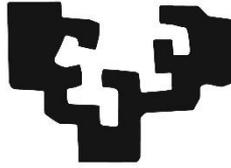


eman ta zabal zazu



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

DEPENDENCIA AL EJERCICIO FÍSICO EN EL CICLISMO Y LA MEDIACIÓN  
DEL AUTOCONCEPTO COMO VARIABLE PROTECTORA

Por

Rubén Carmona Murillo

Director: Unai Liberal Graña

Trabajo presentado en cumplimiento de los requisitos del  
Grado en Psicología

Facultad de Psicología

Universidad de País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea

11/06/2020



## Resumen

La práctica deportiva es un hábito sano y saludable siempre que se ejerza con responsabilidad, sin embargo, en ocasiones puede ser la desencadenante de procesos de adicción conductual. En el presente trabajo se plantea un diseño de investigación con dos objetivos. En primer lugar, se pretende investigar el fenómeno de la adicción al ejercicio físico en una muestra de ciclistas en función del nivel de práctica (recreativa, intensiva o competitiva). En segundo lugar, se explorará si el Autoconcepto ejerce un papel protector frente al desarrollo de sintomatología adictiva. Se hará uso de instrumentos validados para medir el Autoconcepto, tanto físico como psicológico, y la sintomatología de adicción al deporte. Se espera encontrar que las personas que ejerzan más entrenamientos presenten mayores índices de adicción al ejercicio y que las personas que muestren puntuaciones más altas en los instrumentos de adicción al ejercicio también sean las que padezcan menores niveles sobre su Autoconcepto.

## INDICE

1. Introducción .....	3
2. Niveles de vinculación perniciosa a la práctica deportiva.....	5
3. Repercusiones del proceso de adicción al ejercicio .....	7
4. Autoconcepto y práctica deportiva .....	8
5. Diseño de estudio.....	10
5.1. Objetivo .....	10
5.2. Hipótesis.....	10
5.3. Instrumentos .....	10
5.4. Muestra .....	13
5.5. Análisis estadísticos.....	14
6. Discusión .....	15
7. Referencias.....	17
8. Anexos .....	21



## 1. Introducción

La práctica deportiva, y más concretamente la que consiste en deportes de resistencia, ha ganado peso en nuestra sociedad durante estos últimos años, debido fundamentalmente a la promoción de la salud en la que se ha apoyado y el fácil acceso del que gozan estas prácticas (Latorre, Jiménez, Párraga, y García, 2016; López, 2018). Con el objetivo de establecer qué es y a qué nos estamos refiriendo a la hora de delimitar el deporte de resistencia, conviene aclarar algunos términos. En los deportes de resistencia se trabaja la resistencia aeróbica, es decir, un esfuerzo a una intensidad leve o moderada, durante un periodo de tiempo lo suficientemente prolongado. Éste puede llegar a durar varias horas, dependiendo del tipo de ejercicio y exigencia a la que se trabaje (Nogueira, Molinero, Salguero y Márquez, 2018).

Entre los deportes de resistencia, el ciclismo en particular, y el uso de la bicicleta en general, está siendo muy impulsado en estos últimos años, donde ésta cada vez se utiliza más y, por ende, emergen cada vez nuevos usuarios a las carreteras. Revisando algunos datos, se puede observar que este hecho ha generado en pocos años un nivel de fama y un impacto económico muy importante, el cual ha repercutido considerablemente en el auge de la bicicleta como medio de transporte y como fuente de espectáculo deportivo. Hoy en día las principales pruebas ciclistas mueven millones de euros a su paso, siendo por ejemplo la cantidad de 14 millones de euros la media de presupuesto anual para 2019 de los principales equipos ciclistas del nivel *World Tour* (De La Calle, 2019). Además, en la prueba más relevante del ciclismo en carretera se ha registrado un nivel medio de espectadores de 11 millones, según reflejan los datos obtenidos del Tour de Francia de estos últimos años (Emili y Troyano, 2014; Fourie y Santana, 2011). Incidiendo en esta práctica, pero centrándonos en el nivel recreacional, podemos señalar que estas disciplinas gozan de gran arraigo en nuestro entorno más cercano, como demuestran los datos emitidos en el informe de cicloturismo de 2014 (Emili y Troyano, 2014).

Es lógico pensar que una práctica deportiva como es el ciclismo pueda crear cierta adherencia en sus practicantes, ya que diversas evidencias científicas demuestran que los beneficios del deporte respecto a la salud física y mental son indefectibles (Allegre, Therme, y Griffiths, 2007). Una práctica deportiva de este tipo ayuda a combatir los factores de riesgo de diversas enfermedades como la hipertensión, diabetes, depresión, cáncer, etc., además de mejorar las funciones cognitivas significativamente (McKinney et al., 2016), y tener un impacto muy positivo en la autoestima, el Autoconcepto y el



bienestar de las personas que lo practican (Alfermann y Stoll, 2000). Del mismo modo, también existen otros factores que propician que esta vinculación a la práctica deportiva de resistencia se mantenga, como pueden ser el mantenimiento de un peso saludable, factores motivacionales como las buenas sensaciones que se obtienen al ejercer la práctica (Biddle y Mutrie, 2014), y el progreso y capacidad física que ello otorga (Llopis y Llopis, 2013). El impacto positivo del que gozan este tipo de actividades, donde además del ciclismo podríamos englobar otros deportes como la natación, el running o el triatlón, ha sido cada vez mayor durante las últimas décadas debido a la fácil disponibilidad de la que se dispone para poder practicarlas.

Si bien es cierto que la práctica de deportes de resistencia puede generar grandes beneficios a sus practicantes, no es menos cierto que pueden ser altamente perjudiciales si su práctica es descontrolada; ya que ésta puede pasar de una manera paulatina a convertirse en una adicción (Freimuth, Moniz y Kim, 2011; Latorre, Jiménez, Párraga, y García, 2016). La adicción al deporte ha sido un área de investigación que se ha desarrollado enormemente durante las últimas décadas, mostrando que a medida que las personas practican más deporte el riesgo de convertirse en adicción es mayor (Hausenblas y Downs, 2002). El fenómeno se ha estudiado sobre todo en relación a la práctica del running, el deporte en general y el levantamiento de pesas (Hausenblas y Downs, 2002), pero se entiende que la dependencia al ejercicio puede darse en una variedad de tipos de ejercicio físico más amplia (Smith, Hale y Collins, 1998; citado en Hausenblas y Downs, 2002). La investigación sobre la adicción al ciclismo aún es muy escasa hoy en día, pero algunos estudios realizados con triatletas (p.ej., Magee, Buchanan y Barrie, 2016; citado en Cook y Luke, 2017) sugieren que la prevalencia de adicción al deporte entre ciclistas es relativamente alta. De hecho, un estudio reciente llevado a cabo con ciclistas que competían regularmente (Cook y Luke, 2017), ha comprobado que el 8.24% de la muestra estaba en riesgo de sufrir adicción al ejercicio y que el 70% presentaba sintomatología adictiva.

Algunos estudios que han investigado los factores que hacen más probable que se desarrolle un proceso adictivo han sugerido que el Autoconcepto de la persona que ejerce la práctica deportiva puede establecerse como factor de protección (Hausenblas y Fallon, 2001; Patrizia, Sebastiano y Rosalba, 2013). Un factor de protección, es un atributo o característica individual, condición situacional que inhibe, reduce y atenúa la probabilidad del uso y abuso de la acción, en este caso la adicción al ejercicio, estableciéndose así como factor positivo a la hora de practicar la conducta (Guerrero,



2011). Por tanto, según esta hipótesis, el Autoconcepto, dependiendo del nivel en el que se encuentre, atenuará o incrementará el riesgo de desarrollar un proceso adictivo. Un Autoconcepto positivo y estable será un factor de protección, pudiendo hacer que cueste más que se desarrolle un proceso de adicción, mientras que un Autoconcepto negativo puede establecerse como factor de riesgo, haciendo que la persona que lo padece tenga mayor facilidad para vincularse al deporte, o practicarlo de una manera rígida y marcada. Un Autoconcepto negativo y una mala percepción de sí mismo puede suponer un peligro a la hora de generar un proceso adictivo hacia el deporte, puesto que esta percepción influye directamente en la imagen, y lleva a la persona a ejecutar conductas y comportamientos de riesgo no saludables en una búsqueda continua de mejora (Espinoza, Rodríguez, Gálvez, Vargas y Yáñez, 2011).

En el presente trabajo se plantea el diseño de una investigación para explorar el fenómeno de adicción al ejercicio físico en el ciclismo. Además, se pretende investigar la relación que tiene el Autoconcepto con la vinculación perniciosa a la práctica deportiva, y en concreto, comprobar si el Autoconcepto puede establecerse como factor de protección en función del nivel en el que se encuentre en cada persona.

## **2. Niveles de vinculación perniciosa a la práctica deportiva**

Aunque no esté recogido en el DSM-V específicamente, existe suficiente evidencia científica de que el proceso de adicción al ejercicio físico pertenece a un tipo de adicción conductual, la cual al igual que otras adicciones debe de cumplir una serie de criterios específicos que la diferencien de una práctica saludable y de otros factores clave como la compulsión y/o el impulso (Freimuth et al., 2011). Sin embargo, ha existido cierta confusión en torno a esta diferenciación en la literatura. Por ejemplo, los términos adicción al deporte y vigorexia han sido entendidos erróneamente como sinónimos. Mientras que la adicción al deporte se refiere a la realización de ejercicio de manera ritualizada y marcada donde los beneficios obtenidos a través de la práctica se ven mermados dejando en primer lugar a la acción compulsiva (Antolín, Gándara, García y Martín, 2009), la vigorexia utiliza la práctica deportiva como vehículo para satisfacer el verdadero motivo de acción, que no es otro que el culto al cuerpo exacerbado (Allegre, Therme, y Griffiths, 2007).

Existen una serie de fases que sirven para distinguir el inicio de un proceso de adicción y una práctica deportiva intensa y competente no dañina (Freimuth et al., 2011). Las fases de desarrollo de la dependencia son cuatro:



En la primera fase, práctica de *ejercicio recreativa*, la gratitud y el placer provocados por la actividad física se obtienen a través de los cambios que se van efectuando tanto en la fuerza y apariencia física, como a nivel psicológico, donde la persona se encuentra bien y tiene un efecto positivo.

La segunda fase, denominada *ejercicio en riesgo*, se caracteriza por los cambios progresivos que se van produciendo en el cerebro a causa de la práctica deportiva repetida. A medida que las rutinas de ejercicio físico se van haciendo más estables, sus efectos positivos como la autoestima aumentan y sus negativos como la depresión y la ansiedad disminuyen. Pero lo más importante es que durante esta fase, al igual que sucede con los procesos adictivos a otras sustancias, la persona va desarrollando un nivel de tolerancia cada vez mayor ante los efectos positivos de la práctica deportiva. Es decir, la persona irá necesitando dosis de ejercicio cada vez mayores para obtener los mismos efectos positivos que antes obtenía con una dosis más pequeña, lo que provocará un aumento progresivo de la práctica deportiva. En mecanismos de la adicción, este nivel sería equiparable al tradicionalmente utilizado en psicología clínica denominado como abuso del ente (Ferriz, González-Cutre, Lirola, y Sicilia, 2015), ya que implica el descontrol de la dosis y la tolerancia presentes en el proceso.

En la tercera fase, el *ejercicio problemático* se establece cuando el ejercicio recreativo que se practica en la vida diaria se convierte en una rutina cada vez más y más rígida, adoptando un papel primordial en la vida personal (aun habiendo logrado el objetivo establecido inicialmente), donde además surgen efectos adversos, algunos directamente provenientes del propio comportamiento y otros de carácter secundario. Cesar la conducta deportiva en esta fase es más complicado puesto que tras su detención, se comienza a experimentar una leve fase de abstinencia. Esta leve fase, es debida al cambio de endorfinas y la regulación a la baja del cuerpo, que percibe la falta del neurotransmisor al detectar el cese de la conducta (Adams y Kirkby, 2002).

La cuarta y última fase hace referencia a la *adicción al ejercicio*. El hábito deportivo (no sano) continúa y se convierte en el eje central de la vida de la persona organizándola en torno al deporte. El pensamiento dominante adictivo en esta fase es de continua superación, llegando a recorrer más distancias o levantando cada vez más peso. Sin embargo, a medida que la adicción avanza, el placer obtenido por la práctica cada vez es menor, donde finalmente la única meta es no llegar a sufrir abstinencia (Freimuth, Móniz y Kim, 2011).



### 3. Repercusiones del proceso de adicción al ejercicio

Existen en este último nivel (*adicción al ejercicio*) por tanto tres niveles de dependencia: Fisiológico, psicológico y social. Desde esta perspectiva, cuando el proceso de adicción ya está establecido, y por tanto se es adicto al ejercicio, surgen una serie de irregularidades cuando esta conducta se detiene, normalmente de manera forzosa (Ferriz, González-Cutre, Lirola y Sicilia, 2015). Son varios los efectos que se producen tras cesar la conducta adictiva, los cuales emergen sobre las 24-36 horas tras no poder realizar el ejercicio. Desde el punto de vista fisiológico, es decir, todas las reacciones que el cuerpo experimenta cuando se cesa la conducta, emergen síntomas como la sequedad bucal, intranquilidad, ansiedad, disconfort y fatiga principalmente. Desde la parte más psicológica, que haría referencia a todos los procesos mentales que se desencadenan inherentes a la situación de no poder contar con el objeto de adicción, primarían el ánimo depresivo y culpa principalmente, además de experimentar cambios en el estado de ánimo a nivel general que no se conocen todavía con exactitud debido a la falta de investigación en esta área. Finalmente, desde el área social, se aprecia como la persona rompe de manera inconsciente con su entorno y crea un círculo donde ella es el epicentro de una nueva realidad de la que no es dueña y en la que busca personas reforzadoras de su conducta problema (Arbinaga, 2004).

Las repercusiones del proceso de adicción pueden ser variadas, sin embargo, el principal síntoma que se sufre es el propio proceso de abstinencia, que engloba muchas áreas que dificultan la vida normal de la persona como previamente se ha mencionado. Además de los efectos ya mencionados, pueden surgir algunas conductas y efectos contradictorios con el fin de suplir las sensaciones que aportaba la conducta suprimida. Tras el cese de la conducta, como demuestran algunos estudios (Millard, 2015), la preocupación por la imagen adopta en muchos de los casos un papel primordial, lo cual hace que la persona, junto a todo lo mencionado anteriormente, recurra a conductas restrictivas para compensar la falta de actividad.

Además de las repercusiones y sensaciones sufridas tanto físicas como psicológicas, existen desde la perspectiva social ciertas consecuencias nocivas que pueden agravar también el efecto sufrido en cuerpo y mente. Desde esta perspectiva, teniendo en cuenta que la persona es adicta, ésta desencadena algunas tendencias conductuales que marcan el día a día. Por ello, la persona que padece la adicción se relaciona más fácilmente y busca la manera de practicar la conducta adictiva relacionándose con personas que se sitúen en el mismo estado. Por tanto, puede ocurrir que la persona adicta retroalimente



su práctica con el resto de personas, y si se detiene puede desvariar en otros procesos nocivos como pueden ser trastornos por uso y abuso de sustancias o bien relacionados con el estado de ánimo como desencadenar un proceso de depresión, por lo que se puede llegar a generar patología dual relacionada con el trastorno principal (Bamber, Cockerill, Rodgers, y Carroll, 2015).

#### **4. Autoconcepto y práctica deportiva**

El Autoconcepto es un constructo que ha sido definido en muchas ocasiones y desde diferentes perspectivas. El Autoconcepto se refiere al concepto que la persona tiene sobre sí misma, siendo una de las variables más relevantes para el bienestar personal (García, Musitu, y Veiga, 2006). Se trata de un constructo que frecuentemente tiende a confundirse con la autoestima, sin embargo, aunque estos dos constructos se encuentran íntimamente relacionados, no son sinónimos. Mientras que el Autoconcepto hace referencia a la percepción que el sujeto tiene sobre sí mismo en base a las capacidades o limitaciones que tiene, la autoestima se refiere a la valoración que hace sobre las percepciones que emergen de los sentimientos, sensaciones, pensamientos y experiencias que van ocurriendo durante el desarrollo de la persona. Ambos constructos están unidos a su vez con la motivación, que aumenta a medida que estos dos constructos son estables y positivos (Massenzana, 2017).

Hoy en día, el modelo teórico de Autoconcepto más extendido hace referencia a una realidad de naturaleza multidimensional (Cazorla, Mendo, Garrido, y Sánchez, 2015), en la que se puede diferenciar su dimensión física, emocional o psicológica y social (Esnaola, Rodríguez, y Goñi, 2011). La mayor parte del Autoconcepto es entendida desde la dimensión física, que engloba factores como habilidad, condición física, atractivo y fuerza (Aróstegi, Goñi, Infante y Zubillaga, 2012; Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2006). Además, esta dimensión guarda relación con multitud de variables psicosociales como hábitos de conducta alimentaria y bienestar o malestar psicológico, donde si este aspecto no se trabaja puede desencadenar este tipo de trastornos conductuales añadidos (Goñi y Rodríguez, 2004). Por otro lado, la dimensión psicológica, no menos importante, abarca áreas que se consideran fundamentales para pronosticar el rendimiento tales como la auto-confianza, control de las emociones, estrategias de afrontamiento, o el nivel motivacional (Berengüí et al., 2012). Un nivel adecuado en estas áreas puede examinar y modelar procesos como los estados de



ansiedad o de frustración (Parry, Chinnasamy, Papadopoulou, Noakes y Micklewright, 2011).

Diversas investigaciones han examinado la relación bidireccional entre el Autoconcepto de la persona que practica el deporte y la práctica deportiva. Por ejemplo, se ha observado que las personas que hacen deporte presentan valores más altos de Autoconcepto físico (Espinoza et. al., 2011) y que la participación en programas deportivos puede fomentar el Autoconcepto físico (Alfermann y Stoll, 2000). Un Autoconcepto estable y positivo (tanto físico como psicológico) ha sido asociado a un mejor rendimiento y a unos mejores resultados en la práctica deportiva realizada, y por tanto se ha llegado a convertir en uno de los factores determinantes del éxito (Slutzky y Simpkins, 2009). Por el contrario, un Autoconcepto negativo y bajo ha sido asociado a una menor capacidad de afrontamiento por parte del deportista, la cual podría influir en los pensamientos y actitudes vinculadas a la competición y práctica deportiva. Sin embargo, es importante señalar que el Autoconcepto es susceptible de cambio, ya que las diversas dimensiones y lo que la persona entiende por ellas se puede modificar si esto se aborda correctamente (Esnaola, Goñi y Madariaga, 2008).

En cuanto a la hipótesis que se pretende evaluar en el presente trabajo, que el Autoconcepto sea un factor de protección frente al desarrollo de adicción al deporte, la evidencia experimental disponible no es muy abundante y todavía es un área que necesita más investigación. Existen algunos trabajos que han observado una relación negativa entre la dependencia al ejercicio y otros constructos relacionados con el Autoconcepto como la autoestima (p ej., Hall, Hill, Appleton y Kozub, 2009; citado en Patrizia et al., 2013) o la satisfacción con la imagen corporal (Hausenblas y Fallon, 2001); pero como sugieren Patrizia et al. (2013), todavía no existe suficiente evidencia científica sobre el papel del Autoconcepto en los procesos de adicción al deporte. A pesar de ello, estos autores (Patrizia et al., 2013) han obtenido resultados consistentes con la hipótesis planteada en un estudio llevado a cabo con usuarios de gimnasio que practicaban ejercicio de manera regular. Examinaron la relación existente entre el Autoconcepto físico y la adicción al ejercicio empleando un modelo multidimensional para evaluar ambos constructos. Encontraron que el modelo multidimensional de Autoconcepto físico es un fuerte predictor de la dependencia al ejercicio tanto en hombre como en mujeres, y en concreto, que niveles más altos de percepción de actividad física en la que las personas están implicadas, percepciones negativas sobre la



aparición física y una peor autoestima global son factores que más contribuyen a un inicio y progresión más severos de la sintomatología adictiva.

## **5. Diseño de estudio**

### **5.1. Objetivo**

Analizar el impacto que la práctica del ciclismo tiene en sus diferentes niveles, respecto al desarrollo de un proceso de vinculación patológica hacia esta práctica, y explorar el poder que tiene el Autoconcepto como variable protectora de esta circunstancia.

### **5.2. Hipótesis**

1. Según la bibliografía observada, el ciclismo constituye una práctica susceptible de generar procesos adictivos. Los deportistas que practiquen ciclismo 5 veces o más por semana presentarán mayores niveles de vinculación adictiva a esta práctica deportiva.
2. El Autoconcepto actuará como factor de protección entre la práctica del ciclismo y el eventual desarrollo de un proceso adictivo. A saber, un Autoconcepto estable y positivo desencadenará en menores índices de adicción al ciclismo, independientemente del nivel de práctica.

### **5.3. Instrumentos**

Los instrumentos que se deberían utilizar podrían dividirse en tres apartados. Por un lado, un registro sociodemográfico para anotar datos iniciales para posteriormente poder comparar muestras, un cuestionario de adicción al ejercicio y dos cuestionarios que midan diversas variables implicadas en el Autoconcepto del deportista; tanto físico como psicológico.

Para anotar la actividad de cada participante, inicialmente es preciso elaborar un registro de datos sociodemográficos que recoja una serie de información para posteriormente elaborar unos resultados óptimos y poder realizar las comparaciones pertinentes. En cuanto al contenido del registro, incluirá el nivel de intensidad de práctica que cada deportista hace ya sea alto, moderado o bajo, el número de sesiones de entrenamiento semanales que se practican con un rango de 1 a 7, la intensidad de los mismos anotando kilómetros e intensidad con un rango de 1 a 3, y si la práctica se ejerce a un nivel recreativo, o de carácter competitivo (Anexo 1).



Por otro lado, con el objetivo de medir el nivel de adicción al ejercicio que cada deportista tiene, se empleará la escala de adicción al deporte SAS-15.

**-Escala de Adicción al deporte SAS-15** (Antolín, de la Gándara, y García, 2015): Esta escala mide la adicción al ejercicio general que cada deportista tiene y está compuesta por 15 ítems (anexo 2), los cuales han sido estudiados y redactados en base a la relevancia dada por los expertos en diversos estudios bibliográficos. Es de respuesta dicotómica, atendiendo a los criterios diagnósticos del consumo de sustancias psicoactivas del DSM-IV-TR, y a una selección del universo de contenidos existentes en los instrumentos internacionales de medida de dependencia al ejercicio físico. La escala establece 5 dimensiones que se ajustan a los criterios de adicción. Los factores establecidos en este instrumento hacen referencia tanto al apartado físico como al psicológico:

- *Dependencia* al ejercicio físico como tal, que mide el nivel de dependencia general que se tiene hacia la conducta practicada.
- *Falta de control* que se tiene sobre la práctica deportiva.
- *Pérdida de interés por otras cosas*, lo cual puntuaciones altas en este factor mostrarían un nivel de dependencia inicial a tener en cuenta.
- *Continuidad* en cuanto a la práctica deportiva,
- *Preocupación experimentada en cuanto a la conducta practicada y los niveles de ansiedad que estos experimentan*, donde haría referencia también al apartado físico.

En cuanto a la manera de medir y cuantificar el Autoconcepto, se utilizarán dos instrumentos, cada uno pensado específicamente para medir uno de los apartados importantes del Autoconcepto (tanto físico como psicológico).

**-Cuestionario de Autoconcepto físico (CAF):** Es un cuestionario única y exclusivamente para medir el Autoconcepto físico validado para pasarlo en castellano, puesto que, si optamos por otros traducidos, pierde validez. El CAF tiene una estructura factorial y fiabilidad, así como capacidad de captar diferencias que se producen en el yo-físico, debido a su composición factorial y consistencia interna de las subescalas, las cuales ofrecen índices de fiabilidad muy aceptables que avalan el instrumento para investigación. El instrumento se basa en 36 ítems los cuales componen 6 subescalas y a su vez estas se componen del total de los ítems. Los ítems se responden



dicotómicamente y de manera fluida, de modo que su cumplimentación es sencilla (Holgado, Soriano, y Navas, 2012). Las subescalas empleadas en este cuestionario, como previamente se ha mencionado, son 6:

- *Habilidad física* la cual abarca la percepción de cualidades y habilidades para la práctica deportiva.
- *Condición física*, que abarca la forma física, resistencia y energía física.
- *Atractivo físico*, que abarca la percepción y la apariencia física propia, seguridad y satisfacción por la imagen propia, la *fuerza*, que mide la capacidad para levantar peso y sentirse fuerte.
- *Fuerza*, que abarca la fuerza física con la que se percibe la persona.
- *Autoconcepto físico general*, que abarca la opinión y las sensaciones positivas en lo físico.
- *Autoconcepto general*, que abarca el grado de satisfacción con uno mismo y con la vida en general (Anexo 3) (Goñi, Ruiz de Azúa, y Liberal, 2004).

**-Cuestionario de Autoconcepto psicológico Forma AF-5:** un cuestionario compuesto por 30 ítems de fácil aplicación. Es un tipo de instrumento fiable y replicado de manera satisfactoria a lo largo de los años con muy buenos resultados (Martínez, Musitu, García y Camino, 2003; Tomás y Oliver, 2004; Esteve, Musitu y Lila, 2005). Posee una alta consistencia interna con una estructura factorial de cinco factores (académico, emocional, familiar, físico y social) muy definida que discierne muy bien entre las categorías. Es una prueba sencilla, que no lleva más de 15 minutos entre contestarla y corregirla. Está diseñado para personas desde los 10 años hasta los 62 años de edad. La prueba proporciona baremos para cada nivel de edad. Los 30 ítems se reparten entre las cinco dimensiones del Autoconcepto, que deben responderse con una graduación desde 1 a 99, en función del grado de acuerdo en cuanto a lo que el ítem describe. Es un tipo de prueba que evalúa el Autoconcepto de la persona en sus vertientes social, profesional, emocional, familiar y física que se describen de la siguiente manera (García y Musitu, 2014):

- *Social:* Se refiere a la percepción que el sujeto tiene en el desempeño en las relaciones sociales.
- *Profesional:* Se refiere a la percepción que el sujeto tiene de la capacidad del desempeño de su rol profesional.



- *Emocional*: Hace referencia a la percepción del sujeto de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana.
- *Familiar*: Se refiere a la percepción que tiene el sujeto de su implicación, participación e integración en el medio familiar.
- *Físico*: Hace referencia a la percepción que tiene el sujeto a su aspecto físico y de su condición física (Anexo 4) (Mella y Bravo, 2011) (Véliz y Apodaca, 2012).

#### 5.4. Muestra

Primeramente, se elaborará un informe de consentimiento informado, donde se explicará detalladamente los fines para los que los participantes tomarán parte y, el respeto por sus datos de acuerdo a la ley de protección de datos vigente. Mediante la firma del documento, el participante expresará voluntariamente su participación en el estudio después de haber comprendido la información previamente explicada sobre objetivos, beneficios, molestias y posibles riesgos (Anexo 5).

Respecto a la muestra, con el objetivo de obtener datos representativos que permitan analizar y comparar diferentes grupos lo suficientemente extrapolables, se seleccionarán un conjunto de personas de diferente edad y nivel de práctica deportiva. Se incluirán, por un lado, personas que participen en pruebas ciclistas competitivas y aficionados con una práctica muy regular, y por otro, personas de los mismos rangos de edad que no participen en pruebas a nivel competitivo, ni hagan más de 5 entrenos semanales. En cuanto al género de la muestra, no se contempla la participación de mujeres, ya que resulta complicado obtener muestras representativas de mujeres que participen en pruebas ciclistas a nivel profesional. El número total de la muestra será de 300 participantes repartidos en tres grupos de igual tamaño. El primer grupo ( $n = 100$ ) estará compuesto por personas que practiquen deporte a nivel competitivo con un intervalo de entrenamientos de 6 o más días a la semana. El segundo grupo ( $n = 100$ ) estará compuesto por personas que realicen una práctica intensiva de 3 a 5 entrenos semanales. Y el tercer grupo ( $n = 100$ ) estará compuesto por participantes que ejerzan la práctica deportiva a un nivel recreacional, es decir, un intervalo de entrenos de 1 a 2 semanales.

Para las personas adultas jóvenes que compitan, se han establecido dos rangos. Ambos grupos pertenecientes a este rango serán personas federadas. Se compondrá por tanto por corredores nacionales pertenecientes a equipos de aficionados que no



pertenezcan a grupos profesionales (UCI Pro-Tour) por un lado, con un intervalo de edad que irá desde los 18 hasta los 35 años. El motivo de elegir para el estudio corredores aficionados dentro de la muestra joven, es debido a que el entrenamiento de 5 días semanales como mínimo está garantizado. Por otro lado, la otra parte de la muestra joven, serán corredores profesionales nacionales pertenecientes a equipos que compitan en pruebas de relevancia. El requisito de entrenamiento por esta parte de la muestra también está garantizado.

Otro porcentaje de la muestra se compondrá por personas aficionadas al ciclismo, mayores de 18 años hasta una edad de 35 años, con práctica regular que no compitan en pruebas ciclistas. Por otro lado, en cambio, estarán las personas con una edad comprendida entre 35 y 60 años, que entrenen de forma regular también (5 veces o más por semana), incluyendo en esta categoría ciclistas tanto federados como no federados que participen por un lado en pruebas senior/amateur y por otro que mantengan entrenamientos constantes sin participar en pruebas senior/amateur.

El último grupo con el que se establecerán las comparaciones, serán personas que no participen en ningún tipo de prueba ya sea amateur o profesional, con un rango de edad de entre 18 y 60 años, y que realicen entrenamientos de forma recreativa sin superar las 5 sesiones semanales.

### **5.5. Análisis estadísticos**

Para poner a prueba la primera hipótesis, los análisis a realizar comprenderán la comparación del nivel general de adicción al ejercicio (SAS-15) entre los tres grupos establecidos en función de los niveles de práctica (recreativa, intensiva o competitiva). Se empleará un análisis de la varianza (ANOVA), o de Kruskal-Wallis, en caso de que los datos no cumplan con los criterios estadísticos necesarios para efectuar pruebas de tipo paramétrico. Este análisis permitirá hallar las diferencias existentes entre los diferentes niveles para posteriormente medir estas diferencias mediante pruebas post-hoc como puede ser la prueba de Tukey. Se aportarán también los distintos tamaños del efecto.

Para evaluar la segunda hipótesis se llevará a cabo un análisis de regresión con el objetivo de determinar si las puntuaciones totales de la escalas de Autoconcepto físico (CAF) y psicológico (AF-5) poseen una relación predictiva respecto a las puntuaciones totales de la escala de adicción al ejercicio (SAS-15). Además, con cada subgrupo de la muestra, se calcularán correlaciones para llevar a cabo una exploración más precisa de



los datos y determinar si existen asociaciones entre las distintas subescalas de las escalas de Autoconcepto físico (*Habilidad física, Condición física, Atractivo físico y Fuerza*), Autoconcepto psicológico (*Social, Profesional, Emocional, Familiar y Físico*) y adicción (*Dependencia, Falta de control, Pérdida del interés por las cosas Continuidad y Preocupación*).

## 6. Discusión

En el presente trabajo se ha presentado el diseño de un estudio con dos objetivos. Por un lado, se pretende investigar si el deporte de resistencia, concretamente el ciclismo, puede desencadenar procesos adictivos, y si distintos niveles de vinculación a la práctica de este deporte aumentan la presencia de sintomatología de dependencia al ejercicio. Por otro lado, se pretende evaluar la hipótesis de que el Autoconcepto alto y estable sea un factor de protección dificultando el desarrollo de un proceso de dependencia al ejercicio físico. En función de la primera hipótesis, se espera observar que las personas con un número mayor de entrenamientos (5 o más), obtengan mayores puntuaciones tanto en la puntuación total de la escala de sintomatología adictiva (SAS-15) como en las puntuaciones de las distintas subescalas. En función de la segunda hipótesis, se esperaría observar la existencia de una relación negativa entre el Autoconcepto físico (CAF) y psicológico (AF-5) y el nivel de sintomatología adictiva general (SAS-15); es decir, que las personas que obtengan mayores puntuaciones niveles de Autoconcepto presenten menores en el instrumento dependencia. Además, también se esperaría encontrar que las diferentes subescalas de Autoconcepto físico y psicológico se relacionen de manera distinta con las diferentes dimensiones de la escala de adicción al deporte.

En nuestra sociedad, dado el reciente auge del ciclismo, analizar estos procesos resulta imprescindible para poder obtener entre las personas que realicen esta actividad deportiva, una práctica sana que mantenga los beneficios tanto físicos como psicológicos a largo plazo, sin dejar de practicar la conducta deportiva en sus diversos niveles de intensidad. La práctica desmedida del ciclismo puede generar procesos adictivos, y la vinculación que la persona tiene con el nivel de Autoconcepto puede establecerse como factor de protección. Es indispensable por tanto mantener niveles estables y adecuados de Autoconcepto para tener menor probabilidad de desencadenar procesos adicción al ejercicio. El Autoconcepto es considerado un constructo que engloba áreas tanto físicas como psicológicas y media en los diversos procesos



(Aróstegi, et. al., 2012). Por esto mismo, cuando una persona goza de un Autoconcepto alto y estable, posee mayores sentimientos de autoeficacia, autoestima e imagen corporal entre otros factores, lo que a su vez hace que este mismo Autoconcepto medie y proteja a la persona de desencadenar procesos adictivos. Del mismo modo, si los niveles de Autoconcepto son bajos e inestables, la persona tenderá a refugiarse en el deporte como medio y vehículo de mejora ante una constante sensación e infravaloración hacia sí misma.

Es fundamental por tanto poder medir los diversos niveles de práctica con la ayuda de los cuestionarios adjuntados y establecer el punto en el que la persona se encuentra e intervenir en los casos en los que los niveles de adicción sean relevantes, ya que hoy en día aunque no esté recogido en el DSM-V específicamente, la adicción al deporte constituye un tipo de adicción conductual, y como tal se establece en la persona un número de conductas nocivas que perjudican gravemente su calidad de vida y con ello la posibilidad de perder logros y metas importantes de futuro.

Finalmente, debido a la novedad de estas ideas, queda mucho por explorar. El Autoconcepto y el efecto mediador de este constructo sólo es una de las variables a revisar y controlar. Quedan por implementar y contrastar ideas relevantes vinculadas a la adicción al ejercicio. Junto a la expansión del deporte, la comorbilidad con diferentes trastornos es algo susceptible de ser medido y esto podría dar paso a nuevos focos de investigación. Sin embargo, habiendo demostrado la importancia del tema que se trata, sería conveniente seguir ahondando en él. Este trabajo es una aproximación a los riesgos reales que muchos deportistas (ya sean de élite o nivel amateur) padecen. La práctica de ejercicios de resistencia debería ser vista y tratada con respeto, y deberían potenciarse (sin olvidar sus riesgos) los amplios beneficios. Revisando toda la bibliografía, se ha encontrado una falta evidente de información y prevención de riesgos a la hora de practicar estas conductas, centrándose únicamente en números y datos sobre el rendimiento, olvidando la parte más humana del deporte. Por ello, sería conveniente como futura investigación, analizar los datos de adicción deportiva en personas que previamente hayan sido instruidas e informadas acerca de los límites y situaciones a evitar cuando se establece la rutina deportiva consiguiendo así reducir las tasas adictivas.



## 7. Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *Texto revisado. Barcelona: Masson.*
- Adams, J., y Kirkby, R. J. (2002). Excessive exercise as an addiction: A review. *Addiction Research & Theory.*
- Alfermann, D., y Stoll, O. (2000). Effects of physical exercise on self-concept and well-being. *International Journal of Sport Psychology, 31(1), 47–65.*
- Allegre, B., Therme, P., y Griffiths, M. (2007). Individual factors and the context of physical activity in exercise dependence: A prospective study of “ultra-marathoners”. *International Journal of Mental Health Addiction, 5(3), 233–243.*
- Antolín, V., Gándara, J. J., García, I., y Martín, A. (2009). Adicción al deporte: ¿Moda postmoderna o problema sociosanitario?. *Norte de Salud Mental. 34, 15–22.*
- Antolín, V., de la Gándara, J., y García, I. (2015). Adicción al deporte : Estandarización de la Escala de Adicción al Deporte , SAS-15. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 1(116) 24–35.*
- Arbinaga, F. (2004). Dependencia del ejercicio. *Cuadrenos de Medicina Psicossomática y Psiquiatria de Enlance, 1(71), 24–32.*
- Aróstegi, B., Goñi, A., Infante, G. y Zubillaga, A. (2012). El Autoconcepto físico de jóvenes futbolistas de alto rendimiento. *Cuadernos de psicología del deporte, 13(1), 9-14.*
- Bamber, D., Cockerill, I. M., Rodgers, S., y Carroll, D. (2015). "It's exercise or nothing": a qualitative analysis of exercise dependence. *Journal of Sports Med. 1(34), 423-430.*
- Berengüi, R., García, J., López, J.M., Garcés de Los Fayos, E.J., Cuevas, E. y Martínez, A. (2012). Habilidades psicológicas fundamentales en las Luchas Olímpicas. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 12(2), 19-22.*
- Biddle, S., y Mutrie, N. (2014). Psychology of Physical Activity: determinants, well-being and interventions. *Routledge. 2, 33-137.*
- Cazorla, R. L., Mendo, A. H., Garrido, R. E. R., y Sánchez, V. M. (2015). Relaciones entre el autoconcepto y el perfil psicológico deportivo en triatletas. *Cuadernos de Psicología Del Deporte, 15(2), 95–102.*
- Emili, M. i P. y Troyano, X. (2014). *El impacto económico del cicloturismo en Europa. Síntesis de los principales estudios realizados.* Renfe, 100.
- Esnaola, I., Goñi, A., y Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de



- investigación. *Revista de psicodidáctica*, 13(1), 69-96.
- Esnaola, I., Rodríguez, A., y Goñi, E. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario de autoconcepto AF5. *Anales de Psicología*, 27(1), 109–117.
- Espinoza, O. L., Vargas, C. P., Rodríguez, R. F., Gálvez, C. J., y Yáñez, S. R. (2011). Valoración del autoconcepto físico en estudiantes universitarios y su relación con la práctica deportiva. *Motricidad Humana*. 12(1), 22–26.
- Esteve, J. V., Musitu, G. y Lila, M. (2005). Autoconcepto físico y motivación deportiva en chicos y chicas adolescentes. La influencia de la familia y de los iguales. *Escritos de Psicología*, 7, 82-90.
- Ferriz, R., González-Cutre, D., Lirola, M. J., y Sicilia, A. (2015). Adicción al ejercicio físico. *Motricidad humana, hacia una vida más saludable*. 1(1), 238-260.
- Fourie, J., y Santana, M. (2011). *The impact of mega-sport events on tourist arrivals*. *Tourism Management*, 32(6), 1364–1370.
- Freimuth, M., Kim, S. R. y Moniz, S. (2011). Clarifying exercise addiction: Differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(10), 4069–4081.
- García, J. F., Musitu, G., y Veiga, F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Psicothema*, 18(3), 551–556.
- García, F., y Musitu, G. (2014). *Manual AF-5. Autoconcepto Forma 5, Madrid*.
- Goñi, A., y Rodríguez, A. (2004). Eating disorders, sport practice and physical self-concept in adolescents/Trastornos de conducta alimentaria, práctica deportiva y autoconcepto físico en adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(1), 29-36.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S., y Liberal, I. (2004). Propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario para la medida del Autoconcepto físico. *Revista de Psicología del Deporte*. 13(2), 195–213.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S., y Rodríguez, A. (2006). Cuestionario de Autoconcepto físico. *Manual. Madrid: EOS*.
- Guerrero, Y. S. (2011). Autoconcepto y factores de protección asociados al consumo de alcohol y tabaco en universitarios, *Unife*, 7(1), 41-51.
- Hausenblas, H. A., y Fallon, E. A. (2001). Relationship Among Body Image, Exercise Behavior, and Exercise Dependence Symptoms. 1(1), 179-185.
- Hausenblas, H. A., y Downs, D. S. (2002). Exercise dependence : a systematic review. *Psychology of Sport and Exercise* 3, 89–123.
- Holgado, F. P., Soriano, J. A., y Navas, L. (2012). El cuestionario de autoconcepto



- físico (CAF): análisis factorial confirmatorio y predictivo sobre el rendimiento académico global y específico del área de educación física. *Acción Psicológica*, 6(2), 93-102.
- Latorre, P. Á., Jiménez, A., Párraga, J., y García, F. (2016). Dependencia al ejercicio físico e insatisfacción corporal en diferentes deportes de resistencia y su relación con la motivación al deporte. *Revista de Psicología Del Deporte*, 25(1), 113–120.
- Llopis, D., y Llopis, R. (2013). Razones para participar en carreras de resistencia. Un estudio con corredores aficionados. *Cultura, ciencia y deporte*. 2(4), 33–40.
- López, P. (2018). 2018 : la práctica deportiva en España acelera al calor del "running" y el "fitness". *Palco23*. 1(1), 1–6.
- Martínez, I., Musitu, G., García, J. F. y Camino, L. (2003). Un análisis transcultural de los efectos de la socialización familiar en el autoconcepto: España y Brasil, *Psicología, Educação e Cultura*, 7, 239-258
- Massenzana, F. (2017). Autoconcepto y Autoestima: ¿Sinónimos o constructos complementarios?. *Psocial*. 3(1), 39–52.
- McKinney, J., Heilbron, B., Isserow, S., D. Krahn, A., J. Lithwick, D., N. Morrison, B. y Nazzari, H. (2016). The health benefits of physical activity and cardiorespiratory fitness, *Bc medical journal*. 58(3), 131–137.
- Mella, E. R., y Bravo, P. R. (2011). Análisis psicométrico confirmatorio de la medida multidimensional del test de autoconcepto forma 5 en español (af5), en estudiantes universitarios de Chile, *Psicología, Saúde y Doenças* 12(1), 91–103.
- Millard, L. (2015). Body image, mood, and coping strategies during exercise abstinence for male and female obligatory exercisers (tesis doctoral). *Colorado State University, Fort Collins, Colorado*.
- Nogueira, A., Molinero, O., Salguero, A., y Márquez, S. (2018). Exercise addiction in practitioners of endurance sports: a literature review. *Frontiers in psychology*, 9, 1484.
- Patrizia, O., Rosalba, L. y Sebastiano, C. (2013). Physical Self-Concept and Its Relationship to Exercise Dependence Symptoms in Young Regular Physical Exercisers. 1(1), 1–6.
- Parry, D., Chinnasamy, C., Papadopoulou, E., Noakes, T. y Micklewright, D. (2011). Cognition and performance: anxiety, mood and perceived exertion among Ironman triathletes. *British Journal of Sports Medicine*, 45(14), 1088-1094.
- Preuss, H. (2005). The Economic Impact of Visitors at Major Multi-sport Events.



*European Sport Management Quarterly*, 5(3), 281–301.

Slutzky, C.B. y Simpkins, S.D. (2009). The link between children's sport participation and self-esteem: exploring the mediating role of sport self-concept. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(3), 381-389

Tomás, J. M., y Oliver, A. (2004). Análisis Psicométrico Confirmatorio de una Medida Multidimensional del Autoconcepto en Español. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 285- 293.

Véliz, A., y Apodaca, P. (2012). Dimensiones del autoconcepto de estudiantes chilenos : un estudio psicométrico. *Revista educativa Hekademos*. 1(1), 47-58.



## Anexo 2: Cuestionario SAS-15.

	V	F
1. Suelo hacer ejercicio al aire libre, incluso cuando hace mal tiempo.		
2. He cambiado alguna actividad familiar programada para hacer ejercicio.		
3. He seguido haciendo ejercicio, aunque tuviera algún dolor o molestia física.		
4. He hecho ejercicio antes de estar completamente recuperado de una lesión o enfermedad.		
5. Necesito hacer ejercicio al menos una vez al día para sentirme bien.		
6. Mis amigos o compañeros alguna vez me han criticado por hacer tanto deporte.		
7. A menudo pienso en el ejercicio mientras estoy haciendo otras actividades.		
8. He dejado de acudir a alguna cita por hacer ejercicio.		
9. Hacer ejercicio para mí es como una droga, nunca tengo pereza para hacerlo.		
10. He tenido alguna discusión con mi familia por la cantidad de ejercicio que hago.		
11. Dedico mucho tiempo a actividades relacionadas con el deporte, como televisión, libros, etc.		
12. A menudo adapto el resto de cosas de mi vida al deporte que me gusta practicar o ver.		
13. El día que no hago ejercicio siento que me falta algo.		
14. No dejo de hacer ejercicio si el clima me impide salir al exterior.		
15. Alguna vez me han tachado de adicto/a al deporte.		



### Anexo 3: Cuestionario CAF.

	V	F
1. Soy bueno/a en los deportes (H)		
2. Tengo mucha resistencia física (C)		
3. Tengo más fuerza que la mayoría de gente de mi edad (F)		
4. Físicamente me siento bien (AFG)		
5. Me siento a disgusto conmigo mismo/a (AG)		
6. No tengo cualidades para los deportes (H)		
7. Me quedo pronto sin aliento y tengo que bajar el ritmo o abandonar en los ejercicios físicos intensos (C)		
8. Me cuesta tener un buen aspecto físico (A)		
9. Me cuesta levantar tanto peso como los demás (F)		
10. Me siento feliz (AG)		
11. Estoy en buena forma física (C)		
12. Me siento contento/a con mi imagen corporal (A)		
13. Soy capaz de realizar actividades que exigen fuerza (F)		
14. En lo físico me siento satisfecho/a conmigo mismo/a (AFG)		
15. No me gusta lo que estoy haciendo con mi vida (AG)		
16. Soy de las personas que están descontentas con cómo son físicamente (AFG)		
17. Tengo más habilidad que la gente de mi edad practicando deportes (H)		
18. Puedo correr y hacer ejercicio durante mucho tiempo sin cansarme (C)		
19. Siento confianza en cuanto a la imagen física que transmito (A)		
20. Destaco en actividades en las que se precisa fuerza física (F)		
21. Mi cuerpo me transmite sensaciones positivas (AFG)		
22. Desearía ser diferente (AG)		
23. Soy de las personas a las que les cuesta aprender un deporte nuevo (H)		
24. En actividades como las de correr, tengo que tomar pronto un descanso (C)		
25. No me gusta mi imagen corporal (A)		



26. No me siento agusto conmigo mismo/a en lo físico (AFG)		
27. Estoy haciendo bien las cosas (AG)		
28. Practicando deportes soy una persona hábil (H)		
29. Tengo mucha energía física (C)		
30. Soy guapo/a (A)		
31. Soy fuerte (F)		
32. No tengo demasiadas cualidades como persona (AG)		
33. Me veo torpe en las actividades deportivas (H)		
34. Me gusta mi cara y mi cuerpo (A)		
35. No me veo en el grupo de quienes tienen mucha fuerza física (F)		
36. Físicamente me siento peor que los demás (AFG)		



#### Anexo 4: Cuestionario AF-5.

1. Hago bien los trabajos escolares y/o académicos	
2. Hago fácilmente amigos	
3. tengo miedo de algunas cosas	
4. Soy muy criticado en casa	
5. Me cuido físicamente	
6. Mis profesores me consideran un buen estudiante	
7. Soy una persona amigable	
8. Muchas cosas me ponen nervioso	
9. Me siento feliz en casa	
10. Me buscan para realizar actividades deportivas	
11. Trabajo mucho en clase	
12. Es difícil para mí hacer amigos	
13. Me asusto con facilidad	
14. Mi familia está decepcionada de mí	
15. Me considero elegante	
16. Mis profesores me estiman	
17. Soy una persona alegre	
18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso	
19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problema	
20. Me gusta como soy físicamente	
21. Soy buen estudiante	
22. Me cuesta hablar con desconocidos	
23. Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor	
24. Mis padres me dan confianza	
25. Soy bueno haciendo deporte	
26. Mis superiores me consideran inteligente y trabajador	
27. Tengo muchos amigos	
28. Me siento nervioso	
29. Me siento querido por mis padres	
30. Soy una persona atractiva	

Anexo 5: Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./D<sup>a</sup>.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado, y la he comprendido en todos sus términos.

He sido suficientemente informado/a y he podido hacer preguntas sobre los objetivos y metodología aplicada en el proyecto de investigación (título del proyecto)

..... que ha sido autorizado por (Ministerio, Comunidad, etc.)

..... y para el que se ha pedido mi colaboración.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio,

- cuando quiera;
- sin tener que dar explicaciones y exponer mis motivos; y
- sin ningún tipo de repercusión negativa para mí.

Por todo lo cual, PRESTO MI CONSENTIMIENTO para participar en el proyecto de investigación antes citado.

En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. ....