



Universidad Internacional de La Rioja  
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

## Motivación, autoestima y práctica de ejercicio físico: un análisis predictivo de los trastornos de la conducta alimentaria

Trabajo fin de estudio presentado por:	Alicia Cartujo Redondo
Tipo de trabajo:	Proyecto de investigación
Línea de investigación:	Línea de investigación 6. Evaluación y psicodiagnóstico en psicología general sanitaria.
Formato de trabajo:	Individual
Director/a:	Amaia Ramírez Muñoz
Fecha:	14/01/2026

## Resumen

La práctica de ejercicio físico se asocia con múltiples beneficios; sin embargo, en determinados contextos y en función de las motivaciones subyacentes, puede conllevar riesgos como el desarrollo de conductas subclínicas de trastornos de alimentación (TCA). El objetivo fue analizar la relación entre las motivaciones para la práctica de ejercicio físico, la autoestima y la presencia de síntomas subclínicos de TCA en personas que entrenaban en gimnasios. La muestra estuvo formada por 65 participantes con una edad media de 30.92 años (DT=5.088). Se administró un cuestionario online con datos sociodemográficos y diversos instrumentos validados. Los resultados mostraron relaciones significativas entre las motivaciones por apariencia ( $p<0.01$ ) y disfrute ( $p<0.05$ ) y los síntomas subclínicos de TCA, así como un efecto moderador de la autoestima entre determinadas motivaciones y el riesgo de presentar conductas alimentarias desordenadas. Es importante considerar los motivos y la función que cumple la práctica de ejercicio físico en contextos como el gimnasio.

**Palabras clave:** Conductas alimentarias desordenadas, motivación, ejercicio físico, autoestima, gimnasio.

## Abstract

Physical exercise is associated with multiple benefits; however, in certain contexts and depending on underlying motivations, it can carry risks such as the development of subclinical eating disorder (ED) behaviors. The objective was to analyze the relationship between motivations for physical exercise, self-esteem, and the presence of subclinical ED symptoms in people who trained at gyms. The sample consisted of 65 participants with a mean age of 30.92 years (SD=5.088). An online questionnaire with sociodemographic data and various validated instruments was administered. The results showed significant relationships between motivations related to appearance ( $p<0.01$ ) and enjoyment ( $p<0.05$ ) and subclinical symptoms of EDs, as well as a moderating effect of self-esteem between certain motivations and the risk of disordered eating behaviors. It is important to consider the reasons for and function of physical exercise in contexts such as the gym.

**Keywords:** Disordered eating behaviors, motivation, exercise, self-esteem, gym.

## Índice de contenidos

### Contenido

1. Marco teórico.....	8
1.1. Trastornos de la conducta alimentaria.....	8
1.1.1. Criterios diagnósticos y síntomas subclínicos .....	9
1.1.2. Prevalencia, etiología y factores de riesgo.....	12
1.2. Práctica de ejercicio físico y TCA.....	13
1.2.1. Conceptualización de ejercicio físico.....	13
1.2.2. Relación entre la práctica excesiva de ejercicio físico y el riesgo de desarrollar un TCA ...	14
1.2.3. Motivaciones para la práctica de ejercicio físico.....	17
1.3. Autoestima y TCA.....	19
1.3.1. Conceptualización de autoestima .....	19
1.3.2. Relación entre autoestima y riesgo de desarrollar un TCA.....	20
1.3.3. Autoestima, práctica de ejercicio y motivación para su práctica.....	22
2. Justificación .....	23
3. Objetivos .....	25
3.1. Objetivo principal.....	25
3.2. Objetivos secundarios.....	25
4. Hipótesis.....	26
5. Marco metodológico .....	27
5.1. Diseño .....	27
5.2. Participantes .....	27
5.3. Instrumentos.....	28
5.3.1. Escala de Medida de Motivos para Actividades Físicas-Revisado (MPAM-R)....	28

5.3.2.	Cuestionario de actitudes alimentarias-26 (EAT-26).....	29
5.3.3.	Escala de Autoestima de Rosenberg .....	30
5.3.4.	Cuestionario <i>ad hoc</i> .....	31
5.4.	Procedimiento.....	32
5.5.	Análisis de datos .....	33
6.	Resultados .....	34
6.1.	Análisis descriptivo .....	34
6.1.1.	Hábitos de práctica de ejercicio físico .....	35
6.1.2.	Hábitos alimentarios.....	37
6.1.3.	Niveles de motivación para la práctica de ejercicio físico, conductas alimentarias desordenadas y autoestima .....	38
6.2.	Análisis de correlaciones.....	39
6.2.1.	Relación entre la motivación y el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA... ..	39
6.2.2.	Relación entre la autoestima y el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA ..	40
6.2.3.	Relación entre la motivación y la autoestima .....	41
6.3.	Análisis del papel moderador de la autoestima .....	42
7.	Discusión .....	44
7.1.	Limitaciones .....	50
7.2.	Prospectiva.....	51
	Referencias bibliográficas.....	53
Anexo A.	Cuestionario <i>ad hoc</i> .....	62
Anexo B.	Compromiso de confidencialidad .....	65
Anexo C.	Validación favorable por el Comité Ético .....	66
Anexo D.	Consentimiento informado .....	67

## Índice de figuras

Figura 1. Distribución de la muestra.....	34
Figura 2. Frecuencia de la práctica de ejercicio físico .....	35
Figura 3. Duración de la práctica de ejercicio físico (horas al día) .....	36
Figura 4. Momento habitual del día en que practica ejercicio físico .....	36
Figura 5. Importancia de la práctica de ejercicio físico .....	37

## Índice de tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa .....	10
Tabla 2. Criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa .....	10
Tabla 3. Criterios diagnósticos para el Trastorno por Atracón .....	11
Tabla 4. Estadísticos descriptivos .....	39
Tabla 5. Relación entre las diferentes motivaciones y el desarrollo de conductas alimentarias desordenadas .....	40
Tabla 6. Relación entre la autoestima y el desarrollo de conductas alimentarias desordenadas .....	40
Tabla 7. Relación entre la autoestima y las diferentes motivaciones.....	41
Tabla 8. Nivel moderador de la autoestima en la muestra total entre las diferentes motivaciones y el riesgo de desarrollar síntomas subclínicos de TCA .....	42
Tabla 9. Nivel moderador de la autoestima en función del género entre las diferentes motivaciones y el riesgo de síntomas subclínicos de TCA.....	43

## 1. Marco teórico

### 1.1. Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) engloban una serie de creencias y pensamientos relacionados con una preocupación excesiva por la comida, el peso y la apariencia física que se acompañan de conductas alimentarias desordenadas, las cuales incluyen restricciones en la ingesta, atracones, práctica excesiva de ejercicio físico, provocación de vómitos y usos de laxantes (Bould et al., 2017; Rabarbari et al., 2025). En muchas ocasiones, estas conductas se utilizan como un intento desadaptativo de perder peso o mantener un peso inferior al normal (Beals, 2000). Además, las personas con un TCA es común que tengan asociadas otro tipo de patologías como son depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso de sustancias (Joy et al., 2016).

Tras las restricciones y circunstancias vividas durante la pandemia por la COVID -19, se ha observado un aumento en la prevalencia de TCA en jóvenes y adultos de países desarrollados (Benítez et al., 2024). Los cambios en las actitudes y conductas alimentarias y en la práctica de ejercicio físico, así como los mensajes nocivos difundidos a través de redes sociales sobre los peligros de comer en exceso, de aumentar de peso y de los comportamientos sedentarios, incrementaron las preocupaciones respecto al peso y la imagen corporal (Monthuy-Blanc et al., 2023). El estudio realizado por Kawai et al. (2023) señala que las restricciones impuestas en la pandemia han aumentado el riesgo de desarrollar o empeorar los TCA afectando, no solo a las personas con un diagnóstico de TCA, sino también a personas con sintomatología psicológica y conductual con preocupaciones alimentarias subclínicas que no buscaron ayuda profesional. Estas conductas constituyen un precursor para el desarrollo de un TCA clínico y bien establecido (Martínez-Suárez et al., 2022).

En este sentido, los datos de prevalencia en los TCA varían mucho dependiendo del contexto, el país y la muestra utilizada, mostrando estas cifras una variación entre el 10% y el 45% (Pacanowski et al., 2024). En un estudio realizado por Pacanowski et al. (2024), en el cual analizaron las diferencias antes y después del COVID-19 utilizando herramientas para detectar riesgo, encontraron diferencias significativas en esta prevalencia. Si antes del COVID-19 las cifras ya eran elevadas con datos entre el 22.82% y el 31.46%, estas aumentaron posteriormente a cifras entre 38.01% y 48.79%. En España, estas cifras post COVID-19 no están actualizadas, ya que muchos artículos corresponde a publicaciones antiguas, siendo necesario desarrollar estudios de prevalencia en España (Benítez et al., 2024). A pesar de este aumento en la prevalencia y de la alta mortalidad y morbilidad que suponen estos trastornos, muchas personas no buscan ayuda profesional debido al estigma social que existe en relación al tratamiento de los pacientes con TCA (Bould et al., 2017; Kawai et al., 2023).

#### 1.1.1. Criterios diagnósticos y síntomas subclínicos

El diagnóstico clínico de los TCA se realiza a través de criterios definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2022). La última versión es el DSM-5-TR (2022), donde se describen los criterios para Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos por atracón (TA), los cuales tienen en común el miedo a engordar y la insatisfacción corporal. Para ver los criterios definidos de manera más exhaustiva véanse las Tablas 1, 2 y 3.

De manera esquemática podemos anticipar que en la AN la ingesta alimentaria está restringida, el peso es inferior al mínimo esperado y existe una alteración en la percepción del peso y de la figura corporal. En el caso de la BN se producen atracones y conductas compensatorias inapropiadas para evitar aumentar de peso como vómitos o ejercicio excesivo, mientras que en el TA se producen atracones pero sin realizar posteriormente conductas compensatorias (Bould et al., 2017). Además de los TCA bien establecidos, en el DSM-5-TR (APA, 2022) también se incluyen otras dos categorías: el trastorno alimentario o de la conducta alimentaria especificado (OTAE) y el trastorno alimentario no especificado (TANE), las cuales describen a personas que no cumplen criterios diagnósticos de las categorías descritas previamente.

**Tabla 1**

*Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa*

<p>A. Restricción de la ingesta de energía con relación a los requisitos, lo que conduce a un peso corporal significativamente bajo en el contexto de la edad, el sexo, la trayectoria del desarrollo y la salud física.</p> <p>B. Miedo intenso a aumentar de peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso, aunque sea con un peso significativamente bajo.</p> <p>C. Perturbación en la forma en que se experimenta el peso o la forma del cuerpo, influencia indebida del peso o la forma del cuerpo en la autoevaluación, o la falsa de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.</p> <p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tipo restrictivo: la pérdida de peso se logra principalmente mediante dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo.</li><li>- Tipo atracones/purgas: episodios recurrentes de atracones y purgas (vómitos autoinducidos o uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas).</li></ul>
---

Fuente: Adaptación del DSM-5-TR (APA, 2022)

**Tabla 2**

*Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa*

<p>A. Episodios recurrentes de atracones, el cual se caracteriza por:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Comer, en un periodo determinado (p. ej., 2 horas), una cantidad mayor que la mayoría de personas comerían en un período de tiempo determinado similar.</li><li>2. Sensación de falta de control sobre la comida durante el episodio (p. ej., sensación de no poder dejar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).</li></ol> <p>B. Conductas inapropiadas recurrentes para evitar el aumento de peso, como vómitos autoinducidos; mal uso de laxantes, diuréticos; ayuno; o ejercicio excesivo.</p> <p>C. Atracones y conductas compensatorias que ocurren al menos una vez a la semana durante 3 meses.</p> <p>D. Autoevaluación indebidamente influida por la forma del cuerpo y el peso.</p>
---

Fuente: Adaptación del DSM-5-TR (APA, 2022)

**Tabla 3**

*Criterios diagnósticos de Trastorno por atracón*

<p>A. Episodios recurrentes de atracón, el cual se caracteriza por:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Comer, en un periodo discreto (p. ej., 2 horas), una cantidad mayor que la mayoría de personas comerían en un período de tiempo determinado similar.</li><li>2. Sensación de falta de control sobre la comida durante el episodio (p. ej., sensación de no poder dejar de comer o contralar qué o cuánto está comiendo.)</li></ol> <p>B. Los episodios de atracones están asociados con tres o más de lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Comer más rápido de lo normal.</li><li>2. Comer hasta sentirse incómodamente lleno.</li><li>3. Comer grandes cantidades de comida cuando no se siente físicamente hambriento.</li><li>4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.</li><li>5. Sentirse disgustado con uno mismo, deprimido o muy culpable después.</li></ol> <p>C. Existe una marcada angustia relacionada con los atracones.</p> <p>D. Los atracones ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.</p> <p>E. Los atracones no están asociados con el uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas como en la bulimia nerviosa.</p>
---

Fuente: Adaptación del DSM-5-TR (APA, 2022)

El tema que nos ocupa en esta investigación está relacionado con los síntomas subclínicos de TCA, es decir, personas que presentan conductas alimentarias desordenadas pero que no cumplen los criterios diagnósticos para un TCA clínico. Son conductas de riesgo que, al igual que ocurre en los TCA clínicos, generan angustia y deterioro del funcionamiento de las diferentes áreas vitales y pueden actuar como precursoras del desarrollo de un TCA completo (Rabarbari et al., 2025). Teniendo en cuenta este hecho, se plantea un enfoque holístico y dimensional donde se conceptualizan los TCA como un continuo de gravedad, estando en un extremo un TCA clínico diagnosticado siguiendo criterios del DSM-5-TR y, en el otro extremo, un estado de alimentación funcional y asintomática. Entre ambos se encontrarían las actitudes y comportamientos subclínicos como la alimentación restrictiva, los atracones o la práctica de ejercicio excesiva (Monthuy-Blanc et al., 2023).

### 1.1.2. Prevalencia, etiología y factores de riesgo

Los TCA tienen múltiples consecuencias sobre la salud, pudiendo afectar a casi todos los sistemas del cuerpo (Joy et al., 2016). La AN tiene un alto riesgo de muerte prematura debido a complicaciones médicas o suicidio, siendo su tasa de mortalidad superior a otros trastornos mentales (OMS, 2025), con un 20.8% de intentos de suicidio (Arija-Val et al., 2022).

Respecto a su prevalencia en España, una revisión realizada por Benítez et al. (2024), destaca la necesidad de realizar estudios en población española teniendo en cuenta la última versión del DSM-5 para poder actualizar los datos de prevalencias. Aun así, los estudios muestran una prevalencia entre 1.3% y el 4.2% (Pérez-Martín, 2023). En cuanto al género, las mujeres son diagnosticadas con un TCA con mayor frecuencia que los hombres, aunque las investigaciones recientes señalan que estos últimos también se ven afectados por los TCA y por la insatisfacción corporal (Abdoli et al., 2025).

La mayoría de estudios se han centrado en mujeres adolescentes y jóvenes por ser el principal grupo de riesgo (Arija-Val et al., 2022; Benítez et al., 2024). En esta población el riesgo de TCA varía desde un 9.2% hasta un 27.4% según la revisión realizada por Arija-Val et al. (2022), obteniendo datos similares Pérez-Martín (2023) entre 4% y 24%.

La etiología de los TCA es multifactorial, interviniendo factores de riesgo biológicos, psicológicos, ambientales y socioculturales (Canals y Arija-Val, 2022). Un factor de riesgo muy estudiado y considerado un predictor significativo de un TCA es la insatisfacción corporal (Ruiz-Bravo et al., 2025; Canals y Arija-Val, 2022). En el caso de las mujeres, la presión social y la internalización del ideal de delgadez promueve la insatisfacción corporal, lo cual favorece la realización de conductas de control de peso desadaptativas y no saludables aumentando así el riesgo de desarrollar un TCA (Stice et al., 2017; Canals y Arija-Val, 2022). Estas conductas alimentarias restrictivas (p.ej. pasar hambre o saltarse comidas, pero también conductas más extremas como provocación de vómitos, abuso de laxantes y/o diuréticos, dietas muy restrictivas y ayunos) actúan como un mecanismo de afrontamiento de esa insatisfacción (Jaruga-Sękowska et al., 2025). Si en las mujeres ese estándar es la delgadez, en los hombres ese ideal es la musculación, relacionado también con un incremento de TCA (Abdoli et al., 2025; San Mauro et al., 2014).

Otros factores de riesgo serían el perfeccionismo, el alto grado de autocontrol y autoexigencia, la baja autoestima, la baja tolerancia a la frustración, el afecto negativo, las críticas sobre la apariencia por parte de los compañeros y/o progenitores, acontecimientos vitales potencialmente estresantes o haber sido víctima de abuso sexual en la infancia (Canals y Arija-Val, 2022; Raich, 2011). Por ello, comprender los factores que aumentan la vulnerabilidad puede ayudar y orientar en la prevención e intervención de los TCA.

## 1.2. Práctica de ejercicio físico y TCA

### 1.2.1. Conceptualización de ejercicio físico

La OMS define la actividad física como todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que implica un gasto energético, como caminar, montar en bicicleta o practicar deporte. Por su parte, el ejercicio físico lo define como un tipo de actividad física planificada, estructurada y repetitiva que tiene como finalidad mejorar o mantener el rendimiento, la condición física y/o la salud (OMS, 2020).

La práctica de actividad física es beneficiosa para la salud física, mental y cognitiva, así como para la reducción de la mortalidad por todas las causas, las incidencias de la hipertensión, el cáncer en lugares específicos y la diabetes tipo 2 (OMS, 2021). La recomendación para adultos entre 18 y 65 años es realizar actividad física con regularidad, incluyendo actividad física aeróbica moderada (entre 150 y 300 minutos a la semana) y actividades de fortalecimiento muscular moderadas (2 o más días por semana) de manera gradual en duración, frecuencia e intensidad en función de las necesidades de cada persona (OMS, 2021).

Al mismo tiempo, hay estudios que muestran que la práctica de ejercicio puede ser un factor protector, ya que mejora la percepción de la imagen corporal, las relaciones sociales y genera sensación de bienestar (Toledo-Hinarejos et al., 2023), además de fomentar la autoestima, la confianza en uno mismo y el desarrollo de habilidades (Liu y Cao, 2022). Sin embargo, en algunos contextos puede suponer una situación de riesgo para la salud, como ocurre en el desarrollo de un TCA (Canals y Arija-Val, 2022; Toledo-Hinarejos et al., 2023).

### 1.2.2. Relación entre la práctica excesiva de ejercicio físico y el riesgo de desarrollar un TCA

La práctica excesiva de ejercicio físico es una conducta común en los TCA que puede estar implicada en su etiología, desarrollo y mantenimiento (Sauchelli et al., 2016), además de ser considerada una conducta compensatoria (Castellar et al., 2024). Este comportamiento afecta hasta un 80% de personas con un TCA (Cano y Fernández, 2017). Destacar que en la literatura existen discrepancias para evaluar la práctica de ejercicio en los TCA debido, en parte, a diferentes formas de definir esta práctica: “ejercicio excesivo”, “ejercicio compulsivo” o “dependencia al ejercicio” (Martínez-Sánchez y Munguia-Izquierdo, 2017; Sauchelli et al., 2016). En este estudio se utilizará la “práctica excesiva de ejercicio”.

Como anteriormente se ha mencionado, el miedo a engordar y la preocupación excesiva por el peso y la apariencia física son características comunes a los TCA clínicos, siendo habitual que personas con un diagnóstico de AN utilicen el ejercicio físico como método de control del peso. Aunque no se encuentra recogido en ningún manual diagnóstico, se ha planteado el término “anorexia por actividad” o “anorexia atlética” para hacer referencia a comportamientos alimentarios subclínicos presentes en deportistas que utilizan la práctica excesiva de ejercicio como método para perder peso, así como otros mecanismos compensatorios como la manipulación de la comida y/o el uso de vómitos, ayunos, diuréticos y laxantes (Castro-Pérez et al., 2015; Martínez-Sanz et al., 2012; Márquez, 2008). Además, estas personas con síntomas subclínicos de TCA también presentan características como baja autoestima, distorsión de la imagen corporal, perfeccionismo y culpabilidad (Castro-Pérez et al., 2015; Martínez-Sanz et al., 2012; Márquez, 2008). Tanto la práctica excesiva de ejercicio como los comportamientos derivados de un TCA son formas de expresar preocupación por el peso corporal, siendo el ejercicio físico una alternativa más aceptable para el control del peso (Reche y Gómez, 2014).

Esta práctica de ejercicio es un comportamiento socialmente aceptado y reforzado como forma de mantener un cuerpo sano. Sin embargo, esto puede enmascarar ciertos comportamientos de riesgo como puede ser realizar rutinas de ejercicio bajo horarios y reglas rígidas e inflexibles, como encontraron Sauchelli et al. (2016). Estos autores compararon grupos de personas sin diagnóstico de TCA y con diagnóstico de TCA, encontrando que ambos grupos realizan ejercicio siguiendo rutinas rígidas. Esta práctica de ejercicio también puede ser utilizada como una manera de controlar el peso o compensar la

ingesta de alimentos, como mecanismo de evitación de emociones de culpabilidad o angustia generados por no realizarlo o como medio para mejorar el estado de ánimo a pesar de no disfrutar su práctica como muestra el estudio realizado por White et al. (2023).

El ámbito deportivo es un contexto propicio para el desarrollo de conductas de control del peso, siendo las más comunes las conductas restrictivas y la práctica excesiva de ejercicio. Estas pueden verse reforzadas al ser consideradas útiles para el rendimiento deportivo pero también por muchos entrenadores, dificultando esto su detección temprana (Thompson et al., 2017). Estas conductas representan síntomas de un TCA clínico pero, al no cumplir criterios diagnósticos del DSM-5-TR y presentarse con menor intensidad y frecuencia, no puede realizarse un diagnóstico formal (Peschel et al., 2024). La manifestación de estas conductas subclínicas en el ámbito deportivo (conductas restrictivas y la práctica excesiva de ejercicio), al igual que ocurre en las personas con un TCA clínico, perjudican la salud física y mental de las personas (Ruiz-Bravo et al., 2025; Liu y Cao, 2022).

Teniendo en cuenta el contexto específico de la práctica de ejercicio, existe un mayor riesgo de desarrollar un TCA en deportistas de ambos sexos y de todos los grupos de edad, en comparación con poblaciones no deportistas (Marí-Sanchis et al., 2022; Joy et al., 2016). Este riesgo también es superior en determinadas disciplinas donde existe una presión por perder o mantener el peso (Marí-Sanchis et al., 2022; Toledo-Hinarejos et al., 2023):

- Deportes donde el bajo peso y la estética suponen una ventaja competitiva.
- Deportes donde el bajo peso mejora el rendimiento deportivo.
- Deportes de resistencia.
- Deportes en los que los sujetos se clasifican en categorías de peso.

En un metaanálisis realizado por Chapa et al. (2022) se concluyó que la participación en deportes estéticos o donde el bajo peso y la delgadez proporcionan una ventaja competitiva se asociaron con una mayor psicopatología general de los TCA, así como con un mayor impulso hacia la delgadez, la restricción y la pérdida de control sobre la alimentación en comparación con deportes no estéticos y población no deportista. Esto también puede producir un sobreentrenamiento físico (p. ej. entrenar durante mucho tiempo y con mayor

frecuencia e intensidad), además de conductas alimentarias desadaptativas para producir cambios en el peso y la apariencia.

Los TCA se han estudiado principalmente en deportistas femeninas que practican deportes estéticos, de categorías de peso, de resistencia, de élite y en gimnasios (Díaz-Ceballos et al., 2024). En las investigaciones se incluye cada vez con más frecuencia la prevalencia de TCA en población de deportistas masculinos (Villamediana y Baile, 2021), ya que comienzan a ser un problema también significativo en esta población. A pesar de esto, siguen teniendo una menor prevalencia que en deportistas femeninas y que en población no deportista (Joy et al., 2016). Los datos sobre la prevalencia de TCA en población deportista son ambiguos dado que, en muchas ocasiones, los propios deportistas tratan de ocultar esos comportamientos desadaptativos, infravalorándose así la magnitud real de estos trastornos. A nivel mundial, la prevalencia varía entre 0.1% a 19% en deportistas masculinos y entre 6% a 45% en atletas femeninas, mientras que en España se estiman cifras en torno al 4.2% y al 39.2% (Marí-Sanchis et al., 2022). En una revisión realizada por Joy et al. (2016) se concluyó que entre el 18-20% de los deportistas cumplían con criterios diagnósticos para un TCA.

Otros deportes considerados de riesgo son los practicados en gimnasios, donde la preocupación por la alimentación y por mantener un cuerpo musculado y atlético es elevada (Castro-Pérez et al., 2015; Martínez-Sanz et al., 2012). Esto hace que las personas que acuden a gimnasios o se inician en él realicen modificaciones en sus hábitos alimentarios y de práctica de ejercicio, como encontraron San Mauro et al. (2014) en su investigación. Diferentes estudios han mostrado un alto porcentaje de personas con síntomas subclínicos de dependencia al ejercicio en personas que acudían a gimnasios (Bravo-Vela y García-Ramos, 2024; Cook et al., 2014 Trott et al., 2020). Al-Jumayan et al. (2021) hallaron una prevalencia del 36.6% en síntomas subclínicos de TCA, además de una mayor frecuencia de este tipo de conductas desordenadas en aquellas personas que pasaban más tiempo en el gimnasio, siendo un factor de riesgo en estos contextos el tiempo invertido en el gimnasio.

La práctica de ejercicio físico con fines estéticos para alcanzar los ideales de belleza socialmente aceptados ha aumentado en los últimos años, haciendo que se hayan popularizado los gimnasios o centro deportivos (San Mauro et al., 2014). Estos contextos influyen en el desarrollo de conductas de control del peso con el objetivo de perder grasa y ganar musculatura en los hombres y para perder peso, grasa y flacidez en las mujeres

(Doğan, 2015; San Mauro et al., 2014). Por ejemplo, un estudio realizado por Moreno et al. (2012) concluye que, teniendo en cuenta el tipo de práctica, las personas que practican musculación están más preocupadas por su imagen y por el reconocimiento social que aquellos que practican otros tipos de ejercicio. También hay estudios que ponen de manifiesto que la práctica de ejercicio físico en gimnasios tiene un efecto positivo sobre otras áreas de su vida y les genera sensación de control sobre ella (Doğan, 2015).

### 1.2.3. Motivaciones para la práctica de ejercicio físico

El aumento de la práctica de ejercicio físico promovido por el culto al cuerpo y la salud ha hecho que resulte importante analizar los aspectos que influyen en el inicio y el mantenimiento de este comportamiento (Moreno et al., 2012). En la Encuesta de Hábitos Deportivos de España 2022 realizada por el Consejo Superior de Deportes (CSD), el principal motivo para realizar deporte es estar en forma, el segundo motivo la diversión y el tercero la salud. Un estudio realizado recientemente por Rozmiarek et al. (2024) muestra que las principales motivaciones para la actividad física incluían la prevención de enfermedades, el mantenimiento de la salud, la fuerza/resistencia y la apariencia física. La mejora de la apariencia física y/o la pérdida de peso como factores motivacionales para hacer ejercicio han sido encontradas en diferentes estudios (Arias et al., 2024; Reche y Gómez, 2014; Trott et al., 2020).

La motivación tiene un papel determinante en el compromiso y la adherencia al deporte, permitiéndonos comprender por qué las personas eligen determinadas formas de comportarse (Celis-Merchán, 2006), en este caso en relación a la práctica de ejercicio físico. Además, actúa como un mecanismo psicológico que ofrece dirección, intensidad y persistencia a la conducta (Sánchez y León, 2012).

En el ámbito deportivo, uno de los enfoques más destacados para analizar la motivación es la teoría de la autodeterminación (SDT) de Ryan y Deci (2000), la cual resalta la importancia de los recursos disponibles que tienen los seres humanos para su desarrollo y para la autorregulación de la conducta. Esta teoría considera la motivación como un continuo con diferentes niveles de autodeterminación: desmotivación, motivación extrínseca y motivación intrínseca (González-Cutre et al., 2010; Moreno et al., 2012; Sánchez y León, 2012):

- La **motivación intrínseca** está dirigida al placer, la diversión, el disfrute y la satisfacción que se obtiene de la práctica en sí misma, siendo considerada la motivación más autodeterminada.
- En el extremo opuesto se encuentra la **desmotivación**, en la cual no hay intención de comprometerse con un comportamiento.
- La **motivación extrínseca** se situaría entre ambas y las personas que se guían por ella ven la práctica de ejercicio como un medio para conseguir algo.

Esta última se compone de varios estilos regulatorios que varían en función del grado en que las personas integran e interiorizan en sus repertorios conductuales los diferentes comportamientos que realizan. Estos comportamientos están condicionados por el contexto social en el que se desenvuelve el sujeto (Celis-Merchán, 2006; Ntoumanis et al., 2021). Se establecen cuatro tipos de integración o internalización (González-Cutre et al., 2010; Moreno et al., 2012; Ntoumanis et al., 2021):

- **Regulación externa:** la persona actúa por incentivos externos como recompensa, reconocimiento social o pérdida de peso.
- **Regulación introyectada:** la práctica de ejercicio se realiza para evitar el sentimiento de culpa por no realizarlo o se practica como una obligación (“Deber” o “Tener que” practicar ejercicio físico).
- **Regulación identificada:** se valoran los beneficios y la importancia que tiene la práctica de ejercicio en sí misma, aunque no sea placentera, como sería practicar ejercicio físico porque es bueno para la salud.
- **Regulación integrada:** practicar ejercicio físico sería congruente y se integra con otros aspectos de la vida como valores, metas, necesidades personales y con la identidad personal. En este tipo estarían aquellas personas que realizan ejercicio físico como un estilo de vida saludable.

Los diferentes motivos, especificados a partir de las diferentes motivaciones, señalan las razones por las cuales las personas practican ejercicio físico. Los motivos con mayor grado de interiorización o autodeterminación están relacionados con el propio disfrute de la práctica de ejercicio o con la mejora de la salud, mientras que aquellos motivos menos interiorizados estarían relacionados con el reconocimiento social o la mejora de la apariencia física (Moreno et al., 2012). Es importante destacar que, en ocasiones, bajo el pretexto de

realizar ejercicio por salud o por entretenimiento, la práctica continuada y excesiva puede llegar a convertirse en un comportamiento desadaptativo con consecuencias adversas para la salud (Reche y Gómez, 2014).

Para comprender el comportamiento humano hay que tener en cuenta tres necesidades psicológicas básicas, las cuales al ser satisfechas generan un estado de bienestar, un desarrollo psicológico saludable (Celis-Merchán, 2006), así como formas motivacionales más autodeterminadas (González-Cutre et al., 2010). La necesidad de relación se refiere al deseo de sentirse conectado con otros. Por su parte, la necesidad de autonomía hace referencia al deseo de tener libertad para elegir las propias conductas y tomar decisiones propias que concuerden con los valores personales. Por último, la necesidad de competencia se refiere a la necesidad de sentirse hábil en su entorno, ser capaz de lograr sus metas y de tener los recursos necesarios para realizar un comportamiento (Celis-Merchán, 2006).

Un estudio realizado por Liu y Cao (2022) concluyó que la motivación extrínseca para realizar ejercicio tiene una correlación significativamente positiva con el desarrollo de un TCA, relacionándose las motivaciones intrínsecas con un menor riesgo de TCA. Además, las personas con motivaciones extrínsecas tienen una menor autoestima y una mayor insatisfacción corporal. Los individuos de ambos sexos cuya finalidad del ejercicio es perder peso, aumentar la musculatura o mejorar la imagen corporal, tienen mayor riesgo de desarrollar conductas alimentarias desordenadas que aquellos que lo realizan por motivos de salud o entretenimiento (Mobili et al., 2023). Sin embargo, no existe evidencia suficiente del papel que tienen las diferentes motivaciones en personas con TCA y sin TCA (Trott et al., 2020).

### 1.3. Autoestima y TCA

#### 1.3.1. Conceptualización de autoestima

Diferentes estudios relacionan la actividad física con variables psicológicas como la autoestima y el autoconcepto (Bravo-Vela y García-Ramos, 2024; Castro-Pérez et al., 2015; Toledo-Hinarejos et al. 2023), conceptos que definiremos para entender la elección de la variable autoestima para este estudio.

El autoconcepto hace referencia a la percepción y las creencias que una persona tiene sobre sí misma, es decir, lo que piensa de sus características, habilidades, limitaciones, roles y valores en las diferentes áreas de su vida (Martín-Talavera et al., 2023). Este autoconcepto tiene diferentes dimensiones: emocional, académica, social, familiar y física (Martín-Talavera et al., 2023). El autoconcepto físico es el más relacionado con la actividad física, ya que hace referencia al aspecto físico, la fuerza y las aptitudes deportivas (Martín-Talavera et al., 2023). Este concepto forma parte de un término más amplio: la autoestima, definida como la valoración subjetiva que una persona tiene de sí misma (Estrada-Araoz et al., 2025). Este constructo implica dos componentes relacionados entre sí: la eficacia personal (confianza en los propios recursos para hacer frente a las demandas del medio) y el respeto hacia sí mismo y la valía personal (creer que es importante y que merece felicidad) (Arias et al., 2024). Por tanto, refleja una actitud positiva o negativa hacia uno mismo, la cual se construye a partir de las experiencias vitales, las relaciones con los demás y la percepción del reconocimiento social (Estrada-Araoz et al., 2025). Incluye la autoaceptación hacia uno mismo más allá de los logros y la apariencia, así como las autoevaluaciones en áreas más pequeñas como la autoestima física, social, académica o la apariencia. Esto explica cómo la práctica de ejercicio puede tener un efecto positivo o negativo en la autoevaluación global que hacemos de nosotros mismos a través de la autoevaluación de nuestra apariencia (Wågan et al., 2021).

### 1.3.2. Relación entre autoestima y riesgo de desarrollar un TCA

La autoestima tiene un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los TCA (Abdoli et al., 2025; Brechan y Kvaalem, 2015; Canals y Arija-Val, 2022; Estrada-Araoz et al., 2025), de manera que existe una relación entre la baja autoestima y el desarrollo de conductas alimentarias desordenadas, como conductas compensatorias, restrictivas y atracones (Abdoli et al., 2025). El modelo transdiagnóstico de los TCA destaca el papel de la baja autoestima en las autoevaluaciones negativas que las personas hacen de sí mismas, desencadenando estas últimas conductas de control sobre la alimentación y el peso para mejorar la propia autoevaluación (Beckers et al., 2024). Esta relación se da especialmente en mujeres (Abdoli et al., 2025), quienes desarrollan sentimientos de poca valía y miedo al rechazo, así como dificultad para valorar destrezas o habilidades en otras áreas de su vida, haciendo que su valor personal dependa únicamente de su aspecto físico (Raich, 2011).

Las personas con una menor autoestima son más propensas a utilizar mecanismos de afrontamiento evitativos, es decir, estrategias que les ayuden a evitar emociones desagradables y que les distraigan de aquello que les resulta difícil o incómodo. Entre estas estrategias se encuentran el control del peso, la alimentación o el ejercicio (Wågan et al., 2021).

Los factores que contribuyen al desarrollo de una baja autoestima son diversos (p. ej. experiencias tempranas de rechazo, críticas excesivas, fracasos personales o conflictos en el entorno familiar y escolar), pero cabe destacar el papel de los factores culturales y de los medios de comunicación en la promoción de cánones estéticos poco realistas (Estrada-Araoz et al., 2025). Estos influyen en el modo en que la persona percibe la forma, estructura y composición de su cuerpo, lo cual puede condicionar la manera de enfrentarse a las dificultades y retos del día a día (Arias et al., 2024). Todas estas influencias externas refuerzan la propia autoexigencia por alcanzar los estándares marcados socialmente y los sentimientos de inferioridad, favoreciendo así el desarrollo de conductas alimentarias desordenadas para mejorar la apariencia física y tener una sensación de control sobre nuestra vida (Estrada-Araoz et al., 2025).

Un metaanálisis realizado por Krauss et al. (2023) respalda la existencia de una relación recíproca entre la baja autoestima y las conductas alimentarias desordenadas, tanto en población clínica como en población no clínica. Estos autores sugieren que la baja autoestima aumenta la vulnerabilidad a desarrollar este tipo de conductas, formándose un círculo vicioso entre ambas. Por el contrario, tener una alta autoestima se retroalimentaría de manera positiva con desarrollar conductas alimentarias más adaptativas y saludables. Dado que muchas personas con TCA utilizan el control del peso y de la apariencia corporal como forma de mejorar la autoestima (Brechan y Kvaalem, 2015), desarrollar una buena autoestima puede ser un factor protector frente a presiones externas relacionadas con esos ideales de belleza impuestos social y culturalmente de delgadez y musculación, mejorando la valoración que hacemos de nosotros mismos y disminuyendo la necesidad de desarrollar conductas alimentarias desordenadas como forma de validar el propio cuerpo (Estrada-Araoz et al., 2025).

### 1.3.3. Autoestima, práctica de ejercicio y motivación para su práctica

En el ámbito deportivo, se ha estudiado el papel del ejercicio en la mejora de la autoestima, encontrándose una relación positiva entre las personas que asisten regularmente al gimnasio y la mejora de la autoestima (Chaucer, 2024; Kalia y Chauhan, 2025), así como la salud percibida y el estado de ánimo (Moreno et al., 2012). En un estudio realizado por Arias et al. (2024) también se encontró una mayor autoestima en personas que acudían a gimnasios, atribuyendo esto al cumplimiento de los estándares de belleza impuesto socialmente, enfocando su atención en disminuir la grasa corporal y aumentar la masa muscular. Por su parte, Sauchelli et al. (2016), en un estudio realizado en personas con TCA vs. sin TCA, encontraron que las personas diagnosticadas con un TCA no especificado y las personas sin TCA practicaban ejercicio físico excesivo siguiendo un programa estricto igual que las personas con TCA. Otros estudios argumentan que practicar ejercicio para desarrollar un físico socialmente aceptado y recibir el reconocimiento de los demás (motivaciones extrínsecas) también podría aumentar la autoestima (Doğan, 2015).

Sin embargo, Liu y Cao (2022) realizaron un estudio en el que hallaron que las personas que practican ejercicio físico con el objetivo de perder peso y mejorar la apariencia física (motivación extrínseca) mostraron una menor autoestima y una mayor insatisfacción corporal, lo que conlleva un mayor riesgo de desarrollar conductas de control sobre el ejercicio y la alimentación. Otro autores como Wågan et al. (2021) también encontraron una baja autoestima en usuarios de gimnasios y destacaron la importancia de prestar atención a las consecuencias negativas de la práctica excesiva de ejercicio físico.

Por todo lo expuesto en el marco teórico, se evidencia la importancia de estudiar de manera conjunta los motivos para practicar ejercicio físico, la autoestima y la presencia de conductas subclínicas de TCA, ya que estos factores no actúan de manera aislada. La práctica de ejercicio tiene múltiples beneficios para la salud y el bienestar psicológico, pero también puede convertirse en un factor de riesgo cuando su única función es el control del peso y la mejora de la apariencia corporal. Todo ello, unido a una autoestima poco fortalecida y teniendo en cuenta el contexto de los gimnasios, puede aumentar la insatisfacción corporal haciendo que las personas lleven a cabo conductas desordenadas de ejercicio y alimentación para encajar en los estándares de belleza impuestos socialmente. En ocasiones, estas conductas pueden pasar desapercibidas al estar normalizadas y reforzadas socialmente.

## 2. Justificación

Recientemente los TCA han sido descritos como un continuo dimensional en el cual existen diferentes trastornos que se diferencian por la gravedad de los síntomas, es decir, antes de realizar un diagnóstico clínico que cumpla los criterios definidos en el DSM-5 se darían previamente unas conductas de riesgo o un TCA atípico o subclínico. Es importante tener en cuenta estas conductas, ya que generan malestar psicológico, condicionan la ingesta de alimentos y la calidad de vida pudiendo evolucionar a un cuadro de TCA completo (Arija-Val et al., 2022). Muchas personas que desarrollan conductas alimentarias desordenadas no buscan tratamiento formal (Aguilar Gómez, 2023).

La práctica de ejercicio es un comportamiento reforzado y aceptado socialmente para tener un cuerpo saludable, enmascarándose así los riesgos y consecuencias que tienen esas conductas restrictivas y compensatorias sobre la salud física y mental (Castellar et al., 2024). Además, factores relacionados con el exceso de ejercicio, el inicio de dietas restrictivas y la presión por la figura corporal aumentan el riesgo de sufrir un TCA (Canals y Arija-Val, 2022), siendo el ámbito deportivo y, en particular los gimnasios, un lugar de riesgo para el desarrollo de TCA.

Las personas que asisten a gimnasios están más preocupadas por el peso y la apariencia física (Banerjee et al., 2022). Esto, unido a los ideales de belleza impuestos socialmente para hombres y mujeres, influye en el desarrollo de conductas de control y compensación sobre el peso y la apariencia física (como dietas restrictivas y práctica de ejercicio físico excesivo), siendo factores de riesgo para el desarrollo de un TCA, así como síntomas de un TCA bien establecido según los criterios del DSM-5-TR. Aunque hay muchas investigaciones sobre los trastornos alimentarios en deportistas, los hallazgos son diversos. Esto se debe, en parte, a que miden diferentes aspectos de la psicopatología característica de los TCA (Chapa et al., 2022). Además, se ha introducido la variable motivación para hacer ejercicio y conocer cómo afecta en el desarrollo de los TCA, así como la relación que tiene con la autoestima, ya que las investigaciones señalan su influencia en el riesgo de desarrollar un TCA (Liu y Cao, 2022). A pesar de que algunas investigaciones muestran una relación entre la autoestima y el desarrollo de un TCA, hay estudios que no encontraron una relación

Motivación, autoestima y práctica de ejercicio físico: un análisis predictivo de los trastornos de la conducta alimentaria significativa (Jaruga-Sękowska et al., 2025) y otros que señalan que es necesario una mayor investigación (Sorjonen et al., 2025).

Hasta el momento, no existen demasiados estudios que hayan analizado la relación entre practicar ejercicio físico en un gimnasio y su impacto en la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal (Banerjee et al., 2022). Por ello, este estudio busca ampliar el conocimiento sobre las variables que pueden ayudar a predecir población subclínica con TCA, donde están normalizados ciertos patrones conductuales restrictivos y compensatorios dirigidos a mejorar la apariencia física. Los resultados podrían ayudar en el diseño de programas de detección temprana, prevención y psicoeducación en población que practica ejercicio físico.

## 3. Objetivos

### 3.1. Objetivo principal

El objetivo general de este estudio es analizar la relación entre los motivos para la práctica de ejercicio físico, el nivel de autoestima y el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA en personas que practican ejercicio físico en gimnasios o centros deportivos.

### 3.2. Objetivos secundarios

- Objetivo 1: Evaluar si existe relación entre el tipo de motivación para la práctica de ejercicio físico y el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA.
- Objetivo 2: Analizar si existe relación entre la autoestima y el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA.
- Objetivo 3: Estudiar si existe relación entre la motivación para la práctica de ejercicio físico y la autoestima.
- Objetivo 4: Analizar el papel de la autoestima como variable moderadora en la relación entre la motivación para la práctica de ejercicio físico y el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA tanto en el total de la muestra como en función del género.

## 4. Hipótesis

Se plantean las siguientes hipótesis para cada uno de los objetivos secundarios propuestos:

- Hipótesis 1: Las personas que tienen una motivación extrínseca para la práctica de ejercicio tendrán mayor probabilidad de desarrollar síntomas subclínicos de TCA.
- Hipótesis 2: Las personas con una menor autoestima presentarán mayor riesgo de desarrollar síntomas subclínicos de TCA.
- Hipótesis 3: Las personas que practican ejercicio físico desde una motivación extrínseca tendrán niveles menores de autoestima.
- Hipótesis 4: La autoestima será una variable moderadora en la relación entre la motivación para la práctica de ejercicio y el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA, afectando más la baja autoestima tanto a la muestra total como al grupo de mujeres.

## 5. Marco metodológico

### 5.1. Diseño

En el presente estudio se ha utilizado un diseño no experimental de tipo transversal correlacional y que emplea una metodología cuantitativa. Además, se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de tipo “bola de nieve” donde todos los sujetos, pertenecientes a la población general, participaron de manera voluntaria y la recogida de datos no se realizó en un único gimnasio o centro deportivo.

### 5.2. Participantes

En este apartado se describen las características generales de los sujetos que forman la muestra.

La muestra inicial del presente estudio estuvo formada por 67 participantes, de los cuales dos tuvieron que ser excluidos por no cumplir los requisitos de inclusión. Finalmente, la muestra estuvo formada por 65 participante con edades comprendidas entre los 18 y 40 años ( $M=30.92$  y  $DT=5.088$ ), de los cuales el 63.1% fueron mujeres y el 36.9% fueron hombres.

Los criterios de inclusión para la selección de participantes fueron:

- Tener entre 18-40 años (ambos incluidos).
- Practicar ejercicio físico en gimnasios o centros deportivos de manera individual, participando en clases dirigidas (p. ej. *spinning*, pilates, zumba, *body pump*, etc.), realizando entrenamientos personalizados o practicando entrenamiento funcional o *CrossFit*.
- No tener un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

Por su parte, los criterios de exclusión incluyeron:

- Tener edad inferior a 18 años o superior a 40 años.
- Estar diagnosticado de un trastorno de la alimentación (TCA).
- Ser deportista de alta competición.
- Realizar deportes de equipo u otros deportes fuera de los impartidos en gimnasios o centros deportivos (p. ej. correr al aire libre).

### 5.3. Instrumentos

En este apartado se describen los instrumentos utilizados para estudiar las diferentes variables incluidas en el presente estudio:

#### 5.3.1. Escala de Medida de Motivos para Actividades Físicas-Revisado (MPAM-R)

La motivación para la práctica de ejercicio físico se evaluó a través de la escala de Medida de Motivos para Actividades Físicas-Revisado (MPAM-R), la cual fue presentada por Ryan et al. (1997), tratándose de una modificación de la escala realizada por Frederick y Ryan (1993). Esta escala ha sido validada al español por Moreno-Murcia et al. (2007) y mide los motivos por los cuales las personas practican ejercicio físico a través de 30 ítems, agrupados en 5 factores:

- **Disfrute** (p. ej. “realizo actividad física porque es divertido para mí”).
- **Apariencia** (p. ej. “realizo actividad física porque quiero mejorar mi figura”).
- **Social** (p. ej. “realizo actividad física porque quiero conocer nuevas personas”).
- **Salud/*Fitness*** (p. ej. “realizo actividad física porque quiero mejorar mi aptitud cardiovascular”).
- **Competencia** (p. ej. “realizo actividad física porque me gustan los desafíos”).

De estas 5 subescalas y, teniendo en cuenta la teoría de la autodeterminación, las subescalas “disfrute” y “competencia” reflejan una motivación intrínseca, mientras que las subescalas “apariencia”, “social” y “salud/*fitness*” reflejan una motivación extrínseca.

Para responder este cuestionario, el participante debe contestar cada ítem a través de una escala Likert del 1 al 7 en función de lo identificado que se sienta con cada frase, siendo 1 “nada verdadero para mí” y 7 “totalmente verdadero para mí”. Además, esta escala ha sido validada por otros autores como Celis-Merchán (2006).

### 5.3.2. Cuestionario de actitudes alimentarias-26 (EAT-26)

Las conductas alimentarias desordenadas se evaluaron a través del Cuestionario de actitudes alimentarias – 26 (EAT-26), desarrollado por Garner et al. (1982) y validado al español en diferentes estudios y contextos (Gandarillas et al., 2003; Lugo-Salazar y Pineda-García, 2019; Rivas et al., 2010).

Se tratar de un cuestionario de autoinforme que consta de 26 ítems que identifica preocupaciones, actitudes y conductas relacionadas con los TCA. Es un instrumento que no sirve para diagnosticar, sino para conocer las personas en riesgo de desarrollar un TCA. Además, estos ítems evalúan diferentes dimensiones: bulimia, dieta, preocupación por la comida y control oral. Cada ítem representa una frase relacionada con la comida o con el acto de comer y el participante tiene que indicar lo identificado que se siente con cada una de ellas utilizando una escala tipo Likert del 1 al 5, donde 1 “siempre”, 2 “casi siempre”, 3 “a menudo”, 4 “a veces”, 5 “casi nunca” y 6 “nunca”.

Para obtener la puntuación total del test las respuestas se codifican de la siguiente manera (Rivas et al., 2010):

- Respuestas con puntuaciones del 1 “siempre” se codifican como 3 puntos.
- Respuestas con puntuación 2 “casi siempre” se codifican como 2 puntos.
- Respuestas con puntuación 3 “a menudo” se codifican como 1 punto.
- El resto de respuestas se codifican como 0 puntos.

Las personas que obtuvieron una puntuación igual o superior a 20 se consideraron en riesgo para desarrollar un TCA, es decir, tendrán síntomas subclínicos.

Este cuestionario es utilizado internacionalmente y es el más utilizado en España con buenas propiedades psicométricas para detectar riesgo de desarrollar TCA (Arija-Val et al., 2022).

### 5.3.3. Escala de Autoestima de Rosenberg

La autoestima fue evaluada a través de la Escala de autoestima de Rosenberg (1965) en su versión traducida al español (Atienza et al., 2000; Martín-Albo et al., 2007).

Se trata de una escala de 10 ítems cuyo contenido evalúa los sentimientos de respeto y aceptación hacia uno mismo. La mitad de los ítems están enunciados de forma positiva y la otra mitad de forma negativa. La manera de responder es a través de una escala tipo Likert de 4 puntos, siendo 1 “Muy en desacuerdo”, 2 “En desacuerdo”, 3 “De acuerdo” y 4 “Totalmente de acuerdo”. Para obtener la puntuación total, los ítems enunciados de manera positiva (1, 3, 4, 6 y 7) se puntúan de la misma manera que aparecen en la escala, donde:

- “Muy en desacuerdo” corresponde con la puntuación 1.
- “En desacuerdo” con la puntuación 2.
- “De acuerdo” con la puntuación 3.
- “Totalmente de acuerdo” con la puntuación 4.

Por su parte, los ítems enunciados de forma negativa (2, 5, 8, 9 y 10) se puntúan de manera inversa, donde:

- “Muy en desacuerdo” tiene la puntuación 4.
- “En desacuerdo” la puntuación 3.
- “De acuerdo” la puntuación 2.
- “Totalmente de acuerdo” la puntuación 1.

Las puntuaciones oscilan entre 10 y 40 puntos, siendo los sujetos clasificados de la siguiente manera (Vázquez et al., 2004):

- Autoestima alta: puntuación igual o superior a 30 puntos
- Autoestima media: puntuaciones entre 26-29 puntos
- Autoestima baja: puntuaciones iguales o inferiores a 25 puntos

#### 5.3.4. Cuestionario *ad hoc*

Se realizó un cuestionario *ad hoc* para recoger datos sociodemográficos de carácter general (edad, género, residencia en España y ocupación actual), así como información relacionada con hábitos de alimentación y de práctica de ejercicio físico. Dado que un criterio de inclusión para participar en la investigación era practicar ejercicio físico, se utilizó el cuestionario IPAQ como medida de control para conocer las características de la muestra (Carrera, 2017).

Además, se añadió una pregunta para confirmar que los participantes no estaban diagnosticados con un TCA, ya que era requisito para poder participar en el estudio. En el Anexo A se encuentra detallado este cuestionario.

## 5.4. Procedimiento

Antes de comenzar con la realización del presente estudio, se firmó un documento de compromiso de confidencialidad de los datos recogidos durante la investigación (ver Anexo B) y se recibió la aprobación por parte de la Comisión de investigación de TFM de la Universidad Internacional de la Rioja (ver Anexo C).

Para realizar la recogida de datos, se elaboró un cuestionario en formato *online* con *Google forms*, el cual se distribuyó vía *WhatsApp* utilizando el método “bola de nieve”, es decir, se comenzó pasando a los contactos más cercano y se les pedía que, además de rellenar el cuestionario si cumplían los requisitos especificados, lo compartiesen con otras personas para que también pudiesen participar. El tiempo empleado oscilaba entre 10-15 minutos.

Este cuestionario estaba formado por 7 secciones. La primera de ellas incluía el consentimiento informado (ver Anexo D), en el cual se especificaba la participación voluntaria y anónima, el objetivo, la explicación del estudio y los datos a recoger, los requisitos para poder participar, los riesgos, beneficios y costes, la confidencialidad de los datos y el derecho a retirarse del mismo. Antes de poder continuar, debían indicar que habían leído, entendido y comprendido la información proporcionada en este apartado, dando así consentimiento y pudiendo comenzar a completar el cuestionario. La segunda y la tercera sección correspondían a datos sociodemográficos y a la información relacionada con hábitos alimentarios y de práctica de ejercicio físico, respectivamente. Las siguientes secciones incluían los ítems de los cuestionarios IPAQ, MPAM-R, EAT-26 y la Escala de autoestima de Rosenberg. Al inicio de cada sección se explicaba la forma en que debían de contestar cada una de las escalas.

Una vez que la muestra fue recogida, se realizó la clasificación de las puntuaciones teniendo en cuenta las características de cada escala y se procedió a realizar el análisis de datos.

## 5.5. Análisis de datos

El análisis se ha realizado utilizando el paquete estadístico SPSS versión 30.0 para Windows.

Inicialmente, se calcularon los estadísticos descriptivos para realizar la descripción de la muestra y para las variables de estudio. Para ello, se calculó la media, la mediana, la desviación típica y el rango mínimo y máximo de las variables de estudio. También se han calculado las frecuencias y porcentajes y se han utilizado gráficos para visualizar las distribuciones de las variables.

La normalidad de las variables se determinó mediante el test de Shapiro-Wilk, ya que las investigaciones recientes han mostrado que para tamaños muestrales pequeños y moderados (como es el caso de este estudio con una  $n=65$ ) esta prueba tienen un mayor potencial estadístico para detectar desviaciones en la normalidad (Ahmad y Zaman, 2025). Los valores de significación fueron menores a 0.05, por lo que no se cumplió la normalidad. Por ello, se decidió aplicar pruebas no paramétricas para contrastar las hipótesis planteadas.

Para analizar la correlación entre dos variables cuantitativas, correspondiente a las tres primeras hipótesis, se utilizó la correlación de Spearman.

Para analizar la cuarta hipótesis (efecto moderador de la autoestima en la posible influencia de los tipos de motivación sobre el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA), se aplicó una regresión múltiple. Como variable independiente se utilizaron los diferentes tipos de motivaciones, como variable dependiente las conductas alimentarias desordenadas y como variable de selección la autoestima en sus distintos niveles (baja, media y alta). Posteriormente, se ha dividido la muestra en hombre y mujeres para estudiar ese efecto mediado en función de los diferentes niveles de autoestima.

Para el conjunto de pruebas, la significación estadística se alcanzó con  $p<0,05$ .

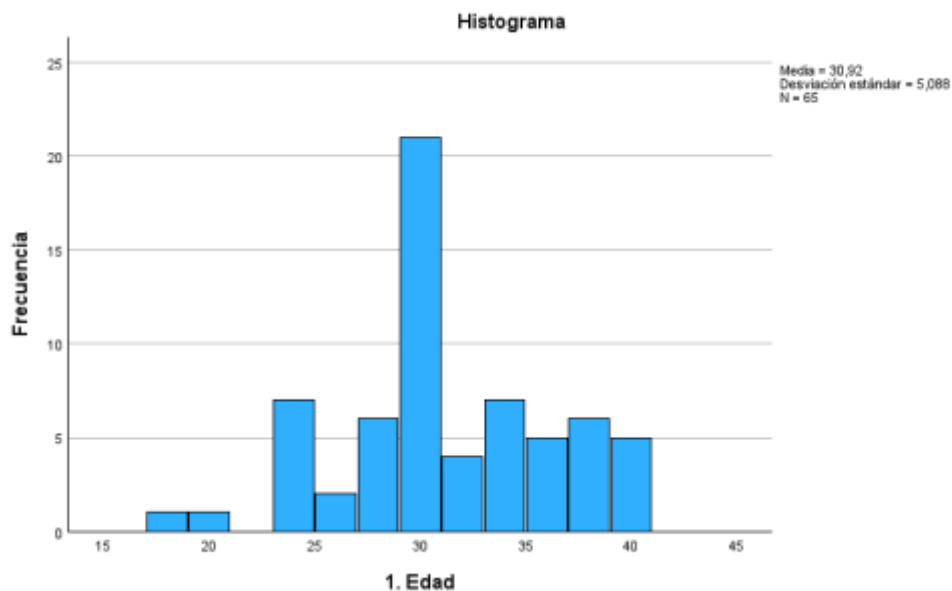
## 6. Resultados

### 6.1. Análisis descriptivo

La muestra final estuvo formada por 65 participantes, de los cuales 41 fueron mujeres (63.1%) y 24 hombres (36.6%). La edad media de la muestra fue de 30.92 años (DT=5.088), siendo el mínimo 18 años y el máximo 40 años (ver Figura 1). La mayoría de la muestra residía en España, con un total de 64 participantes (98.5%). Solo una persona no residía en España (1.5%).

**Figura 1**

*Distribución de la muestra*



Respecto a la ocupación actual de los participantes, la mayoría pertenecían al ámbito de Sanidad y Salud con un 29.2% (19 personas), seguido de un 15.4% (10 personas) por el sector de Administración, finanzas y contabilidad, junto con el sector de Investigación, ciencia y tecnología. El resto de participantes pertenecían a otros sectores y ámbitos, teniendo estos unas representaciones inferiores al 8%.

En la muestra final ninguna de las personas tenía diagnosticado un TCA, siendo esto un requisito necesario para poder participar y el motivo por el cual se excluyó a uno de los participantes.

### 6.1.1. Hábitos de práctica de ejercicio físico

Todos los sujetos practicaban ejercicio físico en gimnasios. La ausencia de este requisito fue motivo para excluir a otro participante de la muestra inicial.

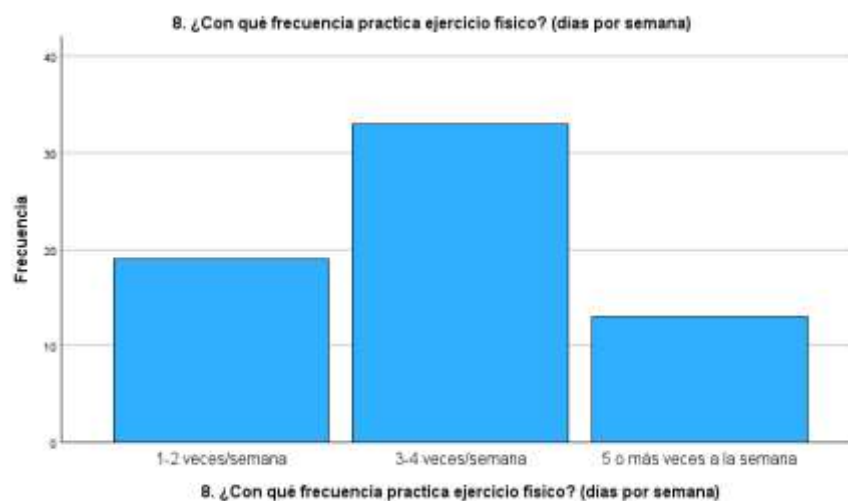
En la muestra final (n=65), el 36.9% (24 personas) practicaban ejercicio sin supervisión de un/a entrenador/a y el 30.8 % (20 personas) lo realizaban de manera dirigida por un/a entrenador/a. El 32.3% (21 personas) indicó que lo practicaba de ambas maneras. Además, el 53.8% (35 personas) indicaron que preferían practicar ejercicio en grupos y/o clases colectivas, frente al 46.2 % (30 personas) que preferían hacerlo individualmente.

Respecto al tipo de actividad que realizan los participantes de la muestra, la mayoría practicaban entrenamiento de fuerza y aeróbico de manera individual, correspondiendo al 24.6% (16 personas). La siguiente práctica más representativa fue el *CrossFit* o entrenamiento funcional con un 30% (13 personas), seguido del entrenamiento de fuerza individual con un 18.5% (12 personas) y de la práctica de varias actividades combinadas con un 5.4% (10 personas). Las características de esta práctica se describen a continuación:

- **Frecuencia:** el 50.8% (33 personas), es decir, la mitad de la muestra practicaban ejercicio entre 3-4 veces por semana, seguido por el 29.2% (19 personas) que lo practicaban entre 1-2 veces a la semana y el 20% (13 personas) que lo realizaba 5 o más veces por semana (ver Figura 2).

#### Figura 2

*Frecuencia de la práctica de ejercicio físico (días por semana)*



- **Duración:** la mitad de participantes, representando el 52.3% (34 participantes) invertían entre 1-2 horas al día. El 44.6% (29 personas) dedicaba 1 hora al día y el 3.1% (3 personas) entre 2-3 horas al día (ver Figura 3).

**Figura 3**

*Duración de la práctica de ejercicio físico (horas al día)*



- **Momento del día:** el 46.6% (30 personas) lo realizaban por la tarde (15:00h-19:00h), el 29.2% (19 personas) por la tarde-noche (a partir de las 19:00h) y el 16.9% (11 participantes) por la mañana. Solamente el 6.2% (4 personas) lo practicaban en ayunas (ver Figura 4).

**Figura 4**

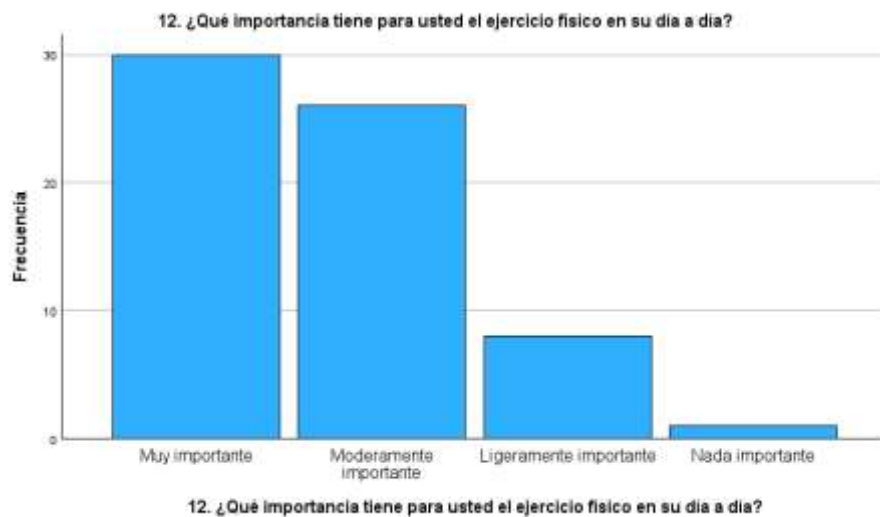
*Momento habitual del día en que practica ejercicio físico*



Por último, se planteó una pregunta relacionada con el sentimiento de culpabilidad por no cumplir con la planificación que se habían propuesto (no acudir al gimnasio o no hacerlo con la intensidad deseada), siendo un 53.8% (35 personas) los participantes que refirieron sentir culpabilidad si no practicaban el ejercicio físico planificado. También se preguntó por la importancia que tenía el ejercicio físico en su día a día, siendo para el 30% (30 personas) muy importante y para el 40% (26 personas) moderadamente importante (ver Figura 5).

**Figura 5**

*Importancia de la práctica del ejercicio físico*



### 6.1.2. Hábitos alimentarios

La mayoría de personas que conformaban la muestra no seguían ningún tipo de plan de alimentación específico (67.7%). Del 32.3% (21 personas) que sí lo realizaban, el 9.2% (6 personas) realizan una dieta hipocalórica para perder peso, el 7.7% (5 personas) seguían un dieta vegana/vegetariana y el 6.2% (4 personas) estaban siguiendo una dieta hiperproteicas para ganar masa muscular.

Se preguntó también por el sentimiento de culpabilidad por tomar alimentos que se encontraban fuera de lo que consideraban "sano o saludable". La mayoría (63.1%) refirió no tener este sentimiento al consumir este tipo de alimentos. Al resto de participantes que sí sentían culpabilidad, es decir, el 36.9% (24 personas) se les preguntó si realizaban algún tipo de conducta compensatoria tras consumir ese tipo de alimentos, siendo solamente el 4.6% (3 personas) los participantes que contestaron de manera afirmativa.

### 6.1.3. Niveles de motivación para la práctica de ejercicio físico, conductas alimentarias desordenadas y autoestima

En este apartado se presenta la descripción de las variables motivación para la práctica de ejercicio físico, conductas alimentarias desordenadas y autoestima en el total de la muestra (ver Tabla 4).

Como se puede observar en la tabla 4, la muestra presenta niveles altos de motivación por salud ( $M=6.15$ ;  $DT=0.79$ ) y disfrute ( $M=5.46$ ;  $DT=1.17$ ), mientras que la motivación social es la menos predominante ( $M=3.18$ ;  $DT=3.20$ ). Teniendo en cuenta lo descrito en el subapartado de *Instrumentos*, la motivación por salud y social serían motivaciones extrínsecas y la motivación por disfrute sería intrínseca.

Por su parte, la puntuación total del EAT-26 indica que la muestra tiene un nivel bajo de conductas alimentarias desordenadas ( $M=6.66$ ). Sin embargo, una desviación estándar elevada ( $DT=8.03$ ) refleja una gran variabilidad en las puntuaciones. Esto sugiere que, aunque la mayoría de los participantes no corre riesgo de tener un TCA, hay 4 participantes (6.15%) con puntuaciones iguales o superiores a 20, que es el punto de corte que indica riesgo de síntomas subclínicos de TCA.

Respecto a la autoestima, la puntuación media de la muestra fue de 32.60 ( $DT=5.38$ ). De acuerdo con los puntos de corte establecidos en la escala de Rosenberg, esta puntuación indica una autoestima global elevada en la muestra. Teniendo en cuenta la clasificación según esta escala, el 12.31% (8 personas) de la muestra presentaron una autoestima baja, es decir, una puntuación igual o inferior a 25 puntos, el 10.77% (7 personas) presentaron una autoestima media, con una puntuación entre 26-29 puntos y, por último, el 76.92% (50 personas) obtuvieron una puntuación igual o superior a 30, presentando así una alta autoestima.

**Tabla 4**

*Estadísticos descriptivos*

	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>Rango</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Motivación</b>						
Disfrute	5.46	5.71	1.17	5.29	1.71	7.00
Apariencia	4.77	5.00	1.36	5.17	1.83	7.00
Salud	6.15	6.40	0.79	3.00	4.00	7.00
Competencia	5.38	5.71	1.16	5.43	1.57	7.00
Social	3.18	3.20	1.14	4.40	1.00	5.40
<b>Conducta alimentaria desordenada</b>						
	6.66	3.00	8.03	37.00	0.00	37.00
<b>Autoestima</b>						
Baja	21.50	22.00	3.25	8.00	17.00	25.00
Media	27.87	27.00	0.99	2.00	27.00	29.00
Alta	35.05	35.00	2.54	10.00	30.00	40.00

*Nota:* DE= desviación estándar

## 6.2. Análisis de correlaciones

### 6.2.1. Relación entre la motivación y el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA

Se puede observar una relación significativa ( $p=0.001<0.01$ ) entre la motivación por apariencia (motivación extrínseca) y el riesgo de desarrollar síntomas subclínicos de TCA con un valor de 0.517. Esta relación es directa: a mayor motivación por apariencia, mayor es el riesgo de desarrollar síntomas subclínicos de TCA. También existe una relación significativa ( $p=0.040<0.05$ ) entre la motivación por disfrute (motivación intrínseca) y el riesgo de desarrollar síntomas subclínicos de TCA con un valor de -0.255. Esta relación es inversa: a mayor motivación de disfrute, menor riesgo de desarrollar síntomas subclínicos (ver Tabla 5).

**Tabla 5**

*Relación entre las diferentes motivaciones y el desarrollo de conductas alimentarias desordenadas*

<b>Conductas alimentarias desordenadas</b>		
	<i>R</i>	<i>p</i>
<b>Disfrute</b>	-0.255	0.040*
<b>Apariencia</b>	0.517	0.001**
<b>Salud</b>	0.045	0.723
<b>Competencia</b>	-0.152	0.226
<b>Social</b>	-0.152	0.227

*Nota:* R= correlación de Spearman; *p* = valor de significación

\*\*El valor de *p* es significativo en el nivel 0.01 (bilateral)

\*El valor de *p* es significativo en el nivel 0.05 (bilateral)

### 6.2.2. Relación entre la autoestima y el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA

Se encontró una relación significativa ( $p = 0.033 < 0.05$ ) entre la autoestima y el riesgo de desarrollar conductas alimentarias desordenadas, con un valor de  $R = -0.264$ . La relación fue inversa: a menor nivel de autoestima, mayor riesgo de desarrollar conductas desordenadas (ver Tabla 6).

**Tabla 6**

*Relación entre la autoestima y el desarrollo de conductas alimentarias desordenadas*

<b>Conductas alimentarias desordenadas</b>		
	<i>R</i>	<i>p</i>
<b>Autoestima</b>	-0.264	0.033*

*Nota:* R = correlación de Spearman; *p* = valor de significación

\*\*El valor de *p* es significativo en el nivel 0.01 (bilateral)

\*El valor de *p* es significativo en el nivel 0.05 (bilateral)

### 6.2.3. Relación entre la motivación y la autoestima

Se ha encontrado una relación significativa de la autoestima con tres tipos de motivaciones: motivación por disfrute ( $p < 0.01$ ) (motivación intrínseca), por salud ( $p < 0.05$ ) (motivación extrínseca) y por competencia ( $p < 0.05$ ) (motivación intrínseca). Las tres relaciones son directas, es decir, a mayor motivación por cualquiera de estos tres motivos, mayor autoestima y viceversa (ver tabla 7).

**Tabla 7**

*Relación entre la autoestima y las diferentes motivaciones.*

	Autoestima	
	<i>R</i>	<i>p</i>
<b>Disfrute</b>	0.351	<0.004**
<b>Apariencia</b>	-0.117	0.353
<b>Salud</b>	0.249	0.045*
<b>Competencia</b>	0.317	<0.010*
<b>Social</b>	0.112	0.374

*Nota:* R = correlación de Spearman; *p* = valor de significación

\*\*El valor de *p* es significativo en el nivel 0.01 (bilateral)

\*El valor de *p* es significativo en el nivel 0.05 (bilateral)

### 6.3. Análisis del papel moderador de la autoestima

En este apartado se analiza el papel moderador de la autoestima entre los diferentes tipos de motivaciones y el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA, teniendo en cuenta la muestra total y en función del sexo.

En el total de la muestra (n=65), en los sujetos con un nivel de autoestima baja, la motivación por apariencia (motivación extrínseca) pronosticó de manera significativa ( $p=0.032 < 0.05$ ) el desarrollo de síntomas subclínicos de manera directa: a mayor motivación por apariencia, mayor riesgo de desarrollar síntomas subclínicos. Esta motivación pronosticó el 56.4% de la variabilidad del riesgo de desarrollar síntomas subclínicos. Para un nivel medio de autoestima, ninguna motivación tuvo un valor significativo para predecir riesgo de desarrollo de síntomas subclínicos. Por último, para un nivel de autoestima alto, las motivaciones por apariencia y social (motivaciones extrínsecas) predijeron de manera significativa ( $p < 0.001$ ) el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA. Para la motivación de apariencia esta relación fue directa y pronosticó el 22.9% de la variabilidad del riesgo de síntomas subclínicos, mientras que para la motivación social la relación fue inversa y predijo el 34.5% de la variabilidad (ver Tabla 8).

**Tabla 8**

*Nivel moderador de la autoestima en la muestra total entre las diferentes motivaciones y el riesgo de síntomas subclínicos de TCA*

Autoestima	Predictor	R	R <sup>2</sup>	p	B
Baja	Apariencia	0.751	0.564	0.032*	4.292
Alta	Apariencia	0.479	0.229	<0.001**	2.700
	Social	0.587	0.345	<0.001**	-2.234

*Nota:* R = correlación múltiple; R<sup>2</sup> = coeficiente de determinación; p = valor de significación; B = coeficiente no estandarizado.

\*\*El valor de p es significativo en el nivel 0.01

\*El valor de p es significativo en el nivel 0.05

En función del género y teniendo en cuenta el grupo de mujeres, solamente la motivación por apariencia (motivación extrínseca) predijo de manera significativa ( $p < 0.001$ ) el desarrollo de síntomas subclínicos en mujeres con autoestima alta, siendo esta una relación directa. Esta predijo el 39.1% de la variabilidad del riesgo de síntomas subclínicos. En el nivel de autoestima bajo y medio ningún tipo de motivación fue predictor del riesgo de síntomas subclínicos.

En cuanto al grupo de hombres, en aquellos con baja autoestima, la motivación por disfrute (motivación intrínseca) pronosticó de manera significativa el desarrollo de síntomas subclínicos de manera directa (a mayor disfrute, mayor riesgo de síntomas subclínicos) y pronosticó el 100% de la variabilidad del riesgo de desarrollar síntomas subclínicos de TCA. Para interpretar este resultado hay que tener en cuenta el bajo número de sujetos incluidos en este grupo, lo cual puede estar influyendo en la correlación perfecta. En aquellos con alta autoestima, dos fueron las motivaciones que predijeron de manera significativa el riesgo de síntomas subclínicos. Por un lado, la motivación social (motivación extrínseca) con una relación inversa, la cual pronosticó el 18.8% de la variabilidad y, por otro lado, la motivación por apariencia (motivación extrínseca) con una relación directa, la cual explicó el 48% de la variabilidad. Respecto al nivel de autoestima media, ningún tipo de motivación fue predictor (ver Tabla 9).

**Tabla 9**

*Nivel moderador de la autoestima en función del género entre las diferentes motivaciones y el riesgo de síntomas subclínicos de TCA*

Género	Autoestima	Predictor	R	R <sup>2</sup>	p	B
Mujer	Alta	Apariencia	0.625	0.391	<0.001**	3.272
	Baja	Disfrute	1.000	1.000	.	10.500
Hombre	Alta	Social	0.433	0.188	0.050*	-3.675
		Apariencia	0.693	0.480	0.003**	3.414

*Nota:* R = correlación múltiple; R<sup>2</sup> = coeficiente de determinación; p = valor de significación; B = coeficiente no estandarizado.

\*\*El valor de p es significativo en el nivel 0.01

\*El valor de p es significativo en el nivel 0.05

## 7. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo general analizar la relación entre los motivos para la práctica de ejercicio físico, el nivel de autoestima y el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA en personas que practicaban ejercicio físico en gimnasios.

La participación de mujeres ha sido superior a la de hombres (63.1% frente al 36.6%, respectivamente), lo cual coincide con otros estudios realizados en usuarios que acudían al gimnasio como el de Castellar et al. (2024) con una participación similar (60% mujeres frente al 40% hombres) y el de Trott et al. (2020) con diferencias superiores (85% de mujeres frente al 15% de hombres).

Los datos de esta investigación confirman la primera hipótesis planteada, la cual preveía que las personas que tenían una motivación extrínseca para la práctica de ejercicio tendrían mayor probabilidad de desarrollar síntomas subclínicos de TCA. Se ha encontrado una relación significativa directa para la motivación extrínseca de apariencia, aunque no para las motivaciones de salud y social. Además, esta relación también ha sido significativa para un tipo de motivación intrínseca, la motivación de disfrute. En esta última la relación es inversa, es decir, la probabilidad de desarrollar síntomas subclínicos de TCA es menor en las personas que practican ejercicio con el objetivo de disfrutar y divertirse. Esto es congruente con la teoría de la autodeterminación de Ryan y Deci (2000), donde se plantea que las motivaciones extrínsecas se asocian con un menor bienestar al ser utilizadas como un medio para realizar comportamientos que no les generan placer (Celis-Merchán, 2006). En este caso, la práctica de ejercicio se podría utilizar como medio para obtener una recompensa (la pérdida de peso y/o la mejora de la apariencia física) o verse como una obligación, valorando únicamente los beneficios de su práctica (“es bueno para la salud”) independientemente de que nos genere o no placer.

Diferentes estudios muestran que la práctica de ejercicio motivada por perder peso se asocia con un mayor riesgo de desarrollar síntomas subclínicos de TCA (Toledo-Hinarejos et al., 2023). Por ejemplo, y en línea con nuestros datos, Liu y Cao (2022) encontraron una relación significativa entre la práctica por motivaciones extrínsecas y el desarrollo de un TCA. Además, hallaron que las personas que practicaban ejercicio físico de manera regular, los motivos de apariencia y disfrute fueron de los más frecuentes. Por su parte, Reche y Gómez

(2014), quienes realizaron su investigación en personas con un diagnóstico de TCA, obtuvieron que la motivación principal para practicar ejercicio físico fue mejorar su aspecto físico, lo cual conlleva a conductas de control sobre su peso. Esta práctica de ejercicio físico desde una motivación extrínseca en personas con un TCA concuerda con la motivación de apariencia encontrada en el presente estudio, la cual aumenta el riesgo de desarrollar síntomas subclínicos de TCA. Otro factor muy relacionado con la mejora de la apariencia son las presiones sociales y los ideales de belleza impuestos culturalmente, los cuales aumentan la vulnerabilidad de poder sufrir conductas subclínicas de TCA al querer alcanzar esos estándares de belleza, inalcanzables en muchas ocasiones (Ruiz-Bravo et al., 2025).

Nuestro estudio muestra una alta motivación por disfrute, lo cual disminuye el riesgo de síntomas subclínicos de TCA y es congruente con la teoría de autodeterminación de Ryan y Deci (2000) comentada anteriormente. A pesar de esto, a veces se utiliza la diversión y el disfrute para la práctica de ejercicio como justificación, pudiendo convertirse un comportamiento sano en un patrón de conducta desadaptativo que ocasione malestar en la vida de las personas que lo practican (Reche y García, 2014).

En la literatura, la baja autoestima ha sido propuesta como un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA (Abdoli et al., 2025; Canal y Arija-Val, 2022; Estrada-Araoz et al., 2025). Teniendo en cuenta la segunda hipótesis planteada, se cumple que las personas con una menor autoestima tendrán mayor riesgo de desarrollar síntomas subclínicos de TCA. Estos datos coinciden con los resultados encontrados por Estrada-Araoz et al. (2025), quienes predijeron que niveles altos de autoestima disminuían la probabilidad de desarrollar conductas alimentarias desordenadas. Por su parte, Beckers et al. (2024) encontraron una relación bidireccional entre la autoestima y el riesgo de desarrollar un TCA, evidenciando que existía una mayor ingesta emocional y restrictiva en personas con un nivel bajo de autoestima. Estos hallazgos se pueden enmarcar en el modelo transdiagnóstico de Fairburn (2008), donde la baja autoestima actúa como un factor mantenedor de las conductas alimentarias desordenadas como la sobrevaloración del peso, la figura y el control alimentario. Así, las personas con un nivel bajo de autoestima determinarían su valía personal en función de si alcanzan o no los estándares de belleza propuestos social y culturalmente, aumentando así su insatisfacción corporal y con ello el riesgo de desarrollar conductas alimentarias desadaptativas (Beckers et al., 2024; Estrada-Araoz et al., 2025).

Además, los datos de Krauss et al. (2023) ayudan a explicar nuestros resultados, ya que sugieren una retroalimentación positiva en las personas con alta autoestima y el desarrollo de conductas alimentarias más adaptativas y saludables y una retroalimentación negativa en las personas con baja autoestima y el desarrollo de conductas alimentarias desadaptativas.

En relación a la tercera hipótesis, no se cumple que las personas con motivación extrínseca tengan menores niveles de autoestima. Los resultados muestran que las personas con motivación extrínseca por salud tienen un mayor nivel de autoestima, al igual que las personas con motivación intrínseca de disfrute y competencia. Desde la teoría de la autodeterminación se pueden explicar estos hallazgos: la práctica de ejercicio genera sensaciones placenteras, así como una mayor sensación de control y autonomía al cubrir las necesidades básicas de competencia (sentirnos hábiles en esa práctica y capaces de lograr nuestros objetivos) y autonomía (tener libertad para tomar decisiones y elegir las propias conductas) (Celis-Merchán, 2006).

Nuestros resultados están en línea con los datos obtenidos por Kalia y Chauhan (2025), quienes destacaron el papel del ejercicio en el aumento de la autoestima, encontrando una mejora en el bienestar mental de las personas que practicaban ejercicio físico regularmente. Este aumento en la autoestima global de nuestro estudio podría explicarse, por un lado, por la mejora que la práctica de ejercicio produce en la autopercepción, la autoeficacia, la imagen corporal, así como en la resiliencia emocional y la mejora en capacidad de afrontamiento de los problemas (Kalia y Chauhan, 2025) y, por otro lado, por las razones especificadas en el estudio de Doğan (2015). Este autor argumenta que acudir al gimnasio ayuda a que las personas se perciban más eficientes y productivas, tengan una mayor sensación de control sobre su vida, además de asociar el entrenamiento físico con una mejora en su resiliencia emocional. Otro motivo detrás de la motivación extrínseca por salud, y mencionado en el marco teórico, es aquel que lleva a las personas a realizar ejercicio solamente teniendo en cuenta los beneficios de esta práctica (“es bueno para mi salud”) a pesar de que esta conducta no produzca placer. Esto tendría un posible efecto positivo sobre la autoestima a través de los argumentos mencionados en el párrafo anterior.

Sin embargo, bajo el pretexto de practicar ejercicio por salud y entretenimiento, en ocasiones, la motivación real es controlar el peso y mejorar la figura corporal (Soekmawati et al., 2022), lo cual tiene un efecto en la mejora del autoconcepto físico, componente que podría ayudar a explicar mejor este aumento en la autoestima global. Además, el hecho de que la mitad de nuestra muestra (53.8%) sienta culpabilidad por no cumplir con la planificación propuesta de ejercicio, nos hace pensar que se puede utilizar el pretexto de hacer deporte por salud y disfrute al ser una justificación más aceptada socialmente. En relación con esto, Mond et al. (2008) concluyeron que la culpa por no hacer ejercicio se asoció con síntomas subclínicos de TCA.

Para analizar la cuarta hipótesis se introdujo la autoestima como variable moderadora entre la motivación para la práctica de ejercicio y el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA. Los resultados confirman el papel moderador de la autoestima, pero no confirman que solo afecte a las mujeres, ya que se encontraron relaciones significativas para ambos sexos.

Al analizar la muestra completa (n=65), se observó que la motivación por apariencia se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar síntomas subclínicos de TCA, en personas tanto con niveles altos como bajos de autoestima. Las personas con baja autoestima, factor de riesgo para el desarrollo de TCA como se mencionó anteriormente, tienen mayores niveles de insatisfacción corporal (Ruiz-Bravo et al., 2025), lo cual puede hacer que las personas utilicen la práctica de ejercicio físico como mecanismo de control para mejorar la apariencia física.

Por otra parte, podemos observar que en nuestro estudio la alta autoestima no actúa como factor protector, ya que la motivación por apariencia también se correlaciona con un mayor riesgo de síntomas subclínicos para un nivel alto de la variable autoestima. Este resultado no concuerda con los hallazgos del estudio de Estrada-Araoz et al. (2025), quienes concluyeron que las personas con alta autoestima tenían menor probabilidad de desarrollar conductas alimentarias desordenadas, actuando la alta autoestima como factor protector frente a las presiones sociales en relación con los estándares de belleza. Nuestro hallazgo permite observar cómo, incluso teniendo una buena autoestima, las ideales de belleza y la insatisfacción corporal que conlleva no alcanzarlos, hace que las personas desarrollen

conductas desadaptativas para controlar el peso y la apariencia corporal, aumentando esto el riesgo de síntomas subclínicos de TCA (Stice et al., 2017).

En la muestra total y para un nivel de autoestima alto, se encontró que las personas con una motivación social tenían un menor riesgo de síntomas subclínicos de TCA. Esto concuerda con la teoría de la autodeterminación y la satisfacción de la necesidad de relación, la cual permite a los individuos sentirse conectados con las otras personas (Celis-Merchán, 2006). Además, en la literatura existe evidencia de que el aislamiento social puede ser factor de riesgo para el desarrollo de un TCA (Stice et al., 2017). En un estudio realizado por Rabarbari et al. (2025) sobre el papel de la soledad en los TCA, los autores sugieren que la soledad en poblaciones subclínicas puede ser un factor psicosocial temprano en la aparición de síntomas subclínicos de TCA.

Al analizar la relación entre autoestima, motivación y riesgo de síntomas subclínicos de TCA teniendo en cuenta el género de los participantes, se encontraron patrones específicos para mujeres y hombres, siendo común para ambos que la motivación por apariencia predice mayor riesgo de síntomas subclínicos de TCA en personas con alta autoestima. El hecho de que este motivo sea significativo en las personas con autoestima alta en los tres grupos estudiados (muestra total, mujeres y hombres), nos permite observar que no es suficiente con tener una buena autoestima para prevenir el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA. Las presiones sociales de género (delgadez para las mujeres y musculatura para los hombres) pueden incrementar la insatisfacción corporal, impulsando el desarrollo de hábitos alimentarios y de ejercicio desadaptativos (Abdoli et al., 2025). A pesar de que la autoestima global sea elevada se puede tener un autoconcepto físico bajo, lo cual se relaciona con un mayor riesgo de TCA (Castro-Pérez et al., 2015). Por ejemplo, Bravo-Vela y García-Ramos (2024) hallaron que, en personas que acudían al gimnasio, un nivel alto de autoconcepto físico prevenía conductas de práctica de ejercicio excesivas.

En el grupo de hombres, para aquellos con un nivel de autoestima bajo, se encontró que la motivación por disfrute predecía un mayor riesgo de síntomas de TCA. Estos datos confirman los del estudio de Reche y García (2014), quienes afirman que bajo el pretexto de practicar ejercicio con un objetivo lúdico, los individuos pueden mostrar patrones desadaptativos relacionados con la práctica de ejercicio. Además, Trott et al. (2020) encontraron que practicar ejercicio por placer se correlaciona positivamente con el

desarrollo de síntomas subclínicos de TCA. Esto se debe a que la motivación por disfrute podría enmascarar la búsqueda de aprobación y reconocimiento externo, lo cual ayudaría a mejorar la autoestima (Doğan, 2015). Los gimnasios actuarían como contextos que permitirían a las personas trabajar en sí mismas y recibir esa validación externa a través de la autosuperación (Doğan, 2015). Por tanto, la motivación por disfrute podría encubrir otros motivos más relacionados con presiones estéticas, control del peso o reconocimiento externo, siendo el placer y el disfrute argumentos más aceptados socialmente. En nuestro estudio, que la motivación intrínseca por disfrute sea significativa en diferentes hipótesis también se puede explicar porque las personas que acuden al gimnasio, en ocasiones, lo utilizan como una vía de desconexión y escape de las responsabilidades y problemas del día del día (Doğan, 2015). Por último, en los hombres con alta autoestima, además de la motivación por apariencia, la motivación social también predijo un menor riesgo de desarrollar síntomas de subclínicos de TCA.

Los hallazgos de este estudio nos permiten concluir que es importante conocer la función que cumple la práctica de ejercicio en nuestras vidas, es decir, los motivos y la finalidad con la que se realiza. Esta práctica puede ser utilizada como estrategia de control sobre el peso y la apariencia física, convirtiéndose esta motivación en un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas subclínicos de TCA, a pesar de tener un nivel alto de autoestima global. Esto resalta la importancia que podrían tener las presiones sociales y los ideales de belleza impuestos culturalmente a la hora de querer mejorar la apariencia física, así como la importancia de trabajar la relación con nuestro cuerpo y la aceptación corporal. La literatura muestra los múltiples beneficios que la práctica de ejercicio tiene para el bienestar psicológico y la salud física, mental y social, así como la importancia de promover esta actividad física en las intervenciones de salud mental (Kalia y Chauhan, 2025). Para que esta práctica no se convierta en un riesgo, debe ser incluida de manera flexible en un estilo de vida donde se trabaje una relación sana con la comida y con nuestro cuerpo, considerándolo como una manera de cuidar nuestra salud y no como una obligación, la cual sino se cumple genera culpabilidad.

Por último, estos hallazgos también nos permiten observar la complejidad de la relación entre la práctica de ejercicio y los TCA, particularmente en los contextos donde la práctica de ejercicio se puede convertir en una estrategia para regular el peso y donde las preocupaciones por la apariencia actúan como un impulsor para realizarlo (Ruiz-Bravo et al., 2025). Señalar la importancia de abordarlo desde un enfoque holístico para comprender la etiología multifactorial de estos trastornos (Abdoli et al. 2025).

## 7.1. Limitaciones

A la hora de interpretar los datos es importante tener en cuenta una serie de limitaciones que dificultan la generalización de los resultados a toda la población:

**1)** El tamaño muestral (n=65) es relativamente pequeño, lo cual puede no ser representativo de este tipo de población. Además, el método utilizado para recoger los datos (“bola de nieve”) puede hacer que la muestra esté sesgada a llegar solamente a personas conocidas. En relación con el tamaño muestral, hay que destacar que al categorizar las variables se obtienen grupos pequeños.

**2)** La población de mujeres y hombre no es equitativa (63,1% de mujeres frente al 36,6% de hombres).

**3)** El tipo de análisis utilizado no permite establecer relaciones causales, es decir, no podemos afirmar que una variable produzca cambios en la otra. El diseño correlacional nos permite predecir e identificar asociaciones entre las variables estudiadas, señalando la dirección en la que cambia el efecto de una variable en función de otra.

**4)** La heterogeneidad en la literatura a la hora de operativizar las variables, así como la variabilidad existente en los instrumentos utilizados para recoger dichas variables, pueden dificultar la comparación de resultados. Además, existen escasos estudios que utilicen la autoestima como variable moderadora entre las variables estudiadas en el presente estudio.

**5)** Al realizarse la recogida de datos a través de un cuestionario de autoinforme, existe el riesgo de que algunos participantes no hayan sido completamente sinceros a la hora de contestar las preguntas.

## 7.2. Prospectiva

Este estudio permite ampliar el conocimiento respecto a la importancia que tienen los motivos y la finalidad con la que se practica ejercicio físico en el riesgo de desarrollar síntomas subclínicos de TCA. Los resultados han mostrado que, aun teniendo una buena autoestima global, existe riesgo de desarrollar síntomas subclínicos de TCA cuando la función del ejercicio es mejorar la apariencia física. Esto nos lleva a pensar que sería interesante incluir en investigaciones futuras otras variables diferentes a la autoestima como el autoconcepto físico, la imagen corporal o la autocompasión. La percepción de la imagen corporal ha mostrado actuar como predictor del riesgo de desarrollar síntomas subclínicos de TCA en diferentes estudios (Abdoli et al., 2025; Estrada-Araoz et al., 2025). Tener una buena relación con nuestro cuerpo y una percepción más positiva de la imagen corporal, ayudaría a disminuir la preocupación por el cuerpo y, con ello, disminuir el riesgo de desarrollar conductas propias de los TCA (Estrada-Araoz et al., 2025). Además, estudios recientes sugieren que trabajar la autocompasión y la apreciación corporal ayudaría a promover una imagen corporal más positiva (Marmara et al., 2025). Por ello, incorporar en las intervenciones el trabajo de la autocompasión podría ayudar a proteger de los efectos negativos que tienen la imagen corporal negativa y los síntomas de los TCA. Todo esto resalta la etiología multifactorial de los TCA y la necesidad de trabajar desde un enfoque más holístico (Abdoli et al., 2025).

Por otra parte, los resultados del presente estudio podrían utilizarse para diseñar programas de prevención y detección temprana en personas que quieran iniciarse en la práctica de ejercicio en gimnasios o que ya la practiquen. En estos programas sería interesante trabajar la aceptación corporal y el autoconcepto físico, desmontando las creencias disfuncionales entorno a los ideales de belleza en hombres y mujeres, así como realizar psicoeducación sobre la nutrición (“no hay alimentos buenos y malos”) y la función que esta tiene en nuestras vidas, desmontando mitos erróneos sobre la alimentación y el peso, todo ello desde una perspectiva integral, donde prime el bienestar físico y mental. También sería deseable que los entrenadores de los gimnasios, personas influyentes en los usuarios que acuden a estos contextos, reciban educación sobre los factores de riesgo para el desarrollo de síntomas subclínicos.

Por último, podría ser interesante incluir otras variables que puedan influir en el desarrollo de conductas subclínicas de TCA como los sentimientos de culpabilidad por no cumplir con la práctica de ejercicio. También sería necesario ampliar la muestra para hacerla más representativa de este tipo de población y poder generalizar los resultados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdoli, M., Schiechl, E., Rosato, M. S., Mangweth-Matzek, B., Cotrufo, P. y Hüfner, K. (2025). Body image, self-esteem, emotion regulation, and eating disorders in adults: a systematic review. *Neuropsychiatr*, 39(3), 118–132. <https://doi.org/10.1007/s40211-025-00544-4>
- Ahmad, M. y Zaman, Q. 2025. Performance of Normality Tests Under Non-Normal Distributions: A Simulation Approach. *Pak. Res. J. Soc. Sci.*, 4(1), 1-15.
- Al-Jumayan, A. A., Al-Eid, N. A., AlShamlan, N. A. y Al-Omar, R. S. (2021). Prevalence and associated factors of eating disorders in patrons of sport centers in Saudi Arabia. *Journal of family & community medicine*, 28(2), 94–102. [https://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm\\_113\\_21](https://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm_113_21)
- Arias, A. F., González, E. V. y Vargas, A. V. (2024). Composición corporal y autoestima corporal en usuarios de gimnasios en una población colombiana. *Retos: Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 60, 12-20. <https://doi.org/10.47197/retos.v60.99275>
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M.J., Novalbos-Ruiz, J.P., Canals, J. y Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 8-15. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., revisión del texto; DSM-5-TR). Editorial Médica Panamericana.
- Atienza, F. L., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 22, 29-42.
- Banerjee, I., Ali, A., Deuri, S., Swain, M.R. y Mahanta, P. (2022). “Body image satisfaction and self-esteem among adult gym users and non-users”: A cross-sectional study. *Telangana Journal of Psychiatry*, 8(1), 29-33.
- Beals, K. (2000). Subclinical eating disorders in female athletes. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*. 71(7), 22-29. <https://doi.org/10.1080/07303084.2000.10605173>

- Beckers, D., Burk, W. J., Larsen, J. K. y Cillessen, A. H. (2024). The bidirectional associations between self-esteem and problematic eating behaviors in adolescents. *The International journal of eating disorders*, 57(1), 104–115. <https://doi.org/10.1002/eat.24083>
- Benítez, N., Moreno, F., Pinto, B., De Las Heras, J., Ramallo, Y. y Díaz, C. (2024). A Scoping Review of the Prevalence of Eating Disorders in Spain. *Nutrients*, 16(10), 1513. <https://doi.org/10.3390/nu16101513>
- Bould, H., Newbegin, C., Stewart, A., Stein, A. y Fazel, M. (2017). Eating disorders in children and young people. *BJM*, 359, 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5245>
- Bravo-Vela, C. D. y García-Ramos, D. C. (2024). Dependencia al ejercicio y autoconcepto físico en usuarios de gimnasios . *Revista Científica De Salud BIOSANA*, 4(5), 215–224. <https://doi.org/10.62305/biosana.v4i5.325>
- Brechan, I. y Kvaem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. *Eating behaviors*, 17, 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.008>
- Canals, J. y Arijá-Val, V. (2022). Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 16-26. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04174>
- Cano, M. y Fernández, A. (2017). Anorexia nerviosa y ejercicio físico. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 25, 2795-2809.
- Carrera, Y. (2017). Cuestionario Internacional de actividad física (IPAQ). *Rev. Enferm. Trabajo*, 7(11), 49-54.
- Castellar, A. N., Martínez, M. M., Vallejo, M. E. y Martínez, T. Y. (2024). Riesgo de Trastornos de la conducta Alimentaria en estudiantes Universitarios que asisten al gimnasio. *Ciencia y Tecnología Alimentaria*, 22 (1), 180-191. <https://doi.org/10.24054/limentech.v22i1.3150>
- Castro-Pérez, R., Cachón, J., Valdivia-Moral, P. y Zagalaz, M.L. (2015). Estudio descriptivo de trastornos de la conducta alimentaria y autoconcepto en usuarios de gimnasios. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 10(2), 251-258.

- Celis-Merchán, G. A. (2006). Adaptación al español de la Escala revisada de motivos para la actividad física (MPAM-R) y el Cuestionario de clima deportivo (SCQ). *Avances en Medición*, 4(1), 73-90.
- Chapa, D. A. N., Johnson, S. N., Richson, B. N., Bjorlie, K., Won, Y. Q., Nelson, S. V., Ayres, J., Jun, D., Forbush, K. T., Christensen, K. A. y Perko, V. L. (2022). Eating-disorder psychopathology in female athletes and non-athletes: A meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 55(7), 861–885. <https://doi.org/10.1002/eat.23748>
- Chaucer, V. (2024). A Comparative Study on Self-esteem, Psychological well-being and Body Image among Exercising and Non exercising Young Adults. *International Journal of Interdisciplinary Approaches in Psychology*, 2(9), 68:134.
- Cook, B., Engel, S., Crosby, R., Hausenblas, H., Wonderlich, S. y Mitchell, J. (2014). Pathological motivations for exercise and eating disorder specific health-related quality of life. *The International journal of eating disorders*, 47(3), 268–272. <https://doi.org/10.1002/eat.22198>
- Consejo Superior de Deportes. (2022). *Estadística 2022: Encuesta de hábitos deportivos 2022*. Secretaría General Técnica.
- Díaz-Ceballos, I., Hernández-Morante, J. J. y Reche-García, C. (2024). Trastornos de la conducta alimentaria y bienestar psicológico en deportistas de equipo no élite. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 19(61). <https://doi.org/10.12800/ccd.v19i61.2179>
- Doğan C. (2015). Training at the Gym, Training for Life: Creating Better Versions of the Self Through Exercise. *Europe's journal of psychology*, 11(3), 442–458. <https://doi.org/10.5964/ejop.v11i3.951>
- Estrada-Araoz, E. G., Larico-Uchamaco, G. R., Ruiz-Tejada, J. O., Callata-Gallegos, Z. E., Hanco-Monrroy, D. E., Cutipa-Luque, R., Ferreyros-Yucra, J. E. y Yana-Salluca, N. (2025). Autoestima e imagen corporal como predictores de los trastornos de la conducta alimentaria en futuros docentes de Educación Física. *Retos*, 70, 427-438. <https://doi.org/10.47197/retos.v70.116714>

- Gandarilla, A., Zorrilla B., Sepúlveda, A.R. y Muñoz P.E. (2003). Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Documento Técnico de Salud Pública, nº85. Instituto de Salud Pública.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Vohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gjestvang, C., Bratland-Sanda, S. & Mathisen, T. F. (2021). Compulsive exercise and mental health challenges in fitness instructors; presence and interactions. *Journal of eating disorders*, 9(1), 107. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00446-0>
- González-Cutre, D., Sicilia, A. y Fernández, A. (2010) Hacia una mayor comprensión de la motivación en el ejercicio físico: medición de la regulación integrada en el contexto español. *Psicothema*, 22(4), 841-847.
- Jaruga-Sękowska, S., Staśkiewicz-Bartecka, W. y Woźniak-Holecka, J. (2025). The Impact of Social Media on Eating Disorder Risk and Self-Esteem Among Adolescents and Young Adults: A Psychosocial Analysis in Individuals Aged 16-25. *Nutrients*, 17(2), 219. <https://doi.org/10.3390/nu17020219>
- Joy, E., Kussman, A. y Nattiv, A. (2016). 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *British journal of sports medicine*, 50(3), 154–162. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095735>
- Kalia, S. y Chauhan, A. (2025). Impact of the Gym on Stress and Self-esteem in Young Adults. (2025). *International Journal of Interdisciplinary Approaches in Psychology*, 3(5), 944-953.
- Kawai, k., Tachimori, H., Yamamoto, Y. y Nakatani, Y. (2023). Trends in the effect of COVID-19 on consultations for persons with clinical and subclinical eating disorders. *Medicina Biopsicosocial*, 17(29). <https://doi.org/10.1186/s13030-023-00285-2>
- Krauss. S., Dapp, L. C. y Orth, U. (2023). The Link Between Low Self-Esteem and Eating Disorders: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Clinical Psychological Science*, 11(6), 1141-1158. <https://doi.org/10.1177/21677026221144255>

- Liu, Y. y Cao, Y. (2022). The Effect of Exercise Motivation on Eating Disorders in Bodybuilders in Social Networks: The Mediating Role of State Anxiety. *Computational and mathematical methods in medicine*, 2022 (7223), 1-7. <https://doi.org/10.1155/2022/7426601>
- Lugo-Salazar, K.N. y Pineda-García, G. (2019). Psychometric properties of the Eating Attitudes Test (EAT- 26) in a non-clinical sample of adolescents. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 19(2), 1-11.
- Marí-Sanchis, A., Burgos-Balmaseda, J. y Hidalgo-Borrajo, R. (2022). Eating disorders in sport. Update and proposal for an integrated approach. *Endocrinología, diabetes y nutrición*, 69(2), 131–143. <https://doi.org/10.1016/j.endien.2022.02.016>
- Marmara, J.A., Hosking, W. y McLean S.A. (2025). Examining associations between body appreciation and positive well-being among young adults: A cross-sectional analysis. *J Health Psychol.*, 30(13), 3681-3697.
- Márquez, S. (2008). Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición Hospitalaria*, 23(3), 183-190.
- Martín-Albo, J., Núñez, J.,L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-67.
- Martín-Talavera, L., Gavín-Chocano, Ó., Sanz-Junoy, G. y Molero, D. (2023). Self-concept and self-esteem, determinants of greater life satisfaction in mountain and climbing technicians and athletes. *Eur. J. Investig. Health Psychol*, 13(7), 1188-1201. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13070088>
- Martínez-Sánchez, S. y Munguía-Izquierdo, D. (2017). Ejercicio físico como herramienta para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. (2017). *Revista INFAD De Psicología.*, 4(1), 339-350. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1062>
- Martínez-Sanz, J.M., Urdampilleta, A., Micó, L. y Soriano, J.M. (2012). Aspectos psicológicos y sociológicos en la alimentación de los deportistas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 39-48.

- Martínez-Suárez, V., Suárez-González, F. & López, M. (2022). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 112-120. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04186>
- Mobili, E., Monzón, D.V. y Rubiano, G. R. (2023). Actitudes ante la alimentación y comportamientos obsesivos-compulsivos en usuarios de gimnasios. *MLS Psychology Research*, 6(2), 129-142. <https://doi.org/10.33000/mlspr.v6i2.1609>
- Mond, J., Myers, T. C., Crosby, R., Hay, P. y Mitchell, J. (2008). Excessive exercise' and eating-disordered behaviour in young adult women: further evidence from a primary care sample. *European eating disorders review*, 16(3), 215–221. <https://doi.org/10.1002/erv.855>
- Monthuy-Blanc, J., Corno, G. y Abou Chabake, S. (2023). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic on perceptual disturbances and dysfunctional eating attitudes and behaviors: A review of the literature. *Frontiers in psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1139261>
- Moraleda, E. y de la Calle, L. (2014). Hábitos alimentarios y psicológicos en personas que realizan ejercicio físico. *Nutrición hospitalaria*, 30(6), 1324–1332. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.6.7838>
- Moreno, J. A., Borges, F., Marcos, P. J., Sierra, A. C. y Huéscar, E. (2012). Motivación, frecuencia y tipo de actividad en practicantes de ejercicio físico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 12(48), 649-662.
- Moreno-Murcia, J.A., Cervelló, E. y Martínez, A. (2007). Validación de la Escala de Medida de los Motivos para la Actividad Física- Revisada en españoles: diferencias por motivos de participación. *Anales de psicología*, 23(1), 167-176.
- Ntoumanis, N., Ng YY, J., Prestwich, A., Quested, E., Hancox, J. E., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Lonsdale, C. y Williams, G. C. (2021). A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. *Health psychology review*, 15(2), 214–244. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529>

- Organización Mundial de la Salud. (2020, noviembre 25). *Directrices de la OMS Sobre Actividad Física y Comportamientos Sedentarios: de un vistazo*. <https://iris.who.int/handle/10665/349729>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, septiembre 1). *La salud mental de los adolescentes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pacanowski, C.R., Skubisz, C., Borton, D. y Ryding, R. (2024). Prevalencia y correlatos de los trastornos alimentarios en una gran universidad estatal antes y después del inicio de la pandemia de COVID-19. *J Eat Disord* 12(153). <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01056-2>
- Pérez-Martín, P.S. (2023). Los trastornos de la conducta alimentaria en población adolescente. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 8(2), 25-33.
- Peschel, S. K. V., Sigrist, C., Voss, C., Fürtjes, S., Berwanger, J., Ollmann, T. M., Kische, H., Rückert, F., Koenig, J. y Beesdo-Baum, K. (2024). Subclinical patterns of disordered eating behaviors in the daily life of adolescents and young adults from the general population. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 18(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00752-w>
- Rabarbari, E., Rossi, C., Frisone, F. y Riva G. (2025). Exploring Loneliness in Clinical and Sub-Clinical Eating Disorders: A Systematic Review. *European Eating Disorders Review*, 1-16. <https://doi.org/10.1002/erv.70023>
- Raich, R.M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Ediciones Pirámide.
- Reche, C. y Gómez, M. (2014). Dependencia al ejercicio físico y trastornos de la conducta alimentaria. *Apuntes de Psicología*, 32(1), 25-32. <https://doi.org/10.55414/ezrh8p48>
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M. y Berrocal C. (2010). The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. *Span. J. Psychol*, 13(2), 1044-1056.
- Rozmiarek, M., Grajek, M., Krupa-Kotara, K. y Malchrowicz-Moško, E. (2024). Orthorectic behavior among students and motivation for physical activity, dietary habits, and restrictive eating. *Frontiers in Nutrition*, 11. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1367767>

- Ruiz-Bravo, P., Díaz, G., Rodríguez-Rodríguez, B., Mendoza, N. y García-Merino, S. (2025). Physical Activity and Psychonutritional Correlates of Eating Disorder Risk in Female Health Science Students. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 13(14), 1679. <https://doi.org/10.3390/healthcare13141679>
- Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being". *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Sánchez, A. y León, H. H. (2012). Psicología de la actividad física y del deporte. *Hallazgos*, 9(18), 189-205.
- San Mauro, I., Garicano, E., González, M., Villacorta, P., Megías, A., Miralles, B., Figueroa, M., Sánchez, N. A., Bonilla, M. Á., Arranz, P., Bernal, D., Ruiz, A. M., Moraleda, E. y Calle, L. (2014). Hábitos alimentarios y psicológicos en personas que realizan ejercicio físico. *Nutrición Hospitalaria*, 30(6), 1324-1332. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.6.7838>
- Sauchelli, S., Arcelus, J., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Agüera, Z., Del Pino-Gutiérrez, A. y Fernández-Aranda, F. (2016). Dimensions of Compulsive Exercise across Eating Disorder Diagnostic Subtypes and the Validation of the Spanish Version of the Compulsive Exercise Test. *Frontiers in Psychology*, 7, 1852. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01852>
- Soekmawati, R. J., Victor, V. y Pei Kian, T. (2022). Gym-Goers' Self-Identification with Physically Attractive Fitness Trainers and Intention to Exercise. *Behavioral Sciences*, 12(5), 158. <https://doi.org/10.3390/bs12050158>
- Sorjonen, K., Ghaderi, A. y Melin, B. (2025). Meta-analytic prospective associations between self-esteem and eating disorders appear to be spurious: a reanalysis and comment on Krauss et al. (2023). *Frontiers in psychology*, 7 (16). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1463701>
- Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P. y Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of abnormal psychology*, 126(1), 38–51. <https://doi.org/10.1037/abn0000219>

- Thompson, A., Petrie, T. y Anderson, C. (2017). Eating disorders and weight control behaviors change over a collegiate sport season. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 20 (9), 808-83.
- Toledo-Hinarejos, M., León-Zarceño, E. y Cantón-Chirivella, E. (2023). El rol del deporte en el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria: una revisión de la literatura más reciente (2015- 2020). *Journal of Sport and Health Research*. 15(1), 1-16. <https://doi.org/10.58727/jshr.88671>
- Trott, M., Yang, L., Jackson, S. E., Firth, J., Gillvray, C., Stubbs, B. y Smith, L. (2020). Prevalence and Correlates of Exercise Addiction in the Presence vs. Absence of Indicated Eating Disorders. *Frontiers in sports and active living*, 2, 84. <https://doi.org/10.3389/fspor.2020.00084>
- Vázquez, J., García-Bóveda, J. y Vázquez-Morejón, J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica Española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.
- Villamediana, A. y Baile, J. I. (2021). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en deportistas de alto rendimiento. Revisión sistemática. *Clínica Contemporánea*, 12(2), 1-13. <https://doi.org/10.5093/cc2021a9>
- Wågan, F. A., Darvik, M. D. y Pedersen, A. V. (2021). Associations between Self-Esteem, Psychological Stress, and the Risk of Exercise Dependence. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5577. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115577>
- White, C., Bickner, E. y Racine, S. E. (2023). Gender differences in compulsive exercise facets and their associations with eating disorder symptoms. *Eating behaviors*, 49(1). <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101737>

## ANEXO A. CUESTIONARIO AD HOC

### **Datos sociodemográficos**

**1. Edad:**

**2. Sexo:** hombre/mujer/otro

**3. ¿Reside en España? Si/no**

**4. ¿En qué área se encuentra su ocupación actual?**

- Estudiante o en formación
- Educación (profesorado, pedagogos, psicopedagogos, orientadores educativos, etc.)
- Sanidad y Salud (medicina, enfermería, fisioterapia, psicología, nutrición, odontología, farmacia, terapia ocupacional, veterinaria, etc.)
- Servicios Sociales (atención a la dependencia, trabajadores sociales, intervención comunitaria, etc.)
- Ciencias del deporte/Actividad física/Entrenamiento
- Servicios (comercio, atención al cliente, limpieza, transportes, turismo, peluquería, etc.)
- Administración, finanzas, contabilidad
- Marketing/venta
- Construcción o manufactura
- Arte, cultura o comunicación
- Agricultura/ganadería
- Seguridad y Defensa
- Investigación, ciencia y tecnología
- Otro

**Antes de continuar, ¿tiene diagnosticado un trastorno de la conducta alimentaria (TCA)? Si**

la respuesta es afirmativa, no debe continuar contestando este cuestionario ya que se trata de un criterio de exclusión para poder participar.

- Si
- No

## **Hábitos alimentarios y de práctica de ejercicio físico**

### **5. ¿Cómo practica ejercicio físico habitualmente?**

- Dirigido por un/a entrenador/a (individual o colectivamente)
- Por mi cuenta sin supervisión de un/a entrenador/a
- Combinación de ambas maneras

### **6. ¿Cómo prefiere practicar ejercicio físico?**

- De manera individual
- En grupos/clases colectivas

### **7. ¿Qué tipo de actividad realiza en el gimnasio?**

- Entrenamiento de fuerza/pesas de manera individual
- Entrenamiento aeróbico/cardiovascular de manera individual (cinta, bicicleta, elíptica, etc.)
- Entrenamiento personalizado
- Clases dirigidas (spinning, zumba, body pump, etc.)
- Yoga/pilate/estiramiento
- CrossFit/ Entrenamiento funcional
- Otro:

### **8. ¿Con qué frecuencia practica ejercicio físico? (días por semana)**

- 1-2 veces por semana
- 3-4 veces por semana/
- Más de 4 veces por semana

### **9. ¿En qué momento del día en el que realiza el ejercicio?: poner franjas horarias**

- En ayunas
- Por la mañana (antes de las 12:00h)
- Al mediodía (12:00 – 15:00h)
- Por la tarde (15:00 – 19:00h)
- Por la tarde-noche (a partir de las 19:00h)

### **10. ¿Cuánto tiempo invierte por día en la práctica deportiva?**

- 1hora diaria
- Ente 1-2horas diarias
- Entre 2-3horas diarias

- Más de 4h diarias

**11. ¿Siente culpabilidad sino puede cumplir la planificación de práctica de ejercicio?**

- Si
- No

**12. Respecto a la práctica deportiva: ¿Qué Importancia tiene para usted el ejercicio físico en su día a día?**

- Muy importante
- Moderadamente importante
- Ligeramente importante
- Nada importante

**13. Respecto a su alimentación, ¿sigue algún tipo de dieta o plan alimentario específico?**

- Si
- No

**14. Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué tipo de dieta?**

- Vegana/Vegetariana
- Keto o cetogénica
- Ayuno intermitente
- Algún tipo de dieta hipocalórica
- Algún tipo de dieta hipercalórica
- Por intolerancia/alergia (sin gluten, sin lactosa)
- Otro:

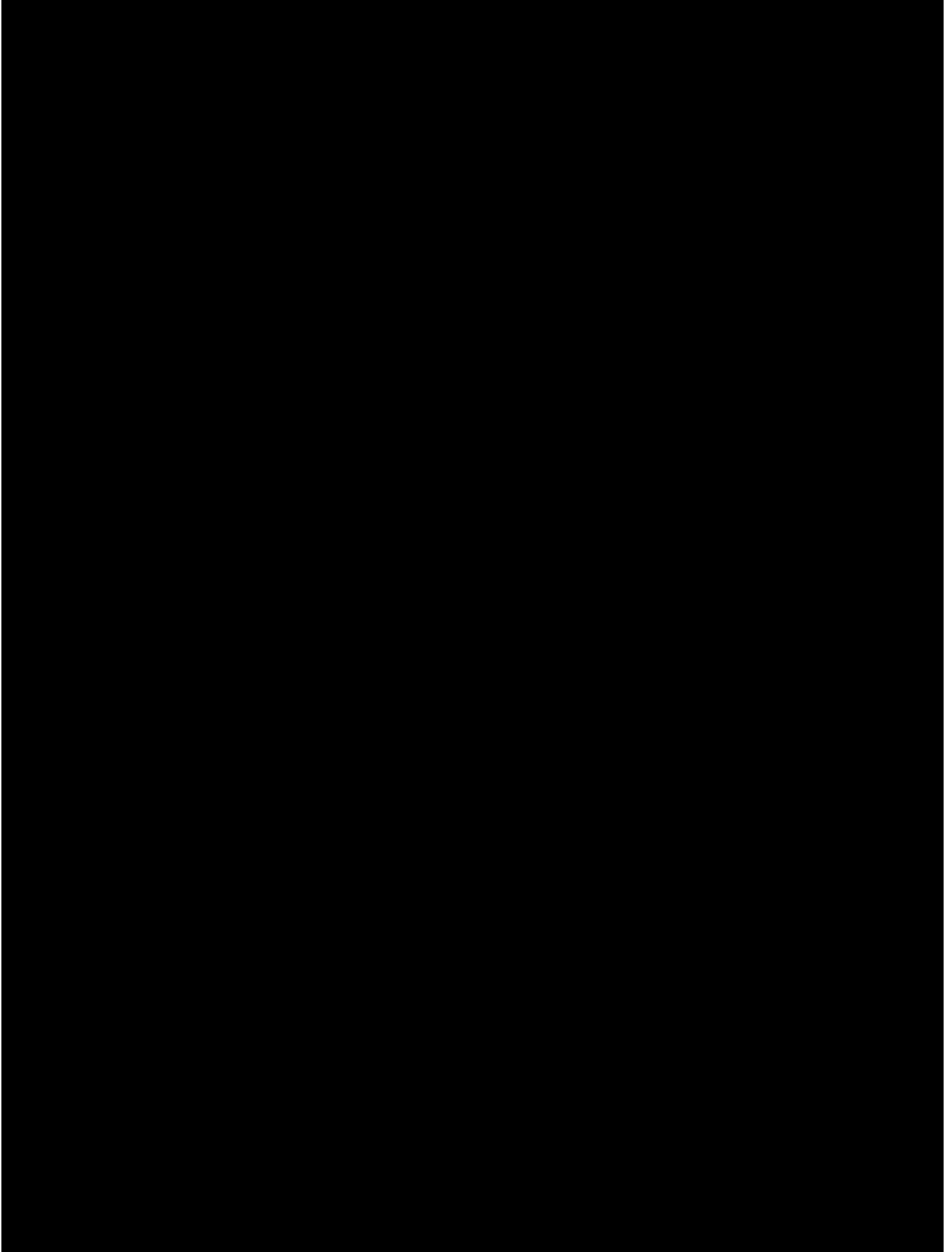
**15. ¿Siente culpabilidad si toma alimentos que están fuera de lo que usted considera “sano/saludable”?**

- Si
- No

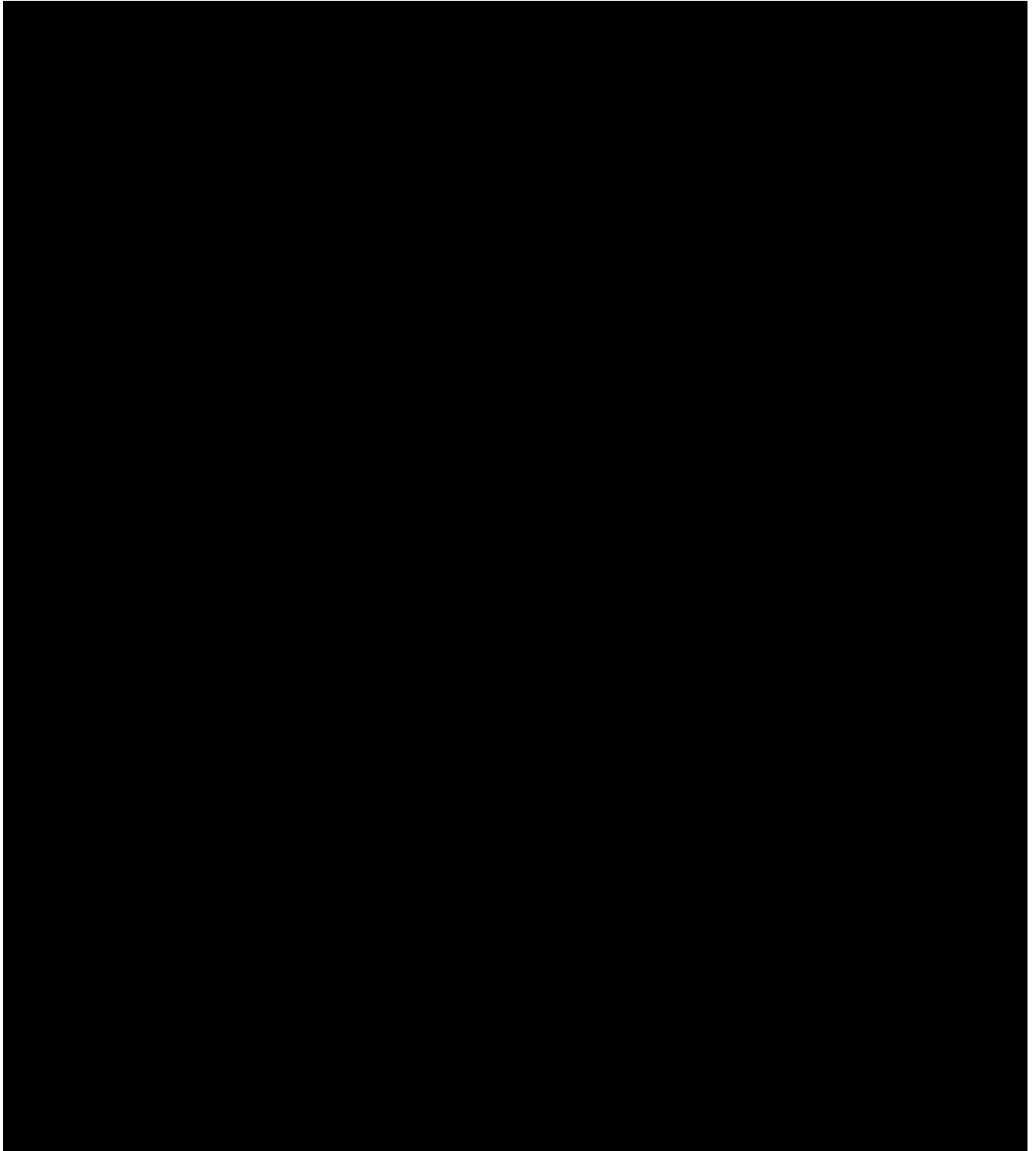
**16. Si la respuesta anterior ha sido afirmativa, ¿realiza alguna conducta compensatoria como aumentar su práctica de ejercicio físico en intensidad, duración y/o frecuencia, provocarse vómitos, tomar diuréticos o restringir la ingesta de comida?**

- Si
- No

## ANEXO B. COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD



## ANEXO C. VALIDACIÓN FAVORABLE POR EL COMITÉ ÉTICO



## ANEXO D. CONSENTIMIENTO INFORMADO

