



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Psicología

La relación entre la adicción al ejercicio, la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal en hombres.

Trabajo fin de estudio presentado por:	Juncal Ruiz Turrero
Línea de investigación:	Psicología del Deporte
Director/a:	Carlos García Roda
Fecha:	Febrero de 2023

Resumen

Aunque existe una gran cantidad de literatura sobre el vínculo entre el ejercicio compulsivo y los trastornos alimentarios, falta investigación que explique esta relación. El objetivo de este estudio fue proporcionar una nueva perspectiva sobre esta relación al probar la relación entre la adicción al ejercicio y dos de los predictores de los TCA: la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal. Se planteó la hipótesis general de que las personas que mostraran niveles por encima de la media en las medidas de adicción al ejercicio tendrían una probabilidad significativamente mayor de mostrar puntajes por debajo de la media en las escalas de autoestima y satisfacción con la imagen corporal. Para probar esta hipótesis, 150 hombres completaron un cuestionario online. Los resultados revelaron que las personas que obtuvieron una puntuación por encima de la media en rasgos de adicción al ejercicio tenían significativamente más probabilidades de obtener una puntuación por debajo de la media en autoestima y satisfacción con la imagen corporal. Dado que la baja autoestima y la satisfacción con la imagen corporal se han relacionado con los TCA, podría ser que la relación entre la adicción al ejercicio y los TCA esté mediada o moderada por los niveles de autoestima y satisfacción con la imagen corporal. Debido a que la muestra no es muy grande, los resultados deben interpretarse con cautela y existe la necesidad de más investigación para responder a las nuevas preguntas que han surgido a través de este estudio.

Palabras clave: Adicción al ejercicio, trastornos de la conducta alimentaria, autoestima, satisfacción con la imagen corporal.

Abstract

Although there is a large body of literature on the link between compulsive exercise and eating disorders, research explaining this relationship is lacking. The aim of this study was to provide a new perspective on this relationship by testing the relationship between exercise addiction and two of the predictors of eating disorders: self-esteem and body satisfaction. It was hypothesized that individuals who scored above average on measures of exercise addiction would be significantly more likely to score below average on self-esteem and body satisfaction scales. To test this hypothesis, 150 men completed an online questionnaire. The results revealed that those who scored above average on exercise addiction traits were significantly more likely to score below average on self-esteem and body satisfaction. Since low self-esteem and body satisfaction have been linked to eating disorders, it could be that the relationship between exercise addiction and eating disorders is mediated or moderated by levels of self-esteem and body satisfaction. Because the sample of this study is not very large, the results must be interpreted with caution and there is a need for more research to answer the new questions that have arisen through this study.

Keywords: Exercise addiction, Eating disorders, Body satisfaction, Self-esteem.

Índice de contenidos

1. Marco teórico	7
1.1. Adicción al ejercicio	8
1.1.1. Teorías sobre la adicción al ejercicio	9
1.1.2. La adicción al ejercicio y los trastornos de la conducta alimentaria	10
1.2. La autoestima y la satisfacción con la imagen corporal	11
1.2.1. La autoestima	11
1.2.2. La imagen corporal	12
1.2.3. La satisfacción con la imagen corporal	12
1.2.4. Autoestima, satisfacción con la imagen corporal y TCA	13
2. Justificación	14
2.1. Estudios previos relacionados	14
2.2. El presente estudio	15
3. Objetivos	16
3.1. Objetivo general	16
3.2. Objetivos específicos	16
4. Hipótesis	16
5. Marco Metodológico	17
5.1. Participantes	17
5.2. Instrumentos	17
5.2.1. Medidas demográficas	17
5.2.2. Obligatory Exercise Questionnaire (OEQ)	18
5.2.3. Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)	18
5.2.4. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)	19
5.3. Procedimiento	19
5.4. Análisis de Datos	20
6. Resultados	22
6.1. Asociación entre la adicción al ejercicio, la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal	23
6.2. Tipos de deportistas	23

6.3. Diferencias en autoestima y satisfacción con la imagen corporal según el tipo de deportista.....	29
7. Discusión y Conclusiones	30
7.1. Limitaciones	34
7.2. Prospectiva.....	35
Referencias bibliográficas	37
Anexo A. Informe de la Comisión de Investigación.....	44
Anexo B. Obligatory Exercise Questionnaire (OEQ)	45
Anexo C. Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ).....	46
Anexo D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)	48

Índice de tablas

Tabla 1.....	22
Tabla 2.....	24
Tabla 3.....	25
Tabla 4.....	27
Tabla 5.....	28
Tabla 6.....	30

1. Marco teórico

El ochenta y cuatro por ciento de las mujeres en los Estados Unidos informan que no están contentas con su cuerpo (Neighbors y Sobal, 2007). Otro estudio realizado en Islandia encontró que el 64% de las mujeres de peso normal (que tienen un IMC entre 18,8 y 24,9) sienten la necesidad de perder peso (Matthiasdottir et al., 2010). Sin embargo, estar insatisfecho con el propio cuerpo no se aplica únicamente a las mujeres. Un estudio realizado en Canadá por Castonguay et al. (2015) encontró que más del 90% de los hombres entre las edades de 17 y 66 años luchan de alguna manera con la insatisfacción corporal, ya que no están contentos con su apariencia corporal. Además, encontraron que los hombres que se esfuerzan por ser más activos físicamente para cambiar la apariencia de su cuerpo tienen más probabilidades de tener emociones de timidez relacionadas con el cuerpo, como vergüenza o culpa. Asimismo, Neighbours y Sobal (2007) encontraron que cerca del 50% de los estudiantes universitarios varones se esfuerzan por ser más musculosos. En esencia, la mayoría de los estudios han sugerido que el enfoque principal para las mujeres es perder peso, mientras que, para los hombres, su enfoque principal es ganar musculatura (Alipoor et al., 2009; Olivardia et al., 2004). Esta diferencia entre hombres y mujeres podría deberse a los diferentes ideales corporales que se representan para cada género. El ideal masculino es generalmente una figura en forma de V, con énfasis en la musculatura, mientras que el ideal femenino es ser extremadamente delgada (Alipoor et al., 2009).

Uno de los enfoques más frecuentes y efectivos para controlar la forma, el peso y la musculatura es el ejercicio físico regular (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 2008). El ejercicio físico es comúnmente conocido por los efectos físicos positivos, así como por el aumento del bienestar psicológico que produce en las personas (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 2008). Se ha demostrado que el ejercicio físico mejora el estado de ánimo, además de disminuir la depresión y la ansiedad (Ensari et al., 2016), para aumentar los niveles de energía tanto en individuos sanos como en aquellos que padecen diversas afecciones médicas (Puetz, 2016; O' connor y Puetz, 2005), para reducir el riesgo de enfermedades crónicas (Booth et al., 2012), e incluso para aumentar la salud cerebral y la memoria (Pedrinolla et al., 2017). El ejercicio físico, sin embargo, a menudo no se usa para aumentar la salud, sino para perder peso y ganar musculatura, ya que el aumento

del ejercicio físico aumenta la tasa metabólica de las personas, lo que les ayuda a perder peso (Church, 2011; Gilliat-Wimberly et al., 2001).

1.1. Adicción al ejercicio

También hay un creciente cuerpo de investigación que se centra en los efectos menos positivos del ejercicio físico, lo que sugiere que este comportamiento, de forma compulsiva, en ocasiones puede conducir a la insatisfacción corporal y trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Davis et al., 1990; Mond et al., 2004). Muchos investigadores han tratado de definir las características del ejercicio compulsivo. Morgan (1979) fue uno de los primeros en tratar de explicar esta noción, sugiriendo que el ejercicio compulsivo no es solo una cuestión de volumen de ejercicio físico, sino que también tiene un componente emocional. Con base en esta definición, un estudio realizado por Steffen y Brehm (1999) encontró que es la emocionalidad negativa que se asocia con el ejercicio físico, y no la cantidad que se realiza, lo que vincula las conductas de ejercicio físico y los trastornos alimentarios. Morgan (1979) también sugirió que, en el caso de que se les impida el ejercicio físico, las personas que se ejercitan compulsivamente experimentarán síntomas de abstinencia como culpa, irritabilidad, depresión y ansiedad. En los últimos años, la Asociación Nacional Estadounidense de Trastornos de la Alimentación (NEDA; 2016) ha definido el ejercicio compulsivo como uno o más de los siguientes:

“(1) El ejercicio físico que interfiere significativamente con actividades importantes, se produce en momentos o entornos inadecuados, o cuando la persona sigue haciendo ejercicio a pesar de una lesión u otras complicaciones médicas; (2) Ansiedad intensa, depresión y/o angustia si no puede hacer ejercicio; (3) Malestar con el descanso o la inactividad; (4) El ejercicio se utiliza para controlar las emociones; (5) El ejercicio se usa como medio de purga; (5) El ejercicio se usa como permiso para comer; (6) Ejercicio que sea secreto u oculto; y (7) Sentir que no eres lo suficientemente bueno, lo suficientemente rápido o que no te esfuerzas lo suficiente durante un período de ejercicio”.

LePage et al. (2012) intentaron examinar más a fondo la definición de ejercicio compulsivo. Realizaron un estudio que probó si la ausencia de ejercicio físico tendría un impacto negativo en el afecto y la satisfacción corporal de los participantes, cuando habían obtenido una puntuación más alta en el ejercicio obligatorio y las creencias y comportamientos alimentarios desordenados. Esta hipótesis se confirmó, lo que significa que

los participantes que obtuvieron una puntuación alta en ejercicio obligatorio y creencias y comportamientos alimentarios desordenados, informaron un efecto positivo significativamente menor en los días sin ejercicio. Este hallazgo está en línea con los resultados mostrados en el estudio de Hausenblas et al. (2008), en el que los participantes informaron niveles significativamente más altos de afecto negativo en los días sin ejercicio.

En este trabajo se utilizará el término adicción al ejercicio, ya que incluye aspectos de dependencia y compulsión (Berczik et al., 2012), y puede definirse como: “*un patrón mórbido de comportamiento en el que el individuo que hace ejercicio habitualmente pierde el control de sus hábitos de ejercicio y actúa compulsivamente, presenta dependencia y experimenta consecuencias negativas tanto en su salud como en su vida social y profesional*” (Berczik et al., 2012).

1.1.1. Teorías sobre la adicción al ejercicio

En un intento de encontrar una explicación para que las personas con adicción al ejercicio, se han teorizado distintas hipótesis. Por ejemplo, Hall et al. (2007) realizaron un estudio cuyo objetivo era determinar la relación entre los comportamientos de ejercicio obligatorio y los objetivos y elementos de perfeccionismo del individuo. Estos investigadores plantearon la hipótesis de que las metas disposicionales del ego (metas que reflejan una preocupación con la demostración de la capacidad o la evitación de ser juzgado) predecirían comportamientos de ejercicio obligatorio. Hall et al. (2007) basaron su hipótesis en la Hipótesis de Maestría (Robbins & Joseph, 1985), y en la *Achievement Goal Theory* (Teoría del Logro de la Meta; Nicholls, 1984).

La Hipótesis de la Maestría (Robbins y Joseph, 1985) establece que los logros atléticos proporcionan al individuo una sensación de control, autoeficacia y autoestima a través del refuerzo diario. Este refuerzo lleva al individuo a continuar esforzándose por lograr logros atléticos, lo que puede conducir a creencias y comportamientos de ejercicio obligatorio. De manera similar, la Teoría del Logro de la Meta (Nicholls, 1984) establece que las metas son determinantes críticos del comportamiento que reflejan el significado percibido del éxito y el fracaso del individuo en cualquier contexto. Nicholls (1989) propuso que hay dos tipos de objetivos de logro: (1) objetivos del ego, que reflejan una preocupación subyacente con la demostración de la capacidad o con la evitación de ser juzgado; y (2) objetivos de la tarea, que reflejan un enfoque subyacente en el desarrollo de la competencia. Varios estudios han demostrado que las personas que respaldan las metas de tareas generalmente muestran un

esfuerzo de logro adaptativo (Ames, 1992; Duda y Hall, 2001), mientras que las personas que respaldan las metas del ego tienen más probabilidades de desarrollar estrategias de esfuerzo de logro desadaptativas (Duda y Hall, 2001). Las personas que respaldan las metas del ego centran su atención en la autovalidación (Dyckman, 1998). Por lo tanto, la autoestima depende del éxito y, por lo tanto, el deseo del individuo de autovalidación puede contribuir al comportamiento de ejercicio obligatorio (Dweck, 1999).

Se han propuesto muchos otros modelos para explicar la adicción al ejercicio. Entre las distintas hipótesis se encuentran, por ejemplo, la Hipótesis de la Excitación del Sistema Simpático (Thompson y Blanton, 1987), la Hipótesis de la Evaluación Cognitiva (Szabo, 1995), el Modelo IL-6 (Hamer y Karageorghis 2007), etc. Las disparidades entre estos modelos indican una falta de consenso etiológico entre los investigadores, lo que podría ser una de las razones por las que el fenómeno no se ha clasificado oficialmente como un trastorno del comportamiento en el DSM-5 (APA, 2013).

1.1.2. La adicción al ejercicio y los trastornos de la conducta alimentaria

Existe un gran número de investigaciones sobre la relación entre la adicción al ejercicio y los TCA. Una de las principales razones de este vínculo es que el uso de ejercicio compulsivo para controlar la forma y el peso es un enfoque muy común entre las personas que padecen un TCA, más específicamente, aquellos diagnosticados con Anorexia Nerviosa (AN) y los subtipos de Bulimia Nerviosa (BN) no purgativos, como se especifica en el DSM-5 (APA, 2013). Por ejemplo, se realizó un estudio de Dalle Grave et al., (2008) para investigar la prevalencia y las características asociadas del ejercicio compulsivo como medio para controlar la forma y el peso. En su estudio, las pacientes con un TCA se dividieron en "deportistas compulsivos" y "deportistas no compulsivos" en función de preguntas que definían la intención detrás de los comportamientos de ejercicio. Este estudio encontró que el 45,5% de los participantes informaron ser deportistas compulsivos, lo que respalda la idea de que el ejercicio compulsivo está relacionado con trastornos alimentarios.

O'Dea y Abraham (2002) realizaron un estudio cuyo objetivo era medir la relación entre los TCA y las conductas de adicción al ejercicio en hombres universitarios sin diagnóstico clínico de un TCA. Este estudio comparó los resultados de la muestra de hombres universitarios con una muestra comparable de mujeres universitarias y no encontró diferencias significativas entre los dos, lo que significa que ambos grupos mostraron actitudes y comportamientos comparables con respecto a los trastornos alimentarios y las creencias y

comportamientos de ejercicio compulsivo. Los participantes en este estudio que obtuvieron una puntuación alta en creencias y comportamientos de adicción al ejercicio expresaron síntomas de abstinencia, ansiedad y depresión cuando no podían hacer ejercicio (O'Dea & Abraham, 2002), lo cual está en línea con investigaciones previas sobre comportamientos de adicción al ejercicio y TCA.

Por otro lado, se ha demostrado que el ejercicio compulsivo es muy prevalente en poblaciones que tienen TCA diagnosticados clínicamente, con tasas de prevalencia en estas poblaciones que oscilan entre el 29 % y el 80 % (Bratland-Sanda et al., 2011; Dalle Grave et al., 2008). De los diferentes tipos de TCA, se ha demostrado que los pacientes hospitalizados con AN de tipo restrictivo diagnosticada clínicamente tienen tasas de prevalencia más altas de adicción al ejercicio (80%) en comparación con AN de tipo compulsivo/purgativo (43,3%), BN de tipo purgativo (39,3%) y TCA no especificados (31,9%) (Dalle Grave, 2009). La alta prevalencia de TCA en pacientes con AN es especialmente preocupante, ya que se ha demostrado que estos sujetos tienen las tasas de mortalidad más altas de todos los TCA (Smink et al., 2012). Se ha informado que los individuos con TCA y adicción al ejercicio a menudo presentan fracturas por estrés y realizan ejercicio excesivo a pesar de la lesión, y algunos informan que hacen ejercicio porque lo sienten como una obligación en lugar de disfrutar (Klein et al., 2004).

1.2. La autoestima y la satisfacción con la imagen corporal

1.2.1. La autoestima

La idea de valor propio es muy cercana a la definición de autoestima que Rosenberg (1965) definió como evaluación global del yo; por lo tanto, estos dos términos a menudo se usan indistintamente. La autoestima ha sido ampliamente analizada en los últimos años. Conceptualmente, la autoestima se puede definir como la evaluación que un individuo tiene de sí mismo (Simkin et al., 2014), la cual puede ser positiva o negativa y puede fluctuar debido a las circunstancias que rodean a la persona (Marsh y O'Mara, 2008; Rosenberg, 1965). Se considera como un concepto multidimensional en el que variables como la familia, los amigos, el trabajo o la pareja influyen en la formación de esta percepción individual (Gálvez et al., 2015).

1.2.2. La imagen corporal

La imagen corporal es la representación mental que cada persona tiene de su cuerpo, y que está formada por tres componentes, según Baile (2003) y Platas et al., (2014):

- (1) El componente perceptual (aspecto físico), se refiere a la precisión en la percepción que la propia persona tiene sobre su figura y tamaño corporal.
- (2) El componente cognitivo-afectivo (aspecto psicológico), son las creencias, pensamientos y sentimientos que se tiene acerca del propio cuerpo. Dentro de este componente se incluye, por ejemplo, la satisfacción con la imagen corporal o la preocupación por la apariencia física.
- (3) El componente conductual (aspecto social), hace referencia al comportamiento de la persona en base a esas creencias, pasamientos e ideas sobre su cuerpo. Por ejemplo, comparar su cuerpo de forma compulsiva con el de otros, vestir ropa ancha o pesarse repetidamente.

La imagen corporal es un aspecto crucial a la hora de formar la identidad de la persona, sobre todo en la adolescencia (Cortez et al., 2016). Quiles (2003) afirma que existen diversos factores internos y externos que influyen en la formación de la imagen corporal. Entre los factores internos se encuentran: (1) el propio cuerpo; (2) la percepción del cuerpo; (3) pensamientos sobre el cuerpo; (4) emociones en relación con el cuerpo; y (5) comportamientos con relación al cuerpo. Entre los factores externos se encuentran: (1) los medios de comunicación social; (2) la moda y forma de vestir; (3) el tiempo dedicado por el entorno de la persona a hablar sobre dietas, gordura o delgadez; (4) la exigencia de una imagen o una forma corporal determinada para distintas profesiones; y (5) el entendimiento de “estar en forma” como sinónimo de estar delgado o delgada. Distintos estudios muestran que, a mayor influencia de estos factores, internos y externos, mayor riesgo de realizar conductas alimentarias de riesgo y de desarrollar posteriormente un TCA (Quiles, 2003; Cortez et al., 2016).

1.2.3. La satisfacción con la imagen corporal

La satisfacción con la imagen corporal está definida como el juicio subjetivo que la persona realiza sobre su propio cuerpo, el cual no necesariamente tiene que ver con las características reales del mismo (López, 2017), y forma parte del componente cognitivo-afectivo de la imagen

corporal (Baile, 2003; Platas et al., 2014). La causa principal de la insatisfacción con la imagen corporal es la comparación con un ideal de belleza de un cuerpo excesivamente delgado para las mujeres, y musculado para los hombres (Levine y Smolak, 2010).

1.2.4. Autoestima, satisfacción con la imagen corporal y TCA

Las expectativas poco realistas y la fijación por conseguir ese objetivo pueden causar un deterioro en el bienestar psicológico, pudiendo mostrar síntomas depresivos, caída en los niveles de autoestima y aumento en el riesgo de desarrollar un TCA (Hernández et al., 2012). Este aumento en el riesgo de desarrollo de un TCA es debido a que el alejamiento de la imagen corporal de lo considerado ideal, con la consiguiente insatisfacción con la imagen corporal, provoca que las personas busquen disminuir su peso o modificar su figura ejecutando determinadas conductas alimentarias de riesgo como medio para alcanzar el ideal de delgadez promovido socialmente (Altamirano et al., 2011; Sámano et al., 2012), lo que conlleva una amplia variedad de comportamientos negativos y perjudiciales para el individuo (Berengüí et al., 2020).

La investigación sobre la relación entre la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal y cómo estos se vinculan con el desarrollo de los TCA ha sido muy popular a lo largo de los años. Este tema de investigación ha sido especialmente prominente desde finales de la década de 1980. Por ejemplo, Williamson et al., (1989) encontraron que los TCA como la BN se correlacionaban con una alta insatisfacción con la imagen corporal. La autoestima de los participantes se correlacionó negativamente con conductas de alimentación restringida (estas conductas son prominentes en personas que sufren de AN y BN), lo que significa que niveles más altos de autoestima predijeron conductas de alimentación menos restringida y viceversa (Polivy et al., 2002).

Múltiples estudios sobre la satisfacción con la imagen corporal han encontrado que no son las personas con mayor índice de masa corporal (IMC) las que más dietas hacen, sino las personas con mayor insatisfacción con la imagen corporal (Ramos et al., 2016). Las personas con mayor insatisfacción con la imagen corporal son las que más dietas hipocalóricas realizan y las que peores hábitos alimentarios tienen, apreciándose también en ellas un amplio historial dietético, el cual es un gran factor de riesgo de los TCA (López, 2017).

2. Justificación

Es de gran importancia explorar la relación entre la adicción al ejercicio, la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal, ya que estos últimos constructos han mostrado ser predictores del desarrollo de TCA (Ramos et al., 2016). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los TCA como aquellos trastornos de los que derivan “graves alteraciones en las conductas relacionadas con la alimentación y el control de peso y que, además, están asociados con una gran variedad de consecuencias psicológicas, físicas y sociales adversas” (Pradales, 2021). En esencia, los TCA son trastornos psicológicos graves que comprenden alteraciones de la conducta alimentaria, donde la persona afectada manifiesta una gran preocupación por su peso y su imagen corporal, a la vez que por su alimentación (Fernández, 2020).

2.1. Estudios previos relacionados

Furnham et al., (2002) investigaron el vínculo entre la autoestima, la insatisfacción con la imagen corporal y las diferentes razones para hacer ejercicio. Formularon la hipótesis de que las razones negativas para hacer ejercicio, como el control del peso o el tono corporal y el atractivo, estarían asociadas con una baja autoestima y trastornos alimentarios, mientras que otras razones para hacer ejercicio, como la salud o el disfrute, estarían relacionadas con altos niveles de autoestima. Los resultados mostraron que la insatisfacción con la imagen corporal y el peso se correlaciona significativamente con la autoestima de las niñas. Los resultados también sugirieron que, para las mujeres, la realización de ejercicio físico puede ser parte de los comportamientos que muestran descontento normativo. Por lo tanto, su hipótesis fue confirmada por los resultados, lo que significa que la autoestima puede predecir las razones para hacer ejercicio y que la baja autoestima está relacionada con razones negativas.

Un estudio más reciente de Ruiz-Turrero et al. (2022) con mujeres adultas, tuvo como objetivo explorar la relación entre el ejercicio compulsivo, la autoestima, imagen corporal y satisfacción corporal como potenciales predictores de TCA. Los resultados de este estudio revelaron dos factores clave para la definición de ejercicio compulsivo, o adicción al ejercicio: (1) obsesión con realizar ejercicio, y (2) frecuencia y compromiso de realizar ejercicio. Los resultados de este estudio mostraron que existen diferencias significativas entre deportistas que ejercitan de forma saludable, siendo estos los que muestran niveles más altos de autoestima, imagen corporal y satisfacción corporal. En el lado opuesto, se encuentran

aquellas personas que son adictas al ejercicio, o que ejercitan de forma obligatoria. Este estudio pone en relieve que la adicción al ejercicio tiene tanto un componente del volumen de ejercicio realizado, como uno emocional (Ruiz-Turrero et al., 2022).

2.2. El presente estudio

En este Trabajo de Fin de Estudios (TFE), se sugiere que el enfoque del individuo en perder peso o ganar músculo para cambiar su apariencia (metas del ego), en lugar de únicamente en el desarrollo de una competencia física, puede tener una relación con creencias y comportamientos de ejercicio compulsivo y adicción al ejercicio. También se puede sugerir que este enfoque en perder peso o ganar músculo puede estar correlacionado con el sentido de autoestima y satisfacción con la imagen corporal del individuo, ya que las personas que obtienen puntajes bajos en esos dominios tienen más probabilidades de querer cambiar su apariencia a través del ejercicio.

Además, dado que la mayoría de los estudios previos relacionados con estos factores se han llevado a cabo con muestras únicamente de mujeres (por ejemplo, Ruiz-Turrero et al., 2022), es de gran importancia medir cómo los niveles de autoestima y satisfacción con la imagen corporal afectan al grado de adicción al deporte en hombres adultos. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo proporcionar una nueva perspectiva sobre la relación entre diferentes creencias y comportamientos de ejercicio compulsivo y la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal en hombres.

Para medir esto correctamente, los participantes se dividirán en diferentes categorías según sus puntajes de subescala de adicción al ejercicio. Serán categorizados en grupos dependiendo de su actividad de ejercicio y motivaciones para hacer ejercicio, como lo hicieron previamente Ackard et al. (2002). Los grupos resultantes se describirán utilizando las medidas de autoestima y satisfacción con la imagen corporal. Por lo tanto, se plantea la hipótesis de que los individuos que puntúan por encima del promedio en rasgos que apuntan a comportamientos o pensamientos que pertenecen a la adicción al deporte tendrán más probabilidades de puntuar por debajo del promedio en las escalas de autoestima y satisfacción con la imagen corporal.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

El objetivo general de este TFE es explorar la relación entre la adicción al ejercicio, la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal en hombres adultos.

3.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos de este TFE son los siguientes:

- (1) Explorar los distintos tipos de deportistas de la muestra.
- (2) Observar los distintos niveles de autoestima en la muestra y explorar su relación con los distintos tipos de deportistas.
- (3) Observar los distintos niveles de satisfacción con la imagen corporal en la muestra y explorar su relación con los distintos tipos de deportistas.
- (4) Comparar los resultados según la edad de los participantes.

4. Hipótesis

Las hipótesis de trabajo de este TFE son las siguientes:

- (1) Existirán diferentes tipos de deportistas, según sus hábitos y creencias sobre el deporte.
 - a. H_0 : No habrá diferencias entre los participantes en hábitos y creencias sobre el deporte.
 - b. H_1 : Habrá diferencias entre los participantes en hábitos y creencias sobre el deporte, lo que permitirá agruparlos según éstos.
- (2) Los participantes que muestren niveles más altos en la medida de adicción al deporte, mostrarán niveles más bajos de autoestima.
 - a. H_0 : No habrá diferencias significativas en los niveles de autoestima según los niveles de adicción al deporte.
 - b. H_1 : Habrá diferencias significativas entre los grupos de deportistas para el constructo de autoestima.
- (3) Los participantes que muestren niveles más altos en la medida de adicción al deporte, mostrarán niveles más bajos de satisfacción con la imagen corporal.
 - a. H_0 : No habrá diferencias significativas en los niveles de satisfacción con la imagen corporal según los niveles de adicción al deporte.

- b. H_1 : Habrá diferencias significativas entre los grupos de deportistas para el constructo de satisfacción con la imagen corporal

5. MARCO METODOLÓGICO

Para la consecución de este TFG, se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo con el objetivo de explorar la posible asociación entre la adicción al ejercicio, la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal, mediante el uso de medidas estandarizadas y un cuestionario *ad hoc*. Al ser un estudio de carácter observacional, no se ha realizado ninguna manipulación de las variables empleadas. Este tipo de estudios han sido utilizados para medir la presencia y/o distribución de un fenómeno en una población en un momento concreto en el tiempo, y se limitan a describir los fenómenos sin intención de establecer relaciones causales entre ellos.

5.1. Participantes

Para la realización de este estudio se requería un mínimo de 100 participantes del sexo masculino, que tuvieran entre 18 y 60 años. El objetivo era conseguir participantes con hábitos de ejercicio variados para así poder comparar los niveles de autoestima y satisfacción con la imagen corporal.

Finalmente, el estudio concluyó con 150 participantes, de los cuales el 96,67% ($n=145$) eran de nacionalidad española, y el 3,33% ($n=5$) de nacionalidad extranjera. Además, los participantes expresan que un 86% ($n=129$) de ellos se consideran heterosexuales, un 9,33% ($n=14$) homosexuales y, por último, un 4,67% ($n=7$) se considera bisexual. En cuanto al nivel de estudios terminado, los participantes reportan que un 6% ($n=9$) tiene la ESO, un 21,33% ($n=32$) tiene Bachillerato, un 32,67% ($n=49$) tiene Formación Profesional, un 21,33% ($n=32$) tiene estudios universitarios de grado, un 16,67% ($n=25$) tiene estudios universitarios de máster o postgrado y, finalmente, un 2% ($n=3$) tiene estudios de doctorado (PhD).

5.2. Instrumentos

5.2.1. Medidas demográficas

A los participantes se les hizo una serie de preguntas demográficas. Se les pidió que indicaran su nacionalidad, su edad, nivel de estudios, su orientación sexual y, además, su peso, peso ideal y altura. Se utilizaron la altura y el peso para calcular el IMC de los participantes. El peso ideal del participante puede mostrar si, en general, los participantes quieren ganar o

perder peso y también puede usarse para calcular su IMC ideal y compararlo con su IMC actual. Además, se midió la frecuencia de actividad física de los participantes. Esto se hizo solicitándoles que informaran del número de horas por semana, en promedio, que realizaban ejercicio físico.

5.2.2. Obligatory Exercise Questionnaire (OEQ)

El OEQ (Thompson & Pasman, 1991) es una escala de autoinforme de 20 ítems diseñada para medir hasta qué punto los individuos tienen creencias y conductas de ejercicio obligatorio (adictivo). Se pide a los encuestados que califiquen los elementos en una escala de 4 puntos que va de 1 (Nunca) a 4 (Siempre). Las puntuaciones de cada ítem se suman en una puntuación final, con un mínimo de 20 y un máximo de 80. Las puntuaciones altas indican creencias y conductas de mayor adicción al ejercicio. Este cuestionario ha sido analizado psicométricamente y ha mostrado un alfa de Cronbach de 0,96 (Thompson & Pasman, 1991). En el estudio actual, el alfa de Cronbach indicó una confiabilidad de 0,81.

5.2.3. Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)

El MBSRQ (Cash, 1990), cuya versión en castellano ha sido validada por Velázquez et al. (2014) y Ornelas et al. (2017), es considerado como la escala de medida más completa de evaluación de la imagen corporal, el cual consta de 69 ítems agrupados en 10 sub-escalas que miden evaluación y orientación de las apariencia. Debido a que es un cuestionario multidimensional muy extenso, para este estudio se ha utilizado la suma de las subescalas que miden en mayor medida el constructo de satisfacción con la imagen corporal. Para este estudio se han utilizado las siguientes cinco subescalas:

- a) Factor 2: “Orientación de la apariencia ($\alpha = 0,85$, Fiabilidad test-retest un mes = 0,90).
Puntajes altos indican que da más importancia a la forma en que él o ella se ve, presta atención a su apariencia, y se involucra en comportamientos de aseo extensos” (Velázquez et al., 2014). En el presente estudio, el alfa de Cronbach indicó una confiabilidad de 0,74.
- b) Factor 3: “Evaluación del estado físico ($\alpha = 0,77$, Fiabilidad test-retest un mes = 0,79).
Puntajes altos indican mayor sensación de estar en buen estado físico” (Velázquez et al., 2014). En el presente estudio, el alfa de Cronbach indicó una confiabilidad de 0,82.
- c) Factor 4: “Orientación del estado físico ($\alpha = 0,90$, Fiabilidad test-retest un mes = 0,94).
Puntajes altos muestran más valor al estado físico y participan activamente en

actividades para mejorar o mantener su estado físico” (Velázquez et al., 2014). En el presente estudio, el alfa de Cronbach indicó una confiabilidad de 0,71.

- d) Factor 5: “*Evaluación de la salud* ($\alpha = 0,83$, *Fiabilidad test-retest un mes = 0,79*). *Puntajes altos indican mayor sensación de presentar un buen estado de salud y poca vulnerabilidad ante la enfermedad*” (Velázquez et al., 2014). En el presente estudio, el alfa de Cronbach indicó una confiabilidad de 0,71.
- e) Factor 7: “*Orientación de la enfermedad* ($\alpha = 0,75$, *Fiabilidad test-retest un mes = 0,78*). *Puntajes altos indican mayor atención a los síntomas de enfermedad física y tienden a buscar atención médica*” (Velázquez et al., 2014). En el presente estudio, el alfa de Cronbach indicó una confiabilidad de 0,70.

5.2.4. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

La EAR (Rosenberg, 1979) es una escala de 10 ítems diseñada para medir la autoestima del individuo. Se pide a los encuestados que califiquen los elementos en una escala de 4 puntos que va desde 1 (Muy de acuerdo) hasta 4 (Muy en desacuerdo). Las calificaciones de cada ítem se suman en una puntuación final, con un mínimo de 10 y un máximo de 40. Las puntuaciones altas indican alta autoestima. La EAR ha demostrado una excelente consistencia interna, con un coeficiente de reproducibilidad de la escala de Guttman de 0,92. Además, la confiabilidad test-retest durante un período de 2 semanas reveló correlaciones de 0,85 y 0,88, lo que indicó una excelente estabilidad (Rosenberg, 1979). En el presente estudio, el alfa de Cronbach indicó una confiabilidad de 0,86.

5.3. Procedimiento

Los participantes de este estudio fueron reclutados a través de publicaciones en distintas redes sociales como Instagram, Twitter, Facebook y LinkedIn, y de mensajes individuales y grupales en redes sociales como WhatsApp y Telegram. En estas publicaciones, se pedía a los usuarios que participasen en un estudio sobre los posibles efectos del ejercicio en su salud mental, y se les ofrecía un enlace directo al cuestionario.

El enlace que se proporcionó a los participantes los dirigió directamente a un cuestionario realizado con *Google Forms*. Una vez en la página del cuestionario, los participantes podían dar su consentimiento informado, después de leer el documento informativo, pulsando el botón apropiado que les permitía continuar con el estudio. En dicho documento se explicaba a los participantes que el propósito del estudio era examinar la

possible relación entre la adicción al ejercicio y los niveles de autoestima y satisfacción con la imagen corporal, y que para ello debían responder con sinceridad a las preguntas contenidas en el cuestionario. Además, se informó a los participantes que podían enviar un correo electrónico a los investigadores en caso de que tuvieran preguntas, dudas o recomendaciones después de completar el estudio. La participación en este estudio fue totalmente voluntaria y anónima, de tal modo que los participantes únicamente especificaron una serie de datos demográficos: su nacionalidad, nivel de estudios, orientación sexual, edad, y su índice de masa corporal (IMC).

El cuestionario constaba de un total de 66 ítems, divididos en 5 bloques diferentes. Los participantes tardaron un promedio de 15 minutos en completar la totalidad del cuestionario.

5.4. Análisis de Datos

En investigaciones anteriores, el OEQ se ha dividido en diferentes dimensiones después de realizar un análisis factorial. Por ejemplo, Steffen y Brehm (1999) encontraron que el OEQ midió tres factores diferentes: (1) Elemento emocional del ejercicio, que incluía elementos que se referían a algún tipo de angustia emocional cuando el individuo no podía realizar su actividad física planificada; (2) Frecuencia e Intensidad del Ejercicio, que incluía ítems referentes a la cantidad e intensidad del ejercicio; y (3) Preocupación por el ejercicio, con ítems relacionados con pensamientos y anticipación del ejercicio. El principal hallazgo de este estudio fue que no es la cantidad de ejercicio, sino la emocionalidad negativa asociada con el ejercicio físico lo que vincula el ejercicio y los trastornos alimentarios en adolescentes de secundaria.

En un intento de investigar más a fondo la asociación entre la adicción al ejercicio y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres universitarias, Ackard et al., (2002), también dividieron el OEQ en diferentes factores. En este estudio, encontraron 3 categorías similares pero ligeramente diferentes: (1) Fijación al ejercicio, que contiene elementos que se refieren a la preocupación por el ejercicio, el afecto negativo cuando se pierde una sesión de ejercicio y el uso del ejercicio para compensar la percepción de comer en exceso; (2) Frecuencia del ejercicio, que contiene elementos que abordan la frecuencia y la intensidad del ejercicio; y (3) Compromiso con el ejercicio, que contiene ítems que miden el pensamiento del individuo de que no puede faltar a las sesiones de ejercicio. Luego, los participantes se agruparon en 6 grupos diferentes utilizando estas tres subescalas. Los seis grupos fueron:

- (1) Deportistas obsesionados con el ejercicio, que obtienen una puntuación alta en las tres dimensiones del OEQ.
- (2) Deportistas bien adaptados, que obtienen una puntuación cercana al promedio en las tres dimensiones.
- (3) Deportistas no obsesionados ejercicio, que obtienen una puntuación baja en fijación y frecuencia del ejercicio, pero alta en compromiso.
- (4) Deportistas ávidos bien adaptados, que obtienen un puntaje promedio en la fijación y el compromiso del ejercicio, pero alto en la frecuencia del ejercicio.
- (5) No-deportistas bien adaptados, que obtienen una puntuación baja en las tres dimensiones.
- (6) No-deportistas obsesionados con el ejercicio, que obtienen una puntuación alta en la fijación del ejercicio, media en el compromiso, pero baja en la frecuencia.

Tras esta división de grupos, Ackard et al. (2002) realizaron un análisis de varianza multivariante (MANOVA) para comparar los grupos agrupados por los factores de OEQ e identificar qué grupo manifestaba rasgos y comportamientos de trastornos alimentarios. El principal hallazgo de este estudio fue que el factor de fijación del ejercicio se puede utilizar como un índice aproximado del riesgo de las mujeres de tener o desarrollar un trastorno alimentario.

El presente estudio siguió la misma línea de análisis estadístico realizada por Ackard et al. (2002). En primer lugar, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para reducir el número de ítems de OEQ. Luego, los participantes se agruparon en diferentes grupos según sus puntajes en las subescalas de OEQ. Tras esta división en grupos, se realizó un análisis de varianza multivariado sobre el peso, el peso ideal, la altura, el IMC, el IMC ideal, el número de horas a la semana que dedican a realizar actividad física y la diferencia de peso, que se calculó restando su peso ideal menos su peso real, obteniendo el número de kilogramos que cada participante quería perder o ganar. Seguidamente, se realizó otro análisis de varianza multivariante sobre las puntuaciones de las escalas de autoestima y satisfacción con la imagen corporal para medir si existe una diferencia estadísticamente significativa según el grupo al que pertenecen los participantes.

6. RESULTADOS

Un total de 150 encuestados participaron en este estudio, y todos ellos se identificaron como hombres. Los participantes tenían entre 18 y 60 años, con una edad media de 38,5 años (D.T.= 12,5). El índice de masa corporal (IMC) se calculó utilizando las medidas reportadas por los participantes sobre su peso y altura. Los resultados mostraron que el 1,33% (n=2) de los participantes estaba por debajo de su peso saludable, el 50,67% (n=76) tenía un peso saludable, el 39,33% (n=59) tenía sobrepeso y el 8,67% (n=13) tenía obesidad. El IMC medio para los participantes fue de 25,3 (D.T.=3,64). En promedio, el peso ideal reportado por los participantes fue 4,79 kg (D.T.=6,22) menor que su peso actual (con un rango de -32 a +10 kg).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio, tal y como se presenta en la Tabla 1. Asimismo, se estimó la fiabilidad de cada uno de los instrumentos utilizados en el estudio mediante el coeficiente α de Cronbach, el cual mostró en todos los casos un índice adecuado (véase Tabla 1).

Tabla 1.

Estadística descriptiva de las variables utilizadas en el estudio (N=150)

	Media	Desviación Típica	Asimetría; Curtosis	Rango	α de Cronbach
Adicción al ejercicio (OEQ)	43,2	7,32	0,43 ; 0,03	36	0,81
Autoestima (EAR)	32,4	4,69	-0,41 ; - 0,09	21	0,86
Insatisfacción con la imagen corporal (MSRBQ)	84,6	8,84	0,80 ; 1,18	48	0,80
Orientación a la apariencia (MSRBQ; F2)	23,3	4,58	-0,02 ; 0,10	27	0,74
Evaluación del estado físico (MSRBQ; F3)	25,5	4,38	- 0,26 ; 0,03	21	0,82
Orientación al estado físico (MSRBQ; F4)	15,9	1,59	1,29 ; 3,33	10	0,71
Evaluación de la salud (MSRBQ; F5)	10,2	2,64	0,55 ; 0,01	14	0,70
Orientación de la enfermedad (MSRBQ; F7)	9,74	2,39	0,11 ; 0,17	12	0,80

Además, se comprobó la normalidad de las variables mediante la prueba de Shapiro-Wilk, la cual mostró que las variables no estaban distribuidas de forma normal. Sin embargo, el Teorema del Límite Central (Villardón, 2004) afirma que al tener una muestra superior a 30, la distribución de las medias de la muestra seguirá una distribución normal y, además, que la distribución de la media muestral será igual a la de la población total estudiada. Dado que este estudio cuenta con una muestra muy superior a 30, podemos asumir la normalidad de la muestra y trabajar con pruebas estadísticas paramétricas, las cuales pueden funcionar bien con distribuciones asimétricas y no normales.

6.1. Asociación entre la adicción al ejercicio, la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal

En primer lugar, se analizó el coeficiente de correlación de Pearson entre las variables de adicción al ejercicio, autoestima y satisfacción con la imagen corporal. Los resultados de dicho análisis señalan relaciones significativas y destacables en varios casos, y pueden encontrarse en la Tabla 2. Los resultados muestran una relación positiva, aunque no significativa, entre la adicción al ejercicio con la autoestima ($r = 0,082; p > 0,05$) y con la insatisfacción con la imagen corporal ($r = 0,141; p > 0,05$). Además, se puede observar una relación significativamente negativa entre la insatisfacción con la imagen corporal y la autoestima ($r = -0,280; p < 0,001$), como cabe esperar.

Cuando separamos los resultados según los diferentes factores del MBSRQ podemos ver que la adicción al ejercicio correlaciona de forma significativamente positiva con la evaluación del estado físico (MBSRQ – F3) ($r = 0,354; p < 0,001$) y con la evaluación de la salud (MBSRQ – F5) ($r = 0,178; p < 0,05$). Por otro lado, la autoestima correlaciona de forma significativamente negativa con la orientación a la apariencia (MBSRQ – F2) ($r = -0,316; p < 0,001$), la orientación al estado físico (MBSRQ – F4) ($r = -0,397; p < 0,001$), y con la orientación a la enfermedad (MBSRQ – F7) ($r = -0,383; p < 0,001$). Por último, y como es normal, todos los factores del MBSRQ se correlacionan entre sí (véase en la Tabla 2).

6.2. Tipos de deportistas

Con el objetivo de profundizar en las relaciones encontradas en el análisis del coeficiente de correlación de Pearson, y siguiendo el método de Ackard et al. (2002), se decidió separar a los participantes en grupos, dependiendo del tipo de deportista que fueran, para lo que se llevó a cabo el siguiente análisis.

Tabla 2.

Análisis del Coeficiente de Correlación de Pearson de las variables de estudio (N=150)

	<i>Adicción al ejercicio (OEQ)</i>	<i>Autoestima (EAR)</i>	<i>Insatisfacción con la imagen corporal (MBSRQ)</i>	<i>Orientación a la apariencia corporal (MBSRQ - F2)</i>	<i>Evaluación del estado físico (MBSRQ - F3)</i>	<i>Orientación al estado físico (MBSRQ - F4)</i>	<i>Evaluación de la salud (MBSRQ - F5)</i>	<i>Orientación a la enfermedad (MBSRQ - F7)</i>
<i>Adicción al ejercicio (OEQ)</i>								
<i>Autoestima (EAR)</i>	0,082							
<i>Insatisfacción con la imagen corporal (MBSRQ)</i>	0,141	-0,280***						
<i>Orientación a la apariencia (MBSRQ - F2)</i>	-0,075	-0,316***	0,785***					
<i>Evaluación del estado físico (MBSRQ - F3)</i>	0,354***	0,160	0,250**	-0,190*				
<i>Orientación a la salud (MBSRQ - F4)</i>	-0,104	-0,397***	0,698***	0,649***	-0,240***			
<i>Evaluación de la salud (MBSRQ - F5)</i>	0,178*	-0,052	0,647***	0,330***	0,051	0,342***		
<i>Orientación a la enfermedad (MBSRQ - F7)</i>	-0,038	-0,383***	0,695***	0,622***	-0,295***	0,691***	0,451***	
(*) $p < ,05$		(**) $p < ,01$	(***) $p < ,001$					

En primer lugar, se realizaron una serie de análisis de componentes factoriales principales con rotación varimax para reducir el número de ítems del OEQ. Después de cada análisis, se eliminaron los ítems que no cargaban al menos .5 en un factor. Después de cuatro análisis de este tipo, se eliminaron ocho elementos y los 12 restantes se cargaron en tres factores que explicaron el 59,2 % de la varianza en el conjunto de elementos. Los 12 ítems restantes se han subdividido por sus factores designados y cargas factoriales en la Tabla 3.

El Factor 1, Elemento Emocional del Ejercicio, contiene seis elementos que abordan los elementos emocionales negativos que se experimentan cuando se pierde una sesión de

Tabla 3.

Cargas factoriales de los 11 ítems del OEQ restantes

Factor	Ítem del OEQ ^a	Carga factorial	α de Cronbach
Factor 1: Elemento Emocional del Ejercicio	4. Cuando no hago ejercicio, me siento culpable.	0,72	0,72
	5. A veces, siento que no quiero hacer ejercicio, pero sigo adelante y me esfuerzo de todos modos.	0,52	
	7. Cuando pierdo una sesión de ejercicio, me preocupa que mi cuerpo esté fuera de forma.	0,71	
	12. Si siento que he comido en exceso, intentaré compensarlo aumentando la cantidad de ejercicio.	0,61	
	13. Cuando falto a una sesión de ejercicio programada, puedo sentirme tenso, irritable o deprimido.	0,60	
	18. Frecuentemente “me exijo al límite”.	0,62	
Factor 2: Frecuencia e Intensidad del Ejercicio	3. Hago ejercicio más de tres veces a la semana.	0,86	0,82
	1. Realizo ejercicio físico a diario.	0,84	
	2. Participo en una o más de las siguientes formas de ejercicio: caminar, trotar/correr o hacer pesas.	0,77	
Factor 3: Preocupación y Compromiso con el Ejercicio	20. Realizo otras formas de ejercicio si no puedo realizar mi forma habitual de ejercicio.	0,74	0,73
	17. He experimentado una sensación de euforia o “colocón” durante o después de una sesión de ejercicio.	0,67	
	15. He soñado despierto con hacer ejercicio.	0,66	

^a Numeración original de los ítems del OEQ

ejercicio o cuando hay una ingesta de alimentos inesperada o no planificada. El Factor 2, Frecuencia e Intensidad del Ejercicio, consta de tres elementos que abordan la frecuencia y la intensidad de los episodios de ejercicio. El Factor 3, Preocupación y Compromiso con el Ejercicio, contiene otros tres elementos que describen los sentimientos experimentados antes y después de una sesión de ejercicio, así como el compromiso con la realización del ejercicio. Los factores 1, 2 y 3 han mostrado alfas de Cronbach de 0,72, 0,82 y 0,73, respectivamente.

La presente solución factorial difiere solo ligeramente de las encontradas previamente por Steffen y Brehm (1998) y Ackard et al. (2002). El presente estudio encontró tres factores, que es el mismo número de factores encontrados en los dos estudios anteriores. Además, nuestro primer factor, Elemento Emocional del Ejercicio, contiene los mismos ítems de OEQ que los encontrados por Steffen y Brehm (1998), y por lo tanto hemos usado el mismo nombre para este factor. Nuestro segundo factor, Frecuencia e Intensidad del Ejercicio, también es muy similar al segundo factor encontrado por Steffen y Brehm (1998) y, por lo tanto, el nombre que usamos es el mismo que usamos en este estudio anterior.

Por último, nuestro Factor 3, Preocupación y Compromiso con el Ejercicio, combina los dos conceptos que se separaron anteriormente, Preocupación por el ejercicio (Steffen & Brehm, 1998) y Compromiso por el ejercicio (Ackard et al., 2002). Estas diferencias entre factores podrían deberse a la población a la que se dirigieron los diferentes estudios. Por ejemplo, la muestra utilizada en el primer estudio fueron estudiantes de secundaria masculinos y femeninos, mientras que la muestra utilizada para el estudio realizado por Ackard et al. (2002) estaba formada por mujeres entre 17 y 55 años. En el presente estudio se ha querido comprobar las posibles diferencias entre sexos, y por ello se ha elegido a una muestra de 150 hombres.

Después de realizar el análisis factorial de componentes principales, los participantes se agruparon en cuatro grupos diferentes utilizando sus puntajes en las subescalas de OEQ. La Tabla 4 contiene las estadísticas descriptivas en las cuatro variables derivadas del análisis de componentes principales. Los miembros del Grupo 1 ($n = 37$) se caracterizan por puntajes por debajo del promedio en el elemento emocional del ejercicio, puntajes cercanos al promedio total en frecuencia e intensidad del ejercicio, así como puntajes por encima del promedio en preocupación y compromiso con el ejercicio, y así será ser identificados como los "Deportistas

Tabla 4.

Medias, desviaciones típicas y tamaño de grupo (N) de los cuatro grupos derivados del análisis de componentes en las subescalas de OEQ

Grupo (N)	Elemento	Subescalas del OEQ	
		Emocional	Frecuencia e Intensidad del Ejercicio
Deportistas Comprometidos (37)	-0,72 (0,64)	-0,15 (0,83)	1,03 (0,77)
No deportistas (54)	-0,17 (0,82)	-0,76 (0,66)	-0,61 (0,66)
Deportistas ávidos (39)	-0,36 (0,59)	-0,98 (0,56)	-0,49 (0,54)
Deportistas obsesionados con el ejercicio (20)	1,55 (0,78)	0,56 (0,85)	0,68 (0,88)
Valores estandarizados			

comprometidos". Aquellos del Grupo 2 ($n = 54$) se caracterizan por obtener una puntuación cercana al promedio general en el elemento emocional del ejercicio, y en la frecuencia e intensidad del ejercicio y por debajo del promedio en la preocupación y el compromiso con el ejercicio, y se identificarán como "No deportistas". Los miembros del Grupo 3 ($n = 39$) tienen puntajes cercanos al promedio general en el elemento emocional del ejercicio y la preocupación y el compromiso con el ejercicio, pero por encima del promedio en la frecuencia e intensidad del ejercicio, por lo que serán identificados como "Deportistas ávidos". Por último, los miembros del Grupo 4 ($n = 20$) se caracterizan por puntajes muy por encima del promedio en el elemento emocional del ejercicio y en la preocupación y el compromiso con el ejercicio, y puntajes cercanos al promedio total en la frecuencia e intensidad del ejercicio, por lo que serán identificados como "Deportistas obsesionados con el ejercicio".

Se realizó un análisis multivariante de varianza sobre las medidas de peso actual, peso ideal, altura, IMC, IMC ideal, la cantidad de horas por semana que pasan realizando actividad física y la diferencia de peso deseada de los participantes. Esta última variable, la diferencia de peso, se calculó restando el peso ideal de los participantes menos su peso real, obteniendo el número de kilogramos que cada participante quería perder o ganar. El efecto multivariante global para la pertenencia a grupos fue muy significativo, $F (18, 441,72) = 3,59$, $p < 0,0005$; λ de Wilk = 0,68, η^2 parcial = 0,12. Este resultado significativo muestra que existe una diferencia significativa entre los grupos en al menos una de las variables. Los análisis posteriores

Tabla 5.

Estadísticas descriptivas (medias y desviaciones típicas) de los cuatro grupos sobre medidas seleccionadas relacionadas con el peso y el ejercicio

Grupo (N)	1 Deportistas Comprometidos	2 No deportistas	3 Deportistas Ávidos	4 Deportistas obsesionados con el deporte
Peso	65,93 (13,92)	65,16 (10,55)	66,66 (17,99)	67,95 (14,57)
Peso Ideal	65,39 (13,09)	60,30 (7,48)	63,34 (14,50)	63,59 (14,69)
Altura	172,10 (9,95)	169,20 (7,50)	170,63 (11,31)	167,27 (7,50)
BMI	22,13 (3,60)	22,77 (3,50)	22,67 (4,69)	24,34 (5,41)
BMI Ideal	21,86 (2,43)	21,03 (1,86)	21,52 (2,73)	22,72 (5,16)
^a Horas de ejercicio	3,88 (2,71)	2,82 (1,61)	5,80 (3,40)	6,02 (4,14)
^a Diferencias de peso	-0,54 (7,93)	-4,87 (7,06)	-3,32 (7,26)	-4,36 (3,36)

^a Diferencias significativas entre grupos

indicaron diferencias significativas en dos de las siete medidas. La Tabla 5 contiene las medias y las desviaciones típicas de las variables relacionadas con el peso y el ejercicio agrupadas por pertenencia al grupo.

Los cuatro grupos diferían significativamente entre sí en las horas de ejercicio realizadas, con los Deportistas obsesionados con el ejercicio (Grupo 4) informando el mayor número de horas por semana dedicadas a realizar ejercicio físico, y los No deportistas (Grupo 2) informando el menor número de horas. La segunda medida que fue significativamente diferente entre los grupos fue la diferencia de peso, donde los no deportistas (Grupo 2) y los deportistas obsesionados con el ejercicio (Grupo 4) obtuvieron la puntuación más alta, lo que significa que querían perder la mayor cantidad de peso (en kilogramos) y, en el lado opuesto, los deportistas comprometidos (Grupo 1). Las otras cinco medidas, peso, peso ideal, altura, IMC e IMC ideal, no mostraron una diferencia significativa entre las cuatro variables derivadas del análisis de componentes.

6.3. Diferencias en autoestima y satisfacción con la imagen corporal según el tipo de deportista

Se realizó un análisis de varianza multivariado separado en las puntuaciones de las escalas de autoestima y satisfacción corporal para probar si existe una diferencia estadísticamente significativa según el grupo al que pertenecen los participantes. El efecto multivariante global para la pertenencia al grupo fue muy significativo, $F(9, 387,12) = 4,90, p < 0,0005$; λ de Wilk = 0,77, η^2 parcial = 0,08. Este resultado muestra que existe una diferencia significativa entre los grupos en al menos una de las variables. Los análisis posteriores, como se predijo, mostraron una diferencia significativa en las tres variables.

La Tabla 6 contiene las medias y desviaciones típicas de estas variables. Los cuatro grupos difirieron significativamente entre sí en la medida de Autoestima ($p = 0,008$), siendo los Deportistas obsesionados con el deporte (Grupo 4) los que mostraron las puntuaciones más altas, lo que significa que tienen los niveles más altos de autoestima, y los Deportistas comprometidos (Grupo 1) son los que muestran las puntuaciones más bajas, lo que significa que tienen los niveles más bajos de autoestima. Por último, la medida de la insatisfacción con

Tabla 6.

Medias, desviaciones típicas y tamaño de grupo (N) de los cuatro grupos de deportistas sobre autoestima y satisfacción con la imagen corporal

Grupo (N)	Autoestima (EAR)	Insatisfacción con la imagen corporal (MBSRQ)
1. Deportistas Comprometidos (37)	22,96 (5,67)	115,23 (32,01)
2. No deportistas (54)	19,95 (4,47)	147,27 (23,15)
3. Deportistas ávidos (39)	22,34 (4,87)	140,84 (28,76)
4. Deportistas obsesionados con el ejercicio (20)	19,73 (5,26)	156,15 (26,37)

la imagen corporal también presentó una diferencia altamente significativa entre grupos ($p < 0.001$), con los Deportistas obsesionados con el ejercicio (Grupo 4) mostrando los niveles más altos de insatisfacción con la imagen corporal, y los Deportistas comprometidos (Grupo 1) mostrando los niveles más altos de satisfacción con la imagen corporal. Estos resultados están de acuerdo con nuestras hipótesis iniciales de que habría diferencias en los niveles de autoestima y satisfacción con la imagen corporal dependiendo del grupo de deportistas al que se perteneciera, y que niveles más bajos de autoestima e insatisfacción con la imagen corporal estarían relacionados con niveles más altos de patrones de ejercicio obligatorio.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Uno de los enfoques más frecuentes y efectivos para controlar la forma, el peso y la musculatura es el ejercicio físico regular (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 2008). Un creciente cuerpo de investigación ha mostrado que el ejercicio, de forma compulsiva, en ocasiones puede conducir a la insatisfacción corporal y trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Davis et al., 1990; Mond et al., 2004; Dalle Grave et al., 2008). Una de las principales razones de este vínculo es que el uso de ejercicio compulsivo para controlar la forma y el peso es un enfoque muy común entre las personas que padecen un TCA, más específicamente, aquellos diagnosticados con Anorexia Nervosa (AN) y los subtipos de Bulimia Nervosa (BN) no purgativos, como se especifica en el DSM-5 (APA, 2013). Por tanto, es de gran importancia explorar la relación entre la adicción al ejercicio, la autoestima y la

satisfacción con la imagen corporal, ya que estos últimos constructos han mostrado ser predictores del desarrollo de TCA (Ramos et al., 2016)

El objetivo de este estudio ha sido proporcionar una nueva perspectiva sobre la relación entre el ejercicio compulsivo y los trastornos alimentarios mediante el análisis de la relación entre diferentes creencias y comportamientos de adicción al ejercicio, la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal, ya que se ha demostrado que estos son importantes predictores de los TCA (Williamson et al., 1989; Polivy et al., 2002; Furnham et al., 2002). Este estudio tenía como objetivo general explorar la relación entre la adicción al ejercicio, la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal en hombres adultos. Además, como objetivos específicos, mediante este estudio se quería: (1) explorar los distintos tipos de deportistas de la muestra; (2) observar los distintos niveles de autoestima en la muestra y explorar su relación con los distintos tipos de deportistas; (3) observar los distintos niveles de satisfacción con la imagen corporal en la muestra y explorar su relación con los distintos tipos de deportistas; y (4) comparar los resultados según la edad de los participantes.

Dados los resultados obtenidos en estudios previos, este estudio quería contrastar la hipótesis general de que las personas que obtienen una puntuación por encima de la media en creencias y comportamientos relacionados con la adicción al ejercicio, tendrán más probabilidades de tener niveles por debajo de la media en las escalas de autoestima y satisfacción con la imagen corporal. Y, más específicamente, las siguientes hipótesis: (1) existirán diferentes tipos de deportistas, dependiendo de sus hábitos y creencias sobre el deporte; (2) los participantes que muestren niveles por encima de la media en la medida de adicción al ejercicio, mostrarán niveles más bajos de autoestima; (3) los participantes que muestren niveles por encima de la media en la medida de adicción al ejercicio, mostrarán niveles más bajos de satisfacción con la imagen corporal. Para ello se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo, donde se utilizaron medidas estandarizadas y un cuestionario *ad hoc*.

Un primer análisis estadístico, el coeficiente de correlación de Pearson, mostró relaciones positivas entre las variables de adicción al ejercicio, autoestima y satisfacción con la imagen corporal. Con el objetivo de profundizar en las relaciones encontradas en este análisis, y siguiendo el método de Ackard et al. (2002), se decidió separar a los participantes en grupos, dependiendo del tipo de deportista que fueran, para lo que se llevó a cabo el siguiente análisis. En primer lugar, se realizaron una serie de análisis de componentes factoriales principales con

rotación varimax para reducir el número de ítems del OEQ. Los 12 ítems restantes se subdividieron por sus factores designados y cargas factoriales. El Factor 1, Elemento Emocional del Ejercicio, contiene elementos que abordan los elementos emocionales negativos del ejercicio, el Factor 2, Frecuencia e Intensidad del Ejercicio, aborda la frecuencia y la intensidad de los episodios de ejercicio y el Factor 3, Preocupación y Compromiso con el Ejercicio, describe los sentimientos experimentados antes y después de una sesión de ejercicio, así como el compromiso con la realización del ejercicio. La presente solución factorial concuerda en gran medida con las encontradas previamente por Steffen y Brehm (1998) y Ackard et al. (2002).

Después de realizar el análisis factorial de componentes principales, los participantes se agruparon en cuatro grupos diferentes utilizando sus puntajes en las subescalas de OEQ: El Grupo 1, Deportistas comprometidos, formado por personas comprometidas y preocupadas con el ejercicio, pero con niveles bajos de emotividad negativa. El Grupo 2, No deportistas, está compuesto por un conjunto de personas que no realiza ejercicio y que además no siente preocupación o emotividad negativa. El Grupo 3, Deportistas ávidos, formado por aquellos que muestran niveles muy elevados de intensidad y frecuencia del ejercicio. Por último, el Grupo 4, Deportistas obsesionados con el ejercicio, formado por aquellos que muestran niveles elevados del elemento emocional del ejercicio y de preocupación y el compromiso con el ejercicio. Estos resultados están de acuerdo con nuestra hipótesis inicial, mostrando que existen diferentes deportistas en función de sus hábitos y creencias sobre el deporte.

Posteriormente, se realizó un análisis de varianza multivariado de las puntuaciones de las escalas de autoestima y satisfacción con la imagen corporal. Este análisis mostró resultados significativos, mostrando una diferencia estadísticamente significativa entre los cuatro grupos derivados del análisis factorial. Los resultados mostraron que los Deportistas obsesionados con el ejercicio obtuvieron una puntuación significativamente más baja que los otros tres grupos en la imagen corporal, y los Deportistas comprometidos estaban en el otro extremo, con niveles significativamente más altos de imagen corporal que los otros grupos. Los resultados de este análisis también desvelan una diferencia significativa entre grupos para la medida de autoestima. En este caso, los Deportistas obsesionados con el ejercicio y los No deportistas mostraron niveles significativamente más bajos que los Deportistas comprometidos y los Deportistas ávidos.

Estos hallazgos están en línea con nuestra segunda y tercera hipótesis, lo que significa que las personas que obtienen una puntuación por encima de la media en rasgos que apuntan a comportamientos o pensamientos que pertenecen a la adicción al ejercicio, tendrán más probabilidades de obtener una puntuación por debajo de la media en autoestima y satisfacción con la imagen corporal. Los Deportistas obsesionados con el ejercicio y los No deportistas fueron los dos grupos que puntuaron más alto en el elemento emocional del ejercicio y, por lo tanto, existe una clara tendencia que apunta hacia la idea de que puntuaciones más altas en el elemento emocional del ejercicio se correlacionan con puntuaciones más bajas en los niveles de autoestima y satisfacción con la imagen corporal.

Además, estos hallazgos ayudan a reafirmar la idea de que la adicción al ejercicio no es una medida unidimensional. De manera similar a estudios previos, encontramos que hay tres factores principales que se miden con esta escala, y hemos demostrado que afectan de manera independiente a otras medidas, en este caso los niveles de autoestima y de satisfacción con la imagen corporal de los participantes. Morgan (1979) fue el primero en sugerir que la adicción al ejercicio no es solo una cuestión de volumen de ejercicio físico, sino que también tiene un componente emocional. Este estudio apoya esta idea, ya que se encontró que no fue la frecuencia y la intensidad del ejercicio (Factor 2) lo que predijo los diferentes resultados para la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal, sino que fue el elemento emocional del ejercicio (Factor 1) el que predijo los cambios en estas medidas entre los cuatro grupos de deportistas. Estos resultados están en línea con los encontrados por Ruiz-Turrero et al. (2022) y muestran que las conductas y creencias relacionadas con la adicción al ejercicio en hombres adultos también se ven afectadas por sus niveles de autoestima y satisfacción con la imagen corporal.

Los Deportistas obsesionados con el ejercicio, junto con los No Deportistas, fueron también los dos grupos que presentaron mayor diferencia de peso entre su peso actual y el ideal. Esto también está en línea con la Teoría del Logro de la Meta (Nicholls, 1984), que establece que las metas son determinantes críticos del comportamiento. Nicholls (1989) diferenció entre dos tipos de metas, las metas del ego y las metas de la tarea. Varios estudios han demostrado que las personas que respaldan las metas del ego tienen más probabilidades de desarrollar estrategias desadaptativas de lucha por el logro. En este caso, perder peso puede verse como una meta del ego y, por lo tanto, la autoestima de los participantes depende de su éxito. Esto explica por qué estos dos grupos de participantes obtuvieron las

puntuaciones más bajas en autoestima y satisfacción con la imagen corporal. Como sugirió Dweck (1999), el deseo de autovalidación del individuo puede contribuir al comportamientos relacionados con la adicción al ejercicio.

Varias implicaciones pueden extraerse del presente estudio. Primero, a la luz de los hallazgos actuales, los investigadores que examinen el vínculo entre la adicción al ejercicio y otras patologías, especialmente los TCA, deberían utilizar alguna medida multidimensional de la adicción al ejercicio, como la proporcionada por este estudio. Los hallazgos actuales también amplían los de Ackard et al. (2002) al dar una explicación al vínculo que se encontró en ese estudio. Ackard et al. (2002) encontraron que el factor Fijación al ejercicio, similar al Elemento emocional del ejercicio en este estudio, mostró las correlaciones más altas con la mayoría de las subescalas del Inventario de Trastornos Alimentarios (ITA), lo que sugirió un vínculo entre este y los rasgos y comportamientos de los TCA. En este estudio nos propusimos indagar en ese vínculo y encontramos que es ese mismo factor el que predice los niveles más bajos de autoestima y satisfacción con la imagen corporal. Estas dos medidas se han correlacionado con los TCA durante varios años (Williamson et al., 1989; Polivy et al., 2002; Furnham et al., 2002) y, por lo tanto, pueden ayudar a explicar la relación entre adicción al ejercicio y los TCA.

En conclusión, este estudio ha demostrado la necesidad de ver la medida de adicción al ejercicio como multidimensional. Se ha demostrado que esta medida debe dividirse en diferentes factores, ya que afectan de forma independiente a las puntuaciones de los participantes en las medidas de autoestima y satisfacción con la imagen corporal. Los hallazgos muestran una clara tendencia que apunta hacia la idea de que es uno de esos factores, el elemento emocional del ejercicio, el que tiene los efectos más aversivos en la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal de las personas, y no las puntuaciones de adicción al ejercicio en su conjunto. Sin embargo, es necesario seguir investigando sobre este tema para responder a las nuevas preguntas que han surgido a raíz de este estudio.

7.1. Limitaciones

Este estudio tiene limitaciones potenciales y, por lo tanto, los resultados deben interpretarse con cautela. En primer lugar, este estudio es meramente observacional ya que las creencias y conductas de los participantes no han sido manipulados de ninguna manera. Por lo tanto, los resultados muestran una correlación entre las medidas, pero no muestran

una dirección causal para este vínculo. Esto significa que no sabemos si los niveles bajos de autoestima y satisfacción con la imagen corporal de los participantes conducen a puntuaciones más altas en el elemento emocional del ejercicio y niveles más altos de adicción al ejercicio o viceversa.

Además, el tamaño de la muestra de este estudio fue relativamente pequeño en comparación con estudios previos sobre el tema. Por ejemplo, Ackard et al. (2002) evaluó a 586 participantes, teniendo grupos de 52 a 180 participantes en cada uno de ellos. En nuestro estudio, solo evaluamos a 150 participantes, y nuestros grupos era de un tamaño mucho más pequeño; sin embargo, los participantes se dividieron de manera bastante equitativa entre todos ellos. En el lado positivo, este estudio tuvo una muestra compuesta de forma exclusiva por hombres adultos de 18 a 60 años, lo que hace que los resultados sean generalizables a la población masculina. Por último, este estudio sufrió una limitación de tiempo, ya que la experimentadora y autora de este artículo tuvo que seguir un horario estricto. Este problema afectó el estudio al no permitir la participación de más participantes, lo que a su vez afecta la fiabilidad de los resultados.

Por último, debido a la limitación en el volumen de la muestra, no se han podido comprobar las diferencias en los resultados según la franja de edad de los participantes. Este es un punto importante porque es posible que existan diferencias significativas entre los grupos dependiendo de la edad de los participantes.

7.2. Prospectiva

Este estudio es uno de los primeros en examinar la relación entre la adicción al ejercicio y los TCA mediante la prueba de las medidas de autoestima y satisfacción con la imagen corporal en hombres adultos. Este estudio ha encontrado que existe una relación significativa entre estas variables, y nuestras hipótesis han sido confirmadas. Esto podría sugerir una interacción entre estas variables y los TCA. Dado que una baja autoestima y satisfacción con la imagen corporal se han relacionado con niveles por encima de la media en conductas y creencias relacionadas con los TCA, podría ser que la relación entre la adicción al ejercicio y los TCA esté mediada o moderada por los niveles de autoestima y satisfacción con la imagen corporal.

La investigación futura debería considerar la necesidad de estudios experimentales donde las medidas se manipulen para ver la dirección del efecto. Por ejemplo, un estudio que manipule los niveles de autoestima de los participantes y compare las puntuaciones en la escala OEQ. Los estudios longitudinales también pueden proporcionar conocimientos valiosos

sobre el vínculo entre la adicción al ejercicio y los TCA al determinar patrones claros a lo largo del tiempo. Por último, las investigaciones deberían contar con una muestra más grande de participantes para asegurar la fiabilidad de los resultados obtenidos.

Los estudios futuros también deberían esforzarse por tener una división más justa entre los participantes por edades, para poder comparar de manera más justa los resultados en este estudio. Además, las metas de los participantes deben estudiarse con más detalle y compararse entre subgrupos. Puede haber una diferencia significativa en los motivos por los que se realiza ejercicio que ayude a explicar la relación que se encontró en este estudio entre la adicción al ejercicio y la autoestima y satisfacción con la imagen corporal. Por último, se debe hacer hincapié en tratar de explicar mejor la relación entre los TCA y la adicción al ejercicio, y el posible papel mediador o moderador de la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal.

Referencias bibliográficas

- Ackard, D. M., Brehm, B. J., & Steffen, J. J. (2002). Exercise and eating disorders in college-aged women: Profiling excessive exercisers. *Eating Disorders, 10*(1), 31-47. <https://doi.org/10.1080/106402602753573540>
- Alipoor, S., Goodarzi, A. M., Nezhad, M. Z., & Zaheri, L. (2009). Analysis of the relationship between physical self-concept and body image dissatisfaction in female students. *Journal of Social Sciences, 5*(1), 60-66. <https://doi.org/10.3844/jssp.2009.60.66>
- Altamirano, M. B., Vizmanos, B. y Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública, 30*(5), 401-407. <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.519>
- Ames, C. (1992). Classrooms, goals, structures, and student motivation. *Journal of Educational Psychology, 84*, 261–271. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.84.3.261>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5). *Asociación Americana de Psiquiatría*. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60152-9](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60152-9)
- Baile, J. I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal?. *Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades, (2)*, 53-70.
- Booth, F. W., Roberts, C. K., & Laye, M. J. (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology, 2*(2), 1143. <https://doi.org/10.1002/cphy.c110025>
- Bratland-Sanda, S., Martinsen, E. W., Rosenvinge, J. H., Rø, Ø., Hoffart, A., & Sundgot-Borgen, J. (2011). Exercise dependence score in patients with longstanding eating disorders and controls: the importance of affect regulation and physical activity intensity. *European Eating Disorders Review, 19*(3), 249-255.
- Berczik, K., Szabó, A., Griffiths, M. D., Kurimay, T., Kun, B., Urbán, R., & Demetrovics, Z. (2012). Exercise addiction: Symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology. *Substance use & misuse, 47*(4), 403-417. <https://doi.org/10.1002/erv.971>
- Berengüí, R., Castejón, M. Á., y Torregrosa, M. S. (2020). Body dissatisfaction, risk behaviors and eating disorders in university students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 7*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004>

- Castonguay, A. L., Pila, E., Wrosch, C., & Sabiston, C. M. (2015). Body-related self-conscious emotions relate to physical activity motivation and behavior in men. *American journal of men's health, 9*(3), 209-221. <https://doi.org/10.1177/1557988314537517>
- Church, T. (2011). Exercise in obesity, metabolic syndrome, and diabetes. *Progress in cardiovascular diseases, 53*(6), 412-418. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2011.03.013>
- Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Behar, R., y Arancibia, M. (2016). Influencia de factores socioculturales en la imagen corporal desde la perspectiva de mujeres adolescentes. *Revista mexicana de trastornos alimentarios, 7*(2), 116-124. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.05.001>
- Dalle Grave, R. (2009). Features and management of compulsive exercising in eating disorders. *The Physician and Sportsmedicine, 37*(3), 20-28. <https://doi.org/10.3810/psm.2009.10.1725>
- Dalle Grave, R., Calugi, S., & Marchesini, G. (2008). Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive psychiatry, 49*(4), 346-352. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.12.007>
- Davis, C., Fox, J., Cowles, M., Hastings, P., & Schwass, K. (1990). The functional role of exercise in the development of weight and diet concerns in women. *Journal of Psychosomatic Research, 34*(5). [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(90\)90031-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(90)90031-X)
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (2008). 2008 physical activity guidelines for Americans. Atlanta, GA: U.S. Department of Health & Human Services.
- Duda, J. L., & Hall, H. K. (2001). Achievement goal theory in sport: Recent extensions and future directions. En: Singer, R. N., Janelle, C. M., Hausenblas, H. A., (Eds.), *Handbook of Sport Psychology*. 2nd ed. (pp. 417–443), New York, NY: Wiley.
- Dweck, C. S. (1999). Self-Theories: Their role in motivation personality and development. Philadelphia: Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315783048>
- Dyckman, B. M. (1998). Integrating cognitive and motivational factors in depression: Initial tests of a goal orientation approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 139–158. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.139>

- Ensari, I., Sandroff, B. M., & Motl, R. W. (2016). Effects of single bouts of walking exercise and yoga on acute mood symptoms in people with multiple sclerosis. *International journal of MS care*, 18(1), 1-8. <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2014-104>
- Fernández, Ó. (10 de diciembre de 2020). Se triplican los trastornos de la conducta alimentaria en la pandemia: la tercera enfermedad crónica más frecuente entre los adolescentes. *Business Insider*. <http://www.businessinsider.es/>
- Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of psychology*, 136(6), 581-596. <https://doi.org/10.1080/00223980209604820>
- Gálvez, A., Rodríguez-García, P.L., Rosa, A., García-Cantó, E, Pérez-Soto, J.J., Loreto Tárraga, L. y Tárraga, P. (2015). Relación entre el estatus de peso corporal y el autoconcepto en escolares. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 723-729. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8467>
- Gilliat-Wimberly, M., Manore, M. M., Woolf, K., Swan, D. & Carroll, S. S. (2001). Effects of habitual physical activity on the resting metabolic rates and body compositions of women aged 35 to 50 years. *Journal of the American Dietetic Association*, 101(10), 1181-1188. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(01\)00289-9](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(01)00289-9)
- Hall, H. K., Kerr, A. W., Kozub, S. A., & Finnie, S. B. (2007). Motivational antecedents of obligatory exercise: The influence of achievement goals and multidimensional perfectionism. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(3), 297-316. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2006.04.007>
- Hamer, M., & Karageorghis, C. I. (2007). Psychobiological mechanisms of exercise dependence. *Sports medicine*, 37(6), 477-484. <http://doi.org/10.2165/00007256-200737060-00002>
- Hausenblas, H. A., Gauvin, L., Downs, D. S., & Duley, A. R. (2008). Effects of abstinence from habitual involvement in regular exercise on feeling states: an ecological momentary assessment study. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 237-255. <https://doi.org/10.1348/135910707X180378>
- Hernández, N., Alves, D., Arroyo, M., y Basabe, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez: actitudes y dieta. *Nutrición hospitalaria*, 27(4), 1148- 1155. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5829>

- Klein, D. A., Bennett, A. S., Schebendach, J., Foltin, R. W., Devlin, M. J., & Walsh, B. T. (2004). Exercise "addiction" in anorexia nervosa: Model development and pilot data. *CNS Spectrums*, 9(7), 531-537. <https://doi.org/10.1017/S1092852900009627>
- LePage, M. L., Price, M., O'Neil, P., & Crowther, J. H. (2012). The effect of exercise absence on affect and body dissatisfaction as moderated by obligatory exercise beliefs and eating disordered beliefs and behaviors. *Psychology of sport and exercise*, 13(4), 500-508. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.02.008>
- Levine M.P., y Smolak L. (2010) Cultural influences on body image and the eating disorders. *The Oxford hand-book of eating disorders*. Oxford University Press, 223–246. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195373622.013.0013>
- López, I. (2017). Factores de riesgo y vulnerabilidad en TCA. Universidad de Jaén.
- Marsh, H. W. y O'Mara, A. (2008). Reciprocal effects between academic selfconcept, selfesteem, achievement, and attainment over seven adolescent years: unidimensional and multidimensional perspectives of self-concept. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 542-552. <https://doi.org/10.1177/0146167207312313>
- Matthiasdottir, E., Jonsson, S. H., & Kristjansson, A. L. (2012). Body weight dissatisfaction in the Icelandic adult population: A normative discontent? *European Journal of Public Health*, 22, 116-121. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq178>
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. V. (2004). Relationships between exercise behaviour, eating-disordered behaviour and quality of life in a community sample of women: when is exercise 'excessive'? *European Eating Disorders Review*, 12, 265-272. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.579>
- Morgan, W. P. (1979). Negative addiction in runners. *Physician and Sports Medicine*, 7, 57–70. <https://doi.org/10.1080/00913847.1979.11948436>
- Neighbors, L. A., & Sobal, J. (2007). Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. *Eating behaviors*, 8(4), 429-439. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.03.003>
- Nicholls, J. G. (1989). The competitive ethos and democratic education. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- O'connor, P. J., & Puetz, T. W. (2005). Chronic physical activity and feelings of energy and fatigue. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 37(2), 299-305. <http://doi.org/10.1249/01.mss.0000152802.89770.cf>
- O'Dea, J. A., & Abraham, S. (2002). Eating and exercise disorders in young college men. *Journal of American college health*, 50(6), 273-278. <https://doi.org/10.1080/07448480209603445>
- Olivardia, R., Pope Jr, H. G., Borowiecki III, J. J., & Cohane, G. H. (2004). Biceps and body image: the relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of men & masculinity*, 5(2), 112. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.5.2.112>
- Ornelas, L. H. B., Ramírez, J. V., Chávez, J. F. A., Enríquez, M. D. C. Z., & Pando, E. V. B. (2017). Composición factorial del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) en universitarios mexicanos. *Revista de psicología del deporte*, 26(2), 113-118.
- Pedrinolla, A., Schena, F., & Venturelli, M. (2017). Resilience to Alzheimer's disease: the role of physical activity. *Current Alzheimer Research*, 14(5), 546-553. <http://doi.org/10.2174/1567205014666170111145817>
- Platas, S., Gómez-Peresmitré, G., y León, R. (2014). Imagen corporal, seguimiento de dieta restringida e IMC en niños de primaria. En G. Gómez-Peresmitré, *Imagen corporal y orientación sexual. Deseo de un modelo corporal masculino ideal* 1, 46-72. <https://doi.org/10.22201/fp.9786079635497p.2014>
- Polivy, J., Heatherton, T. F., & Herman, C. P. (1988). Self-esteem, restraint, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 354. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.3.354>
- Pradales, C. (2021). Influencia del confinamiento por Sars-Cov-2 en los trastornos de conducta alimentaria de menores residentes en Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/49475>
- Puetz, T. W. (2006). Physical activity and feelings of energy and fatigue. *Sports medicine*, 36(9), 767-780. <http://doi.org/10.2165/00007256-200636090-00004>
- Quiles, Y. (2003). *Taller de imagen corporal y alimentación*. Universidad Miguel Hernández - Centro de Psicología Aplicada.

- Ramos, P., Rivera, F., Pérez, R. S., Lara, L., y Moreno, C. (2016). Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de Psicología*, 9(1), 42-50. <https://doi.org/10.24310/espiescpsi.v9i1.13200>
- Robbins, J. M., & Joseph, P. (1985). Experiencing exercise withdrawal: Possible consequences of therapeutic and mastery running. *Journal of Sport Psychology*, 7(1), 23-39.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61(52), 18. <http://doi.org/10.4236/psych.2021.121005>
- Rubin, J. (2016). Compulsive Exercise. *National Eating Disorder Association NEDA*. Plano, TX, USA, 1–2. <http://doi.org/10.3390/ijerph19031857>
- Ruiz-Turrero, J., Massar, K., Kwasnicka, D., & Ten Hoor, G. A. (2022). The Relationship between Compulsive Exercise, Self-Esteem, Body Image and Body Satisfaction in Women: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1857. <http://doi.org/10.3390/ijerph19031857>
- Sámano, R., Zelonka, R., Martínez-Rojano, H., Sánchez-Jiménez, B., Ramírez, C., y Ovando, G. (2012). Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 62(2), 145-154.
- Simkin, H. Azzollini, S. y Voloschin, C. (2014). Autoestima y problemáticas psicosociales en la infancia, adolescencia y juventud. *Revista de investigación en psicología social*, 1(1), 59-96. <http://doi.org/10.1002/eat.22875>
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414. <http://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Steffen, J. J., & Brehm, B. J. (1999). The dimensions of obligatory exercise. *Eating Disorders*, 7, 219–226. <https://doi.org/10.1080/10640269908249287>
- Szabo, A. (1995). The impact of exercise deprivation on well-being of habitual exercises. *Australian Journal of Science and Medicine in Sport*, 27(3), 68-75.
- Thompson, J. K., & Blanton, P. (1987). Energy conservation and exercise dependence: a sympathetic arousal hypothesis. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 19(2), 91–99. <https://doi.org/10.1249/00005768-198704000-00005>

Villardón, J. L. (2004). Introducción a la inferencia estadística: muestreo y estimación puntual y por intervalos. *Salamanca, España: Departamento de Estadística–Universidad de Salamanca*.

Williamson, D. A., Davis, C. J., Goreczny, A. J., & Blouin, D. C. (1989). Body-image disturbances in bulimia nervosa: Influences of actual body size. *Journal of Abnormal Psychology, 98*(1), 97. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.98.1.97>

Anexo A. Informe de la Comisión de Investigación

INFORME DE VALORACIÓN DE TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

La Comisión de investigación de TFE de la Universidad Internacional de la Rioja, y los miembros que lo conforman exponen que:

El proyecto de TFE **La relación entre el ejercicio compulsivo, la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal en hombres. Un estudio exploratorio** presentado por D/Dña **Juncal Ruiz Turrero** en el que consta como autor/a, ha sido valorado en Madrid a fecha del día 4 de octubre de 2022.

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE**.

Firmado. Comisión TFE.
Facultad Ciencias de la Salud.



Madrid, a 4 de octubre de 2022

Anexo B. Obligatory Exercise Questionnaire (OEQ)

1 = Nunca 2 = A veces 3 = Normalmente 4 = Siempre

1. Realizo ejercicio físico a diario.
2. Participo en una o más de las siguientes formas de ejercicio: caminar, trotar/correr o hacer pesas.
3. Hago ejercicio más de tres veces a la semana.
4. Cuando no hago ejercicio me siento culpable.
5. A veces, siento que no quiero hacer ejercicio, pero sigo adelante y me esfuerzo de todos modos.
6. A mi mejor amigo le gusta hacer ejercicio.
7. Cuando pierdo una sesión de ejercicio, me preocupa que mi cuerpo esté fuera de forma.
8. Si he planeado hacer ejercicio en un momento determinado y surge algo inesperado (como un viejo amigo que viene de visita o tengo trabajo que hacer que necesita atención inmediata), por lo general me saltaré el ejercicio de ese día.
9. Si pierdo un entrenamiento planificado, trato de hacerlo al día siguiente.
10. Puedo perder un día de ejercicio sin razón alguna.
11. A veces, siento la necesidad de hacer ejercicio dos veces en un día, aunque me sienta un poco cansado.
12. Si siento que he comido en exceso, intentaré compensarlo aumentando la cantidad de ejercicio
13. Cuando falto a una sesión de ejercicio programada, puedo sentirme tenso, irritable o deprimido.
14. A veces, me doy cuenta de que mi mente divaga pensando en hacer ejercicio.
15. He soñado despierto con hacer ejercicio.
16. Mantengo un registro de mi desempeño en el ejercicio, como cuánto tiempo hago ejercicio, qué tan lejos o qué tan rápido corro.
17. He experimentado una sensación de euforia o “colocón” durante o después de una sesión de ejercicio
18. Frecuentemente “me exijo al límite”.
19. He hecho ejercicio aun cuando me lo habían desaconsejado (es decir, un médico, un amigo, etc.).
20. Realizo otras formas de ejercicio si no puedo realizar mi forma habitual de ejercicio.

Anexo C. Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)

Factor 2:

Use la siguiente escala para mostrar el grado de satisfacción o insatisfacción con la siguiente parte del cuerpo:

1 = Muy satisfecho; 2 = Bastante satisfecho; 3 = Punto medio; 4 = Bastante satisfecho; 5 = Muy satisfecho

61. Cara
62. Pelo
63. Parte inferior del cuerpo (glúteos, muslos, piernas, pies)
64. Parte media del cuerpo (abdomen, estómago)
65. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)
66. Tono muscular
67. Peso
68. Altura
69. Aspecto general

Factor 3:

1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Punto medio; 4 = De acuerdo;
5 = Totalmente de acuerdo

1. Antes de salir a la calle, siempre observo cómo me veo.
2. Soy cuidadoso para comprar ropa que me haga lucir mejor.
22. Es importante para mí verme bien.
32. Suelo usar cualquier cosa sin importar cómo se ve.
41. Presto especial atención al cuidado de mi cabello.
49. Nunca pienso en mi apariencia.
50. Siempre estoy tratando de mejorar mi apariencia física.

Factor 4:

1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Punto medio; 4 = De acuerdo;
5 = Totalmente de acuerdo

11. Me gusta mi aspecto tal y como es.
30. Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin la ropa.
40. No me importa lo que la gente piensa acerca de mi apariencia.
42. No me gusta mi físico.
48. Soy físicamente poco atractivo.

Factor 5:

1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Punto medio; 4 = De acuerdo;
5 = Totalmente de acuerdo

57. Estoy a dieta para perder peso.
58. He tratado de perder peso con ayunos y dietas milagrosas.
59. Pienso que estoy: 1. Muy por debajo de mi peso ideal; 2. Por debajo de mi peso ideal; 3. Normal, 4. Con sobrepeso, 5. Obeso
60. Cuando me mira la gente piensa que estoy: 1. Muy por debajo de mi peso ideal; 2. Por debajo de mi peso ideal; 3. Normal, 4. Con sobrepeso, 5. Obeso

Factor 7:

1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Punto medio; 4 = De acuerdo;
5 = Totalmente de acuerdo

5. Mi cuerpo es sexualmente atractivo.
10. Me preocupo constantemente por ser o convertirme en obeso.
21. La mayoría de la gente me considera atractivo.
39. Me gusta cómo me queda la ropa.

Anexo D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

1 = Muy en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = De acuerdo 4 = Muy de acuerdo

1. Me siento una persona tan valiosa como las demás.
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas.
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.
7. En general me siento satisfecho conmigo mismo.
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo.
9. Realmente me siento inútil en algunas situaciones.
10. A veces pienso que no sirvo para nada.