



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE

**“AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA DISMORFIA MUSCULAR EN
USUARIOS DE UN GIMNASIO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Guarnizo Mejía, Jéniffer Monserrath

Tutora: Psc. Cl. Mg. García Ramos, Diana Carolina

Ambato-Ecuador

Septiembre 2022

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: “AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA DISMORFIA MUSCULAR EN USUARIOS DE UN GIMNASIO” de Guarnizo Mejía Jénifer Monserrath, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, septiembre de 2022

LA TUTORA

.....

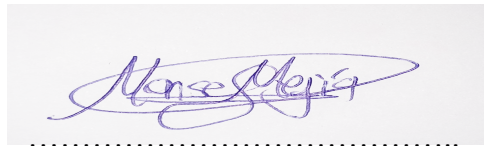
Psc. Cl. Mg. García Ramos, Diana Carolina

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: “AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN LA DISMORFIA MUSCULAR EN USUARIOS DE UN GIMNASIO” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y recomendaciones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, septiembre de 2022

LA AUTORA

A handwritten signature in blue ink, reading "Jennifer Guarnizo Mejía", is centered within a light gray rectangular box. Below the box, a horizontal dotted line is visible.

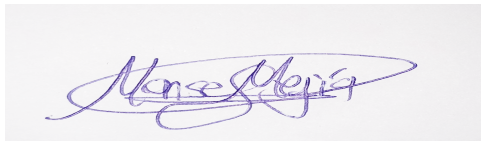
Guarnizo Mejía, Jénifer Monserrath

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este proyecto de investigación o parte de ella un documento disponible de lectura, consulta y procesos de investigación. Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del presente trabajo de investigación, dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice los derechos de autora

Ambato, septiembre de 2022

LA AUTORA

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature is cursive and appears to read 'Jennifer Guarnizo Mejía'. Below the signature is a horizontal dotted line.

Guarnizo Mejía, Jénifer Monserrath

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: “AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA DISMORFIA MUSCULAR EN USUARIOS DE UN GIMNASIO” de Guarnizo Mejía Jénifer Monserrath, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, septiembre de 2022

Para constancia firma:

.....

Presidente

.....

Primer vocal

.....

Segundo vocal

DEDICATORIA

A mi madre, Paulina por ser un sinónimo de inspiración y durante todos los años de mi vida estudiantil ser el motor para no rendirme a pesar de las adversidades.

A mi ángel de cuatro patas que está en el cielo, Nieves, por enseñarme que todos en la vida tenemos una misión.

A Galleta y Scooby, por acompañarme en los momentos más difíciles.

A mí, porque soy la única persona que conoce todo el esfuerzo que he hecho para seguir aquí...

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi madre por ser la persona más cálida, amorosa y por siempre escucharme y buscar mi bienestar.

A toda mi familia materna por apoyarme a su manera.

A la primera persona que conocí en la universidad, Lady, infinitas gracias por todo lo que hemos vivido juntas, sin ti no lo hubiese logrado.

A Carolina García por creer en mi potencial.

A mi tía, Cecilia por ser una segunda madre para mí y constantemente demostrar su amor y preocupación en cuanto mi formación profesional.

A mis abuelos maternos, Gonzalo y Beatriz por apoyarme en cada peldaño que he escalado.

A Mauricio por sostener a mi madre cuando yo no he podido.

A Alexis y Emilia, mis hermanos por aguantarme siempre.

A Lenin por quererme a pesar de todo.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO.....	2
1.1.1 Contextualización.....	2
1.1.2 Estado del arte	4
1.2 Fundamentación teórica.....	14
Autoestima.....	14
Componentes de la autoestima	14
Componente cognitivo.....	14
Componente afectivo	14
Componente conductual	15
Elementos relacionados a la autoestima	15
Autoconcepto.....	15
Autoimagen.....	16
Autovaloración.....	17
Autoconfianza.....	17
Niveles del autoestima.....	17
Nivel alto.....	18
Nivel medio.....	18
Nivel bajo.....	18
Conexión entre autoestima y psicopatología	18
Modelo de la vulnerabilidad	18
Modelo de la cicatriz.....	19
Autoestima-Definiciones	19

Dismorfia Muscular.....	
Conceptualización histórica.....	21
Criterios diagnósticos de la dismorfia muscular.....	21
Etiología de la dismorfia muscular.....	22
Influencia sociocultural en la dismorfia muscular.....	24
Dismorfia Muscular-Definiciones.....	25
1.3 Objetivos.....	26
Objetivo General.....	26
Objetivos Específicos.....	26
CAPÍTULO II METODOLOGÍA.....	28
2.1 Materiales.....	28
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	28
Reactivo para medir niveles de autoestima.....	28
Reactivo para medir el riesgo dismorfia muscular.....	28
2.2 Métodos.....	29
Metodología.....	29
Población.....	29
Criterios de inclusión.....	29
Criterios de exclusión.....	30
2.3 Operacionalización de las variables.....	31
CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	32
3.1 Análisis y discusión de los resultados.....	32
Objetivo específico 1.....	32
Objetivo específico 2.....	33
Objetivo específico 3.....	34
3.2 Verificación de Hipótesis.....	40
Objetivo general.....	40
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	44
Conclusiones.....	44
Recomendaciones.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables.....	31
Tabla 2. Nivel de autoestima	32
Tabla 3. Riesgo de dismorfia muscular	33
Tabla 4. Tabla de contingencia: nivel de autoestima según sexo.....	34
Tabla 5. Pruebas de chi-cuadrado: nivel de autoestima según sexo.....	35
Tabla 6. Tabla de contingencia: riesgo de dismorfia muscular según sexo	37
Tabla 7. Pruebas de chi-cuadrado: riesgo de dismorfia muscular según sexo.....	38
Tabla 8. Pruebas de normalidad	40
Tabla 9. Correlaciones	41
Tabla 10. Nivel de autoestima y riesgo de dismorfia muscular	41

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA DISMORFIA MUSCULAR EN
USUARIOS DE UN GIMNASIO”**

Autora: Guarnizo Mejía, Jénifer Monserrath

Tutora: Psc. Cl. Mg. García Ramos, Diana Carolina

Fecha: Ambato, Septiembre 2022

RESUMEN

El presente proyecto de investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre los niveles de autoestima y el riesgo de dismorfia muscular en usuarios de un gimnasio. Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo, se evaluó a 97 usuarios de un gimnasio elegidos bajo criterios de inclusión y exclusión. La recolección de datos se dio a través de instrumentos psicométricos estandarizados: la Escala de autoestima de Rosenberg y la Escala de Satisfacción Muscular. Para la verificación de hipótesis, se realizó el análisis estadístico correspondiente a través de la prueba no paramétrica de rho de Spearman, dado el incumplimiento del supuesto de normalidad. Luego de analizarse los datos, se concluyó que no existe correlación entre las dos variables. Además, se encontró que el nivel alto de autoestima predomina en los usuarios de gimnasio evaluados y que más de la mitad de los usuarios de gimnasio sí tiene riesgo de dismorfia muscular. Además, los hombres tienen mayor riesgo de dismorfia muscular que las mujeres.

PALABRAS CLAVES: DISMORFIA MUSCULAR, AUTOESTIMA, GIMNASIO, AUTOCONCEPTO, SATISFACCIÓN MUSCULAR.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**SELF-ESTEEM AND ITS RELATIONSHIP WITH MUSCLE DYSMORPHIA
IN GYM USERS”**

Author: Guarnizo Mejía, Jéniffer Monserrath

Tutor: Psc. Cl. Mg. García Ramos, Diana Carolina

Date: Ambato, September 2022

ABSTRACT

The main goal of this project was to determine the relationship between self-esteem's levels and muscle dysmorphia's risk in gym users. This was a quantitative investigation because 97 gym users were selected with exclusion and inclusion criteria. Also, the data was collected through the application of standardized psychometric instruments: Rosenberg Self Steem Scale and Muscle Appearance Satisfaction Scale. In order to verify the hypothesis, an statistical analysis was done, the data didn't fulfill the normality criteria so it was necessary to apply rho Spearman nonparametric test. After that, the data was analyzed and the conclusion that there isn't any correlation between self-esteem's levels and muscle dysmorphia's risk came up. Furthermore, it was found that a high level of self-esteem prevails in gym users. Also, more than the half of the users are on risk of muscle dysmorphia. Finally, men are the ones that have a higher risk of muscle dysmorphia than women.

KEYWORDS: MUSCLE DYSMORPHIA, SELF-ESTEEM, GYM, SELF CONCEPT, MUSCLE SATISFACTION

INTRODUCCIÓN

Corazza & Martinotti (2019) consideran que la sociedad actual tiene un ritmo acelerado que busca constantemente mejorar la apariencia, el ideal de un cuerpo "perfecto" está estrechamente relacionado con el éxito. Esta atención a la apariencia corporal no solo conduce a adjetivos del cuerpo humano, sino también al desarrollo de diversas enfermedades relacionadas con la apariencia. El ejercicio físico ha sido tomado como un medio para mejorar la imagen corporal más no para mejorar la salud y el bienestar. Los diseños más comunes para el cuerpo perfecto incluyen: cuerpos musculosos, "en forma de V" para los hombres, y cuerpos delgados y tonificados para las mujeres.

En el contexto ecuatoriano han sido pocos los estudios relacionados a la dismorfia muscular. En la mayoría de casos, conductas posiblemente patológicas en torno a adquirir un nivel de musculatura elevado en personas que entrenan en gimnasios se han normalizado. Por este motivo, el presente trabajo de investigación sirve para visibilizar una problemática que ha sido poco cuestionada. Además, este proyecto investigativo es conveniente pues existen varias personas que asisten a gimnasios y poco a poco desarrollan conductas de riesgo. De esta forma, este trabajo servirá de base de información para investigaciones futuras pues proveerá datos importantes sobre la relación entre la autoestima y dismorfia muscular.

La relevancia social del presente proyecto de investigación radica en la visibilización de conductas de riesgo que son asumidas como un estilo de vida saludable. De esta forma, será posible trabajar en psicoeducación en torno a los efectos de estas conductas para la salud física y mental de las personas. Asimismo, a pesar de que la investigación se realizará en un grupo seleccionado de usuarios de un gimnasio. Los resultados obtenidos tendrán un alcance mayor, especialmente a nivel ecuatoriano pues al no existir estudios suficientes en torno a esta problemática será factible servir de sustento teórico a futuras investigaciones.

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes investigativos

1.1.1 Contextualización

Los estereotipos en torno a la imagen corporal se han ido acentuando a lo largo de los años, existiendo una clara diferenciación entre el ideal del cuerpo femenino y el masculino: mujeres delgadas y hombres musculosos (Toro, 1996). Con respecto a la presión social sobre la estética del cuerpo, se considera que esta influencia social logra evidenciarse en el incremento en la oferta de planes alimentarios de adelgazamiento y desarrollo de masa muscular incidiendo en la adopción de dietas estrictas a edades tempranas, el crecimiento en el número de personas que realizan actividad deportiva desmesurada sin supervisión y la proliferación de gimnasios; estas conductas conllevan a consecuencias sobre la salud física y mental de las personas, destacándose las alteraciones del comportamiento alimentario, insatisfacción y distorsión de la imagen corporal (Dosil, 2004). La insatisfacción con la imagen corporal puede desencadenar trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal, efectos negativos sobre el autoestima, el estado afectivo, ajuste social, depresión (Olivardia, Pope, Borowiecki y Cohane, 2004).

La insatisfacción corporal ha sido identificada como un factor de riesgo en el desarrollo de síntomas depresivos (Stice, 2012). Más allá de su impacto a nivel individual y familiar, los costos sociales de la depresión son profundos, a nivel macro la Alianza Nacional de Salud Mental- NAMI (2013) estima que la depresión mayor está asociada con un número significativamente mayor de días de enfermedad cada año y mayores tasas de discapacidad a corto plazo que otras enfermedades crónicas en Estados Unidos. El reporte "Young people's health in context - Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)" de 2001/2002 mostró que en Europa el 21.6% de los jóvenes y el 27.9 % de las jóvenes de 11 años no estaban satisfechos con su apariencia física. De la misma forma, el 23.4 % de los jóvenes y el 36.6 % de las jóvenes de 13 años tampoco estaban satisfechos con su apariencia física.

La insatisfacción corporal entre los hombres está asociada con la insatisfacción muscular y acarrea una variedad de comportamientos nocivos como dependencia del

ejercicio, levantamiento de pesas extremo y uso de drogas para mejorar el rendimiento (Ricciardelli & McCabe, 2004). A nivel macro, la prevalencia de estas conductas patológicas es relativamente alta, la tasa de uso de esteroides anabólicos en hombres resultó ser igual a la tasa de bulimia, y mayor que la tasa de anorexia en mujeres en Canadá y Estados Unidos (Spitzer, Henderson y Zivian, 1999). Olivardía et al. (2004) encontró que el 27% de los hombres universitarios en Estados Unidos informaron haber usado suplementos legales para el culturismo y drogas ilegales como esteroides para cambiar su cuerpo. En las encuestas realizadas de los lectores de *Psychology Today* en Estados Unidos se observó que el nivel de insatisfacción corporal en 2010 era de un 25% para las mujeres y de un 15% para los varones, mientras que en 2014 esas cifras subieron a 56% y 43%, respectivamente (Garner, 2015).

En Estados Unidos, Rash (2004) encontró que el 25% de los adultos jóvenes realizaba ejercicio excesivo con la finalidad de mejorar su composición corporal. Frederick et al. (2007) realizaron un estudio en Estados Unidos, Ghana y Ucrania encontrando que 51% estadounidenses no estaban satisfechos con su imagen corporal. Además, más del 90% de los estudiantes universitarios estadounidenses querían ser más musculosos, al igual que el 69% de hombres ucranianos y el 49% de ghaneses.

A nivel meso, en Latinoamérica en Chile Correa et al (2006) hallaron que la prevalencia insatisfacción con la musculatura es de 10,1% en levantadores de pesas y 20% en fisicoculturistas quienes utilizaban esteroides anabólicos sin supervisión médica. En el mismo país, Behar y Molinari (2010) encontraron que la insatisfacción corporal lleva a las personas a realizar mayor cantidad de ejercicio físico, la prevalencia de conductas patológicas asociadas a insatisfacción muscular es del 13,6% en personas que asisten a gimnasios; además, encontraron que estas personas tienden a verse en los espejos por lo menos 15 veces al día, el 42% de ellos utilizan esteroides anabólicos los cuales conllevan al desgaste de relaciones interpersonales y de la vida sexual. Además, se encontraron alteraciones a nivel de conductas alimentarias en un 6,8% de las personas. En Perú, Enríquez Peralta y Quintana Salinas (2016) encontraron que el 36,1% de adolescentes tenían percepción equivocada sobre su cuerpo, sintiéndose insatisfechos con el mismo y presentando expresiones despectivas de su imagen corporal, se halló que realizaban prácticas como dietas, actividad física y

usaban medicamentos para bajar de peso, sus padres y amigos influían en la
de realizar dichas prácticas.

A nivel micro en Ecuador, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2014) se presentó que el 87% de la población adolescente femenina están insatisfechas con su imagen corporal, el 12% de adolescentes tiene algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria que se desarrolla entre los 12 y 20 años de edad. Por otra parte, Dávila (2015) en un estudio realizado en Loja, Ecuador postula que 25.7% de los usuarios de gimnasios tienen riesgo de dismorfia muscular asociada a la insatisfacción con su musculatura, el género masculino es el que tiene mayor riesgo con una relación de 7 a 1 con el femenino; se determinó que a mayor preocupación de la imagen corporal es más frecuente tener tendencia a la dismorfia muscular. Por su parte, Ávila., et al (2017) en un estudio realizado en Cuenca determina que existe un grado moderado de dismorfia muscular con prevalencia en edades entre 20 y 31 años.

1.1.2 Estado del arte

En una investigación realizada en España se buscó observar la relación entre sexo, síntomas de dismorfia muscular, niveles de autoestima y asistencia al gimnasio en 150 participantes que asistía con regularidad al gimnasio, siendo 71 mujeres y 79 hombres de entre 15 y 27 años de edad. Los instrumentos utilizados para la recopilación de datos fueron: Escala de autoestima de Rosenberg, Cuestionario del Complejo de Adonis y una encuesta sociodemográfica. Finalmente, se encontró que existe una media de 33% a nivel de autoestima situándose en un nivel alto. Con lo que respecta a los síntomas de dismorfia muscular, existe una puntuación promedio de 14% posicionándose en un nivel moderado de la misma. No existieron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoestima de acuerdo al sexo pues las mujeres obtuvieron una media de 33,14% y los hombres de 32,9%. De la misma manera, no se presentaron diferencias en la puntuación en el Cuestionario del Complejo de Adonis según el sexo de los participantes, las mujeres obtuvieron una media de 14,82% mientras que los hombres 14,95% (Ruiz, 2017).

En un estudio efectuado en España se tuvo como objetivo identificar la prevalencia de dismorfia muscular en relación con el grado de la alteración de la

imagen corporal e identificar los factores de riesgo en asistentes de un gimn muestra poblacional estuvo constituida por 65 personas de las cuales el 46% eran mujeres y el 54% hombres cuyas edades se encontraban entre los 20 y 36 años de edad. Para ello se empleó una encuesta sociodemográfica y el Cuestionario del Complejo de Adonis. Como resultado, se pudo conocer que un 83,1% obtuvo una puntuación de preocupación leve, un 15,4% una preocupación moderada y un 1,5% una preocupación grave. De esta forma se obtiene que la prevalencia de dismorfia muscular es del 1,5%. Asimismo, hallaron diferencias significativas entre el sexo de los participantes y el grado de alteración de su imagen corporal pues 49,2% de los hombres y un 33,8% de las mujeres presentaron preocupación leve, el 4,6% de los hombres y 10,8% de las mujeres preocupación moderada y el 1,5% de las mujeres, preocupación grave (Hinojosa, 2020).

En España se buscó determinar la relación de los esquemas tempranos desadaptativos con la adicción al ejercicio, la dismorfia muscular, la autoestima. Para ello, se estudió a una población de 465 personas: 23.7% hombres, 75.7% mujeres y 0.6% personas transgénero que asisten al gimnasio o practican deportes con regularidad. En el proceso de recolección de datos se aplicaron 5 cuestionarios: : Cuestionario de Esquemas Cognitivos -Forma Abreviada -SQ-SF, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Satisfacción Muscular – ESM y el Inventario de Adicción al Ejercicio – EAI. De esta manera, se halló que el 4.3% de los participantes presentaba riesgo de adicción al ejercicio físico y el 46.2% presentaba sintomatología de adicción. Además, predominaron los participantes satisfechos con su musculatura, sin embargo, el 13.3% presentaba una leve insatisfacción, el 4.3% una moderada insatisfacción y el 0.60% una severa insatisfacción. Asimismo, es importante resaltar que el 3.7% sufría dismorfia muscular, así como, el 1.3% presentaba adicción al ejercicio físico junto con dismorfia muscular. Con lo que respecta a la autoestima se halló que las mujeres presentaban una media de 26,3 en la puntuación mientras que los hombres un 35,1. Finalmente, después de la interpretación se determinó que existe una relación significativa y negativa entre la autoestima, la dismorfia corporal y la adicción al ejercicio físico, señalando el hecho de que cuando existe adicción al ejercicio físico es mayor la insatisfacción muscular (Olave et al., 2019).

En la Universidad de Valencia en España se desarrolló una investigación cuyo objetivo principal fue evaluar la relación de la autoestima y la regulación emocional con la dismorfia muscular. Para la realización del estudio se delimitó una muestra de 251 personas siendo el 72% mujeres y el 28% hombres con edad comprendidas entre 20 y 30 años. La recolección de datos se la realizó a través de la aplicación de 3 cuestionarios: Inventario de Dismorfia Muscular, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. Como conclusión, se determinó que mayores niveles de autoestima se relacionan con menores puntuaciones en dismorfia muscular y también con mayor regulación emocional. Estos niveles de regulación emocional, a su vez, se relacionan de forma negativa con la dismorfia muscular (a mayor regulación emocional, menor puntuación en dismorfia muscular). El modelo consiguió explicar el 19.6% de la regulación emocional y el 49.0% de la dismorfia muscular. Se encontró que la autoestima y la regulación emocional son predictores de la dismorfia muscular, la autoestima es un predictor alto y directo mientras que la regulación emocional tiene un porcentaje menor de predicción (Galiana et al., 2018).

En una investigación ejecutada en Colombia se quiso identificar las variables individuales, sociales y culturales que predicen la insatisfacción con la imagen corporal y musculatura. Para alcanzar este objetivo, se delimitó una muestra poblacional de 270 participantes, 135 participantes hombres y 135 mujeres entre 13 y 57 años de edad. Se aplicaron cinco instrumentos: Cuestionario de actitudes socioculturales sobre la apariencia - SATAQ-4, Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG), Escala de conductas o actitudes alimentarias - EAT-26, Cuestionario de la figura corporal - BSQ y un formato registro de datos sociodemográficos. De esta manera se halló que los factores de salud mental, demográficos y socioculturales logran explicar el 85 % de varianza de la insatisfacción con la imagen corporal concluyendo así que la insatisfacción con la imagen corporal se predice a partir de la interacción de las siguientes variables: salud mental (.63) conformada por preocupación por la comida (.93), bulimia (.77), dieta (.65) y depresión (.50); demográficos (.33), como edad (-.38) y sexo (.10); y socioculturales (.12), como presión social ejercida por familia (.78), medios de comunicación (.68) y pares (.64) (Villegas-Moreno & Londoño-Pérez, 2021).

En la Universidad de Ciencias Médicas de Hamadan en Irán se desarrolló un estudio con el objetivo de encontrar la relación entre la presión social, nivel de autoestima y el trastorno dismórfico corporal. Para ejecutar la investigación se seleccionaron 350 adultos siendo el 74% mujeres y el 26% hombres con una media de edad de 24 años. Se utilizaron cuatro instrumentos: una escala sociodemográfica, Escala de Yale Brown para el Trastorno Obsesivo Compulsivo modificada para Trastorno Dismórfico Corporal (BDD-YBOCS), Cuestionario de Actitudes Socioculturales sobre la Apariencia (SATAQ-3) y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Finalmente, los resultados hallados muestran que las actitudes socioculturales explican entre el 3,72% y el 10,89% la varianza en las puntuaciones del trastorno dismórfico corporal. El 90,29% presentan sintomatología baja de trastorno dismórfico corporal mientras que el 9,74% sintomatología alta. Asimismo, las personas con sintomatología baja tienen una media de 24 en el nivel de autoestima y quienes tienen sintomatología alta una media de 27, dejando ver que no existe varianza significativa ni correlación entre el autoestima y las otras variables (Ahmadpanah et al., 2019)

En España se efectuó un estudio en el que se buscó analizar las variables de satisfacción de imagen corporal, dismorfia muscular y la autoestima para promover una imagen corporal positiva, hábitos saludables y una mejoría en la autoestima de los usuarios de gimnasios. Para realizar la investigación se delimitó una población de 426 personas con edades comprendidas entre los 17 y 19 años de edad: 201 hombres y 225 mujeres respectivamente quienes fueron evaluados mediante la Escala de evaluación de imagen corporal de Gardner, Escala de Autoestima de Rosenberg y el Cuestionario del complejo de Adonis. Después del análisis de datos, se llegó a la conclusión de que existió una satisfacción moderada sobre la imagen corporal en mujeres con una media de 12 sobre 39 y en hombres con 17 sobre 39 respectivamente. Además, los niveles de autoestima presentaron diferencias a nivel de sexo, en el nivel alto de autoestima se encontró el 72,4% de hombres y solo el 58,7% de mujeres. Asimismo, se comprobó la relación entre autoestima e insatisfacción corporal pues los participantes que obtuvieron puntuaciones de autoestima baja fueron quienes tenían mayor índice de insatisfacción corporal (Pocallet et al., 2019).

En la ciudad de Kermanshah en Irán se llevó a cabo un estudio que encontró la prevalencia del trastorno dismórfico muscular y su relación con los componentes psicofisiológicos entre los atletas masculinos que acuden a los gimnasios de musculación. Para lograr el cometido se delimitó una población de 373 hombres y para la recolección de información, se evaluó a los participantes a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Satisfacción Muscular, Test de Actitudes hacia la Alimentación, Escala de Perfeccionismo Multimodal, Inventario de Trastorno Dismórfico Muscular, cálculo de porcentaje de masa corporal. Los resultados demostraron que la prevalencia del trastorno dismórfico muscular entre los atletas masculinos de culturismo en Kermanshah fue del 25 %, y la relación entre el trastorno dismórfico muscular y la autoestima fue significativa. Por su parte, los trastornos alimentarios y el índice de masa corporal también fueron significativos. No existió correlación con el perfeccionismo (Zemestani & Jalalvand, 2019).

En Italia se ejecutó una investigación cuyo objetivo principal fue explorar los factores de riesgo y los factores de protección para la adicción al ejercicio, con un enfoque particular en los roles de la alexitimia, las preocupaciones sobre la imagen corporal y la autoestima. La población seleccionada fueron 288 personas que se ejercitaban con regularidad, siendo el 72% mujeres y el 18% hombres con una media de edad de 28 años. Para obtener la información se utilizó el Inventario de Adicción al Ejercicio, la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 ítems, el Inventario de preocupación por la imagen corporal, y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados determinaron que la correlación más alta fue entre la adicción al ejercicio y la preocupación por la imagen corporal ($r = 0.317$, $p < 0.01$), lo que explica el 30 % de la varianza. Además, hubo correlaciones positivas significativas entre la adicción al ejercicio y la edad ($r = 0,153$, $p < 0,01$) y la adicción al ejercicio y la alexitimia ($r = 0,178$, $p < 0,01$). Hubo una correlación negativa significativa entre la adicción al ejercicio y la autoestima ($r = -0,152$, $p < 0,01$). A su vez, la autoestima se correlacionó significativamente negativamente con las puntuaciones de preocupación por la imagen corporal ($r = -0,608$, $p < 0,01$) y alexitimia ($r = -0,512$, $p < 0,01$). Las preocupaciones sobre la imagen corporal y la alexitimia se correlacionaron positivamente de forma significativa ($r = 0,454$, $p < 0,01$). Finalmente se demostró que la autoestima mostró un efecto moderador relevante, de modo que en los participantes con niveles altos de

autoestima el efecto de la alexitimia en las preocupaciones por la imagen corporal volvieron insignificantes (Gori et al., 2021).

En Italia se desarrolló una investigación con el objetivo de explorar los síntomas de la dismorfia muscular y su asociación con características psicológicas. Para llevar a cabo el estudio, se seleccionaron a tres grupos de hombres: 42 fisicoculturistas, 61 atletas de fuerza y 22 practicantes de fitness. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron el Inventario de dismorfia Muscular, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Perfeccionismo Multimodal, la Escala de Fobia Social, ORTO-15, la Escala de Estrés, depresión y ansiedad-21y. Después del análisis de resultados se encontró que ocho participantes (6,4%) satisficieron los criterios de diagnóstico para dismorfia muscular: cuatro culturistas, dos atletas de fuerza y dos practicantes de fitness. De la misma forma se halló que quienes practican fisicoculturismo tienden a tener más creencias sobre ser débiles y pocos musculosos que los otros grupos. Mientras que el nivel de autoexigencia era más alto en los atletas. Además, se encontraron síntomas de ansiedad social y ortorexia en el grupo de fisicoculturistas Asimismo, los niveles de autoestima eran altos en quienes practican fisicoculturismo. No obstante, los practicantes de fitness y atletas presentaron niveles bajos de autoestima (Cerea et al., 2018).

En Reino Unido se desarrolló una investigación con la finalidad de explorar el uso de productos para mejorar el rendimiento junto con la exposición a la adicción al ejercicio, la ansiedad por la apariencia y la autoestima en entornos de acondicionamiento físico. La selección de población fue de 377 personas que practican ejercicio con regularidad. Se utilizaron tres cuestionarios para la recolección de información: el Inventario de Adicción al Ejercicio (EAI), Inventario de Ansiedad por la Apariencia (AAI) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE). Concluido el análisis de datos se encontró que Un número importante de participantes declaró que utilizan productos para perder peso (16 %) o para alcanzar sus objetivos de forma física (41 %). La Internet desempeñó un papel importante tanto en el suministro de información como en la provisión de productos de mejora (33,7 %) y se informaron efectos secundarios (10,5 %). Sólo un número limitado de participantes buscó una opinión médica sobre la toma de productos (5,1%). Las puntuaciones de EAI fueron

altas ($m = 20,02 \pm 4,1$), AAI ($m=15,98 \pm 4,8$) mostró un nivel de ansiedad intermedia mientras que la autoestima fue baja ($RSE\ m=12,59 \pm 2,2$) (Mooney et al., 2017).

En Estados Unidos se llevó a cabo un estudio con el fin de encontrar relación entre la autoestima, insatisfacción corporal y comportamientos por mejorar imagen corporal y musculatura. Para lograr el cometido, se evaluó a 103 usuarios de gimnasios y piscinas a través de tres cuestionarios: Escala de autoestima de Rosenberg, Escala de dependencia al ejercicio-21, Escala Revisada de Restricción. Los resultados encontrados mostraron que existe una relación directa entre prácticas de restricción alimentaria y niveles bajos de autoestima. Asimismo, los altos niveles de insatisfacción corporal tienen una relación directa con bajos niveles de autoestima (Damon, 2017).

En una investigación realizada en Estados Unidos se buscó identificar cómo la delgadez y la internalización del ideal de musculatura interactúan en la predicción de la dismorfia muscular y los trastornos alimentarios en hombres. En tal virtud, se seleccionaron a 180 hombres con edades entre 18 y 33 años y se aplicaron 3 instrumentos para la recolección de datos: Inventario de Dismorfia Muscular (MDDI), Cuestionario de Examinación de Desórdenes Alimentarios (EDE-Q) y el Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia-4 (SATAQ-4). Finalmente, se encontró que la internalización de la delgadez se encontraba en un rango de 3 sobre 5, la internalización del ideal de musculatura en un 4 sobre 5, el riesgo de dismorfia muscular fue de un 24% y el puntaje global en torno a desórdenes alimenticios fue del 10%. De esta forma, la internalización de la musculatura y la delgadez se relacionaron positivamente de forma independiente con los síntomas de dismorfia y trastornos alimentarios (Klimek et al., 2018).

En un estudio realizado en Reino Unido, Países Bajos, Italia y Hungría se tuvo la finalidad de analizar la adicción al ejercicio físico en entornos de acondicionamiento físico y la con la ansiedad por la apariencia, el trastorno dismórfico corporal, la autoestima y el uso de suplementos de acondicionamiento físico. Para la investigación, se seleccionó a una población de 1711 personas quienes fueron evaluadas a través de Inventario de Adicción al Ejercicio (EAI), Inventario de Ansiedad por la Apariencia (AAI) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE). El ejercicio compulsivo, la ansiedad por la apariencia y la baja autoestima estuvieron presentes en esta muestra

según las medidas psicométricas utilizadas (EAI, AAI, RSE). El 11,7 % ^{sí} límite de adicción al ejercicio, con picos alarmantes en los Países Bajos (20,9 %) y el Reino Unido (16,1 %). El 60,3% se encontró en riesgo de TDC, principalmente del sexo masculino (47,2%). El 39,8% utilizó suplementos para mejorar la condición física sin consulta médica (95,5%). Esta cohorte de usuarios de suplementos obtuvo una puntuación más alta tanto en EAI como en AAI. El modelo de regresión logística reveló una fuerte asociación entre el consumo de productos deportivos y el nivel de EA en toda la muestra con una razón de probabilidad (OR) de 3,03. Otros factores covariables entre las mujeres fueron la ansiedad por la apariencia (AAI; OR 1,59) y, en menor medida, la autoestima (RSE) (OR 1,08) (Corazza et al., 2019).

En Ecuador se realizó una investigación en la que se buscó identificar cómo el alta o baja autoestima afecta a la auto-percepción en personas que practican fisiculturismo. Para llegar a este cometido, se evaluó a 150 personas entre hombres y mujeres cuyas edades rondan entre los 18 y 40 años de edad. Los datos fueron recabados a través de los instrumentos: Escala de Autoestima de Rosenberg, Body Shape Questionnaire. El análisis de resultados mostró que el 88% de los deportistas tiene un nivel de autoestima alto y el 12% un nivel bajo. Con lo que respecta a la autopercepción corporal, el 75% tiene una autopercepción corporal adecuada y el 25% no (Zambrano, 2018).

En Italia se realizó una investigación cuyo objetivo principal fue analizar la relación entre el apego y el riesgo de desarrollar dismorfia muscular (DM). Para llevar a cabo este estudio se seleccionó una población de 170 fisiculturistas varones a quienes se les aplicó 3 instrumentos para la recolección de información: encuesta sociodemográfica, inventario de dismorfia muscular y el cuestionario de estilo de apego (ASQ). Luego del análisis de datos se llegó a la conclusión de que el 25,9% (n= 44) tenían un alto riesgo de desarrollar dismorfia muscular. Además, los culturistas con un alto riesgo de desarrollar MD tenían niveles más altos de apego inseguro que otros. También tuvieron puntajes significativamente más bajos (M 29.37, SD 5.00) que los culturistas con un bajo riesgo de desarrollar MD (M 33.70, SD 6.18) en la subescala de confianza, $t(169) 4.14, p .001$ y puntuaciones más altas en todas las dimensiones del apego inseguro. En particular, los culturistas con un alto riesgo de desarrollar MD tenían puntuaciones significativamente más altas que los culturistas con un bajo riesgo

de DM en desarrollo para las siguientes subescalas: incomodidad con la ir (DM alta: M 42.81, DE 7.07; DM baja: M 37.05, SD 7.45), relaciones como secundarias (DM alta: M 21.98, SD 5.01, MD baja: M 17.75, SD 6.59), necesidad de aprobación (alta MD: M 20,61, SD 7,52, bajo MD: M 16,07, SD 5,76), y preocupación por las relaciones (DM alta: M 28,88, DE 7,73, DM baja: M 23,96. DT 6.83). Se estableció que un apego inseguro puede ser un factor de riesgo para desencadenar dismorfia muscular (Fabris et al., 2018).

En la universidad de Sarmiento en Argentina se llevó a cabo un estudio cuyo objetivo principal fue encontrar los factores de riesgo para desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria (ED) o dismorfia muscular (MD). La población seleccionada fue de 402 hombres argentinos quienes fueron evaluados a través de: Cuestionario de Evaluación de Desórdenes Alimenticios (EDE-Q), Escala de Motivación por la Musculatura (DMS), Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE), Inventario de Síntomas (SCL-90-R), Cuestionario de Preocupación de Penn State (PSWQ), Escala de Ansiedad Social (SIAS), Escala de Comparación de Apariencia física-4 (PACS-4), Cuestionario de Exposición a los Medios (MEQ). Se halló que todas las variables estudiadas se correlacionaron significativamente con el EDE-Q y el DMS, sólo el IMC mostró diferente dirección en su correlación con ambas variables: significativamente positiva con el EDE-Q y significativamente negativa con la DMS. Asimismo, se observan diferentes fuerzas de correlación entre la mayoría de las variables estudiadas y el EDE-Q y DMS; sin embargo, la fuerza fue similar en ambas variables con el físico comparación (PACS-4) y la exposición a temas de moda en los medios (MEQ-Moda), positivo grande y positivo medio, respectivamente. Por último, las correlaciones por pares entre las variables estudiadas estuvieron por debajo de .70, por lo que el riesgo de multicolinealidad fue bajo y se consideró adecuado utilizarlos en los modelos de regresión. Se utilizaron regresiones lineales múltiples separadas para determinar en qué medida las variables estudiadas predijeron la varianza en ED y MD; existió 48% de la varianza determinándose que los niveles de autoestima bajos, tendencia a la preocupación y niveles altos de ansiedad social podrían causar uno de estos trastornos (Compte et al., 2018).

En India se llevó a cabo una investigación con el objetivo de encontrar la proporción de personas insatisfechos con su imagen corporal y su relación con

diversos determinantes de la insatisfacción con la imagen corporal y la auto

Para ejecutar el estudio se delimitó a una población de 125 personas quienes fueron evaluadas a través de: una encuesta sociodemográfica, Cuestionario de Autoevaluación de Szuch y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Finalmente, se encontró que la insatisfacción con la imagen corporal estuvo presente en el 16,8% de los personas. Además, existió una baja autoestima en el 21,6% de los personas. Se encontró que el índice de masa corporal bajo (<18.5) estaba significativamente asociado con la imagen corporal insatisfacción. Se observó una correlación moderadamente positiva ($r=0,384$, $p<0,001$) entre la autoestima y la satisfacción de la imagen (Virk & Singh, 2020).

En la Universidad del Mármara en Turquía se realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del trastorno dismórfico muscular (vigorexia) y la ortorexia nerviosa en personas varones y evaluar la relación entre estas condiciones y la autoestima. Para lograr el cometido, se evaluó a 430 varones y se les aplicó una encuesta sociodemográfica, escala de ortorexia, inventario de trastorno dismórfico muscular y la escala de autoconfianza de Akin. De esta forma, se encontró que la tendencia de ortorexia entre los varones de la facultad de ciencias del deporte (FSS) fue del 28,8%, esta tasa fue del 16,3% para el departamento de enfermería (ND). Con lo que respecta a la tendencia de vigorexia, el resultado fue del 16,3% en los hombres de FSS y del 6% en ND. Además, se halló una correlación negativa entre la escala de ortorexia y las escalas de autoconfianza. Y hubo una correlación negativa entre el Inventario de vigorexia y la escala de autoconfianza (Duran et al., 2020).

En Brasil se desarrolló una investigación cuyo objetivo principal fue verificar las relaciones entre imagen corporal (IC), estrés percibido, autoestima, comportamiento alimentario e Índice de Masa Corporal (IMC). Para lograr el cometido, se seleccionó una población de 238 adolescentes cuyas edades estaban comprendidas entre los 14 y 20 años. Los instrumentos de recolección de información fueron: Eating Attitudes Test, Escala de Estrés Percibido, Silhouette Matching Task y el Inventario de Autoestima, medición de peso y altura (IMC). Luego del análisis de datos se encontró que el 100% de las mujeres tienen un alto nivel de estrés mientras que el 90% de los hombres también. Asimismo, el 62,2 % de las mujeres se encuentra insatisfecha con su imagen corporal y el 48,9 % de los hombres también. Con lo que

respecta a niveles de autoestima, el 20% de mujeres y el 14,3% de hombre autoestima baja, el 66,9% de mujeres y el 72,6% de hombres se encuentran en un nivel medio y el 12,2% de mujeres y 13,2% de hombres tienen un nivel alto (Silva et al., 2018).

1.2 Fundamentación teórica

Autoestima

Componentes de la autoestima

Componente cognitivo

Está conformado por los conocimientos y pensamientos que cada individuo tiene sobre sí mismo y se constituye como la percepción sobre su propia persona. Una de sus características es su dinamismo pues cambia con el nivel de madurez psicológica y con la capacidad cognitiva de cada uno. La esfera cognitiva es un conjunto de ideas, percepciones, creencias y juicios influenciados por el contexto socio-cultural. Dentro de este componente resaltan el autoconcepto y autoimagen convirtiéndose en una base sólida para el desarrollo de la autoestima pues son las representaciones mentales que condicionan la percepción presente y expectativas futuras de la persona (García, 2013).

De la misma manera, Alcántara (1993) considera que este componente es la opinión que cada persona tiene con respecto hacia su comportamiento y personalidad. Es el conjunto de esquemas propios creados a partir de experiencias anteriores y estos auto esquemas definen la forma en que las personas decodifican la información sobre sí mismos que llega de forma externa. Se constituye como un marco referencial que brinda significación a los datos aprendidos sobre sí mismos.

Componente afectivo

García (2013) define a este componente como la valoración y aceptación que cada persona hace de sí misma dándole un tinte positivo o negativo pues puede extrapolar desde sentirse perfecto a considerarse inútil. Además, considera que dentro

de la valoración intrínseca el proceso de insight es complicado pues se resalta características agradables y desagradables que cada ser humano ve en sí mismo.

Por su parte, Alcántara (1993) considera a este componente como un juicio de valor propio sobre las cualidades que cada uno tiene y también es una respuesta que nace a partir de la sensibilidad y emotividad propia, se considera como la parte más íntima de la autoestima. Igualmente, postula que el componente afectivo es la admiración que cada uno tiene de su valía y puede posicionarse en dos extremos: estar a gusto consigo mismos o estar en disgusto. Dulanto (200) añade que el componente afectivo se forma a raíz de las percepciones que cada persona tiene sobre sí mismo, incluyendo rasgos físicos, actitudes y habilidades sociales, cognitivas, desempeño y aceptación social.

Componente conductual

García (2013) considera que el componente conductual se encuentra estrechamente relacionado con la intención y necesidad de actuar de la forma que el resto espera pues se encuentra mediado por la interacción social. Esta autoafirmación del yo busca la aprobación y reconocimiento de las personas externas. De esta forma, la persona logra reafirmar el respeto hacia sí mismo mediante la validación social. Por su parte, Alcántara (2001) considera que este componente tiene relación con la autoafirmación de la persona que busca aprobación, consideración y reconocimiento externo. Por su parte, Giraldy & Holguin (2017) postulan que el componente conductual tiene relación con los propósitos que la persona tiene al momento de actuar, acorde a los juicios y opiniones que el resto tiene de sí mismo.

Elementos relacionados a la autoestima

Autoconcepto

Es un sistema profundo y activo conformado de creencias que una persona considera como verdaderas acerca de sí misma que corresponde a las percepciones intrínsecas que se generan a través de interpretaciones que la persona hace sobre su experiencia y relación con el contexto (González et al., 1967). Por su parte, Burns (1990) considera que es la abstracción que una persona hace sobre sí misma, en esta

abstracción se encuentran connotaciones emocionales de gran valor. Coincidie Epstein (1981) quien postula al autoconcepto como una agrupación de representaciones mentales y juicios descriptivos que una persona hace sobre sí mismo. Además, Purkey (1970) lo define como un sistema dinámico de creencias que cada persona tiene sobre sí mismo y las considera reales, el individuo asigna a cada creencia la valía correspondiente

Entre otras concepciones, se encuentra la de Vera y Zebadúa (2002) quienes consideran que el autoconcepto es una necesidad humana básica para una vida sana y es importante para la autorrealización personal, lleva una íntima relación con el bienestar general y los bajos niveles de autoconcepto se relacionan con problemas psicológicos como la depresión. Por otro lado, Ramírez y Herrera (2010) proponen que el autoconcepto es un conjunto de cogniciones que cada persona tiene sobre sí mismo y en él se encuentran los rasgos de personalidad y cualidades que conforman a la persona y que el individuo concibe como propio.

Autoimagen

Vernieri (2020) conceptualiz a la autoimagen como la aceptación positiva que una persona hace sobre sí misma, esta aceptación se basa en la propia apariencia y el cuidado personal. Además, Hill (2013) añade que la autoimagen abarca algunas dimensiones: descripción física, roles sociales y rasgos personales. Por su parte López (2017) concibe a la autoimagen como lo que uno ve de sí mismo. Si bien, no necesariamente tiene que reflejar la realidad. De hecho, las personas que sufren trastornos alimentarios siempre tendrán una visión distorsionada de su forma física. La autoimagen de una persona puede ser afectada por muchos factores, como las influencias de los padres, los amigos, los medios de comunicación. Alonso (2017) considera que la autoimagen es influenciada por la interacción social por lo que lo que la persona ve sobre sí mismo no siempre es congruente con la realidad y con lo que las otras personas observan sobre el individuo.

Autovaloración

Es la capacidad que la persona tiene de brindar un espacio adecuado a sí mismo. De esta forma, se da una mejoría en las relaciones sociales. Una persona que sabe autovalorarse, se asume como importante a sí misma y su interacción social mejora (Álvarez et al., 2007). Por su parte, Gonzáles (1989) considera que es un conjunto de necesidades y razones que se manifiestan de forma consciente y ayudan a que la persona pueda expresar un concepto preciso y generalizado sobre sí mismo. Las cualidades, capacidades e interés se encuentran integradas aquí. Además, estos componentes son dinámicos y participan de manera activa en la orientación de las tendencias de la personalidad; es decir son una base para la realización de objetivos de cada persona.

Es la capacidad que cada individuo desarrolla para poder dar respuesta a la pregunta de ¿Quién es?, la autovaloración es la conciencia propia de cada persona y brinda la capacidad de identificarse y definirse como una persona consciente con la capacidad de asumir, evaluar, sentir, pensar y decidir. Gracias a la autovaloración, las personas logran tener un concepto exacto de sí mismos (García, 2013).

Autoconfianza

Es la capacidad que cada persona tiene para arriesgarse a realizar alguna actividad de manera eficiente pues tiene seguridad en sí misma y conoce su potencial (Álvarez et al., 2007). Nicolás (2009) atañe que la autoconfianza es la certeza que el individuo tiene de que logrará realizar la conducta deseada y producir un resultado positivo, tiene relación con la propia percepción para enfrentarse a diversas tareas. Vealey (1986) coincide y postula que es la creencia que los individuos tienen sobre su propia habilidad para alcanzar el éxito (Vealey, 1986).

Niveles del autoestima

La autoestima se puede encontrar en tres niveles diferentes: alta, media o baja. Esto se produce debido a que cada persona asimila las situaciones de forma distinta porque todos tienen una percepción diferente, además de que sus reacciones afectivas y auto conceptos no son los mismos (Coopersmith, 1976).

Nivel alto

En este nivel se ubican las personas que tienen una gran capacidad expresiva y asertiva. Son quienes alcanzan el éxito académico y social. Otra de las características que resaltan es que existe un alto nivel de confianza con respecto a las actividades que realizan, teniendo siempre expectativas positivas del futuro (Coopersmith, 1976). Sparisci (2013) considera que el autoestima alta se construye a través de la noción de la capacidad que la persona tiene de sí misma y el valor que se da.

Nivel medio

Las personas que se ubican en este nivel tienen una autoestima oscilante que varía entre sentirse apta o no. Es una sensación constante de incongruencia y es característica en personas que en ocasiones se sobrevaloran. Son individuos en los cuales la aceptación social cobra gran relevancia (Coopersmith, 1976).

Nivel bajo

Las personas con un nivel de autoestima bajo tienen un constante sentimiento de incapacidad, culpa e inferioridad. Abundan las dudas con respecto a sí mismo. Además, la participación social de estos individuos es casi nula (Coopersmith, 1976).

Conexión entre autoestima y psicopatología

Modelo de la vulnerabilidad

El modelo de vulnerabilidad sostiene que un bajo nivel de autoestima es un factor de riesgo para desencadenar trastornos psicopatológicos. Uno de los aspectos más importantes de este modelo es que considera que la baja autoestima puede aumentar la probabilidad de una mala adaptación ante experiencias estresantes o negativas. Se cree que este patrón surge porque las personas con baja autoestima poseen menos recursos y estrategias de afrontamiento que las que tienen altos niveles de autoestima. Para decirlo de otra manera, la autoestima y el estrés interactúan de manera conjunta y llegan a producir problemas psicopatológicos. Por este motivo, las personas con alta autoestima tienen mayor protección ante las consecuencias nocivas

de estrés mientras que la baja autoestima aumenta su vulnerabilidad a los efectos de estrés (Beck, 1967).

Las personas que tienen baja autoestima están hipervigilantes en busca de signos de rechazo o insuficiencia y son, a su vez, más propensos a internalizar esta información de manera negativa en comparación con aquellos con alta autoestima. Además, una autoestima baja refleja falta de confianza en sí mismo y esto reduce el rendimiento en una variedad de dominios, limitando su capacidad para disfrutar del éxito. Dada esta dinámica, aquellos con baja autoestima están motivados para solo proteger la poca autoestima que poseen y es más probable que eviten desafíos que pueden facilitar el desarrollo del dominio y el logro de la autoestima. Una vida impulsada por tales tendencias ciertamente puede conducir a sentimientos de depresión. De hecho, algunas teorías de la depresión ven que las auto-creencias negativas que juegan un papel causal en el inicio de la depresión clínica (Beck, 1967).

Modelo de la cicatriz

En contraste con el modelo de vulnerabilidad, el modelo de cicatriz sugiere que la baja autoestima es una consecuencia de la psicopatología más que una de sus causas. Según este modelo, los trastornos psicológicos tienden a erosionar los recursos psicológicos y dejar "cicatrices" que distorsionan la forma en que los individuos se perciben a sí mismos. Por ejemplo, la depresión llega a alterar la forma en la que los individuos procesan información autorrelevante: atención, codificación, almacenamiento y recuperación (Orth et al. 2008). Blankertz (2001) considera que la psicopatología también puede influir en la autoestima al afectar las interacciones interpersonales. Por ejemplo, el estigma asociado con la psicopatología puede llevar al resto de personas a tratar de una manera distante a aquellos que tienen un trastorno psicopatológico.

Autoestima-Definiciones

La autoestima ha sido un constructo estudiado a lo largo de los años y Santrock (2002) considera que es la evaluación global que una persona hace sobre sí mismo, se encuentra íntimamente relacionada con la autovalía y autoimagen y es el reflejo directo de la confianza y satisfacción que la persona tiene consigo misma constituyéndose

como una necesidad básica de las personas que se desarrolla de manera inco y llega a determinar cómo una persona piensa y actúa siendo así un factor clave en la personalidad de cada uno.

García (2013) añade que la autoestima es la actitud que el individuo tiene hacia sí mismo, en la cual aprende a aceptar determinadas características de origen antropológico y psicológico. Además, al ser una actitud es la manera cotidiana en que las personas piensan, aman, sienten y se comportan consigo mismas. Por este motivo, es un factor clave en el desarrollo de la personalidad y surge a través de las vivencias de cada persona a lo largo del tiempo.

La autoestima también se define como las respuestas psicológicas que las personas hacen acerca de su self y estas respuestas pueden tener una naturaleza afectiva o también tener su base en un sentimiento de valoración propio que puede ser positivo, negativo o de aceptación y rechazo (Olave et al. ,2019). Por otra parte, Rice (2020) define al autoestima como la percepción que una persona tiene sobre sí misma y en el sentido espiritual se sitúa como un factor básico para que la existencia humana sea considerada como digna.

La autoestima es una experiencia que cada persona tiene para sentirse competente y brinda la capacidad de afrontar desafíos y problemas cotidianos. La felicidad y la dignidad están estrechamente relacionadas con la autoestima. Además, gracias a la autoestima es posible que la persona se considere eficaz y tenga confianza de sí misma logrando tomar decisiones adecuadas y superando retos. La autoestima es el respeto que la persona tiene por sí misma (Branden, 2001). Asimismo, Alonso (2020) considera que la autoestima abarca un nivel subjetivo incluyendo la autovaloración, la calificación y aprecio propio y también un nivel objetivo que considera la valoración que el resto de personas hace sobre uno mismo por lo que se cree que no es estática y puede variar acorde a las experiencias propias de cada persona.

Dismorfia Muscular

Conceptualización histórica

La dismorfia muscular ha sido estudiada durante mucho tiempo. Al comienzo, se empezó investigando los efectos psiquiátricos y psicológicos que los esteroides producían en los fisicoculturistas (Annitto y Layman, 1980; Freinhar y Álvarez, 1985). Asimismo, Pope y Katz (1987) definen a este comportamiento psicopatológico como “psicosis del culturista”. Años más tarde se estableció el nombre de “anorexia inversa” para describir a la dismorfia muscular, se incluía dentro de este “trastorno” a quienes mantenían una creencia negativa sobre el tamaño de sus músculos. Se acuñó este término porque la sintomatología de la dismorfia muscular era totalmente opuesta a la de la Anorexia Nerviosa, donde las personas que lo padecen se auto perciben como grandes (Pope et al, 1993). A finales de los años 90, se instauró el término de dismorfia corporal y se la ubica dentro de los trastornos dismórficos corporales (Cafri, van den Berg & Thompson, 2006).

Los nombres que la dismorfia muscular ha recibido a lo largo de los años han sido varios desde Anorexia Inversa (en inglés Reverse Anorexia), porque la sintomatología era similar a la de las anoréxicas pero, en lugar de adelgazar, querían incrementar su volumen corporal; hasta Complejo de Adonis, nombre que adopta de la mitología griega dónde Adonis era un hombre extremadamente atractivo. Además, por similitudes sintomatológicas, a veces ha sido encasillado como un Trastorno Dismórfico Muscular, una Adicción al Ejercicio o un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Más adelante se establecerán las diferencias entre la Vigorexia y estos otros trastornos (Baile, 2005). En los países de habla inglesa se utilizan los términos Bigorexia (de “big”, grande) ó Vigorexia (de “vigor”, fuerza, energía).

Criterios diagnósticos de la dismorfia muscular

Manga (2020) considera que la característica diagnóstica principales se encuentran una preocupación excesiva por la ganancia de masa muscular. Sin embargo, existen más comportamientos patológicos entre los cuales se hallan: preocupación por la falta de musculatura, entrenamientos físico extremo, atención excesiva en la dieta, deterioro en la interacción social por la obsesión con su cuerpo,

suelen evitar situaciones donde el cuerpo este expuesto, o cuando esto sucede l ansiedad (Rincón et al., 2020).

Es común que de igual forma se desarrollen síntomas de otros trastornos, sobre todo aquellos relacionados al estado de ánimo, como depresión, ansiedad, cambios de humor caracterizados por la irritabilidad, apatía y euforia conductas agresivas, alteraciones del patrón de sueño, también en lo que se refiere a la preocupación por el físico puede manifestar pensamientos obsesivos en cuanto a la realización de ejercicios, problemas de autoestima, motivación al perfeccionismo (Perkins, 2019).

La dismorfia muscular al estar catalogada dentro del trastorno dismórfico corporal, se rige en sus características clínicas. La American Psychiatric Association (2013) determina que para ser diagnosticada debe cumplir con los siguientes puntos:

A. Preocupación por uno o más defectos percibidos o defectos en la apariencia física que no son observables o parecen leves ante los demás.

B. En algún momento durante el curso del trastorno, la persona realiza conductas repetitivas (por ejemplo, checarsse al espejo, aseo excesivo, pellizcarse la piel, búsqueda de seguridad) o actos mentales (por ejemplo, la comparación de su apariencia con la de los demás) en respuesta a las preocupaciones sobre la apariencia.

C. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales u otras importantes del funcionamiento.

D. La preocupación por la apariencia no se explica mejor por la preocupación con la grasa corporal o el peso de un individuo cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del comportamiento alimentario.

Etiología de la dismorfia muscular

Se puede explicar a través de un modelo de tres esferas: la autoestima e insatisfacción corporal se constituyen como factores precipitantes. Por otra parte, existen rasgos conductuales como exceso en el control de la ingesta alimentaria, uso de sustancias farmacológicas y abuso de actividad física. Asimismo, la tercera esfera la conforman características narcisistas y alienación (Baile, 2005).

Por otra parte, la dismorfia muscular, el trastorno obsesivo compulsivo y el síndrome de Tourette tienen un origen genético-biológico y la mayor prevalencia de dismorfia muscular se da en varones pues este grupo es influenciado por el medio social para cumplir con un estereotipo físico que refleje fuerza. De la misma manera, la facilidad en la adquisición de fármacos anabólicos es un factor clave (Pope et al., 1997).

Otro modelo explicativo es el cognitivo conductual en el que Lantz et al. (2001) postulan que existen factores que predisponen al desarrollo de la dismorfia muscular como lo son una baja autoestima e insatisfacción corporal que están ligadas a comportamientos y características a nivel psicológico propios de la persona como lo son utilización de sustancias farmacológicas, suplementos, dietas estrictas.

También existe el modelo propuesto por Grieve (2007) en el que afirma que la dismorfia muscular se produce por la interacción entre factores socio-ambientales, influencia de los medios de comunicación, aspectos emocionales y psicológicos como lo son la autoestima y el perfeccionismo; además, también se incluyen factores fisiológicos como la masa corporal. Todo lo anteriormente mencionado influye directamente con una distorsión en la imagen corporal.

Por otra parte Baile (2005) considera que la dismorfia muscular es el resultado de factores precipitantes, predisponentes y mantenedores. Para los primeros factores que hacen que la dismorfia muscular se desencadene están las experiencias dolorosas y negativas acerca de su propio cuerpo. Asimismo, dentro de los factores que predisponen la aparición de este trastorno se encuentran causas sociodemográficas como edad, sexo; cuestiones psicopatológicas como un bajo nivel de autoestima y también factores ambientales como la influencia del medio social.

Existe también un enfoque tentativo propuesto por Rodríguez-Molina y Rabito-Alarcón (2011) quienes creen que los factores que predisponen a la aparición de este trastorno son las experiencias traumáticas sobre su físico, el imaginario social de belleza, insatisfacción corporal y rasgos de personalidad. De la misma manera, uno de los factores que hacen que las personas tengan más riesgo de desencadenar dismorfia muscular es la insatisfacción con la musculatura y un factor que mantiene

este trastorno es la búsqueda de ganancia de masa muscular como único propone que se genera una confrontación entre el yo ideal y el yo real y a través de la ganancia de masa muscular los individuos logran calmar ese vacío que genera su insatisfacción muscular.

Influencia sociocultural en la dismorfia muscular

En la investigación llevada a cabo por Leit, Pope y Gray (2000) se encontró que los cuerpos masculinos encontrados en revistas públicas eran aquellos con una cantidad elevada de masa muscular. De la misma forma Pope (1999) halló que los muñecos de acción con que los niños jugaban reproducían el estereotipo de hombres fuertes y musculosos, sentando el ideal del cuerpo que los hombres tenían que alcanzar.

La publicidad juega un papel importante en la transmisión de información sobre la imagen corporal masculina ideal. Leit, Pope y Gray (2001) creen que el mismo tipo de publicidad que ha perseguido a las mujeres durante mucho tiempo con ideales de delgadez inalcanzables, están dirigidos actualmente a los hombres, incluidos niños, adolescentes y jóvenes. La imagen masculina en el anuncio aumenta su definición, tono muscular y tamaño genital (Facchini, 2006). Los medios de comunicación han creado representaciones ideales y socialmente aceptables de imágenes masculinas a través de la publicidad. Y esto ha llevado a una mayor insatisfacción física entre los hombres afectados por estas fuerzas mediáticas (Leit, Gray & Pope, 2002).

Corazza & Martinotti (2019) consideran que la sociedad actual tiene un ritmo acelerado que busca constantemente mejorar la apariencia, el ideal de un cuerpo "perfecto" está estrechamente relacionado con el éxito. Esta atención a la apariencia corporal no solo conduce a adjetivos del cuerpo humano, sino también al desarrollo de diversas enfermedades relacionadas con la apariencia. El ejercicio físico ha sido tomado como un medio para mejorar la imagen corporal más no para mejorar la salud y el bienestar. Los diseños más comunes para el cuerpo perfecto incluyen: cuerpos musculosos, "en forma de V" para los hombres, y cuerpos delgados y tonificados para las mujeres.

Dismorfia Muscular-Definiciones

Entre las primeras conceptualizaciones de dismorfia muscular se halla la propuesta por Pope (2002) en donde la define como un desorden emocional caracterizado por una obsesión insana por ganar masa muscular, donde los principales afectados son los varones jóvenes, pero también lo pueden padecer las mujeres. Los afectados ven su cuerpo poco desarrollado, por lo que acuden constantemente al gimnasio, se observan frecuentemente al espejo y llevan un control estricto tanto de su peso como del perímetro de sus bíceps y torso.

Es una preocupación que alcanza un carácter patológico y se genera por el temor de ser débil y no tener un grado de desarrollo muscular suficiente. Las personas que padecen de dismorfia muscular no logran darse cuenta de manera exacta el tamaño de su cuerpo (sobre todo a nivel muscular). Es característico que estas personas tengan pensamientos intrusivos y comportamientos que el individuo no asume como patológicos. Por ejemplo: exceso de ejercicio, control sobre la alimentación (Baile, 2005).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V de la American Psychiatric Association (2013) considera a la dismorfia muscular como un subtipo de trastorno dismórfico corporal. Este trastorno tiene una prevalencia mayor en hombres y se caracteriza por pensamientos obsesivos con respecto a la forma de su cuerpo, considerándolo como insuficiente a nivel muscular. En la mayoría de casos, quienes tienen dismorfia muscular son personas musculosas que realizan dietas estrictas (altas en proteína) ejercicio y levantamiento de pesas. Los comportamientos patológicos los llevan a ingerir sustancias como esteroides que pueden afectar a su salud.

1.3 Objetivos

Objetivo General

-Determinar la relación entre el nivel de autoestima y el riesgo de dismorfia muscular en usuarios de un gimnasio.

La consecución de este objetivo se llevó a cabo a través de la aplicación de la escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Satisfacción Muscular en una muestra poblacional de 96 usuarios de un gimnasio. Los resultados obtenidos a partir de los instrumentos de evaluación fueron analizados a través del programa estadístico SPSS.

Objetivos Específicos

-Definir el nivel de autoestima que predomina en usuarios de un gimnasio.

Este objetivo se ejecutó gracias a la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg cuyos datos se procesaron y analizaron en el programa estadístico SPSS. Los niveles de autoestima fueron identificados mediante los baremos del instrumento.

-Identificar el riesgo de dismorfia muscular en usuarios de un gimnasio.

El presente objetivo se llevó a cabo utilizando la Escala de Satisfacción Muscular cuyos datos se procesaron y analizaron en el programa estadístico SPSS. El riesgo de dismorfia muscular se identificó mediante la puntuación sugerida por el instrumento.

-Analizar el nivel de autoestima y el riesgo de dismorfia muscular según el sexo de los usuarios de un gimnasio.

Este objetivo fue obtenido gracias a la aplicación de una ficha sociodemográfica en la que se pudo identificar el sexo de los usuarios evaluados. Posteriormente a la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Satisfacción Muscular y su análisis de datos a través del programa estadístico SPSS permitió determinar el porcentaje de hombres y mujeres que tienen niveles altos, bajos

y medios de autoestima. De la misma forma, cuál es el porcentaje de hombres y mujeres que tenían riesgo de dismorfia muscular.

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

2.1 Materiales

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se realizó una ficha sociodemográfica en la que se incluyeron preguntas relacionadas a datos importantes como lo son la edad, sexo, procedencia, instrucción, ocupación e información con respecto a su entrenamiento de pesas. Lo cual permitió delimitar los criterios de inclusión y exclusión.

A continuación se detallan los instrumentos que se utilizaron para recolectar los datos:

Reactivo para medir niveles de autoestima

- **Nombre del instrumento:** Escala de Autoestima de Rosenberg
- **Autor original:** Morris Rosenberg
- **Alfa de cronbach:** $\alpha=.837$
- **Descripción:** La escala consta de 10 ítems con 4 opciones de respuesta: desde Muy de acuerdo (4) a Muy en desacuerdo (1). Consta de 5 ítems directos y 5 inversos (Ítems inversos: 3, 5, 8, 9 y 10). Para controlar la aquiescencia y la tendencia a responder afirmativamente.
- **Áreas/Factores:** Un solo factor
- **Población:** A partir de 13 años.
- **Tiempo de aplicación:** 5 min aproximadamente.

Reactivo para medir el riesgo dismorfia muscular

- **Nombre del instrumento:** Escala de Satisfacción Muscular
- **Autor original:** Maybille
- **Alfa de cronbach:** $\alpha=.90$
- **Descripción:** Compuesta por 19 ítems y cada uno recibe una puntuación de 1 a 5 puntos donde 1 corresponde a estar totalmente en desacuerdo y 5 a totalmente de acuerdo. Los valores del ítem 1,4,14 reciben puntuaciones invertidas.

- **Áreas/Factores:**

Lesiones y Comprobación Muscular: Ítems 3, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 1

Uso de sustancias: Ítems 5, 6, 9, 17

Dependencia al ejercicio: Ítems 2, 7, 8

Satisfacción Muscular: ítems 1, 4, 14

- **Baremos:** Riesgo de dismorfia muscular > 52

2.2 Métodos

Metodología

Es una investigación con enfoque cuantitativo pues se utilizan instrumentos psicométricos estandarizados para la recolección y análisis estadístico de datos. Los instrumentos seleccionados son: Escala de autoestima de Rosenberg y la Escala de Satisfacción Muscular. Este trabajo es de tipo no experimental porque no existe una manipulación de las variables ni de la población. Además tiene un corte transversal, realizándose una sola vez en el período abril-septiembre 2022. La investigación es de tipo correlacional pues busca encontrar una posible relación entre los niveles de autoestima y el riesgo de dismorfia muscular.

Población

La población estuvo constituida inicialmente por 124 usuarios de un gimnasio en la ciudad de Ambato. La aplicación de los criterios de inclusión y exclusión delimitaron la muestra poblacional a 97 participantes.

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres que asisten al gimnasio y realizan entrenamiento con pesas.
- Hombres y mujeres que entrenan más de una hora al día.

- Hombres y mujeres que firman el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Hombres y mujeres que llevan menos de 3 meses de entrenamiento.
- Hombres y mujeres que tengan un diagnóstico o sospecha de un trastorno de la conducta alimentaria.
- Hombres y mujeres que entrenan menos de 3 veces a la semana.

2.3 Operacionalización de las variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Dimensiones	Instrumento
Autoestima	Olave et al. (2019) consideran que la autoestima puede definirse como las respuestas psicológicas que las personas hacen acerca de su self y tienen naturaleza afectiva o en un sentimiento de valoración propio que puede ser positivo, negativo o de aceptación y rechazo.	Baremos: <ul style="list-style-type: none"> • De 30-40 puntos: Autoestima elevada • De 26-29 puntos: Autoestima media • Menos de 25 puntos: Autoestima baja 	-Escala de Autoestima de Rosenberg Alfa de cronbach: a=.837
Dismorfia muscular	Alvarez et al. (2021) la definen como un trastorno que se caracteriza por una preocupación constante de no alcanzar un desarrollo muscular alto por lo que se realizan prácticas peligrosas para la ganancia de masa muscular.	Baremos: <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de dismorfia > 52 	-Escala de Satisfacción Muscular Alfa de cronbach: a=.91

Nota: Definición de Autoestima, Dismorfia Muscular, Test para medir ambas variables y sus respectivos baremos

CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Análisis y discusión de los resultados

Objetivo específico 1: Definir el nivel de autoestima que predomina en usuarios de un gimnasio.

Tabla 2. Nivel de autoestima

Nivel de autoestima		
	Frecuencia	Porcentaje
Válidos bajo	4	4,1
medio	17	17,5
alto	76	78,4
Total	97	100,0

Nota: Nivel de autoestima obtenido a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg

Análisis: De los 97 usuarios evaluados, 4 personas que corresponden al 4,1% tienen un nivel bajo de autoestima, 17 personas que corresponden al 17,5% tienen un nivel medio de autoestima y 76 participantes que representan el 78,4 % tienen un nivel alto de autoestima.

Discusión: El nivel predominante de autoestima en los usuarios de gimnasio evaluados es el nivel alto. Los resultados obtenidos son similares a los propuestos por Lukanovic et al (2020) quien evaluó a 60 personas físicamente activas y encontró que existía un nivel alto de autoestima, sustentando su hipótesis de que el ejercicio físico tiene un efecto positivo en la autoestima de las personas. De la misma manera, los datos se asemejan a los obtenidos en el estudio de Ruiz (2017) efectuado en 150 usuarios de gimnasios en el que se halló que existe una media de 33% a nivel de autoestima alto. Por otra parte, los resultados difieren con los propuestos por Mooney et al. (2017) en donde se evaluaron a 377 personas que realizaban ejercicio con regularidad y tenían una media de 12,59 en la Escala de Autoestima de Rosenberg posicionándose en un nivel bajo de autoestima. Los datos obtenidos también difieren de los propuestos por Zambrano (2018) quienes evaluaron a 150 fisiculturistas

ecuatorianos y encontraron que el 88% de ellos tiene un nivel de autoestima r el 12% un nivel bajo.

Objetivo específico 2: Identificar el riesgo de dismorfia muscular en usuarios de un gimnasio.

Tabla 3. *Riesgo de dismorfia muscular*

Riesgo de dismorfia muscular			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	54	55,7
	No	43	44,3
	Total	97	100,0

Nota: Riesgo de dismorfia muscular obtenido a través de la Escala de Satisfacción Muscular.

Análisis: De los 97 usuarios del gimnasio evaluados, 54 personas que corresponden al 55,7% sí presentan riesgo de dismorfia muscular mientras que 43 personas que representan al 44,3% no se encuentran en riesgo de tener dismorfia muscular.

Discusión: Los resultados obtenidos reflejan que existe un riesgo alto de dismorfia muscular en los usuarios de gimnasio evaluados. Estos resultados se asemejan a los encontrados por Velázquez (2020) en una población de 74 usuarios de gimnasio en Paraguay, de quienes el 51, 35% también presentó un alto riesgo de dismorfia muscular. Asimismo, los resultados son similares a la investigación de Corazza et al. (2019) en una población de 1711 usuarios de gimnasio se halló que el 60,3% tenía riesgo de dismorfia muscular. Por otro lado, los resultados se diferencian de los obtenidos por Hinojosa (2020) en 65 usuarios de gimnasio pues el riesgo de dismorfia muscular identificado fue tan solo del 1,5%. De la misma manera, los resultados distan de los hallados por Olave et al. (2019) en 465 usuarios de gimnasio de los cuales solo el 3,7% presentaba riesgo de dismorfia muscular.

Objetivo específico 3: Analizar el nivel de autoestima y el riesgo de dismorfia muscular según el sexo de los usuarios de un gimnasio.

Tabla 4. *Tabla de contingencia: nivel de autoestima según sexo*

		Sexo		Total		
		hombre	mujer			
Autoestima_niv el	Bajo	Recuento	3	1	4	
		% dentro de	75,0%	25,0%	100,0%	
		Autoestima_nivel				
		Medio	Recuento	8	9	17
			% dentro de	47,1%	52,9%	100,0%
		Autoestima_nivel				
	Alto	Recuento	51	25	76	
		% dentro de	67,1%	32,9%	100,0%	
	Autoestima_nivel					
Total		Recuento	62	35	97	
		% dentro de	63,9%	36,1%	100,0%	
	Autoestima_nivel					

Nota: Nivel de autoestima según la Escala de Autoestima de Rosenberg, porcentajes según el sexo de los evaluados.

Tabla 5. Pruebas de chi-cuadrado: nivel de autoestima según sexo

Pruebas de chi-cuadrado						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	2,643 ^a	2	,267	,340		
Razón de verosimilitudes	2,567	2	,277	,408		
Estadístico exacto de Fisher	2,600			,313		
Asociación lineal por lineal	,633 ^b	1	,426	,550	,273	,113
N de casos válidos	97					

Nota: Pruebas de chi cuadrado para analizar el nivel de autoestima según el sexo de los participantes

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,44.

b. El estadístico tipificado es -,796

Análisis: Se aplicó la prueba chi cuadrado encontrando que no hay una asociación entre el sexo y el autoestima porque de las 4 personas que se encuentran en un nivel bajo de autoestima, 3 son hombres y corresponden al 75% de este nivel mientras que 1 persona es mujer, representando el 25% del nivel bajo. Por otra parte, 17 personas tienen un nivel medio de autoestima, 8 son hombres y corresponden al 47,1% de este nivel y 9 son mujeres representando al 52,9%. En el nivel alto de autoestima están 76 personas, 51 son hombres que representan el 67,1% de este nivel y 25 son mujeres, siendo el 32,9%.

Discusión: Los resultados obtenidos muestran que no existe diferencia en el nivel de autoestima y su relación con el sexo de los usuarios evaluados. Existe concordancia con los datos hallados en el estudio efectuado en 150 usuarios de gimnasios por Ruiz (2017) en donde no existieron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoestima de acuerdo al sexo pues las mujeres obtuvieron una media de 33,14% y los hombres de 32,9%. En similitud, se encuentran los resultados obtenidos por Silva et al. (2018) en donde los niveles de autoestima no tenían mayor varianza entre ambos sexos pues el 20% de mujeres y el 14,3% de hombres tenían autoestima baja, el 66,9% de mujeres y el 72,6% de hombres se encontraban en un nivel medio y el 12,2% de mujeres y 13,2% de hombres tenían un nivel alto. Antagónicamente, en el estudio presentado por Pocallet et al. (2019) se halló que los niveles de autoestima presentaron diferencias a nivel de sexo, en el nivel alto de autoestima se encontró el 72,4% de hombres y solo el 58,7% de mujeres. De la misma manera, Olave et al. (2019) también encontró una diferencia significativa en los resultados de los niveles de autoestima pues existió una media de 26,3 en la puntuación de las mujeres mientras que los hombres tenían una media 35,1.

Tabla 6. *Tabla de contingencia: riesgo de dismorfia muscular según se*

		Sexo		Total	
		hombre	Mujer		
Riesgo_dismorfia_m uscular	Si	Recuento	40	14	54
		% dentro de			
		Riesgo_dismorfia_m uscular	74,1%	25,9%	100,0%
	No	Recuento	22	21	43
		% dentro de			
		Riesgo_dismorfia_m uscular	51,2%	48,8%	100,0%
Total	Recuento	62	35	97	
	% dentro de				
	Riesgo_dismorfia_m uscular	63,9%	36,1%	100,0%	

Nota: Análisis del riesgo de dismorfia muscular según el sexo de los participantes

Tabla 7. Pruebas de chi-cuadrado: riesgo de dismorfia muscular según sexo

Pruebas de chi-cuadrado						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	5,448 ^a	1	,020	,033	,017	
Corrección por continuidad ^b	4,500	1	,034			
Razón de verosimilitudes	5,461	1	,019	,033	,017	
Estadístico exacto de Fisher				,033	,017	
Asociación lineal por lineal	5,392 ^c	1	,020	,033	,017	,012
N de casos válidos	97					

Nota: Pruebas de chi cuadrado para analizar el riesgo de dismorfia muscular según el sexo

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,52.

Análisis: Se aplicó la prueba chi cuadrado encontrando que sí existe asociación entre sexo y riesgo de dismorfia($X^2(1)=5,448$ $p<=,05$). De las 54 personas que tienen riesgo de dismorfia muscular, 40 son hombres representando al 74,1% y 14 son mujeres que representan al 25,9%.

Discusión: Los resultados hallados muestran que existe mayor riesgo de dismorfia muscular en hombres en semejanza a los datos obtenidos en el estudio efectuado por Hinojosa (2020) en 65 asistentes al gimnasio en el cual se halló diferencias significativas entre el sexo de los participantes y el grado de alteración de su imagen corporal pues 49,2% de los hombres y un 33,8% de las mujeres presentaron preocupación por su imagen corporal. De la misma forma, en la investigación de Corazza (2019) realizada en 1711 participantes, quienes se encontraban en mayor riesgo fueron los hombres con un 47,6%. En contraparte, los datos obtenidos en la investigación de Ruiz (2017) en la que se evaluó a 150 participantes que asistían con regularidad al gimnasio no se presentaron diferencias significativas pues las mujeres obtuvieron una media de 14,82% mientras que los hombres 14,95% con riesgo de dismorfia muscular. Por otro lado, los datos hallados por Silva et al. (2019) muestran que de los 238 el 62,2 % de las mujeres se encuentra insatisfecha con su imagen corporal y el 48,9 % de los hombres también.

3.2 Verificación de Hipótesis

La hipótesis de investigación planteaba que los bajos niveles de autoestima tienen una correlación significativa con el riesgo de desencadenar dismorfia muscular en los usuarios de un gimnasio. No obstante, después aplicar los reactivos de la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Satisfacción Muscular y analizar sus resultados se encontró que la correlación entre la autoestima y la dismorfia muscular es ($Rho = -0.104$ $p > 0.05$), determinándose que no existe relación entre los puntajes de ambas variables pues independientemente del nivel de autoestima en el que se encontraban los usuarios existía riesgo de dismorfia muscular.

Objetivo general: Determinar la relación entre el nivel de autoestima y el riesgo de dismorfia muscular en usuarios de un gimnasio.

Tabla 8. *Pruebas de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Autoestima	,101	97	,016	,948	97	,001
Dismorfia_muscular	,121	97	,001	,958	97	,004

Nota: Pruebas de normalidad: Corrección de la significación de Lilliefors

En la prueba de normalidad se encontró que la distribución de las puntuaciones de autoestima y dismorfia muscular no fueron normales

Tabla 9. Correlaciones

Correlaciones			Dismorfia Muscular
		Coefficiente de correlación	-,104
Rho de Spearman	Autoestima	Sig. (bilateral)	,311
		N	97

Nota: Prueba de correlación de Spearman para la correlación entre Autoestima y Dismorfia Muscular

Tabla 10. Nivel de autoestima y riesgo de dismorfia muscular

Tabla de contingencia: Autoestima_nivel * Riesgo_dismorfia_muscular

			Riesgo_dismorfia_muscul		Total
			Si	No	
Autoestima_nivel	Bajo	Recuento	2	2	4
		% dentro de Autoestima_nivel	50,0%	50,0%	100,0%
	Medio	Recuento	11	6	17
		% dentro de Autoestima_nivel	64,7%	35,3%	100,0%
	Alto	Recuento	41	35	76
		% dentro de Autoestima_nivel	53,9%	46,1%	100,0%
Total		Recuento	54	43	97
		% dentro de Autoestima_nivel	55,7%	44,3%	100,0%

Nota: Correlación entre Autoestima y Dismorfia Muscular

Análisis: En la tabla 9 se puede observar la correlación entre la autoestima y la dismorfia muscular ($Rho = -0.104$ $p > 0.05$), se determina que no existe relación entre los dos constructos. En la tabla 10 se demuestra que de los usuarios del gimnasio con un nivel bajo de autoestima, el 50% sí tiene riesgo de dismorfia muscular mientras que el otro 50% no presenta riesgo. De quienes se encuentran en un nivel medio de autoestima, el 64,7 % presenta riesgo de dismorfia muscular y el 35,3% no tiene riesgo. De las personas que poseen un nivel alto de autoestima, el 55,7% sí tiene riesgo de dismorfia y el 44,3% no presenta riesgo (Tabla 4).

Discusión: La autoestima no tiene relación con el riesgo de dismorfia muscular en la población evaluada y los usuarios de gimnasio independientemente de encontrarse en un rango bajo, medio o alto de autoestima, presentan un alto riesgo de dismorfia muscular. Los datos obtenidos se asemejan a los obtenidos en la investigación de Ahmadpanah et al. (2019) en una población de 350 personas porque el 90,29% presentan sintomatología baja de trastorno dismórfico corporal mientras que el 9,74% sintomatología alta. Asimismo, las personas con sintomatología baja tienen una media de 24 en el nivel de autoestima y quienes tienen sintomatología alta una media de 27, dejando ver que no correlación entre la autoestima y la dismorfia. De la misma manera Zambrano (2018) mostró que el 88% de los deportistas evaluados tiene un nivel de autoestima alto y el 12% un nivel bajo pero en ambos casos existía el 25% de participantes que no tenían una autopercepción corporal adecuada demostrando que no existía correlación entre las variables. De manera antagónica, se presentan los resultados del estudio de Virk & Singh (2020) en una población de 125 usuarios en donde se halló una baja autoestima en el 21,6% de los participantes y la insatisfacción con la imagen corporal estuvo presente en el 16,8% de las personas observándose una correlación moderadamente positiva ($r = 0,384$, $p < 0,001$) entre la autoestima y la satisfacción de la imagen. Otra investigación que dista en sus resultados es la de Pocallet et al. (2019) en donde existió una satisfacción moderada sobre la imagen corporal en mujeres con una media de 12 sobre 39 y en hombres con 17 sobre 39 respectivamente. Además, los niveles de autoestima presentaron diferencias a nivel de sexo, en el nivel alto de autoestima se encontró el 72,4% de hombres y solo el 58,7% de mujeres comprobándose la relación entre autoestima e insatisfacción corporal pues

los participantes que obtuvieron puntuaciones de autoestima baja fueron
tenían mayor índice de insatisfacción corporal.

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Se determinó que no existe relación entre el nivel de autoestima y el riesgo de dismorfia muscular pues los usuarios de gimnasio presentan riesgo de desencadenar dismorfia muscular independientemente de tener un autoestima alta, media o baja.

- Se definió que el nivel alto de autoestima predomina en los usuarios evaluados que asisten regularmente al gimnasio. Una autoestima alta se relaciona con niveles positivos de autoconcepto, autoimagen y autoconfianza lo que podría ser explicado por el impacto positivo que tiene la práctica de actividad física en la vida de los usuarios evaluados.

-Se identificó que existe riesgo de dismorfia muscular en los usuarios de gimnasio evaluados lo cual indica que presentan: dependencia al ejercicio con levantamiento de pesas, conductas de dietas restrictivas, utilización de suplementos alimenticios, baja satisfacción muscular, distorsión en su imagen corporal y búsqueda constante por aumentar su masa muscular haciendo su salud y las esferas de su vida se vean amenazadas.

-Se analizó que el nivel de autoestima no varió según el sexo de los participantes. No obstante, el riesgo de dismorfía muscular sí fue más alto en los hombres. Esto significa que los hombres son quienes presentan más conductas patológicas con el objetivo de aumentar masa muscular y pueden poner en peligro su salud. La presencia de un riesgo más alto en los varones puede explicarse por la influencia del medio social pues la construcción ideal de la imagen corporal masculina es tener un cuerpo musculoso y robusto.

Recomendaciones

-Se recomienda ampliar la investigación diferenciando a los usuarios que entrenan por fines recreativos y personas que practican fisicoculturismo pues los objetivos de ambos grupos varían.

-Tomando en cuenta que el nivel alto de autoestima predomina en esta población, es importante que se pueda realizar una charla para socializar los resultados obtenidos. Con esta socialización es posible obtener mayor información sobre factores y actividades que los usuarios consideran fundamentales para mantenerse en este nivel. De esta forma, será posible elaborar futuras estrategias de promoción de una autoestima alta en base a actividades cotidianas.

-Es necesario que se realicen talleres psicoeducativos con asesoría integral sobre dismorfia muscular en los gimnasios para que los usuarios logren identificar posibles conductas de riesgo.

-Se sugiere un trabajo multidisciplinario entre psicólogos, nutricionistas y entrenadores deportivos para la elaboración de contenido informativo digital sobre entrenamiento en gimnasios con un enfoque libre de estereotipos de género e ideales de cuerpos con la finalidad de promover salud física y mental en esta población.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahmadpanah, M., Arji, M., Arji, J., Haghghi, M., Jahangard, L., Sadeghi Bahmani, D., & Brand, S. (2019). Sociocultural Attitudes towards Appearance, Self-Esteem and Symptoms of Body-Dysmorphic Disorders among Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4236. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214236>
- Alcántara, J. (2001). *Educación la autoestima*. Grupo Planeta (GBS).
- Alianza de Apoyo para la Depresión y la Bipolaridad (DBSA). (2019). Symptoms of depression among adults: United States, 2019. NCHS Data Brief, no 379.
- Alonso-Serna, D. (2020). Autoconcepto y autoestima de adolescentes con padres migrantes. *Con-Ciencia Serrana Boletín Científico de la Escuela Preparatoria Ixtlahuaco*, 2(4), 40–49.
- Álvarez, A., Sandoval, G., & Velásquez, S. (2007). *Autoestima en los (as) alumnos (as) de los 1° medios de los liceos con alto índice de vulnerabilidad escolar (I.V.E) de la ciudad de Valdivia*. Universidad Austral de Chile.
- Ávila, J., & Cabrera, H. (2017). Factores psicológicos asociados a la vigorexia en los usuarios de gimnasios del Azuay en el periodo 2016–2017. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 130.
- Baggish AL, Weiner RB, Kanayama G, Hudson JI, Picard MH, Hutter AM Jr, Pope HG Jr. (2010). Long-term anabolic-androgenic steroid use is associated with left ventricular dysfunction. *Circ Heart Fail*, 3(4):472–476
- Baile, J. (2005). *Vigorexia: Cómo reconocerla y evitarla*. Síntesis.
- Beauregard, L., Bouffard, R., & Duclos, G. (2005). *Autoestima para quererse más y relacionarse mejor*. Ediciones Narcea.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. Harper & Row.
- Behar, R., & Molinari, D. (2010). Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Revista médica de Chile*, 138(11), 1386-1394. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010001200007>
- Blankertz, L. (2001). Cognitive components of self-esteem for individuals with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 457–465.

- Boulter, M. W., & Sandgren, S. S. (2021). Me, myself, and my muscles: associations between narcissism and muscle dysmorphia. *Eating Disorders*, 30(1), 110–116. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1930348>
- Branden, N. (2001). *La psicología de la autoestima* (Vol. 26). Grupo Planeta (GBS).
- Burns, R. (1990). *El autoconcepto*. Ega Ediciones.
- Cadena, Z., & Carolina, G. (2018). *La autoestima y la influencia en la percepción de la imagen corporal en deportistas pertenecientes a la federación ecuatoriana de fisicoculturismo y potencia en el año 2016–2017*. Universidad Tecnológica Indoamérica.
- Cerea, S., Bottesi, G., Pacelli, Q. F., Paoli, A., & Ghisi, M. (2018). Muscle Dysmorphia and its Associated Psychological Features in Three Groups of Recreational Athletes. *Scientific Reports*, 8(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-018-27176-9>
- Chacón-Cuberos, R., Zurita-Ortega, F., García-Marmol, E., & Castro-Sánchez, M. (2019). Autoconcepto multidimensional según práctica deportiva en estudiantes universitarios de Educación Física de Andalucía (Multidimensional self-concept depending on sport practice in university students of Physical Education from Andalucía). *Retos*, 37, 174–180. <https://doi.org/10.47197/retos.v37i37.71861>
- Christopher, R., Isabelle, L., Olivier, T., & Catherine, B. (2018). Muscle Dysmorphia and Eating Disorders: Comparison on Self-Esteem and Personality Traits. *International Journal of Psychology and Psychoanalysis*, 4(2). <https://doi.org/10.23937/2572-4037.1510037>
- Compte, E. J., Sepúlveda, A. R., & Torrente, F. (2018). Approximations to an Integrated Model of Eating Disorders and Muscle Dysmorphia among University Male Students in Argentina. *Men and Masculinities*, 23(2), 288–305. <https://doi.org/10.1177/1097184x17753039>
- Coopersmith, S. (1976). *The Antecedents of Self-Esteem*. H. Freeman & Company.
- Corazza, O., Simonato, P., Demetrovics, Z., Mooney, R., van de Ven, K., Roman-Urrestarazu, A., Rácmolnár, L., de Luca, I., Cinosi, E., Santacroce, R., Marini, M., Wellsted, D., Sullivan, K., Bersani, G., & Martinotti, G. (2019). The emergence of Exercise Addiction, Body Dysmorphic Disorder, and other image-related psychopathological correlates in fitness settings: A cross sectional study. *PLOS ONE*, 14(4), e0213060. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213060>

- Correa, J., Weil, K., Fracchia, C., & Pastén, J. (2006). Dismorfia muscular en levantadores de pesas y fisicoculturistas en Santiago: un estudio descriptivo. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44, 64.et
- Cunningham, M. L., Griffiths, S., Mitchison, D., Mond, J. M., Castle, D., & Murray, S. B. (2017). Muscle Dysmorphia: An Overview of Clinical Features and Treatment Options. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 31(4), 255–271. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.31.4.255>
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., et al. (2004). Young People's health in context. Health behavior in School-aged children (HBSC) Study: International report from the 2001/2002 Survey. Organización Mundial de la Salud. Europa. Health Policy for Children and Adolescents 2004;4: 1-248.
- Damon, S. (2017). Relationships among body image dissatisfaction, body-enhancing behaviors, and self-esteem in adult males. *Walden Dissertations and Doctoral Studies*
- Devrim, A., Bilgic, P., & Hongu, N. (2018). Is There Any Relationship Between Body Image Perception, Eating Disorders, and Muscle Dysmorphic Disorders in Male Bodybuilders? *American Journal of Men's Health*, 12(5), 1746–1758. <https://doi.org/10.1177/1557988318786868>
- Díaz-Aguado, M., Martínez, M., & Baraja, A. (1992). *Educación y Desarrollo de la Tolerancia. Material de apoyo educativo*. MEC.
- Dulanto, E. (2000). *El adolescente. La adolescencia como etapa existencial*. Mc Graw Hill Interamericana.
- Duran, S., Çiçekoğlu, P., & Kaya, E. (2020). Relationship between orthorexia nervosa, muscle dysmorphic disorder (bigorexia), and self-confidence levels in male students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(4), 878–884. <https://doi.org/10.1111/ppc.12505>
- Enríquez Peralta, R. E., & Quintana Salinas, M. R. (2016). Autopercepción de la imagen corporal y prácticas para corregirla, en adolescentes de una institución educativa, Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(2), 117. <https://doi.org/10.15381/anales.v77i2.11815>
- Epstein, M. (1981). The theory and use of ad hoc advisory committees. *Journal of Applied Social Sciences*, 5(1), 66–82.
- Fabris, M. A., Longobardi, C., Prino, L. E., & Settanni, M. (2018). Attachment style and risk of muscle dysmorphia in a sample of male bodybuilders. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(2), 273–281. <https://doi.org/10.1037/men0000096>

- Facchini, Mónica. (2006). La imagen corporal en la adolescencia ¿es un tema de v
 Pediatría práctica, 104(2), 177-184.
- Frederick, D. A., Buchanan, G. M., Sadehgi-Azar, L., Peplau, L. A., Haselton, M. G., Berezovskaya, A., & Lipinski, R. E. (2007). Desiring the muscular ideal: Men's body satisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(2), 103–117. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.8.2.103>
- Floriano, J. M., & D'almeida, K. S. (2016). Prevalencia de transtorno dismorfo muscular em homens adultos residentes na fronteira oeste do Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, 10(58), 448.
- Freire, W. et. al. (2013). Resumen ejecutivo tomo 1: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013. Ministerio de Salud Pública/ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito: Ecuador. Recuperado de: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Publicacion%20ENSANUT%202011-2013%20tomo%201.pdf
- Galiana, L., Badenes-Ribera, L., & Fuentes, M. (2018). Una aproximación con modelos competitivos a la dismorfia muscular: El papel de la autoestima y la regulación emocional. *Psychology, Society, & Education*, 10(3), 325–336. <https://doi.org/10.25115/psye.v10i1.2151>
- García, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *EDETANIA: Estudios y propuestas socioeducativos*, 44, 241–257.
- Garner DM. Body image survey. *Psychology Today* 2015; 30:30-44, 75-80, 84
- Giraldo, K., & Holguín, M. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista Electrónica Psyconex*, 9(14), 1–9.
- González, R. (1989). *Psicología: Principios y categorías*. Pueblo y Educación.
- González, P., Núñez, J., Glez, S., & García, M. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9, 271–289.
- González, C. (2015). *Vigorexia y preocupación de la imagen corporal en usuarios de los gimnasios de la ciudad de Loja octubre a noviembre del 2015 (Bachelor's thesis)*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Grieve, F. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders*, 15, 63–80.
- Gori, A., Topino, E., Pucci, C., & Griffiths, M. D. (2021). The Relationship between Alexithymia, Dysmorphic Concern, and Exercise Addiction: The Moderating Effect

- of Self-Esteem. *Journal of Personalized Medicine*, 11(11), 111
<https://doi.org/10.3390/jpm11111111>
- Greenway, C. W., & Price, C. (2018). A qualitative study of the motivations for anabolic-androgenic steroid use: The role of muscle dysmorphia and self-esteem in long-term users. *Performance Enhancement & Health*, 6(1), 12-20.
<https://doi.org/10.1016/j.peh.2018.02.002>
- Grunewald, W., & Blashill, A. J. (2021). Muscle Dysmorphia. *Eating Disorders in Boys and Men*, 103–115. https://doi.org/10.1007/978-3-030-67127-3_8
- Guadarrama, R., Carrillo S., S., Márquez, O., Hernández J., C. y Veytia, M. (2014). Insatisfacción corporal e ideación suicida en adolescentes estudiantes del Estado de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(2), 98-106.
- Hinojosa, C. (2020). Vigorexia en los gimnasios de Teruel. *Revista Atalaya Médica Turolense*, 19, 117–145.
- Leit, Richard A.; Pope, Harrison G. & Gray, James. (2001). Cultural Expectations of muscularity in men: the evolution of Playgirl centerfolds. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 90-93.
- León-Prados, J. A., Fuentes, I., & Calvo, F. (2011). Ansiedad estado y autoconfianza precompetitiva en gimnastas. (Precompetitive anxiety state and self-confidence in gymnasts). *RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 7(23), 76–91.
<https://doi.org/10.5232/ricyde2011.02301>
- Klimek, P., Murray, S. B., Brown, T., Gonzales IV, M., & Blashill, A. J. (2018). Thinness and muscularity internalization: Associations with disordered eating and muscle dysmorphia in men. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 352–357.
<https://doi.org/10.1002/eat.22844>
- Kuck, N., Cafitz, L., Bürkner, P.-C., Hoppen, L., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2021). Body dysmorphic disorder and self-esteem: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21(1), 310.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03185-3>
- López Alonso, M. S. (2018). Análisis del orden en el que el autoconcepto, la autoestima y la autoimagen deberían aparecer en el proceso de maduración personal para alcanzar el bienestar emocional. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 1(2), 257.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1126>

- López, C. (2019). *Autoconcepto físico y el bienestar psicológico en adultos que practican no crossfit (Doctoral dissertation)*. Universidad Argentina de la Empresa.
- Lukanović, B., Babić, M., Čerkez, I., Martinac, M., Pavlović, M., & Babić, D. (2020). Mental health and self-esteem of active athletes. *Psychiatria Danubina*, 32(2), 236–243.
- Manga, M. (2020). Programa de educación para la prevención de la vigorexia en adolescentes. [Tesis de Prerado, Universidad de Zaragoza] Repositorio Institucional UNIZAR. Obtenido de <https://zagan.unizar.es/record/94812/files/TAZ-TFG-2020-554.pdf>
- Manrique R., B., Manrique R., L., Vallejo K., M., Manrique C., C., Santamaría A., M. y Pincay A., G. (2018). Trastornos corporales en adolescentes e influencia de los medios de comunicación. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(4), 1-11
- Martín, M. (2013). *Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en 2 poblaciones masculinas*. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/ptd2013/agosto/0698992/0698992.pdf>
- Méndez, R. (2002, 16 septiembre). «Dopaje» en el gimnasio. *El País*. Recuperado 25 de mayo de 2022, de https://elpais.com/diario/2002/09/16/sociedad/1032127205_850215.html
- Mitchell, J., & Peterson, C. (2012). *Assessment of Eating Disorders*. Guilford Press.
- Mitchison, D., Mond, J., Griffiths, S., Hay, P., Nagata, J. M., Bussey, K., Trompeter, N., Lonergan, A., & Murray, S. B. (2021). Prevalence of muscle dysmorphia in adolescents: findings from the *EveryBODY* study. *Psychological Medicine*, 1–8. <https://doi.org/10.1017/s0033291720005206>
- Moncayo, D. (2016). *Sintomatología de dismorfia muscular y relación con antropometría en usuarios del gimnasio de la PUCE (tesis de pregrado)*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Mooney, R., Simonato, P., Ruparelia, R., Roman-Urrestarazu, A., Martinotti, G., & Corazza, O. (2017). The use of supplements and performance and image enhancing drugs in fitness settings: A exploratory cross-sectional investigation in the United Kingdom. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 32(3), e2619. <https://doi.org/10.1002/hup.2619>
- Murgueitio, A., & Ruales, S. (2019). *Dismorfia muscular y alteraciones nutricionales en usuarios de salas de musculación*. Universidad de Guayaquil.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi, L., Jeannin, A., Addor, V., Bu'tikofer, A., et al. (2004). *Gesundheit der Jugendlichen in der Schweiz (2002)* [SMASH 2002 Swiss

multicenter adolescent study on health 2002]. Schlussbericht. Bern, Swit
Institut für Psychologie

- National Institute Of Mental Health (NIMH). (2021). *Major Depression*. National Institute of Mental Health (NIMH). Recuperado 17 de abril de 2022, de <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>
- NAMI Policy Research Institute (2013), "The impact and cost of mental illness: the case of depression", NAMI Policy Research Institute, Arlington, Virginia.
- Olave, L., Rodríguez, J., Estévez, A., Iruarrizaga, I., & Momeñe, J. (2019). ¿Existen diferencias en los esquemas cognitivos y en la autoestima entre las personas con adicción al ejercicio físico o con dismorfia muscular? *Rev. esp. drogodepend*, 44(2), 43–61.
- Olivardia, R. (2001). Mirror, Mirror on the Wall, Who's the Largest of Them All? The Features and Phenomenology of Muscle Dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 9(5), 254–259. <https://doi.org/10.1080/10673220127900>
- Orrit, G. (2019). Muscle Dysmorphia: Predictive and protective factors in adolescents. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 19(3), 1–11. <https://doi.org/10.6018/cpd.347981>
- Ortega Ruiz, P., Mínguez Vallejos, R., & Rodes Bravo, M. L. (2009). Autoestima: un nuevo concepto y su medida. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*, 12, 45–66. <https://doi.org/10.14201/2868>
- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 695–708.
- Pace, U., D'Urso, G., Passanisi, A., Mangialavori, S., Cacioppo, M., & Zappulla, C. (2019). Muscle Dysmorphia in Adolescence: The Role of Parental Psychological Control on a Potential Behavioral Addiction. *Journal of Child and Family Studies*, 29(2), 455–461. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01547-w>
- Parks, M., & Sepúlveda, A. (2013). *Evaluación de la insatisfacción corporal en varones: una revisión sistemática de los instrumentos*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Perkins, A. (2019). Trastorno dismórfico corporal. La búsqueda de la perfección. *Nursing*, 36(6), 16-20. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulotrastorno-dismorfico-corporal-la-busqueda-S0212538219301505>

- Pope, H. G. (2002). *Adonis complex: how to identify, treat and prevent body obsession in men and boys*. Boston: Touchstone books.
- Pope, H., Gruber, A., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphia disorder. *Psychosomatics*, *38*, 548–557.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R., & Hudson, J. I. (2000). Body Image Perception Among Men in Three Countries. *American Journal of Psychiatry*, *157*(8), 1297–1301. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1297>
- Pope, H., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2002). *The Adonis Complex: How to Identify, Treat, and Prevent Body Obsession in Men and Boys* (Reprint ed.). Free Press.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R., & Hudson, J. I. (2000). Body Image Perception Among Men in Three Countries. *American Journal of Psychiatry*, *157*(8), 1297–1301. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1297>
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., & Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine*, *36*(6), 877–885. <https://doi.org/10.1017/s0033291706007264>
- Rincón, D., Restrepo, E., Correa, L., Ospina, J., & Montoya, D. (2020). Trastorno dismórfico corporal: una revisión de las dimensiones clínicas, neurobiología y neuropsicología. *Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología*, *19*(1), 1-16. doi:<https://doi.org/10.18270/chps.v19i1.3133>
- Spitzer, B. L., Henderson, K. A., & Zivian, M. T. (1999). Gender differences in population versus media body sizes: A comparison over four decades. *Sex Roles*, *40*, 545–565.
- Pocallet, M. P., Barberà, M. E. A., Clapes, T. G., Bonet, M. B., Solé, T. P., Solans, N. S., & Bravo, M. O. (2019). Cross-sectional study on body image and self-esteem among adolescents in Catalonia. *Health Education and Public Health*, *2*(2). <https://doi.org/10.31488/heph.118>
- Purkey, W. (1970). *Self-concept and school achievement*. Prentice Hall.
- Pérez, E. M., Navarro, B. F., & Gómez, S. C. (2017). Revisión sistemática de la bibliografía del periodo 2006-2016 sobre la dismorfia muscular: prevalencia, herramientas diagnósticas y prevención. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, *14*(90), 2.
- Quintero, R. (2020). Percepción de la imagen corporal y propensión a la vigorexia en un grupo de usuarios de gimnasios. *Qhali Kay Revista de Ciencias de la Salud*, *3*(4), 19–27.

- Rash, P. (2004). Male body satisfaction, physical self-concept and the use of nu supplements, anabolic steroids, and compulsive exercise. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65, 3139.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Prentice Hall.
- Rodrigues, F. (2018). Percepção da imagem corporal e da autoestima de atletas amputados. *Revista Científica UMC*, 3(3).
- Santrock, J. (2002). *Psicología de la educación*. Mc Graw Hill.
- Schneider, C., Agthe, M., Yanagida, T., Voracek, M., & Hennig-Fast, K. (2017). Effects of muscle dysmorphia, social comparisons and body schema priming on desire for social interaction: an experimental approach. *BMC Psychology*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0189-9>
- Sparisci, M. (2013). *Representación de la autoestima y la personalidad en protagonistas de anuncios audiovisuales de automóviles (estudio de investigación)*. Universidad Abierta Interamericana.
- Silva-Escorcía, I., & Mejía-Pérez, O. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare*, 19(1). <https://doi.org/10.15359/ree.19-1.13>
- Silva, A. M. B. D., Machado, W. D. L., Bellodi, A. C., Cunha, K. S. D., & Enumo, S. R. F. (2018). Jovens Insatisfeitos com a Imagem Corporal: Estresse, Autoestima e Problemas Alimentares. *Psico-USF*, 23(3), 483–495. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230308>
- Urios López R, Sanz-Valero J. (2018). Efectos adversos asociados al uso de anabolizantes en deportistas: revisión sistemática. *Ars Pharm*, 59(1):45-55. <https://doi.org/10.4321/s2340-98942018000100005>
- Valdés, S., & Gómez, J. (2009). La autovaloración y la autoestima como bases en la autorregulación e la personalidad del adolescente. *Opuntia Brava*, 1, 42–46.
- Vealey, R. S. (1986). Conceptualization of Sport-Confidence and Competitive Orientation: Preliminary Investigation and Instrument Development. *Journal of Sport Psychology*, 8(3), 221–246. <https://doi.org/10.1123/jsp.8.3.221>
- Velázquez Comelli, P. (2020). Prácticas dietéticas y frecuencia de vigorexia en usuarios de gimnasios de la ciudad de Asunción. *Revista científica ciencias de la salud*, 2(2), 35–42. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/02.02.2020.35>

- Vernieri, M. J. (2020). *Adolescencia y autoestima: nueve encuentros para tral autoestima con la guía de un maestro (Autoestima y desarrollo personal no5)*. ARIEL PUBLISHER.
- Villegas-Moreno, M. J., & Londoño-Pérez, C. (2021). Modelo predictivo de insatisfacción con la imagen corporal. *Perspectivas de investigación psicológica: aportes a la comprensión e intervención de problemas sociales*, 133–157. <https://doi.org/10.14718/9789585133808.2021.8>
- Virk, A., & Singh, P. (2020). A study on relationship between body-image and self-esteem among medical undergraduate students. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 7(2), 636. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20200441>
- Zarei, S. (2020). Drive For Muscularity in Male Adolescents: The Role of Psychological Factors (Self-Esteem, Maladaptive Perfectionism, and Interpersonal Sensitivity). *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 14(2), e98393.
- Zemestani, M., & Jalalvand, V. (2019). The Prevalence of Muscle Dysmorphia in Bodybuilding Sportsman: Studding Psycho-Physiological Components. *Sport Psychology Studies (ie, mutaleat ravanshenasi varzeshi)*, 8(28), 95–112. <https://doi.org/10.22089/spsyj.2019.6517.1693>

ANEXOS

Carta de Consentimiento Informado

Por medio de la presente, quisiera solicitarle su consentimiento para que participe en esta investigación que tiene por título **“Autoestima y su relación con la dismorfia muscular en usuarios de un gimnasio”**

Los objetivos de esta investigación son:

- Determinar la relación entre el nivel de autoestima y el riesgo de dismorfia muscular en usuarios de un gimnasio.
- Definir el nivel de autoestima que predomina en usuarios de un gimnasio.
- Identificar el riesgo de dismorfia muscular en usuarios de un gimnasio.
- Analizar el nivel de autoestima y el riesgo de dismorfia muscular según el sexo de los usuarios de un gimnasio.

Por ello, le pedimos su autorización para participar en este estudio. Se le informa que toda la información que proporcione será **anónima**. Los datos servirán para dar respuesta a los objetivos propuestos en este estudio. Le informamos que podrá dejar de responder a este cuestionario en el momento que lo desee. Si acepta participar, por favor marque con una X y una vez finalizado devuelva la copia a la persona que le solicita la autorización.

Acepto ser encuestado

Fecha: ___/___/___ _____

A continuación va a encontrar unos cuestionarios respecto a AUTOESTIMA y SATISFACCIÓN MUSCULAR. Para que este ejercicio sea anónimo, vamos a crear un código para cada uno: lo primero es poner las iniciales de su nombre, el día, mes y año en que nació.

Por ejemplo: Si se llama Andres Ernesto Lopez Salgado y nació el 15 de abril de 1982, su código es: **AELS-150482**

Su Código es: _____

Por favor, responda también a estas preguntas:

Género

Edad

Procedencia

Instrucción

Estado civil

Ocupación

A continuación encontrará algunos cuestionarios que debe responder como se indica.

Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas. Lo importante es que sea sincero, nos interesa su opinión. Por favor, conteste todas las preguntas, no deje ninguna en blanco. ¡Muchas gracias!

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. SEXO:

Mujer:

Hombre:

2. EDAD:

Marque con una X la respuesta de acuerdo a su realidad.

3. ¿Realiza entrenamiento con pesas?

Sí:

No:

4. ¿Entrena más de una hora al día?

Sí:

No:

5. ¿Lleva más de 3 meses de entrenamiento?

Sí:

No:

6. ¿Lleva una dieta acorde a sus objetivos en el gimnasio?

Sí:

No:

7. ¿Tiene asesoramiento nutricional?

Sí:

No:

8. ¿Consume algún suplemento deportivo? Por ejemplo: proteína en polvo, creatina, pre-entreno

Sí:

¿Cuál?

No:

7. ¿Tiene la sospecha o el diagnóstico de algún trastorno de la conducta alimentaria: Anorexia, Bulimia, Trastorno por Atracón?

Sí:

No:

8. ¿Entrena más de tres veces a la semana?

Sí:

No:

9. ¿Ha presentado cambios de ánimo?

Más irritable:

Agresivo:

Triste:

Ninguno:

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene como objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A. MUY DE ACUERDO	B. DE ACUERDO	C. EN DESACUERDO	D. MUY EN DESACUERDO
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

ESCALA DE SATISFACCIÓN MUSCULAR

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