



UAI

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
Tesis de Grado

**“Dismorfia muscular y preocupación por la imagen corporal en
hombres que asisten a gimnasios de Zona Sur”**

Tesista: Dalila Belén Rinaldi

Legajo: 5492

Sede: Berazategui

Turno: Tarde

Tutor: Lic. Elgier Ángel

Agradecimientos

En primer lugar, quiero nombrar a Lorena Novo y Esteban Rinaldi, por su apoyo incondicional, por su aliento y por siempre darme la mano, gracias a mis padres es que este sueño fue posible.

Me considero una afortunada por las personas que encontré en esta carrera. Con el tiempo, más que compañeros, se convirtieron en mis amigos, y hoy en día, los considero mi familia. Gracias a Alejandra Scalone, Ezequiel Blanco y Belén Blanco, por estar conmigo en los buenos momentos, y sobre todo, por sentarse conmigo a motivarme y nunca dejarme sola en los malos.

Para terminar, quiero agradecer a grandes profesionales y sobre todo, grandes personas. Por lograr transmitir la pasión y la admiración por la psicología. En primer lugar, a mi tutor, Ángel Elgier, por las herramientas, la paciencia y la motivación que me brindó cuando más lo necesitaba. Y por último, a los profesores Ricardo Cortese, Cecilia Zugazaga y Maximiliano Preuss, por su dedicación, y por hacer del proceso de mi carrera, un placer.

A todos ustedes, gracias totales.

Resumen

Dado que, en la actualidad, en Argentina no hay gran cantidad de estudios que investiguen sobre la población masculina y su relación con el aspecto físico, en este proyecto se propone indagar sobre esta temática; principalmente evaluando dos aspectos centrales: dismorfia muscular y preocupación por la imagen corporal, los cuales se relacionan también con otros factores involucrados cómo la relación de los usuarios de gimnasios con el ejercicio, con su musculatura y con su aspecto físico. Cabe preguntarse ¿Cómo es la relación que tienen los hombres con su imagen corporal y su musculatura? ¿Cómo se involucra en esta temática el hecho de realizar entrenamiento con pesas? En este estudio, se entiende a la dismorfia muscular como un trastorno caracterizado por una preocupación excesiva con la idea de no tener un cuerpo suficientemente magro o musculoso, como así también se considera a la preocupación por la imagen corporal como un espectro que puede ir desde un nivel sano, a uno patológico que afecte la vida cotidiana de la persona. Esta es una investigación no experimental, de diseño descriptivo y correccional, ya que su objetivo es determinar si hay presencia de dismorfia corporal y de preocupación por la imagen corporal en miembros hombres de gimnasios de Zona Sur y evaluar si hay relación entre sí. Para la recolección de datos, se utilizó la adaptación española del Cuestionario del Complejo de Adonis (Latorre y cols. 2015), como así también la adaptación peruana de la Escala de Satisfacción Muscular (Sanchez y cols. 2016). Los datos fueron obtenidos de manera virtual a través de Google Forms. Luego, fueron analizados a través del programa estadístico SPSS, y se llegó la conclusión de que las primeras tres hipótesis planteadas fueron confirmadas. Por lo que, se podría decir que a mayor carga horaria a nivel semanal dentro del gimnasio, mayor preocupación por la imagen corporal; a mayor aumento de la preocupación por la imagen corporal, mayor nivel de la sintomatología de dismorfia

muscular y por último, que los hombres que hicieron o hacen uso de drogas ilegales obtendrán mayor puntaje en la sintomatología de dismorfia muscular.

Palabras clave: dismorfia muscular, preocupación por la imagen corporal, hombres

Índice

1. Planteamiento del problema	5
2. Marco teórico.....	7
2.1. Bases teóricas	7
2.1.1. Preocupación por la imagen corporal	7
2.1.2. Dismorfia muscular	10
3. Antecedentes.....	13
3.1. Antecedentes internacionales	13
3.2. Antecedentes nacionales.....	17
4. Metodología.....	20
4.1. Objetivos.....	20
4.1.1. Objetivos generales.....	20
4.1.2. Objetivos específicos	20
4.2. Tipo y diseño de la investigación	21
4.3. Población y muestra.....	21
4.4. Hipótesis de la investigación	22
4.5 Instrumentos	22
4.5.1 Sociodemográfico.....	22
4.5.2 Cuestionario del Complejo de Adonis.....	22
4.5.3 La Muscle Appearance Satisfaction Scale.....	24
4.6. Procedimiento	25
5. Resultados.....	26
6. Discusión	30
7. Referencias:	32
8. Anexos	40

1. Planteamiento del problema

Se considera que en la sociedad occidental está normalizado el hecho de que las mujeres adquieran y realicen conductas como dedicarse a hacer dieta, cuidarse con las comidas, hacer ejercicio y estar pendientes de seguir un estándar corporal hegemónico determinado socialmente (Rutzstein y cols., 2004). Por eso es que los trastornos de la alimentación o de la imagen corporal, hasta hace un tiempo, mayormente estaban relacionados o asociados con las mujeres (Leit y cols., 2002). Debido a esto, es que hay menos cantidad de investigaciones sobre el tema aplicadas a hombres, aunque en la última década el interés por esta problemática en la población masculina fue aumentando, sobre todo en el ámbito de la alimentación y el uso de drogas o anabólicos ilegales. Edwards y Launder (2000) plantean que la evaluación sobre la preocupación muscular en hombres y las conductas asociadas que el tema implica, sería un tema relevante a explorar e investigar, sin embargo, los estudios más relevantes sobre esta área están realizados y aplicados en Norteamérica, ya que en América Latina aún no se encuentran gran cantidad de estudios específicos que indaguen y se especialicen en este fenómeno, con todos los componentes complejos que incluye a nivel fisiológico, psicológico y sociológico (Jaramillo Y Rúa, 2017).

Una investigación realizada en Chile (Behar y Molinari, 2010) arrojó que la prevalencia de este trastorno en levantadores de pesas en ese país se estimaba entre un 10% y 53%. Los autores plantean el entrenamiento físico como un factor protector de la imagen corporal, sin embargo, también se asocia el levantamiento de pesas con alteraciones de la imagen corporal y otras manifestaciones psicopatológicas.

Baile (2003) plantea que en España se realizaron estudios que indican que en dicho país se estima que podría haber entre 20.000 y 23.000 los afectados con sintomatología con dismorfia corporal, planteando que los hombres entre 18 y 35 serían la población de riesgo. Por otro lado, Pope y cols. (1997) realizan una investigación que arroja que el 10% de los hombres norteamericanos que asiste regularmente al gimnasio o realiza levantamiento con pesas, presentan dismorfia corporal. Rutzstein y cols. (2004) realizaron en Argentina una investigación sobre el grado de conformidad con la propia imagen corporal que presentan hombres adultos, su relación con la autoestima y la presencia de rasgos de ansiedad, depresión, obsesividad y dismorfia muscular, en dicha investigación describió que un gran porcentaje de hombres que asisten de Lunes a Viernes al gimnasio, reflejó desear estar más musculoso y pesar más, aunque ya se encuentren en un peso saludable, y la mitad de estos enunció que toman o alguna vez tomaron anabólicos o drogas ilegales con el fin de aumentar masa muscular. Una investigación de Behar y Molinari (2010) indicó que la prevalencia de trastorno dismórfico muscular entre los masculinos usuarios de gimnasios (13.6%), porcentaje similar a otras exploraciones realizadas en México, que arrojaron un 10,1% en levantadores de pesas, y un 20% en usuarios de gimnasios que se dedican al fisicoculturismo (Rutzstein y cols., 2010). Debido a los motivos y a los porcentajes nombrados anteriormente, se considera de relevancia indagar sobre la temática en hombres que residan en la Zona Sur de Buenos Aires, Argentina, ya que no se encontraron estudios concretos sobre el tema en el área, también, servirá para dar lugar a futuras investigaciones y estudios que abarquen esta problemática.

2. Marco teórico

2.1. Bases teóricas

2.1.1. Preocupación por la imagen corporal

Las definiciones de imagen corporal son variadas, una de las más tradicionales es la que propone Schilder (1935), donde se considera como la representación mental que cada persona construye de su propio cuerpo. Fisher (1986) propone un concepto más dinámico, donde tiene en cuenta los sentimientos y actitudes que tiene la persona hacia su cuerpo. Rosen (1995) agrega la importancia del aspecto subjetivo, en la que tiene en cuenta factores como: evaluación cognitiva, satisfacción o insatisfacción, ansiedad, preocupación, y aspectos conductuales. Por último, se nombrará a Brown y cols. (1990), quien propone que la imagen corporal a escala cognitiva involucra una focalización de la atención sobre el propio cuerpo, con creencias asociadas al mismo. A nivel emocional se presentan experiencias de placer o displacer, como así también de satisfacción e insatisfacción. Por último, el autor plantea que, a escala perceptual, se valora la forma y el tamaño de varias partes del cuerpo, juntos o separados.

Con respecto al trastorno de la imagen corporal, Morselli (1886) introduce el término dismorfofobia, el cual hace referencia a “miedo por su propia forma”. Luego, Raymond y Janet (1903) habla de la preocupación y el temor a ser visto como ridículo por los demás, con sus palabras literalmente lo conceptualiza como “la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo”,

Recién es los principios de la década del 90 es que Rosen y cols. (1990) definen el trastorno de la imagen corporal, el cual hace referencia a: un malestar exagerado que viene

de la mano con grandes preocupaciones por el aspecto físico, haciendo énfasis y dándole importancia a defectos imaginarios que tienen que ver con la apariencia. Phillips (1996) propone al trastorno de la imagen corporal como una cuestión multidimensional, y resalta lo conflictivo y problemático que puede ser éste para las relaciones sociales de la persona que lo padece. Tres años más tarde, Hollander y Aronovitz (1999) refuerzan esta idea, postulando que la ansiedad social es un factor clave del Trastorno de la Imagen Corporal, y que, sumado a la evitación social, puede llevar al aislamiento de la persona, evitando lugares donde se exponga a contacto social.

Respecto al concepto de preocupación por la imagen corporal, hay un término llamado “Complejo de Adonis”, introducido por primera vez por Pope y cols. (1993), éste mismo fue el que dio pie al punto de partida para la creación del instrumento de evaluación The Adonis Complex (Pope y cols., 2000), el cual tuvo éxito y se divulgó cuando salió a la venta el libro “The Secret Crisis of Male Body Obsession” (Pope y cols., 2000). Este libro contenía el cuestionario, las instrucciones y el material teórico necesario, permitiendo a los compradores del libro, el uso de forma sencilla del instrumento. El instrumento original consta de 13 ítems y está compuesto por tres factores: factor 1=efecto psicosocial de la apariencia física, factor 2=control de la apariencia física y factor 3=preocupación por la apariencia física. Hay pocos estudios psicométricos del cuestionario del Complejo de Adonis, entre ellos se destaca a Riccobono y cols. (2020) que evaluaron las propiedades psicométricas del instrumento en adultos italianos que practican deportes. En su análisis factorial tuvieron mejores índices de ajuste con un modelo alternativo de dos factores con respecto al modelo original de tres. Sepúlveda y cols. (2019) presentaron un modelo de segundo orden con una correlación entre el ítem 1 y 2 con adecuados índices de ajuste.

Castro y cols. (2013) analizaron la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria con la dismorfia muscular en 154 deportistas de musculación españoles. Se encontraron relaciones significativas como, por ejemplo, la obsesión por la delgadez y la desconfianza interpersonal que da como resultado el deterioro de relaciones interpersonales, y con la dimensión ascetismo y la búsqueda de “perfeccionismo” lo cual se relaciona con el sacrificio, autodisciplina y el realizar esfuerzos grandes que perjudican la salud, las relaciones sociales y el ámbito personal. Por último, se considera a Yépez y Ramos (2022) analizaron la validez convergente y discriminante del cuestionario, aplicando la adaptación española de Latorre y cols. (2015) en una muestra peruana de 61 personas con un rango de edad entre 18 a 53 años, de los cuales: el 21.3 % fueron fisicoculturistas profesionales, 32.8 % fueron aficionados, y 45.9 % refieren practicar otro deporte. En cuanto a la validez convergente se encontraron correlaciones significativas entre las dimensiones Control de la Apariencia Física, Efecto Psicosocial de la Apariencia Física, y el Total de la escala con las dimensiones de los instrumentos utilizados, mientras que en la validez discriminante la dimensión preocupación por la apariencia física no tuvo correlaciones con ninguna de las variables y dimensiones evaluadas. El instrumento completo y las primeras dos dimensiones presentaron coeficientes alfa adecuados. La tercera dimensión Preocupación por la Apariencia Física no puntuó correlaciones significativas y obtuvo un coeficiente alfa medio. A partir de estos resultados los autores plantan que el instrumento cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, pero que se discute y se necesitan más investigación sobre la tercera dimensión de la estructura original (factor 3=preocupación por la apariencia física) (Yépez y cols. 2022). En base a lo planteado sobre el instrumento, en esta investigación se utilizará la adaptación española propuesta por Latorre y cols. (2015), teniendo en cuenta el idioma (español) y la prueba de validez y convergencia realizada en

Perú, que fue el estudio psicométrico más cercano a la Argentina encontrado, tanto a nivel geográfico, como cultural.

2.1.2. Dismorfia muscular

Baile (2003) plantea que cuando un sujeto sostiene en exceso y de forma constante la preocupación por obtener una imagen corporal perfecta, que en su mente se considera inalcanzable, presenta dismorfia muscular, y llega a tener una distorsión de la propia imagen corporal. Los síntomas más recurrentes que proponen la literatura y algunas investigaciones en el tema son: invertir mucho tiempo en hacer ejercicio físico para lograr el aumento de la masa muscular; preocupación excesiva por no lograr ser lo suficientemente magro y musculoso; abandonar y dejar de lado actividades sociales, laborales o recreativas por una necesidad obsesiva y compulsiva de sostener su rutina de trabajo muscular y plan nutricional o dieta; exponerse a entrenamientos lesivos, a dietas no saludables o el uso de anabólicos y/o drogas ilegales, a pesar de tener conocimiento e información de las consecuencias negativas a nivel físico y psicológico que pueden traer; evitar situaciones donde el cuerpo resulta expuesto o en todo caso, tolerar esas situaciones con malestar, ansiedad y pensamientos desagradables; observarse reiteradas veces en el día en el espejo y sentirse poco corpulento o musculoso; pesarse constantemente y compararse con otras personas que también desarrollan masa muscular o se dedican a ejercitar su cuerpo (Olivardia, y cols., 2000; Rutzstein y cols., 2004; Rosen, 1995).

Pujol y Amat (2002) describen que una situación que se da en sujetos padecientes de dicho trastorno dismórfico, es ingerir o inyectarse sustancias que dan lugar al crecimiento de los músculos. Entre los alimentos y la suplementación que suele ser

utilizada, los más consumidos son proteína en polvo, barras energizantes y licuados proteicos, así como también bebidas que contengan energizantes y cafeína. En muchos casos, este tipo de productos se consumen simplemente por su popularidad, sin saber la acción sobre su organismo o cómo afectan de forma nutricional y hormonal. Sin embargo, hay sustancias como drogas o fármacos que se utilizan de forma ilegal, o se consiguen de forma clandestina, como por ejemplo anabólicos, esteroides, hormonas de crecimiento, testosterona, sustancias de uso veterinario como clenbuterol y equipoise (Pujol y Amat, 2002). Estas sustancias tienen efectos secundarios severos, tales como hipertensión arterial, riesgo de un ataque al corazón, colestasis hepática, reducción de la producción de esperma, ginecomastia, alteración de la conducta relacionada a la agresividad, la manía y malestar anímico (Kuipers, 1998). Además, se suma la problemática de que el uso de estas sustancias se realiza en exceso, sin control de las dosis, ni de un profesional de la salud informado sobre el tema, en condiciones peligrosas y de formas que no son adecuadas (Yesalis, 2000).

Para evaluar la sintomatología del trastorno dismórfico muscular, se creó un instrumento llamado La Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS, Mitchell y Peterson, 2012). La versión original en inglés obtuvo una consistencia interna general de 0,874. Posteriormente, González et al. (2012) adaptaron y validaron el cuestionario en fisiculturistas varones de cinco gimnasios en España, y obtuvieron una consistencia interna de 0,94 (González y cols., 2012). La primera versión latinoamericana se desarrolló en estudiantes universitarios mexicanos y obtuvo una consistencia interna de 0,82 (López y cols., 2013). Debido a que al aplicar un instrumento es necesario considerar la diferencia de contexto y lenguaje de la zona, en Perú los autores Cook del Aguila y cols. (2016) llevaron

a cabo una validación mediante el método Delphi, que consistió en un juicio de expertos conformado por diez jueces especializados en las áreas de: nutrición y dietética con especialización en deporte, metodología para la investigación en salud, psicología deportiva, traducción e interpretación y preparación física. Esta adaptación es la versión que se seleccionó para esta investigación, ya que es la más cercana a los parámetros culturales de Argentina. Tras el proceso del método Delphi y la aceptación de ocho jueces, se obtuvo un coeficiente de validez $V = 0,8$ ($p < 0,05$). Los jueces aprobaron el cuestionario con algunas modificaciones relacionadas con la terminología de algunos ítems, a fin de favorecer su entendimiento. El estudio se realizó con 31 personas, 15 alumnos varones de una universidad peruana privada y 16 usuarios de gimnasios, ambos grupos con edades de 18–30 años. Al calcular la consistencia interna, esta arrojó un alfa de Cronbach de $= 0,82$.

3. Antecedentes

3.1. Antecedentes internacionales

Behar y Molinari (2010) realizaron un estudio en Chile, evaluando la dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. Su método de estudio fue descriptivo, y constataba de dos grupos, el primero conformado por 88 asistentes a gimnasios levantadores de pesas que no poseían antecedentes de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y el segundo configurado por 84 estudiantes de medicina que no asistían a gimnasios y sin antecedentes de TCA. En el primer grupo, los criterios de inclusión fueron asistir a un gimnasio para entrenar levantando pesas por un período mayor a 6 meses, excluyéndose aquellos que entrenaban menos de 3 veces por semana. En el segundo grupo se excluyeron aquellos que asistían a un gimnasio. La muestra fue seleccionada al azar entre alumnos de la carrera de Medicina de la Universidad de Valparaíso y usuarios de sexo masculino de cuatro gimnasios particulares de Valparaíso y Viña del Mar, quienes, en su totalidad, voluntariamente y con consentimiento informado, accedieron a contestar los instrumentos administrados entre los años 2006 y 2009. Para la recolección de datos se utilizó una entrevista autoadministrada diseñada por las dos autoras en base a criterios diagnósticos. Para estimar la percepción de la imagen corporal se utilizó la Escala Graduada de Hannover, para evaluar la satisfacción se realizó una comparación entre la silueta escogida como la más representativa del individuo y aquella que desearía tener. Para evaluar las conductas alimentarias se utilizaron el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40). Los resultados arrojaron que en el grupo 1, la prevalencia de dismorfia corporal en el grupo 1 fue 13,6% (12 casos de 88) y en el grupo 2, no se registraron casos. Los grupos no difirieron en cuanto a

satisfacción corporal. El interés por el aspecto físico fue significativamente mayor en el grupo 1, comparado con el grupo 2 (92% versus 44%). El grupo 2 otorgó menor importancia a tener la figura soñada que los del grupo 1 (43% versus 77%). El 50% de los sujetos del grupo 1, pretendía aumentar su figura, mientras 82% de los que conformaban el grupo 2 deseaba mantenerla o reducirla. Los hombres del grupo 1 con dismorfia muscular objetivaban el peso semanalmente con más frecuencia, se miraban más al espejo y permanecían más minutos preocupados de ser poco musculosos, que los del mismo grupo sin dismorfia muscular y los del grupo 2.

En México Ayensa, y cols. (2011) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar las diferencias de las variables: imagen corporal, hábitos alimentarios alterados y hábitos de ejercicio alterados entre hombres usuarios de gimnasios y hombres universitarios no usuarios de gimnasios. La investigación se conformó de dos muestras: una con 78 usuarios de gimnasios elegidos aleatoriamente entre gimnasios de Guadalajara (Jalisco-México) y 340 alumnos no usuarios de la Universidad UNIVA de Guadalajara. Para la investigación los autores utilizaron como primer instrumento el Cuestionario de Hábitos de Alimentación Alterados (CHAA) con objetivo de medir una actitud hacia el comportamiento alimentario, el segundo instrumento utilizado fue el “Cuestionario de Complejo de Adonis (CCA)” para evaluar para evaluar la alteración de la imagen corporal. El tercer instrumento utilizado el Cuestionario de Hábitos de Ejercicio Alterados (CHeA) con objeto de medir la práctica de ejercicio físico de forma patológica. Y por último, utilizaron una Escalas de Figuras, los autores diseñaron una escala de 10 figuras, comenzando en una figura sin ningún tipo de musculación a una figura muy musculada, con el objetivo de tener una medida de imagen corporal visual o perceptiva, esta escala fue solo aplicada al grupo de hombres usuarios de

gimnasios, en ella, los sujetos debían señalar en una escala graduada debajo de las imágenes, cuál la era imagen con la que más se identificaban en la actualidad y cuál era la imagen que les gustaría tener, de esta forma se obtenían tres valores: imagen actual, imagen deseada, e insatisfacción corporal (definida como la distancia entre las dos figuras anteriores). Los resultados arrojaron que los dos grupos se diferenciaban significativamente en los cuestionarios CHAA y CHeA, siendo el grupo de usuarios de gimnasio quienes obtenían puntuaciones más altas, por ende, mayor nivel de alteración tanto en los hábitos alimentarios como en la práctica de ejercicio físico. No hubo presencia de diferencias significativas en el cuestionario CCA. Y por último en cuanto a los resultados de insatisfacción corporal, evaluada con la escala de figuras, los usuarios del gimnasio, en promedio, se ven a sí mismos como un nivel “4” de figura de media y les gustaría verse en torno a la figura 7, lo que significa una diferencia de aproximadamente 3 figuras de media de insatisfacción.

Teniendo en cuenta investigaciones del noroeste de Europa, más específicamente en el País de Noruega, se considera de importancia mencionar un estudio realizado en 2019 que tuvo como objetivo validar el Inventario de Trastorno Dismórfico Muscular (MDDI) traducido al noruego y explorar sobre la presencia de sintomatología de dismorfia muscular (MD) en hombres noruegos que van al gimnasio (Sandgren y cols., 2019). También la investigación se dedicó a examinar las diferencias en la sintomatología y en la duración del entrenamiento según el índice de masa corporal de los participantes. Este estudio utilizó el concepto de dismorfia muscular propuesto por Choi y cols. (2002), el cual lo definen como una afección en la que las personas (predominantemente hombres) se centran en la musculatura y tienen la creencia patológica de no ser lo suficientemente musculosos. Los

autores mencionan que previamente a realizar su investigación, se encontraron con la ausencia de estudios de dismorfia muscular aplicados a la población escandinava, particularmente en la población noruega. Sin embargo, también mencionen investigaciones previas de Escandinavia que se han dedicado a indagar síntomas de trastornos alimentarios e insatisfacción corporal en niños y niñas adolescentes (Bratland y cols., 2004).

Para realizar este estudio, los investigadores tuvieron en cuenta factores teóricos importantes como los que plantearon Cafri y cols. (2008), postulando que los hombres que padecen sintomatología de dismorfia muscular, o tienen antecedentes de la misma, arrojan niveles más altos de insatisfacción corporal en comparación con los hombres que no presentan ni padecieron dismorfia muscular (Cafri y cols., 2008). Muchos estudios dejaron en claro que la búsqueda y el deseo de agrandar el tamaño de los músculos al punto de generar un deterioro funcional de la vida cotidiana es el primer factor que puede predecir la dismorfia muscular en hombres que se encuentran físicamente activos (Robert y cols., 2009). Los autores toman en cuenta que el consumo de drogas ilegales y anabólicos de uso veterinario para conseguir el aumento de la musculatura, también se ha asociado a la sintomatología primaria de dismorfia muscular (González y cols., 2017). Hildebrandt y cols. (2006) se propusieron evaluar diferentes tipos de alteración de la imagen corporal entre levantadores de pesas masculinos y describieron cinco tipos diferentes de encuestados: dismórficos preocupados por la grasa, preocupados por los músculos, de comportamiento cotidiano y por último, normales. Los grupos dismórficos y con problemas musculares fueron los que arrojaron puntos más altos en niveles de alteraciones de la imagen corporal, en psicopatología asociada a la dismorfia muscular, en abuso de drogas

ilegales y en conductas de verificación de la apariencia. Todos estos factores se consideran asociados al trastorno dismórfico muscular (Hildebrandt y cols., 2006)

En conclusión, los autores encontraron que el instrumento MDDI traducido al noruego es una medida válida y confiable de la sintomatología de dismorfia muscular en hombres noruegos que son usuarios del gimnasio, en consonancia con validaciones previas en poblaciones estadounidenses e italianas. Respecto a la evaluación de las diferencias significativas entre los dos grupos según el índice de masa corporal, e indicadas por las relaciones significativas, los autores sugieren que los hombres con sobrepeso que van al gimnasio tienen el tamaño corporal deseado, pero pasan más horas entrenando para mejorar otros aspectos del cuerpo (por ejemplo, perder grasa) están expuestos a puntuaciones más altas de deterioro funcional e intolerancia a la apariencia. También consideran que los hombres que van al gimnasio con un peso normal pueden experimentar que no tienen el tamaño corporal deseado y, por ende, quieren aumentar su musculatura, ya que se comparan con los hombres que van al gimnasio con sobrepeso. El estudio descrito anteriormente propone que clasificar a las personas según su índice de masa corporal da lugar a identificar diferencias estadísticas notables en la sintomatología de dismorfia muscular relacionada con su tamaño corporal actual. (Sandgren y cols., 2019)

3.2. Antecedentes nacionales

En Argentina, más específicamente en la ciudad de Buenos Aires Rutzstein, y cols. (2004) presentaron una investigación sobre el grado de conformidad con la propia imagen corporal que presentan hombres adultos, su relación con la autoestima y la presencia de rasgos de ansiedad, depresión, obsesividad y dismorfia muscular. Para la muestra del

estudio se reclutaron 51 sujetos masculinos de entre 18 y 46 años de edad, los cuales conformaban un grupo que reunía a levantadores de pesas y fisicoculturas, los cuales fueron comparados con un grupo control. Los autores utilizaron una entrevista semiestructurada con el fin de recabar información sobre el peso actual, la altura, el peso deseado, la preocupación por el peso, la motivación para la actividad física, los hábitos alimentarios, la preocupación por el aspecto físico y el consumo de psicofármacos y anabólicos. También utilizaron como método de evaluación los siguientes cuestionarios y escalas autoadministrables: Eating Disorders Inventory-2, Breast Chest Rating Scale, Drive for Muscularity Scale, Rosenberg Self Esteem Scale, Inventario de Depresión de Beck, STAI y The Padua Inventory.

Los resultados, teniendo en cuenta primeramente la entrevista semiestructurada, indican que, en el grupo conformado por levantadores de pesas y fisicoculturistas, la mayoría de los sujetos se encuentran muy preocupados por la comida y por no bajar de peso, 17 hombres de 25 de los que conforman el grupo respondieron que desearía pesar más, pese a que ninguno de ellos presentaba un bajo peso en relación con su altura. Varios de ellos (10 de los 25) afirman que en varias ocasiones evitan deliberadamente comer fuera de la casa para poder sostener su plan de alimentación o la dieta que estén siguiendo en ese momento. La mayoría de los sujetos del grupo control (18 de los 26) presenta un peso considerado saludable en relación a la altura. Si bien sólo 2 sujetos del grupo de levantadores de pesas y fisicoculturistas afirman que actualmente consumen anabólicos, gran parte (16 de los 25) sostiene que consumió algún tipo de droga ilegal en épocas de competencias y señalan que en el circuito competitivo el consumo de anabólicos es inevitable, ya que por medios naturales no es posible lograr el volumen de masa muscular

que se exige. En cuanto a los cuestionarios y escalas autoadministrables, los autores observaron diferencias estadísticamente significativas en dos subescalas del Inventario de Conducta Alimentaria-2 (EDI-2) y en la escala de “Búsqueda de Muscularidad”. Los levantadores de pesas/físicoculturistas marcaron positivamente respuestas como “pienso en hacer dieta” o “exagero la importancia del peso de mi cuerpo” que pertenecen a la subescala “Búsqueda de delgadez” aunque no se refieren estas dos preguntas específicamente a la delgadez. También marcaron positivamente respuestas como “Me lleno excesivamente de comida” o “Pienso mucho en comer” que pertenecen a la subescala “Bulimia”. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los levantadores de pesas/físicoculturistas y el grupo control en el cuestionario Rosenberg Self Esteem Scale (RSES), Beck Depression Inventory (BDI), STAI rasgo, STAI estado y el Inventario de Padua. Es decir, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la autoestima y la sintomatología de depresión, ansiedad y obsesividad entre el grupo de los levantadores de pesas/físicoculturistas y el grupo control. En el grupo de los levantadores de pesas/físicoculturistas fueron detectados 7 casos de dismorfia muscular según los criterios propuestos por Pope y cols. (1997) para la Dismorfia Muscular. De estos 7 hombres que presentaron sintomatología de Dismorfia Corporal, 2 sujetos consumen actualmente anabólicos y 5 consumieron en épocas de competencia. Todos ellos afirman conocer sus consecuencias y efectos adversos, entre los cuales mencionan impotencia sexual, esterilidad, problemas hepáticos, y cambios de humor.

4. Metodología

4.1. Objetivos

4.1.1. Objetivos generales

Determinar los niveles de sintomatología del trastorno de dismorfia muscular y de preocupación por la imagen corporal en miembros hombres de gimnasios de Zona Sur.

4.1.2. Objetivos específicos

Evaluar la relación entre el nivel de sintomatología del trastorno de dismorfia muscular y los de preocupación por la imagen corporal en miembros hombres de gimnasios de Zona Sur.

Evaluar la relación entre el nivel de preocupación por la imagen corporal y la frecuencia semanal con la que los usuarios asisten al gym.

Evaluar la relación entre el nivel de de sintomatología del trastorno de dismorfia muscular y la frecuencia semanal con la que los usuarios asisten al gym.

Evaluar la relación entre el nivel de preocupación por la imagen corporal y la cantidad de horas que dura el entrenamiento de los usuarios.

Evaluar la relación entre el nivel de sintomatología del trastorno de dismorfia muscular y la cantidad de horas que dura el entrenamiento de los usuarios.

Determinar cuál es la población más afectada por la sintomatología de la dismorfia muscular según su edad.

Determinar cuál es la población más afectada por la sintomatología de preocupación de la imagen corporal según su edad.

4.2. Tipo y diseño de la investigación

El diseño de investigación es no experimental, ya que no se manipula ninguna variable, y transversal dado que se recogieron los datos en un único momento. El tipo de investigación es descriptiva, porque se planteó como objetivo, determinar la presencia de las variables en la muestra, así como también correlacional porque se propuso determinar si hay algún tipo de relación entre ellas. Además, es de tipo cuantitativo, puesto que se cuantifican las variables (Sampieri, 2018).

4.3. Población y muestra

Se evaluó una muestra de 150 personas. Como criterios de inclusión se consideraron hombres residentes de la Zona Sur de la provincia de Buenos Aires, mayores de 18 años, usuarios de gimnasios que entrenen en sala musculación/levantadores de pesas, los cuales dieron su consentimiento para participar del estudio.

Como criterios de exclusión, se omitieron cuestionarios de personas que realizan actividades similares al entrenamiento con pesas, tales como usuarios de CrossFit, de entrenamiento funcional, o de spinning.

Dado el carácter cuantitativo de la investigación, se ha empleado un muestreo no probabilístico.

4.4. Hipótesis de la investigación

H1: A mayor carga horaria a nivel semanal dentro del gimnasio, mayor preocupación por la imagen corporal.

H2: A mayor aumento de la preocupación por la imagen corporal, mayor nivel de la sintomatología de dismorfia muscular.

H3: Los hombres que hicieron o hacen uso de drogas ilegales obtendrán mayor puntaje en la sintomatología de dismorfia muscular.

H4: Los hombres que realizan entrenamientos de 2 horas o más obtendrán mayor puntaje en la sintomatología de dismorfia muscular.

4.5 Instrumentos

4.5.1 Sociodemográfico

Se realizaron preguntas relativas a la edad, lugar de residencia, ocupación, estado civil, si es usuario de gimnasio y cuantos días asiste a entrenar semanalmente, cuanto duran sus entrenamientos diarios, cuál es su carga horaria semanal y hace cuánto tiempo se dedica al entrenamiento con pesas.

4.5.2 Cuestionario del Complejo de Adonis (Pope, Phillips, y Olivardia, 2002; adaptación española de Latorre-Román, Garrido-Ruiz y García-Pinillos, 2015)

Este instrumento fue uno de los pioneros para evaluar la preocupación por la imagen corporal, teniendo en cuenta aspectos como el aseo, la alimentación, el ejercicio, la vida sexual, las drogas y las sensaciones, todo lo nombrado anteriormente en relación al aspecto físico y la preocupación por él (González-Martí y cols., 2008).

La versión a utilizar en esta investigación es la adaptación española que propuso Latorre-Roman y cols. (2015), el instrumento se conforma de trece ítems, con tres respuestas posibles: a, b y c. Para analizar el cuestionario, se considera que la opción “a” equivale 0 puntos, la “b” 1 punto, y la “c” 3 puntos. La puntuación máxima que se puede obtener es 39 puntos, la cual se divide en 4 niveles:

- De 0 a 9 puntos (leve): Preocupación normal que no afecta la vida diaria.
- De 10 a 19 (moderado): Preocupación media del complejo en cuestión, se considera que afecta determinados aspectos, pero que no es de forma severa.
- De 20 a 29 (severo): Indica el padecimiento de la preocupación por la imagen corporal, lo que se asocia y tiene aspectos en común con la sintomatología de la dismorfia corporal.
- De 30 a 39 (muy severo) indica un serio problema de imagen corporal que a diferencia del anterior grado, aquí sí manifiesta la existencia de un trastorno mental interfiriendo con la vida cotidiana de manera constante que requiere la atención de un especialista.

La escala se compone de tres factores: el primero, efecto psicosocial de la apariencia física (ítems 3; 11; 2; 8; 10; 9), el segundo, control de la apariencia física (ítems 13; 6; 7; 12), y el tercero preocupación por la apariencia física (ítems 1, 4, 5). Respecto a la validez realizada por Latorre-Roman y cols., (2015), utilizó el análisis factorial con rotación varimax para evaluar la estructura, lo que arrojó una convergencia entre los factores que explican el 65.29 % de la varianza, siendo así el primer componente (efecto psicosocial de la apariencia física) el que más cantidad de varianza explica, con un 42.31 %, luego el segundo factor (control de la apariencia física) con un 14.87 % y el

por último, el tercero (factor de preocupación por la apariencia física) con un 8.10 % (p. 1250). El alfa de Cronbach fue .880, y el test-retest .707. Asimismo, la validez convergente fue calculada por los autores a través de los cuestionarios EDS-R y EAT-26, y obtuvieron un valor en la correlación de Pearson de .613 y .422 respectivamente. (Latorre-Roman y cols., 2015).

4.5.3 La Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS, Mitchell y Peterson, (2012); adaptación peruana de Cook-del Aguila, L., Sanchez-Castro, A. E., Yacila, G. A., Reyes Bossio, M. A., & Mayta-Tristán, P, 2016)

La Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS) (Mitchell y Peterson, 2012) es un cuestionario con la posibilidad de ser auto administrado, este mismo se dedica a medir la sintomatología del trastorno dismórfico muscular. Mitchell y Peterson (2012) describen a la escala de satisfacción muscular cómo un instrumento que se compone de 19 apartados, donde se valoran varios aspectos y factores de la persona en relación a la temática. A estos apartados se los puede clasificar en un total de factores:

- La primera evalúa la relación que tiene la persona con la forma del cuerpo
- En la segunda categoría se indaga sobre la dependencia a actividades o hábitos que se relacionen con la preocupación con la imagen corporal
- La tercera categoría se centra sobre la apariencia y el concepto que se tiene de ella
- La cuarta evalúa el uso de una sustancia, drogas ilegales, anabólicos o lesiones,
- Por último, la quinta indaga sobre la satisfacción muscular de la persona.

La puntuación de cada ítem va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), a excepción de las preguntas 1, 4 y 14, cuya puntuación es inversa (Mitchell y Peterson, 2012).

Teniendo en cuenta que el cuestionario adaptado se divide en cuatro factores, para la validación peruana, estas se analizaron y obtuvieron:

- Factor 1 “lesiones y comprobación muscular” 22.54% de la varianza total (ítems 3, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19)
- Factor 2 “uso de sustancias” 21.48% de la varianza total (ítems 5, 6, 9, 17)
- Factor 3 “dependencia al ejercicio” 12.74% de la varianza total (ítems 2, 7, 8)
- Factor 4 “satisfacción muscular” 11.08% de la varianza total (ítems 1, 4, 14)
- Y por último, un puntaje de 0,76 para satisfacción muscular.

4.6. Procedimiento

Tanto el cuestionario socio demográfico, como los dos instrumentos utilizados fueron volcados a la plataforma digital “formularios Google”. Este fue distribuido a través de redes sociales como “WhatsApp”, “Instagram”, “Facebook”, “Telegram” y “Twitter” para poder ser autoaplicados.

Una vez que fueron recaudados los datos necesarios, se creó una base de datos en el programa SPSS para realizar las pruebas estadísticas correspondientes. Luego se analizaron los resultados, y se realizaron las conclusiones en base a las hipótesis y lo investigado previamente.

5. Resultados

Primeramente, se realizó en el programa la prueba de la normalidad Kolmogorov-Smirnov. La mayoría arrojaron una distribución anormal, excepto la variable del cuestionario de Escala de Satisfacción Muscular factor 1: lesiones y comprobación muscular ($p'=0,200$) y la variable de Escala Satisfacción Muscular total ($p'= 0,094$).

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
F1 - Efecto Psicosocial	.160	91	.000	.897	91	.000
F2 - Apariencia Física	.187	91	.000	.924	91	.000
F3 - Preocupación por la Apariencia Física	.164	91	.000	.942	91	.001
Cuestionario de Complejo de Adonis Total	.428	91	.000	.615	91	.000
F1: lesiones y comprobación muscular	.069	91	.200*	.979	91	.138
F2: uso de sustancias	.105	91	.015	.933	91	.000
F3: dependencia al ejercicio	.134	91	.000	.965	91	.015
F4: satisfacción muscular	.155	91	.000	.961	91	.008
Satisfacción muscular TOTAL	.086	91	.094	.986	91	.465
Edad (con número)	.142	91	.000	.928	91	.000
Hace cuanto asiste al gimnasio	.263	91	.000	.738	91	.000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Luego, a través de la prueba no paramétrica utilizando el estadístico Rho de Spearman se correlacionó la duración del entrenamiento con la Escala de Satisfacción Muscular, y se obtuvo significación en el factor 1: efecto psicosocial ($p'=0,981$), en el factor 2: apariencia física ($p'=0,058$), en satisfacción muscular total ($p'= 0,155$), en el factor 1: lesiones y comprobación muscular ($p'= 0,337$), factor 2: uso de sustancias ($p'= 0,908$) y factor 4: satisfacción muscular ($p'= 0,126$).

Correlations

		Duración del entrenamiento	F1 - Efecto Psicosocial	F2 - Apariencia Física	F3 - Preocupación por la Apariencia Física	Satisfacción muscular TOTAL	F1: lesiones y comprobación muscular	F2: uso de sustancias	F3: dependencia al ejercicio	F4: satisfacción muscular	
Spearman's rho	Duración del entrenamiento	Correlation Coefficient	1.000	.003	.200	.314**	.150	.102	-.012	.238*	.162
		Sig. (2-tailed)	.	.981	.058	.002	.155	.337	.908	.023	.126
N		91	91	91	91	91	91	91	91	91	91
F1 - Efecto Psicosocial	Correlation Coefficient	.003	1.000	.261*	.308**	.434**	.507**	.271**	.497**	-.494**	
	Sig. (2-tailed)	.981	.	.013	.003	.000	.000	.009	.000	.000	
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	91	
F2 - Apariencia Física	Correlation Coefficient	.200	.261*	1.000	.428**	.461**	.335**	.497**	.375**	-.063	
	Sig. (2-tailed)	.058	.013	.	.000	.000	.001	.000	.000	.553	
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	91	
F3 - Preocupación por la Apariencia Física	Correlation Coefficient	.314**	.308**	.428**	1.000	.179	.122	.092	.369**	-.228*	
	Sig. (2-tailed)	.002	.003	.000	.	.089	.248	.383	.000	.029	
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	91	
Satisfacción muscular TOTAL	Correlation Coefficient	.150	.434**	.461**	.179	1.000	.926**	.786**	.726**	-.061	
	Sig. (2-tailed)	.155	.000	.000	.089	.	.000	.000	.000	.566	
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	91	
F1: lesiones y comprobación muscular	Correlation Coefficient	.102	.507**	.335**	.122	.926**	1.000	.635**	.611**	-.206	
	Sig. (2-tailed)	.337	.000	.001	.248	.000	.	.000	.000	.050	
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	91	
F2: uso de sustancias	Correlation Coefficient	-.012	.271**	.497**	.092	.786**	.635**	1.000	.434**	-.116	
	Sig. (2-tailed)	.908	.009	.000	.383	.000	.000	.	.000	.274	
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	91	
F3: dependencia al ejercicio	Correlation Coefficient	.238*	.497**	.375**	.369**	.726**	.611**	.434**	1.000	-.260*	
	Sig. (2-tailed)	.023	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.013	
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	91	
F4: satisfacción muscular	Correlation Coefficient	.162	-.494**	-.063	-.228*	-.061	-.206	-.116	-.260*	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.126	.000	.553	.029	.566	.050	.274	.013	.	
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	91	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Con el estadístico Tau-b de Kendall se correlacionó la duración del entrenamiento, con el cuestionario del Complejo de Adonis y esta arrojó una significación de ($p' = 0,048$).

Correlations

		Duración del entrenamiento	Cuestionario de Complejo de Adonis Total
Kendall's tau_b	Duración del entrenamiento	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.202*
N		91	
Cuestionario de Complejo de Adonis Total	Correlation Coefficient	.202*	1.000
	Sig. (2-tailed)	.048	.
	N	91	91

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Las variables de los dos instrumentos se correlacionaron a través del estadístico Tau-b de Kendall y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Correlations

		Questionario de Complejo de Adonis Total	F1 - Efecto Psicosocial	F2 - Apariencia Física	F3 - Preocupación por la Apariencia Física	Satisfacción muscular TOTAL	F1: lesiones y comprobación muscular	F2: uso de sustancias	F3: dependencia al ejercicio	F4: satisfacción muscular	
Kendall's tau_b	Questionario de Complejo de Adonis Total	Correlation Coefficient	1.000	.584**	.399**	.545**	.407**	.405**	.299**	.495**	-.319**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000
		N	91	91	91	91	91	91	91	91	91
	F1 - Efecto Psicosocial	Correlation Coefficient	.584**	1.000	.215**	.241**	.310**	.369**	.202*	.371**	-.368**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.009	.003	.000	.000	.010	.000	.000
		N	91	91	91	91	91	91	91	91	91
	F2 - Apariencia Física	Correlation Coefficient	.399**	.215**	1.000	.349**	.353**	.256**	.402**	.291**	-.048
		Sig. (2-tailed)	.000	.009	.	.000	.000	.001	.000	.000	.555
		N	91	91	91	91	91	91	91	91	91
	F3 - Preocupación por la Apariencia Física	Correlation Coefficient	.545**	.241**	.349**	1.000	.131	.089	.068	.286**	-.184*
		Sig. (2-tailed)	.000	.003	.000	.	.093	.255	.401	.000	.024
		N	91	91	91	91	91	91	91	91	91
	Satisfacción muscular TOTAL	Correlation Coefficient	.407**	.310**	.353**	.131	1.000	.784**	.623**	.581**	-.055
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.093	.	.000	.000	.000	.470
		N	91	91	91	91	91	91	91	91	91
	F1: lesiones y comprobación muscular	Correlation Coefficient	.405**	.369**	.256**	.089	.784**	1.000	.472**	.480**	-.156*
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	.255	.000	.	.000	.000	.041
		N	91	91	91	91	91	91	91	91	91
	F2: uso de sustancias	Correlation Coefficient	.299**	.202*	.402**	.068	.623**	.472**	1.000	.334**	-.086
		Sig. (2-tailed)	.001	.010	.000	.401	.000	.000	.	.000	.273
N		91	91	91	91	91	91	91	91	91	
F3: dependencia al ejercicio	Correlation Coefficient	.495**	.371**	.291**	.286**	.581**	.480**	.334**	1.000	-.199*	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.011	
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	91	
F4: satisfacción muscular	Correlation Coefficient	-.319**	-.368**	-.048	-.184*	-.055	-.156*	-.086	-.199*	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.555	.024	.470	.041	.273	.011	.	
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	91	
Spearman's rho	Questionario de Complejo de Adonis Total	Correlation Coefficient	1.000	.672**	.447**	.609**	.489**	.487**	.349**	.578**	-.372**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000
		N	91	91	91	91	91	91	91	91	91
	F1 - Efecto Psicosocial	Correlation Coefficient	.672**	1.000	.261*	.308**	.434**	.507**	.271**	.497**	-.494**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.013	.003	.000	.000	.009	.000	.000
		N	91	91	91	91	91	91	91	91	91
	F2 - Apariencia Física	Correlation Coefficient	.447**	.261*	1.000	.428**	.461**	.335**	.497**	.375**	-.063
		Sig. (2-tailed)	.000	.013	.	.000	.000	.001	.000	.000	.553
		N	91	91	91	91	91	91	91	91	91
	F3 - Preocupación por la Apariencia Física	Correlation Coefficient	.609**	.308**	.428**	1.000	.179	.122	.092	.369**	-.228*
		Sig. (2-tailed)	.000	.003	.000	.	.089	.248	.383	.000	.029
		N	91	91	91	91	91	91	91	91	91
	Satisfacción muscular TOTAL	Correlation Coefficient	.489**	.434**	.461**	.179	1.000	.926**	.786**	.726**	-.061
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.089	.	.000	.000	.000	.566
		N	91	91	91	91	91	91	91	91	91
	F1: lesiones y comprobación muscular	Correlation Coefficient	.487**	.507**	.335**	.122	.926**	1.000	.635**	.611**	-.206
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	.248	.000	.	.000	.000	.050
		N	91	91	91	91	91	91	91	91	91
	F2: uso de sustancias	Correlation Coefficient	.349**	.271**	.497**	.092	.786**	.635**	1.000	.434**	-.116
		Sig. (2-tailed)	.001	.009	.000	.383	.000	.000	.	.000	.274
N		91	91	91	91	91	91	91	91	91	
F3: dependencia al ejercicio	Correlation Coefficient	.578**	.497**	.375**	.369**	.726**	.611**	.434**	1.000	-.260*	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.013	
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	91	
F4: satisfacción muscular	Correlation Coefficient	-.372**	-.494**	-.063	-.228*	-.061	-.206	-.116	-.260*	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.553	.029	.566	.050	.274	.013	.	
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	91	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Para analizar la variable referida al consumo de drogas para ganar musculo, se utilizó el estadístico Kruskal-Wallis y los resultados fueron los siguientes:

Ranks

¿Has consumido algún tipo de droga, legal o ilegal, para ganar músculo, perder peso o para cualquier intento de mejorar tu apariencia?		N	Mean Rank
F1 - Efecto Psicosocial	nunca	63	44.76
	Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.	17	43.85
	He usado esteroides ilegales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias/drogas ilegales.	11	56.41
	Total	91	
F2 - Apariencia Física	nunca	63	36.02
	Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.	17	60.71
	He usado esteroides ilegales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias/drogas ilegales.	11	80.45
	Total	91	
F3 - Preocupación por la Apariencia Física	nunca	63	41.85
	Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.	17	53.62
	He usado esteroides ilegales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias/drogas ilegales.	11	58.00
	Total	91	
Cuestionario de Complejo de Adonis Total	nunca	63	43.64
	Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.	17	42.09
	He usado esteroides ilegales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias/drogas ilegales.	11	65.55
	Total	91	
F1: lesiones y comprobación muscular	nunca	63	43.06
	Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.	17	44.79
	He usado esteroides ilegales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias/drogas ilegales.	11	64.68
	Total	91	
F2: uso de sustancias	nunca	63	37.99
	Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.	17	57.29
	He usado esteroides ilegales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias/drogas ilegales.	11	74.41
	Total	91	
F3: dependencia al ejercicio	nunca	63	43.48
	Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.	17	45.76
	He usado esteroides ilegales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias/drogas ilegales.	11	60.82
	Total	91	
F4: satisfacción muscular	nunca	63	45.45
	Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.	17	46.12
	He usado esteroides ilegales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias/drogas ilegales.	11	48.95
	Total	91	
Satisfacción muscular TOTAL	nunca	63	40.63
	Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.	17	50.03
	He usado esteroides ilegales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias/drogas ilegales.	11	70.55
	Total	91	

6. Discusión

En base a la investigación realizada y los datos obtenidos, podemos decir que la sintomatología de dismorfia muscular estaría presente en distintos niveles en usuarios masculinos de gimnasios de Zona Sur. En esta influyen factores que se nombraron en las hipótesis como la duración de los entrenamientos, la cantidad de veces que se entrena por semana, el uso de drogas, y demás. Estos resultados coinciden, en parte, con estudios realizados en España que indican que en su país se estima que podría haber entre 20.000 y 23.000 los afectados con sintomatología con dismorfia corporal, planteando que los hombres entre 18 y 35 serían la población de riesgo (Baile, 2003). Teniendo en cuenta estudios de Latinoamérica, Behar y Molinari (2010) realizaron una investigación en Chile, evaluando la dismorfia muscular y comparando dos grupos de población masculina. El grupo 1 estaba formado por usuarios de gimnasios levantadores de pesas, y el grupo 2 se constataba por universitarios que no asistían a un gimnasio ni realizaban entrenamiento. Los resultados indicaron que el 13,6% del grupo 1 presentaba alta sintomatología de dismorfia muscular, mientras que el grupo 2 no presentó ninguna presencia significativa de esta (Behar y Molinari, 2010). En relación al consumo de sustancias y drogas ilegales, Rutzstein y cols. (2004) realizaron en Argentina una investigación sobre el grado de conformidad con la propia imagen corporal que presentan hombres adultos, su relación con la autoestima y la presencia de rasgos de ansiedad, depresión, obsesividad y dismorfia muscular, en dicha investigación describió que un gran porcentaje de hombres que asisten de Lunes a Viernes al gimnasio, reflejó desear estar más musculoso y pesar más, aunque ya se encuentren en un peso saludable, y la mitad de estos enunció que toman o alguna vez tomaron anabólicos o drogas ilegales con el fin de aumentar masa muscular.

Teniendo en cuenta estas investigaciones, además de estudios previos nombrados anteriormente, se puede observar que los resultados obtenidos eran en parte, esperables (Choi y cols., 2002; Hildebrandt y cols., 2006). Se considera que los objetivos del proyecto fueron logrados, sin embargo, se tiene en cuenta que es un tema sobre el que falta indagar e investigar de manera más amplia. Como se explicó previamente, la sintomatología de dismorfia muscular es una problemática que no hace mucho tiempo está teniendo lugar en la investigación, sobre todo en América Latina (Jaramillo Y Rúa, 2017).

En base al análisis de los resultados, se podría decir que la hipótesis 1, la cual plantea que, a mayor carga horaria a nivel semanal dentro del gimnasio, mayor preocupación por la imagen corporal fue confirmada. La segunda hipótesis propone que, a mayor aumento de la preocupación por la imagen corporal, mayor nivel de la sintomatología de dismorfia muscular. Los resultados también confirmaron esta hipótesis, de igual forma que la tercera, la cual plantea que los hombres que hicieron o hacen uso de drogas ilegales obtendrán mayor puntaje en la sintomatología de dismorfia muscular.

Un factor importante a tener en cuenta es que la investigación también demostró que muchos usuarios de gimnasios realizan la actividad de una forma responsable y sana, por lo que además de tener en cuenta la preocupación por la imagen corporal y la satisfacción muscular, se considera de importancia la individualidad de cada sujeto, que incluye su personalidad, historicidad, autoestima, identidad y demás amplios aspectos.

En conclusión, a través de la investigación realizada y los datos obtenidos, se considera que las primeras tres hipótesis fueron confirmadas, sin embargo, también se tiene en cuenta para futuras investigaciones que se podría indagar y explorar de manera más amplia y específica esta temática.

7. Referencias:

- Ayensa, I. B. (2003). Vigorexia y culto al cuerpo, alteraciones de la imagen corporal en hombres. *Psiquiatría Noticias*, 5(2).
- Baile Ayensa, J. I. (2003). ¿ Qué es la imagen corporal?. *Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades*, (2), 53-70.
- Baile Ayensa, J. I., González Díaz, A., Ramírez Ortiz, C., & Suárez Andujo, P. (2011). Imagen corporal, hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios no usuarios. *Revista de Psicología del deporte*, 20(2), 0353-366.
- Behar, R., & Molinari, D. (2010). Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Revista médica de Chile*, 138(11), 1386-1394.
- Børresen, R., & Rosenvinge, J. H. (2003). Body dissatisfaction and dieting in 4,952 Norwegian children aged 11–15 years: Less evidence for gender and age differences. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 8(3), 238-241.
- Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European journal of sport science*, 13(5), 499-508.

- Briceño, O. A. M., Bojórquez, R. C., Arévalo, R. V., & Ayensa, J. I. B. (2010). Hábitos alimentarios de hombres con características de dismorfia muscular. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 11(4).
- Brown, T. A., Cash, T. F., & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of personality assessment*, 55(1-2), 135-144.
- Caballero, P., Yagui, M., Espinoza, M., Castilla, T., Granados, A., Velásquez, A., & Cabezas, C. (2010). Prioridades regionales y nacionales de investigación en salud, Perú 2010-2014: un proceso con enfoque participativo y descentralista. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27, 398-411.
- Cafri, G., Olivardia, R. y Thompson, JK (2008). Características de los síntomas y comorbilidad psiquiátrica entre hombres con dismorfia muscular. *Psiquiatría Integral*, 49(4), 374-379. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.01.003
- Castro López, R., Cachón Zagalaz, J., Molero López-Barajas, D., & Zagalaz Sánchez, M. L. (2013). Dismorfia muscular y su relación con síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 31-36.
- Choi, PY, Pope, HGJr. y Olivardia, R. (2002). Dismorfia muscular: un nuevo síndrome en levantadores de pesas. *Revista británica de medicina deportiva*, 36(5), 375-376.
- Cook-del Aguila, L., Sanchez-Castro, A. E., Yacila, G. A., Reyes Bossio, M. A., & Mayta-Tristán, P. (2016). Adaptación cultural de la versión peruana de la Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS) para dismorfia muscular. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(4), 268-269.

- Escoto Ponce de León, M. D. C., Camacho Ruiz, E. J., Alvarez Rayón, G. L., Díaz Resendiz, F. D. J., & Morales Ramírez, A. (2012). Relación entre autoestima y síntomas de dismorfia muscular en varones fisicoconstructivistas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 3(1), 11-18.
- Fisher, S. (2014). *Development and Structure of the Body Image: Volume 1*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- González Martí, I., Bustos, J. G. F., & Jordán, O. R. C. (2012). Aplicación de árboles de decisión como método de clasificación de la Vigorexia. *Acción Motriz*, 9(1), 7-15.
- González-Martí, I., Bustos, J. G. F., Jordán, O. R. C., & Mayville, S. B. (2012). Validation of a Spanish version of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: escala de satisfacción muscular. *Body Image*, 9(4), 517-523.
- González-Martí, I., Fernández-Bustos, J. G., Jordán, O. R. C., & Sokolova, M. (2017). Dismorfia Muscular: detección del uso-abuso de esteroides anabolizantes androgénicos en una muestra española. *adicciones*, 30(4), 243-250.
- Guevara Jaramillo, M. A., & Múnera Rúa, N. E. (2017). *Avances en el estudio del trastorno dismórfico muscular en América Latina 2013-2017*. [Tesis de Grado, Universidad de Antioquia]. <https://hdl.handle.net/10495/14060>
- Hildebrandt, T., Schlundt, D., Langenbucher, J. y Chung, T. (2006). Presencia de sintomatología de dismorfia muscular en levantadores de pesas masculinos. *Psiquiatría Integral*, 47(2), 127-135. doi: 10.1016/j.comppsy.2005.06.001

- Hollander, E., & Aronowitz, B. R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: Managing the complicated patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(9), 27.
- Jeffrey C, P Gray, H Pope (2005). Male body in Taiwan versus the west: yanggang zhiqi meets the Adonis complex. *Am J Psychiatry*; 162 (2): 263-269.
- Kjelsås, E., Bjørnstrøm, C., & Gøtestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). *Eating behaviors*, 5(1), 13-25.
- Kuipers, H. (1998). Anabolic steroids: side effects. *Encyclopedia of sports medicine and science. Internet Society for Sport Science*.
- Latorre-Román, P. Á., Garrido-Ruiz, A., & García-Pinillos, F. (2015). Versión española del cuestionario del complejo de Adonis: un cuestionario para el análisis del dimorfismo muscular o vigorexia. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1246-1253.
- Leit, R. A., Gray, J. J., & Pope Jr, H. G. (2002). The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia?. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 334-338.
- López Cuautle, C., Vázquez Arévalo, R., Ruíz Martínez, A. O., & Mancilla Díaz, J. M. (2013). Propiedades psicométricas del instrumento Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS) en hombres mexicanos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(2), 79-88.
- Lopez, L. (2019). *Propiedades psicométricas del cuestionario del complejo de Adonis en deportistas varones de musculación de 4 gimnasios, Comas, Lima, 2019* (Doctoral

- dissertation, Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/56059>).
- Marfil, B., Cruz, B., Vázquez, A., & Baile, A. (2010). Hábitos alimentarios de hombres con características de dismorfia muscular. *Rev Salud Pública Nutr, 11*, 1-13.
- Mayaute, L. M. E. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de psicología, 6*(1), 103-111
- Mayville, S. B., Williamson, D. A., White, M. A., Netemeyer, R. G., & Drab, D. L. (2002). Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: A self-report measure for the assessment of muscle dysmorphia symptoms. *Assessment, 9*(4), 351-360.
- Mitchell, J. E., & Peterson, C. B. (Eds.). (2005). *Assessment of eating disorders*. Guilford Press
- Morselli, E. (1886). Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Nollentino della Academia di Genova, 6*, 110-119.
- 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.
- Olivardia, R., Pope Jr, H. G., & Hudson, J. I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *American Journal of Psychiatry, 157*(8), 1291-1296.
- Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría, 34*(4), 572-580.

- Phillips, K. A. (1996) *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford University Press, USA.
- Pope Jr, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548-557.
- Pope Jr, H. G., Katz, D. L., & Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive psychiatry*, 34(6), 406-409.
- Pope, H. G., Pope, H., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. Simon and Schuster.
- Pope, H., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2002). *The Adonis complex: How to identify, treat and prevent body obsession in men and boys*. Touchstone.
- Pujol-Amat, P. (2002). Necesidades nutritivas especiales del deportista. *Nutrición, salud y rendimiento deportivo*. Barcelona: Espaxs, 97-138.
- Raymond, F., & Janet, P. (1903). Les obsessions et la psychasthénie. In *Les obsessions et la psychasthénie* (pp. 543-543).
- Riccobono, G., Pompili, A., Iorio, C., Carducci, G., Parnanzone, S., Pizziconi, G., ... & Pacitti, F. (2020). An instrument for the evaluation of muscle dysmorphia: The Italian validation of the adonis complex questionnaire. *Brain and Behavior*, 10(7), e01666.
- Robert, C. A., Munroe-Chandler, K. J., & Gammage, K. L. (2009). The relationship between the drive for muscularity and muscle dysmorphia in male and female

- weight trainers. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 23(6), 1656-1662.
- Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and behavioral practice*, 2(1), 143-166.
- Rosen, J. C., Cado, S., Silberg, N. T., Srebnik, D., & Wendt, S. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21(4), 481-498.
- Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 32.
- Rutzstein, G., Casquet, A., Leonardelli, E., Lopez, P., Macchi, M., Marola, M. E., & Redondo, G. (2004). Imagen corporal en hombres y su relación con la dismorfia muscular. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 13(2), 119-131.
- Rutzstein, G., Casquet, A., Leonardelli, E., Lopez, P., Macchi, M., Marola, M. E., & Redondo, G. (2004). Imagen corporal en hombres y su relación con la dismorfia muscular. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 13(2), 119-131.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., & Scappatura, M. L. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(1), 48-61.
- Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.

- Sandgren, S. S., Giske, R., & Shalfawi, S. A. (2019). Muscle dysmorphia in norwegian gym-going men: an initial investigation. *Kinesiology*, *51*(1), 12-21.
- Schilder, P. (1935). *The Image and Appearance of the Human Body*. London: Kegan Paul. *Trench, Trubner*.
- Sepúlveda, A. R., Rica, R., Moreno, A., Román, F. J., & Compte, E. J. (2019). Assessing the male body image: Spanish validation of two instruments. *Psychiatry research*, *272*, 483-490.
- Viñuela, I. C., Palencia, J. A., Fuster, M. A., & Gómez, J. D. (2002). Estilo de vida en trastornos de conducta alimentaria. *Nutr Hosp*, *17*(4), 219-222.
- Yépez-Alvarez, M., Ortega, F. N., & Ramos-Vargas, L. (2022). Evidencias de validez convergente y discriminante del cuestionario del Complejo de Adonis en una muestra peruana. *Psicología UNEMI*, *6*(10), 36-50.
- Yesalis, C. E. (2000). *Anabolic steroids in sport and exercise* (No. Ed. 2). Human Kinetics Publishers.

8. Anexos

CUESTIONARIO DEL COMPLEJO DE ADONIS

1. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día preocupándote por algún aspecto de tu apariencia (no simplemente pensándolo sino preocupándote)?
 - a) Menos de 30 minutos.
 - b) De 30 a 60 minutos.
 - c) Más de 30 minutos.
2. ¿Con que frecuencia estás mal por alguna cuestión relacionada con tu apariencia (preocupado, ansioso, deprimido...)?
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
3. ¿Con qué frecuencia evitas que partes de tu cuerpo o tu cuerpo entero sea visto por otros? Por ejemplo, ¿con qué frecuencia evitas ir a vestuarios, piscinas o situaciones donde debas quitarte la ropa? O también, ¿con qué frecuencia llevas ropas que alteran u ocultan tu apariencia corporal, como por ejemplo intentar ocultar tu cabello o llevar ropas holgadas para esconder tu cuerpo?
 - a) Nunca o raramente
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
4. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades de aseo para mejorar tu apariencia?
 - a) Menos de 30 minutos.
 - b) De 30 a 60 minutos.
 - c) Más de 60 minutos.
5. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades físicas para mejorar tu apariencia física, tales como levantamiento de pesas, jogging, máquina de caminar? (Nos referimos sólo a esas actividades deportivas cuyo objetivo principal sea mejorar la apariencia física).
 - a) Menos de 60 minutos.
 - b) De 60 a 120 minutos.
 - c) Más de 120 minutos.
6. ¿Con qué frecuencia sigues dietas comiendo alimentos especiales (por ejemplo, de alto grado proteínico o comidas bajas en grasas) o ingieres suplementos nutricionales para mejorar tu apariencia?
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
7. ¿Qué parte de tus ingresos económicos los empleas en cuestiones dedicadas a mejorar tu apariencia (por ejemplo, comidas especiales de dieta, suplementos nutricionales, productos para el pelo, cosméticos, técnicas cosméticas, equipamiento deportivo, cuotas de gimnasio...)?
 - a) Una cantidad insignificante.
 - b) Una cantidad sustancial, pero nunca hasta el punto de que me cree problemas económicos.
 - c) Una cantidad suficiente hasta el punto de crear problemas económicos.
8. ¿Con qué frecuencia tus actividades relacionadas con tu apariencia física afectan a tus relaciones sociales (por ejemplo, el tener que dedicar tiempo a entrenamientos, prácticas alimentarias especiales o cualquier otra actividad relacionada con tu apariencia que terminan afectando a tus relaciones con otras personas)?
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
9. ¿Con que frecuencia tu vida sexual se ha visto afectada por tus preocupaciones relacionadas con tu apariencia?
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
10. ¿Con qué frecuencia tus preocupaciones con la apariencia o actividades relacionadas con ella han comprometido tu trabajo o carrera (o tus actividades académicas si eres estudiante) (por ejemplo, llegando tarde, perdiendo horas de trabajo o clase, trabajando por debajo de tu capacidad o perdiendo oportunidades de mejora o ascenso por preocupaciones y/o actividades con la imagen corporal)?
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
11. ¿Con qué frecuencia has evitado ser visto por otra gente debido a tus preocupaciones con tu apariencia (por ejemplo, no yendo a la escuela, al trabajo, a eventos sociales o a estar en público...)?
 - a) Nunca o raramente
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
12. ¿Has consumido algún tipo de droga, legal o ilegal, para ganar músculo, perder peso o para cualquier intento de mejorar tu apariencia?
 - a) Nunca.
 - b) Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.
 - c) He usado esteroides legales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias.
13. ¿Con qué frecuencia has tomado medidas extremas (que no sean el uso de drogas) para cambiar tu apariencia, tales como hacer ejercicio excesivo, entrenar incluso estando dolorido, hacer dietas extremas, vomitar, usar laxantes u otros métodos de purga, usar técnicas no convencionales de desarrollo muscular, crecimiento del pelo, alargamiento del pene, etc.?
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.

Escala de Satisfacción Muscular

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