



VIGOREXIA Y CONSUMO DE ESTEROIDES EN LOS GINNASIOS DE CANARIAS

Autor: Manuel Manso Rodríguez

**Tutora: Margarita Hernández
Pérez**

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de La Salud

Sección de Enfermería

Universidad de La Laguna

Junio 2022

AGRADECIMIENTOS

Agradecer especialmente a mis padres, por estar conmigo en los momentos difíciles y por guiarme en los momentos en lo que estaba perdido, por su apoyo incondicional a lo largo de toda mi vida etapa. Gracias por todo lo que habéis hecho y seguís haciendo por mí.

A mi hermano, por acompañarme y aconsejarme desde el punto de vista de la medicina para darme nuevos enfoques, por su sentido del humor y aguantarme todos estos años.

A mis abuelos por animarme siempre a hacer aquello que me hiciera feliz y apoyarme plenamente con mis decisiones, ayudándome a crecer como persona desde que tengo uso de razón.

A mis amigos que tuvieron que soportar constantemente mis anécdotas y experiencias de prácticas sin rechistar, que me apoyaban y buscaban la manera de coincidir conmigo pese a mis horarios de prácticas.

A mis compañeros de carrera, por todas las vivencias compartidas tanto en clase como en las prácticas.

A mi tutora, por su apoyo, su ayuda y su esfuerzo que sin duda han sido vitales para que el trabajo saliese adelante.

A mis profesores, por transmitirme y enseñarme buenos valores.

A los enfermeros con los que coincidí en prácticas por enseñarme tan bien y ayudarme a crecer profesionalmente y como persona.

RESUMEN: Actualmente vivimos en una sociedad en la que la estética y unos cánones de belleza impuestos, provocan una exagerada preocupación por el físico y por lo que opinan los demás del mismo. Esta preocupación puede conllevar hábitos tóxicos con consumo de sustancias y desequilibrios nutricionales, con el objetivo de obtener un cuerpo socialmente aceptado.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general conocer la población que padece vigorexia y su relación con el consumo de esteroides anabolizantes. Para ello, se llevará a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal con los usuarios que acudan regularmente a un gimnasio para el levantamiento de pesas (Tenerife, España), y que deseen participar de forma voluntaria en dicho estudio.

Se recogerán variables: sociodemográficas (edad, sexo y nivel de estudios), percepción del físico (autoestima, preocupación excesiva), práctica de ejercicio (frecuencia, tiempo empleado), ámbito personal (relaciones sociales y sexuales, gastos, hábitos alimentarios), y esteroides (consumo, conocimientos). Como instrumento de medida se usará el Cuestionario del Complejo de Adonis modificado, ya validado para la población española, pero al que se le han añadido algunas preguntas más (*Anexo 7.3*) y el cuestionario sobre la personalidad IPIP-FFM (*Anexo 7.4*).

Conocer la población afectada de vigorexia, su relación con el consumo de esteroides anabolizantes, los motivos que le han animado a usar estas sustancias y los conocimientos que tienen acerca de las mismas, nos ayudará a proponer acciones o iniciativas dirigidas a educar a estas personas en materia de salud, para prevenir futuras adicciones y conductas inapropiadas, respondiendo con ello a una de las competencias que el personal de enfermería tiene, la educación sanitaria.

PALABRAS CLAVES: Vigorexia, esteroides anabólicos, complejo de Adonis, autoestima, gimnasio.

ABSTRACT: We currently live in a society in which aesthetics and imposed beauty standards lead to an exaggerated concern for our physique and the opinion others have of it. This concern can lead part of the population to resort to toxic habits with substance abuse and nutritional imbalances to obtain a socially accepted body.

The general objective of this research is to find out about the population suffering from vigorexia and its relationship with the consumption of anabolic steroids. For this purpose, a descriptive, observational and cross-sectional study will be carried out with users who regularly attend a weightlifting gym (Tenerife, Spain), and who wish to participate voluntarily in the study.

The following variables will be collected: socio-demographic (age, sex and level of education), perception of the physique (self-esteem, excessive concern), exercise (frequency, time spent), personal sphere (social and sexual relationships, expenses, eating habits), and steroids (consumption, knowledge). The modified Adonis Complex Questionnaire, already validated for the Spanish population, will be used as a measurement instrument, but with the addition of some more questions (Annex 7.3) and the IPIP-FFM Personality Questionnaire (Annex 7.4).

Knowing the population affected by vigorexia, their relationship with the consumption of anabolic steroids, the reasons that have encouraged them to use these substances and the knowledge they have about them, will help us to propose actions or initiatives aimed at educating these people about health, to prevent future addictions and inappropriate behaviour, thereby responding to one of the competencies that nurses have, health education.

KEY WORDS: Vigorexia, anabolic steroids, Adonis complex, self-esteem, gym.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1. Historia de la vigorexia	1
1.2. Vigorexia: concepto, epidemiología y etiología	2
1.3. Diagnóstico y tratamiento	3
1.4. Personalidad del deportista	4
1.5. Hormonas esteroideas	5
1.5.1. <i>Esteroides anabólicos androgénicos</i>	5
1.5.2. <i>Indicaciones terapéuticas de EAA</i>	6
1.5.3. <i>Mal uso y efectos adversos de EAA</i>	7
1.6. Antecedentes y estado actual del tema	8
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	11
3. MATERIAL Y MÉTODO	12
3.1. Tipo de estudio	12
3.2. Población y muestra	12
3.3. Criterios de inclusión	12
3.4. Sistemática del estudio. Variables e Instrumentos de medida	12
3.5. Consideraciones éticas	13
3.6. Análisis estadístico de los datos	14
4. CRONOGRAMA	15
5. LOGÍSTICA	16
6. BIBLIOGRAFÍA	17
7. ANEXOS	22

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Historia de la vigorexia

En la sociedad actual, existe una importante tendencia al culto al cuerpo, donde multitud de personas viven obsesionadas con su imagen buscando la aprobación del resto para poder sentirse a gusto consigo mismas. Esta fijación en obtener esa aceptación por parte de los demás, puede llegar a desembocar en trastornos psicológicos. Los más conocidos y estudiados son los trastornos de la conducta alimenticia como pueden ser la anorexia y la bulimia. ⁽¹⁾

Sin embargo, existe otro posible trastorno provocado por la obstinación en el físico, no relacionado tanto con la conducta alimentaria, sino más bien con una práctica excesiva de ejercicio. Aunque múltiples estudios demuestran los grandes beneficios para la salud tanto física como psicológica de la práctica regular de ejercicio, si se realiza de manera desmesurada puede resultar perjudicial. ⁽²⁾

Las primeras referencias acerca de la obsesión al ejercicio datan de 1970, en un estudio de Baekeland que buscaba comprobar los efectos que tenía sobre el patrón de sueño la privación del ejercicio. Posterior a este estudio se utilizaron varios términos para referirse al trastorno tales como “adicción positiva” o “adicción al correr”. ⁽²⁾

Posteriormente en los años 90 surgieron más estudios sobre la obsesión con el deporte. El psiquiatra Harrison Pope, en lo que realizaba un estudio acerca del uso y abuso de los esteroides, definió por primera vez el trastorno como “la alteración del comportamiento de una persona que dedica –de forma obsesiva– gran parte de su tiempo a incrementar su musculación y a construir su cuerpo de acuerdo con ciertos estándares. Suele acompañarse del seguimiento de una dieta rica en proteínas e hidratos de carbono y de la administración de determinadas sustancias –hormonas, esteroides anabolizantes– que incrementan la masa muscular” ⁽³⁾. A este trastorno lo denominó “*Anorexia nerviosa inversa*”. ⁽²⁾

A lo largo del tiempo se han empleado diversos términos para referirse al trastorno tales como “*Complejo de Adonis*” o “*Dismorfia muscular*”, sin embargo, el término comúnmente más utilizado en lengua castellana es “*Vigorexia*”

1.2. Vigorexia: concepto, epidemiología y etiología

Actualmente no existe una definición por parte de la OMS del término de *vigorexia*, por lo que no hay un criterio claro para determinar en qué consiste exactamente el trastorno.

Hay quien la define como una adicción más de las que existen en la sociedad actual, otros autores dicen que se trata de un Trastorno Obsesivo-Compulsivo cuya obsesión es el ejercicio físico y la compulsión es la práctica de este. Otros lo consideran otro tipo de trastorno de la conducta alimentaria, mientras algunos lo consideran como un trastorno en el cual se tiene una percepción equivocada del físico propio. ⁽²⁾

La indefinición que existe sobre el término provoca que sea muy complicado encontrar resultados claros acerca de la prevalencia de *vigorexia*, puesto que la cifra de casos oscilará en función de cómo sea definido. ⁽²⁾

Entre las características de una persona que padece este trastorno y que nos puede servir para identificarles, encontramos ⁽²⁾:

- Práctica exagerada de ejercicio con el fin de aumentar su masa muscular.
- El tiempo que emplean en realizar ejercicio perjudica a su vida personal.
- Quienes la padecen, tienen una percepción equivocada de su físico, creyendo estar menos fuerte de lo que están realmente.
- Principalmente se da en hombres de entre 18 y 25 años.
- Alimentación inadecuada y utilización de fármacos que ponen en riesgo su salud.

Se estima que la prevalencia del trastorno a nivel global es del 2% de la población mundial. Respecto a los datos específicos en España, no existen fuentes fiables, pero algunos autores estiman que el 10% de los varones practicantes de culturismo la padecen. Es un trastorno que afecta principalmente a varones, en el 80% de los casos, aunque también las mujeres lo padecen. Por lo general suele tener su inicio en la adolescencia. ⁽⁴⁾

Respecto a la etiología del trastorno, aún es desconocida, pero puede estar relacionado con factores biológicos, psicológicos y sociales. Diversos estudios realizados mediante resonancias magnéticas reflejan una hiperreactividad de la corteza orbitofrontal unida a una hipoactividad en la corteza occipital, por lo que el trastorno podría estar asociado con un mal funcionamiento del procesamiento visual. Además, existe relación con factores sociales, ya que aquellas personas afectadas refieren falta

de atención de sus padres, haber sido objeto de burlas y maltrato por parte de otras personas que aquellos que no la padecen. También pueden influir los cánones de belleza establecidos tanto por la publicidad como por los medios de comunicación en nuestra sociedad. ⁽⁴⁾

La persona que padece de este trastorno considera que su cuerpo no está suficientemente musculado, lo cual los lleva a comportamientos inadecuados y hábitos tóxicos que pueden llegar a asociarse con una tendencia suicida. Estas conductas se basan en una práctica excesiva de ejercicio físico, principalmente levantamiento de pesas, uso de dietas exageradamente restrictivas con un exceso de proteínas y consumo de sustancias. ⁽⁴⁾

1.3. Diagnóstico y tratamiento

Los criterios para tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la vigorexia son ⁽⁴⁾:

- Preocupación por el físico, común en gran parte de la población, pero patológica cuando provoca conductas desadaptativas y que afectan a las relaciones del individuo.
- Defectos corporales reales.
- Trastornos de la conducta alimentaria, dietas con multitud de restricciones, ingesta exagerada de proteínas y ausencia completa de grasas.
- Depresión mayor.
- Trastorno de ansiedad social: la persona tiene miedo a las opiniones negativas acerca de su físico que el resto de las personas puedan tener.
- Agorafobia: “temor y la ansiedad a quedar atrapado en situaciones o en lugares en los que no hay una vía de escape fácil o en las que podría no disponerse de ayuda si se desarrolla una ansiedad intensa”. ⁽⁵⁾
- Trastornos por ansiedad generalizada.
- Trastornos obsesivo-compulsivos: similares en cuanto a conductas repetitivas y pensamientos reiterados. En la dismorfia, los pensamientos se centran en la preocupación sobre su físico y los comportamientos exclusivamente en la apariencia.

La mayoría de las personas que padecen de estos trastornos no son conscientes de los mismos, lo cual deriva en complicaciones para tratarlos. Por ello, parte importante del tratamiento consiste en involucrar a la familia para lograr una alianza terapéutica.

Principalmente el tratamiento consiste en fármacos antidepresivos o terapia cognitivo-conductual, o ambas combinadas. ⁽⁴⁾

1.4. Personalidad del deportista

La personalidad se define como “Diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra” ⁽⁶⁾. La personalidad de cada sujeto se va desarrollando a lo largo de la vida del individuo, influido por todas las interacciones de este con su entorno.

El deporte no es únicamente una cuestión de capacidades físicas, tácticas y técnicas, sino que también se ve influido por las condiciones psicológicas como la personalidad, aunque se tiende a dar una mayor importancia al ámbito físico, desatendiendo el psicológico. Por ello se han realizado diferentes estudios recientemente que se centran en averiguar la intervención exacta que provocan las variables psicológicas en el rendimiento de los deportistas. ⁽⁷⁾

No existen unas conclusiones claras acerca de las características propias de la personalidad de los deportistas. Hay diversos modelos tales como los redactados por Cattell (1975), Eysenck (1985) y Costa y McCrae (1995), que suponen las teorías más influyentes acerca de la personalidad del deportista. ⁽⁷⁾

El estudio de Raymond Cattell (1995), determinó a partir de 16 factores básicos (afabilidad, razonamiento, estabilidad, dominancia, animación, atención-normas, atrevimiento, sensibilidad, vigilancia, abstracción, privacidad, aprensión, apertura-cambio, autosuficiencia, perfeccionismo y tensión), un modelo para estudiar la personalidad. A partir del mismo, otros autores concluyeron que los deportistas son más autosuficientes, relajados y estables emocionalmente que los no deportistas. ⁽⁷⁾

Por su parte Hans Eysenck (1985), presenta un modelo basado en la jerarquía y compuesta por tres ejes dimensionales: extroversión-extraversión, neuroticismo-estabilidad y psicoticismo-normalidad. Los estudios derivados de este modelo afirman que los deportistas se caracterizan por una mayor extraversión y menor neuroticismo. ⁽⁷⁾

Finalmente, Costa y McCrae (1995), proponen un modelo catalogando las conductas en cinco factores: extraversión, neuroticismo, apertura a la experiencia, responsabilidad y afabilidad. De los 12 estudios realizados según este modelo se extrae

que, los deportistas presentan mayor extroversión, estabilidad emocional y responsabilidad que aquellos no practicantes del deporte. ⁽⁷⁾

1.5. Hormonas esteroideas

El ser humano posee una serie de hormonas esteroideas naturales que son producidas por el propio organismo en los testículos, los ovarios y el córtex adrenérgico ⁽⁸⁾. Las hormonas esteroideas son aquellas que las células endocrinas sintetizan a partir del colesterol, y entre ellas se encuentran el cortisol, la aldosterona, el estrógeno, la progesterona y la testosterona.

De todas ellas nos centraremos en la testosterona, ya que esta hormona tiene entre sus múltiples funciones el desarrollo de la masa muscular. Es la principal hormona sexual masculina, aunque también se produce en mujeres en menor cantidad.

Otras funciones de la testosterona serían el desarrollo de características fenotípicas masculinas (tales como la barba o la aparición de vello en el cuerpo), provocan también el desarrollo y crecimiento de los órganos sexuales masculinos, asimismo tienen función metabólica y también tienen cierta influencia en la conducta del individuo ^(9,10). Por su parte en las mujeres su principal función es dentro del desarrollo folicular.

1.5.1. Esteroides anabólicos androgénicos

“Los esteroides anabólicos androgénicos (EAA), corresponden a derivados sintéticos de la testosterona los cuales presentan indicaciones médicas específicas, sin embargo, actualmente se usa para fines no clínicos” ⁽¹¹⁾

En 1935 fue cuando se logró por primera vez sintetizar testosterona gracias al trabajo de Butendant y Ruzicka, posteriormente se comenzó a realizar estudios en seres humanos para finalmente ser introducidas en el mundo del deporte a partir de los años 50. El exagerado consumo de esteroides terminó provocando su prohibición en competiciones deportivas por parte del Comité Olímpico Internacional (COI) en 1976. Actualmente es considerado un problema de salud pública a escala mundial. ⁽¹¹⁾

A pesar de que en la actualidad prevalezca un mal uso de los esteroides anabólicos con fines deportivos para hipertrofiar, lograr un mayor desarrollo muscular y

por consiguiente mejorar el rendimiento deportivo, también tiene su indicación clínica en caso de pubertad tardía o por pérdida muscular a causa de alguna patología. ⁽¹²⁾

Entre los esteroides anabolizantes cuyo uso está más extendido tenemos aquellos orales tales como anadrol (oximetolona), oxandrín (oxandrolona), dianabol (metandrostenolona) y winstrol (estanozolol) y los inyectables como Deca-Durabolín (decanoato de nandrolona), Durabolín (fenilpropionato de nandrolona), Depo-testosterona (cipionate de testosterona), Equipoise (undecilenato de boldenona) y Tetrahydrogenasa (THG). ⁽¹³⁾

Entre sus funciones destaca estimular la síntesis proteica en el músculo esquelético, incrementando el número de receptores androgénicos del factor de crecimiento del RNAm, además de estimular el crecimiento de la médula ósea; si bien algunos como oxandrolona tienen mayor efecto anabólico que la testosterona, pero menor efecto androgénico. ^(14,15,16)

Aproximadamente, a nivel global un 6,4% de hombres y un 1,6% de mujeres recurren al consumo de EAA, sumado al consumo a grandes dosis y con otros medicamentos suponen un riesgo para la salud. ⁽¹⁷⁾

1.5.2. Indicaciones terapéuticas de EAA

Aunque en un principio los EAA fueron diseñados con un uso terapéutico, en los últimos años gran parte de los sintetizados no tienen una aplicación clínica. En España existen una serie de EAA autorizados, pero en ningún caso con fines de desarrollar la masa muscular ni aumentar la capacidad física ⁽¹⁸⁾.

Algunos de los EAA comercializados en España son:

- Primobolan®, nombre comercial de metenolona indicada en “Enfermedades y estados que requieren un aumento de la síntesis de proteínas para mejorar el estado general del paciente, o para evitar daños resultantes de procesos catabólicos, tales como enfermedades consuntivas, caquexia, carcinoma avanzado de mama u órganos genitales en la mujer”. ⁽¹⁹⁾
- Proviron®, nombre comercial de mesterolona cuya indicación es “terapia sustitutiva en hombres adultos con deficiencia androgénica o infertilidad masculina asociada a hipogonadismo masculino.” ⁽²⁰⁾

- Reandron® y el Testex®, ambos indicados como “terapia de sustitución de testosterona en el hipogonadismo masculino, cuando el déficit de testosterona se ha confirmado mediante datos clínicos y pruebas bioquímicas” (21,22)

1.5.3. Mal uso y efectos adversos de EAA

Tal como se citó anteriormente, en España no está autorizado la comercialización de EAA con la finalidad de aumentar la masa muscular y la capacidad física. Sin embargo, esta muy extendido su consumo en dosis altas (10-60 veces la dosis terapéutica), durante largos periodos de tiempo y con este objetivo, no solo por deportistas sino también en la población general. Por todo esto se ha convertido en un problema de la sociedad y no únicamente del mundo del deporte. (23)

Prescribir y suministrar estas sustancias sin indicación terapéutica está prohibido por la legislación española en todos los ámbitos; sin embargo, existen redes de distribución ilegales que permiten el acceso a estas sustancias a cualquier persona que las busque. (23)

Los efectos secundarios de los EAA están debidamente indicados en los prospectos de los fármacos autorizados. Sin embargo, cuando se consume a dosis suprafisiológicas pueden provocar daños a nivel hepático, cardiovascular, endocrinos, reproductivos y en casos extremos pueden ocasionar la muerte. (18)

Entre sus efectos adversos cabe señalar:

- *Alteraciones hepáticas:* especialmente los orales, a dosis altas son hepatotóxicos, con incremento de las enzimas ALT y AST. Otras patologías hepáticas derivadas del excesivo consumo de EAA son “hepatomegalia, peliosis hepática y colestasis intrahepática, angiosarcoma hepático, colangiosarcoma, adenoma y carcinoma hepatocelular y ruptura hepática espontánea”. También está demostrado que la función hepática mejora una vez se dejan de consumir. (17)
- *Efectos cardíacos:* arterosclerosis al aumentar el metabolismo de las lipoproteínas, lo que provoca a su vez una mayor probabilidad de infarto agudo de miocardio. Al estar los receptores androgénicos en el miocardio, se produce la hipertrofia del músculo cardíaco, lo que da lugar a una hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y fibrosis miocárdica, que a su vez originan un aumento en el riesgo de aparición de arritmias y en casos extremos incluso muerte súbita. (25)

- Alteraciones neuropsicológicas: destacan vigorexia, agresividad, trastornos depresivos y aumento del riesgo de suicidio. ⁽¹³⁾
- *Efectos endocrinos:* destacan *hipogonadismo* por efecto inhibitor de las hormonas secretadas por el hipotálamo (GNRH) y por la hipófisis (FSH y LH), lo cual puede producir otros problemas tales como esterilidad y disfunción eréctil en el hombre, así como virilización, hirsutismo (aumento del vello facial y corporal), desregulación de los ciclos menstruales y voz más grave en las mujeres. ^(24,27) También puede ocasionar *ginecomastia*, efecto estético que más preocupa a los consumidores del sexo masculino debido a las altas concentraciones de estradiol por las altas dosis de testosterona (prevalencia del 52% en pacientes que consumen EAA). ^(11,26) También pueden producir otras alteraciones hormonales y diabetes.
- *Efectos sobre el sistema esquelético:* en las personas más jóvenes puede producir el cese del crecimiento de los huesos largos con la consecuencia de una detención prematura del crecimiento, además de aumentar el riesgo de rupturas tendinosas. ⁽²⁷⁾
- *Efectos hemostáticos:* Estas alteraciones pueden provocar un estado protrombótico aumentando así el riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP) en consumidores abusivos de EAA. ⁽¹¹⁾

1.6. Antecedentes y estado actual del tema

Son muchos los estudios que han demostrado la relación existente entre el consumo abusivo de EAA y la vigorexia. Entre ellos cabe señalar:

Un estudio realizado en la Universidad Metropolitana de Manchester en 2011, que tenía como objetivo evaluar la presencia y la experiencia de dismorfia muscular, en culturistas consumidores actuales y exconsumidores de EAA. Se entregó un cuestionario a 60 participantes masculinos y a 9 de ellos se les realizó una entrevista para examinar las características, factores predisponentes y consecuencias negativas utilizando como base el modelo conceptual de Lantz, Rhea y Mayhew (2001). En las encuestas no se halló gran diferencia entre la experiencia de la dismorfia muscular entre consumidores y exconsumidores. Sin embargo, las entrevistas muestran mayor

predisposición a características propias de la vigorexia a los antiguos consumidores de EAA que a los actuales. ⁽²⁸⁾

Una investigación publicada en Brasil en 2012, que tenía como objetivo averiguar qué aspectos socioculturales y psicológicos conducen a la dismorfia muscular, además de concretar si estaba o no relacionado con el uso de esteroides anabólicos. El estudio contó con 20 participantes inscritos por Internet. Los resultados indicaron que la preocupación por el físico, la baja autoestima y el sentimiento de inferioridad puede desembocar en la aparición de la vigorexia, que a su vez aumenta el riesgo de consumo de EAA con su consecuente compromiso de la salud. ⁽²⁹⁾

Una revisión sistemática publicada por la Universidad de Murcia en 2016 incluyó 17 estudios buscados en las bases de datos PsycINFO y Medline, publicados entre 1997 y 2012. De ellos, se concluye que aquellas personas que padecen de vigorexia muestran preocupación por su forma física, acuden al gimnasio a levantar pesas entre 3 y 7 días a la semana, hacen dieta hiperproteica y con cierta frecuencia recurren a suplementos y al consumo de EAA. ⁽³⁰⁾

Un estudio realizado en España en 2018 con 562 hombres y 172 mujeres, y con la finalidad de conocer la prevalencia del uso de esteroides anabolizantes en personas afectadas por el trastorno de dismorfia muscular, concluyó que aproximadamente el 50% que padecían dismorfia muscular recurren al consumo de esteroides. Además, el 100% de la muestra que aseguró consumir EAA, afirmó que el fin de su consumo era para aumentar su masa muscular y capacidad física. Asimismo, los esteroides más utilizados por los hombres fueron Deca-Durabolin (78%) y Dianabol (22%), mientras que en las mujeres utilizaban más Androgel (47%), Dianabol (33%) y Deca-Durabolin (20%). El 44% de los hombres utilizaban EAA y padecían DM, por su parte el 47,4% padecía DM y consumía EAA. ⁽³¹⁾

Un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo realizado en Brasil en 2020, llevado a cabo con 40 voluntarios de dos gimnasios diferentes, y con el objetivo de buscar una correlación entre la vigorexia y el uso de esteroides anabólicos en deportistas que realizaran entrenamientos de fuerza, demostró que en uno de los gimnasios el 80% afirmaba usar EAA y en el otro un 45%, además de justificar en ambos gimnasios que lo hacían por una cuestión estética. Asimismo, ninguno de los participantes llevó ningún tipo de seguimiento para prevenir alguno de los efectos adversos de los EAA, siendo los esteroides más empleados; Durateston® (84%), Winstrol® (80%) y Deca-Durabolin (44%). ⁽³²⁾

Un estudio transversal analítico realizado en tres gimnasios de la ciudad de la Habana (Cuba, 2021) que buscaba relacionar la asociación entre el riesgo de vigorexia con el consumo de sustancias ergogénicas. En el estudio de los 90 hombres encuestados el 58,9% afirmaba consumir ayudas ergogénicas. Además, el 67,8% presentaba preocupación leve por su imagen corporal, el 28,9% preocupación moderada y un 3,3% preocupación grave. Por lo que el consumo de sustancias fue independiente de la percepción de la imagen corporal. ⁽³³⁾

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

“La sociedad de consumo, en su afán por vender compulsivamente, nos ha llevado a seguir unos estereotipos de perfección física y aunque todos estamos expuestos a la presión del consumo, no tenemos la misma predisposición para sufrir alteraciones de conductas. Los sujetos afectados por la vigorexia sufren un trastorno grave de la conducta alimentaria, que lleva a la práctica de ejercicio físico de manera compulsiva y realizando una dieta muy estricta y suplementada con sustancias proteicas, esteroides y hormonas anabolizantes”.⁽³⁴⁾

En muchas ocasiones el objetivo de aumentar masa muscular viene asociado al consumo de EAA; sin embargo, multitud de consumidores no tienen en cuenta las múltiples patologías y consecuencias para la salud derivadas de su uso a dosis altas sin ningún tipo de control, centrándose únicamente en su obsesión por mejorar su aspecto físico. Por este motivo se ha planteado este trabajo de investigación, con el **objetivo principal** de conocer entre la población canaria que acude regularmente a gimnasios para la práctica de ejercicio, el grado de consumo de sustancias para aumentar la masa muscular, y su relación con la vigorexia; de ahí que nos planteemos como **hipótesis** de trabajo que existe una relación directamente proporcional entre el consumo de estas sustancias y un aumento de la vigorexia.

Por otro lado, si bien en la geografía peninsular hay estudios realizados en este sentido, no se ha llevado a cabo ninguno en Canarias, por lo que sería un estudio pionero dentro de nuestra comunidad.

Los **objetivos específicos** que nos planteamos son:

1. Cuantificar la proporción de personas que padecen vigorexia.
2. Conocer la prevalencia del consumo de esteroides anabolizantes en los gimnasios objeto de estudio.
3. Identificar los esteroides anabolizantes más utilizados.
4. Valorar los motivos que incitan al uso de esteroides anabolizantes.
5. Determinar si las personas que consumen habitualmente estas sustancias tienen conocimientos acerca de los peligros que suponen para la salud.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Tipo de estudio

Se llevará a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal, para valorar la correlación existente entre la vigorexia y el consumo de esteroides anabólicos en los principales gimnasios de las Islas Canarias.

3.2. Población y muestra

Nuestra población la conformarán todas aquellas personas que acudan regularmente a un gimnasio de canarias para realizar levantamiento de pesas.

En cuanto a la muestra, hemos seleccionado uno de los mayores gimnasios del municipio de La Laguna (Tenerife, España), el cual tiene una población diana de 1500 personas aproximadamente. Estableciendo un coeficiente de fiabilidad del 95% en poblaciones finitas, nuestra muestra la conformarán 306 personas, con un error muestral del 5%. Se trata de un estudio preliminar.

3.3. Criterios de inclusión

Como criterios de inclusión serán tenidos en consideración aquellas personas mayores de 18 años que acudan con regularidad al gimnasio objeto de estudio, y que de forma voluntaria acepten formar parte de la investigación, para lo cual deberán firmar un consentimiento informado (*Anexo 7.2*).

3.4. Sistemática del estudio. Variables e Instrumentos de medida

El estudio comenzará solicitando autorización a la dirección del gimnasio objeto de estudio (*Anexo 7.1*), para lo cual se le adjuntará toda la información relativa a la investigación (objetivos, metodología, beneficios, etc.), y se les facilitará un teléfono y/o email de contacto para resolver cuantas dudas tengas respecto a la misma.

Una vez tengamos el permiso favorable de la dirección, se captarán aquellos usuarios que acudan regularmente al gimnasio para el levantamiento de pesas. Para ello, se comentará brevemente a la entrada o salida del gimnasio el objetivo de nuestro Proyecto de Investigación y el método que vamos a emplear, mostrándoles el interés y

la utilidad que puede suponer su participación en el mismo, para el que se solicitará su colaboración desinteresada. En el momento en que acepten formar parte del estudio de manera voluntaria, se les hará entrega de un consentimiento informado para que lo firmen (*Anexo 7.2*), además de un cuestionario que deberán cumplimentar y entregar en cualquiera de sus visitas al centro deportivo (*Anexo 7.3*).

El cuestionario incluye variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios), variables relacionadas con la percepción propia que tiene el usuario de su físico (autoestima, preocupación excesiva), variables relacionadas con el ejercicio físico (frecuencia, tiempo empleado), variables relacionadas con su ámbito personal (relaciones sociales y sexuales, gastos, hábitos alimenticios) y variables relacionadas con el consumo de esteroides y sus conocimientos sobre los mismos. La recogida de estos datos se realizará en un periodo de tiempo de 1 a 2 meses. Este cuestionario está basado en la versión española del *Cuestionario sobre el Complejo de Adonis*, al que se le han añadido 6 preguntas (1, 2, 3, 17, 18, 19, 20), para terminar de obtener la información que precisamos y que, por tanto, estará pendiente de su previa validación.

Además, se empleará el cuestionario de Personalidad IPIP-FFM (*Anexo 7.4*) para determinar qué tipo de personalidad es la más frecuente dentro de nuestra muestra. Se medirán 5 dimensiones, la afabilidad (1-10), extraversión (11-20), intelecto (21-30), estabilidad emocional (31-40) y responsabilidad (41-50). Las respuestas de este cuestionario se miden con una escala Likert de 1 a 5, en la que 1 significa nunca y 5 significa siempre.

3.5. Consideraciones éticas

Se garantizará que la información facilitada se tratará de manera confidencial y anónima, conforme al Reglamento General de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales (Ley Orgánica 3/2018), así como que los datos se usarán únicamente con la finalidad de este proyecto de investigación. Se contará con la aprobación de propietario/director del gimnasio, así como también con el consentimiento de los propios participantes. Solo participarán las personas que acepten voluntariamente colaborar en el proyecto, sin coacción de ningún tipo, pudiendo abandonar el estudio en el momento que lo deseen.

3.6. Análisis estadístico de los datos

El análisis de los datos se llevará a cabo mediante el uso del paquete estadístico IBM Statistic SPSS, Versión 22.0 para Windows. Las variables categóricas serán presentadas a modo de porcentajes y frecuencias, y las variables continuas como medias y desviación típica. Se efectuarán pruebas de tipo paramétricas (t de Student y ANOVA) y no paramétricas (ChiCuadrado) para conocer la relación que existen entre las variables y confirmar o no la hipótesis planteada. Se considera aceptable un nivel de significancia estadística $p \leq 0.05$.

4. CRONOGRAMA

Año 2023																		
MES ACTIVIDADES	Marzo																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Obtención de permisos del gimnasio y validación del cuestionario																		

Año 2023						
MES ACTIVIDADES	Marzo		Abril		Mayo	
	19-25	26-31	1-15	16-30	1-15	16-31
Entrega de consentimiento informado y cuestionario inicial. Recogida de datos.						

Año 2023																		
MES ACTIVIDADES	Junio																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17-29	30
Análisis estadístico de los datos																		

Año 2023													
MES ACTIVIDADES	Julio												
	1-19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Redacción del informe final con los resultados y conclusiones													
Difusión de los resultados													

5. LOGÍSTICA

Recursos materiales	Cantidad	Precio
Folios	500	4,95 €
Fotocopias	500	30 €
Carpetas	5	6 €
PC	1	0 €
Recursos humanos	Cantidad	Precio
Investigador principal	1	0 €
Estadístico	1	700 €
Total		740,95 €

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Fanjul C, González C. Vista de La creatividad publicitaria y su influencia social en la vigorexia masculina. Universidad Jaume I [Internet]. 2009 [Citado el 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://questionespublicitarias.es/article/view/v14-fanjul-gonzalez/95-pdf-es>
2. Rodríguez JM. Vista de Vigorexia: Addiction, obsession or dismorfia; an attempt of approach / Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. Universidad Autónoma de Madrid [Internet]. 2007 [Citado el 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=75&path%5B%5D=74>
3. Caracuel JC, Arbinaga F, Montero JA. Perfil socio-deportivo de dos tipos de usuarios de gimnasio: un estudio piloto. Universidad de Sevilla [Internet]. 2003 [Citado el 14 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/20.500.12020/99/C00027463.pdf?sequence=1>
4. Guerola E, Pejenaute ME. Actualizaciones. Vigorexia. [Internet]. docplayer.es. [Citado el 11 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/135326918-Actualizaciones-vigorexia-introduccion-definicion-puntos-clave-elena-querola-pejenaute-a-y-maria-elena-pejenaute-labari-b.html>
5. Barnhill JW. Agorafobia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2020 [Citado el 11 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/agorafobia#:~:text=La%20agorafobia%20es%20el%20temor>
6. RAE. personalidad | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. [Citado el 17 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/personalidad>
7. Castro R, Zagalaz L, Molero D. 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, 2013. [Citado el 11 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/530/1/9788484395157.pdf>

8. De Groot A, Blay G, Anton AW. Esteroides Anabolizantes. Editorial Paidotribo [Internet]. 2013 [Citado el 14 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://elibro-net.accedys2.bbtck.ull.es/es/ereader/bull/114952>
9. Marcos JF. Las hormonas esteroideas sexuales, el envejecimiento y el ejercicio. Revista Andaluza de Medicina del Deporte [Internet]. 2008 [Citado el 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3233/323327654005.pdf>
10. Paraíso B, Salvador Z. Hormona testosterona: ¿cuál es su función en hombres y mujeres? Reproducción Asistida ORG. 2019 [Internet]. 2019 [Citado el 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/la-testosterona/>
11. Rodríguez JM, Álvarez A, Salas A. Esteroides anabólicos: repercusiones médicas del uso indiscriminado con fines en la mejora del rendimiento atlético. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2020 [Citado el 17 de febrero de 2022];5(7):4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7604661>
12. Esteroides anabólicos. [Internet]. Medlineplus.gov 2002 [Citado el 17 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/anabolicsteroids.html>
13. ¿Qué son los suplementos esteroídicos? National Institute on Drug Abuse. [Internet]. 2007 [Citado el 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-los-esteroides-anabolicos/que-son-los-suplementos-esteroidicos>
14. Estanozolol. [Internet]. www.vademecum.es. [Citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-estanozolol-A14AA02-es>
15. Nandrolona [Internet]. www.vademecum.es. [Citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-nandrolona-A14AB01-es>
16. Oxandrolona [Internet]. www.vademecum.es. [Citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-oxandrolona-A14AA08-es>
17. Hernández S, Fernández M, Ortiz I. Efectos secundarios derivados del consumo de esteroides anabólicos en el deportista. Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte [Internet]. Ebscohost.com. 2017 [Citado 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://web-p-ebsohost.com.accedys2.bbtck.ull.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b736fa82-e511-4447-8d08-c81767a8d5af%40redis>

18. San Ruperto MA, Gil P, Cantón E. Aproximación al perfil psicológico del usuario de esteroides anabolizantes no indicados. Universidad de Valencia [Internet]. 2019 [Citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/70888/Tesis%20M%20San%20Ruperto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Ficha técnica Primobolan depot 100 mg solución inyectable. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. cima.aemps.es. [Citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/36558/FT_36558.html
20. Ficha técnica Proviron 25 mg comprimidos. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. cima.aemps.es. [Citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/48881/FT_48881.html
21. Ficha técnica Reandron 1000 mg/4 ml solución inyectable. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. cima.aemps.es. [Citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/66470/FT_66470.html
22. Ficha técnica Testex 25 mg/1 ml solución inyectable. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. cima.aemps.es. [Citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/19207/FT_19207.html
23. Vázquez-Mourelle R, Carracedo-Martínez E, Ces E, Cadórniga L, Álvaro P, Pose JM. Control de la dispensación de medicamentos esteroides anabolizantes androgénicos. Gaceta Sanitaria [Internet]. sciencedirect.com. 2015 [Citado 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0213911115000266>
24. De la Torre L, Ramada F, Sánchez F, Ordoño F, Juan JU, Navalón P, et al. Manejo de la esterilidad masculina en pacientes consumidores de esteroides anabolizantes. Archivos Españoles de Urología (Ed impresa) [Internet]. 2005 1;58(3):241–4 [Citado 25 de febrero de 2022] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0004-06142005000300010&script=sci_arttext&lng=pt
25. Díaz M, Brito D, Márquez FG, Hernández RR. Paro cardíaco repentino atribuido a miocardiopatía hipertrófica por uso de esteroides anabólicos. Reporte de caso. [Internet]. Scielo.org [Citado 25 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000200101

26. De Luis DA, Aller R, Cuéllar LA, Terroba C, Romero E. Anabolizantes esteroideos y ginecomastia: Revisión de la literatura. Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica) [Internet]. 2017 1;31(2):101–5 [Citado 25 de febrero de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001000900010
27. González JM. Uso y abuso de esteroides anabolizantes [Internet]. 2007 p. 185–97 [Citado 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/11499841.pdf>
28. Davies R, Smith D. Muscle Dysmorphia Among Current and Former Steroid Users [Internet]. 2011 mar. [Citado 25 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/50809745_Muscle_Dysmorphia_Among_Current_and_Former_Steroid_Users
29. Azevedo AP, Ferreira AC, Da Silva PP, Caminha IO, Freitas CM. Dismorfia muscular: A busca pelo corpo hiper musculoso [Internet]. 2012 Jan 1. [Citado 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://web-s-ebsohost.com.accedys2.bbtck.ull.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=56427433-c1cf-4528-9d73-7a66bf262bb0%40redis>
30. López-Cuautle C, Vázquez-Arévalo R, Mancilla-Díaz JM. Evaluación diagnóstica de la Dismorfia Muscular: Una revisión sistemática [Internet]. 2016 abr 4. [Citado 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.32.2.203871>
31. González-Martí I, Fernández-Bustos JG, Contreras OR, Sokolova M. Dismorfia Muscular: detección del uso-abuso de esteroides anabolizantes androgénicos en una muestra española. Adicciones [Internet]. 2017 abr 12 [Citado 3 de marzo de 2022];30(4):243–50. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/853/861>
32. Albuquerque A, Chaves JC, Saviano R, Vieira D, Viana LF, Porto M. Relação da vigorexia com o uso de esteróides anabolizantes em praticantes de treinamento de força. Revista brasileira de nutrição esportiva [Internet]. ebsohost.com. [Citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://web-p-ebsohost.com.accedys2.bbtck.ull.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=c49b3284-fd40-4c76-8f68-dbc7d43bb874%40redis>

33. García LG, Llera AB, Najarro AR, García-Espinosa LG. Sobre las relaciones entre el riesgo de vigorexia y el consumo de productos ergogénicos en gimnasios de la ciudad de La Habana. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición [Internet]. 2021; 31(1):21 [Citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1096>
34. Uroz IM, González G, Espinosa B. Efectos del trastorno de la imagen corporal conocido como Vigorexia [Internet]. dialnet.unirioja.es. Editorial Universidad de Almería; 2019 [Citado 3 de marzo de 2022]. p. 89–92. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7931835>

7. ANEXOS

Anexo 7.1. Solicitud de permiso para el Trabajo de Investigación

A/A Dirección del gimnasio _____

Estimado Sr/a.

Mi nombre es Manuel Manso Rodríguez, soy alumno de Cuarto Curso de Grado de Enfermería por la Universidad de La Laguna, y actualmente estoy llevando a cabo mi Trabajo Fin de Grado que lleva por título "Vigorexia y consumo de esteroides en gimnasios de Canarias".

Se trata de un Proyecto de Investigación que tenemos intención de realizar en su gimnasio para conocer la autopercepción física que tienen los usuarios de su gimnasio, si recurren al consumo de esteroides anabolizantes para ganar masa y fuerza muscular, así como determinar la relación que existe entre ambos factores. Se trata de un estudio preliminar que esperamos poder ampliar en un futuro a otros gimnasios de Tenerife y otras islas, y con el que pretendemos conocer la prevalencia de vigorexia en nuestra Comunidad Autónoma y lo extendido que está el consumo de esteroides.

Por este motivo me dirijo a usted con el fin de solicitarle su permiso y autorización para realizarlo en su gimnasio, garantizando que los datos obtenidos serán completamente confidenciales, manteniendo el anonimato de sus usuarios, así como el nombre de su gimnasio. Asimismo, le adjunto una memoria de propuesta sobre el Proyecto de Investigación.

A la espera de su respuesta, reciba un cordial saludo.

En Santa Cruz de Tenerife, a de de 2022

Firmado: Manuel Manso Rodríguez

Anexo 7.2. Consentimiento informado

Estimado usuario del gimnasio _____

Soy un alumno de Cuarto Curso de Grado en Enfermería por la Universidad de La laguna, y en este momento me encuentro realizando un trabajo de investigación sobre la autopercepción física y el consumo de esteroides que tienen los usuarios de gimnasios de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Sería de gran importancia para nosotros que pudiera participar en este proyecto de investigación, y en caso de aceptación favorable deberá cumplimentar un cuestionario que se le entregará en cualquiera de sus visitas al gimnasio, y que podrá entregar otro día en el mismo centro. Le agradeceríamos que respondiera al cuestionario con la mayor sinceridad posible.

La participación en este estudio es completamente voluntaria, pudiendo abandonar el mismo en cualquier momento que lo desee. Conforme al Reglamento General de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (Ley Orgánica 3/2018), sus datos personales no serán descritos ni revelados a terceros bajo ningún concepto.

Si está de acuerdo con lo descrito anteriormente deberá firmar a continuación.

Consentimiento de participación en el estudio: Sí: _____ NO: _____

Firma:

Gracias por su colaboración

Anexo 7.3. Cuestionario del Complejo de Adonis

Código de usuario: _____ (a cumplimentar por el investigador)

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Edad:** _____ (años)
2. **Sexo:** Masculino Femenino Otro
3. **Nivel de estudios:**
 - Sin estudios
 - Estudios de Primaria
 - Estudios de Secundaria/Bachillerato
 - Estudios Ciclos Formativos
 - Estudios Universitarios

B. DATOS DE INTERÉS PARA EL ESTUDIO

- 4) **¿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.
- 5) **¿Con que frecuencia estás mal por alguna cuestión relacionada con tu apariencia (preocupado, ansioso, deprimido...)?**
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
- 6) **¿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
- 7) **¿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.

- 8) ¿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.
- 9) ¿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.
- 10) ¿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.
- 11) ¿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.
- 12) ¿Con que frecuencia tu vida sexual se ha visto afectada por tus preocupaciones relacionadas con tu apariencia?**
- a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.

- 13) ¿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.
- 14) ¿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.
- 15) ¿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.
- 16) ¿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
- 17) En caso de consumir esteroides anabolizantes, ¿Ha recurrido o recurre a algún profesional para informarse acerca de las posibles consecuencias derivadas de su consumo y llevar controles de salud?**
- a) Frecuentemente
 - b) Algunas veces
 - c) Nunca
- 18) En caso de consumir esteroides anabolizantes, cite cuál/es emplea habitualmente:**
-

19) En caso de consumir esteroides anabolizantes, ¿Cuál es el motivo que le lleva a su empleo?

- a) Prescripción médica
- b) Mejorar rendimiento
- c) Ganar masa muscular

20) En caso de consumir esteroides anabolizantes, ¿Alguna vez ha sufrido alguno de los efectos secundarios derivados de su consumo?

- a) Frecuentemente
- b) Algunas veces
- c) Nunca

Anexo 7.4. Cuestionario de Personalidad IPIP-FFM

A. AFABILIDAD					
	Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
1. Me interesan las personas.	1	2	3	4	5
2. Me preocupan los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5
3. Soy una persona sensible.	1	2	3	4	5
4. Dedico tiempo a los demás.	1	2	3	4	5
5. Empatizo con las emociones de los otros.	1	2	3	4	5
6. Hago que la gente se sienta a gusto.	1	2	3	4	5
7. Me preocupo poco por los demás.	1	2	3	4	5
8. Soy brusco tratando a otras personas.	1	2	3	4	5
9. No me interesan los problemas de los demás.	1	2	3	4	5
10. No estoy muy interesado en la gente.	1	2	3	4	5

B. EXTRAVERSIÓN					
	Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
11. Soy el alma de la fiesta.	1	2	3	4	5
12. Me siento cómodo rodeado de gente.	1	2	3	4	5
13. Suelo empezar las conversaciones.	1	2	3	4	5
14. En las fiestas, hablo con muchas personas distintas.	1	2	3	4	5
15. No me importa ser el centro de atención.	1	2	3	4	5
16. No soy una persona habladora.	1	2	3	4	5
17. Suelo quedarme en segundo plano.	1	2	3	4	5
18. Tengo poco que decir.	1	2	3	4	5
19. No me gusta acaparar la atención.	1	2	3	4	5
20. Soy callado con los desconocidos.	1	2	3	4	5

C. APERTURA A LA EXPERIENCIA					
	Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
21. Tengo un vocabulario amplio.	1	2	3	4	5
22. Tengo una imaginación viva.	1	2	3	4	5
23. Tengo excelentes ideas.	1	2	3	4	5
24. Entiendo rápidamente las cosas.	1	2	3	4	5
25. Uso palabras complejas.	1	2	3	4	5
26. Paso tiempo reflexionando en las cosas.	1	2	3	4	5
27. Estoy lleno/a de ideas.	1	2	3	4	5
28. Me cuesta entender los conceptos abstractos.	1	2	3	4	5
29. No estoy interesado en las ideas abstractas.	1	2	3	4	5
30. No tengo una buena imaginación.	1	2	3	4	5

D. NEUROTICISMO					
	Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
31. Habitualmente estoy relajado/a.	1	2	3	4	5
32. Es raro que me sienta triste.	1	2	3	4	5
33. Me estreso con facilidad.	1	2	3	4	5
34. Suelo preocuparme las cosas.	1	2	3	4	5
35. Me molesto con facilidad.	1	2	3	4	5
36. Me altero con facilidad.	1	2	3	4	5
37. Mi estado de ánimo fluctúa mucho.	1	2	3	4	5
38. Tengo cambios de humor frecuentemente.	1	2	3	4	5
39. Me irrito con facilidad.	1	2	3	4	5
40. Me siento triste a menudo.	1	2	3	4	5

E. RESPONSABILIDAD					
	Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
41. Siempre estoy listo.	1	2	3	4	5
42. Presto atención a los detalles.	1	2	3	4	5
43. No dejo las cosas para más tarde.	1	2	3	4	5
44. Me gusta que las cosas estén ordenadas.	1	2	3	4	5
45. Sigo los horarios.	1	2	3	4	5
46. Soy exigente en mi trabajo.	1	2	3	4	5
47. Dejo mis cosas en cualquier sitio.	1	2	3	4	5
48. Nada me sale bien.	1	2	3	4	5
49. A menudo se me olvida poner las cosas en su sitio.	1	2	3	4	5
50. Evito mis responsabilidades.	1	2	3	4	5