



UNIVERSIDAD  
DE PIURA

FACULTAD DE HUMANIDADES

**Relación entre Autoestima y Vigorexia en personas de 18 a  
30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana**

Tesis para optar el Título de  
Psicólogo

**Lorena Maria Rosa Rojas Rocca  
Nicole Sandoval Bullon**

**Asesor(es):  
Mgtr. Silvana Cáceres Landaburu**

**Lima, diciembre de 2024**

### Declaración Jurada de Originalidad del Trabajo Final

Yo, Lorena Maria Rosa Rojas Rocca, egresado del Programa Académico de Humanidades de la Facultad de Psicología de la Universidad de Piura, identificado(a) con DNI: 74613910, declaro que:

Soy autor del trabajo final titulado:

**“Relación entre Autoestima y Vigorexia en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana”**

El mismo que presento bajo la modalidad de Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Psicología.

Que el trabajo se realizó en coautoría con los siguientes alumnos de la Universidad de Piura.

- Nicole Sandoval Bullon, identificado con DNI: 72604292

El texto de mi trabajo final es original y no vulnera los derechos de terceros o, de ser el caso, derechos de los coautores, incluidos los derechos de propiedad intelectual, datos personales, entre otros. En tal sentido, el texto de mi trabajo final no ha sido plagiado total ni parcialmente, para lo cual, he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas. Asimismo, el texto del trabajo final que presento no ha sido publicado ni presentado antes en cualquier medio electrónico o físico; y que la investigación, los resultados, datos, conclusiones y demás información presentada que atribuyo a mi autoría son veraces.

En caso de detectarse el incumplimiento de lo declarado asumo frente a terceros, la Universidad de Piura y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

La asesoría del trabajo estuvo a cargo de los siguientes docentes de la Universidad de Piura:

- Silvana Cáceres Landaburu, identificado con DNI: 43021351

Declaro (declaramos) que:

Luego de haber empleado el software de coincidencia Turnitin, revisado las fuentes de información señaladas por el autor, y en razón de mi (nuestra) experiencia como investigador(es), declaro (declaramos) que las ideas expuestas en el trabajo final alcanzan las condiciones de calidad, integridad y originalidad acorde a los objetivos institucionales y estándares en materia de investigación. Finalmente, no asumo (asumimos) responsabilidad por la posible vulneración de derechos de autor en el trabajo final referido, pues tal responsabilidad es exclusiva del autor.

Fecha: 17 de diciembre del 2024.



Firma del autor<sup>1</sup>



Firma del asesor<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Firma idéntica al DNI. No se admite digital, salvo certificado.

### Declaración Jurada de Originalidad del Trabajo Final

Yo, Nicole Sandoval Bullon, egresado del Programa Académico de Humanidades de la Facultad de Psicología de la Universidad de Piura, identificado(a) con DNI: 72604292, declaro que:

Soy autor del trabajo final titulado:

**“Relación entre Autoestima y Vigorexia en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana”**

El mismo que presento bajo la modalidad de Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Psicología.

Que el trabajo se realizó en coautoría con los siguientes alumnos de la Universidad de Piura.

- Lorena Maria Rosa Rojas Rocca, identificado con DNI: 74613910

El texto de mi trabajo final es original y no vulnera los derechos de terceros o, de ser el caso, derechos de los coautores, incluidos los derechos de propiedad intelectual, datos personales, entre otros. En tal sentido, el texto de mi trabajo final no ha sido plagiado total ni parcialmente, para lo cual, he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas. Asimismo, el texto del trabajo final que presento no ha sido publicado ni presentado antes en cualquier medio electrónico o físico; y que la investigación, los resultados, datos, conclusiones y demás información presentada que atribuyo a mi autoría son veraces.

En caso de detectarse el incumplimiento de lo declarado asumo frente a terceros, la Universidad de Piura y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

La asesoría del trabajo estuvo a cargo de los siguientes docentes de la Universidad de Piura:

- Silvana Cáceres Landaburu, identificado con DNI: 43021351

Declaro (declaramos) que:

Luego de haber empleado el software de coincidencia Turnitin, revisado las fuentes de información señaladas por el autor, y en razón de mi (nuestra) experiencia como investigador(es), declaro (declaramos) que las ideas expuestas en el trabajo final alcanzan las condiciones de calidad, integridad y originalidad acorde a los objetivos institucionales y estándares en materia de investigación. Finalmente, no asumo (asumimos) responsabilidad por la posible vulneración de derechos de autor en el trabajo final referido, pues tal responsabilidad es exclusiva del autor.

Fecha: 17 de diciembre del 2024.



Firma del autor<sup>1</sup>



Firma del asesor<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Firma idéntica al DNI. No se admite digital, salvo certificado.

## Resumen

Con el paso del tiempo, la concepción de belleza ha experimentado constantes cambios. En la actualidad, la imagen de un cuerpo "fit", es decir en buena forma física y musculoso es el ideal predominante para hombres y mujeres. No obstante, cumplir con estas expectativas puede tener efectos perjudiciales acerca del bienestar físico y mental de las personas. Este estudio tiene como objetivo principal el establecer la relación entre autoestima y vigorexia en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana. Además, se propone identificar la relación entre la autoestima y las dimensiones de vigorexia: efecto psicosocial de la apariencia física, control de la apariencia física y preocupación por la apariencia física en personas de 18-30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana. Para ello, se aplicó el Cuestionario del Complejo de Adonis y la Escala de Autoestima de Rosenberg a un total de 150 usuarios de gimnasios. La investigación es de tipo cuantitativa, transversal y correlacional. Los resultados revelaron una correlación significativa, inversa y grande entre la autoestima y la vigorexia ( $r = -.511^{**}$ ). Asimismo, con respecto a los objetivos específicos, se encontró que la variable autoestima tuvo relación inversa con las tres dimensiones de vigorexia: con la dimensión "efecto psicosocial de la apariencia física" ( $r = -.509^{**}$ ); con "control de la apariencia física" ( $r = -.197^*$ ) y finalmente con "preocupación por la apariencia física" ( $r = -.329^{**}$ ). Se concluyó que existe una relación significativa entre la autoestima, vigorexia y sus dimensiones, esto sugiere que una persona con altos puntajes de vigorexia tenderá a presentar puntajes bajos de autoestima. Esto mismo ocurre con las dimensiones de vigorexia, pues una menor autoestima indicaría puntajes más elevados en las dimensiones de vigorexia.

## Tabla de contenido

Introducción .....	8
Capítulo I: Problema .....	9
1. Formulación del problema.....	9
2. Pregunta del problema .....	10
2.1. Pregunta general .....	10
2.2. Preguntas específicas.....	10
3. Objetivos.....	11
3.1. Objetivo general .....	11
3.2. Objetivos específicos .....	11
4. Justificación.....	11
5. Limitaciones.....	12
Capítulo II: Marco teórico.....	13
1. Revisión de literatura.....	13
1.1. Antecedentes internacionales.....	13
1.2. Antecedentes nacionales .....	15
2. Definición de variables .....	16
2.1. Autoestima .....	16
2.2. Vigorexia.....	22
3. Formulación de hipótesis.....	32
3.1. Hipótesis general .....	32
3.2. Hipótesis específicas.....	32
Capítulo III: Método .....	34
1. Tipo de investigación .....	34
2. Diseño de investigación .....	34
3. Población .....	34
4. Muestra .....	34
5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	36
5.1. Recolección de datos y procedimiento .....	36
5.2. Instrumentos de evaluación.....	36
5.3. Análisis de Datos.....	38
Capítulo IV: Resultados .....	39
Capítulo V: Discusión.....	43
Conclusiones.....	47
Recomendaciones.....	48

Referencias .....49

## Lista de tablas

<b>Tabla 1</b> Definición conceptual y operacional de la variable autoestima .....	21
<b>Tabla 2</b> Definición conceptual y operacional de la variable vigorexia .....	32
<b>Tabla 3</b> <i>Distribución de participantes según sexo</i> .....	34
<b>Tabla 4</b> <i>Distribución de participantes según distrito</i> .....	35
<b>Tabla 5</b> <i>Distribución de participantes según edad</i> .....	35
<b>Tabla 6</b> <i>Distribución de participantes según frecuencia de entrenamiento</i> .....	35
<b>Tabla 7</b> Análisis de normalidad de la variable autoestima y vigorexia con sus dimensiones.....	39
<b>Tabla 8</b> Coeficiente de correlación entre autoestima y vigorexia.....	39
<b>Tabla 9</b> Coeficiente de correlación entre autoestima y dimensiones de la vigorexia.....	40
<b>Tabla 10</b> Vigorexia y sus dimensiones según sexo.....	40
<b>Tabla 11</b> Coeficiente de correlación entre la edad y la vigorexia y sus dimensiones .....	41
<b>Tabla 12</b> Vigorexia y sus dimensiones en cuanto a la frecuencia de entrenamiento .....	41

## Introducción

En la actualidad, la actividad física y la búsqueda de un cuerpo bien definido han adquirido gran relevancia. Hoy en día, los estándares de belleza apuntan a una figura más musculada y marcada tanto para hombres como mujeres. Esta búsqueda del cuerpo perfecto puede dar lugar a problemas físicos y emocionales que afectan la salud de las personas (Murcho, 2018). En este contexto, el cuerpo se ha convertido en el principal símbolo de identidad, desplazando otros valores. Los medios de comunicación, mediante películas y anuncios publicitarios, tienden a vincular la felicidad con la apariencia física (Rodríguez, 2007).

En un estudio llevado a cabo en Chile, Behar y Molinari (2010) hallaron que la insatisfacción corporal motiva a las personas a aumentar su actividad física. En este sentido, el ejercicio físico se ha transformado principalmente en un medio para mejorar la imagen corporal, en lugar de enfocarse en la mejora de la salud y el bienestar general de las personas. Esta preocupación por la apariencia corporal no solo genera juicios sobre el cuerpo humano, sino que también puede llevar al desarrollo de enfermedades (Corazza et al., 2019, como se citó en Guarnizo, 2022).

La vigorexia se ha enmarcado como un desorden en la percepción de la imagen corporal, marcada por una subestimación del tamaño y la fuerza del cuerpo, así como por la adopción de conductas compensatorias desadaptativas (Pope et al., 1997). En el ámbito nacional, un estudio realizado por Begazo y Canaza (2015) mostró que la prevalencia de vigorexia entre usuarios de gimnasios en Arequipa es del 34,43% de la muestra. Además, reportaron que la mayor prevalencia se encuentra en hombres y en personas de entre 20 y 29 años.

Hay una variedad de factores que intervienen en la aparición de la vigorexia; sin embargo, la presente investigación se enfocará en la autoestima. Investigaciones realizadas en España y Australia han señalado que una baja autoestima puede ser un factor predictivo de la sintomatología vigoréxica (Murray et al., 2013; Olave et al., 2019). Actualmente, existe una falta de estudios que exploren esta relación en el contexto nacional. Esta investigación pretende proporcionar datos relevantes para una mejor comprensión y estudio de las variables propuestas.

El presente estudio se estructura en 5 capítulos. El primer capítulo aborda la problemática investigada, define los objetivos, justifica el estudio y considera sus limitaciones. A continuación, el segundo capítulo ofrece una revisión de investigaciones previas, tanto internacionales como nacionales, desarrolla el marco teórico relevante y formula las hipótesis. El tercer capítulo está dedicado a la metodología, describiendo la población, la muestra y los instrumentos utilizados. El cuarto capítulo expone los resultados obtenidos, mientras que el quinto capítulo se dedica a la discusión de estos resultados. Finalmente se desarrollan las conclusiones y recomendaciones.

## Capítulo I: Problema

### 1. Formulación del problema

A través de los años, la concepción de la belleza ha evolucionado de manera constante. En el siglo XVII, el ideal de belleza femenino era un cuerpo voluptuoso con caderas anchas y brazos grandes. Posteriormente, en la década de 1950, el ideal cambió a cuerpos con más curvas y extremidades más finas, siendo Marilyn Monroe el cuerpo representativo de ello. Dos décadas después, empezaron a aparecer los cuerpos más delgados y con menos curvas. Esta tendencia continúa en los noventa, donde se seguían viendo cuerpos muy delgados (Murcho, 2018).

Estos cánones de belleza no solo afectan a la población femenina, sino también a la masculina. Llorca y Márquez (2017) señalan que el estándar de belleza para el cuerpo masculino no ha sido tan marcado como el que ha existido para el cuerpo femenino. En la edad media, las representaciones artísticas y literarias solían mostrar a los hombres como guerreros, destacando la fuerza y virilidad. Estos hombres eran delgados, altos, fuertes, vigorosos y esbeltos, con cuerpos robustos adaptados para las armaduras. Su apariencia buscaba exaltar su masculinidad y virilidad a través de su apariencia física. En la actualidad, la cultura de Hollywood ha promovido cuerpos musculosos y bien definidos, influenciados por el fisicoculturismo, tomando como inspiración figuras como Sylvester Stallone y Arnold Schwarzenegger.

Hoy en día, la imagen "fit" se ha convertido en el estándar de belleza predominante y es cada vez más común observar cuerpos muy musculosos tanto en hombres como en mujeres. No obstante, este ideal puede llevar a comportamientos obsesivos relacionados con el ejercicio físico y el uso de suplementos (Murcho, 2018).

En la década de los 90, el psiquiatra estadounidense Harrison Pope junto con David Katz y James Hudson, llevaron a cabo una investigación sobre las repercusiones del consumo abusivo de esteroides anabolizantes en individuos que practicaban levantamiento de pesas. Descubrieron que muchos de ellos, padecían de un trastorno somático vinculado a la imagen corporal. A este trastorno lo denominó "dismorfia muscular" o "vigorexia", ya que tenían una distorsión en la percepción de sus cuerpos viéndose mucho más pequeños y débiles de lo que eran; cuando por el contrario presentaban cuerpos musculosos. Esta condición llevó a las personas afectadas a someterse a dietas estrictas y al consumo excesivo de los anabolizantes (Pope et al., 1993).

En una macroencuesta, realizada en Estados Unidos, se observó que del año 1972 al año 1997, los casos de hombres vigoréticos han aumentado del 15% al 43%, mientras que las mujeres han pasado del 25% al 56% en el mismo periodo (Garner, 1997, como se citó en Gutiérrez y Ferreira,

2007). Se estima que entre 1% y 10% de usuarios regulares de gimnasios podrían verse afectados por vigorexia (Muñoz y Martínez, 2007).

En el contexto nacional, Begazo y Canaza (2015) realizaron una investigación en usuarios de salas de musculación de Arequipa, la cual dio como resultado que el 31,3% de los participantes presentó una preocupación patológica moderada por la imagen corporal y el 3,13% una preocupación patológica severa. Además, se encontró que existe mayor prevalencia de vigorexia en hombres de 20 a 29 años.

Es importante destacar que hay varios factores que contribuyen al desarrollo de la vigorexia; diversos autores mencionan que los principales factores se relacionan con el descontento corporal, la internalización del ideal de belleza, la baja autoestima, tendencias perfeccionistas, sentimientos negativos, la presión mediática, y la ansiedad físico-social, la cual se manifiesta cuando un individuo anticipa o percibe que los demás lo evalúan negativamente debido a su apariencia física (Brunet et al., 2010; Chandler et al., 2009; Rodríguez y Rabito, 2011).

Como se mencionó previamente, la baja autoestima puede ser un factor predictivo de sintomatología vigoréxica (Olave et al., 2019; Murray et al., 2013). Esto podría explicarse porque, para muchas personas, la autoestima está íntimamente ligada a su apariencia física, la cual refleja una percepción positiva o negativa de uno mismo y, en consecuencia, una actitud de aprobación o desaprobación (Rosenberg, 1965, como se citó en Ruiz, 2016).

En virtud de lo anteriormente expuesto, se plantea la pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre autoestima y vigorexia en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana?

## **2. Pregunta del problema**

### **2.1. Pregunta general**

¿Existe relación entre la autoestima y la vigorexia en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana?

### **2.2. Preguntas específicas**

¿Existe relación entre la dimensión efecto psicosocial de la apariencia física de la vigorexia y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana?

¿Existe relación entre la dimensión control de la apariencia física de la vigorexia y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana?

¿Existe relación entre la dimensión preocupación por la apariencia física de la vigorexia y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana?

¿Existe diferencia entre la vigorexia y sus dimensiones en cuanto al sexo en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana?

¿Existe relación entre la vigorexia y sus dimensiones en cuanto a la edad en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana?

¿Existe diferencia entre la vigorexia y sus dimensiones en cuanto a la frecuencia del entrenamiento físico en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana?

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo general**

Establecer la relación entre autoestima y vigorexia en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

#### **3.2. Objetivos específicos**

Identificar la relación entre la dimensión efecto psicossocial de la apariencia física de la vigorexia y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

Identificar la relación entre la dimensión control de la apariencia física de la vigorexia y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

Identificar la relación entre la dimensión preocupación por la apariencia física de la vigorexia y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

Identificar la diferencia de la vigorexia y sus dimensiones en cuanto al sexo en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

Identificar la relación de la vigorexia y sus dimensiones en cuanto a la edad en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

Identificar la diferencia de la vigorexia y sus dimensiones en cuanto a la frecuencia del entrenamiento físico en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

### **4. Justificación**

El valor teórico de esta investigación se fundamenta en un aspecto clave. Actualmente, existen muy pocos estudios tanto a nivel nacional como internacional sobre la vigorexia y también sobre su relación con la autoestima. Esta investigación busca contribuir a la comprensión de estas variables mediante la revisión de la bibliografía existente y su comparación con los hallazgos de la investigación

logrando así proporcionar nueva información que puede ser útil para entender mejor los factores involucrados en la vigorexia y el efecto que estos pueden tener.

Por otro lado, la relevancia social de esta investigación se fundamenta en su impacto directo en dos sectores clave. En primer lugar, las personas que frecuentan gimnasios ya sea en calidad de administradores, entrenadores o participantes, ya que obtendrán un mayor entendimiento sobre la autoestima y vigorexia, así como la relación entre ambas variables. En segundo lugar, los profesionales de la salud física y mental ya que los hallazgos de este estudio podrían contribuir a optimizar la atención y el apoyo a aquellos que experimentan dificultades relacionadas con la imagen corporal y el ejercicio físico. Además de desarrollar programas de intervención y prevención específicos, dirigidos a promover una imagen corporal saludable y a prevenir trastornos alimentarios y de conducta asociados.

## **5. Limitaciones**

La primera limitación del estudio radica en que, al utilizar un tipo de muestreo no probabilístico, los resultados no pueden ser generalizados, sino que se limitan a ofrecer información específica sobre los individuos incluidos en la muestra seleccionada.

Por otro lado, la investigación se ve limitada por la escasa cantidad de estudios tanto a nivel nacional como internacional que aborden la relación entre ambas variables: autoestima y vigorexia. Esta situación dificulta la capacidad de contrastar o comparar los hallazgos de la presente investigación con investigaciones previas.

Una de las limitaciones de este estudio fue el empleo de la técnica de bola de nieve para la distribución del enlace QR entre los participantes. Esta técnica facilitó que los participantes compartieran las encuestas con otros asistentes a gimnasios; sin embargo, al ser la técnica de bola de nieve no se pudo conocer con precisión si los participantes cumplían con los criterios de inclusión.

Por último, otra limitación dentro de la investigación fue que la escala de autoestima de Rosenberg no tiene baremos establecidos, por lo que no se pudo realizar un análisis descriptivo para determinar el nivel de autoestima de los participantes y compararlo con los obtenidos en vigorexia y sus dimensiones.

## Capítulo II: Marco teórico

### 1. Revisión de literatura

#### 1.1. *Antecedentes internacionales*

Un estudio realizado en España por Ruiz (2016) busco hallar la relación existente entre los síntomas de vigorexia y la autoestima, el sexo y la asistencia al gimnasio. La muestra se compuso por 150 participantes de entre 20 a 30 años, los cuales 71 fueron mujeres y 79 hombres. Para medir dichas variables se empleó el cuestionario del Complejo de Adonis y la escala de autoestima de Rosenberg. Los resultados del estudio no mostraron diferencias significativas entre la vigorexia y las variables autoestima y sexo; sin embargo, si se encontraron diferencias entre la vigorexia y la asistencia al gimnasio con respecto al sexo de los participantes, siendo esta mayor en hombres.

Por otro lado, Escoto, et al., (2012) realizaron una investigación en México cuyo objetivo fue evaluar la relación entre la autoestima y los síntomas de dismorfia muscular, para luego comparar los resultados entre cuatro grupos de varones. La muestra estuvo compuesta por 295 varones con un rango de edad de 15 a 63 años divididos en cuatro grupos: Fiscoconstructivistas competidores, no competidores, usuarios de gimnasios y varones sedentarios. Para la medición de variables se utilizó la Escala de Motivación por la Musculatura y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados arrojaron que, en cuanto a los grupos de fiscoconstructivistas competitivos y usuarios de gimnasio, la autoestima se relacionó para con la sintomatología de dismorfia muscular y, dentro de ello, su factor motivacional para incrementar la musculatura. Mientras que en el grupo de varones sedentarios se halló únicamente una relación entre el factor motivacional y la autoestima, sin relacionarse con los síntomas de la dismorfia muscular. En cuanto al grupo de fiscoconstructivistas no competidores, no se encontró relación alguna. Además, los hallazgos de este estudio plantean que, en el caso de los usuarios de gimnasios, una baja autoestima estuvo relacionada a un mayor apego o “necesidad” de entrenamiento.

Asimismo, Mitchell et al., (2017) realizaron una revisión sistemática de 31 estudios que tuvo como objetivos: 1) Comparar la sintomatología de la dismorfia muscular; 2) identificar las características psicológicas asociados a la dismorfia muscular entre fisicoculturistas y entrenadores de resistencia que no eran fisicoculturistas. En esta revisión, se halló que aspectos como el autoconcepto académico-ocupacional, la ansiedad, la depresión y el neuroticismo tuvieron una correlación positiva con la dismorfia muscular; mientras aspectos como el autoconcepto de manera general, física y emocional y la autoestima tuvieron una correlación negativa. Un aspecto relevante encontrado en esta revisión fue que la baja autoestima estuvo relacionada con una mayor sintomatología de dismorfia muscular en contraste con las demás características psicológicas evaluadas.

Galiana et al., (2018) realizaron un estudio en España que tuvo como objetivo evaluar el papel que juegan la autoestima y la regulación emocional en el desarrollo de la dismorfia muscular. La muestra se compuso por 251 estudiantes de Psicología entre los 18 y 29 años, de los cuales 72.7% fueron mujeres y 27.3% fueron hombres. Para medir las variables se hizo uso del Inventario de Dismorfia Muscular Revisado, la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. Se encontró que existe una relación significativa e inversa entre autoestima y dismorfia muscular. A su vez, se encontró que existe una relación significativa e inversa entre regulación emocional y dismorfia muscular. La evidencia recogida sugiere que la autoestima podría tener un rol importante en la etiología de la vigorexia.

Cristóbal y Peris (2022) llevaron a cabo una revisión sistemática en España, la cual se propuso analizar la relación de la dismorfia muscular con los trastornos de ansiedad, depresión y autoestima en fisiculturistas halterófilos y personas que realizan entrenamiento con pesas. Esta revisión incluyó 16 investigaciones publicadas entre el año 2005 y el año 2022. Los resultados mostraron que la ansiedad y la depresión se relacionan de manera positiva con la vigorexia; refiriendo que, por un lado, las personas con vigorexia padecen ansiedad al sentir que su cuerpo es observado y que, en el caso de la depresión, los hombres con riesgo de dismorfia muscular reportaron mayores síntomas de depresión. Por último, se encontró que la dismorfia muscular tuvo una asociación negativa con la autoestima, refiriendo que los síntomas de la patología implicarían una autoestima más baja. Incluso, los hallazgos indicaron que aquellos individuos que experimentan síntomas más graves de dismorfia muscular, tienden a presentar una mayor variedad de comorbilidades, tomando en cuenta la ansiedad, depresión y baja autoestima.

Otro estudio, realizado en Ecuador por Guarnizo (2022) tuvo el propósito de determinar la relación entre el nivel de autoestima y el riesgo de dismorfia muscular. La muestra estuvo compuesta por 97 usuarios de gimnasio de los cuales 62 eran hombres y 35 mujeres. Para medir las variables se empleó la escala de autoestima de Rosenberg y la escala de satisfacción muscular. Se concluyó que no existe correlación entre la autoestima y la vigorexia.

Olave et al. (2019) realizaron una investigación en España que buscó determinar la relación de los esquemas tempranos desadaptativos con la adicción al ejercicio, la dismorfia muscular, la autoestima. La muestra estuvo compuesta por 465 personas que asisten al gimnasio o practican deporte con regularidad. Para medir las variables se hizo uso del Cuestionario de Esquemas Cognitivos, la escala de autoestima de Rosenberg, la escala de satisfacción muscular y el inventario de adicción al ejercicio. Se determinó la existencia de 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. Asimismo, reportaron que el 3.7% de la muestra sufría de dismorfia muscular, así como, el 1.3% presentaba adicción al ejercicio físico con dismorfia muscular.

Finalmente, un estudio realizado en Australia por Murray et al. (2013) tuvo como objetivo examinar la aplicabilidad del modelo transdiagnóstico de los trastornos alimentarios a la dismorfia muscular. El estudio estuvo compuesto por una muestra de 119 estudiantes universitarios varones. Los resultados arrojaron que el modelo transdiagnóstico de los trastornos alimentarios puede aplicarse para mejorar la comprensión de las características dismórficas musculares. Además, reportaron que la baja autoestima, el perfeccionismo orientado a uno mismo, el perfeccionismo social y la intolerancia al estado de ánimo predijeron significativamente la sintomatología de la dismorfia muscular.

### **1.2. Antecedentes nacionales**

Un estudio realizado en Puno por Paja (2019) tuvo la finalidad de determinar la relación que había entre la Imagen corporal y el nivel de autoestima en estudiantes de último año de secundaria. La muestra estuvo compuesta por 129 estudiantes de 15 a 18 años. Para medir las variables se usa la escala de autoestima de Rosenberg y el cuestionario del complejo de Adonis. Se determinó que hay una relación inversa entre la autoestima y la imagen corporal.

Otro estudio, realizado en Huaraz por Padilla y Mejia (2022) tuvo como objetivo identificar la relación entre imagen corporal y autoestima en universitarios. La muestra estuvo compuesta por 363 estudiantes entre 16 y 25 años. Los instrumentos utilizados para medir las variables fueron el body shape questionnaire y el inventario de autoestima de Coopersmith. Se llegó a la conclusión de que hay una relación entre las variables imagen corporal y autoestima, observando que la única dimensión de la imagen corporal (insatisfacción corporal) mostró una correlación negativa alta con la autoestima ( $\rho = -0.625$ ). Es decir, a mayor presencia de insatisfacción corporal, habrá menor autoestima.

Quequezana (2017) realizó un estudio en Arequipa cuyo objetivo fue establecer la relación entre la satisfacción con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes de un centro preuniversitario. La muestra estuvo compuesta por 100 estudiantes entre 15 a 20 años. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario del complejo de Adonis y el inventario de autoestima de Coopersmith. Se concluyó que existe una relación significativa con una intensidad baja entre ambas variables. Además, mencionan una mayor afección por parte de las mujeres.

Finalmente, Zegarra (2019) realizó una investigación en Lima Metropolitana cuyo objetivo fue determinar la diferencia en la Preocupación de Imagen en universitarios y usuarios asistentes a gimnasios. La muestra estuvo conformada por 120 estudiantes universitarios y usuarios de gimnasios entre 18 y 29 años. Para la evaluación de la Vigorexia, se utilizó el cuestionario del complejo de Adonis.

Los resultados de la investigación confirmaron la diferencia estadística entre el grado de preocupación de la imagen corporal en estudiantes universitarios en comparación a usuarios de gimnasios, evidenciando una tendencia mayor para esta última muestra.

## **2. Definición de variables**

### **2.1. Autoestima**

La palabra autoestima tiene sus raíces etimológicas en el griego "autos", que se traduce como "por sí mismo", y en el latín "aestimar", que significa "valorar" o "estimar", por lo que esto propondría a la autoestima como la valoración que se siente sobre sí mismo. De acuerdo a lo planteado por diversos psicólogos, la autoestima es un concepto que hace referencia a la evaluación, valoración y estima de pensamientos, sensaciones y/o experiencias que se tiene o se debe tener sobre uno mismo, esto tendría gran influencia en la conducta y las expectativas futuras (Ticona, 2018).

La autoestima ha sido estudiada por múltiples psicólogos, por lo que surgen una variedad de bases teóricas. A continuación, se presenta una revisión de algunas de estas.

#### **2.1.1. Morris Rosenberg**

Rosenberg (1965) define la autoestima como la percepción que un individuo tiene de sí mismo, ya sea de forma positiva o negativa. Esta percepción está influenciada por diversos factores cognitivos y emocionales, dado que las personas desarrollan sus propios sentimientos en función de la imagen que tienen de sí mismas. Por lo tanto, la manera en que nos valoramos afecta directamente nuestras emociones y comportamientos (Rosenberg, 1996, como se citó en Aguirre, 2020).

Además, Rosenberg (1965) señala que la autoestima posee dos connotaciones distintas: una en la que la persona se percibe como "muy buena" y otra en la que se considera "suficientemente buena". En este contexto, una persona puede verse a sí misma como superior a los demás, pero al evaluarse según sus propios estándares, puede sentir que no es del todo adecuada. Por otro lado, alguien puede verse como una persona promedio y, a pesar de ello, sentirse satisfecha con su autoevaluación.

Rosenberg considera que las personas con alta autoestima se sienten valiosas y dignas, además de poseer un respeto saludable por sí mismas. Esto implica que no buscan admiración externa ni se consideran superiores a los demás; por el contrario, son conscientes de sus limitaciones y mantienen la esperanza de crecer y mejorar. Esta perspectiva se relaciona con la noción de ser "suficientemente bueno". En contraste, una baja autoestima se manifiesta a través del autorrechazo y el autodesprecio, lo que conlleva una falta de respeto hacia uno mismo y una imagen negativa de la propia persona (Rosenberg, 1965).

Desde una perspectiva sociológica, Rosenberg explica cómo las actitudes generadas por la sociedad y la cultura, así como factores sociales como la raza o la etnia y los contextos institucionales, incluyendo familias y escuelas, influyen en el desarrollo de la autoestima de la persona (Departamento de Sociología de la Universidad de Maryland, 2021, como se citó en Robles y Padilla, 2018). Asimismo, enfatiza que la formación de la autoestima está influenciada por estos factores sociales y culturales, y su nivel está estrechamente relacionado con la forma en que una persona se ve a sí misma. La autoestima tiende a ser más alta cuando existe un equilibrio entre la idealización de uno mismo y su verdadero ser; en contraste, si hay una discrepancia entre estos dos aspectos, la autoestima será más baja, incluso si la persona es percibida positivamente por los demás (Rosenberg, 1965; Rosenberg, 1989, como se citó en Aguirre, 2020).

### **2.1.2. William James**

La autoestima como constructo en la psicología fue un término introducido en la historia por el psicólogo William James en su obra "Los Principios de la Psicología", el cual explica cómo el Yo global se desdobra en un yo conocedor y un yo conocido (Bonet, 1994).

James (1890) sostiene que el auto sentimiento de una persona depende de sus aspiraciones y acciones, lo que implica que "está determinado por la relación de nuestras realidades con nuestras supuestas potencialidades; una fracción de ellas es el denominador de nuestras pretensiones y nuestro éxito es el numerador" (p. 248).

En este sentido, propone una fórmula en la que la autoestima se puede entender como el residuo de la división entre el éxito y las pretensiones. Si se incrementa el número de éxitos o se reduce el número de aspiraciones, la proporción resultante de autoestima será mayor. Por lo tanto, si las expectativas son elevadas en relación con los logros alcanzados, la autoestima tiende a ser más baja; en contraste, si las aspiraciones son más modestas, pero se obtienen mayores logros, la autoestima será más alta (James, 1890).

### **2.1.3. Stanley Coopersmith**

Una de las principales definiciones la sostiene Coopersmith, quien menciona que la autoestima consiste en la evaluación que realiza la persona sobre sí misma, la cual lleva a una actitud de aprobación o desaprobación, apreciándose así qué tan capaz, significativa, exitosa y valiosa se siente la persona (Coopersmith, 1967, como se citó en Ticona, 2018). El mismo autor señala también a la autoestima como el valor que una persona concede a sus propias percepciones sobre sí misma, formada por el conjunto de convicciones y conductas de la persona; manifestándose principalmente en la emocionalidad y teniendo importantes consecuencias en su formación (Inca, 2017).

Coopersmith identifica cuatro agentes clave que contribuyen a la concepción de la autoestima en una persona, considerándolos de segundo orden. En primer lugar, la dimensión de la "competencia", que se refiere al esfuerzo por satisfacer las demandas académicas. En segundo lugar, está la dimensión de la "virtud", que se relaciona con las normas morales y éticas. En tercer lugar, la dimensión de la "fuerza", que implica la habilidad para influir y controlar a los demás. Por último, se encuentra la dimensión del "significado", que abarca la aceptación, atención y afecto que una persona recibe de los demás (Vite, 2008).

#### **2.1.4. Nathaniel Branden**

Por otro lado, Branden (1994) afirma que la autoestima, en su máximo desarrollo, representa una experiencia esencial que permite a la persona llevar una vida significativa y enfrentar los desafíos que se le presentan. En términos más específicos, se puede entender la autoestima como la confianza que la persona tiene en su capacidad de pensar y en su habilidad para enfrentar los retos esenciales de la vida. Además, implica la convicción de que tiene el derecho a triunfar y a ser feliz, así como a ser considerado digno y respetado.

Asimismo, esta convicción, es un término que trasciende los sentimientos y creencias superficiales, pues sugiere la implicación de un individuo activo y autónomo en las acciones que lleva a cabo en su vida (Polaino, 2003).

El nivel de autoestima que una persona tiene influye de forma notable en todos los ámbitos de su vida. La autoestima afecta el comportamiento en el ámbito laboral, en las interacciones sociales y en la capacidad para alcanzar el potencial deseado. En el plano personal, también impacta en las elecciones amorosas, en la calidad de las relaciones con la pareja, los hijos y amigos, y en el nivel de felicidad que se puede experimentar (Branden, 1994).

Se ha demostrado que existe una correlación positiva entre una autoestima saludable y varios rasgos que son cruciales para alcanzar metas y experimentar felicidad. Una autoestima saludable se relaciona con la capacidad de ser racional, realista e intuitivo, así como con cualidades como la creatividad, la independencia y la flexibilidad, además de la habilidad para adaptarse a cambios. Igualmente, promueve el deseo de reconocer y corregir errores, y fomenta actitudes de benevolencia y disposición a colaborar con los demás (Branden, 1994).

#### **2.1.5. Carl Rogers**

Rogers describe la autoestima como un conjunto de percepciones que la persona tiene de sí misma, que están organizadas y son susceptibles de cambiar con el tiempo. En este sentido, señala que se refiere a lo que una persona considera representativo de sí misma y que reconoce como parte de su identidad (Rogers, 1967, como se citó en Acosta y Hernández, 2004).

Además, Carl Rogers menciona que todas las personas merecen respeto incondicional de los demás, ser valoradas y apreciadas. Además, relaciona la autoestima con la percepción positiva que cada persona tiene de sí misma, la cual se recibe del mismo entorno; tales como los padres, familia y la sociedad. La familia constituye la principal base para la formación de la autoestima adecuada; pues son ellos quienes, mediante pequeños actos, reafirman la propia valía de los niños. Rogers señala, que en la terapia se debe vigorizar la autoestima, ya que varios dilemas se encuentran en que las personas se desestiman y se juzgan sin mérito, trayendo esto consigo la percepción que no pueden ser amados (Rogers, 1971, como se citó en Inca, 2017).

#### **2.1.6. Niveles de autoestima**

Monbourquette (2004) señala que el grado de autoestima depende de la valoración que uno mismo tiene de su propio valor y cualidades personales. Esta valoración no se basa en comparaciones con otras personas, sino que se mide en función del desarrollo y el avance personal que cada individuo ha logrado. Una persona con baja autoestima tiende a basar su autoevaluación en comparaciones desfavorables con los demás, además de no considerarse digno del amor y respeto de otros.

La autoestima alta suele confundirse con actitudes como la fanfarronería o la arrogancia. No obstante, estos comportamientos no reflejan una autoestima elevada, sino más bien una muy baja. Las personas con una autoestima alta no se sienten superiores a los demás ni buscan demostrar su valor mediante comparaciones. Su satisfacción proviene de aceptar y ser auténticamente quienes son, en lugar de tratar de sobresalir por encima de los demás. Por el contrario, una autoestima baja se relaciona con comportamientos irracionales y una falta de conexión con la realidad. También se manifiesta en la rigidez mental, así como en el miedo a lo nuevo y a lo desconocido. Además, las personas con baja autoestima suelen adoptar posturas defensivas, exhibir sumisión o comportamientos excesivamente reprimidos, y pueden experimentar miedo u hostilidad hacia los demás (Branden, 1994).

Escalante (2004) por su parte, menciona que las personas con una adecuada autoestima poseen mayor independencia social y asertividad, son más participativas, sociales y expresivas. Por otro lado, las personas con baja autoestima no solo hacen evidente su autovaloración negativa, sino que también suelen compararse constantemente con los demás, colocándose en una posición inferior respecto a ellos.

Rosenberg y Owens (2001) ahondan en el concepto de la autoestima baja, indicando que quienes la poseen tienden a ser hipersensibles y están hipervigilantes ante señales de rechazo o inadecuación. Introducen la teoría de la autoverificación, que explica la elevada conciencia de estas personas sobre la información negativa acerca de sí mismas y su expectativa de confirmar estas opiniones, aunque sean negativas.

Aunque los rasgos de personalidad de quienes tienen baja autoestima no son cualitativamente diferentes de los de la mayoría de las personas, son una acentuación de ciertas características. Las personas con baja autoestima pueden funcionar razonablemente bien; sin embargo, sus problemas de autoestima les causan dolor, dificultades y preocupaciones, lo que lleva a una actitud reactiva, a diferencia de las personas con alta autoestima, que adoptan una postura proactiva ante la vida. En casos extremos, esta actitud reactiva puede manifestarse en la personalidad evitativa, donde el individuo evita no solo el fracaso, sino también el éxito, excluyendo situaciones que podrían ayudar a mejorar su autoestima (Rosenberg y Owens, 2001).

Desde la infancia, se puede observar como la autoestima tiene un impacto significativo en la percepción del mundo y el comportamiento de la persona. Aquellos niños con una autoestima alta tienden a acercarse a las personas con la expectativa de ser bien recibidos y a enfrentar tareas con la certeza de que tendrán éxito. Cuando se enfrentan a problemas, muestran una gran confianza en sí mismos, así como en sus percepciones y juicios. Su autoconcepto, más favorable, les permite confiar en sus creencias y reacciones, facilitándoles defender sus opiniones ante desacuerdos y fomentar la expresión de ideas (Coopersmith, 1967, como se citó en Escalante, 2004).

Coopersmith (1959) clasifica la autoestima en cuatro niveles, analizados desde la perspectiva del sujeto y del observador a través del Inventario de Autoestima y el Formulario de Calificación de Conducta. En primer lugar, la autoestima baja-alta, se caracteriza por niños que, a pesar de recibir altas calificaciones y mantener un buen estatus social, tienen una autoevaluación extremadamente negativa, lo que les genera ansiedad y una autoexigencia desmedida. En segundo lugar, la autoestima alta-baja, incluye a aquellos que se autoevalúan positivamente, a pesar de recibir calificaciones bajas por parte de sus profesores; esto sugiere que sienten la necesidad de defender su autoestima frente a la percepción negativa de su estatus. El tercer nivel, autoestima baja-baja, agrupa a niños que reconocen su estatus inferior pero no establecen metas debido a fracasos pasados, lo que los lleva a resignarse a su situación. Finalmente, en el nivel de autoestima alta-alta, los niños se sienten conformes con quienes son, poseen una alta valoración personal y se expresan con confianza, aunque no siempre son los que más rinden en el ámbito académico. Estos niveles ilustran cómo las percepciones y evaluaciones influyen en el desarrollo de la autoestima durante la infancia.

### **2.1.7. Escala de autoestima de Rosenberg**

La Escala de Autoestima de Rosenberg fue elaborada por el sociólogo Morris Rosenberg en el año 1965 con el objetivo de evaluar y determinar el nivel de autoestima en adolescentes y adultos jóvenes. Esta escala se compone de diez ítems: cinco formulados de manera directa y cinco de forma negativa. Los participantes responden utilizando una escala Likert de cuatro grados: totalmente en

desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo. Los ítems con formulación negativa se califican con un puntaje inverso en la escala. Un mayor puntaje indica una autoestima más alta. Esta escala evalúa la autoestima como una única dimensión, situando a las personas en un continuo que va desde una baja hasta una alta autoestima (Robles y Padilla, 2018).

Rosenberg (1965) desarrolló su escala de autoestima considerando tanto aspectos prácticos como teóricos. Uno de los principales criterios fue la facilidad de administración del cuestionario, dado que se iba a aplicar en el entorno escolar y requería la cooperación de las autoridades educativas. Además, la economía del tiempo fue fundamental, ya que la medición debía completarse en un máximo de tres minutos. Otro aspecto importante fue la unidimensionalidad del instrumento, que permitía clasificar a los individuos a lo largo de un continuo que iba desde muy baja hasta muy alta autoestima. A pesar de que el modelo de Guttman, utilizado inicialmente para la escala, garantizaba que los ítems pertenecieran a una misma dimensión, no definía dicha dimensión de manera explícita. Por ello, se seleccionaron ítems que abordaran directamente la autoestima, utilizando un formato de respuesta que incluía opciones como "totalmente de acuerdo", "de acuerdo", "en desacuerdo" y "totalmente en desacuerdo".

La autoestima se entiende como un sentimiento de valor y respeto hacia uno mismo, y es fundamental para comprender el bienestar y el éxito de las personas. Este concepto es uno de los más investigados en las ciencias sociales y la Escala de autoestima de Rosenberg la herramienta de medición más empleada para la medición de esta variable (Monteiro et al., 2022).

### Tabla 1

#### *Definición conceptual y operacional de la variable autoestima*

---

**Definición conceptual:** Percepción que un individuo tiene de sí mismo, ya sea de manera positiva o negativa. Esta percepción está influenciada por diversos factores cognitivos y emocionales (Rosenberg, 1996, como se citó en Aguirre, 2020).

---

**Definición operacional:** Variable medida mediante los puntajes obtenidos de la adaptación peruana de la escala de Rosenberg (Robles y Padilla, 2018).

---

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
-------------	-------------	-------	-------------

---

Unidimensional	Valía personal y la satisfacción	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,	Escala de Rosenberg
	con uno mismo	8, 9, 10.	

## **2.2. Vigorexia**

### **2.2.1. Primeras investigaciones**

A inicios de los años 90 se da la primera aproximación a lo que hoy en día conocemos como vigorexia o dismorfia muscular. Pope et al. (1993) realizaron un estudio en 108 fisicoculturistas sobre el efecto psiquiátrico de los esteroides anabólicos. Nueve de ellos manifestaron un síndrome al cual denominaron “anorexia inversa”, donde, a pesar de consumir esteroides, se percibían más pequeños y débiles a pesar que realmente eran grandes y musculosos. Además, manifestaron declinar invitaciones sociales, rehusando a ser vistos en la playa o incluso hacer uso de ropa gruesa en el verano ya que temían verse muy pequeños.

Baile et al. (2005) realizaron un estudio con el objetivo de investigar más a fondo sobre las alteraciones de la imagen corporal en hombres, asimismo evaluar el grado de alteración en un grupo de usuarios de gimnasios, para la cual adaptaron al español el cuestionario del complejo de Adonis, elaborado por Pope, Phillips y Olivardia en el año 2002. La muestra constó de 83 varones de entre 15 y 58 años que asistían a gimnasios en México. Producto de esta investigación se halló que uno de cada diez sujetos de la muestra manifestaba insatisfacción corporal y además más de la mitad de la muestra tenía una preocupación moderada de la imagen corporal con una media de 10.14 superando la encontrada por Pope y sus colaboradores de 6.5 en personas que asisten a gimnasios y 9.5 en personas que practicaban levantamiento de pesas profesionalmente.

### **2.2.2. Terminología**

En el año 1997, se actualizó la terminología al reemplazar "anorexia nerviosa inversa" por "dismorfia muscular". Este nuevo término incluye a ambos géneros y se define de manera más precisa como una alteración en la percepción de la imagen corporal, en la que se minimiza el tamaño y la fuerza del cuerpo y se manifiestan conductas compensatorias desadaptativas. Posteriormente, Baile en el año 2005 señala que los términos “Anorexia inversa” o “Dismorfia muscular” son mayormente utilizados internacionalmente en el área científica; sin embargo, el término “Vigorexia” es el más común en estudios en español (Pope et al., 1997; Baile, 2005, como se citó en Compte y Sepúlveda, 2014).

### **2.2.3. Definiciones**

En ese sentido, Pope et al. (1997) sugiere que la dismorfia muscular es una forma poco reconocida del trastorno dismórfico corporal. En contraste con este trastorno, en el cual los individuos

generalmente concentran su preocupación en una parte específica de su cuerpo; la dismorfia muscular refiere que las personas experimentan una preocupación patológica por la apariencia global de su cuerpo, lo que los lleva a sentir cierto grado de insatisfacción por no llegar a ser lo suficientemente grandes y/o musculosos. Es esta inquietud excesiva lo que conlleva a que estas personas se vean absorbidas por la necesidad de realizar actividades como el levantamiento de pesas, el seguimiento de dietas estrictas y otras prácticas relacionadas.

De la misma manera, Baile (2011) plantea que la vigorexia es un trastorno de la salud manifestado en una preocupación patológica referida a la sensación de debilidad y el desarrollo muscular insuficiente, incluso cuando la persona posee una buena musculatura. Aquello se traduce en una dificultad para percibir correctamente el tamaño y la forma del propio cuerpo, lo que puede dar lugar a pensamientos obsesivos. Además, quienes padecen de vigorexia suelen exhibir comportamientos negativos relacionados con su imagen, como el ejercicio excesivo, la adopción de dietas poco saludables y el uso de sustancias peligrosas. En conjunto, estos elementos no solo afectan la salud física del individuo, sino que también tienen un impacto negativo en su bienestar emocional y psicológico, perpetuando un ciclo complicado de superar.

Adicionalmente, Rodríguez y Rabito (2011), proponen que la vigorexia puede entenderse como un trastorno que surge en respuesta a una distorsión de la imagen corporal, y al mismo tiempo, es el resultado de diversos factores psicológicos y sociodemográficos predisponentes, así como de ciertas características de personalidad. Es importante destacar que dentro de este modelo, los factores de riesgo significativos, como el ideal de belleza y las variables de personalidad, desempeñan un papel crucial e influyente en el desarrollo de la vigorexia.

#### **2.2.4. Modelos teóricos de la dismorfia muscular**

**Modelo Biopsicosocial.** El modelo biopsicosocial propone tres posibles causas que podrían explicar el desarrollo de la dismorfia muscular. En primer lugar, se plantea que trastornos como el obsesivo-compulsivo, la dismorfia muscular y el síndrome de Tourette podrían estar relacionados debido a una predisposición genética y biológica común. En segundo lugar, señala que los hombres enfrentan presiones culturales semejantes a las de las mujeres en relación con la imagen corporal. Por último, menciona que el fácil acceso a los esteroides en los últimos años podría haber contribuido al desarrollo de la dismorfia muscular (Olivardia, 2001; Pope et al., 1997; Olivardia et al., 2000).

**Modelo cognitivo conductual.** Para explicar el origen de la vigorexia, Lantz, Rhea y Mayhew desarrollaron un modelo cognitivo-conductual que se fundamenta en la interacción de tres categorías. La primera de estas categorías propone que la autoestima y la insatisfacción corporal actúan como factores precipitantes del trastorno. La segunda identifica características conductuales y psicológicas

asociadas a la vigorexia, como el tamaño y simetría corporal, el uso de sustancias, las restricciones dietéticas, la dependencia del ejercicio y la protección física. Por último, la tercera categoría señala que el narcisismo, la alienación y la desviación positiva son consecuencias derivadas de la vigorexia (Lantz et al., 2001).

En esta misma línea, se considera que el aumento muscular funciona como un refuerzo positivo, aspecto que favorece la mejora de la autoestima. Esto se debe a que este efecto impulsa la motivación de los individuos para involucrarse más en actividades que puedan potenciar su autoestima, estableciendo un patrón cíclico en su comportamiento. No obstante, este patrón puede volverse patológico cuando la persona se torna dependiente de la interacción entre estas variables precipitantes y los factores psico-comportamentales. En ese sentido, puede surgir en el individuo la necesidad de adoptar conductas más extremas para mantener o elevar su autoestima, lo que podría resultar en efectos adversos para su bienestar integral (Lantz et al., 2001).

Posteriormente, Lantz, Rhea y Cornelius reformularon el modelo y añadieron que las características conductuales y psicológicas se podían dividir en dos categorías: preocupaciones físicas y nutricionales. Siendo así que las físicas abarcarían aspectos como el nivel de satisfacción corporal; la dependencia a un programa riguroso de ejercicio físico y el ocultamiento de la apariencia física; mientras que las nutricionales estarían basadas en el control del consumo de alimentos y el abuso de sustancias o fármacos con la finalidad de aumentar la masa muscular, mejorar el rendimiento durante el entrenamiento o incluso facilitar la recuperación después de este mismo (Lantz et al., 2002, como se citó en Compte y Sepúlveda, 2014). En síntesis, este enfoque sostiene que la baja autoestima y la insatisfacción corporal son factores precipitantes que motivan a las personas a adoptar rigurosas rutinas de ejercicio físico y conductas alimentarias para mejorar su apariencia. Además, la obtención de refuerzos positivos, a través del desarrollo muscular, contribuye a modificar la autoestima (Compte y Sepúlveda, 2014).

**Modelo hipotético de factores implicados en el desarrollo de la vigorexia.** Por su parte, Baile propone un modelo que se divide en tres grupos de factores. En primer lugar, se encuentran los factores predisponentes, que contemplan a hombres de entre 18 y 35 años, así como la baja autoestima, experiencias negativas previas relacionadas con el cuerpo y la musculatura, la exposición a una cultura de culto al cuerpo y la presencia de tendencias obsesivo-compulsivas. En segundo lugar, los factores desencadenantes, que son los que provocan el inicio del trastorno, tales como el consumo de ciertas sustancias y experiencias traumáticas o estresantes vinculadas al cuerpo. Finalmente, Baile identifica los factores mantenedores, que refuerzan y agravan el trastorno. En este contexto, Baile menciona la “subcultura del culturismo”, aludiendo a que el gimnasio es el entorno predominante en el que estas

personas se desarrollan e interactúan. En este ambiente, encuentran a otras personas con objetivos similares, lo que favorece su conducta, ya que reciben refuerzos y reconocimientos sociales por sus logros y esfuerzos. Además, estos factores mantenedores incluyen también el poder evitar sensaciones negativas relacionadas con la imagen corporal y una vía de escape a sus pensamientos obsesivos (Baile, 2005, como se citó en Rodríguez, 2007).

#### **Modelo conceptual de factores que contribuyen al desarrollo de la dismorfia muscular.**

Grieve (2007) propone un enfoque que se fundamenta en la interacción de varios factores que promueven el desarrollo de la dismorfia muscular. En este modelo se identifican cuatro tipos distintos de variables que pueden afectar el desarrollo de la vigorexia. Estas categorías abarcan diversos aspectos: en primer lugar, se encuentran los factores socioambientales, que incluyen influencias mediáticas y la participación en actividades deportivas. En segundo lugar, los factores emocionales se centran en el afecto negativo. Tercero, los factores psicológicos contemplan la insatisfacción corporal, la internalización de ideales de belleza, la autoestima, la distorsión corporal y el perfeccionismo. Finalmente, los factores fisiológicos se refieren a la masa corporal. Estas dimensiones interrelacionadas sugieren que el desarrollo de la MD es el resultado de una compleja interacción entre distintos tipos de influencias.

Las tres variables más relevantes en el presente modelo son la internalización del ideal de cuerpo, la insatisfacción corporal y la distorsión corporal. La interacción entre estos tres factores genera las condiciones subyacentes necesarias para el desarrollo de la vigorexia (Grieve, 2007). En este contexto, la insatisfacción corporal se presenta como un mediador esencial, ya que la mayoría de las variables afectan directamente a esta dimensión. Por otro lado, la internalización del ideal de cuerpo se configura como un factor clave que influye tanto en la insatisfacción corporal como en la autoestima. En relación con la insatisfacción corporal, la conexión es positiva: a medida que se internaliza el ideal de cuerpo, se incrementa el nivel de insatisfacción. En contraste, respecto a la autoestima, la relación es negativa: cuanto mayor es la internalización del ideal de cuerpo, menor es la autoestima (Grieve, 2007).

**Modelo tentativo de vigorexia como trastorno de la imagen corporal.** Rodríguez y Rabito (2011) desarrollaron un modelo que define la vigorexia como un trastorno relacionado con la imagen corporal. En primer lugar, se destacan varios factores de riesgo asociados con el desarrollo de vigorexia, tales como experiencias negativas con respecto a la apariencia física, la interiorización de ideales de belleza, la importancia de la apariencia y la baja autoestima. Asimismo, se identificaron características de personalidad como la compulsividad, rasgos narcisistas, hipomanía y heteromorfismo como parte de estos factores. También se abordan los factores desencadenantes, donde se observa una

discrepancia entre la percepción del cuerpo que tiene el individuo y la realidad, esto causa malestar al llevar a cabo una autoevaluación constante, que resulta en insatisfacción con la imagen corporal. Esta insatisfacción tiende a diferir entre géneros debido a las diferentes presiones sociales que enfrentan. Por último, las conductas de mantenimiento, donde cada actividad dirigida a lograr una mayor musculatura refuerza y mantiene una percepción distorsionada de la imagen corporal. Se pierden los límites entre lo saludable y lo perjudicial, y la persona se fija metas cada vez más grandes, tratando de acercarse a la perfección.

### **2.2.5. Característica de la Dismorfia Muscular y su prevalencia**

La dismorfia muscular se caracteriza por una preocupación crónica en la que la persona siente que no es lo suficientemente grande. Esta preocupación excesiva, además de causar cierto malestar significativo, también deteriora la calidad de vida de quienes la padecen. A raíz de esto, las personas buscan hacer todo lo posible para evitar que sus cuerpos sean vistos en público como al usar ropa suelta o más capas de ropa incluso en verano. También evitan ir a la playa, piscinas y lugares donde sus cuerpos puedan ser vistos (Olivardia et al., 2000; Pope et al., 1997).

Para lograr alcanzar el cuerpo ideal que anhelan, muchas personas con dismorfia muscular han reorganizado su vida en torno a su rutina de ejercicio y dieta, lo que frecuentemente resulta en el descuido de sus responsabilidades laborales y relaciones sociales. Estas personas experimentan una intensa ansiedad o malestar si se ven privadas de su rutina de ejercicio, incluso si solo es por un día. Además, suelen seguir una estricta dieta, controlando las calorías que consumen diariamente. Si por alguna razón se desvían de este plan, sienten una necesidad urgente de compensarlo de inmediato; por ejemplo, realizando una sesión adicional de ejercicio ese mismo día. Además, los altos costos de suplementos nutricionales, medicamentos ergogénicos y esteroides anabólicos obligan a muchos a reducir su estilo de vida. Incluso si ponen en riesgo su salud (Muñoz y Martínez, 2007; Olivardia et al., 2000; Pope et al., 1997)

La investigación realizada por Pope et al. (1997) sostiene que la dismorfia muscular puede presentarse tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, se ha encontrado que esta es más frecuente en varones. Este trastorno está influenciado por la presión social relacionada con los estándares de belleza; en el caso de los hombres, esto los lleva a aspirar a un cuerpo musculoso y sin grasa, mientras que las mujeres enfrentan la presión de alcanzar una delgadez extrema (Baile et al., 2005; Muñoz y Martínez, 2007; Olivardia et al., 2000; Pope et al., 1997). Esta dinámica se refleja en la prevalencia del trastorno, ya que se estima que aproximadamente el 80% de quienes lo padecen son hombres, mientras que solo el 20% son mujeres (Pope et al., 2000, como se citó en González et al., 2020).

Asimismo, Cernuda (2015) menciona que la incidencia de casos de mujeres con vigorexia ha aumentado considerablemente en los últimos años. Aunque las mujeres que sufren esta condición no buscan un desarrollo muscular tan pronunciado como el de los varones, enfrentan problemas de salud física y mental similares. Es así que, González et al. (2018) encuentra una prevalencia del 70.1% en hombres y el 29.9% en mujeres; sin embargo, los hallazgos reportaron un mayor consumo de esteroides anabolizantes androgénicos por parte de las mujeres. Adicionalmente a esto, Hinojosa (2020) sostiene que las mujeres presentan una frecuencia estadísticamente significativa de malestar respecto a su apariencia física, lo que se traduce en conductas evitativas como el ser vistas en lugares donde su cuerpo queda expuesto, el uso de ropa que cubra su figura y la afectación de su vida sexual.

Es importante destacar que si bien, el perfil de las personas afectadas por dismorfia muscular se caracteriza principalmente por ser varones, con edades que oscilan entre los 15 y 30 años; las investigaciones realizadas hasta la fecha no han incluido muestras representativas de mujeres, lo que conlleva a que se preste poca atención a este trastorno dentro del contexto femenino. Esta falta de consideración limita nuestra comprensión de su impacto en este grupo y subraya la necesidad de llevar a cabo estudios más inclusivos (González et al., 2020).

#### **2.2.6. Clasificación**

La clasificación de la vigorexia o dismorfia muscular dentro del DSM se remonta inicialmente al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales III (1980), el cual contiene una categoría llamada "Trastornos Somatomorfos"; en este se puede encontrar al "trastorno somatomorfo atípico" el cual consiste en síntomas físicos o quejas que no pueden ser explicados por hallazgos orgánicos evidentes o un mecanismo patofisiológico conocido. Es decir, estos síntomas parecen estar vinculados a factores psicológicos. Un ejemplo de estos casos son aquellos individuos que se obsesionan con un defecto imaginario en su apariencia física, el cual es desproporcionado en relación con cualquier anomalía física real que puedan presentar. Este síndrome ha sido denominado en ocasiones "Dismorfobia."

Posteriormente, dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV (1994), el trastorno se mantiene en la categoría de "Trastornos Somatomorfos," aunque su denominación evoluciona a "trastorno dismórfico corporal." Esta condición se caracteriza por una preocupación intensa por un defecto en la apariencia física, el cual puede ser imaginario o, si existe, genera una preocupación desproporcionada. Esta ansiedad intensa provoca un malestar significativo y un deterioro en áreas sociales, laborales y en otros aspectos cruciales de la vida del individuo, sin que pueda ser explicado por otro trastorno mental. Como resultado, los afectados pueden pasar horas reflexionando sobre su "defecto," lo que lleva a que estos pensamientos dominen por completo sus

vidas. Los síntomas más comunes se relacionan con defectos imaginarios o de escasa relevancia en la cara y en diversas partes del cuerpo, y la ansiedad puede abarcar múltiples áreas corporales simultáneamente.

Finalmente, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (2013), se introduce un cambio significativo en la clasificación del trastorno dismórfico corporal, que ahora se ubica dentro de la categoría de “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.” Además, se incorpora por primera vez el término “dismorfia muscular” como una especificación del trastorno. La dismorfia muscular se define como la preocupación que experimenta el individuo por la percepción de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador es relevante incluso si la persona también presenta inquietudes sobre otras partes del cuerpo, un fenómeno que ocurre con frecuencia.

### **2.2.7. Similitudes y Diagnóstico diferencial**

**Trastornos de conducta alimentaria.** Los trastornos de conducta alimentarios presentan similitudes con la dismorfia muscular en diversos aspectos. Ambas condiciones comparten la preocupación desmedida por defectos corporales percibidos por la persona y comparten comportamientos característicos, como el intento de ocultar o disimular esos defectos, patrones de alimentación anormales y un ejercicio físico excesivo (Castro, 2013; Pope et al, 1997). Incluso, como se mencionó anteriormente, Murray et al. (2013), propone que el modelo transdiagnóstico de los trastornos alimentarios puede aplicarse para permitir una mejor comprensión de las características de una persona que padece dismorfia muscular. En particular, en los trastornos alimentarios, especialmente en la anorexia nerviosa, las personas se obsesionan con la creencia de estar demasiado gordos y desarrollan principalmente conductas alimentarias patológicas, mientras que los patrones de ejercicio se convierten en una preocupación secundaria. Por el contrario, en la dismorfia muscular, las personas están más centradas en alcanzar un mayor tamaño y musculatura, lo que resulta en un enfoque predominante en el ejercicio (Castro, 2013; Pope et al, 1997).

La evidencia sugiere que, al igual que los trastornos alimentarios, la dismorfia muscular está influenciada por factores socioculturales. La imagen ideal del cuerpo masculino, presentada por los medios, ha evolucionado hacia una mayor musculatura con el tiempo. Las estrellas de Hollywood de las décadas de 1940 y 1950, no alcanzaban el nivel de musculatura de los héroes de acción actuales. Además, los juguetes de acción han mostrado un cambio hacia representaciones más musculosas. Estas influencias se reflejan en los testimonios de sujetos con dismorfia muscular, quienes desean parecerse a los culturistas y actores musculosos contemporáneos (Olivardia et al., 2000).

La vigorexia no se clasifica dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, ya que, aunque comparte la percepción distorsionada del propio cuerpo y ciertas alteraciones en la alimentación, estas no son el aspecto central del trastorno (Rodríguez y Rabito, 2011).

**Abuso de sustancia.** Se considera que la creciente disponibilidad de esteroides anabólicos podría influir en el incremento de la dismorfia muscular. Estos fármacos son utilizados para ganar masa muscular, perder grasa y mejorar el rendimiento deportivo. Los esteroides anabólicos, inducen el incremento del tejido muscular, aumentando la fuerza en un 5% - 20% y el peso entre 2-5 kg (Castro, 2013). No obstante, Pope et al. (1997), identificaron dentro de sus observaciones que tras la obtención de un mayor desarrollo muscular debido a la ingesta de estos esteroides, los individuos que padecían vigorexia nunca alcanzaron la satisfacción con su físico. Aquello sugeriría que, incluso a pesar los “beneficios” obtenidos del uso de estos fármacos, los individuos no lograrían contentarse con los resultados de esto, generando un círculo vicioso de ingesta de fármacos.

**Adicciones.** El deporte es esencial en la vida de los seres humanos, no solo como entretenimiento, sino también como una actividad saludable; sin embargo, puede convertirse en un problema cuando se transforma de un uso y disfrute saludable al abuso. Esta “adicción al deporte” se caracteriza por una compulsión a realizar ejercicio, donde la persona siente una necesidad incontrolable de ejercitarse, a pesar de que esto implique un deterioro físico, afecte sus relaciones personales y le cause conflictos en sus compromisos laborales (Antolin et al., 2009).

Algunos estudios sugieren que las conductas de los sujetos vigoréxicos se relacionan con adicciones no químicas. La práctica compulsiva del ejercicio puede proporcionar placer, actuando como un refuerzo positivo que disminuye la ansiedad y el estrés, aumenta la autoestima y mejora las relaciones laborales. Los sentimientos negativos que experimentan los adictos al deporte cuando no pueden practicarlo son similares a los síntomas de abstinencia (Rodríguez, 2007).

Olave et al. (2019) realizaron un estudio sobre las relaciones entre la adicción al ejercicio físico y la dismorfia muscular, encontrando una interacción bidireccional: a medida que se intensifica la dismorfia muscular, aumenta el riesgo de desarrollar una adicción al ejercicio. Además, un mayor riesgo de adicción se asocia con una menor satisfacción con la propia musculatura, lo que incrementa la probabilidad de que surja dismorfia muscular. En esta misma línea, Andrade et al. (2012) señalan que a más días de entrenamiento a la semana, mayores son los niveles de adicción al ejercicio. Por lo tanto, este exceso en la actividad física puede evolucionar hacia una forma más compleja de trastorno, conocida como vigorexia.

A pesar de lo mencionado anteriormente, es fundamental señalar las diferencias existentes entre vigoréxicos y adictos al ejercicio. Mientras que los adictos buscan no solo aliviar un estado

negativo, como la abstinencia, sino también alcanzar un estado interno placentero, los vigoréticos no disfrutan del ejercicio; su motivación radica en evitar el malestar asociado a no practicarlo (Rodríguez, 2007). Por lo tanto, la vigorexia no debe considerarse una adicción al ejercicio, ya que presenta diferencias significativas: los adictos realizan ejercicio como un fin en sí mismo para disminuir el malestar y experimentar placer, lo que genera un proceso de reforzamiento positivo. En cambio, este reforzamiento no se observa en los vigoréticos, quienes realmente no disfrutan del ejercicio, sino que se enfocan en evitar el malestar que les provoca no ejercitarse (Rodríguez, 2007; Rodríguez y Rabito, 2011).

**Trastorno obsesivo compulsivo.** La dismorfia muscular presenta similitudes con el trastorno obsesivo-compulsivo, pues las personas afectadas experimentan tanto pensamientos obsesivos relacionados con la musculatura como comportamientos compulsivos asociados que incluyen la comparación, la verificación, la búsqueda de tranquilidad y el ejercicio excesivo. Asimismo, en ambos trastornos, la ejecución de las conductas no resulta placentera para el individuo; sin embargo, se experimenta un reforzamiento negativo debido a la intensa aversión que genera la idea de no realizar dichas conductas. Es así que, dado que la imagen corporal se convierte en el principal objeto de preocupación, resulta más adecuado clasificar la dismorfia muscular como una variante del trastorno dismórfico corporal, en lugar de considerarla simplemente un tipo de trastorno obsesivo-compulsivo (Pope et al., 1997; Rodríguez, 2007).

#### **2.2.8. Influencia del ideal de belleza**

Baile considera que la exposición a una cultura del culto al cuerpo y la baja autoestima, son factores predisponentes en el desarrollo de la dismorfia muscular (Baile, 2005, como se citó en Rodríguez, 2007). Siendo así que, en la actualidad, se considera que los cánones de belleza se han encargado de crear una era de “moda fit”, la cual impone en la sociedad ciertas expectativas corporales o estándares estéticos como indicadores de “éxito” que podrían conllevar a acciones que resulten perjudiciales para la salud física y mental del individuo (Guarnizo, 2022; Gutierrez y Ferreira, 2007; Murcho, 2018). En base a esto, cada vez más varones están ejercitándose con el fin de mejorar su estética y no tanto por el objetivo de llevar un estilo de vida saludable. Esta tendencia está dando lugar al surgimiento de nuevos trastornos, como la vigorexia, donde hay una obsesión por aumentar la masa muscular. Esta condición no solo afecta profundamente la vida psicológica y social de quienes la padecen, sino que también puede tener implicaciones médicas significativas (Pope et al., 2002, como se citó en Baile et al., 2005).

A su vez, esto es observado en un estudio realizado por Pope et al. (1999), en el cual se tuvo como hipótesis que las figuras de acción masculinas usadas como juguetes por los niños, reflejan los

ideales culturales con respecto a la imagen corporal masculina. En este estudio se procedió a medir la circunferencia de la cintura, el pecho y el bíceps de cada figura y por medio de alometría se escaló a la altura de un hombre real de 1.78m de altura. En base a los resultados obtenidos, se observó que durante los últimos 30 años, las figuras se han vuelto mucho más musculosas a través del tiempo. Incluso, muchas de estas figuras superan con creces la musculatura de los fisicoculturistas humanos más grandes. Estos estudios sobre juguetes infantiles sugieren que las expectativas culturales pueden contribuir a los trastornos de la imagen corporal en ambos sexos, ya que se ha podido observar el mismo caso en muñecas Barbie.

### **2.2.9. Cuestionario del Complejo de Adonis**

Este cuestionario fue elaborado por Harrison Pope, Katharine Phillips y Roberto Olivardia en el año 2000. Consta de 13 ítems, los cuales evalúan el grado de insatisfacción que tiene la persona con su apariencia y hasta qué grado puede llegar para cambiarla. Las opciones de respuesta se dividen en tres, donde “a” equivale a 0 puntos, “b” equivale a 1 punto y “c” equivale a 3 puntos, además la puntuación máxima es de 39 puntos. La puntuación obtenida se puede clasificar en 4 grupos, en primer lugar, de 0 a 9 puntos indicando una preocupación leve; de 10 a 19 puntos haciendo referencia a una preocupación moderada; de 20 a 29 puntos significando una preocupación severa y por último, 30 a 39 puntos mostrando una preocupación muy severa (Baile, 2005; Pope et al., 2000, como se citó en Gonzales, 2008).

El Cuestionario del Complejo de Adonis está compuesto por tres dimensiones: Control de la apariencia física, efecto psicosocial de la apariencia física y preocupación por la apariencia física (Yepes et al., 2022). En primer lugar, la dimensión control de la apariencia física, abarca las acciones que realiza una persona para modificar su imagen corporal, como someterse a entrenamientos excesivos, dietas estrictas y uso de fármacos legales e ilegales. Por otro lado, la dimensión de efecto psicosocial de la apariencia física, evalúa como la presión de la sociedad y el deseo de aceptación han afectado el pensamiento y las acciones de la persona con respecto a su imagen corporal, provocando emociones negativas y hasta comportamientos de riesgo para ajustarse a los estándares. Finalmente, la dimensión de preocupación por la apariencia física, se manifiesta en un estado de ansiedad que desencadena en una supervisión constante y detallada de la imagen corporal que además de supervisar el aumento y desarrollo muscular, también incluye el control de la vestimenta, las tallas y el aseo personal (Lopez, 2019).

**Tabla 2**

*Definición conceptual y operacional de la variable vigorexia*

**Definición conceptual:** Alteración en la percepción de la imagen corporal que se manifiesta en la subestimación del tamaño y la fuerza del cuerpo, junto con la adopción de conductas compensatorias desadaptativas (Pope et al., 1997).

**Definición operacional:** Variable medida a través de los puntajes obtenidos de la adaptación peruana del cuestionario del complejo de adonis de Pope, Philips y Olivardia (Yépez et al., 2022).

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
Efecto Psicosocial de la apariencia física	Pensamientos de como se ve la persona frente a los demás	3, 11, 2, 8, 10, 9	Cuestionario del complejo de Adonis
Control de la apariencia física	Acciones para conseguir la apariencia física deseada	13, 6, 7, 12	
Preocupación por la apariencia física	Ansiedad generada por el aspecto físico	1, 4, 5	

### 3. Formulación de hipótesis

#### 3.1. Hipótesis general

H0: No existe una relación entre la autoestima y la vigorexia en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

H1: Existe una relación entre la autoestima y la vigorexia en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

#### 3.2. Hipótesis específicas

Existe relación inversa entre la dimensión efecto psicosocial de la apariencia física de la vigorexia y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

Existe relación inversa entre la dimensión control de la apariencia física de la vigorexia y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

Existe relación inversa entre la dimensión preocupación por la apariencia física de la vigorexia y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

Existe diferencia entre la vigorexia en cuanto al sexo en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

Existe relación entre la vigorexia y la edad en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

Existe diferencia entre la vigorexia en cuanto a la frecuencia del entrenamiento físico en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana



## Capítulo III: Método

### 1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo cuantitativa ya que es un proceso estructurado que comienza con la formulación de un problema específico y delimitado desde el inicio del estudio. Hace uso de la recolección de datos y análisis estadístico para validar las hipótesis planteadas (Hernández et al., 2014).

### 2. Diseño de investigación

La investigación presenta un diseño no experimental, transversal y de tipo correlacional. Es no experimental ya que se enfoca en la observación de fenómenos sin manipulación de variables. Asimismo, es de tipo transversal ya que los datos se recolectan en un único momento. Finalmente, es correlacional ya que busca determinar el nivel de asociación entre las dos variables de estudio (Hernández et al., 2014).

### 3. Población

La población para la siguiente investigación comprende a todas las personas entre 18 y 30 años que asisten a 9 gimnasios en Lima Metropolitana.

### 4. Muestra

En esta investigación el muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia. Este muestreo selecciona a la muestra dependiendo de las características que posee la investigación. Además, se utilizó un muestreo por cadena, conocido como “bola de nieve”. Este método permite identificar a participantes clave y consultarles si conocen a otras personas que cumplan con los criterios de inclusión para formar parte del estudio (Hernández et al., 2014).

Para esta investigación, se definieron los siguientes criterios de inclusión para los participantes. Se requería que tuvieran entre 18 y 30 años, residieran en Lima Metropolitana y estar inscritos en un gimnasio. Asimismo, todos los participantes debían aceptar firmar un consentimiento informado. A partir de estos criterios, la muestra final se conformó por 150 usuarios de nueve gimnasios de Lima Metropolitana de 18 a 30 años. En las tablas 3, 4, 5, y 6 se puede observar la distribución de los participantes según sexo, distrito, edad y frecuencia de entrenamiento respectivamente.

**Tabla 3**

*Distribución de participantes según sexo*

Sexo	Frecuencia	%
Mujeres	72	48
Hombres	78	52
Total	150	100

**Tabla 4***Distribución de participantes según distrito*

Distrito	Frecuencia	%
Santiago de Surco	43	28.67
Miraflores	13	8.67
San Borja	12	8.00
Barranco	10	6.67
Lima	10	6.67
Surquillo	9	6.00
La Molina	8	5.33
Chorrillos	7	4.67
San Juan de Lurigancho	5	3.33
Otros	33	22.00
Total	150	100.00

**Tabla 5***Distribución de participantes según edad*

Edad	Frecuencia	%
18	11	7.33
19	14	9.33
20	8	5.33
21	10	6.67
22	14	9.33
23	10	6.67
24	13	8.67
25	19	12.67
26	11	7.33
27	19	12.67
28	5	3.33
29	2	1.33
30	14	9.33
Total	150	100.00

**Tabla 6***Distribución de participantes según frecuencia de entrenamiento*

Frecuencia de entrenamiento	Frecuencia	%
1 vez por semana	6	4
2 a 3 veces por semana	51	34
4 a más veces por semana	93	62
Total	150	100

## 5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

### 5.1. *Recolección de datos y procedimiento*

Para llevar a cabo la recolección de datos, se administraron ambos instrumentos de investigación a través de un formulario de Google Forms, dirigido a las personas interesadas en participar en el estudio que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos. Para facilitar el acceso al formulario, se proporcionó un código QR que los participantes podían escanear con sus celulares. Es relevante destacar que la administración de los instrumentos se llevó a cabo tanto de manera presencial como virtual.

Antes de completar el formulario, se entregó un consentimiento informado a aquellos interesados en participar. Este documento explicaba de manera detallada el propósito de la investigación y garantizaba la confidencialidad de los datos proporcionados por cada participante. De esta forma, se buscó asegurar que todos los involucrados estuvieran debidamente informados y se sintieran cómodos con su participación en el estudio.

### 5.2. *Instrumentos de evaluación*

**Escala de Autoestima de Rosenberg.** Para medir la autoestima, se empleó la "Escala de Autoestima de Rosenberg" creada por Rosenberg en el año 1965. Su propósito es evaluar y determinar el nivel de autoestima en adolescentes y adultos jóvenes. La escala está compuesta por 10 ítems, de los cuales cinco están formulados de manera directa y cinco de forma inversa. Utiliza una escala tipo Likert con respuestas que van del 1 al 4, donde 1 significa "totalmente en desacuerdo", 2 "en desacuerdo", 3 "de acuerdo" y 4 "totalmente de acuerdo". La escala mide la autoestima como una única dimensión, y los ítems negativos se puntúan de manera inversa. Un puntaje más alto indicaría un mayor nivel de autoestima (Robles y Padilla, 2018).

La escala fue adaptada en Lima Metropolitana por Robles y Padilla (2018) quienes también establecieron sus propiedades psicométricas. Respecto a la confiabilidad, se midió la consistencia interna de la escala utilizando el alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.797 para los diez ítems, lo que se considera un buen resultado. Con respecto a la validez de constructo, el análisis factorial exploratorio utilizó el método de componentes principales y reveló dos factores que explican el 49,115% de la varianza.

**Cuestionario del complejo de Adonis.** Para medir la dismorfia muscular y sus dimensiones, se utilizó el cuestionario creado por Pope, Philips y Olivardia denominado "Cuestionario del complejo de Adonis". Este cuestionario está compuesto por tres dimensiones: 1) Efecto psicossocial de la apariencia física, que se basa en la influencia que tiene la presión social en el pensamiento y comportamiento de los individuos, 2) Control de la apariencia física, que hace referencia a las acciones realizadas por el

individuo para hacer cambios en su imagen corporal y 3) Preocupación por la apariencia física, la cual sería el estado de ansiedad que se genera en base a la percepción de la apariencia física tras una revisión continua de la imagen corporal, vestimenta, tallas, medidas, etc (Lopez, 2019). Este cuestionario está compuesto por un total de 13 ítems directos, de los cuales los ítems 3, 11, 2, 8, 10 y 9 pertenecen a la primera dimensión, los ítems 13, 6, 7 y 12 a la segunda y el 1, 4 y 5 a la tercera dimensión (Lopez, 2019).

Las respuestas están estructuradas en tres opciones: "a" equivale a 0 puntos, "b" a 1 punto y "c" a 3 puntos. En cuanto a los puntajes, la puntuación máxima posible es de 39 puntos y está dividida en cuatro niveles; entre 0 y 9 puntos indicaría un nivel leve, es decir una preocupación considerada normal y que no afecta la vida diaria; de 10 a 19 puntos señalaría una preocupación moderada-media respecto al Complejo de Adonis; entre 20 y 29 puntos indica un grado severo, sugiriendo la presencia de dismorfia muscular; por último, los valores que se encuentran de 30 a 39 puntos reflejan una preocupación muy severa, indicando un serio problema de imagen corporal que puede interferir significativamente con la vida diaria y podría requerir la intervención de un profesional especializado (Yépez et al., 2022; Zegarra, 2019).

El cuestionario fue adaptado al español por Latorre et al. (2015), quien busco validar el cuestionario del Complejo de Adonis en la población española. Para esto, la muestra estuvo compuesta por 99 varones fisiculturistas que acuden con frecuencia a centros deportivos de la provincia de Jaén. Las edades oscilan entre los 25 y 45 años. Dentro de las propiedades psicométricas, la escala demostró presentar una buena consistencia interna, la cual fue analizada con el índice Alfa de Cronbach que resultó en 0.88 para la escala global, 0.88 para la dimensión "efecto psicosocial de la apariencia física", 0.75 para la dimensión "control de la apariencia física" y 0.70 para la dimensión "preocupación por la apariencia física". Para analizar la estructura de la medición del cuestionario, se realizó un análisis factorial exploratorio en el cual se obtuvo un KMO de 0.88, siendo la prueba de esfericidad de Bartlett significativa  $\chi^2 = 566.48$ ,  $p < 0.001$ . Se empleó el método de componentes principales y la rotación Varimax identificando tres factores, los cuales explicaron el 65.29% de la varianza.

Por otro lado, dentro del contexto peruano, Yépez et al. (2022) realizó un estudio en el cual se buscaba analizar las propiedades psicométricas de dicho cuestionario en una muestra de 61 personas entre los 18 y 53 años. Dentro de los resultados se reportó que, en cuanto a la consistencia interna, el índice Alfa de Cronbach fue 0.61 (IC: 0.47 - 0.75) para la escala global y para las dimensiones de efecto psicosocial de la apariencia física, control de la apariencia física y preocupación por la apariencia física; los coeficientes fueron 0.53 (IC: 0.35 - 0.71), 0.69 (IC: 0.58 - 0.79) y 0.14 (IC: 0 - 0.50) respectivamente. Además, en cuanto a la evidencia de validez convergente y discriminante, se realizaron correlaciones

de Spearman entre las tres dimensiones del Cuestionario del Complejo de Adonis y las dimensiones del Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF-A), Cuestionario para la evaluación de ortorexia (ORTO-11-ES) y el Inventario de Perfeccionismo Multidimensional en el Deporte en Competición (MIPS). En base a esto, se evidenciaron resultados mixtos entre las dimensiones del Cuestionario del Complejo de Adonis y las dimensiones de los demás instrumentos. En síntesis, el estudio evidencia que el presente instrumento cuenta con propiedades psicométricas aptas y validadas dentro del contexto peruano.

### **5.3. Análisis de Datos**

Para el análisis de los datos, se utilizó el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), este programa software de análisis estadístico que se utiliza para gestionar y analizar grandes conjuntos de datos. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis de normalidad de las distribuciones de las variables autoestima y vigorexia, así como sus dimensiones, mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov debido al tamaño de la muestra.

Para responder al objetivo general del estudio, que busca identificar la relación entre la autoestima y la vigorexia, se realizó un análisis de correlación utilizando el coeficiente no paramétrico de Spearman. La fuerza de la correlación se determinó mediante el criterio de Cohen (1988).

Para los tres primeros objetivos específicos, los cuales buscan identificar la relación entre la autoestima y las dimensiones de la vigorexia, también se realizó un análisis de correlación utilizando el coeficiente no paramétrico de Spearman. La fuerza de la correlación se determinó nuevamente mediante el criterio de Cohen (1988).

En relación con el cuarto objetivo específico, que busca identificar las diferencias entre la vigorexia y sus dimensiones en función del sexo de los participantes, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Para determinar el tamaño de la diferencia, se calculó el tamaño del efecto con el índice  $P_{Sest}$ .

Para el quinto objetivo específico, que busca identificar la relación entre la edad de los participantes y la vigorexia con sus dimensiones, se realizó un análisis de correlación empleando el coeficiente no paramétrico de Spearman. La fuerza de la correlación se determinó de acuerdo con el criterio de Cohen (1988).

Finalmente, respecto al sexto objetivo específico, el cual es identificar las diferencias en la vigorexia y sus dimensiones según la frecuencia de entrenamiento de los participantes, se utilizó la prueba Kruskal-Wallis. El tamaño de la diferencia se determinó mediante el coeficiente de Epsilon.

## Capítulo IV: Resultados

Se presenta en la tabla 7 el análisis de normalidad de la variable autoestima y la variable vigorexia con sus respectivas dimensiones. Se empleó la prueba Kolmogorov-Smirnov, la cual indicó que los datos de las variables y sus dimensiones no siguen una distribución normal ( $p < .05$ ).

**Tabla 7**

*Análisis de normalidad de la variable autoestima y vigorexia con sus dimensiones*

Variables y sus dimensiones	Kolmogórov-Smirnov	<i>p</i>
Autoestima	,104	<.001
Vigorexia	,098	,001
Efecto psicosocial de la apariencia física	,166	<.001
Control apariencia física	,193	<.001
Preocupación por la apariencia física	,190	<.001

Como se muestra en la tabla 8, al evaluar la relación entre las variables vigorexia y autoestima se evidencia que la correlación es significativa e inversa ( $r = -.511^{**}$ ). Además, según el criterio de Cohen (1988) se puede afirmar que la fuerza de la correlación es grande. Esto quiere decir que cuando una persona tiene puntajes altos de vigorexia, probablemente tienda a presentar puntajes bajos de autoestima.

**Tabla 8**

*Coefficiente de correlación entre autoestima y vigorexia*

		Vigorexia
Autoestima	Coefficiente de correlación	-,511**

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Asimismo, en la tabla 9 se pueden apreciar los valores de la correlación entre la autoestima y las tres dimensiones de la vigorexia, como la fuerza que estas presentan según el criterio de Cohen (1988). Se encontró que la variable autoestima tuvo una correlación inversa y grande con la dimensión "efecto psicosocial de la apariencia física". Por otro lado, la autoestima presentó una correlación inversa

y pequeña con la dimensión “control de apariencia física”. Finalmente, se encontró que la variable autoestima tuvo una correlación inversa y mediana con la dimensión “preocupación por la apariencia física”. Es decir, cuando se presentan menores puntajes en autoestima, se tiende a presentar puntajes altos en las tres dimensiones de la vigorexia.

**Tabla 9**

*Coefficiente de correlación entre autoestima y dimensiones de la vigorexia*

	Dimensiones de la vigorexia		
	Efecto psicosocial de la apariciencia física	Control apariencia física	Preocupación por la apariciencia física
Autoestima	-,509**	-,197*	-,329**

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La tabla 10 muestra el contraste de la variable vigorexia y sus dimensiones en cuanto al sexo de los participantes. La variable vigorexia y su dimensión “efecto psicosocial de la apariencia física” presentaron diferencias significativas en cuanto al sexo ( $p < ,05$ ). Además, para calcular el tamaño del efecto, se realizó el cálculo del PSest y según Grissom (1994, como se citó en Ventura, 2016) se observa que ambas tuvieron un tamaño del efecto pequeño.

**Tabla 10**

*Vigorexia y sus dimensiones según sexo*

	Sexo	N	Media	U de Mann- Whitney	p	PSest
Vigorexia	Mujer	72	20,38	2054,500	,004	,37
	Hombre	78	18,71			
Efecto psicosocial de la apariencia física	Mujer	72	9,43	1771,500	<.001	,32
	Hombre	78	7,99			
Control apariencia física	Mujer	72	6,10	2659,000	,562	,47
	Hombre	78	6,00			
Preocupación por la apariencia física	Mujer	72	4,85	2624,500	,474	,47
	Hombre	78	4,72			

PSest: Tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney.

Según la tabla 11, los resultados no mostraron una correlación significativa entre las variables de vigorexia y sus dimensiones con la variable edad. Es decir, no se presentan datos significativos que puedan comprobar que existe una correlación o asociación entre dichas variables.

**Tabla 11**

*Coefficiente de correlación entre la edad y la vigorexia y sus dimensiones*

	Variable vigorexia y sus dimensiones			
	Vigorexia	Efecto psicosocial de la apariencia física	Control apariencia física	Preocupación por la apariencia física
Edad	-,047	-,003	-,027	-,084

En la tabla 12 se presenta el contraste de la variable frecuencia de entrenamiento con respecto a la vigorexia y sus dimensiones. De acuerdo con los resultados, no se presentan diferencias significativas ( $p < ,05$ ). Además, se calculó el coeficiente de épsilon que oscila entre 0 y 1, indicando un tamaño del efecto mínimo.

**Tabla 12**

*Vigorexia y sus dimensiones en cuanto a la frecuencia de entrenamiento*

	Frecuencia de entrenamiento a la semana	N	Media	Kruskal-wallis	p	Coefficiente de Epsilon
Vigorexia	1 vez	7	18,67	,788	,675	0,005
	2 a 3 veces	51	19,71			
	4 a más veces	92	19,48			
	Total	150	19,52			
Efecto psicosocial de la apariencia física	1 vez	7	9,17	2,594	,273	0,02
	2 a 3 veces	51	9,16			
	4 a más veces	92	8,40			
	Total	150	8,69			
Control de la apariencia física	1 vez	7	5,33	5,333	,069	0,04
	2 a 3 veces	51	5,84			
	4 a más	92	6,22			
	Total	150	6,05			

---

	1 vez	7	4,17	2,566	,277	0,02
Preocupación por la apariencia física	2 a 3 veces	51	4,71			
	4 a más	92	4,86			
	Total	150	4,78			

---



## Capítulo V: Discusión

Esta investigación tuvo como meta analizar la relación entre la autoestima y la vigorexia en personas de 18 a 30 años que frecuentan gimnasios en Lima Metropolitana. También se consideró la posibilidad de encontrar diferencias y relaciones en función del sexo, la edad y la frecuencia de entrenamiento de los participantes respecto a las variables estudiadas. A continuación, se presentará la discusión de los resultados obtenidos, iniciando con el objetivo general y luego abordando los objetivos específicos.

En cuanto al objetivo general, se buscó establecer la relación entre la autoestima y la vigorexia en personas de 18 a 30 años que asisten a gimnasios en Lima Metropolitana. Los resultados obtenidos muestran una relación significativa e inversa con un tamaño del efecto grande entre estas dos variables. Esto sugiere que, cuando una persona presenta puntajes altos de vigorexia, probablemente podría presentar puntajes bajos de autoestima.

Estos hallazgos coinciden con los obtenidos por Olave et al. (2019), quienes, en una muestra española, también encontraron una relación estadísticamente significativa e inversa entre la autoestima y vigorexia ( $r = -.16$ ,  $p < .001$ ). Asimismo, los resultados guardan relación con los encontrados por Murray et al. (2013) en Australia, donde se evidenció una relación significativa e inversa ( $r = -.77$ ,  $p < 0,05$ ) entre ambas variables; además, se encontró que la autoestima puede ser un factor predictivo de la sintomatología vigoréxica.

No obstante, los hallazgos de esta investigación contrastan con los encontrados por Guarnizo (2022), quien, en un estudio a una muestra ecuatoriana compuesta por 97 participantes, reportó que no hubo una relación significativa entre ambas variables ( $r = -.104$ ,  $p > 0.05$ ). De igual manera, Ruiz (2016) en un estudio realizado en Madrid a 150 participantes, también señaló no haber encontrado relación entre vigorexia y autoestima.

Estas diferencias entre los hallazgos de la literatura existente y los hallados en esta investigación destacan la importancia de seguir investigando la interacción entre ambas variables.

En cuanto al primer objetivo específico, se planteó identificar la relación entre la dimensión “efecto psicosocial de la apariencia física de la vigorexia” y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana. Los resultados mostraron que la autoestima presentó una correlación inversa con esta dimensión y un tamaño del efecto grande, según el criterio de Cohen (1988). Aquello, podría explicarse por el modelo teórico planteado por Baile, quien propone a la baja autoestima y a la exposición a una cultura de culto al cuerpo como factores predisponentes en el desarrollo de la vigorexia (Baile, 2005, como se citó en Rodríguez, 2007). Incluso, se considera que

actualmente la sociedad atraviesa la era de la “moda fit”, en la cual se le pide, tanto a hombres como mujeres, cuerpos delgados y musculosos; en ese sentido, se imponen cánones de belleza que pueden llegar a ser estrictos y peligrosos para la salud física y mental del individuo (Murcho, 2018). Asimismo, Gutierrez y Ferreira (2007) señalan que es frecuente observar que ciertos estándares estéticos son impuestos como indicadores de éxito social, dejando de lado otras cualidades personales y, resultando en efectos graves e irreversibles que afectan a aquellas personas que quedan atrapadas en estas presiones sociales.

Como segundo objetivo específico se planteó identificar la relación entre la dimensión “control de la apariencia física de la vigorexia” y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana. A raíz de esto, se encontró que la autoestima presentó una correlación inversa y pequeña con esta dimensión. Esto se asocia con el modelo cognitivo-conductual planteado por Lantz, Rhea y Cornelius, en el cual, la baja autoestima y la insatisfacción corporal son factores precipitantes que motivan a los individuos a adoptar rigurosas rutinas de ejercicio físico y conductas alimentarias con el fin de mejorar su apariencia (Lantz et al., 2002; como se citó en Compte y Sepúlveda, 2014). En ese sentido, con la finalidad de ganar músculo, bajar de peso o, de manera general, modificar su imagen corporal, las personas suelen realizar dietas estrictas, entrenamientos excesivos o incluso recurren al consumo de fármacos legales e ilegales (Lopez, 2019; Murcho, 2018).

Como tercer objetivo específico se planteó identificar la relación entre la dimensión “preocupación por la apariencia física de la vigorexia” y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana. Se encontró que, la variable autoestima tuvo una correlación inversa y mediana con esta dimensión. Los resultados obtenidos se alinean con los encontrados por Asuero et al. (2012) en su investigación realizada en España, donde se corrobora que pacientes con niveles bajos de autoestima experimentaron una mayor insatisfacción corporal, reflejada en una preocupación por la apariencia física, el peso y la silueta, así como una tendencia hacia la auto desvalorización.

Como cuarto objetivo específico se planteó identificar la diferencia de la vigorexia y sus dimensiones en cuanto al sexo en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana. Los resultados arrojaron que, si existen diferencias significativas en la variable vigorexia, siendo la media mayor en las mujeres. Estos resultados se respaldan por el estudio realizado por Hinojosa (2020) cuyo objetivo era determinar la prevalencia de la vigorexia en Gimnasios de Teruel. Si bien la mayoría de los participantes fueron hombres, el mayor porcentaje de casos de vigorexia se atribuyó a las mujeres, donde incluso solo ellas presentaron un nivel grave de vigorexia. Asimismo, a nivel nacional, estos resultados coinciden con los encontrados por Velarde (2022), donde en un estudio

realizado en Piura encontró un mayor porcentaje de mujeres con vigorexia. Estos hallazgos difieren de lo reportado en otros estudios en base a la creencia de que la vigorexia tiende a darse mayoritariamente en población masculina; estimándose que la vigorexia tendría una prevalencia aproximada del 80% en hombres y un 20% en mujeres (Muñoz y Martínez, 2007).

Por otro lado, en la presente investigación, en cuanto a las dimensiones de la vigorexia, también se reportaron diferencias significativas en relación al sexo de los participantes, obteniendo una media mayor que el grupo de mujeres. En esta misma línea, esta tendencia mayor en las mujeres podría ser atribuida a cuestiones basadas en una mayor preocupación social; ya que, según el estudio de Hinojosa (2020), las mujeres presentaron una frecuencia estadísticamente significativa de malestar con respecto a su apariencia física, el evitar ser vistas en lugares en donde el cuerpo queda expuesto, en el uso de ropa que cubra la apariencia y hasta en la afectación de su vida sexual. Esto va de la mano con lo propuesto por Cernuda (2015), quien menciona que la incidencia de casos de mujeres con vigorexia ha aumentado considerablemente y si bien, la mujer vigoréxica no busca un desarrollo muscular tan grande como el de los varones, si recaen en los mismos problemas para la salud física y mental.

A pesar de esto, existen estudios en los cuales se ha encontrado resultados que no muestran diferencias entre mujeres y hombres. López et al. (2012) realizaron un estudio en el cual se buscaba asociar factores sociodemográficos a la muestra con niveles elevados de vigorexia. Al analizar las medias no encontraron diferencias significativas en cuanto a la vigorexia y el sexo de los participantes, ya que los hombres ( $M=18.69$ ) presentaron una media ligeramente superior a las mujeres ( $M=18.42$ ). Asimismo, Ruiz (2016) realizó un estudio donde se puede observar que tampoco existe diferencias abismales en cuanto al sexo, ya que los hombres obtuvieron una media de 19.34 y las mujeres de 18.69. Esto podría explicarse por los estándares de belleza impuestos en la sociedad en donde se le pide al hombre el tener un cuerpo marcado, musculoso y sin grasa y, a la mujer, un cuerpo delgado y marcado, lo cual generaría cierta insatisfacción corporal en los individuos (Baile et al., 2005; Muñoz y Martínez, 2007).

Se puede observar, por medio de lo expuesto anteriormente, que tanto las mujeres como los hombres pueden presentar el mismo riesgo de padecer vigorexia; pues, el impacto de la presión social es la misma y afecta a ambos grupos de la misma manera.

Como quinto objetivo específico se planteó identificar la relación de la vigorexia y sus dimensiones en cuanto a la edad en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana. Los resultados mostraron que no hubo relación entre la variable edad y la vigorexia. Esto mismo fue reportado por Begazo y Canaza (2015), quienes realizaron un estudio en 11 gimnasios de la ciudad de Arequipa, en el cual tampoco se evidenció alguna relación entre la vigorexia y la edad

de los participantes. Dentro de esta muestra, 132 participantes presentaron entre vigorexia moderada y severa. En base a esto, se observó que el 72.8%, es decir 96 de los encuestados, pertenecían a los grupos etarios “menores a 20 años” y “de 20 a 29 años”. En otras palabras, en estos grupos se concentró la mayoría de personas que padecen vigorexia entre moderada y severa. De igual manera, Gonzáles (2015) en un estudio realizado en Ecuador a usuarios de gimnasios reporta no haber encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la vigorexia y la edad ( $p = 0,730$ ).

No obstante, Tica (2020) llevó a cabo un estudio que demuestra una relación inversa entre la edad y el riesgo de experimentar síntomas de trastorno dismórfico corporal. Esto indica que, a menor edad, mayor es el riesgo de presentar dichos síntomas. No obstante, la correlación encontrada es de bajo nivel, por lo que los resultados no difieren significativamente de los hallazgos de este estudio.

Con respecto al sexto objetivo específico, el cual busca identificar la diferencia de la vigorexia y sus dimensiones en cuanto a la frecuencia del entrenamiento físico en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana, no se encontraron diferencias significativas. En este sentido, aquellas personas que entrenan de 4 a más veces por semana presentaron las mismas posibilidades de padecer vigorexia que las de 1 vez por semana y 2 a 3 veces por semana. Esto último es respaldado por Gonzáles (2015), quien en su estudio no encontró asociación alguna entre la variable frecuencia de entrenamiento y la variable vigorexia; lo que indicaría que la frecuencia de entrenamiento no determina ni define la probabilidad de padecer vigorexia.

No obstante, dentro de la literatura se menciona que la frecuencia de entrenamiento si está asociada directamente a la adicción con el ejercicio, pues tal como lo menciona Andrade et al. (2012), a mayores días de entrenamiento durante la semana, mayores son los niveles de adicción al ejercicio. En consecuencia, este exceso en la actividad física puede desarrollarse en una forma más compleja de trastorno: vigorexia. Este problema surge cuando el disfrute del ejercicio se transforma en abuso, cruzando la línea entre lo normal y lo patológico. Siendo así que la persona adicta siente una compulsión constante por hacer ejercicio, a pesar de que esto pueda provocar deterioro físico, afectar sus relaciones e incluso interferir con sus responsabilidades (Antolin et al., 2009).

## Conclusiones

Teniendo en considerando los objetivos, hipótesis y resultados analizados en la presente investigación, se concluye que:

Existe una relación significativa, inversa y grande entre la autoestima y la vigorexia en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana. Esto quiere decir que cuando una persona tiene puntajes altos de vigorexia, probablemente tenderá a presentar puntajes bajos de autoestima.

Existe relación significativa, inversa y grande entre la dimensión efecto psicosocial de la apariencia física de la vigorexia y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

Existe relación significativa, inversa y pequeña entre la dimensión control de la apariencia física de la vigorexia y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

Existe una relación significativa, inversa y mediana entre la dimensión preocupación por la apariencia física de la vigorexia y la autoestima en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

Existen diferencias entre la vigorexia y sus dimensiones en cuanto al sexo en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana, siendo las mujeres el grupo donde se presentó una media mayor.

No existe relación entre la vigorexia y sus dimensiones en cuanto a la edad en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

No existen diferencias entre la vigorexia y sus dimensiones en cuanto a la frecuencia del entrenamiento físico en personas de 18 a 30 años asistentes a gimnasios en Lima Metropolitana.

## Recomendaciones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos al investigar la relación entre autoestima y vigorexia, se recomienda:

Continuar analizando la relación entre las variables planteadas en esta investigación en una muestra de mayor tamaño con el objetivo de que esta sea representativa de la población y los resultados puedan ser generalizados.

Realizar campañas de sensibilización en los gimnasios acerca de la vigorexia y cómo esta puede impactar de forma negativa en la salud física y mental de las personas. Asimismo, realizar campañas que promuevan la salud mental y el bienestar emocional enfocándose en el tema de la autoestima, por ser un factor de riesgo significativo a las personas que frecuentan gimnasios. En este sentido, implementar charlas o talleres sobre cómo mantener una relación saludable con la imagen corporal y el ejercicio físico. Este trabajo podría tener intervención de distintos campos interdisciplinarios como psicólogos, entrenadores, nutricionistas, entre otros profesionales para abordarlo de una manera integral.

Seguir investigando la vigorexia y sus dimensiones con respecto al autoestima, frecuencia de entrenamiento, edad y sexo, ya que actualmente la información disponible es limitada y no permite establecer conclusiones definitivas sobre la existencia o magnitud de estas relaciones. La escasez de datos sobre la vigorexia en las investigaciones encontradas subraya la necesidad de aumentar la visibilidad de este tema de estudio y así poder ofrecer nuevas perspectivas para la intervención y prevención en estos casos.

## Referencias

- Acosta, R. y Hernández, J. (2004). La autoestima en la educación. *Límite: revista de filosofía y psicología*, 1(11), 82-95. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2007286>
- Aguirre, Y. (2020). Evidencias psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg en personal de serenazgo de una Municipalidad de Lima Norte, 2020 [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional de la Universidad César Vallejo <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/71212>
- American Psychiatric Association. (1980). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3.a ed.). Masson.
- American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4.a ed.). Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.). Editorial médica panamericana.
- Andrade, J., García, S., Remicio, C., y Villamil, S. (2012). Niveles de adicción al ejercicio corporal en personas fisicoculturistas. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 7(2), 209-226. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4147720>
- Antolin, V., Martín, J., García, M., y Martín, A. (2009). Adicción al deporte ¿moda postmoderna o problema sociosanitario?. *Norte de salud mental*, 8(34), 15-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830219>
- Asuero, R., Avargues, M., Martín, B. y Borda, M. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de Psicología*, 5(2), 39-45. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092012000200005&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092012000200005&script=sci_arttext&tlng=en)
- Baile, J., Monroy, K. y Garay, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 161-169. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29210111>
- Baile, J. (2011). Dismorfia Muscular: Definición y Evaluación. *Psychologia Avances de la disciplina*, 5(1), 135-136. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224114012>
- Begazo, L. y Canaza, D. (2015). Prevalencia y factores socio-demográficos y psicológicos asociados a la vigorexia en usuarios de salas de musculación en gimnasios de la ciudad de Arequipa, 2015

[Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín]. Repositorio de la UNSA.  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/283>

Behar, R. y Molinari, D. (2010). Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Revista médica de Chile*, 138(11), 1386-1394.  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010001200007&lng=en&nrm=iso&tlang=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001200007&lng=en&nrm=iso&tlang=en)

Branden, N. (1994). *Los 6 pilares de la autoestima*. Paidós.

Brunet, J., Sabiston, C., Dorsch, K. & McCreary, D. (2010). Exploring a model linking social physique anxiety drive for muscularity drive for thinness and self-esteem among adolescent boys and girls. *Body image*, 7(2), 137- 142. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.11.004>

Bonet, J. (1994). *Sé amigo de ti mismo: Manual de autoestima* (5.ª ed.). Sal Terrae

Castro, R. (2013). Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación deportistas de musculación: patrones psicológicos asociados a la vigorexia [Tesis de doctorado, Universidad de Jaén]. Repositorio Institucional de Producción Científica.  
<https://hdl.handle.net/10953/530>

Cernuda, A. (2015, 1-28 de febrero). La vigorexia femenina un fenómeno en alza [Ponencia]. XVI Congreso virtual Interpsiquis, España. <https://psiquiatria.com/trabajos/7CONF1CVP2015.pdf>

Chandler, C., Grieve, F., Derryberry, P. & Pegg, P. (2009). Are Anxiety and Obsessive- Compulsive Symptoms related to Muscle Dysmorphia?. *International Journal of Men's Health*, 8(2), 143-154. [https://www.researchgate.net/publication/244941379\\_Are\\_Anxiety\\_and\\_Obsessive-Compulsive\\_Symptoms\\_Related\\_to\\_Muscle\\_Dysmorphia](https://www.researchgate.net/publication/244941379_Are_Anxiety_and_Obsessive-Compulsive_Symptoms_Related_to_Muscle_Dysmorphia)

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.ª ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Compte, E. y Sepúlveda, A. (2014). Dismorfia muscular: Perspectiva histórica y actualización en su diagnóstico, evaluación y tratamiento. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(2), 307-326. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/dismorfia-muscular-perspectiva-historica-y-actualizacion-en-su-diagnostico-evaluacion-y-tratamiento/>

Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59(1), 87–94. <https://doi.org/10.1037/h0048001>

- Cristóbal, C. y Peris, D. (2022), Depresión, baja autoestima y ansiedad como factores de riesgo de dismorfia muscular: revisión sistemática. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico*, 7(1), 1-15. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8648824>
- Escalante, G. (2004). Autoestima y diferenciación personal. *Universidad de los Andes, Centro de Investigaciones*. 1-13. <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/38156>
- Escoto, M., Camacho, E., Alvarez, G., Diaz, F. y Morales, A. (2012). Relación entre autoestima y síntomas de dismorfia muscular en varones fisicoconstructivistas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3(1), 11-18. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232012000100002](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232012000100002)
- Galiana, L., Badenes, L. y 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://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6767108.pdf>
- 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 [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Nacional PUCE. <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/30600>
- González, M. (2008, 23-25 de octubre). Vigorexia: instrumentos para su detección [Ponencia]. V Congreso de la Asociación Española de Ciencias del Deporte, León, España. <https://www.cienciadeporte.com/images/congresos/leon/salud,%20ocio%20y%20recreacion/gonzalezvigorexia.pdf>
- González, I., Fernández, J., Contreras, O. y Sokolova, M. (2018). Dismorfia Muscular: detección del uso-abuso de esteroides anabolizantes androgénicos en una muestra española. *Adicciones*, 30(4), 243-250. <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/853>
- González, I., Fernández, J. y Contreras O. (2020). Reflection on the validity of the instruments used to assess Muscle Dysmorphia with no deep knowledge of its etiology. *Clinical Psychology Science and Practice*, 27(1), 1–3. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12317>
- Grieve, F. (2007). A Conceptual Model of Factors Contributing to the Development of Muscle Dysmorphia. *Eating Disorders*, 15(1), 63–80. <https://doi.org/10.1080/10640260601044535>
- Guarnizo, J. (2022). Autoestima y su relación con la dismorfia muscular en usuarios de un gimnasio [Tesis de pregrado, Universidad técnica de Ambato]. Repositorio universidad técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/36730>

- Guerola, E. y Pejenaute, M. (2018). Vigorexia. *Formación médica continuada en atención primaria*, 25(5), 262-269. <https://www.fmc.es/es-vigorexia-articulo-S1134207218300859>
- Gutiérrez, C. y Ferreira, R. (2007). Vigorexia: estudio sobre la adicción al ejercicio. Un enfoque de la problemática actual [Tesis de pregrado, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional Universidad de Antioquia. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/31515>
- Hernández, J. y Licea, M. (2016). Algunos aspectos de interés sobre la vigorexia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1-12. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252016000300016&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252016000300016&script=sci_arttext&tlng=en)
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación (6.ª ed.). McGraw Hill.
- Hinojosa, C. (2020). Vigorexia en los gimnasios de Teruel. *Revista Atalaya Médica*, 19, 117-145. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7907054>
- Inca, L. (2017). Niveles de autoestima en los trabajadores de la empresa Grupo Cabal [Tesis de pregrado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio Institucional Universidad Ica Garcilaso de la Vega. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1404>
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. Henry Holt and Co.
- Lantz, C., Rhea, D. & Mayhew, J. (2001). The drive for size: A psycho-behavioral model of muscle dysmorphia. *International Sports Journal*, 5, 71-86. <https://www.researchgate.net/publication/285170285> The drive for size A psycho-behavioral model of muscle dysmorphia
- Latorre, P., Garrido, A. y García, 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. <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309235369034.pdf>
- Llorca, C. y Márquez, M. (2017). Evolución y análisis del canon de belleza aplicado a la moda: Análisis de Karl Lagerfeld, John Galliano y Victoria's Secret (1995–2007–2016) [Tesis de pregrado, Universidad de Sevilla]. Depósito de Investigación Universidad de Sevilla. <http://hdl.handle.net/11441/63384>
- López, D., Castro, R. y Zagalaz, M. (2012). Autoconcepto y ansiedad: detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 91-100. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=227025503010>

- Lopez, L. (2019). Propiedades psicométricas del cuestionario del complejo de Adonis en deportistas varones de musculación de 4 gimnasios, Comas, Lima, 2019. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/56059>
- Mitchell, L., Murray, S., Cobley, S., Hackett, D., Gifford, J., Louise, C. & O'Connor, H. (2017). Muscle Dysmorphia Symptomatology and Associated Psychological Features in Bodybuilders and Non-Bodybuilder Resistance Trainers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Medicine*, 47(2), 233-259. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0564-3>
- Monbourquette, J. (2004). *De la autoestima a la estima del Yo profundo. De la psicología a la espiritualidad* (M, Amado. y D, Garnier, Trad., 2ª. ed.). Sal Terrae (Obra original publicada en 2002)
- Monteiro, R., Coelho, G., Hanel, P., Medeiros, E. & Da Silva, P. (2022). The Efficient Assessment of Self-Esteem: Proposing the Brief Rosenberg Self-Esteem Scale. *Applied Research Quality Life*, 17, 931–947. <https://www.researchgate.net/publication/349537611> The Efficient Assessment of Self-Esteem Proposing the Brief Rosenberg Self-Esteem Scale
- Muñoz, R., y Martínez, A. (2007). Ortorexia y Vigorexia: ¿Nuevos Trastornos de la Conducta Alimentaria?. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 5, 457-482. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2379929>
- Murcho, M. (2018). ¡Podemos querernos más!. El Ateneo.
- Murray, B., Rieger, E., Karlov, L. & Touyz, S. (2013). An Investigation of the Transdiagnostic Model of Eating Disorders in the Context of Muscle Dysmorphia. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 21(2), 160–164. [https://www.academia.edu/24641721/An\\_Investigation\\_of\\_the\\_Transdiagnostic\\_Model\\_of\\_Eating\\_Disorders\\_in\\_the\\_Context\\_of\\_Muscle\\_Dysmorphia](https://www.academia.edu/24641721/An_Investigation_of_the_Transdiagnostic_Model_of_Eating_Disorders_in_the_Context_of_Muscle_Dysmorphia)
- Olave, J., Momeñe, J., Rodriguez, J., Estevez, A. y Iruarrizaga, I. (2019). ¿Existen diferencias en los esquemas cognitivos y en la autoestima entre las personas con adicción al ejercicio físico o con dismorfia muscular?. *Revista española de drogodependencias*, 44(2), 43-61. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7012318>

- Olivardia, R., Pope, H. & Hudson, J. (2000). Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: A Case-Control Study. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1291-1296. <https://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.157.8.1291>
- 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/hrp.9.5.254.259>
- Padilla, I. y Mejia, R. (2022). Imagen corporal y autoestima en universitarios de la ciudad de Huaraz [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/89161>
- Paja, M. (2019). Autoestima e Imagen Corporal en estudiantes de quinto año de la Institución Educativa Secundaria Emblemática Glorioso San Carlos, Puno 2018 [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional del Altiplano Puno. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/11711>
- Polaino, A. (2003). *En busca de la autoestima perdida*. Desclée de Brouwer.
- Pope, H., Katz, D. & Hudson, J. (1993). Anorexia nervosa and reverse anorexia among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34(6), 406-409. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90066-D](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90066-D)
- Pope, H., Gruber, A., Choi, P., Olivardia, R. & Phillips, K. (1997). Muscle Dysmorphia An Underrecognized Form of Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548-557. [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318297714002?ref=cra\\_js\\_challenge&fr=RR-1](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318297714002?ref=cra_js_challenge&fr=RR-1)
- Pope, H., Olivardia, R., Gruber, A. & Borowiecki, J. (1999). Evolving Ideals of Male Body Image as Seen Through Action Toys. *The International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 65-72. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199907\)26:1%3C65::AID-EAT8%3E3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199907)26:1%3C65::AID-EAT8%3E3.0.CO;2-D)
- Quequezana, N. (2017). Relación entre la Satisfacción con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa, 2017 [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional de la Universidad Católica de Santa María. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/6282>

- Robles, Y. y Padilla, M. (2018). Adaptación de la escala de autoestima de Rosenberg en Lima Metropolitana. *Anales de Salud Mental*, 34(2), 9-20. <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/35>
- Rodríguez, J. (2007). Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y drogas*, 7(2), 289-308. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2710014>
- Rodríguez, J. y Rabito, M. (2011). Vigorexia: de la adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente. *Health and Addictions*, 11(1), 95-114. <https://doi.org/10.21134/haaj.v11i1.24>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and Adolescent Self-Image*. Quinn & Boden Company, Inc.
- Rosenberg, M. & Owens, T. (2001). Low self-esteem people: A collective portrait. En N. Goodman (Ed.), *Extending self esteem theory and research: Sociological and psychological currents* (pp. 400-436). New York, NY: Cambridge University Press.
- Ruiz, I. (2016). Autoestima, vigorexia y asistencia al gimnasio [Tesis de pregrado, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio de la Universidad Pontificia Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/13384>
- Tica, F. (2020). Frecuencia de síntomas de trastornos Dismórficos Corporales y alimentarios en jóvenes que asisten a gimnasios de Arequipa 2020 [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional Universidad Católica de Santa María. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10102>
- Ticona, S. (2018). Relación entre la autoestima y el rendimiento académico en los estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Particular Bilingüe "Señor del Gran Poder" del Distrito de Socabaya-Arequipa 2018 [Tesis de maestría, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8104>
- Velarde, K. (2022). Factores asociados a vigorexia en estudiantes universitarios UPAO Piura 2020 [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio de tesis de la universidad Privada Antenor Orrego. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8950>
- Ventura, J. (2016). Tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney: aportes al artículo de Valdivia-Peralta et al. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(4), 353-354. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000400010>
- Vite, M. (2008). "Autoestima adolescente" [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/138596>

Yépez, M., Negli, F., y Ramos, L. (2022). Evidencias de validez convergente y discriminante del cuestionario del complejo de adonis en una muestra peruana. *Psicología UNEMI*, 6(10), 36-50. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss10.2022pp36-50p>

Zegarra, W. (2019). Vigorexia en muestra de estudiantes de una Universidad Particular y usuarios de gimnasios de Lima Metropolitana [Tesis de pregrado, Universidad Científica del Sur]. Repositorio Académico de la Universidad Científica del Sur. <https://hdl.handle.net/20.500.12805/751>

