	20
2.1.3 ANTECEDENTES DISMORFIA MUSCULAR	21
2.1.4 DEFINICIÓN DISMORFIA MUSCULAR	23
2.1.5 CLASIFICACIÓN DISMORFIA MUSCULAR	25
2.2 ETIOLOGÍA DE DISMORFIA MUSCULAR	27
2.2.1 MODELO BIOPICOSOCIAL	27
2.2.2 MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL	30
2.2.3 MODELO HIPOTÉTICO DE FACTORES EN LA DM	32

2.2.4 MODELO CONCEPTUAL (GRIEVE)	33
2.2.5 MODELO TENTATIVO (RODRIGUEZ Y RABITO)	35
2.3 CARACTERÍSTICAS, SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO	37
2.3.1 CARACTERÍSTICAS	37
2.3.2 SÍNTOMAS	40
2.3.3 DIAGNÓSTICO	44
2.3.4 EVALUACIÓN DISMORFIA MUSCULAR	45
2.3.5 ESTADÍSTICAS	46
2.4 TRATAMIENTO DE DISMORFIA MUSCULAR	49
2.4.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	49
2.4.2 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	50
2.4.3 TRATAMIENTO DIETÉTICO	51
2.5 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DISMORFIA MUSCULAR	52
2.5.1 ESCALA DE OBSESIÓN POR LA MUSCULATURA	52
2.5.2 ESCALA DE SATISFACCIÓN MUSCULAR	53
2.5.3 CUESTIONARIO DEL COMPLEJO DE ADONIS	54
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>55</b>
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	55
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	55
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	55
3.3.1 POBLACIÓN	55
3.3.2 MUESTRA	56

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	56
3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	56
3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	57
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>58</b>
4.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	61
4.2 PUNTUACIÓN DE ESCALA DE SATISFACCIÓN MUSCULAR (ESM)	68
4.3 PUNTUACIÓN CUESTIONARIO DEL COMPLEJO DE ADONIS	69
4.4 CRUCE DE VARIABLES	70
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	<b>83</b>
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>86</b>
6.1 CONCLUSIONES	86
6.2 RECOMENDACIONES	88
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>89</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>94</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	61
TABLA 2. DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE LA EDAD EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	61
TABLA 3. EDAD POR CATEGORÍAS SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	62
TABLA 4. INSTRUCCIÓN SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	62
TABLA 5. OCUPACIÓN SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	63
TABLA 6. ESTADO CIVIL SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	63
TABLA 7. NUMERO DE HORAS AL DÍA QUE ASISTE AL GIMNASIO SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	64
TABLA 8. NUMERO DE DÍAS A LA SEMANA QUE ASISTE AL GIMNASIO SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	64
TABLA 9. DATOS ESTADISTICOS SOBRE NUMERO DE MESES QUE ASISTEN AL GIMNASIO LOS USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	65
TABLA 10. MESES QUE ASISTE AL GIMNASIO SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	65
TABLA 11. ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA CON MAYOR FRECUENCIA SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	66
TABLA 12. DATOS ESTADISTICOS DE PUNTUACIÓN DE LA ESM EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS DE LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	68
TABLA 13. DATOS ESTADÍSTICOS (CCA) EN USUARIOS DE LO GIMNASIOS TAURUS DE LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	69
TABLA 14. PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DEL COMPLEJO DE ADONIS (CCA) SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LO GIMNASIOS TAURUS DE LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	69

TABLA 15. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	70
TABLA 16. CHI-CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE 2015	70
TABLA 17. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	71
TABLA 18. CHI-CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS PREOCUPACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE 2015	71
TABLA 19. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN USUARIOS DEL SEXO MASCULINO DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	72
TABLA 20. CHI-CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS PREOCUPACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN USUARIOS MASCULINOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE 2015	73
TABLA 21. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON LA EDAD EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	74
TABLA 22. CHI-CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS EDAD EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	74
TABLA 23. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON LA INSTRUCCIÓN EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	75
TABLA 24. CHI- CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS INSTRUCCIÓN EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	75
TABLA 25. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON LA OCUPACIÓN EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	76
TABLA 26. CHI- CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS OCUPACIÓN EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	76
TABLA 27. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON EL ESTADO CIVIL EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	77

TABLA 28. CHI- CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS ESTADO CIVIL EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	77
TABLA 29. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON EN NÚMERO DE HORAS AL DÍA DE ASISTENCIA AL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	78
TABLA 30. CHI- CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS NUMERO DE HORAS AL DÍA DE ASISTENCIA AL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	78
TABLA 31. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON EN NÚMERO DE DÍAS A LA SEMANA DE ASISTENCIA AL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	79
TABLA 32. CHI-CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS NÚMERO DE DÍAS A LA SEMANA DE ASISTENCIA AL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	79
TABLA 33. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON EL NÚMERO DE MESES DE ASISTENCIA AL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	80
TABLA 34. CHI- CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS NUMERO DE MESES DE ASISTENCIA AL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	80
TABLA 35. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA CON MAYOR FRECUENCIA EN EL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	81
TABLA 36. CHI- CUADRADO TENDENCIA VS ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA CON MAYOR FRECUENCIA EN EL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	81

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO I. PORCENTAJE DE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA CON MAYOR FRECUENCIA SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	67
GRAFICO II PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN MUSCULAR EN USUARIOS DE LO GIMNASIOS TAURUS DE LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015	68

## RESUMEN

La Dismorfia Muscular (DM) o Vigorexia se caracteriza por la distorsión en la imagen corporal que la persona padece, y más concretamente, en relación a su tamaño muscular, se estima que un porcentaje de usuarios de gimnasios la tienen pero es subestimada. **Objetivo:** Determinar la existencia de vigorexia y su relación con la preocupación de la imagen corporal en usuarios de la cadena de gimnasios Taurus de la ciudad de Loja durante los meses octubre y noviembre del 2015 **Método:** El tipo de investigación contempla un estudio analítico, transversal. La muestra fue seleccionada bajo un criterio probabilístico que incluyó 253 sujetos de ambos sexos entre 15 – 50 años de edad. Se aplicó una encuesta que tenían variables de edad, sexo, instrucción, ocupación, estado civil, tipo de actividad física en el gimnasio, días a la semana de asistencia, horas de realización de la actividad física al día, número de meses que ha hecho actividad física, tipo de actividad física realizado con mayor frecuencia y además los instrumentos de Escala de Satisfacción Muscular (ESM) para indicar tendencia a la vigorexia y el Cuestionario de Complejo de Adonis(CCA) para determinar preocupación de la imagen corporal. **Resultados y Conclusiones:** El estudio señala que el 25.7% de los usuarios tienen tendencia a la vigorexia, siendo el sexo masculino el que predomina con una relación de 7 a 1 con el femenino; se determinó que a mayor preocupación de la imagen corporal es más frecuente tener tendencia a la vigorexia, siendo 19.8% cuando hay preocupación leve, 41,9% cuando hay preocupación moderada, 50% cuando la preocupación es grave; esta relación se incrementa en el sexo masculino siendo 26,4%, 56,7% y 100% respectivamente.

## SUMMARY

Muscle dysmorphia (MD) or Vigorexia is characterized by distorted body image that the person has and more specifically, in relation to their muscle size, it is estimated that a percentage of gym users have it but it is underestimated.

**Goal:** Determining the existence of vigorexia and its relationship with body image concerns in users of Taurus fitness chain in Loja city during the months of October and November 2015. **Methodology:** The research includes an analytical, cross-sectional study. The sample was selected on a probabilistic approach that included 253 subjects of both sexes between 15 - 50 years old. The survey had variables of age, sex, education, occupation, marital status, physical activity in the gym, days a week for assistance, performing hours of physical activity per day, number of months it has applied physical activity, physical activity most frequently performed and also instruments Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS) to indicate Vigorexia tendency and Adonis Complex Questionnaire (ACQ) to determine body image concerns.

**Results and Conclusions:** The study shows that 25.7% of users have a vigorexia tendency, being male gender predominates in a ratio of 7-1 with female; it was determined that a major concern of body image is more often tend to vigorexia, being 19.8% when there is slight concern, 41.9% moderate concern and 50% when the concern is severe; this ratio is increased in males being 26.4%, 56.7% and 100% respectively.

## **INTRODUCCIÓN:**

Según Muth, 'La imagen corporal (IC) corresponde a la imagen mental de uno mismo hacia su cuerpo y se ha definido como un constructo multidimensional que representa cómo los individuos piensan, sienten y se comportan respecto a sus propios atributos físicos'. (1)

La dismorfia muscular (DM) o vigorexia se describe como una alteración de la imagen corporal, principalmente caracterizada por la subestimación del tamaño y fuerza del cuerpo y el desarrollo de conductas compensatorias desadaptativas. (2) (3)

En este sentido, los profesionales de la salud comenzaron a estudiar este trastorno como condición que afecta principalmente a los varones, en especial aquellos que practican pesas y está caracterizado por una inadecuación del cuerpo donde los individuos se perciben a sí mismos como delgados, pequeños e insuficientemente musculosos, cuando en realidad no lo son. (4) (5) (6)

La Vigorexia tiene una influencia multifactorial, donde habrá una distorsión de la imagen corporal influenciada por el entorno social del individuo, por el grado de interiorización del ideal de belleza, una baja autoestima, un esquema perfeccionista, afectos negativos, por la presión de los medios de comunicación y por la ansiedad físico social. (2) (7) Harrison Pope en el año 1993 denominó a este trastorno como "Anorexia Inversa" debido a las similitudes de manera inversa que presentaba con la Anorexia Nerviosa. (8) (4)

Hubo una disyuntiva en los últimos 15 años en cuanto a las clasificaciones sobre la dismorfia muscular, en la que lo relacionaban con un trastorno de conducta alimentaria, trastorno obsesivo compulsivo, y un trastorno dismórfico corporal. <sup>(6)(10) (11)</sup> Se han aplicado arboles de decisión para clasificar a la vigorexia en un tipo de trastorno dismórfico corporal. En el año 2013 con la 5ta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) se concluyó que es un subtipo del trastorno dismórfico corporal. (5) (9) (10) (11)

En el DSM-5 se define a la **Dismorfia Muscular** como un subtipo de trastorno dismórfico corporal (TDC), que se presenta generalmente en hombres, el cual consiste en la preocupación con la idea de que su cuerpo es demasiado pequeño o insuficientemente tonificado o musculoso, cuando en realidad tienen una forma corporal normal o son muy musculosos y la mayoría de estas personas tienden a realizar dietas, ejercicios y/o levantamiento excesivo de pesas, causándoles en ocasiones, daño corporal y algunos utilizan esteroides anabólico-androgénicos potencialmente peligrosos y otras sustancias para tratar de ser más grandes y musculosos. (11) (3) (12)

Se estima que la DM pueden padecerla del 1 al 10 % los usuarios de gimnasios. (8) Se muestran resultados en Estados Unidos que de 9 millones de usuarios de gimnasios, 1 millón podrían padecer este trastorno.<sup>6</sup> En España 1 de cada 2000 hombres podrían padecer este trastorno, no siendo así en mujeres. De acuerdo al grupo etario diversos autores discrepan teniendo un rango global de 15 a 49 años de edad. (9) (12) (13)

Hombres y mujeres pueden estar afectados de este trastorno indistintamente, resultando importante evaluar la percepción de imagen corporal en estos. Diversos estudios se han realizado en personas que practican el fisicoculturismo, encontrando síntomas de DM que también se encuentran en usuarios de gimnasios. (6) (14) Por sexos, se estima que afecta mayoritariamente a hombres en una relación del 80% de hombres y el 20% de mujeres. (15)

Existen 30 diferentes tipos de escalas para la evaluación de vigorexia, entre las que han sido validadas pocas para el idioma español, entre ellas tenemos la escala de satisfacción muscular y el cuestionario del complejo de Adonis que se aplicaran en el presente estudio. (16) (10) (17)

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA:

¿Existe vigorexia en usuarios de gimnasios en la ciudad de Loja?

#### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha incrementado el número de personas que asisten a gimnasios con el propósito de realizar especialmente ejercicios de musculación (pesas), que ayuden a mejorar su imagen corporal tanto en hombres como en mujeres.

Lo relevante del asunto es que algunos usuarios del gimnasio pueden considerar aceptables un entrenamiento intensivo que puede ocasionar lesiones musculares, dietas extremas tanto hiperproteicas, baja en carbohidratos, inclusive dietas restrictivas en ingesta de líquidos que puede producir deshidratación, además uso de esteroides que repercute con efectos secundarios a la salud, todo por obtener una mejor apariencia con su contorno corporal y muscularidad; estos patrones se lo relacionan con una patología relativamente nueva que es la Vigorexia. (8) (18)

La vigorexia o trastorno de dismorfia muscular que está dentro del trastorno dismórfico corporal, que es una entidad psiquiátrica con una preocupación excesiva por un defecto mínimo o inexistente que interfiere psicosocialmente con la persona

que la padece y que desarrolla una preocupación patológica con la muscularidad. (5)  
(9)

Este fenómeno, aún no estudiado en el Ecuador, ha sido atribuido como una de las causas la preocupación crónica con la musculatura de acuerdo a estudios de países desarrollados influenciado por la presión social por mantener un cuerpo muscularmente desarrollado y armonioso, que es influenciado por modelos estéticos instaurados en la publicidad y los medios de comunicación. (19) (20)

Existen diversos estudios en países desarrollados que demuestran este trastorno sobre población fisioculturista, deportistas de elite, y específicamente a solo hombres y menos estudios sobre usuarios de gimnasios determinando vigorexia. (21) (6)

En países latinoamericanos existen pocos estudios que determinan la presencia de vigorexia en usuarios de gimnasios, y en el Ecuador no existe hasta la actualidad algún estudio que determine este trastorno. (22)

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

Las primeras investigaciones y la gran mayoría respecto a la Dismorfia Muscular o vigorexia son en países desarrollados. Actualmente se están aplicando diferentes estudios para determinar vigorexia con resultados epidemiológicos empíricos en países de habla hispana, como en Chile, Colombia, México, España. En Ecuador, luego de una revisión de la literatura no se disponen de estudios, revisiones, o publicaciones científicas respecto a la vigorexia.

La vigorexia al ser un trastorno que puede estar camuflado en la práctica diaria de ejercicio, puede traer consecuencias negativas en lugar de beneficiosas para la salud ya que se ha demostrado su relación con el deterioro bio-psico-social.

En este estudio se pretende analizar la relación existente entre preocupación de la imagen corporal y la presencia de la vigorexia como trastorno en usuarios de gimnasio, aplicando para ella instrumentos validados en habla hispana como Escala de Satisfacción Muscular (ESM) y el cuestionario del Complejo de Adonis (CCA).

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la existencia de vigorexia y su relación con la preocupación de la imagen corporal en usuarios de gimnasios Taurus de la ciudad de Loja durante los meses octubre y noviembre del 2015

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a los usuarios que asisten al gimnasio
- Determinar el grado de preocupación de la imagen corporal en usuarios de gimnasio que tienen vigorexia
- Determinar la relación de la Vigorexia con las diferentes actividades físicas que se brindan en la cadena de gimnasios Taurus de Loja
- Determinar la relación de vigorexia con el número de horas, días a la semana y meses de actividad física de usuarios en los gimnasios

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 DISMORFIA MUSCULAR**

##### **2.1.1 TÉRMINOS**

Para tener claridad sobre el trastorno de dismorfía muscular o vigorexia es preciso aclarar algunos términos, siendo el trastorno dismórfico corporal (TDC) una enfermedad psiquiátrica que consiste en la preocupación por algún defecto percibido en la imagen corporal ya sea real o imaginado, causando un malestar psicológico significativo que afecta al individuo en los aspectos laborales, sociales, que pueden producir trastornos depresivos, de ansiedad, fobia y exclusión social. (11) (23)

Otro de los términos a emplearse durante el capítulo es los trastornos de conducta alimentaria (TCA) siendo para Iñarritu y Gorab (24)

‘Son enfermedades mentales en las que el miedo a engordar, la alteración de la percepción de la imagen corporal y del peso, así como el pensamiento obsesivo en la comida conlleva una grave modificación de la conducta alimentaria que ocasiona problemas médicos y nutriólogicos marcados, los cuales pueden poner en riesgo la vida (24)’

Otro termino a describir es sobre trastornos obsesivos compulsivos, según indica Felipe y González : (25)

‘El trastorno obsesivo – compulsivo, es un trastorno caracterizado por el constante bombardeo de ideas, que a su vez llevan a realizar acciones. Un ejemplo de esto se da cuando viene a la mente, de forma repetitiva, una canción que no queremos escuchar, y que por más que intentemos, siempre regresa a la mente’

### **2.1.2 IMAGEN CORPORAL**

La comprensión de la imagen corporal resulta ser una de las estrategias para identificar ciertos trastornos en las personas como lo menciona Pastor (26), ‘Es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria, o para explicar la integración social de los adolescentes’

Como lo señala el autor estudiar aspectos de la imagen corporal ayuda a la comprensión de varios tipos de trastornos, además el autor (26) la define como: ‘La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos’, considerándolo como lo que las personas observamos.

Para Vila (27), la describe como: ‘La imagen corporal es la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo, e incluyen tres componentes: perceptual,

subjetivo o cognitivo y conductual’, agregando tres componentes principales que son parte de la imagen corporal. Sobre el primer componente se menciona todo lo referente a la percepción sobre el tamaño corporal que tiene la persona sobre su propio cuerpo o imagen.

Mientras que el segundo componente, subjetivo o cognitivo, se vinculan las actitudes, sentimientos y valoración del cuerpo, y finalmente el componente conductual en referencia a la conducta inducidas por la percepción del cuerpo o los sentimientos que son asociados. En base a estos tres componentes el autor (27), presenta la siguiente aclaración:

‘Integrando los tres componentes se puede concluir que la imagen corporal hace referencia a la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, a la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimiento y al modo de comportarnos derivado de los sentimientos que experimentamos’

### **2.1.3 ANTECEDENTES DE DISMORFIA MUSCULAR**

Estudiar el comportamiento de las personas es uno de los temas nuevos de mayor preocupación en el campo de la salud, por ello constantemente se realizan investigaciones empleando múltiples factores con el propósito de conocer las características en determinados escenarios, pero además se busca presentar posibles soluciones a dichas causas o factores presente.

En ocasiones se llega a la identificación de nuevos comportamientos o trastornos a través de estudios no relacionados, a partir de estos hallazgos se comienza la observación, análisis y nuevas investigaciones que permitan la comprensión de porque se están presentando o cuales son las causas más significativas. Algo similar ocurrió con el descubrimiento de la Vigorexia, la cual, según varios autores (28):

‘Es un trastorno descrito por primera vez por H. Pope en 1993 cuando estudiaba los efectos secundarios del uso de esteroides anabolizantes en fisicoculturistas. Observó que presentaban un aumento de la musculatura y un intenso temor a tener un cuerpo débil y enclenque, así como una alteración de la imagen corporal que consiste en subestimar el tamaño corporal que provocaba que estas personas pasaran largos periodos en el gimnasio y siguieran estrictas dietas hiperproteicas con el fin de ganar masa muscular’

A partir de 1993 se comienza con las indagaciones sobre este nuevo trastorno, realizando para ello diferentes estudios, presentándose los primeros resultados, las causas y otras características que son particulares de este trastorno, especialmente en Estados Unidos, donde se comienza a observar las primeras apariciones de este nuevo trastorno en las personas.

Serrano y Lobo en su libro, *mi mente es mi enemigo* señalan: ‘Según los especialistas que han estudiado la obsesión patológica por verse cada día más musculado, la aparición de la vigorexia es, en parte, culpa de los medios de comunicación’ (29) ,

opiniones recogida por los autores que se habían presentado hasta el año que ellos decidieron publicar su libro. En cuanto al nombre designado a este trastorno, varios autores indican (28)

‘En un principio esta sintomatología parecía contraria a la de la anorexia y por ello se la llamo anorexia inversa, posteriormente se designó como complejo de Adonis y más tarde se ha ido matizando el termino parece más bien un trastorno somatomorfo que un trastorno de la conducta alimentaria y se ha sugerido denominarle vigorexia o trastorno dismorfico muscular (DM)’

Observando que durante su aparición se lo denomino como anorexia inversa, pero que después de varios estudios se le dio el nombre de Complejo de Adonis para finalmente en la actualidad sugerir Vigorexia o trastorno dismorfico muscular; nombre con el cual las actuales investigaciones identifican a este trastorno.

#### **2.1.4 DEFINICIÓN DISMORFIA MUSCULAR**

Diferentes autores a presentando su opinión sobre la definición de este nuevo trastorno en las personas, en la editora MAD (30) indica, ‘La vigorexia es otro trastorno consecuencia de una imagen corporal distorsionada’, señalado que el principal problema se encuentra por una imagen corporal inadecuada para la persona que padece este trastorno. Otra definición considera es la que indica López (31)

‘Con el término vigorexia nos referimos a un trastorno emergente consistente en el exceso de ejercicio físico y de consumo de sustancias asociado a la mejora del aspecto físico a través del desarrollo de la musculación. La conducta se realiza de forma excesiva y se mantiene a pesar de sus consecuencias’

Para el autor, la vigorexia se enfoca en la consistencia y el exceso de ejercicios físicos, agregando el consumo de sustancias para mejorar la apariencia física de las personas que padecen este trastorno.

Otra definición es la proporcionada por el doctor Luis Franco Bonafone (32), donde menciona: ‘Se trata de una alteración que no solo afecta a las personas que acuden obsesivamente al gimnasio sino también en deportistas de fondo o bicicletas’, el autor señala que este tipo de trastorno puede ocurrir a diferentes deportistas y no solo a aquellos que se dedican al fisiculturismo.

En el DSM-5 se define a la **Dismorfia Muscular** como un subtipo de Trastorno dismórfico corporal que se presenta generalmente en hombres, el cual consiste en la preocupación con la idea de que su cuerpo es demasiado pequeño o insuficientemente tonificado o musculoso, cuando en realidad tienen una forma corporal normal o son muy musculosos y la mayoría de estas personas tienden a realizar dietas, ejercicios y/o levantamiento excesivo de pesas, causándoles en ocasiones, daño corporal y algunos utilizan esteroides anabólico-androgénicos potencialmente peligrosos y otras sustancias para tratar de ser más grandes y musculosos. (11)

Según las definiciones dados por los diversos autores se pueden indicar que la vigorexia es un trastorno que tiene como principal característica una alteración de la imagen corporal, que produce una obsesión por verse bien físicamente y que para ello realizarán excesos físicos e incluso el consumo de diversas sustancias que le ayudará con el aspecto corporal, aunque esto perjudique otros aspectos de la salud.

### **2.1.5 CLASIFICACIÓN DISMORFIA MUSCULAR**

En cuanto a que tipo de trastorno es el más adecuado para encajar a la vigorexia, se han presentado varias dificultades debido a que aún no existen estudios significativos para que la comunidad internacional, reconozca y precise en cuál de los trastornos debe estar clasificada la vigorexia.

Sin embargo Rodríguez en un reporte para el instituto de investigación de drogodependencias (33), menciona que ‘ambos casos buscan el cuerpo perfecto, con control de alimentos y con la realización de ejercicios. Sin embargo, hay grandes diferencias entre la vigorexia y los TCA’, dando lugar a interpretaciones más detalladas para estudios futuros.

Por esta dificultad es que no se puede precisar una clara clasificación del trastorno de la vigorexia en los inicios de su estudio, a pesar de ello Rodríguez (33) expone en la siguiente tabla las diferencias principales entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en relación a la vigorexia:

**Vigorexia**

- Se ve delgado y débil ("pequeño")
- Intenta ganar peso.
- Gusto por la ingesta de proteínas.
- Más prevalente en hombres.
- Fármacos para ganar peso.
- No antecedentes de agresión sexual.
- La conducta fundamental es el exceso de ejercicio.
- Siempre se hace mucho ejercicio.

**Anorexia**

- Se ve gorda.
- Intenta perder peso
- Rechazo por la ingesta de proteínas.
- Más prevalente en mujeres
- Fármacos para perder peso.
- A veces antecedentes de agresión sexual
- La conducta fundamental es el rechazo a los alimentos (no comer, vomitar, ...)
- No siempre se hace mucho ejercicio

Tanto en la anorexia nerviosa como en la vigorexia, los sujetos quieren tener control sobre su cuerpo hasta que la imagen que observa en el espejo sea similar a la representación de ideal de belleza que tienen.

Los dos trastornos tienen una alteración de percepción de la imagen corporal, siendo en la vigorexia el temor principal la carencia de desarrollo muscular, razón por la cual quedaría excluido de los TCA ya que no es la alimentación lo necesariamente afectado que es lo patognomónico en estos trastornos, sino como eje principal es la alteración de la percepción de la imagen corporal. (34)

La vigorexia termina en la actualidad siendo clasificada como un TDC luego de estudios diversos de árboles de decisiones diagnósticas pasa su clasificación y por su componente principal de distorsión de la imagen corporal. El último consenso de la American Psychiatric Association la clasifica como un subtipo TDC. (11) (35) (18) (9)

## **2.2 ETIOLOGÍA DE LA DISMORFÍA MUSCULAR**

### **2.2.1 MODELO BIOPSIICOSOCIAL**

Durante años el establecimiento o la búsqueda de las causas en las enfermedades de los pacientes, que se daba por parte de los profesionales de la salud, eran de carácter *físico* y/o químicos. No considerando otros aspectos o factores que caracterizaban al paciente que padecía la molestia, tales como su entorno, la parte psicológica, entre otros componentes asociados.

Debido a ello en 1997 Engel en su obra “The need for a new medical model”, propone el modelo biopsicosocial, el cual intentaría comprender más factores que se vinculaban con las causas que provocarían la enfermedad que aquejaba el paciente. A partir de este momento se comienza con una nueva forma de presentar los diagnóstico de las molestias en las personas, para Gerrig (36), sobre el modelo indica:

‘El modelo biopsicosocial vincula su salud física con su estado mental y con el mundo que le rodea. Los psicólogos de la salud consideran que la salud es una experiencia dinámica y multidimensional. La salud óptima o bienestar incorpora aspectos físicos, intelectuales, emocionales, espirituales, sociales y ambientales de su vida’

Según lo que señala el autor, las causas que provocan las enfermedades está vinculadas con el mundo que rodea al paciente, es decir, toda situación de la cual forma parte o esta de forma directa o indirectamente relacionado. Una definición más detalla sobre

este modelo es la que menciona Tempelhof (37), indicando: ‘«Bio» se refiere a las causas biomédicas, es decir, los cambios en el tejido; «psico» comprende los procesos psíquicos y emocionales, y «social», las condiciones del entorno y del medio al que se ve expuesto cada paciente’

A través de este modelo se intenta dar con las causas de la enfermedad que aqueja al paciente, tratando de identificar todos los aspectos relacionando los distintos componentes, tales como sociales, psicológicos, y del entorno en general. Para ello se ha establecidos varios esquemas que ayudan con la evaluación del paciente por medio de este modelo.

De acuerdo a las necesidades que requiera el profesional, se realizan una serie de evaluaciones donde se intenta conocer la mayoría de las características propias del paciente y como estas pudiera estar afectado la dificultad o enfermedad que le incomoda, en la siguiente ilustración se presentan un esquema de evaluación e intervención para la aplicación del modelo biopsicosocial, la misma que fue presentada por Gómez (38):

- |   |
|---|
| <p>I. La enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Patofisiología</li> <li>B. Factores de riesgo</li> <li>C. Pronóstico</li> <li>D. Procedimientos diagnósticos</li> <li>E. Procedimientos de tratamiento</li> </ul> <p>II. El paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Enfermedades del Eje I del DSM</li> <li>B. Historia clínica</li> <li>C. Rasgos de personalidad y estilos o mecanismos de afrontamiento</li> <li>D. Conceptualización de la enfermedad y del tratamiento</li> <li>E. Educación y vocación</li> <li>F. Impacto de la enfermedad sobre la afiliación subjetiva, funcionamiento social, nivel de actividad, cuidado personal, y calidad de vida</li> </ul> <p>III. Contexto social, familiar y cultural</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Calidad de las relaciones marital y familiar</li> <li>B. Uso y eficacia del apoyo social</li> <li>C. Relación médico-paciente</li> <li>D. Formación cultural del paciente</li> </ul> <p>IV. El sistema sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Organización médica, instituciones, y cultura</li> <li>B. Lo que cubren los seguros del diagnóstico y tratamiento</li> <li>C. Obstáculos geográficos, sociales, y psicológicos para acceder a los servicios sanitarios</li> <li>D. Existencia de compensación económica por la incapacidad derivada de la enfermedad</li> </ul> |
|---|

Como se puede observar en la ilustración, este esquema intenta presentar la mayoría de componentes que ayudará a aclarar las principales causas que provocan la enfermedad en el paciente. En bases a este modelo Pope, vinculo los siguientes factores que provocan la vigorexia, indicando:

‘En primer lugar, se cree que el trastorno obsesivo compulsivo, la DM, el síndrome de Tourette, entre otras condiciones clínicas, comparten la misma predisposición genética y biológica subyacente bajo el espectro de trastornos afectivos (39). En segundo término, los hombres reciben presiones culturales similares a las que se vieron expuestas las mujeres durante décadas hacia la imagen corporal (20) (40). En tercer término, el fácil acceso que en los últimos años se tiene a los esteroides ha podido también favorecer al desarrollo de DM (39)’

Lo que se menciona son tres principales causas que han provocado la aparición de la vigorexia (Dismorfia Muscular DM), siendo aspectos genéticos, biológicos; por las presiones culturales; y el fácil acceso que tiene las personas para la compra e ingesta de esteroides.

### **2.2.2 MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL**

Otro modelo empleado en la búsqueda de la identificación de las causas principales de la vigorexia es el denominado cognitivo conductual, que para Lira (41), este es: ‘El modelo cognitivo-conductual propuesto por Beck y Ellis puede entenderse como un método colaborativo, partiendo del supuesto de que la gente o el paciente cambia su manera de pensar rápidamente si la razón del cambio proviene de su propia introspección’, otra conceptualización es la que menciona Moren (42) o, exponiendo lo siguiente:

‘Una de las características nucleares y distintivas de la terapia cognitiva conductual con respecto a otro tipo de terapias (como la analítica o la interpersonal) hace referencia a los que llamamos “empirismo colaborativo”, es decir, al modo en el que paciente y terapeuta se ven obligados a interaccionar activamente en las distintas operaciones terapéuticas’

Dando relevancia en las actividades que el paciente realizará para mejorar su enfermedad o dificultad de la salud, el tratante (medico, terapeuta, etc.) también debe

involucrarse en estas acciones, y buscar la forma de ayudar a que el paciente continúe con su tratamiento; es así que se puede señalar la relación que existen entre los pensamientos, emociones y la conducta de las personas. En la siguiente ilustración se puede observar esta relación:



Con relación a este vínculo que comparte Vetere y Rodríguez (43), señalan:

‘no se plantea un vínculo lineal entre los conceptos, sino una relación de interconexión e influencia mutua. Esto significa que si bien lo que pensemos afectará nuestro estado anímico, nuestras acciones y emociones, que impactarán sobre nuestra manera de ver las cosas’

Entonces dado este modelo, las causas más significativas para que se provoque la vigorexia según Compte y Sepúlveda (39) a, suponen:

‘El modelo cognitivo conductual supone la interacción de factores predisponentes (autoestima e insatisfacción corporal), características psicológicas y conductuales

(preocupación por el tamaño y la simetría del cuerpo, restricciones dietéticas, uso de suplementos alimentarios, abuso farmacológico, dependencia del ejercicio físico y conductas de protección de la apariencia física) y consecuencias negativas (alienación, narcisismo y desviación positiva)’

Esto permite opinar que una de las posibles causas para la aparición de la vigorexia se encuentra dentro de la misma persona por factores predispuestos, además de la influencia psicológicas y de conducta expuestas en su entorno, creando esa relación de pensamientos, inadecuados sobre su propia apariencia, emociones de forma negativa sobre su aspecto y llevando a efectuar conductas inadecuadas que afectarán de diversas formas la salud de la persona.

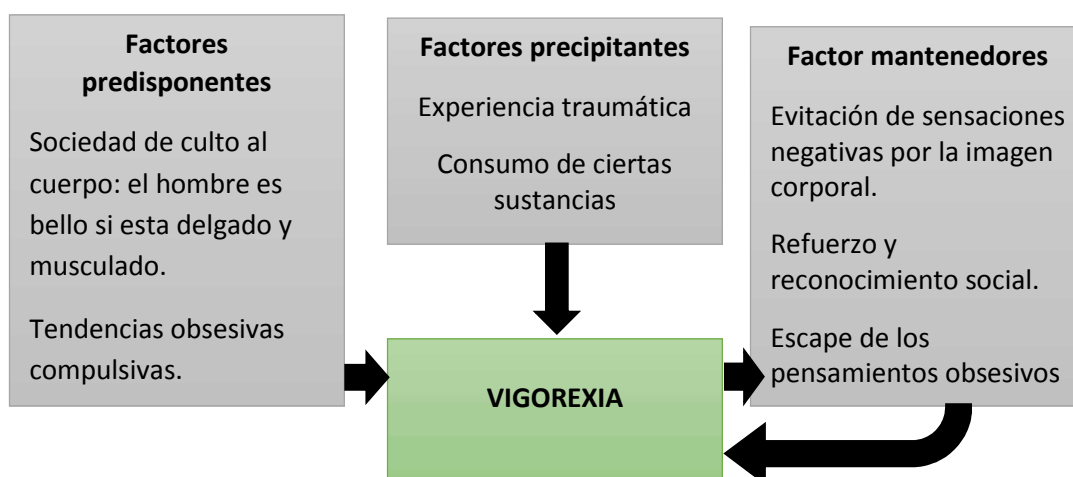
### **2.2.3 MODELO HIPOTÉTICO DE FACTORES EN LA DM**

EL entendimiento de este trastorno ha tendido varios investigadores que proponen desde sus experiencias y estudios las posibles causas de la vigorexia, con lo cual se posibilita una mejor comprensión, varios autores (44) (45), señalan: ‘el modelo supone la interacción entre factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores. Es decir, una vinculación de estos factores conllevaría a desarrollar la vigorexia en las personas, según otros autores (39) (45) mencionan:

‘Según el modelo hipotético de factores implicados en el desarrollo de la vigorexia, la aparición de la DM, se debe a la interacción de 3 factores: predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. El primero de ellos implica cuestiones sociodemográficas, ambientales y psicopatológicas. Entre los factores precipitantes se

incluyen experiencias traumáticas con el cuerpo y consumo de sustancias. Los factores de mantenimiento por su parte se pueden dividir en conductas evitativas y refuerzos positivos’

Para una mejor comprensión de las causas de la vigorexia según lo establece este modelo, se presenta la siguiente ilustración:



Como se puede observar en la ilustración, se coloca algunos ejemplos de cada uno de los factores que el método hipotético (44) (39) (45) señala como causas probables del desarrollo de la vigorexia.

#### 2.2.4 MODELO CONCEPTUAL (GRIEVE)

Otro modelo que intenta explicar las causas que provocan la vigorexia en las personas es el presentado por Grieve (18), en el cual se señalando varios factores que de forma



Observando según el modelo conceptual (18) (39), todos estos factores que podrían ser consideramos como los más relevantes para el desarrollo de la vigorexia en las personas. Además, se puede mirar las relaciones entre varios factores sobre otros o siendo el impulsor para la aparición de uno nuevo, pero que a fin de cuenta tienen su influencia posible en el desarrollo de la vigorexia.

### **2.2.5 MODELO TENTATIVO (RODRIGUEZ Y RABITO)**

Rodríguez y Rabito (35), efectuaron un estudio transversal a un grupo de pacientes, siendo un total de 85 sujetos dedicados al gimnasio y con un rango de edades que comprendía de los 15 hasta los 54 años de edad. Como parte de su trabajo efectuaron evaluaciones con una entrevista semiestructurada de datos sociodemográficos y con cuestionarios de TBV, TOC, ACQ y MCMI II

A través de este estudio los autores proponen un modelo tentativo de la vigorexia como un trastorno de la imagen corporal. En este modelo se mencionan varios factores involucrados que afecta a las personas en el desarrollo de este trastorno, mencionado los autores que: (35) (39)

‘El mismo implica la interacción de factores predisponentes (experiencias negativas relacionadas con la imagen corporal, interiorización de ideales de belleza, insatisfacción corporal, importancia de la apariencia y características de personalidad), desencadenantes (insatisfacción corporal) y conductas de mantenimiento

(comportamientos orientados a aumentar la musculatura). El modelo pone especial énfasis en la distorsión e insatisfacción corporal en el desarrollo de la DM'

También Rodríguez y Rabito, en su estudio señalan: 'Cada conducta que se realiza para conseguir estar cada vez más musculados causa y a la vez mantiene la percepción errónea del propio cuerpo o distorsión de la imagen corporal', siendo para los autores la principal característica que produce o desarrolla la vigorexia en las personas, la distorsión de la imagen corporal.

Para relacionar todos estos factores que los autores han indicado sobre las posibles causas que provocan la vigorexia, se las ilustran en la siguiente figura:



aparición y a través de diversos estudios se ha tratado de identificar con claridad todas estas características en su primera investigación Pope (20) e indico las siguientes:

1. Preocupación crónica con la musculatura,
2. Malestar y el deterioro significativo,
3. Evitación de la exposición,
4. Deterioro en las relaciones interpersonales debido a los sentimientos de inadecuación corporal,
5. Estilo de vida en torno al programa de ejercicios y dieta meticulosa,
6. Estados de extrema ansiedad si se les priva del levantamiento de pesas en su patrón habitual,
7. Adhesión estricta a dietas de alto contenido en proteínas, baja en grasas y con una ingesta específica de calorías por día,
8. Uso combinado de drogas, dieta estricta y ejercicio a un extremo perjudicial para la salud y, por último,
9. Comportamientos asociados (comparación física, conductas de verificación frente al espejo y/o pesarse constantemente).

Estas características clínicas fueron las primeras que se distinguieron en las personas que tenían vigorexia para ese entonces. Pero por las nuevas investigaciones realizadas en base a esta temática se ha logrado recolectar mayores evidencias, permitiendo conocer más detalles y características, según Ladish (46), estas pueden agruparse en las siguientes:

1. Haces ejercicio sin medida (nunca es suficiente) y no te permites descansar. Es más, te incomoda
2. Una vez empiezas a correr, a montar en bicicleta, o practicar la actividad que hayas elegido, sientes el impulso o la necesidad de seguir durante un tiempo determinado (siempre excesivo) y no puedes detenerte ni un minuto antes.
3. Tienes un gran desgaste físico, sensación de fatiga y te lesionas, a pesar de lo cual no interrumpes tus sesiones de gimnasio o tus carreras.

Con un número menor que las señaladas por Pope (20), sin embargo agrupan con claridad las características de personas con vigorexia. Otra perspectiva sobre las características o elemento como lo señala Rodríguez (33), Pope (8) y Serna (47), estos son los siguientes:

1. Son personas que hacen mucho ejercicio físico, con el objetivo declarado de alcanzar una determinada masa muscular mayor que la que poseen.
2. La cantidad de tiempo que dedican al ejercicio (hacerlo o pensar en hacerlo) entorpece su adaptación social, laboral, académica e incluso familiar y de pareja.
3. Los afectados presentan una alteración de la imagen corporal, por lo que se creen más débiles y delgados de lo que son
4. La mayoría son hombres de edades entre los 18 y los 25 años.
5. Con una frecuencia mayor que en la población general, aparecen otras conductas desadaptativas, como una alimentación inadecuada o consumo de fármacos peligrosos para la salud.

En esta ocasión se incorpora una característica distintiva siendo la presencia solo en hombres cuyas edades están comprendidas entre los 18 y 25 años según los autores mencionados. En forma de resumen Riebeling (48), señala lo siguiente como características de la vigorexia:

‘Su característica principal es un interés obsesivo en el cuerpo y preocupación excesiva por el seguimiento de una dieta determinada y ejercicio exagerado a fin de construir un cuerpo diferente y “atractivo”, a partir también de una percepción distorsionada, así como de un intenso rechazo por la propia fisonomía y apariencia’

Con todas estas características presentadas por los diferentes autores, se puede concluir que la vigorexia es un trastorno que se presentan en su mayoría a los hombres, a partir de los 18 años y su principal caracterización es la obsesión y preocupación excesiva por su cuerpo que no le importa lo que tenga que hacer con tal de observar como ellos quieren estar.

### **2.3.2 SÍNTOMAS**

Al igual que en las características de la vigorexia, también existen diversas opiniones sobre cuáles son los principales síntomas que se presentan en los pacientes que tienen este tipo de trastorno. Para ello se efectúan investigaciones donde se puedan observar posibles síntomas que aquejan al paciente, pero además observaciones puntuales

involucrando diversos factores, Gerali (49) en sus estudios expone algunos de estos síntomas, siendo:

‘Su preocupación por la insuficiencia de su físico y la obsesión por corregirlo, interfieren con la escuela, su rendimiento laboral, sus relaciones y sus habilidades para enfrentar las funciones normales de la vida y los placeres. A menudo se pueden sentir paranoicos, creyendo que todo el mundo juzga su cuerpo como poco varonil o débil’

Indicándose síntomas como preocupación por el físico, conducta inadecuada en la escuela, en su lugar de trabajo, situaciones diferenciadoras en las relaciones con otras personas, observándose además paranoia con su entorno. Otra opinión sobre los síntomas presentes en las personas que sufren este tipo de trastorno, es la que indica Sarason y Sarason (50), datos considerados en un estudio:

‘En un estudio de un grupo de levantadores de pesas, se identificó un subgrupo en el cual existían altos niveles de insatisfacción corporal, el uso de esteroides anabólicos, la presencia de trastornos de la conducta alimentaria, ansiedad perturbadora y depresión’

Considerando como síntomas repetido la depresión del paciente o persona que padece el trastorno, agregándose el uso de esteroides anabólicos cambios en su alimentación, ansiedad; siendo algunos aspectos los que otros autores (50) señalan como síntomas propios de los vigorexicos.

Además de las opiniones indicadas, también se puede incorporar la que indica Cox (51), señalando ‘Los hombres levantadores de pesas que sufren de dismorfía muscular difieren de los levantadores de pesas normales en muchos aspectos, que incluyen la insatisfacción corporal, trastornos alimentarios, uso de esteroides anabólicos y alteraciones del estado de ánimo’

El autor menciona como síntomas el trastorno alimenticio, uso de esteroides anabólicos como principales. Las opiniones de anteriores autores señalan de forma repetitiva la depresión en las personas, otra opinión sobre esta temática es la expuesta por Jambrina (52) en un artículo publicado en el portal webconsultas, menciona como síntomas los siguientes:

- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Tendencia a la automedicación.
- ✓ Siguen dietas altas en proteínas y carbohidratos y bajas en grasas, que suelen incluir productos anabólicos y esteroides.
- ✓ Padecen una distorsión de la imagen corporal, y suelen mirarse continuamente al espejo y verse débiles.
- ✓ Se pesan continuamente.
- ✓ Están obsesionados con el culto al cuerpo.
- ✓ Todos los días, dedican su tiempo libre a un entrenamiento exhaustivo.
- ✓ Se aíslan socialmente.
- ✓ Presentan un cuerpo desproporcionado.

Siendo estos los principales síntomas que presentan las personas con el trastorno de la vigorexia según lo menciona el portal, en el portal de como con salud (53) señala como síntomas en las personas con este trastorno los siguientes:

- ✓ Obsesión con el culto al cuerpo.
- ✓ Realización de ejercicio físico en un número de horas al día llamativamente mayor al habitual.
- ✓ Realización del entrenamiento siempre, a pesar de existir alguna enfermedad o lesión.
- ✓ Baja autoestima. Para mantener alta su autoestima necesita de la admiración de otros por su físico.
- ✓ Depresión.
- ✓ Abandono de cualquier otro tipo de actividades sociales, familiares, y a veces, incluso laborales.

Entre otros síntomas, son las que el portal indica serían los más comunes en las personas que presentan el trastorno de la vigorexia. Observándose que la depresión y una baja autoestima son dos de los síntomas más repetidos por los diversos autores en las investigaciones que ellos han realizado.

### 2.3.3 DIAGNÓSTICO

De acuerdo a la revisión actualizada sobre el trastorno dismórfico muscular al ser un subtipo de dismorfia corporal el diagnóstico es clínico dados por los criterios del DSM V.

**A.** Preocupación por uno o más defectos percibidos o imperfecciones en la apariencia física que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.

**B.** En algún momento durante el curso del trastorno, la persona ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, acicalarse excesivamente, pellizcarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar la propia apariencia con la de los demás) repetitivos como respuesta a las preocupaciones sobre la apariencia.

**C.** La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

**D.** La preocupación por la apariencia no se explica mejor por la preocupación por el tejido adiposo o el peso corporal de un individuo cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.

**Especificar si:**

**Con dismorfia muscular:** El individuo está preocupado por la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o no suficientemente musculosa. Este especificador se utiliza incluso si la persona está preocupada con otras áreas del cuerpo, lo cual es a menudo el caso.

Especificar si: Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., “estoy feo” o “estoy deforme”).

**Con buena introspección:** El individuo reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente falsas o que pueden ser ciertas o no.

**Con poca introspección:** el individuo piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.

**Sin introspección/con creencias delirantes:** El individuo está completamente convencido de que las creencias Del trastorno dismórfico corporal son ciertas.

### 2.3.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Parks y Sepúlveda (54), mencionan que existen aproximadamente unos 30 instrumentos que se encuentran orientados a las evaluaciones de la imagen corporal, los mismos que están aptos para la evaluación de las preocupaciones masculinas. Entre los principales se identifican:

- ✓ Escala de obsesión por la musculatura
- ✓ Escala de satisfacción con la apariencia muscular (MASS)
- ✓ Inventario de dismorfía muscular
- ✓ Inventario de trastorno dismórfico muscular
- ✓ Escala de actitudes masculinas hacia el cuerpo
- ✓ Escala de insatisfacción corporal masculina

Siendo estos los mayormente empleados, aunque según los autores (54), existen un total de 30 instrumentos que ayudan con la evaluación del trastorno de la vigorexia en las personas. Adicional a los enumerados se puede agregar el “Cuestionario del

completo de adonis”, que también es empleado por diversos estudios para la evaluación de la vigorexia con una mayor relación hacia la preocupación de la imagen corporal.

### **2.3.5 ESTADÍSTICAS**

Sobre información estadísticas en las personas con el trastorno de la vigorexia, no se dispone un detalle claro, sin embargo algunos investigadores en base a sus estudios señalan varios datos con respecto a este trastorno, Compte (44) menciona en su informe lo siguiente

‘Según una investigación publicada por la Universidad de New South Wales, en Sydney, Australia, sobre un total de 100 participantes, dentro de los cuales el 94% eran hombres, el 61% consumía esteroides anabolizantes como medio para conseguir una mejora en su imagen física. El 22% era culturistas de competición, el 11% pertenecían al grupo de atletas de alto rendimiento y el 6% asociaban el consumo de dicha sustancia con las necesidades propias de su desarrollo laboral, tal es el caso de los guardias de seguridad, policías, bomberos, etc. En consecuencia, habrá que dividir a los consumidores entre aquellos quienes persiguen metas deportivas, atletas de alto rendimiento y culturistas de competición, y aquellos que buscan mejorar su apariencia física’

De acuerdo con estos datos el consumo de esteroides anabolizantes, habría que clasificar en dos tipos, siendo personas con metas deportivas y quienes buscan una

mejor apariencia física. En otros análisis exclusivamente a personas con vigorexia la revista Megazine (55) señaló:

‘Según el Instituto de Trastornos Alimenticios (ITA), entre el 1 y el 10% de la población que acude regularmente a los gimnasios sufriría este trastorno caracterizado por la adicción al ejercicio físico. Esta preocupación va emparejada con una distorsión de la propia imagen y afecta, sobre todo, a hombres entre 15 y 35 años, aunque también a mujeres’

Los datos que se presentan señalan una afectación a hombres con una edad inicial de 15 años, y de todas las personas asistiendo a un gimnasio habría un 1 a 10% con posibilidades de sufrir este trastorno. Otro estudio efectuado sobre la temática por Muñoz y Martínez (15), indicó lo siguiente:

‘En España las estimaciones que se han propuesto los sitúan a los afectados en torno a los 20.000. Teniendo en cuenta que somos 42 millones, la tasa de prevalencia sería de 0,048% en la población general, si consideramos que afecta principalmente a hombres, afectaría a 1 de cada 2.000’

Además de la información señalada en esta investigación también se menciona sobre el nivel socio económico indicado Muñoz y Martínez (15), ‘podemos sospechar que la vigorexia no es compatible con economías débiles, sino con un nivel socioeconómico medio-alto’. Esto se da porque las personas buscan una mejor imagen

y para ello necesitan de suplementos proteicos, esteroides y otros medicamentos que tiene un valor medianamente alto en los mercados que se comercializan.

En el trabajo doctoral de Castro (56), se realiza un estudio sobre el trastorno de la vigorexia, para ello se determinó a un total de 154 deportistas que realizan habitualmente musculación en gimnasias de la provincia de Jaén comunidad de Sevilla España. Algunos resultados de este estudio:

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

La relación porcentual de este estudio fue: el 1,95% nada de preocupación por la apariencia física, el 25,97% poca, 50,65% bastante y 21,43% mucha preocupación por su apariencia física. Agregándose que las personas que comienzan con una preocupación en su físico, podrían llegar a desarrollar vigorexia o tener principios de padecer este trastorno.

## **2.4 TRATAMIENTO DISMORFÍA MUSCULAR**

### **2.4.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Siendo un trastorno que se ha presentado en los últimos años y que se mantiene en constante estudio, con el propósito de observar todos los cambios posibles que pueden afectar a las personas que padecen vigorexia, no se ha podido identificar fármacos específicos para el tratamiento, por ello Castro (56), señala:

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

Por lo señalado es difícil que los profesionales a los cuales se acude para tratar con este tipo de trastorno, tenga una receta ya definida sobre que fármacos debe utilizar el paciente para controlar la vigorexia. Según la opinión de Castro (56), estos pudieran ser los siguientes:

‘En este sentido los fármacos que se han visto útiles son los inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina (ISRS), una clase de antidepresivos utilizados en el tratamiento de la depresión, trastorno por ansiedad y algunos trastornos de la personalidad...’

## 2.4.2 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Como tratamiento de la vigorexia, en la parte psicológica se disponen de varios criterios que ayudarán en la mejora del paciente, varios autores (39) (21), expresan que: ‘Sobre la base de técnicas cognitivas (cuestionamiento socrático y reestructuración cognitiva) y conductuales (desensibilización sistemática y uso de autorregistros), los pacientes podrán identificar distorsiones cognitivas y creencias irracionales y, en consecuencia, confrontar dichas creencias sin desarrollar conductas desadaptativas’

Siendo la recomendación para los profesionales en el tratamiento de la vigorexia, el uso de la terapia cognitiva conductual. Para llevar a cabo este proceso se identificaron varias fases especialmente las que menciona Raich (57), replicadas por Castro (56) en su informe doctoral, siendo estas:

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

Siendo estas fases las empleadas en la terapia cognitiva conductual como tratamiento para las personas con trastornos de vigorexia, además Castro (56) agrega: ‘Dentro de este tratamiento psicológico es necesario hacer mención a el entorno afectivo del

afectado que cumple una función muy importante en su recuperación, al brindarle apoyo cuando intentan disminuir su programa de ejercicios a rutinas más razonables’, relacionado todos estos factores se podrá obtener un mejor tratamiento de la vigorexia de quienes aquejan este trastorno.

### **2.4.3 TRATAMIENTO DIETÉTICO**

Como tratamiento dietético Felipe y Gonzales (25) mencionan: ‘El tratamiento contra la vigorexia es similar al de los trastornos de la alimentación, gira alrededor de detener las conductas compulsivas y de que el paciente entienda las causas de su comportamiento’, dando un énfasis a la parte alimenticia en cada una de las personas que padece este trastorno, en cambio Castro (56) señala:

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

Ya que se ha menciona que las personas se obsesionan con muchos factores de su vida entre ellos la alimentación, según los autores (25) (56), señalan la importancia de observar estas características y relacionarlas con todas las acciones que se requerirán para el tratamiento de la vigorexia en la persona o personas que aquejan este tipo de trastorno en su vida.

## 2.5 EVALUACIÓN DISMORFÍA MUSCULAR

### 2.5.1 ESCALA DE OBSESIÓN A LA MUSCULATURA

Presentada por McCreary y Sasse (58) en el año 2000, el cual consistía en realizar ciertas preguntas a las personas que se cree podría tener trastorno vigorexico, y en base a las respuestas del paciente efectuar el análisis de los resultados para poder establecer un tratamiento adecuado, en la siguiente ilustración se observa la escala de obsesión por la musculatura.

Please read each item carefully then, for each one, circle the number that best applies to you.

	1	2	3	4	5	6
	Always	Very Often	Often	Sometimes	Rarely	Never
1. I wish that I were more muscular.	1	2	3	4	5	6
2. I lift weights to build up muscle.	1	2	3	4	5	6
3. I use protein or energy supplements.	1	2	3	4	5	6
4. I drink weight gain or protein shakes.	1	2	3	4	5	6
5. I try to consume as many calories as I can in a day.	1	2	3	4	5	6
6. I feel guilty if I miss a weight training session.	1	2	3	4	5	6
7. I think I would feel more confident if I had more muscle mass.	1	2	3	4	5	6
8. Other people think I work out with weights too often.	1	2	3	4	5	6
9. I think that I would look better if I gained 10 pounds in bulk.	1	2	3	4	5	6
10. I think about taking aabolic steroids.	1	2	3	4	5	6
11. I think that I would feel stronger if I gained a little more muscle mass.	1	2	3	4	5	6
12. I think that my weight training schedule interferes with other aspects of my life.	1	2	3	4	5	6
13. I think that my arms are not muscular enough.	1	2	3	4	5	6
14. I think that my chest is not muscular enough.	1	2	3	4	5	6
15. I think that my legs are not muscular enough.	1	2	3	4	5	6

Se encuentra en la versión en inglés, sin embargo, de acuerdo a nuevos estudios se han adaptado dependiendo a las necesidades e investigación efectuadas por los investigadores.

### **2.5.2 ESCALA DE SATISFACCIÓN MUSCULAR (ESM)**

Como parte de la investigación y observando varias opiniones de diversos autores que realizan estudios del trastorno de la vigorexia, se decidió emplear el instrumento de la Escala de Satisfacción Muscular MASS por su sigla en inglés (Muscle Appearance Satisfaction Scale). Para Mitchell y Peterson (59) sobre la escala mencionan:

‘La escala de satisfacción muscular, consta de 19 apartados donde se valoran varios factores de las personas. Estos apartados se los puede clasificar en un total de cinco sub categorías: la primera relaciona con la forma del cuerpo, en la segunda sobre la dependencia, una tercera sobre la apariencia, una cuarta sobre el uso de sustancia o lesiones, y una quinta sobre la satisfacción del músculo en la persona’

Agregando que esta escala surge en estados y de acuerdo a varios estudios se han realizados las adecuaciones necesarias, sin perder el objetivo principal de la escala que será evaluar personas con posible tendencia a la de vigorexia.

### **2.5.3 CUESTIONARIO DEL COMPLEJO DE ADONIS (CCA)**

Este instrumento fue presentado por Pope, Phillips y Olivardia (40), pero por tratarse de un instrumento en otro idioma se realizó una validación al español, los responsables para tal fin fueron Latorre, Garrido y García (60) quienes basaron su investigación en un total de 99 deportistas de musculación, mencionado en el método: ‘En este estudio han participado de manera voluntaria 99 varones (Edad:  $25.45 \pm 5.19$  años; índice de masa corporal [IMC]= $24.53 \pm 1.89$  Kg/m<sup>2</sup>, deportistas de musculación de dos centros deportivos de la provincia de Jaén’

Siendo las bases que establecieron para el estudio, como procedimiento del mismo los autores (60) señalaron: ‘De manera autoadministrada e individual se llevó a cabo la cumplimentación de los cuestionarios. Se atendieron las dudas surgidas y se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las respuestas’, con ello se daba una mayor veracidad de toda la investigación que se efectuó.

Quedando validado como instrumento para el uso en el idioma español para evaluar vigorexia en su componente principal preocupación de la imagen corporal.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO:**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación realizada es un estudio analítico transversal donde se quiere evidenciar presencia de vigorexia y además su relación con la preocupación de la imagen corporal en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja

#### **3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

Se realizó una encuesta para caracterizar a la población con variables de edad, sexo, instrucción, ocupación, estado civil, además para determinar, número de horas al día, días a la semana, numero de meses que realizan actividad física en el gimnasio (Anexo I) y la aplicación de dos instrumentos, que son la escala de satisfacción muscular (ESM) para evaluar tendencia a la vigorexia (Anexo II), y el Cuestionario del complejo de Adonis (Anexo III) para evaluar preocupación de la imagen corporal.

#### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **3.3.1 POBLACION**

Integrada por 741 usuarios de los gimnasios Taurus de la ciudad de Loja distribuidos en 3 gimnasios

Gimnasio #1: 403 usuarios registrados

Gimnasio #2: 175 usuarios registrados

Gimnasio #3: 163 usuarios registrados

### **3.3.2 MUESTRA**

253 usuarios de los gimnasios Taurus de la ciudad de Loja con IC 95%

### **3.4 CRITERIOS DE INCLUSION**

Usuarios de 15 a 50 años de edad, de ambos sexos que visitan gimnasio en el periodo de estudio

### **3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Usuarios que estén realizando actividad física por enfermedad medica
- Usuarios en Gimnasio por razones de rehabilitación
- Usuarios que vayan al gimnasio con un tiempo menor a 3 días por semana
- Usuarios nuevos en el gimnasio que tengan menor a un mes
- Usuarios con membrecía activa que no visitaron el gimnasio en el tiempo de estudio

### **3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Se realizó la encuesta cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión; para que la recolección sea homogéneo se encuestó en el gimnasio #1 136 usuarios, en el gimnasio #2 61 usuarios y en el gimnasio #3 56 usuarios.

La toma de recolección de las 253 encuestas demoró 5 días laborables con un promedio por encuesta de 8 min.

Una vez obtenida la información los mismos fueron pasados al programa estadístico IBM (SPSS 22). Se generaron resultados mediante análisis descriptivos y analíticos en porcentajes de las diferentes variables del estudio

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS:**

Se realizaron 253 encuestas de las que se obtiene los diferentes resultados

Al caracterizar a la población estudiada según el sexo: 64,4% corresponde al sexo masculino siendo 163 usuarios, y al sexo femenino corresponde el 35.6% siendo 90 usuarios.

Al aplicar el Cuestionario de Complejo de Adonis (CCA) que mide el grado de preocupación de la imagen corporal se obtiene que del total de la población estudiada el 73.9% tiene preocupación leve, el 24,5% tiene preocupación moderada, el 1,6% tiene preocupación grave y nadie tiene preocupación patológica.

Al aplicar el instrumento Escala de Satisfacción Muscular (ESM) se obtiene como resultados: 74.3% de los usuarios tienen un puntaje menor a 52 que es igual a no tener tendencia a la vigorexia y el 25.7% tienen un puntaje igual o mayor a 52 que significa que tienen tendencia a la vigorexia.

Al relacionar la Puntuación de la ESM con la variable sexo se evidencia que el 87.7% de los usuarios con tendencia a la vigorexia son masculinos y el 12.3 % son de sexo

femenino; teniendo una relación de por cada 7 hombres hay 1 mujer con tendencia a la vigorexia en la población estudiada con una  $p= 0,001$

En la población estudiada al relacionar la puntuación de la ESM con la puntuación del CCA se obtiene que a mayor grado de preocupación de la imagen corporal, es más frecuente tener tendencia a la vigorexia dando como resultados de los usuarios que tienen preocupación leve el 19.8% tiene tendencia a la vigorexia; de los que tuvieron preocupación moderada el 41.9% tienen el mismo resultado con la ESM ; y los que tuvieron preocupación grave el 50% tienen tendencia a la vigorexia; los resultados tienen una  $p= 0,001$ .

De la misma relación de la ESM y el CCA estratificando por sexos, se obtiene en el sexo masculino: de los usuarios que tuvieron preocupación leve el 26,4% tiene tendencia a la vigorexia; de los que tienen preocupación moderada el 57,5% tienen el mismo resultado con la ESM y los que tuvieron preocupación grave el 100% tienen tendencia a la vigorexia; los resultados tienen una  $p=0,000$ ; respecto al sexo femenino no se encuentra ninguna relación

De la población estudiada al relacionar la puntuación de ESM con el estado civil se encontró: del total de divorciados el 66.7% tienen tendencia a la vigorexia, de la población de los solteros el 25.7% tienen la misma tendencia; de la población de casados el 13.3% tuvieron relación con la tendencia a la vigorexia; los resultados tienen una  $p=0,029$ .

En la población estudiada al relacionar la Puntuación de ESM con el tipo de actividad que realizan los usuarios con mayor frecuencia en el gimnasio se puede evidenciar que de los que tienen tendencia a la vigorexia el 81.5% realizan con mayor frecuencia ejercicio de pesas, 1,5% aeróbicos, 12,3% crossfit, 4,6% bailoterapia; los resultados tienen una  $p= 0,036$ .

Al relacionar la puntuación de la ESM con las variables edad, instrucción, ocupación, número de horas de asistencia al gimnasio, número de días de asistencia al gimnasio, y número de meses de asistencia al gimnasio no se encontró ninguna relación.

A continuación se detallaran la caracterización de la población, cruce de variables y pruebas estadísticas presentadas en cuadros para una mejor comprensión

#### 4.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

**TABLA 1. SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	163	64,4
Femenino	90	35,6
Total	253	100,0

En la tabla 1 se evidencia que el 64.4% de los usuarios de los gimnasios Taurus corresponden ser del sexo masculino siendo 163 usuarios; el sexo femenino corresponde ser el 35.6% siendo en total 90 del grupo estudiado.

**TABLA 2. DATOS ESTADISTICOS SOBRE LA EDAD EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

N	Válido	253
Media		23,05
Mediana		22,00
Moda		17 <sup>a</sup>
Desviación estándar		6,042
Varianza		36,501
Rango		32
Mínimo		15
Máximo		47

En la tabla 2 se observa que el promedio de edad en la población es de 23 años con una mediana de 22 años y moda de 17 años.

**TABLA 3. EDAD POR CATEGORÍAS SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			Edad Categorías			Total
			15 -25	25 - 35	35 -50	
Sexo del Usuario	Masculino	Recuento	109	43	11	163
		% dentro de Sexo	66,9%	26,4%	6,7%	100,0%
	Femenino	Recuento	61	25	4	90
		% dentro de Sexo	67,8%	27,8%	4,4%	100,0%
Total		Recuento	170	68	15	253
		% dentro de Sexo	67,2%	26,9%	5,9%	100,0%

Del total de la población en la tabla 3 se evidencia que el 67.2 % de los usuarios tienen una edad de entre 15 y 25 años; el 26.9% de 25 a 35 años y un 5.9% de 35 a 50 años. De acuerdo al sexo la distribución en porcentajes es similar.

**TABLA 4. INSTRUCCIÓN SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			Instrucción del Usuario				Total
			Primaria	Secundaria	Técnico	Universitario (Superior)	
Sexo del Usuario	Masculino	Recuento	2	49	7	105	163
		% dentro de Sexo	1,2%	30,1%	4,3%	64,4%	100,0%
	Femenino	Recuento	3	20	0	67	90
		% dentro de Sexo	3,3%	22,2%	0,0%	74,4%	100,0%
Total		Recuento	5	69	7	172	253
		% dentro de Sexo	2,0%	27,3%	2,8%	68,0%	100,0%

Del total de la población estudiada 68% de los usuarios tienen como instrucción educación superior; el 27.3% instrucción secundaria; el 2% primaria y el 2.8% son técnicos. Respecto al sexo masculino 64.4% tienen instrucción superior, 4.3% técnico, 30,1% secundaria y 1,2% primaria; respecto al sexo femenino 74.4% universitaria, 22% secundaria y 2% primaria.

**TABLA 5. OCUPACIÓN SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS  
EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			Ocupación del Usuario			Total
			Estudiantes	Profesionales y Trabajadores	Labores del Hogar	
Sexo del Usuario	Masculino	Recuento	106	57	0	163
		% dentro de Sexo	65,0%	35,0%	0,0%	100,0%
	Femenino	Recuento	67	21	2	90
		% dentro de Sexo	74,4%	23,3%	2,2%	100,0%
Total		Recuento	173	78	2	253
		% dentro de Sexo	68,4%	30,8%	0,8%	100,0%

Del total de la población estudiada en la tabla 5 se observa que el 68.4% son estudiantes el 35% son profesionales o trabajan y el 2.2% realizan labores del hogar; con respecto al sexo masculino el 65% son estudiantes y el 35% profesionales; respecto al sexo femenino el 74.4% son estudiantes, el 23.3% profesionales y el 2.2% realizan labores del hogar.

**TABLA 6. ESTADO CIVIL SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS  
EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			Estado civil del Usuario					Total
			Soltera/o	Casada/o	Viviendo con alguien en pareja	Divorciado/separado	Viuda/o	
Sexo del Usuario	Masculino	Recuento	135	18	3	7	0	163
		% dentro de Sexo	82,8%	11,0%	1,8%	4,3%	0,0%	100,0%
	Femenino	Recuento	75	12	0	2	1	90
		% dentro de Sexo	83,3%	13,3%	0,0%	2,2%	1,1%	100,0%
Total		Recuento	210	30	3	9	1	253
		% dentro de Sexo	83,0%	11,9%	1,2%	3,6%	0,4%	100,0%

Del total de la población estudiada en la tabla 6 se observa que el 83% son solteros, el 11.9% son casados, el 1.2% viven con su pareja, el 3.6% son separados o divorciados, y el 0.4% viuda/o.

Respecto al sexo masculino y femenino son similares los porcentajes representados en solteros y casados, y hay diferencias leves con las otras variables.

**TABLA 7. NUMERO DE HORAS AL DÍA QUE ASISTE AL GIMNASIO SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			¿Cuántas Horas al día de asiste al gimnasio?			Total
			1 hora	2 horas	Más de 2 horas	
Sexo del Usuario	Masculino	Recuento	48	91	24	163
		% dentro de Sexo	29,4%	55,8%	14,7%	100,0%
	Femenino	Recuento	24	52	14	90
		% dentro de Sexo	26,7%	57,8%	15,6%	100,0%
Total		Recuento	72	143	38	253
		% dentro de Sexo	28,5%	56,5%	15,0%	100,0%

Del total de la población estudiada en la tabla 7 se puede evidenciar que el 28.5% de los usuarios realizan una hora de actividad en el gimnasio, el 57.5% realizan 2 horas y el 15% más de 2 horas. La distribución de porcentajes según el sexo es similar.

**TABLA 8. NUMERO DE DÍAS A LA SEMANA QUE ASISTE AL GIMNASIO SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			¿Cuántos días a la semana asiste al gimnasio?			Total
			3 días a la semana	4 días a la semana	5 días o más por semana	
Sexo del Usuario	Masculino	Recuento	12	36	115	163
		% dentro de Sexo	7,4%	22,1%	70,6%	100,0%
	Femenino	Recuento	4	17	69	90
		% dentro de Sexo	4,4%	18,9%	76,7%	100,0%
Total		Recuento	16	53	184	253
		% dentro de Sexo	6,3%	20,9%	72,7%	100,0%

Del total de la población estudiada en la tabla 8 se puede evidenciar que el 6.3% de los usuarios asisten 3 días a la semana al gimnasio, el 18.9% asisten 4 días a la semana y el 72.7% asisten 5 días o más a la semana. Respecto al sexo los porcentajes presentados son similares.

**TABLA 9. DATOS ESTADISTICOS SOBRE NUMERO DE MESES QUE ASISTEN AL GIMNASIO LOS USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

N Válido	253
Media	11,39
Error estándar de la media	1,106
Mediana	6,00
Moda	3
Desviación estándar	17,584
Rango	131
Mínimo	1
Máximo	132

**TABLA 10. MESES QUE ASISTE AL GIMNASIO SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

	Rango por meses de asistencia a gimnasios					Total		
	1 a 6 meses	6 meses a 1 año	1 año a 2 años	2 años a 5 años	Mayor a 5 años			
Sexo del Usuario	Masculino	Recuento	90	42	16	10	5	163
		% dentro de Sexo	55,2%	25,8%	9,8%	6,1%	3,1%	100,0%
	Femenino	Recuento	54	22	8	5	1	90
		% dentro de Sexo	60,0%	24,4%	8,9%	5,6%	1,1%	100,0%
Total		Recuento	144	64	24	15	6	253
		% dentro de Sexo	56,9%	25,3%	9,5%	5,9%	2,4%	100,0%

En la tabla 9 se observa que el promedio de la población en asistencia al gimnasio es de 11.3 meses, con una mediana de 6 meses y una moda de 3 meses.

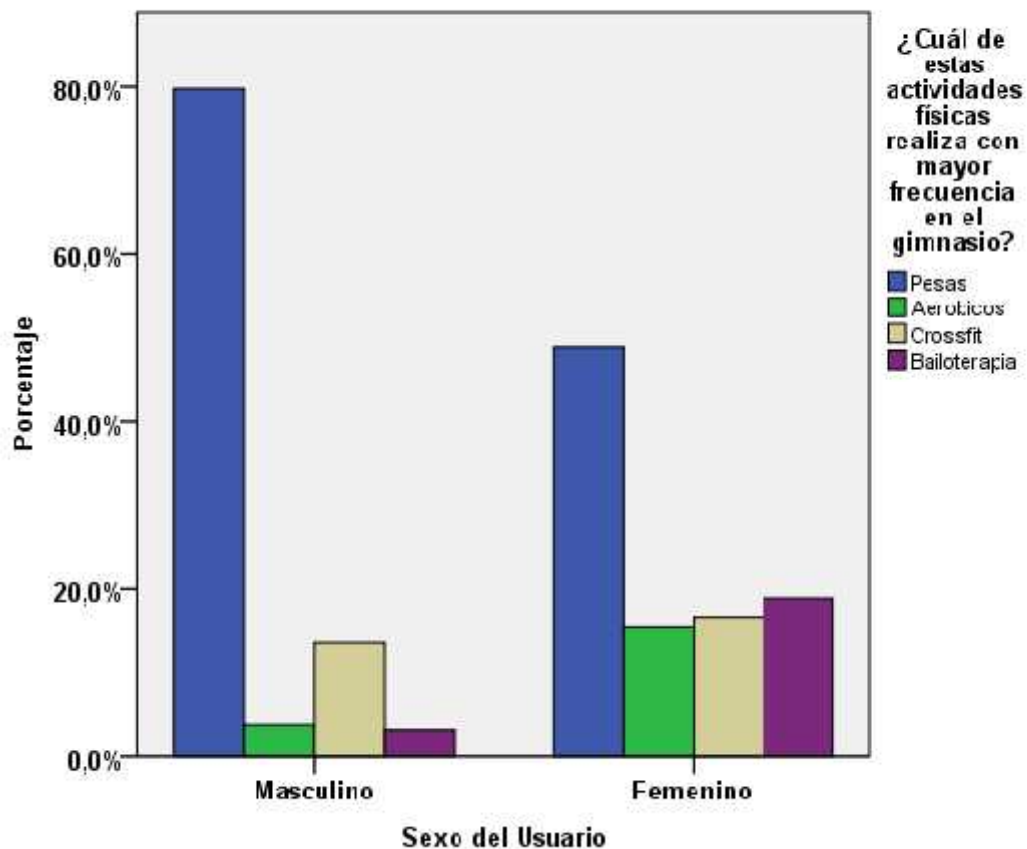
De la población estudiada en la tabla 10 se puede evidenciar que el 60% de los usuarios han asistido al gimnasio entre 1 a 6 meses, el 25.3% de 6 meses a 1 año, el 9.5% han asistido entre 1 año y 2 años, en 5.9% de 2 a 5 años y el 2.4% han asistido más de 5 años.

**TABLA 11. ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA CON MAYOR FRECUENCIA SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			¿Cuál de estas actividades físicas realiza con mayor frecuencia en el gimnasio?				Total
			Pesas	Aeróbicos	Crossfit	Bailoterapia	
Sexo del Usuario	Masculino	Recuento	130	6	22	5	163
		% dentro de Sexo	79,8%	3,7%	13,5%	3,1%	100,0%
	Femenino	Recuento	44	14	15	17	90
		% dentro de Sexo	48,9%	15,6%	16,7%	18,9%	100,0%
Total		Recuento	174	20	37	22	253
		% dentro de Sexo	68,8%	7,9%	14,6%	8,7%	100,0%

De la población estudiada en la tabla 11 se puede evidenciar que el 68.8% de los usuarios del gimnasio realizan como actividad de mayor frecuencia pesas, el 7.9% aeróbicos, el 14.6% crossfit y el 18.9% bailoterapia.

**GRÁFICO I. PORCENTAJE DE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA CON MAYOR FRECUENCIA SEGUN EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**



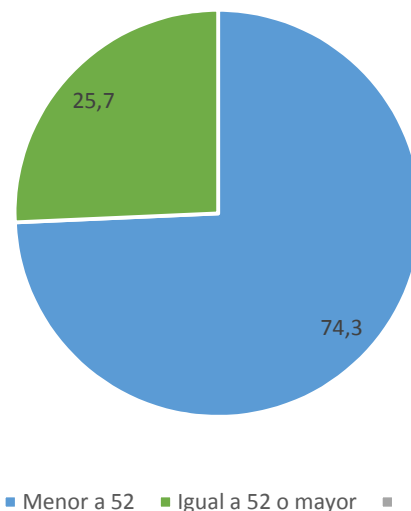
En el gráfico I se evidencia con respecto al sexo masculino la actividad física que se realiza con mayor frecuencia es pesas con el 79.8% y crossfit con el 13.5%; en las mujeres el 48.9% pesas el 15.6% aeróbicos, el 16.7% crossfit y el 3.1% Bailoterapia.

#### 4.2 PUNTUACIÓN DE ESCALA DE SATISFACCION MUSCULAR (ESM)

**TABLA 12. DATOS ESTADISTICOS DE PUNTUACIÓN DE LA ESM EN USUARIOS DE LO GIMNASIOS TAURUS DE LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

N	Válido	253
Media		43,83
Error estándar de la media		,784
Mediana		42,00
Moda		51
Desviación estándar		12,476
Varianza		155,652
Asimetría		,154
Error estándar de asimetría		,153
Rango		56
Mínimo		19
Máximo		75

**GRAFICO II PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN MUSCULAR EN USUARIOS DE LO GIMNASIOS TAURUS DE LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**



En la tabla 12 se puede observar que el promedio de la puntuación del instrumento ESM en la población es de 43.3 con una mediana de 42 puntos y una moda de 51 puntos.

En el Gráfico II se evidencia que del total de la población el 74.3 por ciento tienen un puntaje menor a 52 que se traduce a no tener tendencia a la vigorexia, siendo el 25.7% de la población con un puntaje mayor a 52 que tienen tendencia a la vigorexia.

### 4.3 PUNTUACIÓN CUESTIONARIO DEL COMPLEJO DE ADONIS (CCA)

**TABLA 13. DATOS ESTADÍSTICOS (CCA) EN USUARIOS DE LO GIMNASIOS TAURUS DE LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

N	Válido	253
Media		7,20
Error estándar de la media		,285
Mediana		6,00
Moda		5
Desviación estándar		4,530
Varianza		20,519
Rango		25
Mínimo		0
Máximo		25

**TABLA 14. PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DEL COMPLEJO DE ADONIS (CCA) SEGÚN EL SEXO EN USUARIOS DE LO GIMNASIOS TAURUS DE LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			CCA PUNTAJE			Total
			Preocupación leve (0-9)	Preocupación moderada (10-19)	Preocupación grave (20-29)	
Sexo	Masculino	% dentro de Sexo	74,2%	24,5%	1,2%	100,0%
		% dentro de CCA	64,7%	64,5%	50,0%	64,4%
	Femenino	% dentro de Sexo	73,3%	24,4%	2,2%	100,0%
		% dentro de CCA	35,3%	35,5%	50,0%	35,6%
Total		% dentro de Sexo	73,9%	24,5%	1,6%	100,0%
		% dentro de CCA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 13 Se evidencia respecto al CCA que mide preocupación de la imagen corporal el promedio de puntuación es de 7, con una mediana de 6 y una moda de 5 puntos. En la tabla 14 Respecto a la puntuación obtenida por usuario del CCA el 73.9% de la población tiene una puntuación leve, el 24.5% de la población preocupación moderada, el 1.6% de la población tiene preocupación grave, y nadie

tiene preocupación patológica; sobre la imagen corporal; según el sexo los porcentajes son similares.

#### 4.4 CRUCE DE VARIABLES

**TABLA 15. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACION CON EL SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			Sexo del Usuario		Total
			Masculino	Femenino	
ESM PUNTAJE	Menor a 52	% dentro de ESM	56,4%	43,6%	100,0%
		% dentro de Sexo	65,0%	91,1%	74,3%
	Igual a 52 o mayor	% dentro de ESM	87,7%	12,3%	100,0%
		% dentro de Sexo	35,0%	8,9%	25,7%
Total	% dentro de ESM		64,4%	35,6%	100,0%
	% dentro de Sexo		100,0%	100,0%	100,0%

**TABLA 16. CHI-CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS SEXO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE 2015**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	<b>20,659<sup>a</sup></b>	1	<b>,000</b>
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	19,315	1	,000
Razón de verosimilitud	<b>23,324</b>	1	<b>,000</b>
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	20,577	1	,000
N de casos válidos	253		

En la tabla 15 se puede evidenciar que de todos los usuarios que tienen tendencia a la vigorexia o un puntaje igual o mayor a 52 en la ESM el 87,7% se encuentra en la población masculina y el 12,3% en la femenina. En el mismo cuadro se observa que

de la población masculina el 65% no tienen un puntaje mayor a 52 en la ESM, pero el 35% tienen un puntaje igual o mayor a 52 (tendencia a la vigorexia): de la población femenina el 91.1% no tienen tendencia a la vigorexia y el 8.9% tienen tendencia a la vigorexia.

Los resultados presentados tienen un chi-cuadrado de 20,659 y una  $p = 0,000$  que se puede observar en la tabla 16, siendo la asociación estadísticamente significativa.

**TABLA 17. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

Sexo del Usuario				CCA PUNTAJE			Total
				Preocupación leve	Preocupación moderada	Preocupación grave	
Total	ESM	Menor a 52	% dentro de ESM	79,8%	19,1%	1,1%	100,0%
			% dentro de CCA	80,2%	58,1%	50,0%	74,3%
	Igual a 52 o mayor	% dentro de ESM	56,9%	40,0%	3,1%	100,0%	
		% dentro de CCA	19,8%	41,9%	50,0%	25,7%	
	Total	% dentro de ESM		73,9%	24,5%	1,6%	100,0%
		% dentro de CCA		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**TABLA 18. CHI-CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS PREOCUPACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE 2015**

Sexo del Usuario		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Total	Chi-cuadrado de Pearson	13,223 <sup>a</sup>	2	,001
	Razón de verosimilitud	12,411	2	,002
	Asociación lineal por lineal	12,847	1	,000
	N de casos válidos	253		

En la tabla 17 se puede evidenciar que del total de usuarios con una puntuación de 52 o mayor en la ESM el 56,9% tiene preocupación leve, el 40% tiene preocupación moderada y el 3,1% preocupación grave; del total de usuarios que tienen una preocupación leve el 80,2 % tiene un puntaje menor a 52 en la ESM y el 19,8% tienen un puntaje igual o mayor a 52 (tendencia a la vigorexia); del total de usuarios que tienen preocupación moderada el 58,1% tienen un puntaje menor a 52 en la ESM y el 41,9% tienen un puntaje iguala o mayor a 52; del total de usuarios que tienen preocupación moderada el 50% tienen un puntaje menor a 52 en la ESM y el 50% tienen un puntaje igual o mayor a 52.

Los resultados presentados tienen un chi-cuadrado de 13,223 con una  $p = 0,001$  representados en la tabla 18, siendo la asociación estadísticamente significativa.

**TABLA 19. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN USUARIOS DEL SEXO MASCULINO DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

Sexo del Usuario				CCA PUNTAJE			Total
				Preocupación leve	Preocupación moderada	Preocupación grave	
Masculino	ES	Menor a 52	% dentro de ESM	84,0%	16,0%		100,0%
			% dentro de CCA	73,6%	42,5%		65,0%
		Igual a 52 o mayor	% dentro de ESM	56,1%	40,4%	3,5%	100,0%
			% dentro de CCA	26,4%	57,5%	100,0%	35,0%
Total			% dentro de ESM	74,2%	24,5%	1,2%	100,0%
			% dentro de CCA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**TABLA 20. CHI-CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS PREOCUPACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN USUARIOS MASCULINOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE 2015**

Sexo del Usuario		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Masculino	Chi-cuadrado de Pearson	16,513 <sup>b</sup>	2	,000
	Razón de verosimilitud	16,660	2	,000
	Asociación lineal por lineal	16,318	1	,000
	N de casos válidos	163		

En la tabla 19 se puede evidenciar que del total de usuarios masculinos con una puntuación de 52 o mayor en la ESM el 56,1% tiene preocupación leve, el 40.4% tiene preocupación moderada y el 3,5% preocupación grave; del total de usuarios masculinos que tienen una preocupación leve el 73.6 % tiene un puntaje menor a 52 en la ESM y el 26.4% tienen un puntaje igual o mayor a 52 (tendencia a la vigorexia); del total de usuarios masculinos que tienen preocupación moderada, el 42,5% tienen un puntaje menor a 52 en la ESM y el 57,5% tienen un puntaje igual o mayor a 52; del total de usuarios que tienen preocupación grave, el 100% tienen un puntaje igual o mayor a 52 de la ESM.

Los resultados presentados tienen un chi-cuadrado de 16,513 con una  $p = 0,000$  representados en la tabla 20, siendo la asociación estadísticamente significativa. En el cuadro que correspondería al sexo femenino no tiene asociación.

**TABLA 21. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON LA EDAD EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			Edad Categorías			Total
			15 -25	25 - 35	35 -50	
ESM PUNTAJE	Menor a 52	% dentro de ESM PUNTAJE	67,0%	27,7%	5,3%	100,0%
		% dentro de Edad Categorías	74,1%	76,5%	66,7%	74,3%
	Igual a 52 o mayor	% dentro de ESM PUNTAJE	67,7%	24,6%	7,7%	100,0%
		% dentro de Edad Categorías	25,9%	23,5%	33,3%	25,7%
Total	% dentro de ESM PUNTAJE		67,2%	26,9%	5,9%	100,0%
	% dentro de Edad Categorías		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**TABLA 22. CHI-CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS EDAD EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,629 <sup>a</sup>	2	,730
Razón de verosimilitud	,607	2	,738
Prueba exacta de Fisher	,755		
Asociación lineal por lineal	,039 <sup>b</sup>	1	,843
N de casos válidos	253		

Con respecto a la tabla 21 sobre la relación de la tendencia a la vigorexia con la edad, la asociación no es estadísticamente significativa con una  $p=0,730$  representado en la tabla 22.

**TABLA 23. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON LA INSTRUCCIÓN EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			Instrucción del Usuario				Total
			Primaria	Secundaria	Técnico	Universitario (Superior)	
ESM PUNTAJE	Menor a 52	% dentro de ESM	2,7%	25,0%	1,6%	70,7%	100,0%
		% dentro de Instrucción	100,0%	68,1%	42,9%	77,3%	74,3%
	Igual a 52 o mayor	% dentro de ESM		33,8%	6,2%	60,0%	100,0%
		% dentro de Instrucción		31,9%	57,1%	22,7%	25,7%
Total		% dentro de ESM	2,0%	27,3%	2,8%	68,0%	100,0%
		% dentro de Instrucción	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**TABLA 24. CHI- CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS INSTRUCCIÓN EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,562 <sup>a</sup>	3	,056
Razón de verosimilitud	8,227	3	,042
Prueba exacta de Fisher	6,813		
Asociación lineal por lineal	1,093 <sup>b</sup>	1	,296
N de casos válidos	253		

Con respecto a la tabla 23 sobre la relación de la tendencia a la vigorexia con la instrucción, la asociación no es estadísticamente significativa con una  $p = 0,056$  representado en la tabla 24.

**TABLA 25. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON LA OCUPACIÓN EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			Ocupación del Usuario			Total
			Estudiantes	Profesionales y Trabajadores	Labores del Hogar	
ESM PUNTAJE	Menor a 52	% dentro de ESM	69,1%	29,8%	1,1%	100,0%
		% dentro de Ocupación	75,1%	71,8%	100,0%	74,3%
	Igual a 52 o mayor	% dentro de ESM	66,2%	33,8%		100,0%
		% dentro de Ocupación	24,9%	28,2%		25,7%
Total		% dentro de ESM	68,4%	30,8%	0,8%	100,0%
		% dentro de Ocupación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**TABLA 26. CHI- CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS OCUPACIÓN EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,013 <sup>a</sup>	2	,603
Razón de verosimilitud	1,505	2	,471
Prueba exacta de Fisher	,676		
Asociación lineal por lineal	,076 <sup>b</sup>	1	,782
N de casos válidos	253		

Con respecto a la tabla 25 sobre la relación de la tendencia a la vigorexia con la ocupación, la asociación no es estadísticamente significativa con una  $p = 0,603$  representado en la tabla 26.

**TABLA 27. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON EL ESTADO CIVIL EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			Estado civil del Usuario					Total
			Soltera/o	Casada/o	Viviendo con alguien en pareja	Divorciado o /separado	Viuda/o	
ESME	Menor a 52	% dentro de ESM	83,0%	13,8%	1,1%	1,6%	0,5%	100,0%
		% dentro de Estado civil	74,3%	86,7%	66,7%	33,3%	100,0%	74,3%
	Igual a 52 o mayor	% dentro de ESM	83,1%	6,2%	1,5%	9,2%		100,0%
		% dentro de Estado civil	25,7%	13,3%	33,3%	66,7%		25,7%
Total	% dentro de ESM	83,0%	11,9%	1,2%	3,6%	0,4%	100,0%	
	% dentro de Estado civil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**TABLA 28. CHI- CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS ESTADO CIVIL EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	<b>10,753<sup>a</sup></b>	4	<b>,029</b>
Razón de verosimilitud	10,066	4	,039
Prueba exacta de Fisher	9,983		
Asociación lineal por lineal	1,982 <sup>b</sup>	1	,159
N de casos válidos	253		

En la tabla 27 se puede evidenciar que del total de usuarios que tienen tendencia a la vigorexia el 83.1% son solteros, el 6.2% casados, el 1.5% viven con su pareja, el 9.2% son divorciados o separadas; del total de solteros de los usuarios, el 74.3% tienen un puntaje menor a 52 de la ESM y el 25.7% tienen un puntaje igual o mayor a 52; del total de casados de los usuarios el 86,7% tienen un puntaje menor a 52 de la ESM y el

13,3% un puntaje igual o mayor a 52; del total de divorciados el 33,3% tienen una puntuación menor a 52 y el 66,7% un puntaje mayor o igual a 52.

Los resultados presentados tienen un chi-cuadrado de 10,753 con una  $p = 0,029$  representados en la tabla 28, siendo la asociación estadísticamente significativa

**TABLA 29. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON EN NUMERO DE HORAS AL DÍA DE ASISTENCIA AL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			¿Cuántas Horas al día de asiste al gimnasio?			Total
			1 hora	2 horas	Más de 2 horas	
ESM PUNTAJE	Menor a 52	% dentro de ESM PUNTAJE	29,8%	55,3%	14,9%	100,0%
		% dentro de ¿Cuántas Horas al día de asiste al gimnasio?	77,8%	72,7%	73,7%	74,3%
E	Igual a 52 o mayor	% dentro de ESM PUNTAJE	24,6%	60,0%	15,4%	100,0%
		% dentro de ¿Cuántas Horas al día de asiste al gimnasio?	22,2%	27,3%	26,3%	25,7%
Total		% dentro de ESM PUNTAJE	28,5%	56,5%	15,0%	100,0%
		% dentro de ¿Cuántas Horas al día de asiste al gimnasio?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**TABLA 30. CHI- CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS NUMERO DE HORAS AL DÍA DE ASISTENCIA AL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,649 <sup>a</sup>	2	,723
Razón de verosimilitud	,661	2	,719
Prueba exacta de Fisher	,647		
Asociación lineal por lineal	,370 <sup>b</sup>	1	,543
N de casos válidos	253		

Con respecto a la tabla 29 sobre la relación de la tendencia a la vigorexia con el número de horas al día de asistencia al gimnasio, la asociación no es estadísticamente significativa con una  $p=0,723$  representados en la tabla 30.

**TABLA 31. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON EN NUMERO DE DÍAS A LA SEMANA DE ASISTENCIA AL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			¿Cuántos días a la semana asiste al gimnasio?			Total
			3 días a la semana	4 días a la semana	5 días o más por semana	
ESM PUNTAJ E	Menor a 52	% dentro de ESM	6,9%	21,8%	71,3%	100,0%
		% dentro de ¿Cuántos días a la semana asiste al gimnasio?	81,3%	77,4%	72,8%	74,3%
	Igual a 52 o mayor	% dentro de ESM	4,6%	18,5%	76,9%	100,0%
		% dentro de ¿Cuántos días a la semana asiste al gimnasio?	18,8%	22,6%	27,2%	25,7%
Total		% dentro de ESM	6,3%	20,9%	72,7%	100,0%
		% dentro de ¿Cuántos días a la semana asiste al gimnasio?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**TABLA 32. CHI-CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS NUMERO DE DÍAS A LA SEMANA DE ASISTENCIA AL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,874 <sup>a</sup>	2	,646
Razón de verosimilitud	,907	2	,635
Prueba exacta de Fisher	,704		
Asociación lineal por lineal	,869 <sup>b</sup>	1	,351
N de casos válidos	253		

Con respecto a la tabla 31 sobre la relación de la tendencia a la vigorexia con el número de días a la semana de asistencia al gimnasio, la asociación no es estadísticamente significativa con una  $p= 0,646$  representado en la tabla 32.

**TABLA 33. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON EL NUMERO DE MESES DE ASISTENCIA AL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			Rango por meses de asistencia a gimnasios					Total
			1 a 6 meses	6 meses a 1 año	1 año a 2 años	2 años a 5 años	Mayor a 5 años	
ESM PUNTAJE	Menor a 52	% dentro de ESM	58,0%	25,5%	10,1%	4,8%	1,6%	100,0%
		% dentro de Rango por meses de asistencia a gimnasios	75,7%	75,0%	79,2%	60,0%	50,0%	74,3%
	Igual a 52 o mayor	% dentro de ESM PUNTAJE	53,8%	24,6%	7,7%	9,2%	4,6%	100,0%
		% dentro de Rango por meses de asistencia a gimnasios	24,3%	25,0%	20,8%	40,0%	50,0%	25,7%
Total	% dentro de ESM PUNTAJE		56,9%	25,3%	9,5%	5,9%	2,4%	100,0%
	% dentro de Rango por meses de asistencia a gimnasios		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**TABLA 34. CHI- CUADRADO TENDENCIA A LA VIGOREXIA VS NUMERO DE MESES DE ASISTENCIA AL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	<b>3,923<sup>a</sup></b>	4	<b>,416</b>
Razón de verosimilitud	3,554	4	,470
Prueba exacta de Fisher	4,018		
Asociación lineal por lineal	1,800 <sup>b</sup>	1	,180
N de casos válidos	253		

Con respecto a la tabla 33 sobre la relación de la tendencia a la vigorexia con el número de meses de asistencia al gimnasio, la asociación no es estadísticamente significativa con una  $p= 0,416$  representado en la tabla 34.

**TABLA 35. TENDENCIA A LA VIGOREXIA Y RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA CON MAYOR FRECUENCIA EN EL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

			¿Cuál de estas actividades físicas realiza con mayor frecuencia en el gimnasio?				Total
			Pesas	Aeróbicos	Crossfit	Bailoterapia	
ESM PUNTAJE	Menor a 52	% dentro de ESM	64,4%	10,1%	15,4%	10,1%	100,0%
		% dentro de actividad física realizada con mayor frecuencia	69,5%	95,0%	78,4%	86,4%	74,3%
	Igual a 52 o mayor	% dentro de ESM	81,5%	1,5%	12,3%	4,6%	100,0%
		% dentro de actividad física realizada con mayor frecuencia	30,5%	5,0%	21,6%	13,6%	25,7%
Total		% dentro de ESM	68,8%	7,9%	14,6%	8,7%	100,0%
		% dentro de actividad física realizada con mayor frecuencia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**TABLA 36. CHI- CUADRADO TENDENCIA VS ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA CON MAYOR FRECUENCIA EN EL GIMNASIO EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS TAURUS EN LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,553 <sup>a</sup>	3	,036
Razón de verosimilitud	10,304	3	,016
Prueba exacta de Fisher	8,656		
Asociación lineal por lineal	4,496 <sup>b</sup>	1	,034
N de casos válidos	253		

En la tabla 35 se puede evidenciar que de todos los usuarios que tienen tendencia a la vigorexia o un puntaje igual o mayor a 52 en la ESM el 81.5% realizan pesas como actividad de mayor frecuencia en el gimnasio, el 1.5% realizan aeróbicos, el 12.3% crossfit y el 4.6% bailoterapia; dentro de los usuarios que realizan pesas el 69.5% tienen una puntuación menor a 52 de la ESM y el 30.5% un puntaje igual o

mayor a 52; de los usuarios que realizan aeróbicos el 5% tienen un puntaje igual o mayor a 52; de los usuarios que realizan con mayor frecuencia crossfit el 21,6% tienen tendencia a la vigorexia; y los que realizan bailoterapia el 13.6% tienen un puntaje igual o mayor a 52.

Los resultados presentados tienen un chi- cuadrado de 8,553 y una  $p= 0,036$  representados en la tabla 36, siendo la asociación estadísticamente significativa.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN:**

La vigorexia en el Ecuador como un trastorno psicopatológico no ha sido en ninguna instancia evaluada, no hay datos epidemiológicos ni estudios empíricos sobre la población con la cual se pueda contrastar datos encontrados en el presente estudio, por lo que se comparara con resultados de estudios extranjeros.

La Escala de satisfacción muscular es una de las herramientas validadas en el español y comprobada la relación que tienen sus ítems con los diferentes criterios diagnósticos que en la actualidad proponen el DSM V para la vigorexia, por tanto es un instrumento que sirve para hacer screening para determinar síntomas de vigorexia dando como un resultado positivo tendencia a la vigorexia, que posteriormente estas persona con tendencia a la vigorexia tendrán que ser diagnosticados por un profesional médico relacionados a los trastornos psicopatológicos . (17) (16)

En el presente estudio se encuentra tendencia a la vigorexia en el 25.7% de los usuarios de gimnasios, en las que Pope (2002) estimo que la vigorexia se encontraba en 1 de cada 10 usuarios que frecuentaban gimnasios, Mendez (2002) estimo que el 6% de los usuarios habituales del gimnasio tienen vigorexia; por lo que en el presente estudio es alto la presencia de la vigorexia. (40) (8)

En los usuarios evaluados, el sexo masculino predominó con tendencia a la vigorexia con el 87,3% y en el sexo femenino con el 12,7% que es similar a la distribución por el estudio realizado por Muñoz y Martínez (2007) en la que obtuvieron resultados parecidos con 80% en el sexo masculino y el 20% en el femenino. (15)

Con respecto a la relación de tendencia a la vigorexia y preocupación de la imagen corporal se encontró a que a mayor preocupación de la imagen corporal es más frecuente tener tendencia a la vigorexia dando como resultados de los usuarios que tienen preocupación leve el 19.8% tiene tendencia a la vigorexia; de los que tuvieron preocupación moderada el 41.9% y los que tuvieron preocupación grave el 50% tienen tendencia a la vigorexia, corroborando de los diferentes bibliografías a la imagen corporal teóricamente como una característica principal de la vigorexia, mas no ha sido estudiada directamente relacionada por estudios estadísticos con una población en la literatura investigada. La preocupación con la imagen corporal se expresa en un continuo que va desde la obsesión con la musculatura a la DM (Parent, 2013). (61)

De los diferentes estudios que existen en la literatura la vigorexia es relacionada absolutamente con ejercicios de pesas o musculación, la cual en el presente estudio se encontró que la población con tendencia a la vigorexia que realizaba ejercicio con mayor frecuencia en su mayoría fue de pesas o musculación con un 81,5%, pero además encontramos otro tipo de actividad con la que tiene relación que es el crossfit con un 12,3% de los usuarios. (8) (21) (35)

Se conoce por diversos autores que la edad más relacionada con la vigorexia de usuarios de gimnasios es de 15 a 35 años, encontrando otras bibliografías hasta los 50 años; en el presente estudio no se encontró ninguna relación con la variable edad; este resultado es atribuible que desde el inicio de la aplicación de la encuesta se tomó como criterio de inclusión a usuarios de 15 a 50 años, con los que en el propio estudio no se pudo diferenciar esta variable ya que todos tenían la edad con la que se relaciona vigorexia. (15) (55) (45)

Se intentó relacionar el número de horas al día, días a la semana y meses de asistencia al gimnasio pero no se encontró ninguna relación en nuestro estudio, y no se encuentra en la literatura investigaciones que relacionen dichas variables con vigorexia; en las que sí tienen relación es en la adicción con el ejercicio pero es una patología distinta a la vigorexia ya que se centra directamente a la cantidad de actividad que debe realizar el usuario adicto para no sufrir un síndrome de abstinencia, que en contraste con la vigorexia la característica principal es una distorsión de la imagen corporal que puede tomar conductas como realización de ejercicio que no necesariamente son placenteras. (33) (34)

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1 CONCLUSIONES:

- En gimnasios de la ciudad de Loja existe tendencia a la vigorexia en el 25.7% de los usuarios.
- El sexo que predomina en los usuarios de gimnasio con tendencia a la vigorexia es el masculino con una relación de 7 a 1 con respecto al femenino.
- A mayor preocupación de la imagen corporal es más frecuente tener tendencia a la vigorexia.
- De los usuarios de gimnasio estudiados las 2/3 son del sexo masculino, la mayoría con una edad de 15 a 25 años, son solteros, con instrucción de tener o estar cursando carrera universitaria.
- La población estudiada acerca de la imagen corporal la mayoría tiene preocupación leve, nadie obtuvo preocupación patológica.
- La actividad que realizan con mayor frecuencia los usuarios que tienen tendencia a la vigorexia es pesas o musculación siendo el 81,5%.

- Los usuarios con tendencia a la vigorexia de la población estudiada al relacionar con la edad, instrucción, ocupación, el número de horas de asistencia al gimnasio, con el número de días a la semana de asistencia al gimnasio y con el número de meses de asistencia al gimnasio no se encontraron relación.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- Se necesita realizar más estudios en el Ecuador sobre vigorexia en diferentes grupos tanto como en fisicoculturistas y en usuarios del gimnasio.
- Capacitar a los gimnasios que ofrezcan servicios como nutricionales también pueda evaluar psicológicamente con la ESM para determinar tendencia a la vigorexia
- Es pertinente que los gimnasios promocionen información sobre vigorexia, para que usuarios que se sientan identificados acudan a un profesional.
- Tener mayor consideración en adolescente sobre la evaluación de la vigorexia ya que es el grupo más vulnerable según diversos estudios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Muth JL, Cash F. Body -image attitudes:What difference does gender make? *Social Psychology*. 1997; 16(1438-1452).
2. Hildebrant T, Langenbucher J. Muscularity concerns among men: development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*. 2004; 1(169 - 181).
3. Phillips KA, Koran LM, Fallon BA, Feusner J, Stein DJ. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM V. *Depression and Anxiety*. 2012 Jun; 27(573 - 591).
4. Pope HG, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips K. Muscle dysmorphia, an underrecognized form of body dismorphic disorder. *Phychosomatics*. 1997; 38(548- 557).
5. Lantz CD, Rhea DJ, Cornelius AE. Muscle Dysmorphia, in elite- leve power lifters and body builders: a test of differences within a conceptual model. *Journal of Strength and Conditioning Research*. 2002; 16(649 - 655).
6. Soler PT, Fernandez HM, Oliveira V, Silva J. Vigorexia e níveis de dependência de exercício em frequentadores de academias e fisiculturista. *Rev Bras Med Esporte*. 2013 Oct; 19.
7. Olivardia R. Mirror, Mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of Muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*. 2001; 9(254 - 259).
8. Pope H. Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *EEUU:, Psychiatry*; 1993.
9. González I, Fernández JG, Contreras OR. Contribución para el criterio diagnóstico de la Dismorfia Muscular (Vigorexia). *Psicología del Deporte*. 2012; 21(331 -358).
10. Rhea DJ, Lantz CD, Cornelius AE. Development of the Muscle Dysmorphia Inventory (MDI). *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*. 2004;(428 - 435).

11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental V. Chicago: American Psychiatric Association; 2013.
12. Zepeda E, Franco K, Valdés M. Nutritional status and symptomatology of Muscle Dysmorphia in Male Gym Users. *Rev Chi Nutr.* 2011 Sep; 38(260-267).
13. Baile A, Monroy KE, Garay F. Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e Investigación en Psicología.* 2005 Jun; 10(161 - 169).
14. McCabe M, Ricciardelli L. Weight and shape concerns of boys and men. In Thompson. *Handbook of eating disorder and obesity.*; 2004. p. 606 - 634.
15. Muñoz R, Martínez A. *Ortorexia y Vigorexia: ¿Nuevos trastornos de la conducta alimentaria?* Granada: Instituto de Ciencias de la Conducta; 2007.
16. Gonzalez I, Fernández JG, Contreras OR, Mayville SB. Validation of a Spanish version of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: Escala de Satisfacción Muscular. *Body Image.* 2012; 9(517 - 523).
17. Mayville SB, Williamson DA, White MA, Netemeyer RG, Drab DL. Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale. *Assessment.* 2002; 9.
18. Grieve F. A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia EEUU: *Eating Disorders*; 2007.
19. Fanjul C, Gonzalez C. La influencia de los modelos somaticos publicitarios en la vigorexia masculina: un estudio experimental adolescente. *ZER.* 2011; 16(265 - 284).
20. Pope H, Olivardia R, Gruber A, Borowiecki J. *Evolving ideals of male body image as seen through action toys.* Massachusetts: Harvard Medical School, University of Massachusetts, Biological Psychiatry Laboratory; 1999.
21. Olivardia R, Pope H. *Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study.* Washington: American Journal of Psychiatry; 2000.
22. Váldez P, Iagos R, Gedda R, Cárcamo E, Millapi C, Webar M. *Prevalencia de vigorexia en estudiantes universitarios de Temuco.* Chile: Universidad Católica de Maule, Ciencias de la Actividad Física; 2013.

23. Raich RM. Una perspectiva desde la Psicología de la salud en Imagen Corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2004; 22(15 - 27).
24. Gorab A, Iñarritu MdC. *Como Ves? Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Y Bulimia México: UNAM; 2005.*
25. Felipe L, González ES. *Psicología Clínica: Trastornos nerviosos, hormonales y psicológicos Guanajuato: Universidad de Guanajuato; 2011.*
26. Pastor MRTA. *Adolescentes: trastornos de alimentación: Club Universitario; 2010.*
27. Vila MAB. *Imagen corporal y hábitos saludables: Editorial Paraninfo; 2013.*
28. Peinado PJ, Calvo C, Gómez C, Carlos I. *Alimentación Y Nutrición En La Vida Activa: Ejercicio Físico Y Deporte: Editorial UNED; 2014.*
29. Serrano D, Lobo L. *Mi mente es mi enemigo Madrid: EDAF; 2008.*
30. Silva , Otros. *Enfermeros Del Consorcio Sanitario de Tenerife Sevilla: MAD-Eduforma; 2004.*
31. López DJ. *Relaciones humanas y psicoterapia Sevilla: S.L.; 2004.*
32. Lázano A. EFESALUD. [Online].; 2014 [cited 2015 Octubre 20. Available from: <http://www.efesalud.com/noticias/vigorexia-la-obsesion-por-el-deporte/>.
33. Rodríguez JM. *Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. España: Instituto de Investigación de Drogodependencias, Salud y Drogas; 2007.*
34. Aguirre HH, Cardona MA, Aguirre GA. *Dismorfia Muscular o Vigorexia una revisión teórica. Programa de Psicología- Universidad de Manizales. 2011.*
35. Rodríguez M, Rabito A. redalyc.org. [Online].; 2011 [cited 2015 Octubre 25. Available from: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=83918877006>.
36. Gerrig RJ. *Psicología y vida España: Pearson Educación; 2005.*
37. Tempelhof S. *El dolor de espalda España: HISPANO EUROPEA; 2007.*
38. Gómez JV. *Psiconeuroinmunología Barcelona: Edicions Universitat Barcelona; 2006.*

39. Compte E, Sepúlveda A. DISMORFIA MUSCULAR: Perspectiva Histórica y Actualización en su Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid , Psicología Conductual; 2014.
40. Pope H, Phillips K, Olivardia R. The Adonis Complex. How to identify, treat, and prevent body obsession in men and boys New York: TOUCHSTONE; 2002.
41. Lira N, Sánchez J. Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud Buenos Aires: LibrosEnRed; 2007.
42. Moreno AC. La Depresión y sus Máscaras Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2008.
43. Vetere G, Rodríguez R. MANUAL DE TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Buenos Aires: Polemos; 2011.
44. Compte E. Vigorexia. Aproximaciones teórico clínicas. Buenos Aires: Universidad de Belgrano, Departamento de Investigaciones; 2009.
45. Baile J. Vigorexia: cómo reconocerla y evitarla Madrid: SINTESIS; 2005.
46. Ladish LC. Miedo a comer: Cómo detectar, prevenir y tratar la anorexia y la bulimia Madrid: EDAF; 2002.
47. De la Serna I. Alteraciones de la imagen corporal: Anorexia, Vigorexia, Bulimia, Dismorfofobia y cuadros relacionados. , Monografías de Psiquiatría; 2004.
48. Riebeling RdS. Psicología de la obesidad Mexico: El Manual Moderno; 2015.
49. Gerali S. Que hacer cuando los jóvenes luchan con desórdenes alimenticios Miami Florida: Vida; 2014.
50. Sarason I, Sarason B. Psicopatología: psicología anormal : el problema de la conducta inadaptada Mexico: Pearson Educación; 2006.
51. Cox RH. Psicología del deporte: Conceptos y sus aplicaciones Columbia EEUU: Ed. Médica Panamericana; 2008.
52. Jambrina O. Webconsultas. [Online]. [cited 2015 Octubre 26. Available from: <http://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/trastornos-alimentarios/sintomas-y-complicaciones-de-la-vigorexia-2129>.

53. Fuertes JS. Como con salud. [Online]. [cited 2015 Octubre 20. Available from: <http://comeconsalud.com/alimentacion-nutricion/vigorexia-sintomas-y-signos/>.
54. Parks M, Sepúlveda A. Evaluación de la insatisfacción corporal en varones: una revisión sistemática de los instrumentos. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid ; 2013.
55. Sánchez D. Vigorexia, ortorexia, adicción al trabajo. y otros trastornos mentales del siglo XXI. MAGAZINE. 2009 Diciembre.
56. Castro R. Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación de deportistas de musculación patrones psicológicos asociados a la vigorexia. Tesis Doctoral. Jaén: Universidad de Jaén, Expresión Musical, plástica y corporal; 2013.
57. Raich RM. Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios : Pirámide; 2000.
58. McCreary D, Sasse D. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. Journal of American Health ; 2000.
59. Mitchell J, Peterson C. Assessment of Eating Disorders New York: Guilford Press; 2012.
60. Latorre P, Garrido A, García F. Versión española del cuestionario del complejo de Adonis; un cuestionario para el análisis del dismorfismo muscular o vigorexia. Jaén : Universidad Jaén , Nutrición Hospitalaria.
61. Parent MC. Clinical considerations in etiology, assessment, and treatment of men's muscularity-focused body image. Psychology of men and Masculinity. 2013; 14(88 - 100).
62. Sánchez FO. Lecciones de Psiquiatría Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2009.

# ANEXOS

## Encuesta:

Estimado usuario la encuesta tiene como objetivo determinar presencia de vigorexia y preocupación de imagen corporal en personas que realizan actividad física en gimnasios de la ciudad de Loja.

Lea cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.

Al contestar cada pregunta hágalo lo más verídicamente posible.

Especifique su respuesta rayando una X en el círculo (  ) que corresponda al ítem.

Recuerde que la información que proporcione será anónima.

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Masculino  Femenino

**Instrucción:**

Primaria  Secundaria  Técnico  Universitaria (Superior)

**Ocupación**

\_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

Soltera/o  Casada/o  Viviendo con alguien en pareja

Divorciado/ Separado  Viuda/o

**¿Cuántas horas al día asiste al gimnasio?**

1 hora  2 horas  Más de 2 horas

**¿Cuántos días a la semana asiste al gimnasio?**

3 días a la semana  4 días a la semana  5 días o más por semana

**¿Cuántos Meses (numero) ha asistido al gimnasio?**

\_\_\_\_\_

**¿Cuál de estas actividades físicas realiza con mayor frecuencia en el gimnasio?**

Pesas  Aeróbicos  Crossfit  Bailoterapia

## CUESTIONARIO DEL COMPLEJO 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 sólo a esas actividades deportivas cuyo objetivo principal sea mejorar la apariencia física).
  - a) Menos de 60 minutos.
  - b) De 60 a 120 minutos.
  - c) Más de 120 minutos.
  
6. ¿Con qué frecuencia sigues dietas comiendo alimentos especiales (por ejemplo, de alto grado proteínico o comidas bajas en grasas) o ingieres suplementos nutricionales para mejorar tu apariencia?
  - a) Nunca o raramente.
  - b) Algunas veces.
  - c) Frecuentemente.
  
7. ¿Qué parte de tus ingresos económicos los empleas en cuestiones dedicadas a mejorar tu apariencia (por ejemplo, comidas especiales de dieta, suplementos nutricionales, productos para el pelo, cosméticos, técnicas cosméticas, equipamiento deportivo, cuotas de gimnasio...)?
  - a) Una cantidad insignificante.
  - b) Una cantidad sustancial, pero nunca hasta el punto de que me cree problemas económicos.
  - c) Una cantidad suficiente hasta el punto de crearme problemas económicos.
  
8. ¿Con qué frecuencia tus actividades relacionadas con tu apariencia física afectan a tus relaciones sociales (por ejemplo, el tener que dedicar tiempo a entrenamientos, prácticas alimentarias especiales o cualquier otra actividad relacionada con tu apariencia que terminan afectando a tus relaciones con otras personas)?
  - a) Nunca o raramente.
  - b) Algunas veces.
  - c) Frecuentemente.
  
9. ¿Con 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) Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.
  - c) He usado esteroides legales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias.
  
13. ¿Con qué frecuencia has tomado medidas extremas (que no sean el uso de drogas) para cambiar tu apariencia, tales como hacer ejercicio excesivo, entrenar incluso estando dolorido, hacer dietas extremas, vomitar, usar laxantes u otros métodos de purga, usar técnicas no convencionales de desarrollo muscular, crecimiento del pelo, alargamiento del pene, etc.?
  - a) Nunca o raramente.
  - b) Algunas veces.
  - c) Frecuentemente.

## Escala de Satisfacción Muscular

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Cuando miro mis músculos en el espejo, a menudo me siento satisfecho con su tamaño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Si mi horario me obliga a perder un día de entrenamiento con pesas, me siento muy molesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A menudo pregunto a amigos y / o familiares si me veo grande/fuerte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy satisfecho con el tamaño de mis músculos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Frecuentemente gasto dinero en suplementos para aumentar mis músculos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Está bien usar esteroides para aumentar la masa muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. A menudo siento que soy adicto al entrenamiento con pesas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Si no entreno bien, es probable que tenga un efecto negativo el resto de mi día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Probaría cualquier cosa para hacer que mis músculos crezcan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Frecuentemente sigo entrenando, aún cuando mis músculos o articulaciones están adoloridos por entrenamientos anteriores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Con frecuencia paso mucho tiempo mirando mis músculos en el espejo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Paso más tiempo en el gimnasio entrenando que la mayoría de los que entrenan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Para ser grande/fuerte, uno debe ser capaz de aguantar mucho de dolor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Estoy satisfecho con mi tono y definición muscular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Mi autoestima está centrada en cómo se ven mis músculos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Frecuentemente aguanto mucho dolor físico mientras estoy levantando pesas para ser más grande/fuerte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Debo tener músculos más grandes, por cualquier medio que sea necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. A menudo busco asegurarme a través de los demás que mis músculos son suficientemente grandes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A menudo encuentro difícil resistir comprobar el tamaño de mis músculos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Gracias por su colaboración**