

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**



DISMORFIA MUSCULAR Y ALEXITIMIA EN HOMBRES UNIVERSITARIOS

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

HÉCTOR ALEJANDRO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. CECILIA MEZA PEÑA

MONTERREY, N. L., MÉXICO, NOVIEMBRE DE 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**

La presente tesis titulada “Dismorfia muscular y alexitimia en hombres universitarios” presentada por Héctor Alejandro Fernández Fernández ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Cecilia Meza Peña
Directora de tesis

Dr. José Moral de la Rubia
Revisor de tesis

Dra. Edith G. Pompa Guajardo
Revisora de tesis

Monterrey, N. L., México, Marzo de 2020

DEDICATORIA

Primero que nada, está dedicada a mi madre, que fue y es el apoyo más grande que he tenido y el amor incondicional que me ha hecho llegar hasta donde estoy, aunque ella ya no esté físicamente conmigo, sé lo orgullosa que está de mí y todo mi esfuerzo y trabajo va dedicado a ella.

A toda mi familia que es muy unida y que me apoya en todo.

A mi en ese entonces pareja, que me apoyó en todo el proceso de maestría.

A todos mis nuevos amigos que hice en esta etapa de maestría, me han sido un gran apoyo en toda la situación y me recibieron de una manera muy acogedora en sus vidas.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre que es mi motor para seguir adelante aunque ella no se encuentre conmigo ya, a toda mi familia, pareja, amigos y gente que me apoyó en los momentos difíciles que tuve durante la maestría.

Por el lado académico me gustaría agradecer primero que nada a CONACYT por el apoyo económico durante lo que va de la maestría. A mi directora de tesis la Dr. Cecilia Meza Peña que me ha orientado durante este trabajo. Mis maestros que me han enseñado muchísimo dentro de la maestría y los cuales han sido sumamente comprensibles y eso es de admirarse, a la Dra. Gilda Moheno que me ha orientado en muchas cosas dentro del tema y de la metodología en general.

RESUMEN

Existe una relación entre los hombres con problemas emocionales y la dismorfia muscular (DM), donde se tiende a tener más síntomas de DM que una preocupación normal por el crecimiento muscular. El propósito de este estudio fue buscar una relación entre las variables de DM y alexitimia (AL) en la población estudiada. La población en la que se realizó fue de hombres universitarios que asisten con regularidad al gimnasio y que llevan asistiendo al menos por los últimos seis meses. El diseño de investigación es cuantitativo, de tipo correlacional de corte transversal. Participaron 136 usuarios de los gimnasios universitarios mayores de 18 años donde se les aplicaron los cuestionarios de MASS y el TAS-20 respectivos de la DM y AL. Los resultados nos permiten ver una correlación positiva entre ambas variables, y correlaciones más fuertes entre el MASS y las subescalas del TAS-20. Se concluye que los aspectos de la AL están significativamente correlacionados con los síntomas de la DM en la muestra de hombres universitarios con la que se trabajó.

Palabras clave: Dismorfia muscular, Alexitimia, vigorexia, anorexia inversa, complejo de adonis.

ABSTRACT

There is a relationship between men with emotional problems and muscular dysmorphia, where they tend to have more symptoms of muscular dysmorphia than a normal concern for muscle growth. The purpose of this study is to establish a relationship between the variables of muscular dysmorphism and alexithymia in the studied population. The population in which it will be realized is university men who attend with a regularity to the gymnasium and that have been attending at least for the last six months. The research design is quantitative, of correlational cross-sectional type. Participants were 136 users of university gyms over 18 years of age where the respective MASS and TAS-20 questionnaires of muscular dysmorphia and alexithymia were applied in order to measure and establish their relationship. The results allow us to see a positive correlation between both variables, and stronger correlations between the MASS and the subscales of the TAS-20. It is concluded that the aspects of LA are related to the symptoms of DM in the sample of university men with whom we worked.

Key words: Muscular dysmorphia, Alexithymia, vigorexy, Reverse Anorexy.

INDICE

Agradecimientos.....v

Resumen.....vii

CAPÍTULO I	10
INTRODUCCIÓN	10
Planteamiento del problema	11
Justificación de la investigación	16
Objetivo General	20
Objetivos Específicos	20
Preguntas de investigación	20
Limitaciones y Delimitaciones	21
CAPÍTULO II	22
MARCO TEÓRICO	22
Trastorno dismórfico corporal	22
Dismorfofobia	22
Diagnóstico DSM-V	22
Epidemiología	25
Entorno psicosocial	26
Entorno sociocultural	27
Anorexia y anorexia inversa	28
Imagen corporal	29
Dismorfia muscular	31
Antecedentes	31
Vigorexia, complejo de Adonis y DM	31
Criterios para el diagnóstico	32
Diagnóstico en el DSM-V	33
Variables que influyen la DM	34
Factores de riesgo	36
Aspectos positivos del ejercicio	37
Evaluación	37
Alexitimia	38
Definición	38
Antecedentes	38
Perfil de la personalidad alexitimica	38
Etiología	40
Evaluación	40
Rasgos de la alexitimia	41
Alexitimia y Trastornos dismórficos corporales	41
Alexitimia y Dismorfia muscular	42
Síntesis del estudio a realizar	42

CAPÍTULO III	43
MÉTODO	43
PARTICIPANTES	43
APARATOS E INSTRUMENTOS	44
PROCEDIMIENTO	45
Diseño utilizado:	46
Recolección de Datos:	46
Análisis de Datos:	46
CAPÍTULO IV	47
RESULTADOS	47
CAPÍTULO V	49
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	69

Índice de Tablas

Tabla 1. Niveles de Alexitimia	48
Tabla 2. Correlaciones con Alexitimia	49
Tabla 3. Correlaciones del MASS con variables	49

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La Dismorfia Muscular (DM) es un trastorno que se caracteriza por preocupaciones excesivas sobre ideas de no tener un cuerpo lo suficientemente musculoso, lo que lleva a los que la padecen evadir algunas actividades sociales y laborales por la necesidad de cumplir con su entrenamiento (DSM-5 Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 2013). La alexitima (AL), según Alonso-Fernandez (2011), es un fenómeno definido como un déficit de comunicación emocional, se asocia con el pensamiento operacional, la impulsividad y numerosas sensaciones corporales. Dentro de este estudio se busca analizar la relación entre los síntomas de las variables de DM y la AL.

Recientemente, un estudio de Leone y colaboradores (2015), señala que existe una relación entre las personas con problemas emocionales como la AL y la DM, evidenciando que los hombres que presentaron los niveles más altos de AL tuvieron una tendencia a tener más marcados los síntomas de DM, de lo contrario los demás individuos solo mostraron una preocupación normal por el desarrollo muscular.

1.1 Planteamiento del problema

Querer tener una imagen corporal perfecta no necesariamente significa padecer algún trastorno psicológico; pero cuando se convierte en una preocupación y la insatisfacción no se adecua a la realidad, pueden generar frecuentemente ideas sobrevaloradas y generar malestar, lo que interfiere en nuestra vida diaria, lo que puede transformarse en un problema clínico (Arcas, 2009).

La imagen corporal del hombre ha cambiado en los últimos años, mientras que las mujeres están preocupadas por disminuir la grasa corporal, los hombres se enfocan

a tener una apariencia más fuerte y musculosa. (McCreary y Sasse, 2000; Morrison, Morrison, & Hopkins, 2003; Pope, Phillips, & Olivardia, 2000). Dentro de un estudio sobre las preocupaciones por la imagen corporal y el género se encontró que se manifiestan en la mayor presencia las preocupaciones en el género femenino, sin embargo, son también altas en el masculino (Hernández et al., 2014).

Esta imagen corporal se ha ido modificando desde el tiempo de los cavernícolas donde hay representaciones masculinas cazando, elaborando herramientas y armas entre otras cosas, en el antiguo Egipto el canon de belleza radicaba en la armonía de un cuerpo proporcionado, en la antigua Grecia nos mostraban cuerpos atléticos, musculosos pero con más definición y estética, la antigua Roma hereda el prototipo de imagen de los griegos pero se va modificando por tendencias en la conquista de los pueblos germanos donde se ve una imagen con barba y cabello más largo, en la edad media se representa a los hombre en un modelo más de imágenes religiosas y no se encuentra algún modelo sin ropa por el mismo control de la iglesia, dentro del renacimiento se retoman los modelos de cuerpos desnudos proporcionados resaltando las proporciones humanas y rostros hermosos, buscando la perfección y ocultar los sentimientos, en el barroco el hombre vuelve a traer cabello largo, piel muy blanca de rosas mejillas y ropa abultada con capas, durante el romanticismo la belleza se puede encontrar en todo, dejando atrás los cánones impuestos por la antigua Grecia, después en el siglo XX vuelve el canon de belleza griego y finalmente en el siglo XXI como se mencionó, el prototipo masculino de belleza se centra en un cuerpo musculoso y magro (López, 2015).

Debido a que se generó este cambio cultural sobre la imagen masculina y su cuidado, se ha incrementado el interés científico por su estudio (Behar & Molinari, 2010). Las imágenes del modelo del cuerpo ideal masculino que proyectan los medios de comunicación tienen un efecto depresivo y de insatisfacción muscular en los individuos (Agliata & Tantleff- Dunn, 2004), incluso pueden afectar la manera de ver su cuerpo (Leit, Gray, & Pope, 2002).

El trastorno dismórfico corporal es definido como una preocupación excesiva, anormal y persistente, de un defecto corporal imaginario o real, relacionado a otros padecimientos mentales como el obsesivo compulsivo y de la personalidad; el trastorno genera una imagen distorsionada del propio cuerpo y se les diagnostica a las personas que generalmente tienen una crítica extrema hacia su físico, aunque no presenten un defecto para justificarlo (García, Ojeda & Ferrer, 2014). Se encuentra en la clasificación de trastorno obsesivo compulsivo (APA, 2013).

La DM es un trastorno que se caracteriza por una preocupación excesiva de la idea de no tener un cuerpo lo suficientemente magro o musculoso, lo que conlleva a desistir o eludir actividades sociales y laborales por la necesidad de cumplir con su entrenamiento (APA, 2013). Otros autores sugieren que la DM es una adicción para continuar el comportamiento de mantenimiento de la imagen corporal que causa daño a largo plazo, llamándolo adicción a la imagen corporal (ABI) (Foster, Shorter & Griffiths, 2014).

La DM puede ser una respuesta análoga de los hombres jóvenes que está influenciada por las presiones sociales por ser más grande, así como en la subcultura del gimnasio, revistas culturistas y en las películas de héroes (Pope, Katz & Hudson, 1993). Debido a esto los jóvenes comienzan a tener conductas de riesgo como a entrenar en gimnasios por horas, sacrificar actividades recreativas sociales u ocupacionales para seguir la rutina, llevar dietas inadecuadas, consumir drogas o esteroides para poder tener rendimiento, con tal de conseguir el propósito de un cuerpo musculoso entre otros (Hildebrandt, Schlundt, Langenbucher, & Chung, 2006).

En una investigación realizada en el 2011 se examinaron las relaciones psicosociales de la sintomatología de la DM en hombres de universidad, donde se pudo evidenciar la presencia de asociaciones significativas entre DM, sintomatología de los trastornos alimentarios, calidad de vida, burlas en general y las relacionadas con el peso. En dicho estudio, los hombres que se ejercitan

frecuentemente comparados con los que no, reportaron mayor dependencia a el ejercicio y mayor preocupación por el tamaño y la simetría en el apartado de DM (Lopez, Pollack, Gonzales, Pona, & Lundgren, 2011).

La DM afecta tanto física como emocionalmente. En un estudio realizado por Escoto, Camacho, Alvarez, Díaz y Morales (2012), se compararon 4 grupos de hombres buscando la relación entre autoestima y síntomas de DM en fisicoconstructivistas, y se encontró síntomas de DM en el 43.9% de fisicoconstructivistas competidores, el 27.5% de fisicoconstructivistas no competidores, en un 10.6% de usuarios de gimnasio y en el 1.3% de sedentarios. Los participantes con menor autoestima fueron los que puntuaron más alto en motivación por la musculatura, en comparación con los de moderada y baja motivación, finalmente, se observó una relación significativa y negativa entre la autoestima y la motivación por la musculatura.

Otro estudio nos reveló que la preocupación por la imagen corporal genera inseguridad, baja autoestima y sentimientos de inferioridad, lo que se resolvería si los participantes tuvieran cuerpos bellos y fuertes; también se llegó a la conclusión de que la DM causa sufrimiento, daños psicológicos y socioculturales, y por lo tanto pone en peligro la salud de las personas (Azevedo, Ferreira, Silva, Caminha, & Freitas, 2012).

Diversas investigaciones han demostrado la relación de la DM con otros trastornos psicológicos, como el de la anorexia. Por medio de una investigación se encontraron similitudes sintomáticas generalizadas entre la anorexia nerviosa y la DM, por ejemplo, la imagen alterada del cuerpo, trastornos de alimentación y la conducta con el ejercicio, lo que nos proporciona una noción de que dichas enfermedades pueden ser nosológicamente similares (Murray, et al., 2012).

En diversos estudios sobre el trastorno dismórfico corporal del cual parte la DM, se han analizado las relaciones con la AL. La AL es definida como un déficit de

comunicación emocional, se asocia con el pensamiento operacional, la impulsividad y numerosas sensaciones corporales (Alonso-Fernández, 2011).

En una investigación realizada con mujeres que presentaban niveles altos de preocupación dismórfica, se observa que éstas tienen más dificultades con algunos elementos afectivos de la AL, como puede ser identificar o expresar una emoción (Fenwick & Sullivan, 2011).

Otros autores han evidenciado la relación entre la DM con la AL, en donde los hombres con los niveles más altos de AL tienen más probabilidades de presentar síntomas de DM (Leone et al., 2015). Por otro lado se encontró en una investigación realizada a estudiantes una relación positiva entre AL y trastornos de la conducta alimentaria (Chunga, 2015), lo cual está relacionado con la DM en muchas de las investigaciones.

Otro factor que interviene es sin duda toda la información documentada sobre los beneficios en la salud que conlleva el hacer ejercicio, en donde se observa que éste puede mejorar la autoestima, reducir el estrés, reducir la ansiedad entre otros aspectos favorables psicológicos (McDonald & Hodgdon, 1991), sin dejar de lado todos los beneficios físicos que se producen al hacer ejercicio. Estos dos aspectos en relación al ejercicio (obtener beneficios en la salud y la apariencia física) son de alto impacto en nuestra sociedad actual, lo que ha llevado al incremento drástico de usuarios que asisten a un gimnasio, haciendo del ejercicio una herramienta para llegar a las metas sobre una imagen corporal deseada (Montoya & Araya 2003).

Algunas personas hacen ejercicio probablemente por razones que no son para mantener la forma física. Gulker, Laskis y Kuba (2001), han identificado individuos que hacen ejercicio compulsivamente y en exceso, aunque tengan una enfermedad, lesiones o algún tipo de compromiso personal, poniéndose en riesgo de lesiones más graves o de empeorar sus enfermedades; y manteniendo siempre la disposición de cancelar compromisos con amigos o familiares con tal de realizar su

programa de entrenamiento. Para estas personas, la actividad física se transforma en una mala adaptación cuando su ejercicio se convierte excesivo.

Conceptos como la adicción negativa (Morgan, 1979), el ejercicio compulsivo según Yates (1991) y adicción al ejercicio, se utilizan para describir la actividad física que es extrema en frecuencia y duración; resaltando que el ejercicio físico excesivo se adecúa a las características típicas y comunes de las adicciones del comportamiento (Berczik et al., 2012).

1.2. Justificación de la investigación

Nuestro canon del modelo estético masculino comienza a cambiar y volverse en torno a los cuerpos que vemos en las películas, los modelos en los medios de comunicación, entre otras imágenes públicas de cuerpos musculosos y figuras atléticas, lo que lleva a los jóvenes y adultos a tratar de seguir este estereotipo de cuerpo. El fenómeno del culto al cuerpo se hace cada vez más presente las sociedades contemporáneas, y la alimentación y el ejercicio físico se han convertido en los medios más destacados para seguir los valores del cuerpo (Martínez, 2014). Para poder alcanzar el cuerpo deseado los individuos comienzan a hacer ejercicio, van a un gimnasio o comienzan a modificar su alimentación, lo que pueden ser síntomas del trastorno dismórfico muscular.

La DM puede llevar a que los individuos que padecen sus síntomas tengan conductas de riesgo como lo pueden ser las dietas extremas, consumo de drogas, ejercicio en exceso, uso de esteroides y hasta llegar a cirugías estéticas. Siendo la autoestima tan relacionada con la imagen corporal, la masculinidad y el cuidado de la salud de los hombres (Grossbard, Lee, Neighbors, & Larimer, 2009; Leone, Partridge, & Maurer-Starks, 2011) es importante investigar hasta dónde puede llegar su comportamiento por tener una buena autoestima u obtener el cuerpo deseado.

Se afirma que el cuerpo es la parte primera, más cercana y más externa de todo nuestro ser y nuestra percepción de él explica por lo menos el 25% de la autoestima que tenemos (Raich ,2001). Cash y Smolak (2011) nos dicen que es mucho más importante cómo vemos nuestro cuerpo desde dentro que lo que vemos desde fuera.

En un estudio de caso donde un varón cumplió con todos los criterios para la DM y aparte para el trastorno alimentario no especificado, sugiere que los episodios de atracones, de purga y ejercicio en exceso sirven como un regulador emocional (Murray, Maguire, Russell & Touyz, 2011).

Existe una relación entre las personas con problemas emocionales como la AL y DM, donde los hombres con niveles más altos de AL tienden a tener más síntomas de DM que una preocupación normal por el crecimiento muscular (Leone et al, 2015). El estudio menciona que transferir las emociones a otras actividades como el ejercicio con pesas para evadirlas es más común en hombres, por lo cual es importante investigar la relación de las dos variables.

Argumentando con la teoría de la AL masculina normativa hace más factible estudiar la relación entre las variables, donde la teoría nos dice que los hombres debido a las normas sociales están educados desde temprana edad a no mostrar sus sentimientos, donde se menciona que la AL en hombres se ve afectada por el rol de masculinidad que propone la sociedad (Levant, 2011).

Aparte se han encontrado muy pocos casos de mujeres con DM, varía desde el 28% al 60% en varones y 3% en mujeres que practican ejercicio o fisicoculturismo (Kouri, Pope & Katz, 1995). La prevalencia de la DM en varones no atletas que hacen ejercicio de fuerza fue de un rango de 10% a un 54% dependiendo de los criterios con los que se evaluaba (Fonseca, De Oliveir & Pierucci, 2014).

Es importante esta investigación para la psicología de la salud por los riesgos de la DM, la mayoría de las conductas que presentan las personas que llegan a desarrollar el trastorno, ponen en peligro su integridad física y mental, conforme se obsesionan más con su imagen corporal comienzan a realizar más ejercicio para incrementar la musculatura aunque puedan tener alguna lesión y sin consultar a su médico, también consumiendo esteroides anabólicos que pueden causar problemas cardíacos que los lleven a la muerte (Santillán, 2013).

Sin dejar de lado que la adicción al ejercicio se puede considerar como una de las adicciones conductuales ocultas que no son mal vistas por la sociedad como la adicción al trabajo y gracias a esto no son tratadas como deberían (Griffiths, 2011).

En busca de tener esa imagen corporal deseada también se modifican los hábitos alimentarios, en una investigación acerca de la dieta que realizan las personas con DM se demostró que esta es normocalórica y adecuada en carbohidratos y grasas; sin embargo, la proteína ingerida sí excede los límites para el desarrollo de masa muscular en los deportes (Martínez, Cortés, Rizo & Gil 2015). Una dieta con un excedente de proteína puede causar riesgos potenciales a nivel metabólico, renal, de huesos y problemas en el hígado (Ashley, et al., 2001).

Una de las actividades más populares practicada por deportistas y aficionados es el entrenamiento en los gimnasios, donde existe la cultura que promueve el desarrollo de la fuerza y la obtención de grandes músculos; lo cual lleva, a querer obtener resultados a corto plazo y con un mínimo esfuerzo, apareciendo la utilización de esteroides anabólicos androgénicos (Avella & Medellín, 2012).

Una investigación mixta analizó la experiencia y la presencia de síntomas de la DM en culturistas que usan y otros que antes usaban esteroides, esta nos mostró con los datos cuantitativos que no se presentaron diferencias significativas entre los dos, por el contrario, las entrevistas sugieren que los culturistas que antes usaban esteroides son más susceptibles a los síntomas de DM, como la insatisfacción y

distorsión de la imagen del cuerpo (Davies, Smith, & Collier, 2011).

Más allá, el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (2012) nos enlista las repercusiones físicas sobre el uso de esteroides en hombres, unas de ellas son: infertilidad, ginecomastia, presión arterial alta, ruptura de los tendones, ataques al corazón, tumores, y entre otros psicológicos como agresión, manía y delirios.

Entre las repercusiones que trae para la salud la DM también nos encontramos con adicciones, tanto en uso de sustancias como al ejercicio, la conducta adictiva es también un síntoma que se puede manifestar. En el estudio de detección de indicadores para predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física, López-Barajas, Castro-López y Zagalaz-Sánchez (2012) encontraron que los participantes que dedican más de 21 horas a la semana al ejercicio muestran más preocupación sobre su imagen corporal que los demás.

En resumen, los trabajos revisados que estudian la comorbilidad de la DM, nos dirigen a que puede relacionarse con los siguientes trastornos: comportamientos obsesivos, conductas compulsivas, trastorno depresivo, malestares por ansiedad, abuso de sustancias (por ejemplo esteroides anabólicos), alteraciones e insatisfacción sobre la imagen corporal, autoconcepto negativo, riesgo de sufrir trastornos de conducta alimentaria y trastornos bipolares (Castro-López, 2013).

Se han encontrado pocos estudios realizados sobre DM en nuestro contexto, más allá, no se ha encontrado un estudio específico sobre la relación de variables del trastorno dismórfico corporal y AL. Por tal motivo se considera adecuado investigar sobre su posible relación ya que es importante para saber qué personas son más vulnerables de llegar a padecer este trastorno, encontrar posibles conductas de riesgo o factores que puedan llegar a perjudicar su salud y poder prevenir o intervenir en esto.

Este trabajo de investigación proveerá de información sobre la situación actual de

los hombres universitarios que asisten al gimnasio en cuanto a sus niveles de DM y AL, con esta información se podrá identificar la problemática y así mismo poder implementar soluciones viables y más información sobre estos temas, esto beneficiará a futuras investigaciones y a las personas que puedan padecer este fenómeno.

1.3. Planteamiento del problema

Algunas personas hacen ejercicio probablemente por razones que no son para mantener la forma física. Gulker, Laskis y Kuba (2001), han identificado individuos que hacen ejercicio compulsivamente y en exceso, aunque tengan una enfermedad, lesiones o algún tipo de compromiso personal, poniéndose en riesgo de lesiones más graves o de empeorar sus enfermedades; y manteniendo siempre la disposición de cancelar compromisos con amigos o familiares con tal de realizar su programa de entrenamiento. Para estas personas, la actividad física se transforma en una mala adaptación cuando su ejercicio se convierte excesivo.

Conceptos como la adicción negativa (Morgan, 1979), el ejercicio compulsivo según Yates (1991) y adicción al ejercicio, se utilizan para describir la actividad física que es extrema en frecuencia y duración; resaltando que el ejercicio físico excesivo se adecúa a las características típicas y comunes de las adicciones del comportamiento (Berczik et al., 2012).

Debido a la anterior problemática se formuló el siguiente cuestionamiento:

¿Existe relación entre los diferentes niveles de alexitimia con los síntomas de la dismorfia muscular en jóvenes universitarios?

1.4. Objetivo General

Identificar y relacionar la presencia de síntomas de DM y AL en población de jóvenes universitarios que asisten a un gimnasio.

1.4.1. Objetivos Específicos

1. Describir los niveles de DM y de AL en hombres universitarios que asisten a un gimnasio.
2. Determinar la relación entre DM y AL en los participantes.

1.5. Limitaciones y Delimitaciones

El presente trabajo se desarrolló con la participación voluntaria de los usuarios del sexo masculino de diferentes gimnasios de la universidad por tener fácil acceso a la muestra, con la intención de analizar diferentes aspectos psicológicos sobre sus hábitos de entrenamiento, alimenticios y de consumo de sustancias, todo eso se analiza con la escala MASS que se sustenta en el marco teórico para ser aplicada a la población. También así poder evaluar algunos factores emocionales. Se debe mencionar la limitación que no se han podido controlar algunos aspectos de la investigación como sería una selección aleatoria, la investigación solo se llevó en un ambiente controlado por lo que es una investigación no experimental.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Comprendiendo el trastorno dismórfico corporal: Dismorfofobia

El concepto de las preocupaciones patológicas acerca de la apariencia física tiene una historia más larga que solo la de su inclusión en el diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal en los DSM, era determinada como una fobia. Este cuadro psicopatológico fue descrito por primera vez en 1891 por el italiano Enrico Morselli (1852-1929), quien acuñó el término dismorfofobia en 1896 (García Abreu, Ojeda Vicente & Ferrer Gutiérrez, 2014).

La fobia no fue muy detallada en su explicación, pero el término que acuñó significa literalmente: “miedo a la propia forma”. Janet en 1903 habla de: “la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo”, que implica un miedo a ser visto como algo ridículo. El primer artículo publicado en inglés por Hay sobre la patología, data de 1970. La esencia del trastorno fue clarificada no como miedo a volverse deforme sino la convicción irracional de ser anormal y miedo a las reacciones de los demás hacia esa anormalidad.

2.2. Diagnóstico de la Dismorfia corporal en DSM-V

Según el DSM-V (APA, 2013) los pacientes con trastorno de dismorfia corporal (TDC) se preocupan porque algo está mal en la forma o el aspecto de alguna parte de su cuerpo—la mayoría de las veces, senos, genitales, pelo o nariz o alguna otra estructura de la cara. Las ideas que estos individuos tienen en torno a su cuerpo no son delirantes; al igual que en el trastorno de ansiedad por enfermedad, se trata de ideas sobre valuadas. En alguna época el trastorno se denominó dismorfofobia; si

bien algunos clínicos aún pueden denominarlo así, no se trata en lo absoluto de una fobia (el miedo irracional en realidad no contribuye).

Las creencias y pensamientos que presentan las personas con dicho trastorno se han descrito como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios (De Leon, Bott & Simpson, 1989; Hollander & Aronowitz, 1999). Es difícil distinguir entre ellos y al parecer no existe un único patrón de pensamientos. Phillips y McElroy (1993) presentaron casos que van desde pacientes que estaban absolutamente convencidos de que no existía un defecto real, hasta los que por lo contrario creían totalmente en su defecto, pero no indagaban al respecto para que no les considerasen locos. Estos autores concluyeron que el pensamiento puede variar desde una ligera convicción hasta el delirio.

En el caso del delirio en el trastorno de la imagen corporal, está confinado sólo al defecto que se atribuye. Dentro del pensamiento obsesivo en el trastorno de IC se refiere a los pensamientos repetitivos acerca de la apariencia. Aunque pueden reconocer que su preocupación es excesiva con todo y que estén convencidos del defecto de su apariencia (Phillips & McElroy, 1993).

Este trastorno puede llegar a ser devastador. Aunque con frecuencia solicitan procedimientos médicos (como la dermoabrasión) o cirugía estética para corregir sus defectos imaginarios, los enfermos con frecuencia no sienten satisfacción con los resultados. Por esa razón, la cirugía suele estar contraindicada en ellos. También pueden buscar apoyo (que tan sólo les ayuda durante periodos breves), tratan de ocultar sus deformidades percibidas con ropa o vello corporal, o evitar las actividades sociales; algunos incluso se encierran en casa. La preocupación genera tensión clínica relevante de otros tipos—estado de ánimo deprimido, por ejemplo, e incluso ideas e intentos suicidas. La introspección es variable, aunque en su mayoría es pobre (APA, 2013).

En la población general, la incidencia de TDC quizá sea de 2%. Pudiera identificarse

hasta en 10% de los pacientes que consultan a un dermatólogo y una tercera parte de quienes solicitan una rinoplastia. A pesar de que los enfermos con TDC son jóvenes (tiende a iniciar durante la adolescencia), su incidencia puede incrementarse de nuevo tras la menopausia. Si bien la cuestión no está bien definida, es posible que afecte por igual a varones y mujeres. Sin embargo, los varones se preocupan con más frecuencia por sus genitales y el pelo (APA, 2013).

El trastorno dismórfico corporal es definido como una preocupación excesiva, anormal y persistente, de un defecto corporal imaginario o real, relacionado a otros padecimientos mentales como el obsesivo compulsivo y de la personalidad; el trastorno genera una imagen distorsionada del propio cuerpo y se les diagnostica a las personas que generalmente tienen una crítica extrema hacia su físico, aunque no presenten un defecto para justificarlo (García, Ojeda & Ferrer, 2014).

El trastorno dismórfico corporal es definido como una preocupación excesiva, fuera de lo normal y persistente, de un defecto físico, ya sea real o imaginario, muchas veces asociados a otras enfermedades, como los trastornos obsesivos compulsivos y de la personalidad (Arcas, 2009). EL trastorno mental genera una imagen distorsionada del propio cuerpo. Se les diagnostica a aquellas personas que son extremadamente críticas de su imagen física-corporal, aunque no lo justifique ningún defecto o deformación. Los que padecen de dismorfofobia suelen evitar el contacto social e, incluso, mirarse en el espejo, por miedo a ser rechazados por su físico. O pudieran hacer lo contrario: mirarse excesivamente en el espejo y criticar sus defectos (Bjomsson, Didie & Phillys, 2014).

Sus principales obsesiones son: la piel, cara, genitales, arrugas, dientes, pecho, nalgas, cicatrices, asimetría facial, vello facial, labios, nariz; estas partes son generalmente la causa en la vida cotidiana un deterioro en los escenarios laboral, educativo, relaciones interpersonales y otras áreas de su vida, esto incluye, en veces evitar aparecer en público e ir a la escuela o a trabajar. En casos extremos, se pueden presentar intentos de suicidio (Bjomsson, Didie & Phillys, 2014).

Investigaciones recientes, mediante la visualización de escáneres cerebrales, manifiestan que el cerebro de estas personas es, en principio, estructuralmente normal, pero que funciona de modo anormal, procesa los detalles visuales (Behar & Molinari, 2010).

La nosología permanece en controversia, pues el TDC históricamente ha sido considerado como un trastorno somatomorfo, evocando la esfera psicosomática, aunque las nuevas clasificaciones lo ven dentro del espectro obsesivo-compulsivo, el que también tendría, según algunos especialistas, a la anorexia, y a su vez, ellos formarían parte de los trastornos afectivos. La clasificación no ha sido esclarecida, pero se determinó que ambos desórdenes en coexistencia conllevan mayor severidad y peor pronóstico evolutivo (Behar, Arancibia, Heitzer, & Meza. 2016).

2.3. Epidemiología de la dismorfia corporal

Murray, Rieger, Karlov y Touyz (2013) señalaron que los datos epidemiológicos apuntan a una mayor prevalencia de insatisfacción corporal en las sociedades occidentales, con una mayor discrepancia entre el cuerpo real y el ideal. Particularmente, en el sexo masculino se busca una mayor inclinación por un cuerpo musculoso, congruente con el ideal de corporalidad masculina iconizada actualmente, aunque una proporción menor de ellos prefieren una pérdida de peso con reducción de índice de masa corporal total (Drewnowski & Yee, 1987; Olivardia et al., 2004), lo que favorece la aparición tanto de la anorexia (Waller, Cordery, Corstorphine, Henricjsen & Lawson, 2007) como de TDM (Grieve, 2007).

2.4. Aspectos psicosociales de la dismorfofobia

Se propuso que los hombres homosexuales son más susceptibles a las imágenes de los medios de comunicación que promueven una imagen más delgada (Strong, Williamson, Netemeyer & Greer, 2001), y por lo tanto poseen un mayor riesgo de

desarrollar sintomatología de trastornos orientados hacia la delgadez (Herzog, Norman, Gordon & Pepose, 1984).

No obstante, hubo hallazgos contradictorios, se reportaron en torno a una elevada tendencia por un cuerpo musculoso entre hombres homosexuales (Kaminski, Chapman, Haynes & Own, 2005; Yelland & Tiggemann, 2003). De esta manera, los hombres homosexuales y heterosexuales que se inclinan hacia un trastorno que se enfoca en la delgadez se identificarían mayormente con un rol de género femenino (Hospers & Jansen, 2005), mientras que aquellos que desean un cuerpo más musculoso lo hacen con el rol masculino (Meyer, Blissett & Oldfield, 2001), sugiriendo este fenómeno un posible vínculo entre la participación del rol femenino y la motivación por la delgadez, lo que nos permite postular de hecho que el estereotipo femenino conlleva rasgos como dependencia, pasividad, búsqueda de aprobación de los demás y baja autoestima, que conducen hacia una restricción alimentaria y a conductas purgativas para obtener el físico percibido como ideal (Lakkis, Ricciardelli & Williams, 1999).

Se estima que el rol de género masculino es un factor protector contra los trastornos como la anorexia y bulimia (Meyer et al., 2001), siendo relevante su presencia en el desarrollo del TDM (Pope et al., 2000), que comprendería un trastorno inclinado hacia el logro de la musculatura (Johnson, Lamont, Monacelli & Vojick, 2004). Lo anterior se confirmó por Murray et al. (2013) en hombres usuarios de gimnasio y otros con anorexia, postulando adicionalmente que los pacientes con AN poseían múltiples facetas reconocidas como culturalmente femeninas (fidelidad sexual, buenas relaciones interpersonales y modestia), además de rasgos principales de los trastornos alimentarios como un destacable nivel de ascetismo (Behar, 2012).

La contraparte de las características socialmente aceptadas como masculinas (éxito, conductas riesgosas, violencia, poder sobre las mujeres y desprecio por los homosexuales) se encontraron aumentadas en aquellos con TDM frente al grupo AN y a los usuarios de gimnasio (Murray et al., 2013). Chi-Fu, Gray y Pope (2005)

en un estudio se verificó que los hombres taiwaneses demuestran menos preocupación con su imagen corporal masculina que los occidentales.

2.5. Aspectos socioculturales

Esta diferencia podría ser un reflejo del resultado de las tradiciones de occidente que enfatizan la musculatura y el acondicionamiento físico como un parámetro de masculinidad, que se asocian a una elevada exposición ante cuerpos masculinos muscularmente tonificados, exhibidos en los medios de comunicación principalmente generados por los países del norte y a la decadencia que ha experimentado el estereotipo del rol masculino en Occidente, el cual usualmente se ha identificado como el que provee; sin embargo, se ha ido debilitando, a la vez que se focaliza la atención en la silueta corporal como uno de los recursos sobrantes, que son fuentes de una buena autoestima.

Desde una perspectiva psicosocial, entre otros factores que determinan la multidimensionalidad etiopatogénica de los síndromes mentales en nuestra sociedad Occidental actual y su contexto, se ha comprobado el surgimiento de las alteraciones de la imagen corporal como verdaderos paradigmas de una potente y permanente influencia que se ejerce desde el estereotipo del rol de género en un proceso de socialización que inicia tempranamente en la infancia y que va continuar a través del desarrollo (Behar, 2010). De esta manera, se crean ideales corporales que enfatizan la delgadez en las mujeres y el desarrollo de la musculatura en los hombres, y que implican presiones cuya internalización se transforma en mediadora de la aparición de trastornos afectivos, ansiosos y alimentarios. En esta relación de la insatisfacción con la imagen corporal que hay en la identidad de género, o los sentimientos de feminidad o masculinidad hay algunas personas creen que no tienen las cualidades que deberían por pertenecer a un género. O por el contrario, creen que poseen algunas características que son más propias del otro género que del propio. Este tipo de creencias puede disminuir la aceptación como persona.

En esta sociedad que define de manera muy estricta la feminidad y la masculinidad no es raro que una persona pueda preguntarse sobre ella en el momento en que no se tienen todos los requisitos que se le supone debería. Por otra parte, un hombre, aunque no de manera tan exagerada como una mujer, si no es alto, tiene la espalda estrecha, las caderas algo anchas o pectorales formados, especialmente en la adolescencia, puede considerarse muy poco masculino y sufrir algún tipo consecuencia de esta índole (Raich, 2004).

2.6. Anorexia y anorexia inversa

La AN, más orientada al impulso hacia lograr de la delgadez, en su mayoría observada en el sexo femenino, y su equivalente masculino, al cual se le denominado acertadamente como AN inversa y fue reconceptualizado en el TDM hace poco (Pope et al., 1997), ya que su fin último, en oposición a la AN que anhela una figura esbelta y no voluminosa, se enfoca en la creación de un cuerpo vigoroso, resultado de un persistente impulso por la ganancia de la musculatura.

Ambos trastornos implican la identificación exagerada, de los patrones de feminidad y masculinidad, que ambicionan por la valoración que se les otorga: poder, éxito, atractivo, independencia, sensualidad, entre otros (Behar, 2010).

Los TDM como la anorexia y la vigorexia evidencian similitudes y diferencias, tanto psicopatológicas como conductuales. Las similitudes, especialmente en referencia a la insatisfacción y la distorsión que se tiene de la figura física, muchas de las veces hasta alcanzar observaciones delirantes del cuerpo, constituye un fenómeno que refuerza la noción del entrecruzamiento, manifestándose sintomatológicamente en un común que fundamenta la inclusión del TDM como una variante de un TCA, si bien, los requisitos diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) mencionan que la preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca de tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario. Asimismo, ha sido objeto de discusión por

su asociación con la esfera de la somatización, su anterior está categorizado como trastorno somatomorfo, como subtipo de un trastorno dismórfico corporal.

Su tipificación actual en el DSM-5 dentro del espectro obsesivo-compulsivo se ha justificado por la presencia de actuaciones en torno a la alimentación, ejercicio físico y chequeo de la figura corporal frente al espejo, también factibles de observar en la AN, favorecidas por la presencia del perfeccionismo (Egan, Wade & Shafran, 2011) como uno de sus síntomas principales.

2.7. Imagen corporal y trastorno dismórfico

El concepto de imagen corporal (IC) y sus las preocupaciones exageradas acerca de sí mismo que pueden llegar a constituir el trastorno dismórfico (Raich, 2004). Existen varias definiciones de la IC, la clásica es de Schilder (cfr. Williamson, Davis, Duchman, McKenzie y Watkins, 1990) que se describe como una representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Desde el punto de vista neurológico, una IC constituye la representación mental diagramática de la conciencia corporal. Las alteraciones de la IC pueden ser el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical: Miembro fantasma, Anosognosia, etc (Reich, 2004).

Hay conceptos más dinámicos que la definen en términos de sentimientos y actitudes hacia nuestro propio cuerpo (Fisher, 1986). Bemis y Hollon (1990) hacen mención de una necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo, sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser verídica al igual que puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de la influencia en el autoconcepto.

Existen enfoques psicoanalíticos que la entienden como el límite corporal percibido por cada sujeto. Fisher (1986) observó que la gente variaba respecto a la definición que atribuían a sus límites corporales. De acuerdo con Rosen (1995) es un concepto

que refiere a la forma en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su cuerpo. Se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos como: satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad, y aspectos conductuales. Thompson (1990), Nos dice que el constructo está formado por tres componentes:

1. El componente perceptual: precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes o del cuerpo en su totalidad. una alteración de este componente nos da lugar a sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o una subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde). Dentro de la investigación de trastornos alimentarios frecuentemente se habla de sobrestimación del tamaño corporal.
2. El componente subjetivo (cognitivo-afectivo): actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que nos hace sentir el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (ej. satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.). En numerosos estudios sobre trastornos alimentarios han hallado Insatisfacción Corporal. La mayoría de los instrumentos que se han construido para evaluar esta dimensión, evalúan la insatisfacción corporal.
3. El componente conductual: son todas las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (ej. conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.).

2.8. Dismorfia muscular

La DM es un trastorno que se caracteriza por una preocupación excesiva de la idea de no tener un cuerpo lo suficientemente magro o musculoso, lo que conlleva desistir o eludir actividades sociales y laborales por la necesidad de cumplir con su entrenamiento (APA, 2013).

2.9. Antecedentes de la dismorfia muscular

Sus antecedentes son de 1993 cuando un equipo de investigación observó en un grupo de 108 varones físicoconstructivistas que 9 de ellos tenían una percepción de su cuerpo delgada, pequeña e insuficientemente musculosa cuando su realidad era lo contrario, los investigadores, Pope, Katz y Hudson (1993) nombraron al padecimiento como anorexia inversa, por sus síntomas que son de manera inversa a los de la anorexia nervosa.

2.10. Vigorexia, complejo de Adonis y DM

Otro nombre que se le dio después fue el de vigorexia o complejo de adonis por Pope, Philips y Olivardia (2000). Baile (2005) definió la vigorexia como una alteración de la salud que se caracteriza en una preocupación patológica de ser débil y de no poseer suficiente desarrollo muscular, que se manifiesta en la percepción del propio cuerpo, pensamientos obsesivos y comportamientos relacionados con la apariencia como dietas inapropiadas, ejercicio extremo o consumo de sustancias. El término usado por la comunidad científica es el de DM (Pope, Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997).

2.11. Criterios para el diagnóstico de dismorfia muscular

Pope et al (1997) propusieron los criterios para el diagnóstico de la DM que eran los que se utilizaban por los profesionales de la salud que investigaban el fenómeno, los criterios eran los siguientes:

1. La persona está preocupada con la idea de que su cuerpo no está suficientemente desarrollado y musculoso. Como característica asociada, el sujeto pasa gran cantidad de horas levantando pesas y con una excesiva atención a la dieta.
2. La preocupación causa malestar clínico, interfiriendo las actividades sociales, ocupacionales o en otras áreas importantes del funcionamiento del

sujeto, por al menos dos de los siguientes criterios:

a.- El individuo reduce su actividad social u ocupacional por la necesidad compulsiva de entrenar o mantener la dieta.

b.- El individuo evita situaciones donde ha de mostrar su cuerpo o si se enfrenta a ellas le producen malestar o intensa ansiedad.

c.- La preocupación por la inadecuación de su cuerpo causa malestar clínico significativo, interfiere su vida social, ocupacional u otras áreas importantes de su funcionamiento.

d.- El sujeto sigue con el entrenamiento, la dieta o el uso de sustancias a pesar de saber las consecuencias adversas, tanto físicas como psicológicas, que le producen.

3. El primer foco de atención, es la conducta y preocupación por verse pequeño e inadecuadamente musculoso, distinguiéndose del miedo a verse gordo, en la anorexia nerviosa, como primera preocupación o como preocupación primaria.

Pope et al. (1997) menciona que hay una prevalencia de padecer el trastorno en las personas que levantan pesas compulsivamente o que son físicoconstructivistas, se estima que el 10% de ellos lo padecen.

Existía una controversia en cuanto a la clasificación del trastorno, ya que, no se encontraba en el DSM-IV-TR (APA, 2000). Diversos estudios trataron de clasificar a la DM en un criterio diagnóstico específico, Pope et al. (1993) proponían ubicarlo dentro del trastorno del comportamiento alimentario. Chung (2001) mencionó que podía ser un trastorno obsesivo compulsivo debido a la realización del ejercicio y la alimentación estricta, sin embargo, autores como Grieve (2007) pensaban que podía ubicarse en los trastornos dismórficos corporales, dentro de los trastornos somatomórfos, por la preocupación excesiva de la imagen corporal.

2.12. Diagnóstico de la dismorfia muscular en el DSM-V

En el DSM-V APA (2013) ya aparece la DM como un trastorno que pertenece al capítulo de trastornos obsesivos compulsivos y otros trastornos relacionados, situado específicamente en el trastorno dismórfico corporal y sus criterios diagnósticos son:

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por la apariencia no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.

Especificar si:

Con DM: Al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.

Sin embargo las investigaciones sobre el trastorno siguen y los nuevos hallazgos científicos nos dicen que hay una relación muy estrecha con los trastornos alimentarios (Castro López, Cachón Zagalaz, Molero López-Barajas, & Zagalaz Sánchez, 2013), tanto como en el perfil clínico y los tratamientos propuestos, asimismo la etiología subraya el valor de la imagen corporal que es modulada por los factores psicosociales (Compte & Sepúlveda, 2014).

2.13. Variables que influyen la DM

Un estudio sobre una revisión sistemática de las investigaciones sobre la evaluación diagnóstica de la DM de Lopez-Cuautle, Vazquez-Arevalo y Mancilla-Diaz (2016) se nos propone información relevante sobre el trastorno, en ella se encontró que:

1. La edad inicio de la psicopatología es alrededor de los 19 años.
2. El principal riesgo es en varones y más en ellos que acuden al gimnasio.
3. Los instrumentos de tamizaje más utilizados son el *Muscle Appearance Satisfaction Scale* (MASS, Mayville, et al., 2002) el cual se utilizará para el presente estudio y el *Muscle Dysmorphia Disorder Inventory* (MDDI) (Hildebrandt, Langenbucher, y Schlundt, 2004).
4. Los criterios que propuso Pope et al. (1997) siguen siendo la base para diagnosticar la DM y son incorporados por el DSM-V.

El trastorno dismórfico muscular en los gimnasios, según Behar y Molinari (2010) reportaron que la prevalencia de TDM entre los que asisten a gimnasios es (13.6%) fue similar a otras exploraciones nacionales de Chile (10.1% en levantadores de pesas y 20% en fisicoculturistas) e internacionales (10%) (Correa, Weil, Fracchia & Pastén, 2006; Olivardia, 2001), es un antecedente que va de acuerdo con la idea que nos dice que a mayor valoración y exposición de la figura física, característico del fisicoculturismo competitivo, mayor es también el riesgo de las distorsiones.

El interés y la dedicación que se torna a la figura corporal y por alcanzar el prototipo de aspecto físico deseado o soñado fueron mayores en estos deportistas versus estudiantes de medicina sin TDM dentro de una comparación realizada por Berhar y Molinari (2010), los cuales contrariamente deseaban prioritariamente mantener o disminuir su figura, respondiendo más bien a valores estéticos más generales dentro de la sociedad, tales como la delgadez.

Adicionalmente, los levantadores de pesas dedicaban considerable parte de su tiempo diario a observarse en espejos (15 veces al día), cifra mayor que la descrita en otros estudios y que se ha encontrado aún mayor entre consumidores de anabólicos (Correa et al., 2006; Olivardia et al., 2000; Walker, Anderson & Hildebrandt, 2009). Lo que dentro de la teoría nos podría dar una pauta de comparación con este estudio de investigación, ya que también será aplicado a estudiantes, tal vez no solo sean de medicina, pero se puede inferir que por el contexto social que se maneja dentro de las universidades, se pueda comparar y obtener algún resultado parecido, y que, dentro de los estudiantes habrá competidores de fisicoculturismo.

El porcentaje de uso de anabólicos es algo que se presenta dentro de las personas que asisten al gimnasio compitan o no, en este análisis fue del 42% en levantadores de pesas afectados con TDM y del 26% entre los no dismórficos musculares, cifras inferiores a las informadas en la bibliografía chilena (58 y 29%, respectivamente) (Correa et al., 2006) pero similares a las extranjeras en TDM (46%) y superiores a los sin TDM (7%) (Olivardia et al., 2000).

Dentro de las conductas alimentarias, el 49.1% de los levantadores de pesas (33,3% entre los que portaban TDM) hubo puntajes en el rango patológico del EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979), en contraposición al 2.4% de los estudiantes, que implica la presencia de una patología alimentaria clínicamente presente o su posible desarrollo en el futuro, bajo ciertas circunstancias favorecedoras del trastorno.

Se destaca que los levantadores de pesas apuntan mayores sentimientos de ineficacia personal, lo que nos sugiere una insatisfacción que sería independiente del logro de una figura musculosa. Probablemente los estudiantes presentan menos sentimientos al respecto dadas las satisfacciones alcanzadas en los logros académicos, resultando ser un factor protector ante el trastorno o viceversa, también se puede plantear la que la preexistencia de sentimientos de eficacia personal los llevan a escoger actividades académicas como fuente de valoración en lugar de una

sobrevaloración corporal.

2.14. Factores de riesgo de la DM

Debido a varios estudios se concluyó que tanto el consumo de suplementos nutricionales, el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para padecer DM (Martínez-Segura, Cortés Castell, Martínez-Amorós & Rizo-Baeza, 2015).

Llegar a establecer el tipo de relación causal manifestada entre la DM y la actividad deportiva, el papel que los factores culturales y el uso de esteroides anabolizantes puede desempeñar en su aparición y mantenimiento, la influencia que la predisposición o vulnerabilidad biológica pudiera tener, la comorbilidad y las relaciones con otras alteraciones clínicas etc. (Arbinaga & Caracuel, 2003).

2.15. Aspectos positivos del ejercicio

Dentro de comunidad científica hay innumerables estudios donde en consideran que la práctica regular de actividad física reporta bastantes beneficios para la salud (Chastin, Egerton, Leask & Stamatakis, 2015)

Realizar actividad física de forma regular aporta de manera positiva en el bienestar psicológico y en la adherencia a la práctica deportiva a través de la motivación (Gunnell, Crocker, Mack, Wilson & Zumbo, 2014), sería importante saber en qué medida afecta el realizar actividad física aguda a estas variables (Focht, Knapp, Gavin, Raedeke & Hickner, 2007) y donde ya podría en vez de beneficiar, afectar en la salud.

.

Bayego, Vila y Martínez (2012) mencionan que Realizar ejercicio físico es útil para

prevenir la mortalidad prematura de las siguientes causas, la cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, hipertensión arterial, el cáncer de colon y mama, diabetes tipo 2, el síndrome metabólico, la obesidad, la osteoporosis, la sarcopenia, la dependencia funcional y las caídas en ancianos, el deterioro cognitivo, la ansiedad y la depresión.

Los beneficios son para ambos sexos y es mayor cuanto mayor es el volumen o la intensidad del ejercicio. Para lograr los beneficios del ejercicio deben de realizarse ejercicio aeróbico y anaeróbico (de fuerza) como mínimo 30 minutos diarios 5 veces por semana combinando con un mínimo de dos días a la semana de ejercicio con pesas de los grupos musculares principales. También es importante realizar ejercicios de flexibilidad en los grupos musculares y tendones (Bayego, Vila & Martínez, 2012).

2.16. Instrumentos de evaluación de la dismorfia muscular

Los instrumentos de tamizaje más utilizados son el *Muscle Appearance Satisfaction Scale* (MASS, Mayville, et al., 2002) el cual se utilizará para el presente estudio y el *Muscle Dysmorphia Disorder Inventory* (MDDI) (Hildebrandt, Langenbucher, y Schlundt, 2004). Otra herramienta de diagnóstico que se utiliza para la DM es el Inventario de Dismorfia Muscular (Cafri, Olivardia, Thompson, 2008), que analiza insatisfacción por la imagen corporal, también el tamaño muscular, entre otros. El Cuestionario de Complejo de Adonis (Pope, Phillips y Olivardia, 2000) también empleado para la detección de dicho trastorno. la Escala de Obsesión por la

Musculatura (McCreary & Sasse, 2000), tiene tres subescalas: Obsesión por Incrementar Musculatura, Uso de Suplementos Alimenticios y Obsesión por el Entrenamiento. Otro instrumento es la Escala de actitudes masculinas hacia el cuerpo (Male Body Attitudes Scale, MBAS; Tylka, Bergeron & Schwartz, 2005). Se divide en tres subescalas, el deseo de muscularidad, la preocupación por la baja grasa corporal y por la altura. Escala de Satisfacción Muscular (González-Martí, Fernández, Contreras, y Mayville, 2012) este se agrupa en 5 variables que refieren a la insatisfacción muscular, dependencia al fisicoculturismo, conductas de verificación, uso de sustancias y lesión.

Dentro de este estudio se va a utilizar la escala MASS (Muscle Appearance Satisfaction Scale) Originalmente creada por Mayville, Williamson, White, Netemeyer, y Drab (2002) y adaptada al español por López, Vázquez, Ruíz, y Mancilla (2013), donde se basaron en los criterios propuestos por Pope (1997), los mismos que se utilizaron para la base del diagnóstico del DSM-V en el 2013.

2.17. Dismorfia muscular y dopaje

Para poder llegar a tener el cuerpo musculoso característico de la DM, las personas utilizan hormonas ilegales, como son los esteroides anabolizantes androgénicos (EAA), cuya función principal es aumentar la musculatura, donde se concluye que el 50% de los participantes en el estudio de González-Martí, Fernández-Bustos, Contreras, y Sokolova (2017) utilizan EAA. El uso de sustancias no sólo es utilizada por los varones pero sí prepondera el uso masculino (García-Rodríguez, Alvarez-Rayón, Camacho-Ruíz, Amaya-Hernández & Mancilla-Díaz, 2017).

2.18. Alexitimia: su definición, antecedentes y perfil de la personalidad alexitimica

La palabra alexitimia es un vocablo de origen griego que significa etimológicamente ausencia de palabras para expresar las emociones o los sentimientos. El término fue introducido en la bibliografía médica en 1972 por Sifneos, un médico de Chicago de raíz griega, para designar la dificultad que tenían muchos enfermos psicossomáticos para expresar verbalmente sus emociones.

Nemiah y Sifneos (1970) notaron que los pacientes psicossomáticos presentaban dificultad para expresar sus sentimientos y emociones, gran falta de fantasías y la dificultad de diferenciarlas de las sensaciones corporales. La primera vez que se cita la palabra AL fue en un manual editado por la Universidad de Harvard titulado *Short-term psychotherapy and emotional crisis* (Alonso-Fernández, 2011).

A AL masculina normativa, la teoría nos dice que los hombres debido a las normas sociales están educados desde temprana edad a no mostrar sus sentimientos, donde se menciona que la AL en hombres se ve afectada por el rol de masculinidad que propone la sociedad (Levant, 2011).

Alonso-Fernández (2011) nos describe el perfil de la personalidad de alexitima que cubre datos afectivos, cognitivos, psicomotores y somáticos. He aquí la enumeración de los rasgos personales más importantes:

- Incapacidad de identificar, reconocer, nombrar o describir las emociones o los sentimientos propios, con especial dificultad para hallar palabras para describirlos.
 - Mínima expresión verbal, mímica o gestual de las emociones o sentimientos.
 - Falta de captación de las emociones o los sentimientos ajenos (trastorno de la empatía).
 - Pensamiento muy concreto y pragmático, con dificultades para el pensamiento abstracto.
 - Pensamiento centrado en detalles externos, sin conexión con el

mundo vivencial interno.

- Reducción o anulación de la fantasía, los sueños o ensueños y la vida imaginativa.
- Falta de capacidad para la introspección y la creatividad.
- Psicomotilidad rígida, áspera, austera o desequilibrada y escasamente expresiva.
- Tendencia a recurrir a la acción para afrontar los problemas o los conflictos.
- Descripción prolija de los hechos.
- Discurso verbal monótono, lento, pobre en temas, detallista y enormemente aburrido.
- Dificultades para establecer contacto afectivo con los otros o mantener una dinámica comunicacional.
- Relaciones interpersonales estereotipadas y rígidas, enmarcadas en la subordinación o en la dependencia.
- Inclínación al aislamiento, sin tener sensación de soledad.
- Impresión generalizada de una personalidad seria o aburrida.
- Registro de que el aburrido o serio es el otro (un mecanismo de reduplicación proyectiva), lo que les lleva a ver a los demás con sus propias características.
- Son buenos en utilizar la defensa proyectiva.
- Descarga de las emociones o los sentimientos a través de los canales vegetativos corporales, lo que provocaría la disfunción o la lesión tisular de los órganos somáticos más vulnerables.
- Dificultades para distinguir las emociones de las sensaciones corporales.
- Existencia regida por proyectos de corto alcance y programada o mecanizada como si fuese un robot.
- Alto grado de conformidad social.
- Reducción de porcentaje del sueño REM.

2.19. Etiología de la alexitima

Sobre la etiología de la AL tenemos causas multivariadas, desde el aspecto neurológico entendemos que se tiene una conexión funcional insuficiente entre ambos hemisferios cerebrales.

El funcionamiento global del cerebro, partiendo desde la coordinación interhemisférica, se desarrolla habitualmente a través del cuerpo calloso, gracias a una quiebre funcional u orgánica de esta comisura cerebral que originaría la AL imposibilitando que las emociones registradas en el hemisferio derecho en las personas diestras puedan tomar una expresión verbal, función localizada en el hemisferio izquierdo por eso se ha llamado a los alexitímicos comisurotomizados funcionales u orgánicos. Gracias a los datos clínicos y morfológicos que sobresalen en los alexitímicos y en los depresivos nos evidencia que, la presencia de un hemisferio izquierdo hipoactivo o hipoexcitable asociado con un hemisferio derecho sobreactivo o dominante (Alonso-Fernández, 2011).

2.20. Evaluación de la alexitimia

Se utilizan diferentes enfoques metodológicos para evaluar la AL, algunas pruebas proyectivas (Porceli & Meyer, 2002), escalas de observación (Haviland, Warren & Riggs, 2000), entrevistas (Bagby, Taylor, Parker & Dickens, 2006) y pruebas de capacidad (Lumley, Gustavson, Partidge & Labouvie-Vief, 2005). La mayoría se centran en escalas Likert, destacando la escala de AL de Toronto de 20 ítems (TAS-20, Bagby, Parker & Taylor, 1994), evalúa los rasgos de dificultad para la identificación y expresión de emociones y de pensamiento orientado externamente.

2.21. Rasgos de la alexitimia

La falta de humor, estallar repentinamente, falta de conexión emocional y las relaciones interpersonales distantes o dependientes son rasgos asociados con AL (Taylor, 2000). Se destaca a los alexitímicos porque tienden a establecer estilos de apego evitativo, rechazan la intimidad, dificultades para depender de los demás,

falta de confianza y resistencia hacia la aceptación de los defectos de ellos y de los demás (Posner, 2000).

Las personas alexitímicas no pueden expresar sus emociones porque las desconoce su propio interior y tampoco las reconoce en los demás (Taylor, Bagby & Parker, 1997). La rigidez dentro de la comunicación corporal y las escasas mímicas faciales son señaladas como rasgos que caracterizan la AL (Poletti, et al., 2011).

Freyberger (1977) introdujo el término AL secundaria a partir de la observación de características alexitímicas en pacientes con cáncer, en trasplantados renales y en enfermos ingresados en unidades de cuidados intensivos. Krystal (1997), sobreviviente que ha dedicado su vida profesional a las víctimas de la persecución nazi, afirma que, gracias al mecanismo de defensa de la AL secundaria, pudieron sobrevivir psicológicamente al sadismo de los opresores.

Como lo sustenta la teoría para poder recabar los datos sobre la AL se utilizará el cuestionario TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) desarrollada por Bagby, Parker & Taylor en 1994 y adaptada y validada por Moral (2008).

2.22. Alexitimia y Trastornos dismórficos corporales

Dentro de un estudio realizado con mujeres que presentaban niveles altos de preocupación dismórfica, se observa que estas tienen más dificultades con algunos elementos afectivos de la AL, como puede ser identificar o expresar una emoción. La relación más consistente fue entre TDC y Dificultad para Identificar Sentimientos. Este resultado se ajusta a las especulaciones de la regulación del afecto en los trastornos de la imagen corporal. (Fenwick & Sullivan, 2011). Por otro lado se encontró en una investigación realizada a estudiantes una correlación positiva entre AL y trastornos de la conducta alimentaria (Chunga, 2015). Trastornos que se ligan significativamente a los TDC y a la DM.

Dentro de una investigación se encontró que existe una relación entre las personas con problemas emocionales como lo es la AL y la DM, donde resultó que los hombres que presentaron los niveles más altos de AL tuvieron una tendencia a tener más síntomas de DM, que los demás individuos que solo tenían una preocupación normal por el desarrollo muscular (Leone et al, 2015).

2.23. Síntesis del estudio a realizar

En el estudio se menciona que transferir las emociones a otras actividades como lo sería en este caso el ejercicio con pesas, es usado para evadir las mismas y es más común en hombres. Por lo cual revisando las teorías y los estudios anteriores se hace interesante estudiar las variables mencionadas para conocer la relación que se encuentra entre ellas y el ser un estudiante de universidad, también para conocer qué tan común se pueden presentar estas variables en este contexto limitado y conocer las consecuencias para concientizar a los estudiantes universitarios que tienen más riesgo de padecer algún síntoma que se pueda transformar en patología.

Como crítica hacia la teoría revisada cabe mencionar que hay más variables en la población mexicana que podrían llevar a que los resultados fueran los esperados, ya que, contamos con una cultura donde el hombre no tiene a mostrar sus emociones tan fácilmente, por lo cual puede hacerse referencia a lo antes mencionado sobre evadir o sublimar las emociones hacia otras actividades, las cuales cubren los deportes y que pueden presentar conductas de riesgo.

Estando dentro de ese contexto puedo agregar que es algo más común de lo que se piensa, observando el ambiente que se hace dentro de los gimnasios y especialmente dentro del área de pesas puedo aportar que se menciona que ayuda mucho a liberar el enojo, la tristeza y otras emociones negativas, por lo cual agrega una relevancia y se sustentan en teorías.

CAPÍTULO III

MÉTODO

Dentro de este apartado presentamos el método elegido para realizar la investigación, así como los instrumentos que se van a utilizar para evaluar. Se aborda también la forma de seleccionar la muestra, los criterios de inclusión y exclusión establecidos, las técnicas para recolectar los datos y análisis estadísticos. Para finalizar se abordan los aspectos éticos de la investigación.

3.1. Diseño del estudio

El diseño de investigación para el presente estudio es cuantitativo, de corte transversal de tipo correlacional, donde se establecerán las relaciones entre las variables DM y AL.

3.2. Participantes

Los participantes voluntarios para el estudio fueron 136 hombres universitarios que asisten a un gimnasio con regularidad y se ejercitan en el área de pesas y aparatos de ejercicio, dentro del área metropolitana de Nuevo León. El muestreo fue no probabilístico, intencional. Con un rango de edad de 18 a 40 años. Los criterios de inclusión son:

- Ser del sexo masculino.
- Asistir al gimnasio frecuentemente (mínimo 4 veces a la semana).
- Ser universitario.
- Mayores de 18 años.
- Tener mínimo seis meses de asistir al gimnasio.

Los criterios de exclusión son:

- No asistir frecuentemente al gimnasio
- Faltar al gimnasio por periodos largos
- Tener menos de 6 meses entrenando

- No tener el rango de edad

3.3. Instrumentos

1. *Encuesta sociodemográfica y de hábitos*. Dentro de esta encuesta van preguntas sobre su edad, peso, talla, carrera que estudia. También tiene preguntas sobre sus hábitos alimenticios, de sueño, tabaco, alcohol y de ejercicio, para poder recabar más información que puede ser relevante con respecto a los rasgos de la DM.

2. *Escala de Satisfacción con la Apariencia Muscular (Muscle Appearance Satisfaction Scale, MASS)*. Originalmente creada por Mayville, Williamson, White, Netemeyer, y Drab (2002) y adaptada al español por López, Vázquez, Ruíz, y Mancilla (2013), es una escala multidimensional de auto reporte, que evalúa factores cognitivos, afectivos y conductuales de la DM. Cuenta con 19 reactivos tipo Likert con 5 puntos que van desde “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo” y para la interpretación se suman los reactivos que puede resultar desde 19 a 95 y entre más alto sea el resultado mayor acercamiento a la DM. A diferencia del instrumento original, la versión en español cuenta con 4 sub-escalas:

1. Lesiones y comprobación muscular
2. Uso de sustancias
3. Dependencia al ejercicio
4. Satisfacción muscular

En población mexicana cuenta con un excelente nivel de consistencia interna de $\alpha=.91$. El instrumento MASS fue realizado partiendo de los criterios propuestos por Pope et al. (1997), aun así gracias a la información recopilada sobre el trastorno de DM puede seguir usándose como instrumento de tamizaje de acuerdo con los criterios del DSM-5 (López, Arévalo, Ruíz & Mancilla, 2013).

3. *Escala de Alexitima de Toronto (Toronto Alexithimia Scale- TAS-20)*. Desarrollado originalmente por Bagby, Parker y Taylor (1994). Para este estudio se utilizará la validación hecha en población mexicana por Moral (2008). Es una escala tipo Likert

para detectar la ausencia de rasgos alexitímicos, más que su presencia. Cuenta con tres factores: 1: Dificultad para identificar sentimientos DIS (ítems: 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14), 2: Dificultad para expresar sentimientos DAS (ítems 2, 4, 11, 12 y 17) y 3: Pensamiento externamente orientado (ítems: 5, 8, 10, 15 16, 18, 19 y 20), con una consistencia interna alta ($\alpha=.81$). El cuestionario es autoadministrado, con seis posibilidades de respuesta, que van desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo” y que se puntúan entre 0 y 5. La estimación de cada una de las escalas se consigue mediante la suma simple de sus reactivos, donde el puntaje T nos dirá la interpretación, siendo los puntajes del más bajo a 84 en una alexitimia baja, del 85 al 115 una alexitimia intermedia y del 116 en adelante, una alexitimia alta.

3.4. Procedimiento

Se digitalizaron manualmente los instrumentos y la encuesta y se almacenaron en Google Drive; para acceder a las pruebas y a la encuesta se generó un link. Se colocó el link en los gimnasios que pertenecen a la universidad, el GAM, el gimnasio de FAPSI, el centro acuático universitario para poder aplicar los dos instrumentos a los participantes voluntarios, como son instrumentos digitalizados, se pidió colocar el link en sus redes sociales para poder tener más población que cumpliera con los criterios, aunque no asistieran a uno de estos gimnasios. También se recolectaron datos gracias al muestreo bola de nieve donde se les pedía que el enlace del cuestionario se pasara a conocidos con dichas características. Se les informó a los participantes que los datos son para fines de investigación y que sus respuestas son de forma anónima.

La recolección de datos fue vía internet, con los instrumentos digitalizados. Se utilizan dentro de esta investigación los aspectos éticos de la APA y la sociedad de psicólogos mexicanos, para las personas, por lo tanto, se dieron los aspectos de confiabilidad, se comprendió la importancia de sus datos por el estudio, todo fue voluntarios, de manera profesional, anonimato, con respeto.

3.5. Análisis de Datos

Para el análisis de la recolección de datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) versión 23.0.

Las pruebas estadísticas se realizaron en relación con los objetivos planteados, como estadísticos descriptivos, frecuencias, prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov por ser una muestra mayor de 50 y correlación de Pearson que es paramétrica ya que la muestra presentó normalidad en ambas variables de estudio. Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple por el método Stepwise a fin de determinar las vías de predicción de la dismorfia muscular.

3.6. Aspectos éticos

Se cumplieron todos los aspectos éticos de confidencialidad y anónima, el manejo de los datos solo es con fines de investigación cumpliendo con las normas éticas de la APA.

El presente estudio toma en cuenta las recomendaciones hechas por la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP, 2007) y de la Asociación Americana de Psicología (APA) sobre los aspectos éticos para la investigación con seres humanos (Sales & Folkman, 2000; APA, 2002).

Es por ello que a los participantes se les dió información referente a los propósitos generales del estudio, garantizando la confidencialidad de la información que se generase en el proceso. La participación fue voluntaria, y en los cuestionarios en línea se daba la opción de marcar como aceptada su participación una vez que leían los objetivos y aseguraban comprender la importancia del estudio y de la necesidad de veracidad al aportar información. También estaba la opción de rechazar la participación y salir de la página. Una vez aceptada la participación se solicitaba la firma de consentimiento para utilizar la información derivada del estudio con fines de investigación y posteriormente iniciaban los cuestionarios. Toda la información fue tratada de forma respetuosa y confidencial, manteniendo el anonimato de los datos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Descripción de la muestra

La muestra estuvo conformada por 136 participantes hombres ($N=136$), con un rango de edad de 18 a 40 años y una media de 25.98 años ($DE=4.64$). El 82% de ellos son solteros, además el 36% de ellos son estudiantes del área de ciencias de la salud y un 33% estudiantes de ciencias sociales y administrativas. La media de peso fue de 81.53 kilos ($DE= 13.56$), la media de talla fue de 1.74 ($DE=.09$) y la media de IMC fue de 26.88 ($DE= 3.53$).

El 57.4% de los participantes sigue un plan alimenticio, 77.2% de ellos comen de 3 a 5 veces al día, 63.2% consumen suplementos alimenticios y un 32.4% utilizan o han utilizado esteroides.

En promedio asisten al gimnasio 2.01 horas al día ($DE= .76$), con una media de 3.46 años ($DE=3.50$) que tienen asistiendo al gimnasio.

4.2. Evaluación de la Dismorfia Muscular

La consistencia interna de los 19 ítems de la MASS, estimada mediante el alfa de Cronbach es buena ($\alpha= 0.855$), al igual que sus cuatro factores: Lesiones y comprobación muscular ($\alpha=.90$), uso de sustancias ($\alpha=.85$), dependencia al ejercicio ($\alpha=.81$) y satisfacción muscular($\alpha=.77$).

La media para la escala MASS fue de 51.35 ($DE=11.561$), una Moda de 43 y una Mediana de 51, siendo el rango total de la prueba de 19 a 95 y los resultados nos mostraron un rango mínimo de 27 al máximo 76. La distribución es simétrica, $Sk= -0.175$, $EE=0.084$, y leptocúrtica, $K= 0.649$, $EE= .168$, ajustándose a una curva normal ($ZK-S= 2.137, p= 0.200$).

La media del factor de lesiones y comprobación muscular es de 23.29 ($DE=7.10$). La media del factor uso de sustancias es de 10.09 ($DE= 3.41$), la media de dependencia al ejercicio fue de 9.10 ($DE= 2.46$) y la media de satisfacción muscular fue de 8.86 ($DE= 2.83$).

4.3. Evaluación de la Alexitimia.

La consistencia interna de los 20 ítems de la TAS, estimada mediante el alfa de Cronbach es buena ($\alpha= 0.880$), variando los valores de consistencia en sus factores de buenos a aceptables: Dificultad para identificar sentimientos ($\alpha=.92$), Dificultad para expresar sentimientos ($\alpha=.60$) y pensamiento externamente orientado ($\alpha=.63$).

En las frecuencias del puntaje T de la escala TAS-20 para AL podemos encontrarnos con una muestra válida de 136 participantes ($N=136$) con una Media de 101.25, una Moda de 111.25 y una Mediana de 100, con un rango mínimo de 61.25 y un máximo de 137.50. Presentó una desviación estándar de 16.49, una varianza de 272.14 y curtosis $-.578$.

En la tabla 1 se pueden observar los porcentajes de participantes agrupados por nivel de la alexitimia que presentan, en donde sólo un 18.4% de los participantes ($N=25$) tienen alexitimia alta.

Tabla 1.

Niveles de alexitimia

Nivel de alexitimia	Frecuencia	%
Alexitimia baja	24	17.6
Alexitimia media	87	64.0
Alexitimia alta	25	18.4
Total	136	100.0

Tras realizar la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov se encontró que sí hay normalidad en la distribución de la alexitimia en la muestra ($N=136$, $p=.200$).

4.4. Relación entre las variables de Dismorfia muscular y alexitimia

En la correlación de Pearson del puntaje T del TAS-20 con las diferentes dimensiones del MASS y el puntaje total de MASS, se evidenciaron correlaciones significativas y positivas, mientras que con edad y estado civil correlaciona significativamente de forma negativa.

Tabla 2.
Correlaciones con Alexitimia

	<i>r</i>	<i>p</i>
MASS	.484	.000
Lesiones y Comprobación muscular	.407	.000
Uso de Sustancias	.386	.000
Dependencia al ejercicio	.317	.000
Satisfacción Muscular	.213	.013
Edad	-.222	.009
Estado civil	-.248	.004

El puntaje total del MASS correlaciona de forma positiva y estadística significativa con cada una de las subescalas de la alexitimia, además de correlacionar de forma negativa estadísticamente significativa con la edad, el estado civil, la carrera, y los años asistiendo al gimnasio.

Tabla 3.

Correlaciones del MASS con variables

	<i>r</i>	<i>p</i>
Dificultad para diferenciar sentimientos	.900	.000
Dificultad para expresar sentimientos	.887	.000
Pensamiento externamente orientado	.703	.000
Edad	-.222	.000
Estado civil	-.248	.009
Área del conocimiento según la carrera	-.147	.004
años asistiendo al gym	-.134	.000

No se encontraron correlaciones entre la AL y el puntaje total del MASS con el uso de esteroides, el fumar o tomar, uso de suplementos, horas de sueño y el uso de esteroides.

Como parte del último objetivo del estudio, se analizan los modelos de predicción de dismorfia muscular a partir de las variables psicosociales estudiadas así como de las subescalas de alexitimia.

Se estima un modelo de regresión lineal por pasos, que permita determinar las variables que mejor predicen la dismorfia muscular.

En el análisis de regresión se incluyeron las variables de edad, estado civil, años y horas que asisten al gimnasio, peso en kilos, uso de suplementos y esteroides, satisfacción muscular, puntaje total del MASS y cada uno de los factores de la escala de alexitimia.

El análisis de la varianza ANOVA permite establecer cinco modelos de regresión ya que se obtienen valores de significancia igual a .000.

En el primer modelo de entran dos pasos. El análisis de regresión lineal muestra la relación entre las variables que viene explicada por la ecuación

$$y = 40.775 + 1.352x_1$$

Donde y es la dismorfia muscular, x_1 es la dificultad para expresar sentimientos.

Un segundo modelo entra dos pasos, en donde se observa que la relación entre las variables que viene explicada por la ecuación

$$y = 33.281 + 1.300x_1 + 3.924x_2$$

Donde se añade la variable x_2 que representa a las horas en el gimnasio.

Un tercer modelo entra tres pasos, en donde se observa que la relación entre las variables que viene explicada por la ecuación

$$y = 22.168, +1.176x_1, + 3.680x_2, + .968x_3$$

Donde se añade la variable x_3 que es la satisfacción muscular.

Un cuarto modelo entra cuatro pasos, en donde se observa que la relación entre las variables que viene explicada por la ecuación

$$y = 33.369, +1.140x_1, + 3.424x_2, + 1.042x_3, + -6.003x_4$$

Donde se añade la variable x_4 que es el uso de esteroides.

El modelo final reporta cinco pasos, en donde se observa que la relación entre las variables que viene explicada por la ecuación

$$y = 29.934, +1.158x_1, + 3.155x_2, + 1.055x_3, + -5.688x_4, + 1.457x_5$$

Donde y es la dismorfia muscular, x_1 es la dificultad para expresar sentimientos, x_2 las horas en el gimnasio, x_3 es la satisfacción muscular, x_4 que es el uso de esteroides y se añade la variable x_5 que son las comidas en el día.

Para el conjunto de la población son cinco los predictores, mismos que explican un total del 41.9% de la variabilidad en dismorfia muscular de los participantes. Todos los modelos fueron altamente significativos ($p < .000$). El quinto modelo obtuvo una $F = 18.783$, altamente significativa ($p < .000$). El coeficiente R^2 obtenido (corregido) fue de 0.397, lo que supone cerca de la mitad de la varianza. Las variables que entran en el modelo son la ansiedad por preocupaciones físicas y la depresión. No entran en el modelo las variables de edad, estado civil, peso, uso de suplementos,

así como tampoco 2 factores de la escala de alexitimia (dificultades para identificar sentimientos y pensamiento externamente orientado). En la tabla 4 se muestran los coeficientes tipificados y sus valores de probabilidad.

Tabla 4.

Coeficientes beta del modelo de predicción de dismorfia muscular

	β	SE β	β Estandarizado
Constante	29.934	4.992	
DES	1.158	.201	.393
Horas en el gym	3.155	1.032	.207
Satisfacción muscular	1.055	.278	.259
Esteroides	-5.688	1.659	-.231
Comidas al día	1.457	.588	.176

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Contestando la pregunta ¿Existe correlación entre los diferentes niveles de AL con los síntomas de la DM? Basado en los resultados obtenidos podemos afirmar que sí existe dicha relación. Se obtuvo una correlación positiva de Pearson en los análisis de datos ($r=.484$, $p=.000$). Esto concuerda con investigaciones pasadas donde encontramos que existe una relación positiva entre la AL y los trastornos de conducta alimentaria, los cuales están altamente relacionados con la DM (Chunga, 2015). Leone et al. (2015) nos menciona en su investigación que los hombres con problemas emocionales como lo es la AL (aquellos que presentan niveles más altos), tienden a presentar síntomas de DM más que una preocupación normal al desarrollo muscular que obtienen.

Al realizar un análisis más detallado de las correlaciones entre subescalas y las escalas, destaca que el TAS-20 se correlaciona positivamente con la subescala del MASS de lesiones y comprobación muscular ($r=.407$, $p=.000$), lo que nos dice que a más alto nivel de AL, mayor es el riesgo de sufrir una lesión durante el ejercicio y más alta es la necesidad de comprobar la musculatura dentro de los niveles de DM.

Dentro del análisis del MASS con subescalas del TAS-20 nos encontramos con correlaciones positivas significativas. La correlación más alta fue en la subescala de

dificultad para diferenciar los sentimientos ($r = .900$, $p = .000$), seguida de dificultad para expresar los sentimientos ($r = .887$, $p = .000$) y en pensamiento externamente orientado ($r = .703$, $p = .000$). Esto concuerda con un estudio de Leone et al. (2015) donde nos dice que las personas con problemas emocionales como lo es la AL, transfieren las emociones a otras actividades como el ejercicio con pesas para evadirlas, dentro de nuestras correlaciones de subescalas se demostró que los niveles más altos de DM están fuertemente correlacionados con la dificultad para expresar y diferenciar sentimientos y con el pensamiento externamente orientado.

El presente estudio tiene limitaciones derivadas de del diseño elegido, así como los que derivan de la naturaleza de la muestra y de los objetivos planteados. Una de las limitaciones del estudio se debe a el carácter no probabilístico de la muestra, el cual además de que por su tamaño no permite alcanzar potencia en las pruebas de contraste. Es por ello que no es posible generalizar los hallazgos sino manejarlos como hipótesis aplicable a una población semejante de hombres universitarios que acuden al gimnasio y se encuentren en el rango de edad de nuestros participantes. Por las característica de ser una muestra no probabilística (perfil medio de hombre joven con estudios universitarios de clase media), se advierte que la extrapolación de los resultados a una población masculina hispanoparlante semejante requiere su contraste. Otra de las limitaciones del estudio se debe a la naturaleza de autorreporte en línea de los datos, por lo que estos resultados pueden diferir con los obtenidos por otros medios. Otra de las limitaciones se relaciona con el tipo de análisis estadísticos realizados y las variables de estudio incluidas. En el caso de los análisis de correlación y de regresión, entendemos que éstos no tienen un

potencial explicativo del fenómeno de la dismorfia muscular en la población, pero quizás sí tienen un potencial predictivo de la misma (Rodríguez & Moreno, 2007).

Podemos concluir en cuanto al objetivo general que los resultados confirman que existe una correlación positiva significativa entre los niveles de DM y AL, También se demostró que los niveles de AL tienden a ser de medios a altos y que un porcentaje menor pertenece a los niveles bajos de AL, lo que podría estar sustentado por la teoría de AL normativa masculina, la cual nos dice que debido a las normas sociales los hombres están educados desde temprana edad a no mostrar sus sentimientos, rol de masculinidad que es propuesto por la sociedad (Levant, 2011). En cuanto a los niveles de DM no se tiene una estimación de lo que es bajo o alto, sólo se menciona que entre más puntaje más se acerca a la DM, en el MASS.

RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS

Se recomienda para futuras investigaciones del tema, trabajar una población más allá de universitarios y más amplia, hacer las correlaciones con personas que cumplan con todos los criterios de la DM. Agregar variables sobre imagen corporal y autoestima, ya que se menciona en las investigaciones que influyen directamente en la DM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acton, W. H., Johnson, P. J. & Goldsmith, T. E. (1994). Structural Knowledge Assessment: Comparison of Referent Structures. *Journal of Educational Psychology*, 86, 303-311.
- Almanza M., J., Reyes R., V. & Almora L., F. (1998). Representación cognitiva del concepto salud mental y su correlación con rasgos de personalidad, determinado por medio del método de redes semánticas naturales en médicos y enfermeras del Hospital Central Militar. *Revista Salud Mental*, 52(5), 275-277.
- Alonso-Fernández, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud mental*, 34(6), 481-490.
- Alvarez, M. C. & Risco, V. J. (1987). Concept maps and Vee diagrams: a visual representation of children's thinking. Washington, DC: Comunicación presentada en la reunión anual de la AERA.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, J. R. (1976). Language, memory, and thought. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of
- Anderson, J. R. (1982). Acquisition of cognitive skill. *Psychological Review*, 89, 369-403.
- Anderson, J. R. (1983a). The architecture of cognition. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Anderson, J. R. (1983b). A spreading activation theory of memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 22, 261-295.

- Anderson, J. R. (1985). *Cognitive Psychology and its Implications* (2nd Ed.). New York: Freeman.
- Anderson, J. R. (1990). *The adaptative character of thought*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Anderson, J. R., Bothell, D., Byrne, M. D., Douglass, S., Lebiere, C. & Qin, Y. (2004). An integrated theory of the mind. *Psychological Review*, 111, (4). 1036-1060.
- Anderson, J. R. & Bower, G. H. (1973). *Human associative memory*. Washington DC: Winston and Son.
- Andrade, P. P. (1994). El significado de la Familia. *La Psicología Social en México*. V, 83-97.
- Antoli, A., Cañas, J., Fajardo, I. & Salmerón, L. (2005). Problemas asociados al uso inexperto de la técnica Card Sorting. Actas del Congreso AIPO – Granada, España. Recuperado el 8 de enero de 2006 del sitio de la Universidad de Granada en: http://www.ugr.es/~ergocogn/articulos/card_sorting.pdf
- Arbinaga, F., & Caracuel, J. C. (2003). Aproximación a la dismorfia muscular. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 65(5), 7-15.
- Ashley, J. M., St Jeor, S. T., Schrage, J. P., Perumean-Chaney, S. E., Gilbertson, M. C., McCall, N. L., & Bovee, V. (2001). Weight control in the physician's office. *Archives of Internal Medicine*, 161(13), 1599-1604.
- Atkinson, R. & Shiffrin, R. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. In K Spence & J Spence (Eds.). *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (Vol. 2). New York: Academic Press.

- Ausubel, D. P. (1978). *Psicología Educativa*. México: Trillas.
- Avella, R. E., & Medellín, J. P. (2012). ANABOLIC ANDROGENIC STEROIDS, RISKS AND CONSEQUENCES. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica*, 15, 47-55.
- Baddeley, A. & Hitch, G. (1974). Working memory. En G. A. Bower (Ed), *Recent advances in learning and motivation*, Vol. 8. New York: Academic Press.
- Bagby, R., Taylor, G. & Parker, J. (1994). The twenty-item Toronto alexithymia scale- I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatics research*. 30, 23-32.
- Bagby, R., Taylor, G., Parker, j. & Dickens, S. (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item selection, factor structure, reliability and concurrent validity, *Psychotherapy and psychosomatics*, 75, 25-39.
- Bayego, E. S., Vila, G. S., & Martínez, I. S. (2012). Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. *Medicina clínica*, 138(1), 18-24.
- Best, J. B. (2002). *Psicología Cognitiva*. (5a. ed.). México: Thomson.
- Behar, R. (2012). Espiritualidad y ascetismo en la anorexia nerviosa. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50, 106---118.
- Behar, R. (2010). Corporalidad, sociedad y cultura en la etiopatogenia de las patologías alimentarias. *Trastornos de la conducta alimentaria* (2.a edición, pp. 75---94). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Behar, Rosa, Arancibia, Marcelo, Heitzer, Cristóbal, & Meza, Nicolás. (2016). Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*, 144(5),

626-633. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500011>

- Behar R & Molinari D. (2010) Dismorfobia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en poblaciones masculinas. *Rev Méd Chile*;138:1386-94.
- Bemis, K V y Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.
- Bjomsson AS, Didie ER, Phillys KA.(2010) Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci.*;12(2):221-32.
- Boldt, M. N. (2001). Assessing student's Accounting Knowledge: A structural approach. *Journal of Education for Business*, 76(5), 262-269.
- Bravo, F. P. (1991). Análisis de la interacción de las estructuras lingüísticas y los conceptos en la determinación del significado del lenguaje. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Bravo, P. A., Sarmiento, C., García, R. & Acosta, M. (1985). Estudio de las relaciones entre nodos conceptuales en redes semánticas: Propuestas preliminares. *Revista Interamericana de Psicología*. 19(1,2), 57 – 69.
- Cafri G, Olivardia R, Thompson J.K. Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive Psychiatry*. 2008; 49(4): 374-379.
- Campanario, J. M. (1995). ¿Por qué existe un fracaso tan grande en la resolución de problemas por los alumnos? Recuperado el 30 de noviembre de 2003, del sitio Web de la Universidad de Alcalá: <http://www2.uah.es/jmc/webens/170.htm/>
- Cañas, J. J. & el Grupo de Eronomía Cognitiva. (2002). Representación mental de

los conceptos, objetos y personas implicados en una tarea realizada en una interfaz. *Revista Iberoamericana de Inteligencia Artificial*, 16, 107-113.

[Versión electrónica]. Recuperado el 8 de enero de 2006 en:

<http://tornado.dia.fi.upm.es/caepia/numeros/16/canyas.pdf>

Casanova-Sotolongo, P., Casanova-Carrillo, P. & Casanova-Carillo, C. (2004). La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*, 38 (5), 469-472. España. www.neurología.com

Castañeda Y., M. & Acuña E., C. E. (1996). Diseño instruccional: métodos de representación del conocimiento. *Perfiles Educativos*, 18(72), 24-48.

Castañeda F., S. & López O., M. (1993). Ventajas y desventajas de las redes semánticas naturales en la evaluación de la estructuración del conocimiento. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1), 67 – 81.

Castañeda, S., López, M., Orduña & Pineda, L. (1993). Un marco de trabajo experimental y neurocomputacional para el estudio de la estructuración del conocimiento a partir de lo leído. *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje*, 1(2), 201 – 232.

Castrejón C., J. L. (1997). Acercamientos metodológicos al análisis y representación del conocimiento. *Revista de Psicodidáctica*, 3, 5-23. [Versión electrónica] Recuperado el 29 de octubre de 2005 del sitio Web de la Universidad del País Vasco: <http://www.vc.ehu.es/campus/centros/e.g.b./deptos/deppe/relectron/n3/elN3A1.html>

Castro-López, R. (2013). Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y

trastornos de alimentación en deportistas de musculación: patrones psicológicos asociados a la vigorexia.

Chastin, S. F. M., Egerton, T., Leask, C., y Stamatakis, E. (2015). Meta-analysis of the relationship between breaks in sedentary behavior and cardiometabolic health. *Obesity*, 23, 1800-1810. doi: 10.1002/oby.21180

Chi-Fu, J., Gray, P. y Pope, H. (2005). Male body image in Taiwan versus the west: Yanggang Zhiqi meets the Adonis complex. *American Journal of Psychiatry*, 162, 263---269.

Chizuko, I. (1999). On human memory: Evolution, progress and reflections on the 30th anniversary of the Atkinson - Shiffrin model. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. [Versión electrónica]. Disponible en <http://www.netlibrary.com/>

Chunga, L. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria y alexitimia en adolescentes femeninas escolares. *Revista de Psicología*, 17(2), 116-127. doi: 10.18050/revpsi.v17n2a6.2015.

Coll C., Pozo, J. I., Sarabia, B. & Valls, E. (1992). Los contenidos en la reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes. Madrid: Santillana.

Collins, A. M. & Loftus, E. F. A. (1975). A spreading activation theory of semantic processing. *Psychological Review*, 82(6), 407-428.

Collins, A. M. & Quillian, M. R. (1969). Retrieval time from semantic memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour*, 8, 240-247.

Collipal I., E. (2002). Conceptualización a través de redes semánticas naturales de los módulos de autoaprendizaje en anatomía humana. *Revista Chilena de*

Anatomía, 20(1), p.63-67. [versión electrónica]. Recuperado el 05 Enero 2006 en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-8682002000100009&lng=es&nrm=iso>.

Collipal, E., Cabalin, D., Vargas, J. & Silva, H. (2004). Conceptualización semántica del término anatomía humana por los estudiantes de medicina. *Internacional Journal of Morphology*. 22(3), 185-188. [versión electrónica]. Recuperado el 05 Enero 2006 en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795022004000300002&lng=es&nrm=iso>.

Contreras Ch., E., (1992). El papel facilitador de las representaciones del conocimiento en el aprendizaje de la farmacología. *Revista Mexicana de Educación Medica*, 3(1), 35-42.

Conrad, C. (1972). Cognitive economy in semantic memory. *Journal of Experimental Psychology*, 92, 149 - 154.

Correa, J., Weil, K., Fracchia, C. y Pastén, J. (2006). Dismorfia muscular en hombres levantadores de pesas y fisicoculturistas en Santiago: un estudio descriptivo. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 44, 64.

Craik, F. I. M. & Lockhart, R. S. (1972). Levels of processing: A framework for memory research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 11, 671-684.

De Vega, M. (1984). Introducción a la psicología cognitiva. México: Alianza Editorial Mexicana.

De Leon, J.; Bott, A. y Simpson, G. M. (1989). Dymorphophobia: Body dymorphic disorder of delusional disorder somatic subtype? *Comprehensive Psychiatry*,

30, 457-472.

Díaz B., F. (2003). Enfoques de enseñanza. Recuperado el 29 de noviembre de 2005 del sitio web de Red Escolar del Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa:
<http://redescolar.ilce.edu.mx/redescolar/biblioteca/articulo>

Díaz-Barriga, F. A. & Hernández, R., G (2002). Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. (2ª. Ed.). México: McGraw Hill.

Díez O., P. L. (1999). La relación de meronimia en los sustantivos del léxico español: contribución a la semántica computacional. En Estudios de Lingüística Española (Vol. 2 cap. 3). Recuperado el 10 de octubre de 2005 en <http://elies.rediris.es/elies2/index.htm>.

Drewnowski, A. y Yee, D. (1987). Men and body image: Are males satisfied with their body weight? *Psychosomatic Medicine*, 49, 626---634.

Duncan, J. (1983). Perceptual selection based on alphanumeric class: Evidence from partial report. *Perception and Psychophysics*, 33(6), 533-547.

Ebbinghaus, H. (1885). *Memory: A Contribution to Experimental Psychology*. [versión electrónica], recuperado el 6 de mayo de 2005 en <http://psychclassics.yorku.ca/index.htm>

Egan, S., Wade, T. y Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203---212.

Fernández, H. (2000). Memoria Humana (1ra parte). Estructuras y procesos: El modelo Multi-almacén. *Psicología y Pedagogía. Revista virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL*, I (4). Recuperado el 5

de mayo de 2005 de <http://www.salvador.edu.ar/ua1-9pub01-4-01.htm>

Fernández, H. (2001). Estructuras y procesos. Alternativas al modelo multi-almacén. *Psicología y Psicopedagogía*. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL, II (6). Recuperado el 14 de mayo del 2005, de <http://www.salvador.edu.ar/ua1-9pub02-6-01.htm>

Fonseca Jr, S. J., de Oliveira, A. J., & Pierucci, A. P. T. (2014). Muscle dysmorphia in non-athletes males who practice strength exercise: a systematic review/Dismorfia muscular em homens nao atletas praticantes de treinamento resistido: uma revisao sistematica. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, 8(43), 52-58.

Figueroa, J. G., González, E. G., & Solís. V. M. (1981). Una aproximación al problema del significado: Las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(3), 447-458.

Figueroa, J. G., Carrasco, M., Sarmiento, C., Bravo, P. & Acosta, M. (1982). La teoría de las redes semánticas y su contribución a la enseñanza. Trabajo presentado en el III Congreso Mexicano de Psicología, México, D. F.

Fisher, E. (1986). *Development & structure of the body image*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Focht, B. C., Knapp, D. J., Gavin, T. P., Raedeke, T. D., & Hickner, R. C. (2007). Affective and self-efficacy responses to acute aerobic exercise in sedentary older and younger adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15(2), 123-138.

Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337-342

- García C., B. & Jiménez V., S. (1996). Redes semánticas de los conceptos de presión y flotación en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 1(2). Recuperado el 25 de octubre de 2003 de <http://www.comie.org.mx/revista/Pdfs/Carpeta2/2invest4.pdf>
- García S., S. & Andrade P., P. (1994). El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mentales. *Revista de Salud Mental*, 17(1), 32 – 44.
- García-Rodríguez, J., Alvarez-Rayón, G., Camacho-Ruíz, J., Amaya-Hernández, A., & Mancilla-Díaz, J. M. (2017). Dismorfia muscular y uso de sustancias ergogénicas. Una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(3), 168–177. doi:10.1016/j.rcp.2016.06.008
- Gilar C., R. (2003). Adquisición de habilidades cognitivas. Factores en el desarrollo inicial de la competencia experta. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Alicante, España.
- Gobbo, C., & Chi, M. (1986). How knowledge is structured and used by expert and novice children. *Cognitive Development*, 1, 221-237.
- Goldsmith, T. E., Johnson, P. J. & Acton, W. H. (1991). Assessing structural knowledge. *Journal of Educational Psychology*, 83(1), 88-96.
- González A., N. I., Martínez J., A. C., Martínez P., K. M., Romero P., M. V. & Van Barneveld, H. O. (1999). El significado de estrés en niños de primaria. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 4(2), 283 – 291.
- González-Forteza, C.F., Jiménez T., A., Gómez C., C., Berenzon G, S. & Mora R, J. (1994). El significado psicológico del concepto "amigo", en estudiantes adolescentes de diferente nivel educativo. *Revista Mexicana de Psicología*, 11(2), 113-118.

- González-Martí, I., Fernández, J. G., Hernández-Martínez, A., y Contreras, O. R. (2014). Physical perceptions and self-concept in athletes with muscle dysmorphia symptoms. *The Spanish Journal of Psychology*, 17(43), 1-7.
- González-Martí, I., Fernández-Bustos, J.G., Contreras, O.J., & Sokolova, M. (2017). Muscle dysmorphia: Detection of the use-abuse of anabolic androgenic steroids in a Spanish sample. *Adicciones*, epub ahead of print. Retrieved from: adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/853/862, on September 13, 2018. doi: 10.20882/adicciones.853
- Grieve, F. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 15, 63---80.
- Grossbard, J. R., Lee, C. M., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2009). Body image concerns and contingent self-esteem in male and female college students. *Sex Roles*, 60(3-4), 198-207.
- Gunnell, K. E., Crocker, P. R., Mack, D. E., Wilson, P. M., y Zumbo, B. D. (2014). Goal contents, motivation, psychological need satisfaction, well-being and physical activity: A test of selfdetermination theory over 6 months. *Psychology of Sport and Exercise*, 15, 19-29. doi:10.1016/j.psychsport.2013.08.005.
- Haviland, M., Warren, W. & Riggs, M. (2000). An observer scale to measure alexithymia. *Psychosomatics*, 41, 203-212.
- Heb, D. O. (1949). *The organization of behavior: A Neuropsychological Theory*. New York: Wiley.
- Herzog, D., Norman, D., Gordon, C. y Pepose, M. (1984). Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *American Journal of Psychiatry*, 141, 989---990.

- Hildebrandt, T., Schlundt, D., Langenbucher, J., & Chung, T. (2006). Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 127.
- Hinton, G. E. (1992). Redes neuronales que aprenden de la experiencia. *Investigación y Ciencia*, 194, 105 – 112.
- Hollander, E. y Aronowitz, B. R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: Managing the complicated patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl 9), 27-31.
- Hospers, H. y Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 1188---1201.
- Inhelder, B. (1975). Aprendizaje y estructura del conocimiento. Madrid, España: Morata.
- Izawa, Ch. (1999). On human memory: Evolution, progress, and reflections on the 30th anniversary of the Atkinson-Shiffrin model. Mahwah, N.J. Lawrence Erlbaum Associates, Inc [Versión electrónica]. Recuperado el 4 de mayo del 2005, de <http://www.netlibrary.com/>
- James, W. (1890). The principles of psychology. [Versión electrónica], recuperado el 6 de mayo del 2005 de <http://psychclassics.yorku.ca/James/Principles/prin16.htm>.
- Janet, P. (1903). Les obsessions et la psychasténie. Paris: Felix Alcan.
- Jiménez V., S., Cárdenas T., M. & García M., S. (2000a). Evaluación de las preconcepciones de estudiantes de bachillerato sobre química a través de un software. Investigación presentada en el XVI Simposio de la Sociedad

- Mexicana de Computación en Educación del 2000. Recuperado el 14 de abril del 2004 de <http://www.somece.org.mx/memorias/2000/docs/333.DOC>
- Jiménez V., S., Cárdenas T., M. & García M., S. (2000b). La computadora como herramienta cognitiva en la enseñanza de la química en la educación media superior. Investigación presentada en el XVI Simposio de la Sociedad Mexicana de Computación en Educación del 2000. Recuperado el 14 de abril del 2004 de <http://www.somece.org.mx/memorias/2000/docs/543.DOC>
- Jiménez T., A., González-Forteza, C., Mora R., J. & Gómez C., C. (1995). Acercamiento a la representación semántica del concepto "estres" en adolescentes mexicanos. *Revista Salud Mental*, 18(1), 45-49.
- Johnson, H., Lamont, J., Monacelli, J. y Vojick, A. (2004). Sexrole orientation associations with college students' body-image preferences. *Perceptual and Motor Skills*, 99, 995-998.
- Kaminski, P., Chapman, B., Haynes, S. & Own, L. (2005). Body image, eating behaviours, and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eating Behaviour*, 6, 179-187.
- Keenan, J.M. (2001). Semantic Memory. Recuperado el 19 de junio del 2005 de <http://www.du.edu/psychology/methods/experiments/manual/Chapter4.pdf>
- Kouri, E. M., Pope Jr, H. G., Katz, D. L., & Oliva, P. (1995). Fat-free mass index in users and nonusers of anabolic-androgenic steroids.
- Krystal H. Integration and self-healing: Affect, trauma, and alexithymia. Analytic Press; Hillsdale, NJ: 1988.
- Lakkis, J., Ricciardelli, L. y Williams, R. (1999). Role of sexual orientation and gender-related traits in disordered eating. *Sex Roles*, 41, 1---16.

- Leone, J. E., Partridge, J. A., & Maurer-Starks, S. (2011). Psychobehavioral Attributes of Body Image in College Freshmen and Seniors: Implications for Long-Term Health. *Health Educator, 43*(1), 13-20.
- Leone, J. E., Wise, K. A., Mullin, E. M., Harmon, W., Moreno, N., & Drewniansky, J. (2015). The effects of pubertal timing and alexithymia on symptoms of muscle dysmorphia and the drive for muscularity in men. *Psychology of Men & Masculinity, 16*(1), 67.
- Liu, X. & Hinchey, M. (1993). The Validity and Reliability of Concept Mapping as an Alternative Science Assessment. The Proceedings of the Third International Seminar on Misconceptions and Educational Strategies in Science and Mathematics, Ithaca, NY, Misconceptions Trust
- López, C., Vazquez, R., Ruíz, A. & Mancilla, J. (2013). Psychometric properties of the Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS) in Mexican men./Propiedades psicométricas del instrumento Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS) En hombres mexicanos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders, 4*(2), 79-88.
- López C., M. A. (2003). Los mapas conceptuales y su uso en los cursos en línea. Recuperado el 15 de diciembre del 2005 de <http://www.athenea.com.mx/articulos/Los%20Mapas%20Conceptuales%20y%20su%20uso%20en%20los%20cursos%20en.pdf>
- López, M., Castañeda, S., Pineda, L. & Orduña, J., (1992). Nuevas perspectivas para la investigación y el diagnóstico instruccional: Las redes neurales como diagnósticadoras del aprendizaje. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 5*(1), 173-194.

- López R., E. O. (2002). El enfoque cognitivo de la memoria humana. Técnicas de investigación. México: Trillas.
- Lumley, M., Gustavson, B., Partridge, R. & Labouvie-Vie, G. (2005). Assessing alexithymia and related emotional ability constructs using multiple methods: Interrelationships among measures. *Emotion*, 5, 329-342.
- Luria, A. R. (1984). Atención y memoria. 2da Ed. Barcelona, España: Ediciones Martínez-Roca.
- Martínez, J. E. (2014). Construyendo los cuerpos “perfectos” Implicaciones culturales del culto al cuerpo y la alimentación en la vigorexia. *Universitas*, 77-99.
- McGaghie, W. C.; Boerger, R. L.; McCrimmon, D. R. & Ravitch, M. M. (1996). Learning pulmonary physiology: Comparison of students and faculty knowledge structures. *Acad Med Suppl*, 71(1), 13-15.
- McCreary, D. R. & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 297-304.
- Meraz R., P. (1983). Evaluación de un aprendizaje conceptual mediante el modelo de redes semánticas. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, IX (2(18)), 317-347.
- Meraz R., P., Carmona, C. G. & Kano, E. R. (1993). Héroes universales y nacionales bajo la perspectiva de redes semánticas naturales. *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje*, 1(2), 183-199.
- Merikle, P. M. (1980) Selection from visual persistence by perceptual group and category membership. *Journal of Experimental Psychology: General*, 109, 279-295

- Micu, I. P., González C., Varela, M. & Ponce de León. (1998). La construcción semántica del concepto de profesor en docentes de medicina. *Revista de la Educación Superior*, 27(3 (107)), 87-101.
- Micu, I. P., Talayero, J. A., Fouilloux, C. & Díaz-Martínez, A. (2000). Conceptualización semántica de los términos hombre y mujer por estudiantes del primer año de medicina, UNAM. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 43(5).
- Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63, 81-97.
- Minsky, M. (1975). A framework for representing knowledge. En P. Winston (Ed.), *The psychology of computer vision*. New York: McGraw-Hill.
- Minsky, M. (1981). A Framework for Representing Knowledge. En J. Haugeland (Ed.), *Mind Design - Philosophy, Psychology, Artificial Intelligence*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Montaño M., J. (2002). Redes neurales artificiales aplicadas al análisis de datos. Disertación doctoral. Recuperada el 19 de julio de 2005 del sitio Web de la Universitat de Les Illes Balears, Palma de Mallorca, España, de http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UIB/AVAILABLE/TDX-0713104-100204/tjmm1de9.pdf
- Mora, R, J., González-Forteza, C., Vaugier, R., V. & Jiménez, T., A. (1994). Representación semántica del concepto de la familia en México. *La Psicología Social en México*, V, 88-93.
- Moral, J. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(2).

- Moreno C., A. (1999). El significado psicológico de los conceptos relativos a la educación ambiental. *Revista Interamericana de Educación a Adultos*, 27(1, 2, 3), 92-109.
- Murray, S., Rieger, E., Karlov, L. y Touyz, S. (2013). Masculinity and femininity in the divergence of male body image concerns. *Journal of Eating Disorders*, 1, 1---8.
- Mayville, S. B., Williamson, D.A., White, M.A., Netemeyer, R.G. & Drab, D.L. (2002). Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale. *Assessment*, 9, 351-360.
- Naveh-Benjamin, M., McKeachie, W. J., Lin, Y. & Tucker, D. G. (1986). Inferring Students' Cognitive Structures and Their Development Using the Ordered Tree Technique. *Journal of Educational Psychology*, 78(2), 130-140.
- Naveh-Benjamin, M., Lin, Y-G. & McKeachie, W. J. (1995). Inferring students' cognitive structures and their development using the "Fill in the Structure" (FITS) technique. In P.D. Nichols, S. F. Chipman, & R. L. Brennan (Eds.), *Cognitively diagnostic assessment* (pp. 207-304). Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Neisser, U. (1967). *Cognitive Psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts
- Nemiah, J. & Sifneos, P. (1970) Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. *Modern trends in psychosomatic medicine*, 2, 36-34.
- Newell, A. & Simon, H. (1956). The Logic Theory Machine: A Complex Information-Processing System. *IRE Transactions on Information Theory*. (2), 61–79.
- Novak, J. D., Gowin, D. B. & Johansen, D. H. (1983): The Use of the Concept Mapping and Knowledge Vee Mapping with Junior High School Science Students. *Science Education*, 67(5), 625-645.

- Novak, J. D. & Gowin, D. B. (1984). Learning how to learn. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Novak, J. D. & Gowin, D. B. (1988). Aprendiendo a aprender. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Novak, J. D. (1990). Concept maps and Vee diagrams: two metacognitive tools to facilitate meaningful learning. *Instructional Science*, 19, 29-52.
- Novak, J. D. (1998). Conocimiento y aprendizaje: Los mapas conceptuales como herramientas facilitadoras para escuelas y empresas. Madrid: Alianza.
- Olivardia, R., Pope, H., Borowiecki, J. y Cohane, G. (2004). Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of Men and Masculinity*, 5, 112---120.
- Ortiz L., S., Micu, I. P., Díaz-Martínez, A. & Hernández G., R. (1996). Construcción semántica del concepto relación médico-paciente, por alumnos del primer año de la carrera de médico cirujano. *Revista Salud Mental*, 19(2), 36-41.
- Padilla M., V. M. (2004). Innovación en la medición cognitiva del aprendizaje significativo en una plataforma de internet: relación con estilos cognitivos y de aprendizaje. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Tamaulipas, México.
- Perez, T., R. (1998). ¿Existe el método científico? Historia y realidad [Versión electrónica], En Ciencia para todos, Biblioteca digital del Fondo de Cultura Económica. Recuperado el 13 de diciembre de 2005 de <http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/index.html>
- Pettifor, E. (1997) Endel Tulving's Monohierarchical Multimemory Systems Model. Recuperado el 11 de junio de 2005 del sitio Web del Departamento de

Psicología de la Universidad Simon Fraser , de
<http://www.sfu.ca/~wwwpsyb/issues/1997/summer/pettifor.htm>

Phillips, K. A. y McElroy, S. L. (1993). Insight, overvalued ideation and delusional thinking in body dysmorphic disorder: Theoretical and treatment implications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 699-702.

Piaget, J. (1983). La psicología de la Inteligencia. (J. C. Foix, Trad.) México: Grupo Editorial Grijalbo. (Trabajo original publicado en 1967).

Piaget, J. (1926) La representation du monde chez l'enfant. Paris: Alcan. (Traducción al castellano en Espasa-Calpe, Madrid:1933).

Porcelli, P. & Meyer, G. (2002). Construct validity of Rorschach variables of alexithymia. *Psychosomatics*, 43, 360-369.

Posner, D. (2000). Relationship among attachment style, empathy, object representations and alexithymia. *Dissertations abstracts international section B; the sciences and engineering*, 60.

Poletti, M., Frosini, D., Pagni, C., Lucetti, C., Del-Dotto, P., Tognoni, G., Ceravolo, R. & Bonuccelli, U. (2011). The association between motor subtypes and alexithymia in de novo parkinson's disease. *Journal of neurology*, 43, 360-369.

Pozo J. I. (1994). Teorías cognitivas del aprendizaje. Barcelona, España: Morata.

Prado V., R. & Zacatelco r., O. (2002). Bases cognitivas aplicadas a la educación médica. *Revista Mexicana de Pediaría*. 69(2), 76 – 82. Recuperado el 8 de enero 2006 en <http://medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2002/sp022h.pdf>

Puff, C. R. (1979). Memory, organization and structure. New York: Academic Press.

Quillian, M. R. (1968). Semantic Memory. En M. Minsky (Ed), *Semantic Information*

- Processing*. Cambridge, Massachusetts: (MIT. Press), 216 -270.
- Quillian, M. R. (1969). The teachable language comprehended: A simulation program and theory of language. *Communications of the ACM*, (12), 459-476.
- Raich, Rosa María. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 1, 15-27.
- Richardson, K. (1991). Para comprender la psicología. España: Alianza.
- Ruiz, J. C., Algarabel, S., Dasí C. y Pitarque, A. (1998). El papel de los diagrama en la organización del conocimiento: Evidencia desde el pathfinder y el escalamiento multidimensional. [Versión electrónica], *Psicología*. 19, 367 – 386. Recuperado el 5 diciembre de 2005 de <http://www.uv.es/psicologica/articulos3.98/ruiz.pdf>
- Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166.
- Ruiz_Prime, M. A., Schutz, S. A. & Shavelson, R. J. (1996). Concept map-based assessment in science; An exploratory study. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association. New York, N. Y.
- Ruiz Vargas, J. M. (1994). La memoria humana. Función y Estructura. Madrid: Alianza.
- Rumelhart, D. E. (1980). Schema: The building blocks of cognition. En R. J. Sapiro, B. C., Bruce & W. F. Brewer. (Ed.) Theoretical issues in reading comprehension. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Rumelhart, D. E., McClelland, J. L. and the PDP research group. (1986). Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition (Vol.1). Foundations. Cambridge, MA: MIT Press.

- Rumelhart, D. E. & McClelland, J. L. (1986). *Parallel distributed processing: Exploration in the microstructure of cognition*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Rumelhart, D. E. & Ortony, A. (1977). The representation of knowledge in memory. En R.C. Anderson, R. J. Spiro & W. E. Montague (Eds.), *Schooling and the acquisition of knowledge* (pp. 99-135). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schank, R. C. & Abelson, R. (1977). *Scripts, plans, goals and understanding: An enquiry into human knowledge structures*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schau, C. & Mattern, N. (1997). Use of map techniques in teaching statistics courses. *The American Statistician*, 51(2), 171-175.
- Schvaneveldt, R. W. (1990). *Pathfinder associative networks: Studies in knowledge organization*. Norwood, NJ: Ablex.
- Schvaneveldt, R. W., Durso, F. T. & Dearholt, D. W. (1989). Network structure in proximity data. En G. H. Bower (Ed.) *The psychology of learning and motivation*. Vol. 24, 249-284. New York: Academic.
- Shavelson R. J. (1972). Some aspects of the correspondence between content structure and cognitive structure in physics instruction. *Journal of Educational Psychology* (63), 225 – 234.
- Shavelson R. J. & Ruiz-Primo A. (2000). *Windows into the Mind*. Recuperado el 05 de diciembre de 2005 de http://www.stanford.edu/dept/SUSE/SEAL/Reports_Papers/Windows%20into%20the%20Mind_8_4_03_Final.doc
- Shiffrin, R.M. (1999). 30 Years of Memory. En Izawa, Ch. *On human memory: evolution, progress, and reflections on the 30th anniversary of the Atkinson-*

- Shiffrin Model. Mahwah, N.J. Lawrence Erlbaum Associates, Inc (Versión electrónica). Recuperado el 4 de mayo del 2005 de <http://www.netlibrary.com/>
- Shuell, T. J. (1985). Knowledge representation, cognitive structure and school learning: a historical perspective. En L.H.T. West y A.L. Pines (Eds.), *Cognitive structure and conceptual change* (117–132). Orlando, FL: Academic Press.
- Sifneos, P. (1972). *Psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sperling, G. (1960). The information available in brief visual presentations. *Psychological Monographs: General and applied*, 74, 1-29.
- Solso, R. (1998). *Cognitive Psychology*. USA: Allyn and Bacon.
- Strong, S., Williamson, D., Netemeyer, R. y Greer, J. (2001). Eating disorder symptoms and concerns about body differ as a function of gender and sexual orientation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 240---255.
- Tapia V., A. & Reyes L., I. (2001). Semántica de "secta". Su significación religiosa. *Revista del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología*, 6(1), 49-62.
- Taylor, G. (2000) Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian journal of psychiatry*, 45, 134-142.
- Téllez L., A. (2003). La memoria humana: revisión de los hallazgos recientes y propuesta de un modelo neuropsicológico. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León. Nuevo León, México.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New

York: Pergamon Press.

- Tversky, A. y Gati, I. (1978). Studies on similarity. En E. Rosch y B. Lloyd (Eds.), *Cognition and categorization* (259–303). Hillsdale, NJ: LEA.
- Tulving, E. (1985). How many memory systems are there? *American Psychologist*, 40, 385-398.
- Tylka, T. L., Bergeron, D., & Schwartz, J. P. (2005). *Development and psychometric evaluation of the Male Body Attitudes Scale (MBAS)*. *Body Image*, 2(2), 161–175. doi:10.1016/j.bodyim.2005.03.001
- Valdez M, J. L. (1998). Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social. (2ª. ed.). México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valdez M., J. L., Van Barneveld., H. O. & Posadas M., M. A. (1998) Significado psicológico de violencia, gobierno, democracia y EZLN, en diferentes niveles de escolaridad. *Revista Mexicana de Psicología*. 15 (1), 11-17.
- Varela R., M., Micu, I. P., González C., E. & Ponce de León, M. E. (2000). Análisis semántico del concepto de enseñanza de profesores de medicina. *Revista de la Educación Superior*, 29(4 (116)), 9-18.
- Walker, C., Anderson, D. y Hildebrandt, T. (2009). Body checking behaviors in men. *Body Image*, 6, 164---170.
- Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Henricjsen, H. y Lawson, R. (2007). *Cognitive Behavioural Therapy for Eating Disorders*. New York: Cambridge Press.
- Waugh, N. y Norman, D. (1965). Primary memory. *Psychological Review*, 79, 89-104.

- Winn, W., Snyder, D, (1996). Cognitive Perspectives in Psychology. En D. H.Jonassen (Ed.). Handbook of research for educational communication and technology. (112 – 142). New York: Macmillan.
- Yelland, C. y Tiggemann, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: Body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviour*, 4, 107---116.
- Yuehua, Z. (1997). Validity and reliability of selected Knowledge structure assessment methods. Disertación doctoral no publicada, University of Pittsburg, EE. UU.
- Zeilik, M., Schau, C. & Mattern, N. (1999). Conceptual astronomy II: Replicating conceptual gains, probing attitude changes across three semesters. *The American Journal of Physics*, 67(10), 923-927.

ANEXOS

Encuesta sociodemográfica

Edad:

Estado civil:

Lugar de nacimiento:

Facultad:

Carrera:

Peso:

Talla:

Razón de asistir al gym

¿Cuánto llevas asistiendo al gym?

¿Llevas un plan alimenticio?

Horas de sueño

Comidas al día

¿Horas de ejercicio?

¿Fumas?

¿Bebes alcohol?

¿Usas suplementos?

¿Cuáles?

¿Has usado esteroides? ¿Cuáles?

Anexo

Adaptado a población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición, UNAM-FES Iztacala

(Camilo López Cuautle, Rosalia Vázquez Arévalo, Ana Olivia Ruiz Martínez, Juan Manuel Mancilla Díaz, 2013)

INSTRUCCIONES

- 1.- Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
- 2.- Contesta de manera individual.
- 3.- Al contestar cada pregunta, hazlo lo más verídicamente posible.
- 4.- No hay respuestas "buenas" ni "malas".
- 5.- Especifica tu respuesta anotando una X en el círculo que corresponda a la opción que más se adecue a lo que piensas o haces.
- 6.- Recuerda que la información que proporcionas será confidencial.

Nombre: _____

Edad: _____

Procedencia: _____

Fecha: _____

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

Anexo

Apéndice – Escala de alexitimia de Toronto de 20 reactivos

Lea atentamente cada uno de las siguientes 20 afirmaciones acerca de su modo de ser habitual. Señale con un círculo el grado en que está de acuerdo o no con las mismas. Conteste lo más sinceramente posible.

Desacuerdo			Acuerdo		
-3	-2	-1	+1	+2	+3
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas sin preguntarme por qué suceden de ese modo			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
9. Tengo sentimientos que casi no puede identificar			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
10. Estar en contacto con las emociones es esencial			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
13. No sé qué pasa dentro de mí			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que profundos dramas psicológicos			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales			-3 -2 -1 +1 +2 +3		
20. Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos disminuye el placer de disfrutarlos			-3 -2 -1 +1 +2 +3		