



Universidad
Nacional
de Loja

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

**Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios
de gimnasios de la ciudad de Loja**

Trabajo de Integración
Curricular previo a la obtención
del título de Médico general

AUTORA:

Cristina Stefania Quezada Aguilar

DIRECTORA:

Dra. María Susana González García, Mg. Sc

LOJA – ECUADOR

2024

Certificación

Loja, 02 de marzo del 2023

Dra. María Susana González García Mg. Sc.

DIRECTORA DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Certifico:

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración del trabajo de integración curricular denominado: **Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja** de autoría de la estudiante Cristina Stefania Quezada Aguilar , con cedula de identidad Nro. 1104131139 previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto apruebo y autorizo su presentación para los tramites del trabajo de integración curricular.

Atentamente,



.....
Dra. María Susana González García Mg. Sc.

DIRECTORA DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Autoría

Yo, **Cristina Stefania Quezada Aguilar**, declaro ser la autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula de identidad: 1104131139

Fecha: 01 de julio del 2024

Correo electrónico: cristinaquezada99@gmail.com/cristina.s.quezada@unl.edu.ec

Teléfono: 0960687273

Carta de autorización por parte de la autora para la consulta, reproducción parcial o total, y/o publicación electrónica de texto completo, del Trabajo de Integración Curricular

Yo **Cristina Stefania Quezada Aguilar**, declaro ser autora del Trabajo de Integración curricular denominado: **Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja**, como requisito para optar el título de **Médico General**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, suscribo en la ciudad de Loja, a un día del mes de julio del dos mil veinte y cuatro.

Firma:

Autor: Cristina Stefania Quezada Aguilar

Cédula: 1104131139

Dirección: Loja, Avenida Eugenio Espejo, Santiago de Veraguas y Lima.

Correo electrónico: cristinaquezada99@gmail.com

Teléfono: 0960687273

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora del Trabajo de Integración Curricular: Dra. María Susana González García, Mg.Sc

Dedicatoria

A mis padres, hermana y abuelitos, por apoyarme de manera incondicional, me han motivado a alcanzar mis metas, han confiado en mí y me han dado razones para no rendirme. También dedico esta tesis a mis mascotas, que me han brindado un cariño genuino. Este logro se lo debo a mi familia, que me ha permitido concluir con éxito este proyecto de investigación.

Cristina Stefania Quezada Aguilar

Agradecimiento

Primeramente, quiero agradecer a Dios, por haberme brindado la oportunidad de estudiar esta carrera y realizar con éxito esta investigación. Agradezco a mi familia por ser el mejor ejemplo de superación, humildad y sacrificio.

Mi más profundo agradecimiento a mi directora de tesis, Dra. María Susana González García, por su tiempo, esfuerzo y paciencia para culminar este proyecto.

Gracias al personal docente, administrativo y de servicio que conforma la Universidad Nacional de Loja por el aporte significativo durante el transcurso de mi carrera.

Agradezco a los gerentes propietarios de los gimnasios y a las personas que participaron en este estudio.

Cristina Stefania Quezada Aguilar

Índice de Contenidos

| | |
|--|-----|
| Portada | i |
| Certificación | ii |
| Autoría | iii |
| Carta de autorización | iv |
| Dedicatoria | v |
| Agradecimiento | vi |
| Índice de Contenidos..... | vii |
| Índice de Tablas..... | x |
| Índice de Figuras..... | xi |
| Índice de Anexos..... | xii |
| 1. Título | 1 |
| 2. Resumen..... | 2 |
| 2.1 Abstract..... | 3 |
| 3. Introducción..... | 4 |
| 4. Marco teórico | 7 |
| 4.1 Imagen corporal | 7 |
| 4.1.1 Componentes..... | 7 |
| 4.1.1.1 Componente perceptual | 7 |
| 4.1.1.2 Componente cognitivo-afectivo | 7 |
| 4.1.1.3 Componente conductual..... | 7 |
| 4.1.2 Construcción de la Imagen Corporal | 7 |
| 4.1.3 Factores que afectan la imagen corporal..... | 8 |
| 4.1.4 Imagen corporal masculina vs femenina | 9 |
| 4.1.5 Alteraciones de la imagen corporal: Trastorno de dismorfia corporal..... | 10 |
| 4.2 Dismorfia muscular..... | 11 |
| 4.2.1 Conceptualización histórica: Origen de Dismorfia Muscular | 12 |
| 4.2.2 Epidemiología | 12 |
| 4.2.3 Etiología | 13 |
| 4.2.4 Cuadro clínico | 14 |
| 4.2.5 Diagnóstico | 15 |
| 4.2.6 Instrumentos | 17 |
| 4.2.6.1 Escala de Satisfacción Muscular (ESM). | 17 |
| 4.2.6.2 Cuestionario del Complejo de Adonis..... | 17 |
| 4.2.6.3 Inventario de Dismorfia Muscular | 17 |
| 4.2.7 Tratamiento | 18 |
| 4.2.7 Consumo de sustancias ergogénicas | 18 |

| | |
|---|----|
| 4.2.7.1 Suplementos nutricionales..... | 19 |
| 4.2.7.2 Sustancias farmacológicas..... | 19 |
| 4.2.7.3 Esteroides anabólicos androgénicos..... | 19 |
| 4.3 Conductas alimentarias..... | 20 |
| 4.3.1 Factores que determinan la alimentación..... | 20 |
| 4.3.2 Alimentación saludable..... | 21 |
| 4.3.2.1 Satisfacción Psicoemocional..... | 21 |
| 4.3.2.2 Satisfacción Sociocultural..... | 21 |
| 4.3.2.3 Satisfacción a nivel sociológico..... | 21 |
| 4.3.3 Requerimientos para una conducta alimentaria saludable..... | 21 |
| 4.3.4 Macronutrientes..... | 21 |
| 4.3.4.1 Hidratos de carbono..... | 21 |
| 4.3.4.2 Lípidos..... | 22 |
| 4.3.5.1 Vitaminas..... | 22 |
| 4.3.5.2 Minerales..... | 22 |
| 4.3.6 Perfil Nutricional en Ecuador..... | 22 |
| 4.4 Conductas Alimentarias de Riesgo..... | 23 |
| 4.4.1 Clasificación..... | 23 |
| 4.4.1.1 Conductas restrictivas..... | 23 |
| 4.4.1.2 Conductas purgativas..... | 24 |
| 4.4.1.3 Atracónes..... | 24 |
| 4.4.2 Epidemiología..... | 24 |
| 4.4.3 Etiología..... | 25 |
| 4.4.4 Cuadro clínico..... | 26 |
| 4.4.5 Complicaciones..... | 28 |
| 4.4.5.1 Anorexia nerviosa..... | 28 |
| 4.4.5.2 Bulimia nerviosa..... | 29 |
| 4.4.5.3 Trastorno por Atracón..... | 30 |
| 4.4.5.4 Otro trastorno alimentario especificado..... | 30 |
| 4.4.5.5 Trastorno alimentario no especificado:..... | 31 |
| 4.4.5.6 Trastorno por evitación de ingesta de alimentos..... | 31 |
| 4.4.6 Diagnóstico..... | 32 |
| 4.4.7 Tratamiento..... | 34 |
| 5. Metodología..... | 35 |
| 5.1 Área de estudio..... | 35 |
| 5.2. Enfoque metodológico..... | 35 |
| 5.3 Tipo de diseño utilizado..... | 35 |

| | |
|--|----|
| 5.4 Unidad de estudio | 35 |
| 5.5 Universo | 35 |
| 5.6 Muestra | 35 |
| 5.7 Criterios de inclusión | 36 |
| 5.8 Criterios de exclusión | 36 |
| 5.9 Técnicas..... | 36 |
| 5.10 Instrumentos | 36 |
| 5.11 Procedimiento: | 37 |
| 5.12 Equipos y materiales | 38 |
| 6 Resultados..... | 39 |
| 6.1 Resultados para el primer objetivo | 40 |
| 6.2 Resultados para el segundo objetivo..... | 42 |
| 6.3 Resultados para el tercer objetivo | 43 |
| 7. Discusión..... | 44 |
| 8. Conclusiones..... | 46 |
| 9. Recomendaciones..... | 47 |
| 10. Bibliografía | 48 |
| 11. Anexos | 56 |

Índice de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Características sociodemográficas de los usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja, período octubre 2022 a marzo 2023 | 39 |
| Tabla 2. Dismorfia muscular de acuerdo a edad en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja, período octubre 2022 a marzo 2023..... | 40 |
| Tabla 3. Dismorfia muscular de acuerdo a sexo en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja período octubre 2022 a marzo 2023 | 41 |
| Tabla 4. Conductas alimentarias de riesgo de acuerdo a edad en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja período octubre 2022 a marzo 2023..... | 42 |
| Tabla 5. Conductas alimentarias de riesgo de acuerdo a sexo en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja período octubre 2022 a marzo 2023..... | 42 |
| Tabla 6. Relación entre dismorfia muscular y la conducta alimentaria en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja período octubre 2022 a marzo 2023 | 43 |
| Tabla 7. Relación entre dismorfia muscular y la conducta alimentaria en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja período octubre 2022 a marzo 2023 | 43 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Cuadro clínico de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa..... | 28 |
| Figura 2. Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa de acuerdo al CIE-10 Y EL DSM-V..... | 29 |
| Figura 3. Criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa según el CIE-10 y el DSM-V..... | 30 |
| Figura 4. Criterios diagnósticos para los Trastornos de restricción de alimentos según el DSM-V..... | 32 |
| Figura 5. Ubicación geográfica de los gimnasios de estudio..... | 35 |

Índice de Anexos

| | |
|--|----|
| Anexos 1. Pertinencia del proyecto de Integración Curricular | 56 |
| Anexos 2. Designación de director de tesis | 57 |
| Anexos 3. Autorizaciones para recolección de datos | 58 |
| Anexos 4. Certificación de Abstract | 62 |
| Anexos 5. Consentimiento Informado | 63 |
| Anexos 6. Hoja de recolección de información sociodemográfica..... | 65 |
| Anexos 7. Escala de satisfacción muscular | 66 |
| Anexos 8. Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo | 68 |
| Anexos 9. Evidencias de la recolección de datos | 69 |
| Anexos 10. Proyecto de Tesis | 71 |

1. Título

Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja

2. Resumen

La dismorfia muscular, es un trastorno psicológico, donde la persona se obsesiona con desarrollar musculatura para obtener un físico perfecto. La idealización de la imagen corporal ha cambiado a un ritmo vertiginoso y peligroso hoy en día, por lo que el ejercicio físico y la alimentación se han convertido en los medios más destacados para conseguir los estándares de belleza actuales. El objetivo de la investigación es determinar la presencia de dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja durante el período octubre 2022 a marzo 2023. Para ello, se desarrolló un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, de diseño transversal. Se aplicó la escala de satisfacción muscular y cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo a una muestra de 228 personas. El 46,05 % de la población presentó Dismorfia Muscular, de estos el 25,44% tiene 18 a 20 años de edad; 14,91 % 21 a 30 años; 4,39% 31 a 40 años y 1,32% 41 a 50 años. Con respecto al sexo, hay afectación del 31,58% de hombres y 14,47%.de mujeres. En cuanto a las conductas alimentarias de riesgo, 30,26 % de usuarios presentan alto riesgo, de estos 16,23% presentan 18 a 20 años; 8,77 % 21 a 30 años; 3,95% 31 a 40 años y 1,32% 41 a 50 años. De la población con alto riesgo, 16,23 % pertenece al sexo masculino y 14,04 % al sexo femenino. Además, se encontró una relación estadísticamente significativa entre dismorfia muscular y la conducta alimentaria de los usuarios. De este modo se ha podido determinar que la dismorfia muscular tiene mayor repercusión en el sexo masculino y en la población más joven, asimismo esta población es más vulnerable de presentar conductas alimentarias de alto riesgo, afectando tanto a hombres como mujeres.

Palabras clave: Trastorno dismórfico corporal, conducta alimentaria, dieta, ejercicio físico

2.1 Abstract

Muscle dysmorphia is a psychological disorder, where the person is obsessed with developing muscles to obtain a perfect physique. The idealization of body image has changed at a dizzying and dangerous pace nowadays, so that physical exercise and nutrition have become the most prominent means to achieve current beauty standards. The objective of the research is to determine the presence of muscle dysmorphia and eating behaviors in users of gyms in the city of Loja during the period October 2022 to March 2023. For this purpose, a study with a quantitative, descriptive, cross-sectional design approach was developed. The muscle satisfaction scale and a brief questionnaire of risky eating behaviors were applied to a sample of 228 people. 46.05% of the population presented Muscular Dysmorphia, of these 25.44% are 18 to 20 years old; 14.91% 21 to 30 years old; 4.39% 31 to 40 years old and 1.32% 41 to 50 years old. With respect to sex, 31.58% of men and 14.47% of women were affected. Regarding risky eating behaviors, 30.26% of users are at high risk, of which 16.23% are 18 to 20 years old; 8.77% are 21 to 30 years old; 3.95% are 31 to 40 years old and 1.32% are 41 to 50 years old. Of the high-risk population, 16.23% were male and 14.04% were female. In addition, a statistically significant relationship was found between muscle dysmorphia and the eating behavior of the users. Thus, a statistically significant relationship was found between muscle dysmorphia and eating behavior of the users.

Key words: body dysmorphic disorder, eating behavior, diet, physical exercise.

3. Introducción

La dismorfia muscular, es un trastorno de carácter psicológico, en el que la persona se obsesiona con desarrollar cambios significativos en su musculatura para obtener el físico ideal. Este trastorno tiene mayor repercusión en la sociedad actual, especialmente debido a la influencia de las redes sociales, que se han ensañado en crear estándares de belleza alejados de la realidad, basados en hombres con grandes músculos y mujeres delgadas esbeltas (Cartaya et al., 2020). De esta forma, se expone al cuerpo como un objeto que se puede moldear fácilmente, convirtiendo así el aspecto físico como referente más significativo de la identidad de un individuo, es por ello que las personas afectadas tienden a aplicar regímenes estrictos en su actividad física y alimentación.

Dado que la dismorfia muscular es un trastorno poco conocido, no se han realizado estudios a gran escala por lo que no se puede saber con precisión qué tan común es, sin embargo, en base a la limitada investigación se puede conocer que existen cifras de prevalencia que oscilan entre el 2% y el 56% con una media del 19,5% (Martinez, 2022). Asimismo, en Europa se han determinado 700 000 casos, en Latinoamérica los estudios son escasos, sin embargo, en México se estiman cifras de alrededor 90 000 casos asociados a este trastorno (Hernández et al., 2023).

En el caso de Ecuador, de igual forma existe una comprensión limitada sobre este trastorno, a pesar de ello dentro las investigaciones realizadas, los resultados encontrados demuestran que el 15% de los hombres con dismorfia muscular padecen casos severos (Terán y Alcivar, 2020). De igual forma, en la ciudad de Loja existe un único estudio sobre este trastorno aplicado a una misma población de riesgo, fue realizado en el año 2015 y demostró que el 25.7% de usuarios de gimnasios presentaban tendencia a desarrollar dismorfia muscular (González, 2015).

Los especialistas en salud mental informan que las personas que padecen dismorfia muscular tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales que la población en general. Asimismo, se conoce que del 50 al 100 % de los afectados, consumen o han consumido alguna vez esteroides anabólicos para aumentar su masa muscular (Esquivel et al., 2022). De acuerdo a estudios realizados a nivel global sobre el consumo de sustancias, las anfetaminas y estimulantes ocupan el segundo lugar, siendo 37 millones los consumidores con una prevalencia de 0,77% (Secretaria Técnica de Prevención Integral de drogas, 2021). El problema radica en que el consumo de estas sustancias se realiza de manera indiscriminada, sin supervisión médica y las consecuencias son catastróficas, pues producen riesgo de sufrir infartos, aumento de riesgo de aterosclerosis, colestasis hepática, atrofia de los testículos, ginecomastia, además alteraciones en el comportamiento como tendencia suicida y agresividad (Bermudez et al., 2023).

A lo largo de la historia, el concepto de imagen corporal ha ido evolucionando, especialmente debido a la publicidad comercial que con sus mensajes promueve el físico perfecto, se ha comprobado que uno de cada cuatro anuncios que llegan a un público femenino, invitan a la mujer a perder peso (Girón y Pari, 2021). En relación a ello, las estadísticas exponen que las mujeres tienen mayor insatisfacción con su físico y una percepción errónea de su imagen corporal. Sin embargo, la situación ha ido cambiando paulatinamente, y cada vez aumentan los hombres que desarrollan preocupación por su físico, según una investigación realizada en Estados Unidos en 1972, el 85% de los hombres estuvieron satisfechos con su aspecto corporal, en la actualidad, se realizó un estudio similar a cargo de la revista Body Image donde se evidenció que esa cifra ahora corresponde a un 28% (Hosseini, 2023).

Idealizar la imagen corporal aumenta el riesgo de adoptar conductas alimentarias riesgosas como dietas restrictivas, atracones y purgas, estas alteraciones son alarmantes, pues son la base para desarrollar Trastornos de la conducta alimentaria. Se estima que, a nivel mundial, anualmente se pierden alrededor de 3,3 millones de años de vida saludable a causa de los trastornos alimentarios (Astudillo, 2020). En Estados Unidos, la anorexia nerviosa se sitúa dentro de las tres principales enfermedades crónicas después de la obesidad y el asma, en Ecuador los datos estadísticos sobre esta problemática son escasos, sin embargo, según estudios se menciona que la anorexia y la bulimia son dos de los trastornos más frecuentes, no obstante, a pesar de que su impacto aumenta a diario, son muchos los casos que no llegan a diagnosticarse (Ortiz y Bonilla, 2022).

Un estudio realizado en 16 países en un grupo de niños y adolescentes estableció que el 30% de mujeres y el 17 % de hombres sufren trastornos alimentarios, pero además se destacó que aquellos que tenían sobrepeso eran más propensos a desarrollar estas alteraciones (López et al., 2023). La Organización Panamericana de Salud ha creado estrategias para prevenir la Obesidad, entre ellas se encuentra el Plan de acción dirigido a niños y adolescentes, una de las propuestas de este plan es proteger a la juventud de los medios publicitarios que incentivan el consumo de productos con elevadas calorías. En relación a ello, no hay que dejar de lado el hecho de que estas medidas pueden tergiversarse y generar auto rechazo, por ello la importancia de promover programas y abordar temas basados en la imagen corporal. De hecho, así como se intenta combatir la obesidad, de la misma forma se debería proteger a la población de los anuncios publicitarios que promueven estereotipos inalcanzables e inseguridades.

La forma en que se percibe una persona así misma y los parámetros de belleza han cambiado a un ritmo vertiginoso y peligroso desde el impacto que han tenido las redes sociales, por lo que el ejercicio físico y la alimentación se han convertido en dos de los medios más destacados para conseguir los estándares de belleza actuales. De acuerdo a ello, en la

actualidad no sería sorprendente identificar personas que se encuentren afectadas por trastornos mentales como la dismorfia muscular y que a su vez experimenten conductas alimentarias de riesgo.

El Plan de Acción Integral de Salud Mental propuesto por la OMS destaca la importancia de conservar y mantener una buena salud mental, y entre sus objetivos se encuentra promover la investigación asociada a trastornos mentales para lograr medidas eficaces, pues en países de bajos ingresos un 76% a 85 % de sujetos con trastornos mentales no reciben tratamiento, mientras que en países de altos ingresos las cifras son del 35% a 50% (Organización Mundial de la Salud, 2020). Como lo reflejan las estadísticas, la salud mental aun no recibe la importancia que merece, por ello es tan esencial aportar con este tipo de investigaciones.

En la ciudad de Loja, los estudios asociados a esta problemática son escasos, por lo que esta investigación podría dar lugar a avances sustanciales en el conocimiento de este tipo de trastornos. Por tanto, para el desarrollo de este estudio se ha planteado como objetivo general, determinar la presencia de dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja. En cuanto a los objetivos específicos se propuso identificar la existencia de dismorfia muscular, determinar existencia de conductas alimentarias de riesgo, de acuerdo a edad y sexo y establecer la relación entre dismorfia muscular y la conducta alimentaria en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja.

Este estudio toma particular importancia dentro del objetivo 3 de desarrollo sostenible, que se basa en promover la salud y bienestar de la población. Asimismo, se centra en el área de salud mental y trastornos del comportamiento, en la línea de Trastornos alimentarios y en la sublínea de impacto psicosocial como parte de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública. De igual forma se enfoca en las líneas de investigación de la carrera de Medicina de la Facultad de Salud Humana: Salud enfermedad del adolescente y del adulto.

4. Marco teórico

4.1 Imagen corporal

La imagen corporal engloba percepciones, sentimientos y pensamientos que un individuo tiene sobre su propio cuerpo. Se han planteado varios conceptos sobre este término, de tal forma que, desde una perspectiva neurológica, la imagen corporal corresponde a la unidad de experiencias desarrolladas en la corteza cerebral dentro del sistema somatosensorial, y como estas llegan a influir en la manera que se percibe una persona (Hosseini, 2023).

4.1.1 Componentes

La imagen corporal está construida a base de tres componentes:

4.1.1.1 Componente perceptual. Se basa en si una persona se observa apreciando sus atributos o si lo hace de manera despectiva, este componente representa la visión que cada persona tiene de su figura corporal y apariencia física (Andres, 2022). Esta no siempre es una representación objetiva, pues el desequilibrio de este componente puede conllevar a que se produzca alteración de las proporciones verdaderas del cuerpo.

4.1.1.2 Componente cognitivo-afectivo. Este componente profundiza en los sentimientos guardados de cada individuo en relación a sus características físicas, en este apartado se pueden encontrar sentimientos positivos como la alegría, la felicidad o negativos como la tristeza o el odio, todos estos sentimientos son fruto de su apariencia (Andres, 2022).

4.1.1.3 Componente conductual. Hace referencia a las actitudes, conductas o comportamientos que el sujeto realiza en función de su apariencia corporal (Hosseini, 2023). Si una persona está feliz consigo estará dispuesta a socializar, mientras que por el contrario si no lo está se alejará de su círculo social, evitará eventos públicos o evitará salir en fotografías.

4.1.2 Construcción de la Imagen Corporal

La imagen corporal se construye desde la infancia. Un niño a la edad de 4 años puede sentirse valorado por los demás a partir de gestos de las personas en su alrededor por ejemplo cumplidos admirando su belleza. Asimismo, la escuela es el primer medio de interacción con la sociedad, los niños viven nuevas experiencias, empiezan a descubrir sus intereses, en el caso de los hombres eligen deportes más enérgicos como fútbol, mientras que en el caso de las mujeres enfocan su atención en actividades como baile, canto o en temas más específicos como la belleza. A partir de estas preferencias se empieza a generar la creencia de que el hombre representa fuerza y la mujer belleza y delicadeza. Mientras van creciendo los niños le dan un valor más importante a su apariencia física como corporal, y uno de sus objetivos es la aprobación social (Ortega, 2023).

El deseo de aprobación aumenta cada vez, convirtiéndose en una necesidad, luego empiezan a plantearse las comparaciones, el hecho de querer parecerse a un artista o algún

amigo, en general, de la persona que admiren su apariencia. Por otro lado, cabe señalar que este escenario como lo es la escuela, es donde se puede generar una gran distorsión y percepción errada de la imagen corporal, debido al acoso o burlas de los compañeros. Existe un potente vínculo entre el acoso, comentarios ofensivos recibidos en la niñez y las alteraciones asociadas a la imagen corporal que se presentan durante la adultez (Perez et al., 2023).

4.1.3 Factores que afectan la imagen corporal

La insatisfacción corporal influye de manera negativa en las personas, afecta en su desempeño académico o carrera profesional, en sus relaciones sociales, vínculos afectivos, en general en la calidad de vida, por ello es importante que se identifiquen los factores desencadenantes que se mencionan a continuación:

- Índice de masa corporal (IMC): Las personas obesas, con sobrepeso o extremadamente delgadas tienden a mostrar actitudes afectivas negativas hacia su cuerpo, estos pensamientos y sentimientos negativos conllevan a una distorsión corporal, generando ya sea una subestimación o sobreestimación de su figura. Como lo indica Ortiz y Fernandez (2022) la subestimación es percibir el cuerpo más pequeño que el IMC real y la sobreestimación es percibir el cuerpo mucho más grande que el IMC real. Esto tiene un gran impacto negativo en la salud mental, se asocia con una baja autoestima y un mayor riesgo de desarrollar depresión.
- Familia: La familia influye de manera muy significativa a medida que los niños desarrollan la necesidad de aprobación y admiración por parte de sus padres, quienes bien pueden ser pilares fundamentales y protectores para evitar estos trastornos o al contrario, ser partícipes para que sus hijos desarrollen rechazo de su imagen corporal. Al realizar comentarios negativos dirigidos a promover dietas, tienen el poder de reforzar la autocrítica y estimular a que sus hijos se juzguen ellos mismos o a los demás según su aspecto físico. Al hacer esto, alientan a que las futuras generaciones continúen con el legado y tradición de conservar los ideales culturales de la imagen corporal para encajar en la sociedad (Segura et al., 2022).
- Impacto Social: Como necesidad de aceptación social, el ser humano se esfuerza por perder peso o ganar músculo, por ello tanto las mujeres como los hombres intentan mantenerse de una forma corporal, la cual sea socialmente aceptable. De acuerdo a Venegas y Gonzalez (2020) los individuos observan, imitan y refuerzan su comportamiento para aumentar la probabilidad de lograr cumplir con los estándares de la sociedad, y especialmente son los adolescentes quienes son un grupo vulnerable que desean aprobación constante para lograr ser integrados en los grupos populares. Las burlas y el acoso que surgen por el peso de una persona durante la etapa de la adolescencia tienen una gran influencia en la autopercepción corporal del individuo.

- Tecnología, medios de comunicación y redes sociales: Hoy en día los niños, adolescentes y adultos ya sea jóvenes o mayores se encuentran sumergidos en la tecnología, por esta razón absorben todo lo que visualizan o escuchan en los diferentes medios de comunicación, por ejemplo, televisión, teléfonos, revistas o periódicos. De igual modo, la información que se difunde sobre estereotipos físicos ideales o apariencias perfectas se transmite mediante las redes sociales, que son el principal medio de consumo de las personas hoy en día. Para Santos (2022), la gente que tiene mayor interacción en las redes sociales son las que más distorsionada tienen la percepción sobre su imagen corporal. En las redes como Facebook, Instagram o TikTok los usuarios observan fotografías rigurosamente editadas y seleccionadas, se aprecian cuerpos muy perfectos sin ningún defecto, esto genera que los espectadores que están viendo la pantalla se encuentren ante una comparación constante con los ideales de perfección e incentiva a las personas a que adquieran estos estándares para su propio cuerpo.
- Autoestima: Para Nápoles et al. (2022) la imagen corporal está vinculada con el concepto que ha construido el individuo sobre sí mismo, de tal manera que una persona que siente admiración y amor propio es un factor protector, y como resultado no habría lugar a pensamientos destructivos sobre su imagen corporal, incluso si la persona se enfrenta a juicios o críticas perjudiciales por parte de los demás. En este factor encontramos tres sentimientos que componen la dignidad de una persona: El sentimiento de que es único, el sentimiento de que forma parte de una familia y el sentimiento de sentirse amado, estos tres sentimientos debe reforzarse para evitar trastornos asociados a la imagen corporal.

4.1.4 Imagen corporal masculina vs femenina

El deseo de representar al hombre o a la mujer ideal ha persistido desde la antigüedad, en cada período de la historia existió la idea de cómo debería ser el estándar de belleza masculina y femenina. Es así que, en distintas épocas, en la antigua Grecia, el período medieval y la era del Renacimiento se creó el ideal de belleza para juzgar o considerar a una persona atractiva o no (Inzunza et al., 2023).

Las percepciones sobre la belleza y los distintos tipos de cuerpo no sólo varían según la cultura, sino que han ido evolucionado significativamente a lo largo de la historia. Actualmente el ideal masculino se basa en una pirámide invertida con hombros anchos, cintura pequeña, músculos grandes y con un abdomen marcado. Por su parte Hernandez (2023), menciona que el ideal femenino es un reloj de arena, caderas anchas, senos grandes, cintura pequeña, abdomen plano. En relación a los anterior estas variaciones en los ideales de belleza a menudo reflejan los roles que se espera que cumplan las mujeres y los hombres en una sociedad determinada.

La insatisfacción con la imagen corporal siempre se ha asociado principalmente con las mujeres, sin embargo, esta afección también puede afectar a los hombres, pudiendo ser psicológicamente más dañino para ellos que para las mujeres. Valle y Ramos (2024) mencionan que a veces se piensa que los problemas de imagen corporal afectan solo a las mujeres, pero estudios demuestran que los hombres regularmente también luchan por cambiar su imagen corporal.

Para las mujeres, los problemas de esta índole surgen de la presión para ajustarse al ideal de delgadez, de esta forma un cuerpo esbelto y el peso son factores importantes que definen su atractivo. Mientras que, en el caso de los hombres, muchos se sienten con la presión de que deben ser musculosos y atléticos, sin embargo, hay factores que ellos no pueden controlar como la altura, hay quienes consideran que los hombres con una estatura por encima de 1,70 son más atractivos (Beltran, 2023). Por estas razones la mayoría de las investigaciones se han realizado en torno a la imagen corporal femenina, por lo que la investigación sobre la imagen corporal masculina, todavía carece de profundidad a pesar de que está siendo más popular.

Además, otro tema a señalar es que los hombres mencionan que se sienten menos dignos de pedir ayuda, y esto se lo debe asociar con una mayor probabilidad de que los hombres con trastornos psicológicos permanecen sin diagnosticar. Por todo lo expuesto anteriormente quizás no sea sorprendente que la insatisfacción corporal estuviera universalmente relacionada con una menor calidad de vida y una mayor angustia psicológica tanto en hombres como en mujeres (Santos, 2022).

Las personas quienes experimentan insatisfacción corporal se puede obsesionar con tratar de cambiar la forma de su cuerpo para tratar de sentirse mejor consigo mismas, pero ello los puede llevar a realizar conductas poco saludables, lo que ya se convierte en algo patológico, de esta forma desarrollan trastornos como dismorfia corporal o alteraciones en el patrón de alimentación.

4.1.5 Alteraciones de la imagen corporal: Trastorno de dismorfia corporal

El trastorno dismórfico corporal (TDC), es un trastorno mental que pasa por desapercibido en nuestra sociedad, pero se presenta con gran frecuencia a nivel mundial y puede generar consecuencias graves en la salud. Para Muñoz et al. (2024) los pacientes que padecen este trastorno creen que tienen un aspecto deforme, piensan por ejemplo que tienen una nariz grande o una piel con muchas cicatrices, cuando la realidad es que tienen un aspecto normal. Debido a sus preocupaciones sobre la apariencia, pueden abstenerse de socializar, quedarse confinados en sus casas e incluso llegar a tener pensamientos suicidas.

Un psiquiatra italiano, Enrico Morselli, describió por primera vez el TDC hace ya más de 100 años, señalando que la persona que sufre este trastorno, es un individuo infeliz, que en su diario vivir se ve invadido por pensamientos como el miedo o preocupación sobre algún

defecto de su aspecto físico (Bermudez et al., 2023).

Las personas con TDC se obsesionan pensando que hay algo malo en su apariencia, a pesar de que el defecto percibido por ellos es en realidad algo mínimo, en estos casos, los afectados pueden describirse a sí mismos como poco atractivos o deformes, sus preocupaciones se centran en la cara o la cabeza. Los pensamientos sobre la apariencia física se convierten en algo difícil de controlar y, en promedio, estos pensamientos pueden estar asechando su mente 3 a 8 horas al día (Marron et al., 2024).

Este tipo de trastornos se asocian con miedos al rechazo y sentimientos de baja autoestima, vergüenza, y no ser dignos de ser amados. Tondi (2023) señala que la mayor parte de este tipo de pacientes tiene ideas poco realistas, pensando que las personas de su alrededor prestan especial atención a sus defectos, imaginan que los demás están hablando o burlándose de su apariencia.

Gran parte de los pacientes realizan conductas muy repetitivas y compulsivas para mejorar u ocultar el defecto que les preocupa, algunos de los comportamientos comunes que se incluyen es mirarse en el espejo con gran frecuencia, compararse con otros, arreglarse excesivamente, cambiarse de ropa varias veces en el día o realizar dietas excesivas (Tondi, 2023). Las personas con TDC pueden tener pocos o ningún amigo y evitan interacciones sociales, la mayoría de los pacientes también tienen un deterioro en el ámbito académico, laboral y familiar.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se agrupa al TDC dentro de los trastornos somatomorfos como un tipo de hipocondriasis. Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) inicialmente lo consideró como un trastorno somatomorfo atípico, sin embargo, en la última edición, el DSM-V lo considera como un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo, además existe un subtipo de este trastorno que se denomina Dismorfia Muscular, en el cual la persona se obsesiona únicamente con su musculatura (American Psychiatric Association, 2013).

4.2 Dismorfia muscular

La dismorfia muscular (DM), es un trastorno psicológico que se caracteriza por una preocupación excesiva de desarrollar un cuerpo musculoso, percibido como el físico ideal. Las personas que presentan este trastorno realizan ejercicios de manera compulsiva, con el propósito de aumentar en gran medida su musculatura. Asimismo, las personas afectadas debido a que se encuentran inconformes con su imagen, tratan de evitar la exposición social o de recurrir a procedimientos estéticos para mejorar su apariencia. En el DSM-V se señala a la dismorfia muscular como un trastorno que forma parte de la categoría de tipo obsesivo compulsivo, donde el paciente le abruma completamente y repudia una contextura con músculos pequeños (American Psychiatric Association, 2013).

4.2.1 Conceptualización histórica: Origen de Dismorfia Muscular

La búsqueda de musculatura es un fenómeno que nació en la época medieval, los hombres de aquel periodo usaban armaduras pesadas para verse más grandes y musculosos. De esta forma, la admiración social por el cuerpo masculino ideal cada vez se volvió más importante que quienes presentaban hombros anchos, pecho musculoso, cintura estrecha, y bíceps grandes eran considerados lo más atractivos, este modelo masculino continuó a lo largo del siglo XX, incluso se vendía esculturas y pinturas donde los modelos eran cada vez más delgados y musculosos (Muñoz et al., 2024).

Rincón (2022) explica que desde la década del 2000, el culturismo ha pasado de ser marginal a ser corriente en la cultura occidental, fomentando una subcultura de gimnasio basada en la estética, que considera que el hombre ideal es hipermusculoso con poca grasa corporal.

Según Peris y Sala (2023) el deseo de mejorar mediante una rutina de levantamiento de pesas y dieta no es patológico ni está asociado a un género específico, sin embargo, hay un grupo de personas que se obsesionan con la búsqueda de desarrollar gran musculatura, comprometiendo su bienestar personal y perjudicando su rendimiento a nivel laboral, académico y social, esta búsqueda patológica de la musculatura es lo que se denomina dismorfia muscular.

El trastorno de dismorfia muscular fue reconocido por primera vez en el año 1980 bajo la termino de vigorexia, pero no fue señalado en la literatura científica hasta 1993. Este trastorno se descubrió a partir de un estudio realizado por el psiquiatra estadounidense Harrison Pope, cuya investigación consistió en identificar los efectos psiquiátricos de los esteroides anabólicos en un conjunto de fisiculturistas masculinos, donde el hallazgo más relevante de este estudio fue que este grupo de personas tenían una creencia fuerte e irracional de que no eran lo suficiente musculosos y se sentían débiles, algo opuesto a la realidad (Torres et al., 2021).

A partir de aquel estudio, el investigador se basó en similitudes clínicas identificadas, pero a la inversa con la anorexia nerviosa, que se trata de un trastorno alimentario caracterizado por una preocupación similar por la imagen corporal, pero se enfoca en la delgadez, por esta razón Pope denominó al trastorno: Anorexia Inversa (Segovia y Peris, 2022). En un artículo posterior, Pope le cambió el nombre al trastorno y paso a como hoy se lo conoce: Dismorfia Muscular. También se plantearon criterios de diagnóstico que continúan siendo el marco predominante para la determinación de este trastorno (American Psychiatric Association, 2013).

4.2.2 Epidemiología

De acuerdo a estudios que se han realizado se ha determinado que la Dismorfia Muscular puede afectar a ambos sexos, sin embargo, es más frecuente en hombres que en

mujeres. Otro hallazgo importante dentro de esta patología es el tipo de población afectada, donde se observa que el grupo más vulnerable son personas que cursan entre 18 a 35 años de edad. Según Torres et al. (2021) en una población de fisicoculturistas, más de la mitad de individuos debutan con esta patología, siendo el grupo de mayor riesgo para desarrollar este trastorno.

Las principales investigaciones que se han desarrollado sobre esta patología indican que existe alrededor de 90 000 norteamericanos afectados, siendo este un número de casos que coincide con los que se han detectado en México, en el caso de España se estimó un total de 70 000 casos (Torres et al., 2021).

El país que más estudios ha hecho sobre este trastorno es Estados Unidos, algo justificable al considerar los orígenes de esta enfermedad, sin embargo, en América Latina también se han realizado estudios que han proporcionado información relevante sobre la Dismorfia Muscular, por ejemplo, en una población de culturistas y usuarios de gimnasios se ha determinado una prevalencia del 17 % en Brasil, en Perú de un 16,8%, mientras que en Ecuador un 35%, este es un dato bastante significativo al ser comparado con los demás países de Latinoamérica (Vivar y Becerra, 2023).

En el contexto local, Loja cuenta con un solo estudio sobre esta patología aplicada a un grupo de riesgo para este trastorno, que demostró la existencia de un 25.7% de usuarios de gimnasios con tendencia a dismorfia muscular (Gonzalez, 2015).

4.2.3 Etiología

No se ha determinado una causa definida para la dismorfia muscular, sin embargo, existen una serie de factores asociados al desarrollo de la afección, donde se incluye a la intimidación o burlas en edades tempranas, baja autoestima, perfeccionismo, estereotipos sobre la imagen corporal. Los factores de riesgo más destacados son baja autoestima y la presión social para lograr el cuerpo ideal (García y Guarnizo, 2022).

Para Martínez (2022) este trastorno posee un componente genético, se menciona que el bajo rendimiento del sistema serotoninérgico es común en estos pacientes, lo cual genera desequilibrio en neurotransmisores como el GABA, cuya función es inhibir de manera específica el comportamiento y respuesta del cuerpo cuando experimente situaciones de estrés. Asimismo, se señala que los niveles de dopamina incrementarán de manera significativa durante la práctica de ejercicio en exceso, este tipo de conducta compulsiva, genera un efecto aparentemente positivo en las personas afectadas, ya que se encarga de disminuir la ansiedad y estrés cuando se realiza actividad física de manera intensa.

Se han propuesto varios modelos etiológicos para determinar los factores causales relacionados a la Dismorfia Muscular, el primer modelo fue propuesto por Harrison Pope, quien describió un modelo biopsicosocial, en el que se establecieron tres causas implicadas en el desarrollo de este trastorno (Peris y Sala, 2023). De este modo, en primera instancia se

considera que, debido a que la Dismorfia Muscular pertenece al tipo de trastornos obsesivos compulsivos, existe mayor predisposición genética bajo el espectro de patologías que tienen las mismas condiciones clínicas de este tipo de trastornos. En segundo lugar, se cree que la cultura y presión social son dos de los principales desencadenantes, en tercer lugar, se asoció la facilidad de acceso a los esteroides anabólicos y la insatisfacción corporal funcionando como un gran detonante en el desarrollo de esta afección (Vasquez, 2022).

Otro modelo bastante popular, que trata de explicar las causas de la Dismorfia Muscular es el modelo hipotético multicausal, donde se toman en consideración factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores (Hosseini, 2023). En relación a ello, se presenta los distintos componentes de cada factor de este modelo:

- Factores predisponentes: Aquí encontramos características sociodemográficas como el sexo masculino y grupos de edad de 18 a 35 años. Asimismo, se incluyen características ambientales como por ejemplo vivir en una sociedad que practica el culto al cuerpo y mantiene la creencia de la belleza como sinónimo de delgadez. También se encuentran características psicopatológicas como lo son las tendencias obsesivas compulsivas y adictivas, experiencias negativas por la apariencia física y baja autoestima (Yépez et al., 2022).
- Factores desencadenantes: Son aquellas experiencias traumáticas y estresantes como es el acoso durante la infancia, el consumo de sustancias, principalmente esteroides (Esquivel et al., 2022).
- Factores mantenedores: Aquí se encuentra el reconocimiento social, las sensaciones negativas por la imagen corporal, ansiedad por la necesidad compulsiva de hacer ejercicio, un ambiente social favorecedor y la cultura del fisicoculturismo (Martinez, 2022).

De igual forma, Olave (2022) menciona que se ha planteado un modelo conceptual, basado en la interacción de factores socioambientales como por ejemplo influencias de los medios de comunicación o las prácticas deportivas, factores emocionales, factores psicológicos como la insatisfacción corporal, la autoestima, la alteración de la imagen corporal, y además factores fisiológicos como la masa corporal. Por último, Hosseini (2023) señala que también se propuso un modelo donde la insatisfacción corporal es el mecanismo clave para producir la Dismorfia muscular, este modelo consiste en realizar una comparación entre el yo real vs yo ideal, además se incluye el ideal de la belleza como símbolo de la perfección, la vulnerabilidad, el afecto negativo, atención selectiva, IMC e importancia de la apariencia.

4.2.4 Cuadro clínico

Las personas con dismorfia muscular suelen tener autoestima baja, sienten mayores niveles de ansiedad al exponer su físico en eventos públicos, además desarrollan mayores

índices de depresión y conductas obsesivas compulsivas en lo que respecta a la dieta y el ejercicio. Según Beltran (2023) las personas priorizan el entrenamiento sobre el trabajo o las actividades sociales, le dedican demasiado tiempo al entrenar y levantar pesas para aumentar su masa muscular. Estos individuos tienen una excesiva preocupación por el tamaño y forma de sus músculos, pueden llegar a experimentar gran ansiedad si pierden un día de entrenamiento, uno de sus peores miedos es perder músculo al reducir las horas del ejercicio (García y Chérrez, 2024). Asimismo, esta población implementa dietas especiales o restrictivas, haciendo uso de suplementos proteicos, incluso consumen esteroides anabólicos, para aumentar el tamaño muscular y reducir la grasa corporal.

La manifestación clínica principal de la vigorexia es la preocupación por ser débiles o poco musculosos, estas personas no aprecian con objetividad su propio cuerpo, a pesar de que tengan músculos grandes sienten insatisfacción corporal. Otro de los comportamientos frecuentes es la autoobservación permanente en el espejo para comprobar el tamaño de los músculos (Bermúdez et al., 2023). Además, tienden a desarrollar pensamientos obsesivos buscando métodos para mejorar su aspecto, por lo que crean la necesidad compulsiva de realizar ejercicio intenso.

Hernández (2023) señala que a pesar de que las personas con Dismorfia Muscular parecen vanidosas o ensimismadas, se diferencian de los típicos narcisistas porque, lejos de tener una autoimagen con su ego elevado, presentan inseguridades, gran vergüenza y muy baja autoestima. Ellos están enfocados en perfeccionar sus músculos, mientras que los verdaderos narcisistas necesitan sentir que son mejores que los demás en todos los aspectos.

4.2.5 Diagnóstico

El diagnóstico se lo realiza a partir de un conjunto específico de criterios, como lo es la preocupación por estar delgado y poco musculoso, levantar pesas en exceso y hacer dieta. Es complejo diagnosticar este trastorno en la consulta médica, ya que la mayoría de pacientes siente vergüenza, temen ser juzgados, por ello algo clave es indagar sobre el uso de sustancias que aumentan la masa muscular (Hosseini, 2023). El diagnóstico oportuno es esencial para que los profesionales de salud expertos en estos temas puedan ofrecer opciones de tratamiento efectivas, y así poder disminuir las consecuencias perjudiciales que afectan la salud de estos individuos.

Los parámetros que se toman en cuenta como referencia para diagnosticar esta patología, son los propuestos por Pope y el DMS-V. Pope al descubrir este trastorno y observar las principales conductas que desarrollaron los grupos afectados, propuso algunos criterios diagnósticos para el estudio de la Dismorfia Muscular (Pope, 1997, como se citó en Torres et al., 2021), los cuales se exponen a continuación:

1. El individuo piensa constantemente y se encuentra convencido que su cuerpo no luce musculoso. Como consecuencia de ello, se empeña en realizar ejercicio de manera

intensa, pueden entrenar hasta más de 6 horas diarias, levanta más peso de lo habitual y aplica dietas estrictas.

2. Los pensamientos abrumadores de no sentirse lo suficientemente fuertes comienzan a interferir en la vida diaria de la persona. En los grupos afectados se identificarán al menos dos de los siguientes criterios:
 - a. Priorizar la actividad física ante cualquiera circunstancia. Las personas afectadas dejan de lado su vida social y mantienen enfocada su atención en el entrenamiento.
 - b. Evitar escenarios que impliquen exponer su cuerpo, por ejemplo, ir a la playa o piscina. Dada la inconformidad que sienten con su cuerpo, experimentan ansiedad y creen que serán juzgados.
 - c. El sentimiento de no encajar con el ideal de musculatura genera extrema preocupación en el individuo, hasta el punto de verse reflejada en el bajo desempeño ya sea académico o laboral.
 - d. El deseo de lograr un cuerpo musculoso es más fuerte que las consecuencias clínicas y psicológicas que se pueden presentar como producto del ejercicio extremo, dieta severa o el consumo de sustancias para aumentar la musculatura.
3. Una de las características principales en la conducta de los pacientes con este trastorno es el miedo a verse delgados y sin músculos.

Los criterios diagnósticos actualizados para identificar casos de Dismorfia Muscular expuestos en la última versión del DSM-5 se plantearon tomando como referencia los establecidos por Harrison Pope. Cabe señalar, que se trata de los mismos criterios para identificar un TDC, pero además se añade un parámetro especificador para determinar la preocupación por aumentar la masa muscular. Según American Psychiatric Association (2013), se establecen los siguientes parámetros diagnósticos:

- A. El individuo posee pensamientos negativos sobre su aspecto físico, detecta defectos que otras personas no lo notarían, pero para el afectado resulta perturbador y preocupante.
- B. Se observa conductas repetitivas como observarse en el espejo y sentirse inconforme con lo que ve, realizar comparación de su imagen y sentirse inferior.
- C. Los sentimientos y pensamientos que se generan por el rechazo de su propio aspecto generan aislamiento social, repercusiones negativas en el ámbito laboral y académico.
- D. Las personas que padecen este trastorno se enfocan especialmente en los defectos de su imagen más que en otros aspectos como el peso, que ya vendría siendo parte un trastorno alimentario.

Especificar si: Con dismorfia muscular: El individuo se opone a verse débil y poco musculoso, le angustia pensar en ello.

4.2.6 Instrumentos

Para la evaluación de la dismorfia muscular se han desarrollado una serie de instrumentos de tamizaje, en base a las revisiones sistemáticas de más de 20 artículos se ha determinado tres instrumentos más usados en los estudios para la detección de Dismorfia Muscular.

4.2.6.1 Escala de Satisfacción Muscular (ESM). El primer instrumento es la Escala de Satisfacción Muscular (ESM), se trata de un cuestionario destinado a la evaluación de los síntomas de dismorfia muscular, originalmente fue creado por investigadores estadounidenses a partir de características clínicas para el TDC propuestas por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (Mayville et al., 2002). Este instrumento abarca las siguientes dimensiones: dependencia del culturismo, control muscular, uso de sustancias, lesiones por el ejercicio intenso y el grado de satisfacción muscular. Debido a que es uno de los instrumentos que con más frecuencia se usa, se desarrolló una adaptación de esta escala en español, fue traducida por profesionales bilingües con gran dominio y fluidez tanto en el idioma inglés como español, asimismo fue validada por expertos en los trastornos de imagen corporal, aplicada a una población de 211 hombres levantadores de pesas en cinco gimnasios de España, con edades comprendidas entre 16 y 53 años, demostrando una consistencia interna de $\alpha=0.93$, por lo que garantiza resultados fiables (Gonzalez et al., 2012).

Este instrumento esta compuesto por 19 items con opciones de respuesta en escala tipo Likert, dispuesta de la siguiente manera: 1: Totalmente de acuerdo, 2: desacuerdo, 3: No desacuerdo ni de acuerdo (intermedio), 4: De acuerdo, 5: Totalmente de acuerdo. Los items 1, 4 y 14 se valoran de manera invertida debido al tipo de pregunta. En relación a la puntuación obtenida, para valorar la sintomatología se categoriza de la siguiente manera:

- 19-38 puntos: Satisfacción Muscular
- 39-57 puntos: Insatisfacción Muscular leve
- 58-76 puntos: Insatisfacción Muscular Moderada (Riesgo)
- ≥ 77 puntos: Insatisfacción Muscular Severa (Afectado por Dismorfia Muscular)

4.2.6.2 Cuestionario del Complejo de Adonis. Otro de los instrumentos utilizados es el Cuestionario del Complejo de Adonis, se encuentra conformado por 13 ítems, fue realizado con el propósito de medir el grado de preocupación que la persona siente por su aspecto físico y en qué medida ello puede influir negativamente en su vida diaria conduciendo a comportamientos patológicos (Yépez et al., 2022).

4.2.6.3 Inventario de Dismorfia Muscular. Es otra de las herramientas que se suelen aplicar para la detección de esta enfermedad, consta de 27 ítems, los cuales se encuentran

divididos en seis subescalas enfocadas en el tamaño y proporciones corporales, apariencia física, adicción al ejercicio, ingesta de sustancias ergogénicas, abuso de suplementos y la conducta alimentaria (Compte et al., 2022).

4.2.7 Tratamiento

Algunas de las consecuencias de la dismorfia muscular no tratada incluyen la pérdida de pasiones importantes en la vida debido a su enfoque obsesivo que los caracteriza, asimismo lesiones por el exceso de ejercicio, aumento de la ansiedad y la insatisfacción de la apariencia. Si esta patología no es tratada a tiempo, los síntomas afectarán en la calidad de vida y la salud en general de las personas, y de hecho, en última instancia la insatisfacción corporal puede conllevar a ideación suicida (Rincón, 2022).

Muchas personas con dismorfia muscular no saben que padecen estos trastornos porque no conocen estas patologías, por lo que diagnosticarlo representa un gran reto, el profesional de la salud puede lograr identificar esta patología si se percata de los comportamientos dañinos y característicos de esta población. Ahora para el tratamiento, de acuerdo a Perkins (2020) la Psicoterapia y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se han sugerido como tratamientos potencialmente efectivos, ya que son los tratamientos primarios para este tipo de trastornos.

La Psicoterapia, es el término usado para hacer referencia a la terapia de salud mental, este tipo de terapia se centra en hablar sobre lo que siente o experimenta el paciente, y buscar la manera de cómo ayudarlo a desarrollar procesos de pensamiento y estrategias de afrontamiento. Además, se enfoca en los factores psicológicos que pueden haber conducido al desarrollo de la Dismorfia Muscular, y una vez detectados se trabajará sobre ellos a partir de estrategias que confronten las creencias tóxicas del paciente, en síntesis, se busca formas para lidiar con los sentimientos negativos, dos de los tipos más comunes de terapia utilizadas son la cognitivo-conductual (TCC) y la familiar (García y Cherrez, 2024).

Nápoles et al. (2022) sugiere que la terapia farmacológica como los antidepresivos pueden ayudar a combatir algunos de los síntomas, facilitando el manejo de pensamientos y comportamientos de estos pacientes, además generan que las otras formas de tratamiento, como la psicoterapia, resulten más efectivas. Se ha encontrado evidencia que aquellos pacientes que han respondido mejor han sido tratados con medicamentos como fluoxetina en combinación con la terapia cognitivo-conductual, además, se señala que muchas personas que padecen formas más leves no son los mejores candidatos para las terapias farmacológicas.

4.2.7 Consumo de sustancias ergogénicas

Las personas afectadas por la Dismorfia Muscular debido al deseo por ganar volumen muscular son empujadas a ingerir sustancias peligrosas como es el caso de los esteroides anabolizantes. Hoy en día existen una variedad de suplementos nutricionales y fármacos que

aumentan el volumen corporal, convirtiéndose en un negocio rentable para quienes se dedican a vender este tipo de sustancias (Esquivel et al., 2022). Estos productos se pueden obtener con facilidad en distintos gimnasios, tiendas que comercializan productos de actividad física o incluso en páginas de internet. Al comprarlas no es necesario ninguna receta sobre su prescripción, por eso se abusa de la cantidad y forma de administrarlo.

Las sustancias ergogénicas se definen como aquellas que se encargan de proporcionar al organismos un rendimiento óptimo y son catalogadas como un método nutricional, así como físico, mecánico, psicológico o farmacológico, se usan con propósito de incrementar la capacidad de un individuo para realizar determinada actividad física, clasificadas de la siguiente forma: nutricionales como los suplementos, farmacológicas como las anfetaminas u hormonales como los esteroides anabólicos androgénicos (Torres et al., 2021).

4.2.7.1 Suplementos nutricionales. Se usan para cumplir con los requerimientos nutricionales requeridos en los deportistas, de igual manera se emplean para prevenir deficiencias nutricionales que se presentan por lo general en los atletas. Sin embargo, el uso indiscriminado de estas sustancias puede producir daños a nivel renal, de igual forma se puede afectar otros órganos como el hígado causando una disfunción hepática aguda, otro efecto son los desórdenes cardiovasculares como hipertensión arterial, taquicardia, incluso se pueden producir eventos más severos como un infarto agudo de miocardio (Girón y Pari, 2021).

4.2.7.2 Sustancias farmacológicas. Aquí se encuentran las anfetaminas, que son estimulantes del sistema nervioso central, algunas de las ventajas que proporcionan son los efectos psicológicos, ya que incrementan la concentración y la alerta mental. En cuanto a los efectos adversos que producen son niveles elevados de ansiedad, taquicardia e hipertensión arterial. El abuso de este tipo de sustancias es peligroso ya que debido al aumento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial que generan, se pueden desarrollar fallas a nivel del sistema cardiovascular y como consecuencia llegar hasta la muerte (Torres et al., 2021).

4.2.7.3 Esteroides anabólicos androgénicos. Se encargan de estimular la producción de proteínas a nivel celular, generan hipertrofia muscular por el aumento de la fibra y también desarrollo de las capacidades físicas. Este tipo de sustancias son las que más efectos adversos tienen, producen alteraciones en el sistema endocrino y también cambios en las funciones metabólicas del organismo, por ejemplo, causan mayor crecimiento del vello, producen acné, se han observado casos de atrofia testicular, ginecomastia, disfunción sexual. Además, existen estudios en los que se ha observado mayor riesgo de padecer cáncer de próstata en los hombres que han consumido estas sustancias, asimismo, existe daño en el sistema renal, hepático y mayor riesgo cardiovascular, siendo propensos a desencadenar

hipertensión arterial, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia, y lo más letal, hipertrofia en el músculo cardíaco (Peris y Sala, 2023).

Los deportistas o usuarios de gimnasios que ingieren esteroides anabólicos tienden a desarrollar alteraciones de tipo conductual y psíquicas, es común observar gestos impulsivos y agresivos en estos pacientes, además se asocian con patologías como la ansiedad y depresión. De igual modo, pueden presentarse deformaciones óseas y problemas osteoarticulares por el incremento de volumen muscular, son frecuentes distensiones musculares y esguinces (Esquivel et al., 2022).

4.3 Conductas alimentarias

En primer lugar, es importante definir el término alimentación, hay quienes lo consideran simplemente como un proceso en el que se ingiere determinados productos que aportan un gran valor nutricional. De igual forma, la alimentación es señalada como un medio indispensable y biológico que le permite al ser humano subsistir (Camelo et al., 2020). Desde un punto de vista científico, la alimentación promueve que los alimentos sean digeridos, posteriormente sean absorbidos a nivel intestinal para luego ser distribuidos por todo el organismo en forma de energía (Bernal et al., 2023).

Entonces englobando todos los conceptos de este término, se podría decir que la alimentación es un proceso complejo de tipo biológico, sociológico y psicológico, cuyo objetivo principal es cumplir con las necesidades y requerimientos del ser humano para llevar una vida saludable. Para tener claro de cómo es una dieta riesgosa primero se debe tener una percepción de que es lo saludable, que factores determinan los patrones alimentarios y la composición requerida para una alimentación sana, a partir de este conocimiento se podría saber lo patológico.

4.3.1 Factores que determinan la alimentación

- Gustos de cada persona, en este caso juega un papel fundamental los órganos de los sentidos, pues a través del olfato o visión puede preferirse determinado alimento.
- Apetito, dependiendo de la situación en la que se encuentre el individuo puede tener antojo de cualquier alimento, por ejemplo, si se encuentra en un ambiente caluroso puede desear una bebida fría.
- Religión, un ejemplo de este factor es cuando las personas católicas realizan ayunos en fechas específicas.
- Creencias, hay quienes conservan legados que les han dejado sus antepasados sobre determinados alimentos.
- Cultura, este factor es muy marcado en diferentes países especialmente, por ejemplo, en Arabia Saudita no comen carne de cerdo porque lo consideran como una impureza

o como es el caso de la India, no comen carne de res porque para ellos la vaca representa algo sagrado.

- Estereotipos sociales o prejuicios: Aquí se incluyen los pensamientos de que comer fruta después de las comidas engorda.

4.3.2 Alimentación saludable

De acuerdo a Palomino (2020), la alimentación saludable se caracteriza por satisfacer las necesidades de la persona en tres aspectos

4.3.2.1 Satisfacción Psicoemocional. Está determinada por las preferencias de cada persona, habilidades gastronómicas del encargado de la preparación de la comida, además otro requisito que debe cumplir es que debe ser una dieta variada, no puede resultar satisfactorio algo que se consumen a diario hasta el punto de hostigar.

4.3.2.2 Satisfacción Sociocultural. Está ligada las costumbres, creencias, cultura o religión de la persona. Una dieta que vaya en contra de este aspecto no puede ser consumida con agrado.

4.3.2.3 Satisfacción a nivel sociológico. Se adapta de acuerdo a los diferentes grupos de edad, sexo, IMC, condición de salud, nivel socio económico y determinada época del año. Un niño no consume lo mismo que un adulto ni viceversa, tampoco será la misma dieta para personas con comorbilidades que para personas saludables.

4.3.3 Requerimientos para una conducta alimentaria saludable

- Contar con un aporte calórico de acuerdo a edad, sexo o condición de salud.
- Adecuado aporte de Macronutrientes: carbohidratos, lípidos y proteínas.
- Ingesta de una cantidad de agua recomendada
- Incluir minerales y vitaminas en la dieta diaria

4.3.4 Macronutrientes

4.3.4.1 Hidratos de carbono. Se recomienda que, del total de la energía consumida, los carbohidratos deben conformar el 55 % al 60 % (Díaz et al., 2021). Lo ideal es evitar consumir cantidades inferiores a 130 gr diarios. Se clasifican de la siguiente forma:

- Monosacáridos: Aquí se encuentra la glucosa, la fructosa, la galactosa. Incluye la ribosa y la desoxirribosa.
- Oligosacáridos: Conformados por la sacarosa que a menudo se la encuentra en cañas de azúcar, la lactosa en todos los lácteos, y la maltosa en alimentos como el pan o la cerveza.
- Polisacáridos digeribles: Aquí encontramos al almidón que esta presente en alimentos como cereales o leguminosas, y al glucógeno que se almacena en dos sitios, en el hígado y tejido muscular.

4.3.4.2 Lípidos. De acuerdo a Arias et al. (2021) se recomienda un 30% de grasa del total de las calorías. A continuación, su clasificación:

- Triglicéridos, se encuentran conformando el 90% de los lípidos que ingiere una persona. Están formados por tres ácidos grasos, los cuales se dividen a su vez en saturados que son los que encontramos en los animales o en ciertos vegetales y no deben sobrepasar el 10% de las calorías consumidas, los poliinsaturados que son aquellos que el ser humano no tiene la capacidad para sintetizar, como el ácido linoleico y el linolénico no deben sobrepasar el 5%, y por último los insaturados que los encontramos en las semillas vegetales como es el caso de la soja o maíz y representara el 25 al 20% de la energía .
- Fosfolípidos: dentro de esta categoría. Los fosfolípidos más importantes son fosfoglicéridos, cardiolipina y esfingomielinas.
- Glucolípidos, aquí tenemos a los cerebrósidos y gangliósidos.
- Colesterol: Precursor de ácidos biliares, de hormonas tiroideas y la vitamina D.

4.3.4.3 Proteínas. Representan del 10 al 15 % energía del total de calorías consumidas, pueden ser de origen animal o vegetal.

4.3.5 Micronutrientes

4.3.5.1 Vitaminas. Se clasifican en Vitaminas Liposolubles donde se encuentra las siguientes: A, D, E y K, mientras que las Hidrosolubles son: B1, B2, B6, B12, C, ácido fólico y niacina.

4.3.5.2 Minerales. Encontramos al Calcio, que es el más abundante en el organismo, su requerimiento puede ir de 800 a 1500 mg/día, dependiendo de las condiciones del individuo y se lo encuentra principalmente en lácteos, en el caso de fósforo los requerimientos son de 700 mg/día se lo encuentra disponible en pescado o carnes, mientras que el magnesio de requiere 300 mg/día, lo encontramos en legumbres, hortalizas y verduras (Wild, 2021). Otro de los minerales importantes es el hierro, sus necesidades dependen de cada individuo y sus condiciones, si se trata de un lactante, niño o embarazada, se lo puede encontrar en alimentos como carnes, legumbres o frutos secos, asimismo el zinc se lo puede encontrar en carnes, ostras, pescados.

4.3.6 Perfil Nutricional en Ecuador

De acuerdo a las estadísticas, en Ecuador el régimen alimentario se encuentra con algunas alteraciones, dadas bien sea por déficit de nutrición o por exceso de la misma. En el primer caso los estudios señalan que hay deficiencia en el país de micronutrientes como el Zinc y el hierro, ligado a problemas que afectan el sistema inmune, más casos de anemia, deterioro del desarrollo conductual y cognitivo. Asimismo, se señala déficit de vitaminas como el ácido fólico, la vitamina A y la B12. En el segundo caso, por exceso se hace referencia a

problemas como el sobrepeso y obesidad, siendo la población más afectada los adultos jóvenes con un 40 % y 22 % de prevalencia, respectivamente (Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura, 2018).

4.4 Conductas Alimentarias de Riesgo

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) son manifestaciones parciales o subclínicas de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), que se presentan con menor intensidad y frecuencia, y cuya presencia puede ser anterior a la aparición de los trastornos alimentarios, o incluso considerarse etapas tempranas o predictivas de los mismos (Torres et al., 2022). Las CAR son similares a las conductas que se presentan en los TCA, pero diferentes en frecuencia e intensidad. En general, las CAR más frecuentes son la preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se ingiere (Silva et al., 2023).

Las Conductas Alimentarias de Riesgo y los Trastornos de Conducta Alimentaria son confundidos y son considerados como una sola patología debido a que en ambos se desarrollan comportamientos parecidos (Hidalgo y Silva, 2024). Sin embargo, es importante señalar sus diferencias, las CAR se presentan con una frecuencia e intensidad menor, además, no cumplen con los criterios diagnósticos de un TCA propuestas en el DSM-V. Los TCA debido a su gran impacto y severidad de los síntomas, interfieren en gran medida y negativamente en la vida cotidiana de la persona afectada. Se debe destacar que las CAR son un predictor para desencadenar trastornos de tipo alimentario, y para prevenirlos es imprescindible identificarlos de manera temprana, estos a su vez ayudará a proporcionar un tratamiento eficaz y oportuno a la población que lo necesite (American Psychiatric Association, 2013).

4.4.1 Clasificación

4.4.1.1 Conductas restrictivas. Aquí se incluyen dietas restrictivas, ayunos, donde se consume una cantidad deficiente de calorías (Bautista et al., 2020). Esto puede producir los siguientes efectos en el organismo:

- Aumento del cortisol, esto genera elevados niveles de estrés, además un cortisol elevado produce acumulación de grasa abdominal.
- Aumento de la Ghrelina, ya que es la hormona del hambre producirá aún más ganas de comer.
- Disminución de Serotonina, hormona encargada de regular el estado anímico de la persona. Esto provoca irritación, mal humor y poca energía.
- Disminución de Leptina, es la hormona de la saciedad, generando aun mas el incentivo de comer.

4.4.1.2 Conductas purgativas. Hace referencia a los vómitos autoinducidos, uso de laxantes y diuréticos (Bautista et al., 2020). Las consecuencias de estas conductas son las siguientes:

- Desgaste dental
- Problemas digestivos
- Desequilibrio hidroelectrolítico
- Gastritis y reflujo, incluso algunas de las consecuencias a largo plazo por provocarse vomito son el Esófago de Barrett que ya vendría siendo una metaplasia.

4.4.1.3 Atracones. Consiste en ingerir alimentos en grandes cantidades, en un corto período de tiempo (Pazmiño, 2022). Los efectos que producen estas conductas:

- Alteración del sueño
- Ansiedad
- Cefaleas
- Consumo de sustancias para deshacerse de la comida ingerida

4.4.2 Epidemiología

La mayoría de investigaciones sobre las CAR y los trastornos alimentarios están dirigidas a mujeres, sin embargo, en la actualidad se ha reportado que estas conductas son cada vez más frecuentes en hombres. Según Ramírez et al. (2020) este tipo de conductas afecta con mayor frecuencia a los adolescentes, ya que es el grupo etario de mayor riesgo, considerando las etapas de desarrollo que experimentan como lo es la transformación biológica puberal, además es una etapa crítica donde se forma su identidad personal.

Ramírez et al. (2022), considera que estas alteraciones podrían estar presentes en quienes inician con su carrera universitaria, pues en esta etapa se presenta un gran estrés por la toma de decisiones que son clave para su futuro. En relación a ello, en estudiantes universitarios de Estados Unidos y España la prevalencia de las CAR, es alrededor del 17% y el 20,8%, respectivamente. En países como Colombia, Venezuela, Arabia Saudita y Grecia, se estima un 5,5%, afectando a mujeres en un 61% y un 38,9% a hombres (Palmeros et al., 2022). Otros estudios realizados en México, reportan prevalencias entre 6,1% y 18,9% en mujeres y en hombres de 1,9% y 13,0%. Para Marí et al. (2021) de manera global, la prevalencia de los trastornos alimentarios en atletas masculinos se sitúa alrededor del 19% y de 6 a 45% en deportistas femeninas.

En el caso de Ecuador, no se cuenta con estudios actuales que informen sobre la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo, sin embargo, según los últimos estudios establecidos por el Ministerio de Salud Pública (2016), se identificaron 44,619 personas con Anorexia nerviosa y con Bulimia Nerviosa 182,397. Con respecto a egresos hospitalarios asociados a estos trastornos, se reportaron 629 casos en el año 2013.

4.4.3 Etiología

De acuerdo a investigaciones realizadas por la psicología conductual los principales causantes de las CAR son la influencia de las redes sociales y los estándares de belleza socialmente aceptados. La cultura de la dieta es un fenómeno que ha prevalecido debido a los estándares sociales de belleza que cada vez se reforman, pero continúan considerando la delgadez y la estética del cuerpo por encima de la salud y el bienestar (Restrepo y Quirama, 2020). Los principios de la cultura dietética hacen hincapié en las dietas restrictivas, etiquetan los alimentos como buenos o malos, analizan el tamaño y la forma del cuerpo, en sí, la cultura de la dieta impone cómo una persona debería lucir su cuerpo según los estándares de belleza socialmente aprobados (Villamediana y Baile, 2021). Estas falsas creencias sobre la alimentación y el cuerpo no sólo se refuerzan por los usuarios en las redes sociales, sino que también se ven comúnmente en publicidades de productos relacionados a la alimentación, la belleza y el bienestar.

Se cree que las conductas alimentarias de riesgo inician con gran frecuencia en la etapa de la adolescencia, aunque pueden afectar a cualquier grupo de edad, por ello es esencial considerar algunos de los factores que contribuyen a desarrollarlas. Estas patologías contienen un patrón genético, pues las personas con antecedentes familiares asociados a estos trastornos tienen mayor riesgo de padecerlos, pues los casos detectados son más comunes en pacientes con padres o hermanos que han padecido desordenes alimentarios (Ayuzo y Covarrubias, 2019). De igual forma, este tipo de conductas se encuentran vinculados a otros problemas mentales, pues este grupo afectado tienen mayor probabilidad de ser diagnosticados con ansiedad, depresión o trastornos de tipo obsesivo compulsivo (Villalobos et al., 2023).

De igual forma, debido al ideal de obtener una figura delgada, se puede optar por iniciar dietas, instaurar de manera brusca una nueva alimentación genera que los individuos sufran un desbalance en su peso, pueden aumentar o bajar de peso de manera abrupta por las numerosas dietas que aplican, como consecuencia de ello aparecen los síntomas de inanición, cambios en el estado emocional, plantearse pensamientos inflexibles, angustia y una marcada disminución del apetito (Ramírez et al., 2020). Mantener estas irregularidades en la alimentación por un tiempo prolongado se convertirá en un gran impedimento al momento de instaurar terapia para recuperar una alimentación saludable.

Otro grupo de riesgo, son aquellas personas que han sido víctimas de acoso o protagonistas de burlas por su peso, los individuos con sobrepeso u obesidad son más propensos a desarrollar problemas en la alimentación. Se ha determinado que un 20% a 50% de la población adolescente sufren burlas y críticas por su peso, además según evidencias se ha demostrado que del porcentaje de pacientes que acuden con un nutricionista con el propósito de bajar de peso, el 30% experimentan episodios de atracón. De igual modo un

estudio realizado en Estados Unidos demostró que el 76 % de adolescentes con sobrepeso realizan conductas alimentarias de riesgo como provocarse vomito, usar laxantes o diuréticos (López et al., 2023).

Asimismo, los cambios que se presenten en la vida de una persona también han sido considerados como promotores de estas alteraciones, por ejemplo, el comienzo de nueva etapa como el colegio o la universidad, cambio de domicilio, un nuevo empleo, ruptura de pareja, todos estos escenarios que someten bajo un nivel considerable de estrés al sujeto, pueden ser estímulos para adoptar conductas alimentarias de riesgo (Restrepo y Quirama, 2020).

4.4.3.1 Actividad física y conductas alimentarias de riesgo. Se ha documentado que la prevalencia de alteraciones alimentarias en quienes practican deporte es alrededor del 19% en hombres y de 6% a 45 % en mujeres (Marí et al., 2021). No toda persona que practica deporte tiene riesgo de desarrollar este tipo de alteraciones, depende del tipo de actividad física que realice, por ejemplo, aquellos deportes que exigen determinado peso son los que más prejuicios generan, sobre todo aquellos donde mientras más delgado mejor rendimiento, algunos ejemplos de estos deportes son los siguientes: Salto de altura, atletismo, natación, ciclismo, gimnasia o ballet y taekwondo.

Esta población para destacar en el ámbito deportivo acude a conductas riesgosas como ayunos, vómitos autoinducidos, diuréticos, excesivo ejercicio físico, si estas irregularidades no se detectan a tiempo conllevan a trastornos donde se presentan síntomas graves como: (Astudillo, 2020)

- Bucodentales: Odinofagia, caries, gingivitis
- Endocrinológicos: Amenorrea, infertilidad.
- Hematológicos: Anemia
- Gastrointestinales: Disfagia, esofagitis, estreñimiento
- Metabólicos: Hipercolesterolemia, hipoglucemias
- Cardiovasculares: Sincope, hipopotasemias, bradicardias, disnea, hipotensión
- Sistema Musculoesquelético: Mialgias, parestesias, disminución de la densidad mineral ósea.

Otro hallazgo en esta población es la deficiencia de micronutrientes como el calcio, el zinc, el magnesio y vitaminas, especialmente la vitamina D, en cuanto a los macronutrientes se observan alteraciones con respecto al metabolismo de la glucosa (Marí et al., 2021).

4.4.4 Cuadro clínico

Las conductas alimentarias riesgosas generan grandes repercusiones en el estilo de vida de las personas, además producen una serie de síntomas que condicionan su salud, se

encuentran sometidos a pensamientos que los torturan a diario, impidiéndoles disfrutar las cosas que pueden hacerlos felices, en los individuos afectados los sentimientos de auto rechazo, vergüenza y culpa se presentan con gran frecuencia. Las personas con alteraciones alimentarias pueden aislarse por miedo a socializar, especialmente en situaciones en las que se presencia gente comiendo, esta serie de eventos forman una persona con baja autoestima e infeliz (Bautista et al., 2020).

Algunas de las conductas que adoptan estos pacientes que indican irregularidades en el patrón de su alimentación son saltarse los desayunos o alguna otra comida, disminuir el porcentaje de calorías que se debe consumir de manera normal, buscar justificaciones para no alimentarse. De igual forma, otra conducta típica son las dietas restringidas, con bajo aporte calórico y que no han sido recetadas por profesionales de nutrición (Campos et al., 2023). Otro aspecto de estos pacientes es que son retraídos de la sociedad, se niegan a asistir a eventos sociales, no les gusta ir a cumpleaños o cenas familiares porque sienten que serán juzgados por su peso, también lo hacen para evitar consumir la comida que se ofrece. Las personas afectadas siempre se encuentran preocupadas por no estar con sobrepeso, y en su círculo social uno de los temas de conversación son las formas de perder peso de manera rápida (Ortiz y Bonilla, 2022).

Otra de las actitudes es señalarse frente al espejo, observar áreas como el abdomen o muslos, que es donde más se acumula tejido adiposo. Asimismo, tienden a realizar ejercicio de manera ansiosa, esto implica, entrenar todos los días sin tomar al menos un día de descanso, pueden sentirse enfermos, pero no pueden abandonarlo, porque les angustia ganar peso en los días que no se ejerciten (Torres et al., 2022). Buscan formas de perder peso de manera rápida por lo que se inician el consumo de laxantes, diuréticos o productos herbarios. Alguno de los signos que se pueden detectar en pacientes que se inducen el vómito de manera reiterada son callosidades en los nudillos de los dedos y la pérdida del esmalte de los dientes (American Psychiatric Association, 2013).

La clínica que se produce a partir de estas alteraciones alimentarias es amplia y puede ser potencialmente perjudicial cuando llegan a convertirse en trastornos, que son las complicaciones más comunes de las conductas alimentarias de riesgo, las más frecuentes son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.

En la Figura 1, se presenta los principales síntomas y el impacto en el organismo de los trastornos alimentarios más usuales.

| <i>Sistema afectado</i> | <i>Signos y síntomas</i> | <i>Prueba complementaria alterada</i> |
|-------------------------|--|--|
| Tegumentos | En la AN: lanugo, caída del cabello y cabello seco y quebradizo, marcas de autolesiones, xerosis y acné En vomitadores: cicatrices en el dorso de la mano | Déficit vitamínicos y anemia |
| Orofaringe | En vomitadores: caries dental, erosión del esmalte, especialmente en la superficie lingular de incisivos, dolor y eritema de faringe, arañazos en el paladar y agrandamiento de glándulas salivales | Erosión del esmalte dental Amilasa: véase digestivo |
| Reproductor | En la AN: mayores tasas de complicaciones durante el embarazo y el periodo neonatal. Deficiencias nutricionales en la madre que pueden dar lugar a deficiencias en el feto. Amenorrea primaria, pérdida de la libido, problemas de fertilidad. Detención de: desarrollo sexual, caracteres sexuales secundarios y maduración psicosexual En la BN: problemas de fertilidad, oligomenorrea o amenorrea | Disminución de estrógenos en mujeres con AN o BN, disminución de testosterona en hombres. Patrón prepuberal de FSH y LH si hay amenorrea ECO pélvica: falta de desarrollo folicular y/o falta de folículo dominante con amenorrea |
| Óseo | Dolor óseo con el ejercicio. En casos graves: talla baja y detención del crecimiento (más en la AN que en la BN) | Radiografía óseas: fracturas por estrés (más en la AN que en la BN) y edad ósea retrasada en la AN Densitometría ósea: osteopenia y osteoporosis, sobre todo en cadera y columna lumbar (más en la AN que en la BN) |

Figura 1. Cuadro clínico de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

Nota. Tomado de la *Revista Oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria*, por Salmerón et al. (2017)

4.4.5 Complicaciones

Una variedad de conductas alimentarias irregulares puede desencadenar en Trastornos de la Conducta Alimentaria, de hecho, este tipo de conductas son consideradas como predictoras, por lo que es importante señalar los TCA más frecuentes.

4.4.5.1 Anorexia nerviosa. Se caracteriza por mantener un peso extremadamente bajo, por lo general su peso en relación a su peso y talla es menos del 85% del que se establece dentro de los parámetros normales. Su mayor miedo es aumentar de peso, es una preocupación diaria para las personas que padecen este trastorno, por ello buscan formas para controlarlo, se limitan en la ingesta de calorías, carbohidratos y grasas. Estos pensamientos destructivos comienzan a ejercer efectos negativos en su salud, por ejemplo, en las mujeres con este trastorno y que ya atravesaron la menarquia se genera amenorrea (American Psychiatric Association, 2013).

La obsesión por mantener una figura delgada va aumentando a pesar de que su peso haya disminuido, esto es porque las personas tienen una percepción alterada de su aspecto corporal, pueden verse con sobrepeso o simplemente ser conscientes de su delgadez, pero

pueden enfocarse en áreas como abdomen o muslos, y creer que estas zonas tienen demasiada grasa. Su autoestima está ligada a su peso, por ello este tipo de pacientes son muy disciplinados en lo que respecta a cuidar su dieta, si suben de peso, aunque sea mínimo porcentaje lo perciben como un fracaso. Además, en esta patología se pueden recurrir a otros métodos para reducir peso, como realizar ejercicio extremo, emplear laxantes o autoinducirse vómitos después de ingerir cualquiera comida (Rodríguez, 2020).

Para determinar con certeza que pacientes se encuentran frente a esta alteración es necesario considerar una serie de parámetros, por ello en la Figura 2, se presentan criterios diagnósticos de acuerdo a la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V).

| CIE-10 | DSM-V |
|--|--|
| Anorexia nerviosa | |
| <p>A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal < 17,5 kg/m²)</p> <p>B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, por: 1) evitación de consumo de «alimentos que engordan» y por uno o más de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos</p> <p>C. Distorsión de la imagen corporal (persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales)</p> <p>D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el hombre como una pérdida del interés y de la potencia sexual</p> <p>E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso esta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía</p> | <p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, la etapa del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal</p> <p>C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual</p> |

Figura 2. Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa de acuerdo al CIE-10 Y EL DSM-V.

Nota. Tomado de la *Revista Actualización de Medicina en Familia*, por Buitrago et al. (2019). Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

4.4.5.2 Bulimia nerviosa. En la mayoría de los casos, es muy característico los episodios de atracones, seguidos de medidas de carácter compensatorio pero riesgosas para no aumentar de peso, que es lo que se conoce como purgas. Para establecer su diagnóstico, estas conductas se deben realizar dos veces por semana por al menos 3 meses (American Psychiatric Association, 2013). El término atracones hace referencia al consumo de cantidades grandes de alimentos en un tiempo corto, en promedio menor a 2 horas. Durante estos episodios las personas sienten que no poseen control sobre lo que consumen y pueden extenderse hasta que sienten que ya no pueden comer más o hasta que alguien los vea, pues estas conductas las realizan de manera discreta, evitando que alguien pueda observarlos. (Bermudez et al., 2021).

Posterior a los atracones, aparecen los sentimientos de culpa, vergüenza y miedo intenso a subir de peso, por lo que aplican algunos métodos para deshacerse de todo lo que consumieron, entonces se empiezan a provocar vómito, que es lo más habitual en estos pacientes, incluso esta conducta puede transformarse en su objetivo principal, ya que las personas ingerirán demasiada comida con el único propósito de vomitar. Otras medidas empleadas es el uso de laxantes o no comer por un día entero. Por otro lado, a nivel emocional, este tipo de pacientes se auto juzgan de manera cruel porque no se sienten conformes con su apariencia corporal, se aíslan de su círculo social y no les interesa salir a fiestas o reuniones (Fonseca et al., 2023).

En la Figura 3 se presenta los criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa según el Comité Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

| CIE-10 | DSM-V |
|---|---|
| Bulimia nerviosa | |
| <p>A. Preocupación continuada por la comida, con deseos irresistibles de comer, presentándose episodios de polifagia con consumo de grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo</p> <p>B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intercalados de ayuno o consumo de fármacos (supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos)</p> <p>C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años</p> | <p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón de caracteriza por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (por ejemplo, no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo) <p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo</p> <p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de 3 meses</p> <p>D. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta corporales</p> |

Figura 3. Criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa según el CIE-10 y el DSM-V

Nota. Tomado de *la Revista Actualización de Medicina en Familia*, por Buitrago et al. (2019). Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

4.4.5.3 Trastorno por Atracón. Se caracteriza por episodios donde se consume grandes cantidades de alimento sin ningún control, a pesar de no sentir hambre, este tipo de pacientes comen de manera rápida como si tuvieran prisa o alguien les fuera a quitar la comida. Después de sentirse llenos, sienten culpa y se mantienen con un bajo estado de ánimo, a diferencia de la bulimia no se producen las purgas. Estos episodios se presentan una vez a la semana por al menos 3 meses (American Psychiatric Association, 2013).

4.4.5.4 Otro trastorno alimentario especificado. En esta clasificación se incluye aquellos pacientes con conductas riesgosas y características de un trastorno alimentario, pero

no cumplen con todos los criterios para su diagnóstico (Arija et al., 2022). Se clasifica de la siguiente manera:

- Anorexia nerviosa atípica: Presentan los criterios diagnósticos para esta patología, pero se mantienen con un peso dentro de los parámetros normales.
- Bulimia Nerviosa: pacientes que desarrollen conductas que coinciden con todo el cuadro clínico, sin embargo, los atracones y purgas se presentan con menor frecuencia (Silva et al., 2023).
- Trastorno por atracón de baja frecuencia: Los episodios de atracones se producen menos de una vez a la semana en 3 meses.
- Trastorno de purgas: Se producen con frecuencia, pero no se presentan episodios por atracones.
- Síndrome del Comedor Nocturno: Este tipo de pacientes consumen cantidades significativas de comida por la noche, además que durante el día pueden prolongarse los horarios en los que deberían comer debido a la falta de apetito, principalmente en los desayunos. En este trastorno existe alteraciones del sueño, la persona se despierta a consumir alimentos a cualquier hora de la noche, estos episodios se producen al menos 2 veces a la semana.

4.4.5.5 Trastorno alimentario no especificado: Aquí se encuentran aquellos pacientes que presentan sintomatología como por ejemplo preocupación y sentimientos de culpa por subir de peso, lo cual les causa conflictos en su diario vivir, sin embargo, el cuadro clínico no cumple con todos los criterios diagnósticos propuestos en DSM-V para diagnosticar alguno de los trastornos de la ingestión de alimentos (American Psychiatric Association, 2013).

4.4.5.6 Trastorno por evitación de ingesta de alimentos: Este tipo de alteración se caracteriza por elegir de manera selectiva y exagerada los alimentos, las personas que padecen este trastorno se diferencian de las demás alteraciones porque no experimentan miedo a subir de peso, sino más bien evitan comer por las características que presentan algunos alimentos, por ejemplo, el color, olor o sabor (Suspes y Orejarena, 2020). Estos pacientes tienen otros pánicos, les angustia pensar que puedan atragantarse, además este trastorno puede lograr una pérdida significativa de peso, pues al evitar consumir ciertos alimentos no se completará con el perfil nutricional requerido (Astudillo, 2020).

En la Figura 4, se muestran los criterios diagnósticos de este trastorno de restricción de alimentos de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)

| |
|---|
| <p>A. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas, asociado a uno (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños)2. Deficiencia nutritiva significativa3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial |
| <p>B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada</p> |
| <p>C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o la constitución</p> |
| <p>D. El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional</p> |
| <p><i>Especificar si:</i> En remisión: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado</p> |

Figura 4. Criterios diagnósticos para los Trastornos de restricción de alimentos según el DSM-V.
Nota. Tomado de *Revista Oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria*, por Suspes y Orejarena, 2020.

4.4.6 Diagnóstico

En el primer nivel de atención, los profesionales de la salud deben identificar los grupos vulnerables, factores etiológicos y realizar una historia clínica detallada, para de esta forma garantizar una referencia oportuna y el paciente sea tratado de manera integral. Por ello, se han desarrollado varios instrumentos que contribuyan a la investigación de este tipo de conductas, uno de los más utilizados es el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), fue elaborado de acuerdo a los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-IV para determinar casos de trastornos alimentarios y fue usado por primera vez en una encuesta dirigida a determinar la prevalencia de consumo de sustancias como droga y alcohol aplicada en estudiantes del Distrito Federal. Este cuestionario fue validado y se determinó una consistencia interna de $\alpha=0.83$, brindando así gran confiabilidad en los resultados (Unikel et

al., 2004). Consta de 10 preguntas relacionadas al miedo por subir de peso, falta de control al ingerir alimentos, ayunos, actividad física en exceso y el uso de diversas sustancias para mantener un peso ideal.

Las opciones de respuesta se califican de la siguiente forma: 0: Nunca o casi nunca, 1: A veces, 2: Con frecuencia 3: Con mucha frecuencia. Mientras más elevada es la puntuación mayor es la presencia de conductas anómalas en la alimentación, y por tanto mayor el riesgo de presentar un Trastorno alimentario. De acuerdo al puntaje se clasifica de la siguiente forma:

- 0-6 puntos: Sin Riesgo
- 7-10 puntos: Moderado Riesgo
- > 10 puntos: Alto Riesgo

Existen otros instrumentos como el “Cuestionario del Afecto Autoconsciente para Adolescentes”, se basa en buscar las causas que originan alteraciones alimentarias, su objetivo es medir factores afectivos, conductuales y cognoscitivos. Está conformado por 9 preguntas enfocadas en la vergüenza que sienten las personas por su aspecto físico, además se plantean 10 preguntas adicionales basadas en el sentimiento de culpa y auto rechazo. En cuanto al puntaje, una calificación mayor o igual a 11 se interpretará como riesgo alto para desarrollar trastornos alimentarios (Figueroa y Rodríguez, 2023).

Otro de los instrumentos que evalúan estas conductas es el “Cuestionario de actitudes hacia la figura corporal”, se realizó a partir de las características psicológicas que presentan los pacientes con trastornos alimentarios. Consta de 14 preguntas divididas en dos componentes, el primero plantea siete preguntas asociadas a la insatisfacción corporal, el segundo componente tiene preguntas sobre la aceptación social según el aspecto físico (Unikel et al., 2019). De igual modo, también se debe mencionar al Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26), el cual se usa para identificar el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios, consta de 26 preguntas que valoran la dieta de los participantes. Es un instrumento que aporta con el diagnóstico de los trastornos alimentarios más frecuentes como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (Montoro et al., 2024).

La aplicación de este tipo de instrumentos permite realizar un tamizaje de aquellas personas con conducta alimentarias de riesgo, en relación a los resultados se puede intervenir a tiempo y se reforzarán los programas preventivos sobre esta problemática. Cabe aclarar que, para establecer un diagnóstico certero de los Trastornos de la Ingestión de los Alimentos, lo deben realizar los profesionales especializados en la salud mental, quienes se basan en el DSM-V, que contiene los criterios diagnósticos específicos para cada uno de ellos (American Psychiatric Association, 2013).

4.4.7 Tratamiento

El tratamiento temprano puede corregir los patrones de alimentación que no son saludables antes de que estos se conviertan en algo difícil de eliminar, también evita que estas conductas progresen a un trastorno alimenticio. Los tratamientos destinados a combatir este tipo de patologías dependen de las necesidades específicas de cada paciente, pues hay quienes han experimentado más secuelas que otros (Bermudez et al., 2021).

La psicoterapia es el tipo de intervención que mejores resultados ha demostrado en este tipo de pacientes, dentro de este tipo de terapia encontramos a la terapia familiar, donde los padres de familia son los principales autores para la recuperación de los pacientes y son ellos quienes asumen la responsabilidad de controlar la alimentación de sus hijos. El hecho de que la familia se encuentre comprometida con el tratamiento ofrece mejores resultados, pues la terapia constante ayuda a las personas a ganar peso, a mejorar los hábitos alimentarios y su estado de ánimo (Ayuzo y Covarrubias, 2019).

Por su parte, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es preferible para tratar las conductas como los atracones y purgas, este tipo de terapia ayuda a la persona a identificar sus conductas patológicas, a replantearse su autoconcepto y auto aceptarse (Astudillo, 2020).

Asimismo, con respecto a la terapia farmacológica se ha informado que medicamentos como los antidepresivos o antipsicóticos son útiles en los trastornos alimentarios y otras enfermedades concurrentes como la ansiedad o la depresión. La Consejería nutricional también es esencial para instaurar una alimentación que pueda cumplir con todos los requerimientos nutricionales, en estos casos, los profesionales ideales son expertos en nutrición, no hay nadie mejor que ellos para desarrollar planes de comidas nutritivas (Bermudez et al., 2021).

5. Metodología

5.1 Área de estudio

El estudio se desarrolló en cuatro gimnasios pertenecientes al cantón Loja : JS Fitness Center, ubicado en la calle Quito y Avenida universitaria; Taurus Loja, localizado en la calle Salvador Bustamante Celi y Chone; Stewart Gym situado en la calle Epiclachima y Jose Antonio Eguigurem; Total Flex Gym , ubicado en la calle 18 de noviembre y Chile.

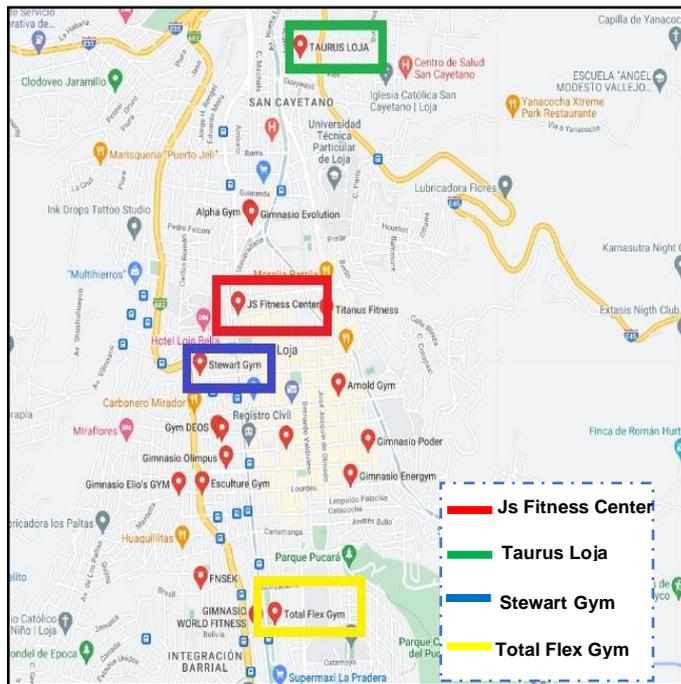


Figura 5. Ubicación geográfica de los gimnasios de estudio
Fuente: Google maps, 2022

5.2. Enfoque metodológico

Se elaboró una investigación con enfoque cuantitativo.

5.3 Tipo de diseño utilizado

Se desarrolló un estudio descriptivo, de diseño transversal durante el período octubre 2022 a marzo 2023.

5.4 Unidad de estudio

La población objeto de estudio estuvo conformada por los usuarios que entrenaban en los siguientes gimnasios: JS Fitness Center, Taurus Loja, Stewart Gym y Total Flex Gym

5.5 Universo

Constituido por 550 usuarios inscritos en los gimnasios JS Fitness Center, Taurus Loja, Stewart Gym y Total Flex Gym

5.6 Muestra

La muestra quedó conformada por 228 usuarios aplicando los criterios de inclusión y exclusión, con edades comprendidas entre 18 a 50 años de edad.

5.7 Criterios de inclusión

- Usuarios inscritos en los gimnasios JS Fitness Center, Taurus Loja, Stewart Gym y Total Flex Gym.
- Usuarios que asistían con frecuencia a los gimnasios
- Usuarios que entrenaban desde hace 3 meses.
- Usuarios que firmaron el consentimiento informado.

5.8 Criterios de exclusión

- Usuarios de los gimnasios menores de 18 años de edad.
- Usuarios que contestaron de manera incompleta la información solicitada.
- Usuarios que no asistieron el día que se recopiló la información.

5.9 Técnicas

Para el desarrollo de la presente investigación se aplicó los siguientes instrumentos: consentimiento informado, hoja de recolección de datos sociodemográficos ,la escala de satisfacción muscular y el cuestionario de conductas alimentarias de riesgo.

5.10 Instrumentos

- **Consentimiento informado:** Se elaboró el consentimiento informado de acuerdo al formato determinado por el Comité de evaluación de ética de la investigación (CEI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estuvo constituido por introducción, propósitos, el tipo de intervención de la presente investigación, el mecanismo para la selección de participantes. Se expuso la información sobre los instrumentos utilizados en la recolección de datos, se explicó el procedimiento, la duración y beneficios del estudio. Además, se explicó el derecho que cada usuario tenía, es decir podría participar o no hacerlo si así lo prefería. Se señaló que la información obtenida se encuentra bajo confidencialidad. (Anexo 5)
- **Hoja de Recolección de información sociodemográfica:** Se empleó un formulario de datos sociodemográficos para obtener datos como: Edad, y sexo, que son parámetros fundamentales dentro de los objetivos de este estudio, además en esta hoja se incluyó otros datos como estado civil, procedencia, ocupación y nivel de instrucción. De esta forma se conoció qué tipo de población se abordó. (Anexo 6)
- **Escala de Satisfacción Muscular (ESM):** Se aplicó esta escala para determinar la presencia de dismorfia muscular en los usuarios. Este instrumento fue desarrollado a partir de características asociadas al Trastorno Dismórfico Corporal propuestas por la Asociación Americana de Psiquiatría, originalmente en inglés, sin embargo, debido a la confiabilidad de resultados que ofrece, fue traducida al idioma español por expertos bilingües, además validada por González y colaboradores, investigadores

especializados en temas asociados a la imagen corporal, por lo que ha sido aplicada en varios países de habla hispana. La escala consta de 19 preguntas, los parámetros que permitió evaluar son: Comprobación del tamaño de los músculos (ítem 3,11,18,19), ingesta de sustancias (ítem 5,6,9,17), satisfacción con la musculatura (ítem 1,4,14), dependencia del culturismo (ítem 2,7,8,12,15), lesiones musculares (ítem 10,13,16). Para la calificación de cada ítem se usó una escala Likert, de la siguiente forma 1: totalmente desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: no desacuerdo ni desacuerdo, 4: de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo. Las respuestas del ítem 1, 4 y 14 recibieron puntuación invertida debido a su connotación, es decir, estas fueron calificadas de la siguiente manera: 5: Totalmente desacuerdo, 4: en desacuerdo, 3: no desacuerdo ni de acuerdo, 2: de acuerdo, 1: totalmente de acuerdo (González et al., 2014). De acuerdo al puntaje obtenido, esta escala permitió clasificar a los participantes de la siguiente forma:

- 19-38 puntos: Satisfacción Muscular
 - 39-57 puntos: Insatisfacción Muscular leve
 - 58-76 puntos: Insatisfacción Muscular moderada (Riesgo)
 - ≥ 77 puntos: Insatisfacción Muscular Severa (Afectados). (Anexo 7)
- **Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR):** Se utilizó este cuestionario para identificar la existencia de conductas alimentarias de riesgo en los usuarios. El cuestionario fue elaborado tomando como guía a los criterios diagnósticos del DSM-IV para trastornos alimentarios. Fue validado por Unikel y colaboradores, de acuerdo a las diversas aplicaciones en diferentes investigaciones ha demostrado resultados fiables. Este cuestionario está conformado por 10 ítems, cuyas preguntas se centran en conductas dirigidas a la pérdida de peso en los últimos 3 meses, así como el deseo de mantener figura delgada y angustia por engordar. Los parámetros que se evaluó fueron episodios de atracón o purga (ítem 2,3,4,5), métodos compensatorios (ítem 8,9,10), conductas restrictivas (ítem 1,6,7). Cada ítem se calificó con las siguientes opciones de respuesta: 0: nunca o casi nunca, 1: algunas veces, 2: frecuentemente haciendo referencia a 2 veces en la semana y 3: muy frecuentemente o más de 2 veces a la semana (Unikel et al., 2017). De acuerdo a los puntajes obtenidos se categorizó a los usuarios de la siguiente forma:
 - 0 - 6 puntos: Sin Riesgo
 - 7-10 puntos: Riesgo Moderado
 - > 10 puntos: Alto Riesgo (Anexo 8)

5.11 Procedimiento:

En primer lugar se realizó búsqueda bibliográfica que sustente el desarrollo de la investigación, a continuación se elaboró el proyecto de investigación de acuerdo a los

lineamientos de la “Guía para la formulación del proyecto de investigación curricular o titulación” establecido por la Universidad Nacional de Loja (UNL). Posteriormente se solicitó pertinencia dirigida a la directora de la Carrera de Medicina para aprobación y emisión de un informe de estructura y coherencia del proyecto de investigación (Anexo 1), seguidamente se solicitó asignación de un docente tutor como director de tesis (Anexo 2), posterior a ello se realizó los trámites para recolección de datos para lo cual se solicitó a dirección de la carrera de Medicina las peticiones correspondientes (Anexo 3). Se procedió a establecer contacto con los propietarios de los gimnasios JS Fitness Center, Taurus Loja, Stewart Gym y Total Flex Gym, finalmente, una vez que se les informó sobre el proyecto de investigación y con la autorización proporcionada se recolectó la información a través de la aplicación de los instrumentos a los usuarios de los gimnasios seleccionados.

5.12 Equipos y materiales

Los materiales utilizados en esta investigación fueron una resma de hojas, esferos, grapadora, Cd en blanco. Con respecto a los equipos empleados fueron: impresora, celular y computadora.

5.13 Procesamiento y análisis de datos

Posterior a la aplicación de los instrumentos, se procedió a realizar la calificación de las encuestas y cuestionarios. Se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel donde se clasificó a los participantes de acuerdo a las categorías propuestas por cada instrumento, en esta fase es importante señalar que para la clasificación de los usuarios de acuerdo a la escala de satisfacción muscular se lo realizó en 3 categorías: Sin riesgo de Dismorfia Muscular, en esta categoría se agruparon los usuarios que se encontraban satisfechos con su musculatura y los que se encontraban levemente insatisfechos con su musculatura; Con riesgo de dismorfia Muscular, aquellos usuarios que se encontraban moderadamente insatisfechos con su musculatura y con Afección de Dismorfia Muscular, aquellos usuarios que presentaron insatisfacción severa de su musculatura. Esto con el objetivo de obtener una interpretación más clara y comprensible de los resultados

Seguidamente, los datos fueron plasmados en tablas de frecuencia porcentual, posteriormente para determinar la relación entre Dismorfia Muscular y las conductas alimentarias, se procesó los datos obtenidos en el programa estadístico informático IBM SPSS Statistics versión 26 , se empleó la prueba estadística Chi Cuadrado. Por último, se realizó el análisis correspondiente a partir de los resultados obtenidos y se logró dar respuesta a los objetivos propuestos.

6 Resultados

Antes de exponer los resultados para cada objetivo, en la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la población de estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja, período octubre 2022 a marzo 2023

| | | F | % |
|-----------------------------|----------------------|------------|---------------|
| GIMNASIOS | STEWART GYM | 33 | 14,47 |
| | JS FITNESS CENTER | 64 | 28,07 |
| | TOTAL FLEX GYM | 98 | 42,98 |
| | TAURUS LOJA | 33 | 14,47 |
| | TOTAL | 228 | 100,00 |
| EDAD | 18-20 | 98 | 42,98 |
| | 21-30 | 94 | 41,23 |
| | 31-40 | 30 | 13,16 |
| | 41-50 | 6 | 2,63 |
| SEXO | MASCULINO | 142 | 62,28 |
| | FEMENINO | 86 | 37,72 |
| ESTADO CIVIL | SOLTERO | 202 | 88,60 |
| | CASADO | 12 | 5,26 |
| | DIVORCIADO | 10 | 4,39 |
| | UNION LIBRE | 4 | 1,75 |
| PROCEDENCIA | AZUAY | 6 | 2,63 |
| | CARCHI | 1 | 0,44 |
| | CHIMBORAZO | 2 | 0,88 |
| | EL ORO | 1 | 0,44 |
| | GUAYAS | 1 | 0,44 |
| | MANABÍ | 1 | 0,44 |
| | LOJA | 202 | 88,60 |
| | PICHINCHA | 8 | 3,51 |
| | TUNGURAHUA | 1 | 0,44 |
| | ZAMORA CHINCHIPE | 5 | 2,19 |
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | EDUCACION PRIMARIA | 5 | 2,19 |
| | EDUCACION SECUNDARIA | 149 | 65,35 |
| | EDUCACION SUPERIOR | 74 | 32,46 |
| OCUPACIÓN | SECTOR PRIVADO | 59 | 25,88 |
| | SECTOR PÚBLICO | 30 | 13,16 |
| | AMA DE CASA | 1 | 0,44 |
| | ESTUDIANTE | 138 | 60,53 |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Quezada Aguilar Cristina Stefania

Análisis: Como se puede observar, el total de usuarios que participaron en la investigación estuvo conformado por 228 personas, de estos el 42,98 % (n=98) de usuarios de los gimnasios pertenecen al rango de edad entre 18 a 20 años de edad; el 62,28 % (n=142)

corresponde al sexo masculino mientras que el sexo femenino estuvo representado por un 37,72% (n=86); el 88,60 % (n=202) son solteros. En cuanto a la procedencia, el 88,60 % (n=202) pertenece a la provincia Loja, sin embargo, también se puede observar pequeña parte de la población de estudio procedente de provincias como Azuay, Carchi, Chimborazo, El Oro, Manabí, Guayas, Pichincha, Tungurahua y Zamora Chinchipe; el 65,35 % (n=149) corresponde a Educación Secundaria. Con respecto a ocupación, el 60,53% (n=138) son estudiantes, el 25,88% (n=59) labora en el sector privado y un 13,16% (n=30) se desempeña en el sector público.

6.1 Resultados para el primer objetivo

Identificar la existencia de Dismorfia muscular de acuerdo a edad y sexo en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja

Tabla 2. Dismorfia muscular de acuerdo a edad en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja, período octubre 2022 a marzo 2023

| DISMORFIA MUSCULAR | EDAD | | | | | | | | TOTAL | |
|---------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|----------|-------------|------------|---------------|
| | 18-20 | | 21-30 | | 31-40 | | 41-50 | | F | % |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | | |
| SIN DISMORFIA MUSCULAR | 14 | 6,14 | 32 | 14,04 | 9 | 3,95 | 2 | 0,88 | 57 | 25,00 |
| RIESGO DE DISMORFIA MUSCULAR | 26 | 11,40 | 28 | 12,28 | 11 | 4,82 | 1 | 0,44 | 66 | 28,95 |
| AFECTADO POR DISMORFIA MUSCULAR | 58 | 25,44 | 34 | 14,91 | 10 | 4,39 | 3 | 1,32 | 105 | 46,05 |
| TOTAL | 98 | 42,98 | 94 | 41,23 | 30 | 13,16 | 6 | 2,63 | 228 | 100,00 |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Quezada Aguilar Cristina Stefania

Análisis: Se puede apreciar que un 46,05 % (n=105) de la población de estudio presentó Dismorfia Muscular, de estos el 25,44% (n=58) corresponde al grupo de edad de 18 a 20 años de edad, siendo predominante, un 14,91 % (n=34) pertenece al grupo de edad de 21 a 30 años, 4,39% (n=10) de 31 a 40 años de edad y tan solo un 1,32% (n=3) corresponde al grupo de edad de 41 a 50 años. De igual forma, se puede observar que un 28,95% (n=66) presentó riesgo para desarrollar este trastorno, siendo afectados un 12,28% (n=28) pertenecientes al rango de 21 a 30 años y un 11,40% (n=26) correspondiente al grupo de 18 a 20 años de edad.

Tabla 3. Dismorfia muscular de acuerdo a sexo en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja período octubre 2022 a marzo 2023

| DISMORFIA MUSCULAR | SEXO | | | | TOTAL | |
|---------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|--------|
| | MASCULINO | | FEMENINO | | F | % |
| | F | % | F | % | | |
| SIN DISMORFIA MUSCULAR | 32 | 14,04 | 25 | 10,96 | 57 | 25,00 |
| RIESGO DE DISMORFIA MUSCULAR | 38 | 16,67 | 28 | 12,28 | 66 | 28,95 |
| AFECTADO POR DISMORFIA MUSCULAR | 72 | 31,58 | 33 | 14,47 | 105 | 46,05 |
| TOTAL | 142 | 62,28 | 86 | 37,72 | 228 | 100,00 |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Quezada Aguilar Cristina Stefania

Análisis: El sexo masculino estuvo afectado con un 31,58 % (n=72), representando mayoría, mientras que en el sexo femenino se determinó un 14,47% (n=33). En el caso de los usuarios con riesgo 16,67% (n=38) son hombres y un 12,28% (n=28) son mujeres.

6.2 Resultados para el segundo objetivo

Determinar existencia de conductas alimentarias de riesgo de acuerdo a edad y sexo en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja

Tabla 4. Conductas alimentarias de riesgo de acuerdo a edad en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja período octubre 2022 a marzo 2023

| CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO | EDAD | | | | | | | | TOTAL | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|--------|
| | 18-20 | | 21-30 | | 31-40 | | 41-50 | | F | % |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | | |
| SIN RIESGO | 38 | 16,67 | 52 | 22,81 | 13 | 5,70 | 1 | 0,44 | 104 | 45,61 |
| MODERADO RIESGO | 23 | 10,09 | 22 | 9,65 | 8 | 3,51 | 2 | 0,88 | 55 | 24,12 |
| ALTO RIESGO | 37 | 16,23 | 20 | 8,77 | 9 | 3,95 | 3 | 1,32 | 69 | 30,26 |
| TOTAL | 98 | 42,98 | 94 | 41,23 | 30 | 13,16 | 6 | 2,63 | 228 | 100,00 |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Quezada Aguilar Cristina Stefania

Análisis: El 30,26 % (n=69) de usuarios presentan alto riesgo, de estos el 16,23% (n=37) corresponden al grupo de edad de 18 a 20 años siendo lo más afectados, un 8,77 % (n=20) tienen de 21 a 30 años, 3,95% (n=9) corresponden al rango de 31 a 40 años y tan solo 1,32% (n=3) de los afectados tienen de 41 a 50 años. Un 24,12% (n=55) presentó moderado riesgo, siendo los grupos más predominantes de esta categoría los participantes de 18 a 20 años y 21 a 30 años, representando un 10,09%(n=23) y 9,65% (n=22), respectivamente.

Tabla 5. Conductas alimentarias de riesgo de acuerdo a sexo en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja período octubre 2022 a marzo 2023

| CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO | SEXO | | | | TOTAL | |
|----------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|--------|
| | MASCULINO | | FEMENINO | | F | % |
| | F | % | F | % | | |
| SIN RIESGO | 70 | 30,70 | 34 | 14,91 | 104 | 45,61 |
| MODERADO RIESGO | 35 | 15,35 | 20 | 8,77 | 55 | 24,12 |
| ALTO RIESGO | 37 | 16,23 | 32 | 14,04 | 69 | 30,26 |
| TOTAL | 142 | 62,28 | 86 | 37,72 | 228 | 100,00 |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Quezada Aguilar Cristina Stefania

Análisis: Dentro de la población que se encuentra con alto riesgo, el 16,23 % (n= 37) pertenece al sexo masculino, mientras que el sexo femenino, se encuentra representado por un 14,04 % (n=32). En moderado riesgo, el 15,35% (n=35) son hombres y el 8,77% (n=20) son mujeres.

6.3 Resultados para el tercer objetivo

Establecer la relación entre Dismorfia muscular y la conducta alimentaria en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja

Tabla 6. Relación entre dismorfia muscular y la conducta alimentaria en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja período octubre 2022 a marzo 2023

| DISMORFIA MUSCULAR | CONDUCTAS ALIMENTARIAS | | | | | | TOTAL | |
|----------------------------------|------------------------|--------------|-----------------|--------------|------------|--------------|------------|---------------|
| | ALTO RIESGO | | MODERADO RIESGO | | SIN RIESGO | | F | % |
| | F | % | F | % | F | % | | |
| PRESENCIA DE DISMORFIA MUSCULAR | 41 | 17,98 | 26 | 11,40 | 38 | 16,67 | 105 | 46,05 |
| CON RIESGO DE DISMORFIA MUSCULAR | 24 | 10,53 | 21 | 9,21 | 21 | 9,21 | 66 | 28,95 |
| SIN RIESGO DE DISMORFIA MUSCULAR | 4 | 1,75 | 8 | 3,51 | 45 | 19,74 | 57 | 25,00 |
| TOTAL | 69 | 30,26 | 55 | 24,12 | 104 | 45,61 | 228 | 100,00 |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Quezada Aguilar Cristina Stefania

Análisis: La población de estudio que se encuentra con dismorfia muscular es la que mayor riesgo presenta para desarrollar trastornos alimentarios, representado por el 17,98% (n=41). De igual forma aquellos que se encuentran sin riesgo de presentar Dismorfia Muscular, son los que en su mayoría no tienen riesgo de presentar alteraciones en su alimentación, correspondiente al 19,74% (n=45).

Tabla 7. Relación entre dismorfia muscular y la conducta alimentaria en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja período octubre 2022 a marzo 2023

| | |
|-------------------------------|--------------|
| | Valor |
| Chi cuadrado calculado | 36,392 |
| Grados de libertad | 4 |
| Valor de p | 0,000 |

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Quezada Aguilar Cristina Stefania

Mediante la prueba estadística chi cuadrado se pudo determinar que existe una relación estadísticamente significativa entre Dismorfia muscular y la conducta alimentaria en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja en el período octubre 2022 a marzo 2023, dado que el valor de p es 0,000

7. Discusión

Los estereotipos de belleza tanto para hombres como para mujeres siempre se han encontrado presentes a lo largo de la historia, sin embargo, hoy en día el mundo cuenta con un gran medio de difusión que son las redes sociales, y son promotores de reforzar una cultura que promueve la perfección y estimula cada vez estándares de belleza inalcanzables. En relación a ello la población ha sido afectada con trastornos mentales como Dismorfia Muscular y conductas alimentarias patológicas, siendo grupos de riesgo principalmente aquellos que asisten a gimnasios.

De acuerdo al primer objetivo establecido, se determinó que el 28,95% se encuentra con riesgo para desarrollar este trastorno y el 46,05 % de la población de estudio presentó la sintomatología de dismorfia muscular, siendo el grupo más afectado aquellos de 18 a 20 años, representado por un 25,44%, asimismo se identificó predominio del sexo masculino en este trastorno, correspondiente a un 31,58%. Los resultados se asemejan a los obtenidos por Guarnizo (2022) en 97 usuarios de gimnasios en Ambato, donde se detectó un 55,7 % con alto riesgo de dismorfia muscular, siendo más frecuente en el sexo masculino correspondiente al 41,2%. Del mismo modo, Cartaya et al., (2020) demuestra que más de la mitad de usuarios varones que asisten a gimnasios en Portoviejo padecen sintomatología asociada a este trastorno, representado por un 55,56%, de estos el 20% se encontraba entre los 19 a 30 años, siendo el grupo de edad más predominante. Por el contrario, los resultados difieren a los encontrados por González (2015) en 253 usuarios de gimnasios en Loja, que reportaron un 25,7% con tendencia a desarrollar dismorfia muscular, donde lo más afectados fueron personas con edad promedio de 35 años con un valor de 18,7%, con respecto al sexo se observó concordancia de resultados, pues existió predominio de la población masculina con este trastorno, siendo el 22,7% de hombres afectados. Se puede apreciar que el porcentaje de personas afectadas con dismorfia muscular ha incrementado en la actualidad y afecta a la población más joven, además los datos coinciden con la literatura, pues esta alteración predomina en el sexo masculino cuyo ideal es alcanzar un gran volumen muscular en contraparte del sexo opuesto cuyo objetivo está más asociado a alcanzar la delgadez.

En relación al segundo objetivo establecido, con respecto a conductas alimentarias irregulares se determinó que un 24,12% presentan riesgo moderado y el 30,26 % de usuarios presentan alteraciones alimentarias de alto riesgo, de estos el 16,23% corresponden al grupo de edad de 18 a 20 años, siendo el grupo más afectado. Asimismo, se encontró que las conductas alimentarias de riesgo afectan a ambos sexos en igual magnitud, pues un 16,23% está representado por el sexo masculino y 14,04% pertenece al sexo femenino. Por su parte, Ortiz y Bonilla (2022) exponen resultados compatibles con este estudio, de tal forma que, en 135 deportistas de la Asociación de Árbitros Profesionales de Fútbol de Tungurahua, se estableció un 25,90% con riesgo moderado y un 24,40% con alto riesgo, sin embargo, con

respecto al sexo, la población masculina predominó con un 15,55%, mientras el 8,88% corresponde al sexo femenino. Los resultados difieren a los presentados por Tupiza (2022) en 100 usuarios de gimnasios en Quito, pues se reportó tan solo un 17 % de usuarios con alteraciones en la conducta alimentaria, donde el 8% fueron personas de 26 a 30 años, siendo el más prevalente, las cifras se asemejan con respecto al sexo, siendo un 10 % en hombres y un 7 % en mujeres. Cabe destacar que en este estudio se empleó un instrumento distinto como es el EAT-26, lo que puede explicar estas diferencias en los resultados. Es importante señalar que las alteraciones alimentarias siempre han sido asociadas a la población femenina, sin embargo, en este estudio se determinó que la población masculina no está exenta de padecer trastornos de tipo alimentario que están teniendo mayor repercusión en la actualidad. La influencia de las redes sociales modifica el estereotipo de masculinidad y refuerzan la aplicación de dietas restrictivas, por ello hoy en día existe mayor número de hombres afectados, sin embargo, muy pocos son diagnosticados pues se enfrentan al estigma de que este tipo de patologías se producen en mujeres, muchos lo mantienen en silencio, y reflejo de ello son las estadísticas que demuestran mayor prevalencia de trastornos alimentarios en las mujeres y muy pocos casos en hombres.

Por último, con respecto al tercer objetivo, se determinó que existe una relación significativa entre Dismorfia muscular y la conducta alimentaria en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja, pues se obtuvo un valor de ($p=0.000$). De los usuarios afectados con dismorfia muscular, el 17,98% presentó conductas alimentarias de alto riesgo, siendo el grupo más afectado. Resultados compatibles con los presentados por García y Yáñez (2018) en su investigación aplicada a usuarios de gimnasios en Perú, en el que se determinó una relación significativa entre trastornos de ingesta alimentaria y dismorfia muscular con un valor de ($p=0.0006$), donde del 19.59% de usuarios con dismorfia muscular, más del 50 % padecían trastornos de la conducta alimentaria. De igual forma, los resultados se asemejan a los reportados por Tica (2020) en una población de 147 usuarios de gimnasios en Perú, donde se determinó una relación estadísticamente significativa entre el trastorno dismórfico corporal y los síntomas de trastorno alimentario, obteniendo un valor de ($p= 0.000$). Como se pudo apreciar los trastornos mentales como la Dismorfia Muscular se encuentran asociados a alteraciones en la alimentación, dado que, a raíz de la inconformidad por el aspecto físico, la persona querrá cumplir con los estándares sociales, y lo hará a partir de dos medios que están a su alcance: Dieta y ejercicio.

8. Conclusiones

- Casi la mitad de usuarios de los gimnasios de la ciudad de Loja se encuentran afectados por Dismorfia Muscular, y más de un 1/4 de participantes presenta riesgo para desarrollar este trastorno, siendo la mayoría de afectados una población joven con edades comprendidas entre 18 a 30 años y predominantemente hombres.
- Al determinar la existencia de conductas alimentarias de riesgo, se detectó que menos de la mitad del grupo de estudio presentó conductas alimentarias de alto riesgo y cerca de 1/4 de la población desarrolló conductas alimentarias de moderado riesgo, siendo los grupos de edad de 18 a 30 años de edad mayormente afectados, y se presentan en igual medida tanto en el sexo masculino como femenino.
- Se establece una relación estadísticamente significativa entre dismorfia muscular y las conductas alimentarias de los usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja.

9. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud Pública se recomienda implementar estrategias basadas en la promoción de una imagen corporal positiva para de esta forma evitar prácticas no saludables tales como el ejercicio excesivo o conductas alimentarias de riesgo.

A los profesionales de la salud, a familiarizarse con temas que afectan la salud mental del individuo y que surgen a partir de la insatisfacción corporal, de tal modo que se pueda realizar acciones preventivas, dado el caso lograr una detección temprana y brindar tratamiento oportuno.

A los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja a realizar más investigaciones asociadas a este tipo de trastornos, que están teniendo mayor repercusión en la actualidad, de este modo se puede generar una base de datos más amplia sobre su prevalencia y crear estrategias educativas destinadas a poblaciones de riesgo.

A los instructores de los gimnasios, que se capaciten sobre este tipo de alteraciones para que contribuyan a informar sobre los ideales corporales saludables y los peligros del ejercicio excesivo.

10. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Panamericana.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andres, L. (2022). *Impacto de las redes sociales en la imagen corporal de adolescentes*, Lima 2020. [Tesis de grado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Psicología]. Repositorio Institucional-UPCH
- Arias, V., Lozada, A., Kriskovich, J., Allende, G., Olmedo, M., Crespo, C., Corral, P., Nogueira, J., Vallejos, C., & Vivero, A. (2021). Manejo de Lípidos y Aterosclerosis 2020. *Revista, Revista de la Federación Argentina de Cardiología* , 50(3), 5-32.
https://doi.org/http://Suplemento2020_Lipidos-5-32.pdf
- Arija, V., Santi, M., Novalbos, J., Canals, J., & Rodríguez, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 9-15. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Astudillo, R. (2020). El amplio espectro de los trastornos evitativos/restrictivos de la ingestión de alimentos, ortorexia y otros desórdenes (alimentarios). *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 58(2), 17-185. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272020000200171>
- Ayuzo, N., & Covarrubias, J. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(2), 80-86. <https://doi.org/https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88052>
- Bautista, M., Castelán, A., Tovar, A., Paredes, K., & Mancilla, J. (2020). Conductas alimentarias de riesgo, percepción de prácticas parentales y conducta asertiva en estudiantes de preparatoria. *Interacciones*, 6(3), 1-24.
<https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.162>
- Beltran, S. (2023). La satisfacción de la imagen corporal y la práctica del ejercicio físico en los adolescentes. *Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física*, 18(2), 16-36.
https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-24522023000200016&lng=es&nrm=iso
- Bermudez, L., Chacón, M., & Rojas, D. (2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Médica Sinergia*, 6(8), 1-10.
<https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.753>
- Bermudez, L., Herrera, K., & Fernandez, M. (2023). Actualización del trastorno dismórfico corporal. *Revista Médica Sinergia*, 8(2), 2215-2224.
<https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v8i2.967>
- Bernal, M., Ledesma, L., Crudi, É., Magno, B., Ferreira, N., & Jacinto, P. (2023). Hábitos alimenticios y nutrición en los estudiantes de medicina. *UNIDA Sld*, 2(2), 18-23.
<https://doi.org/https://revistacientifica.unida.edu.py/publicaciones/index.php/unidasld/>

article/view/161

- Blázquez, F., Pintor, B., & Martínez, M. (2022). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo en universitarios mexicanos. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 26(1), 83-91. <https://doi.org/10.14306/renhyd.26.1.1487>
- Buitrago, F., Tejero, M., & Pagador, A. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. *Actualización en Medicina de Familia*, 15(1), 4-14. <https://doi.org/https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-y-de-la-ingestion-de-alimentos-1>
- Camelo, L., Piñeros, G., & Chaves, L. (2020). FOMENTO DE ALIMENTACIÓN LABORAL SALUDABLE EN AMÉRICA DEL SUR. *Revista Científica Ciencia Médica*, 23(1), 61-68. <https://doi.org/https://www.redalyc.org/journal/4260/426064021009/html/>
- Campos, M., Solano, S., Paez, A., Ortiz, S., Contreras, C., & Casadiegos, L. (2023). Riesgo de Trastornos de Conductas Alimentarias Asociados al Estado Nutricional de los Adolescentes. *Cultura de los Cuidados*, 27(65), 315-327. <https://doi.org/10.14198/cuid.2023.65>
- Cartaya, R., Brito, A., Iglesias, D., Pérez, D., & Álvarez, M. (2020). Percepción de la imagen corporal y propensión a la vigorexia en un grupo de usuarios de gimnasios. *Revista de Ciencias de la Salud*, 4(3), 19-27. <https://doi.org/10.33936/qkracs.v4i3.2855>
- Compte, E., Cattle, C., Lavender, J., Brown, T., Murray, S., Capriotti, M., Flentje, A., Micah Lubensky, J. M., Lunn, M., & Nagata, J. (2022). Psychometric evaluation of the muscle dysmorphic disorder inventory (MDDI) among gender-expansive people. *Journal of Eating Disorders*, 10(95), 2-11. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00618-6>
- Díaz, N., Herrera, H., Fajardo, Z., & Galbán, A. (2021). Consumo de macronutrientes y micronutrientes en adolescentes. *TAYACAJA*, 4(1), 180-192. <https://doi.org/https://doi.org/10.46908/tayacaja.v4i1.163>
- Esquivel, I., Cervantes, B., Camacho, E., González, E., & Flores, V. (2022). Consumo de sustancias ergogénicas, dependencia al ejercicio, síntomas de dismorfia muscular y trastornos alimentarios en usuarias de gimnasio: revisión sistemática de la literatura. *REVISTA MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS*, 12(2), 186-201. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2022.2.750>
- Figueroa, M., & Rodríguez, M. (2023). Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Competencias Socioemocionales SEC-Q en estudiantes universitarios chilenos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 55(2), 10-17. <https://doi.org/10.14349/rlp.2023.v55.2>
- Fonseca, J., Barreto, S., Cortes, N., & Ramírez, J. (2023). Factores de riesgo en la Bulimia Nerviosa (BN): elementos claves de seguridad en el cuidado de la salud. *REVISTA*

- MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS, 13(1), 85-107.
<https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2023.1.760>
- García, D., & Chérrez, H. (2024). Imagen corporal y bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 02-03.
- García, D., & Guarnizo, J. (2022). *Autoestima y su relación con la dismorfia muscular en usuarios de un gimnasio*. [Tesis de grado, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Psicología Clínica]. Repositorio UTA
- Girón, J., & Pari, J. (2021). Insatisfacción corporal y uso de redes sociales asociados a la dismorfia muscular en estudiantes universitarios. [Tesis de grado, Universidad Continental]. Repositorio Universidad Continental
- González, C. (2015). VIGOREXIA Y PREOCUPACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS DE LA CIUDAD DE LOJA OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2015. Loja. [Tesis de grado, Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Pontificia UCE
- González, I., Fernández, J., Contreras, O., & Mayville, S. (2012). Validation of a Spanish version of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: Escala de Satisfacción Muscular. *Body Image*, 9(4), 517-523. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.05.002>
- González, I., Fernández, J., Hernández, A., & Contreras, O. (2014). Perceptions and Self-Concept in Athletes with Muscle Dysmorphia Symptoms. *The Spanish Journal of Psychology*, 17. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.45>
- Guarnizo, J. (Septiembre de 2022). AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA DISMORFIA MUSCULAR EN USUARIOS DE GIMNASIOS. Ambato, Ecuador.
- Hernández, M. (2023). Relación de la insatisfacción corporal y la identificación grupal en hombres y mujeres universitarios durante el Covid1. *Journal of Behavior, Health & Social*, 15(2), 47-54. <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/fesi.20070780e.2023.15.2.81311>
- Hernández, V., Rojas, K., Min, H., Yglesias, I., & Castro, G. (2023). El trastorno dismórfico corporal: una patología subdiagnosticada con impacto clínico. *Rev Hisp CiencSalud*, 9(1), 30-41. <https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.91.596>
- Hidalgo, M., & Silva, C. (2024). Trastornos de Conducta Alimentaria y Estado Nutricional en las Estudiantes de la Unidad Educativa Los Arrayanes, Ibarra 2023. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(3), 2028-2042. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.11392
- Hosseini, S. (04 de septiembre de 2023). Body Image Distortion. *StatPearls*, págs. 01-03.
- Inzunza, E., Díaz, C., Valenzuela, E., Gutiérrez, Y., Baier, B., Molina, I., & Hernández, C. (2023). Autopercepción e insatisfacción de la imagen corporal con relación al IMC y porcentaje de grasa entre hombres y mujeres estudiantes universitarios chilenos.

- MHSalud*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.15359/mhs.20-1.8>
- Lopez, A. (2015). *PREVALENCIA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADULTOS JÓVENES DEPORTISTAS*. [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE
- López, J., Garcia, A., & Smith, L. (2023). Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents. *JAMA Pediatr*, 177(4), 363-372. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5848>
- Marí, A., Burgos, J., & Hidalgo, R. (2021). Trastornos de conducta alimentaria en la práctica deportiva. Actualización y propuesta de abordaje integral. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 69(2), 131-143. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.04.004>
- Marron, S., Gracia, T., Miranda, A., Lamas, S., & Tomas, L. (2024). Detección de trastorno dismórfico corporal en pacientes con acné: estudio piloto. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 110 (1), 533-646. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.08.001>
- Martinez, E. (2022). *Tipos de personalidad y vigorexia en usuarios de los gimnasios. Riobamba, 2021*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Psicología Clínica].Repositorio UNACH
- Mayville, S., Williamson, D., Netemeyer, R., & Drab, D. (2002). Escala de satisfacción por la apariencia muscular (MASS). *Pruebas psicológicas APA*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/t17623-000>
- Ministerio de Salud Pública (2016). Lineamientos operativos para la intervención a personas con Trastornos de la Ingestión de alimentos : Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios, Quito, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura. (2018). Documento Técnico de las Guías Alimentarias basadas en la Alimentación Del Ecuador (GABA). <https://doi.org/Quito-Ecuador>
- Moncayo, D. (2016). Sintomatología de dismorfia muscular y relación con antropometría en usuarios del gimnasio de la PUCE. Quito, Tesis de Pregrado, PUCE.
- Montoro, N., Montejano, R., Baena, D., Talavera, M., & Gómez, M. (2024). Propiedades psicométricas del Eating Attitudes Test-26 en escolares españoles. *Anales de Pediatría*, 100(4), 241-250. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.01.006>
- Muñoz, B., Marín, R., & Miranda, C. (2024). Dismorfia corporal: instrumentos para su diagnóstico. Una revisión sistemática. *Retos*, 51, 243-250. <https://doi.org/https://doi.org/10.47197/retos.v51.99998>
- Muñoz, B., Uribe, R., & Miranda, C. (2024). Dismorfia corporal: instrumentos para su diagnóstico: Una revisión sistemática. *Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física*, 51, 243-250. <https://doi.org/10.47197/retos.v51.99998>

- Nápoles, N., Blanco, H., & Jurado, P. (2022). La autoeficacia y su influencia en la insatisfacción de la imagen corporal: revisión sistemática. *PSCICOLOGIA Y SALUD*, 32(1), 57-70. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2711>
- Olave, L. (2022). *Evaluación de dismorfia muscular y adicción al ejercicio físico*. [Tesis de grado, Universidad Computense de Madrid]. Repositorio Institucional UCM
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. https://doi.org/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf&ua=1;jsessionid=CC8E6EDC4B8521938A95D1041E619D6A?sequence=1
- Ortega, J. (2023). *Relación de la insatisfacción de la imagen corporal con las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Psicología Clínica]. Repositorio institucional UNACH
- Ortiz, J., & Fernandez, G. (2022). Self-perception of body image and valuation anthropometric nutrition of adolescents. *International journal of interdisciplinary studies*, 3(8), 223-226. <https://doi.org/https://doi.org/10.51798/sijis.v3i8.575>
- Ortiz, N., & Bonilla, P. (2022). Conductas alimentarias de riesgo y su relación con la autoestima en deportistas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 10240-10258. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4129
- Palmeros, C., González, G., León, R., Carmona, Y., Ocampos, Y., Barranca, A., & Romo, T. (2022). Conductas alimentarias de riesgo y satisfacción corporal en estudiantes universitarios mexicanos: Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes mexicanos. *Revista Española De Nutrición Humana Y Dietética*, 26(2), 95-103. <https://doi.org/10.14306/renhyd.26.2.1484%20>
- Palomino, A. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición*, 47(2), 286-291. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>
- Pazmiño, J. (2022). Trastornos alimenticios de los deportistas: Una revisión sistemática. *Revista de Investigación Educativa y Deportiva*, 1(1), 1-26. <https://doi.org/https://revistamentor.ec/index.php/mentor/article/view/2054/1768>
- Perez, A., Valdez, M., Rojo, L., Radilla, C., & Barriguete, J. (2023). Influencias socioculturales sobre la imagen corporal en pacientes mujeres con transtornos alimentarios: un modelo explicativo. *Psychology, Society & Education*, 15(2), 4-5. <https://doi.org/10.21071/psye.v15i2.1560>
- Peris, D., & Sala, A. (2023). Factores de riesgo en la Dismorfia Muscular: una revisión bibliográfica. *INFORMACION PSICOLOGICA*, 124, 2-28. <https://doi.org/10.14635/ipsic.1938>
- Perkins, A. (2020). Trastorno dismórfico corporal. La búsqueda de la perfección. *Nursing*, 36(6), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2019.11.005>

- Ramírez, A., & Zerpa, C. (2022). Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios venezolanos . *Revista del Grupo de Investigaciones en Comunidad y Salud*, 7(1), 11-26. <https://doi.org/10.53766/GICOS/2022.07.01.01>
- Ramírez, M., Luna, J., & Velasquez, D. (2020). Conductas Alimentarias de Riesgo y su asociación con el exceso de peso en adolescentes del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca: un estudio transversa. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(2), 246-255. <https://doi.org/10.14306/renhyd.25.2.1170>
- Restrepo, J., & Quirama, T. (2020). El efecto de la satisfacción con la apariencia muscular sobre la relación entre la frecuencia y la dependencia al ejercicio en usuarios de gimnasios. *Revista Katharsis*, 29, 33-47. <https://doi.org/https://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/1376>
- Rincón, D. (2022). Dimensión histórica, síntomas y neurobiología del trastorno dismórfico corporal. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 16(1), 49-56. <https://doi.org/10.21500/19002386.5797>
- Rodriguez, D. (2020). Anorexia nerviosa. Presentación de un caso. *Multimed*, 24, 169-180. https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000100169&lng=es&tlng=es.
- Salmerón, M., Román, C., & Casas, J. (2017). TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria*, XXI(2), 82-91. <https://doi.org/https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-03/trastornos-del-comportamiento-alimentario-2/>
- Santos, J. (2022). *Psicopatología de la imagen corporal: definiciones, alteraciones, teorías y evaluación*. Centro de Investigación y Desarrollo. https://doi.org/10.37811/cli_w731
- Secretaria Tecnica de Prevención Integral de drogas. (2021). *PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN INTEGRAL Y CONTROL DEL FENÓMENO SOCIOECONÓMICO DE LAS DROGAS* . Ministerio de Salud Pública. https://doi.org/http://sisco.copolad.eu/web/PLAN_NACIONAL_DE_PREVENCION_INTEGRAL_Y_CONTROL_DEL_FENOMENO_SOCIO_ECONOMICO_DE_LAS_DROGAS_2021.
- Segovia, C., & Peris, D. (2022). Depresión, baja autoestima y ansiedad como factores de riesgo de dismorfia muscular: revisión sistemática. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico*, 7(5), 1-15. <https://doi.org/10.5093/rpade2022a1>
- Segura, O., Lazcano, M., & Vera, O. (2022). IMAGEN CORPORAL: PERCEPCIÓN, DISTORSIÓN E INSATISFACCIÓN. *Estudios contemporáneos e perspectivas das cincias da sade*, 1, 12-36. <https://doi.org/10.54033/stebook.00005>
- Silva, C., Hernández, A., & González, K. (2023). CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

- EN JÓVENES MEXICANAS: COMPARACIÓN DE TRES PERÍODOS. *REVISTA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO*, 12(34), 73-96. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v12i34.22512>
- Suspes, Y., & Orejarena, S. (2020). Trastorno de evitación y restricción de la ingestión de alimentos en Pediatría: un diagnóstico novedoso para una entidad frecuente en la práctica clínica. *Pediatría integral*, 24(4), 1-10.
- Suspes, Y., & Orejarena, S. (2020). Trastorno de evitación y restricción de la ingestión de alimentos en Pediatría: un diagnóstico novedoso para una entidad frecuente en la práctica clínica. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria*, XXIV (4), 234.e1 – 234.e7. <https://doi.org/https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-06/trastorno-de-evitacion-y-restriccion-de-la-ingestion-de-alimentos-en-pediatria-un-diagnostico-novedoso-para-una-entidad-frecuente-en-la-practica-clinica/>
- Terán, J., & Alcivar, O. (2020). Vigorexia en fisicoculturistas del gimnasio Evolve de Portoviejo. *Dominio De Las Ciencias*, 6(4), 618-631. <https://doi.org/https://doi.org/10.23857/dc.v6i4.1491>
- Tica, F. (Marzo de 2020). FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS DISMÓRFICOS CORPORALES Y ALIMENTARIOS EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS DE AREQUIPA 2020. Arequipa, Perú.
- Tondi, P. (2023). Funciones ejecutivas en el Trastorno obsesivo-compulsivo y Trastorno dismórfico corporal (Dismorfia muscular) . [Tesis de grado, Universidad de Murcia, Ciencias de la Salud]. Repositorio institucional de la Universidad de Murcia
- Torres, D., Pontaza, I., Alvarez, M., & Saucedo, T. (2021). Dismorfia muscular: definición y generalidades sobre prevención y tratamiento. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 10, 223-231.
- Torres, r., Cisneros, J., & Guzmán, G. (2022). Comportamiento alimentario: Revisión conceptual. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 9(17), 38-44. <https://doi.org/10.29057/esat.v9i17.8154>
- Tupiza, T. (febrero de 2022). CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN PERSONAS QUE ASISTEN A UN GIMNASIO AL NORTE DE QUITO. [Tesis de grado, DSpace Universidad Indoamericana]. Repositorio institucional UTI
- Unikel, C., Bojórquez, I., & Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515. https://doi.org/https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600005

- Unikel, C., Leon, C. d., & Rivera, J. R. (2017). *CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS: DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN*. Universidad autónoma metropolitana. https://doi.org/https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas_alimentarias.pdf
- Valle, C., & Ramos, G. (2024). Imagen corporal y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(4), 283-293. <https://doi.org/https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v6i4.1138>
- Vasquez, M. (2022). La obsesión por la belleza. *Revista científica de la Sociedad Española de Medicina Estética*, 73. <https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.073.01>
- Venegas, K., & Gonzalez, M. (2020). Influencias sociales en un modelo de insatisfacción corporal, preocupación por el peso y malestar corporal en mujeres mexicanas. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 7-17. <https://doi.org/http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.2>
- Villalobos, A., Bojórquez, L., Hernández, M. I., & Unikel, C. (2023). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud pública de México*, 65(1), 96-101. <https://doi.org/10.21149/14800>
- Villamediana, A., & Baile, J. (2021). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en deportistas de alto rendimiento. Revisión sistemática. *Revista Clínica Contemporánea*, 12(2), 1-13. <https://doi.org/10.5093/cc2021a9>
- Vivar, A., & Becerra, L. (2023). Dismorfia muscular en usuarios varones que asisten a gimnasios de la ciudad de Chiclayo, Perú. *Revista Experiencia en Medicina*, 9, 223-246. <https://doi.org/https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/726/418>
- Wild, L. (2021). El magnesio y los minerales de tu cuerpo son absolutamente esenciales. *ANALES*, 1. <https://doi.org/https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/anales/article/view/3669/4509>
- Yépez, M., Negli, F., & Ramos, L. (2022). EVIDENCIAS DE VALIDEZ CONVERGENTE Y DISCRIMINANTE DEL CUESTIONARIO DEL COMPLEJO DE ADONIS EN UNA MUESTRA PERUANA. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 6(10), 36-50. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss10.2022pp36-50p>

11. Anexos

11.1 Anexos 1. Pertinencia del proyecto de Integración Curricular



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio Nro. 2052-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 17 de octubre del 2022

Srta. Cristina Stefania Quezada Aguilar
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA
Ciudad.

De mi consideración:

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja**, de su autoría; de acuerdo al informe de fecha 17 de octubre de 2022 suscrito por la Dra. María Susana González García docente de la Carrera de Medicina Humana, quien indica que una vez revisado y corregido, considera **aprobado y pertinente** su proyecto de tesis, estableciendo el tema: **Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja**; puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Documento adjunto: Informe de fecha 17 de octubre de 2022 suscrito por la Dra. María Susana González García. (Digital)

C. c.- Archivo, Secretaría.

Elaborado por:

Firmado digitalmente por ANA
CRISTINA LOJAN GUZMAN
Fecha: 2022-10-17 17:20:05:00

Ing. Ana Cristina Loján Guzmán
Secretaría de la Carrera de Medicina

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador
072 -571379 Ext. 102

11.2 Anexos 2. Designación de director de tesis



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio Nro. 2212-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 2 de noviembre del 2022

Dra. María Susana González García
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, a la vez me permito comunicarle que ha sido designado/a como Director/a de tesis del tema: titulado **Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja** autoría de **Cristina Stefania Quezada Aguilar**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

C.c.- Archivo, Secretaría, Estudiante **Cristina Stefania Quezada Aguilar**.

Elaborado por:

Firmado digitalmente por ANA
CRISTINA LOJAN GUZMAN
Fecha: 2022-11-02 11:34:05:00

Ing. Ana Cristina Loján Guzmán
Secretaría de la Carrera de Medicina

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora • Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

11.3 Anexos 3. Autorizaciones para recolección de datos



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio Nro. 2449-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 29 de noviembre de 2022

Señora
Vanessa Lopez
GERENTE DEL GIMNASIO "TOTAL FLEX GYM"
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle, de la manera más comedida, se digne conceder su autorización a **Cristina Stefania Quezada Aguilar**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para la recolección de datos mediante la aplicación de consentimiento informado y aplicación de una escala para identificar a existencia de dismorfia muscular en los usuarios del gimnasio, así como un cuestionario y un test para determinar las conductas alimenticias de los mismos; información que servirá para el desarrollo del proyecto de investigación titulado: **Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la Ciudad de Loja**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dra. María Susana González García**, catedrática de nuestra carrera.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

C.c.- Archivo, Secretaria, estudiante **Cristina Stefania Quezada Aguilar**.

Datos de estudiante:

Nombre: Cristina Stefania Quezada Aguilar
CI: 1104131139
Celular: 0991118490
Correo: cristina.s.quezada@unl.edu.ec

Elaborado por:

Firmado digitalmente por ANA
CRISTINA LOJAN GUZMAN
Fecha: 2022-11-29 16:32:05.00

Ing. Ana Cristina Loján Guzmán
Secretaría de la Carrera de Medicina

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora • Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio Nro. 2448-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 29 de noviembre de 2022

Señor
José Alberto Silva Loján
GERENTE DEL GIMNASIO "TAURUS LOJA"
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle, de la manera más comedida, se digne conceder su autorización a **Cristina Stefanía Quezada Aguilar**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para la recolección de datos mediante la aplicación de consentimiento informado y aplicación de una escala para identificar a existencia de dismorfia muscular en los usuarios del gimnasio, así como un cuestionario y un test para determinar las conductas alimenticias de los mismos; información que servirá para el desarrollo del proyecto de investigación titulado: **Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la Ciudad de Loja**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dra. María Susana González García**, catedrática de nuestra carrera.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

C.c.- Archivo, Secretaría, estudiante **Cristina Stefanía Quezada Aguilar**.

Datos de estudiante:

Nombre: Cristina Stefanía Quezada Aguilar

CI: 1104131139

Celular: 0991118490

Correo: cristina.s.quezada@unl.edu.ec

Elaborado por:

Firmado digitalmente por ANA

CRISTINA LOJAN GUZMAN

Fecha: 2022-11-29

16:32:05:00

Ing. Ana Cristina Loján Guzmán

Secretaría de la Carrera de Medicina

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador
072 -571379 Ext. 102



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio Nro. 2447-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 29 de noviembre de 2022

Señor
Stewart Abarca
GERENTE DEL GIMNASIO "STEWART GYM"
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle, de la manera más comedida, se digne conceder su autorización a **Cristina Stefanía Quezada Aguilar**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para la recolección de datos mediante la aplicación de consentimiento informado y aplicación de una escala para identificar la existencia de dismorfia muscular en los usuarios del gimnasio, así como un cuestionario y un test para determinar las conductas alimenticias de los mismos; información que servirá para el desarrollo del proyecto de investigación titulado: **Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la Ciudad de Loja**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dra. María Susana González García**, catedrática de nuestra carrera.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

C.c.- Archivo, Secretaría, estudiante **Cristina Stefanía Quezada Aguilar**.

Datos de estudiante:

Nombre: Cristina Stefanía Quezada Aguilar

CI: 1104131139

Celular: 0991118490

Correo: cristina.s.quezada@unl.edu.ec

Elaborado por:

Firmado digitalmente por ANA
CRISTINA LOJAN GUZMAN
Fecha: 2022-11-29 16:32:05:00

Ing. Ana Cristina Loján Guzmán
Secretaría de la Carrera de Medicina

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador
072 -571379 Ext. 102



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio Nro. 2450-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 29 de noviembre de 2022

Señor
Juan Carlos Armijos
GERENTE DEL GIMNASIO "JS FITNESS CENTER"
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle, de la manera más comedida, se digne conceder su autorización a **Cristina Stefanía Quezada Aguilar**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para la recolección de datos mediante la aplicación de consentimiento informado y aplicación de una escala para identificar a existencia de dismorfia muscular en los usuarios del gimnasio, así como un cuestionario y un test para determinar las conductas alimenticias de los mismos; información que servirá para el desarrollo del proyecto de investigación titulado: **Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la Ciudad de Loja**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dra. María Susana González García**, catedrática de nuestra carrera.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

C.c.- Archivo, Secretaría, estudiante **Cristina Stefanía Quezada Aguilar**.

Datos de estudiante:

Nombre: Cristina Stefanía Quezada Aguilar

CI: 1104131139

Celular: 0991118490

Correo: cristina.s.quezada@unl.edu.ec

Elaborado por:

Firmado digitalmente por ANA
CRISTINA LOJAN GUZMAN
Fecha: 2022-11-29 16:32-05:00

Ing. Ana Cristina Loján Guzmán
Secretaría de la Carrera de Medicina

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador
072 -571379 Ext. 102

11.4 Anexos 4. Certificación de Abrastract

Loja, 26 de Junio de 2024.

Jennifer Michelle Quezada Aguilar.

Lcda. En Ciencias de la Educación Mención Inglés

A petición de la parte interesada y en forma legal.

CERTIFICA:

Que **Cristina Stefania Quezada Aguilar** con cedula de identidad **N°1104131139**, estudiante de la Carrera de Medicina de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, completó satisfactoriamente la presente traducción de español a inglés del Trabajo de Integración curricular denominado **Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja**.

Traducción que fue guiada y revisada minuciosamente por mi persona. En consecuencia, se da validez a la presentación de la misma. Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo a la interesada hacer uso del presente documento en lo que estimare conveniente.

Atentamente,



JENNIFER
MICHELLE QUEZADA
AGUILAR

Jennifer Michelle Quezada Aguilar

Licenciada en Ciencias de la Educación Mención Inglés

Registro de Senescyt 1031-2023-2692899

Cédula: 1104131121

11.5 Anexos 5. Consentimiento Informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Este formulario de consentimiento informado está dirigido para los usuarios de los gimnasios de la ciudad de Loja, a quienes se invita a participar en el estudio denominado: "Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja"

Investigadora: Cristina Stefania Quezada Aguilar

Introducción

Yo Cristina Stefania Quezada Aguilar estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja me encuentro realizando un estudio que busca determinar Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja a través de la Escala de Satisfacción Muscular y Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo.

A continuación, le pongo a su disposición la información y a su vez le invito a participar de este estudio. Si tiene alguna pregunta no dude en hacérmelo saber.

Propósito

Mediante este estudio se pretende identificar la presencia de dismorfia muscular y su influencia en las conductas alimentarias en usuarios de gimnasios seleccionados de la ciudad de Loja

Tipo de intervención de la investigación

Este estudio comprenderá la aplicación de un cuestionario basado en la información sociodemográfica, escala de satisfacción muscular y el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo

Selección de participantes

Las personas que han sido seleccionadas son usuarios que asisten a los gimnasios de estudio de la ciudad de Loja.

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio incluso cuando haya aceptado antes.

Información sobre el cuestionario:

En primera instancia se aplicará una hoja de recolección de información sociodemográfica como edad, sexo, ocupación, estado civil y procedencia, asimismo se un cuestionario basado en la Escala de satisfacción muscular, que incluye preguntas sobre Insatisfacción Muscular, dependencia al fisicoculturismo, conductas de verificación, uso de sustancias y lesiones musculares, Además, se empleará un Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo que incluye preguntas para determinar si existe manifestaciones extremas de las preocupaciones sobre el peso y la dieta.

Procedimientos y protocolo

Se acudirá a las instituciones seleccionadas una vez obtenida la autorización de las mismas, con el propósito de aplicar el cuestionario a los usuarios de los gimnasios, y así obtener información, que tendrá gran relevancia para la investigación en desarrollo.

Descripción del proceso

Se aplicará un cuestionario dividido en 3 secciones: Datos sociodemográficos, preguntas sobre satisfacción muscular y sobre las conductas alimentarias. El tiempo estimado para la aplicación del cuestionario será de 10 minutos por persona.

Beneficios y Riesgos

- No existe ningún riesgo para el participante
- El beneficio es conocer la existencia de dismorfia muscular y su influencia en las conductas alimentarias en usuarios de gimnasios seleccionados de la ciudad de Loja

Confidencialidad

Con este estudio, se realizará una investigación general en los usuarios de los gimnasios de la ciudad de Loja que hayan aceptado participar, la información proporcionada de su parte será anónima y confidencial.

Compartiendo los resultados

La información que se obtenga al finalizar el estudio será presentada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja, donde se publicarán los resultados a través de datos numéricos. No se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene obligación absoluta de participar en este estudio si no desea hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y decidir que abandonará la investigación, aun cuando haya aceptado antes.

A quién contactar:

Si tiene alguna inquietud puede comunicarla en este momento, o cuando usted crea conveniente, para ello puede hacerlo al siguiente correo electrónico cristina.s.quezada@unl.edu.ec, o al número telefónico 0960687273

He leído o me ha sido leída la información proporcionada. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/Mes/Año

11.6 Anexos 6. Hoja de recolección de información sociodemográfica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA

HOJA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Indicaciones: Por favor completar los siguientes datos o marcar con una x según corresponda.

EDAD: (años cumplidos)

SEXO:

- () Femenino
- () Masculino

ESTADO CIVIL

- () Soltero
- () Casado
- () Divorciado
- () Unión libre

PROCEDENCIA (LUGAR DE NACIMIENTO):

OCUPACIÓN:

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

- () Sin estudios
- () Educación Primaria
- () Educación Secundaria
- () Educación Superior

11.7 Anexos 7. Escala de satisfacción muscular



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

ESCALA DE SATISFACCIÓN MUSCULAR

Indicaciones:

-A continuación, se presenta la Escala de satisfacción muscular, una herramienta que permite determinar sintomatología de dismorfia muscular, un trastorno en el que la persona desarrolla un comportamiento obsesivo por el desarrollo de musculatura. Por favor, lea y responda los siguientes enunciados. Señale su respuesta anotando una X según considere conveniente.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|-----------------------|------------|-----------------------------|------------|-----------------------|
| | Totalmente desacuerdo | Desacuerdo | No desacuerdo ni de acuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| 1. Cuando miro mis músculos en el espejo, a menudo me siento satisfecho con su tamaño. | | | | | |
| 2. Si mi horario me obliga a perder un día de entrenamiento con pesas, me siento muy molesto. | | | | | |
| 3. A menudo pregunto a amigos y / o familiares si me veo grande/fuerte. | | | | | |
| 4. Estoy satisfecho con el tamaño de mis músculos. | | | | | |
| 5. Frecuentemente gasto dinero en suplementos para aumentar mis músculos. | | | | | |
| 6. Está bien usar esteroides para aumentar la masa muscular | | | | | |
| 7. A menudo siento que soy adicto al entrenamiento con pesas | | | | | |
| 8. Si no entreno bien, es probable que tenga un efecto negativo el resto de mi día. | | | | | |
| 9. Probaría cualquier cosa para hacer que mis músculos crezcan. | | | | | |
| 10. Frecuentemente sigo entrenando, aun cuando mis musculoso articulaciones están adoloridos por entrenamientos anteriores. | | | | | |
| 11. Con frecuencia paso mucho tiempo mirando mis músculos en el espejo. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 12. Paso más tiempo en el gimnasio entrenando que la mayoría de los que entrenan. | | | | | |
| 13. Para ser grande/fuerte, uno debe ser capaz de aguantar mucho de dolor. | | | | | |
| 14. Estoy satisfecho con mi tono y definición muscular. | | | | | |
| 15. Mi autoestima está centrada en cómo se ven mis músculos. | | | | | |
| 16. Frecuentemente aguanto mucho dolor físico mientras estoy levantando pesas para ser más grande/fuerte. | | | | | |
| 17. Debo tener músculos más grandes, por cualquier medio que sea necesario. | | | | | |
| 18. A menudo busco asegurarme a través de los demás que mis músculos son suficientemente grandes. | | | | | |
| 19. A menudo encuentro difícil resistir comprobar el tamaño de mis músculos. | | | | | |

| INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN DE APARIENCIA MUSCULAR | |
|---|----------------|
| 1: Totalmente desacuerdo | |
| 2: Desacuerdo | |
| 3: No desacuerdo ni de acuerdo | |
| 4: De acuerdo | |
| 5: Totalmente de acuerdo | |
| PUNTAJE | |
| Satisfacción Muscular | 19 – 38 puntos |
| Insatisfacción Muscular Leve | 39 – 57 puntos |
| Insatisfacción Muscular moderada (Riesgo de Dismorfia Muscular) | 58 – 76 puntos |
| Insatisfacción muscular extrema (Afectado por Dismorfia Muscular) | ≥ 77 puntos |

11.8 Anexos 8. Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

CUESTIONARIO BREVE DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Indicaciones:

Se necesita su opinión respecto a sus hábitos alimenticios en los **últimos 3 meses**. Lee cada pregunta y señala con una X el número que considere que corresponde a la respuesta más adecuada.

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|--------------------------|----------|--|--|
| | Nunca o Casi Nunca | A veces | Con frecuencia/ 2 veces en una semana | Con mucha frecuencia/ más de 2 veces en una semana |
| 1.Me ha preocupado engordar | | | | |
| 2.En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida | | | | |
| 3.He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer) | | | | |
| 4.He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso | | | | |
| 5.He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) | | | | |
| 6.He hecho dietas para tratar de bajar de peso | | | | |
| 7.He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso | | | | |
| 8.He usado pastillas para tratar de bajar de peso. | | | | |
| 9.He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. | | | | |
| 10.He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. | | | | |

**INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO BREVE DE
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO**

0: Nunca o casi nunca

1: A veces

2: Con frecuencia 2 veces en una semana

3: Con mucha frecuencia más de 2 veces en una semana

PUNTAJE

Sin Riesgo

0-6 puntos

Riesgo Moderado

7-10 puntos

Riesgo alto

>10 puntos

11.9 Anexos 9. Evidencias de la recolección de datos

Foto 1. Recolección de datos



Foto 2. Recolección de datos



Foto 3. Recolección de datos



Figura 4. Recolección de datos



Figura 5. Recolección de datos



Figura 6. Recolección de datos



11.10 Anexos 10. Proyecto de Tesis



Universidad
Nacional
de Loja

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANDA
CARRERA DE MEDICINA**

**TÍTULO DEL PROYECTO: Dismorfia muscular y conductas alimentarias en
usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: CRISTINA STEFANIA QUEZADA AGUILAR

DIRECTOR: Dra. María Susana González Mg. Sc

LOJA-ECUADOR JULIO 2022

INDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| 1. TÍTULO..... | 73 |
| 2. PROBLEMÁTICA..... | 74 |
| 3. JUSTIFICACIÓN..... | 76 |
| 4. OBJETIVOS..... | 77 |
| 4.1 Objetivo General:..... | 77 |
| 4.2 Objetivos específicos:..... | 77 |
| 5. MARCO TEÓRICO | 78 |
| 6. METODOLOGÍA..... | 79 |
| 6.1 Localización..... | 79 |
| 6.2 Método de estudio | 80 |
| 6.3 Enfoque de investigación..... | 80 |
| 6.4 Tipo de investigación:..... | 80 |
| 6.5 Población y muestra | 81 |
| 6.6 Operacionalización de variables: | 81 |
| 6.7 Procedimiento y técnicas..... | 83 |
| 6.8 Instrumentos:..... | 83 |
| 6.9 Insumos:..... | 83 |
| 6.10 Equipos:..... | 84 |
| 6.11 Tratamiento, análisis y presentación de los datos colectados: | 84 |
| 7. CRONOGRAMA | 85 |
| 8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO | 88 |
| 9. BIBLIOGRAFÍA..... | 89 |
| 10. ANEXOS | 91 |

1. TÍTULO

Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la Ciudad de Loja

2. PROBLEMÁTICA

La dismorfia muscular (DM) es un trastorno caracterizado por una preocupación excesiva con la idea de no tener un cuerpo suficientemente musculoso y puede conllevar a renunciar a actividades sociales y laborales por la necesidad de ejercitarse. Las primeras investigaciones sobre este trastorno se realizaron en Estados Unidos, en el grupo de investigación del psiquiatra Harrison Pope en 1997 (Díaz, 2017). La DM inicialmente se denominó anorexia inversa, ya que la persona se observa delgada y poco musculosa. Actualmente este trastorno, consta como un subtipo del Trastorno Dismórfico corporal (TDC) en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (American Psychiatric Association, 2013). Asimismo, la DM se ha considerado como un trastorno de la conducta alimentaria, pues las personas afectadas tienden a una restricción alimentaria y al uso desmedido de sustancias ergogénicas. Uno de los principales factores de riesgo es la dieta que adoptan, ya que se incluyen planes dietéticos muy rígidos, siendo muy altos en proteínas, hasta 5g de proteína/kg y bajos en grasas (Torres et al., 2021).

Cuando una persona hace ejercicio durante muchas horas al día, incluso con una dieta regular, puede ser insuficiente y puede haber un déficit de energía que provoque desnutrición, lo que conlleva a posibles complicaciones de un trastorno alimentario y la desnutrición asociada. Además de que los suplementos dietéticos y de desarrollo muscular, que en gran parte no están regulados por la FDA, sin embargo, se compran en línea o sin receta médica, generalmente están mal etiquetados o compuestos con sustancias como los esteroides (Yasgur, 2022).

Por otro lado, a pesar de que se han realizado muchas investigaciones desde que el término entró en el léxico psiquiátrico, queda un enorme margen para el avance del conocimiento. Los estudios ejecutados sobre este trastorno, se limitan en gran medida a la población occidental, especialmente norteamericana, británica y australiana, una de las razones por las que se ha brindado mayor interés a este trastorno en estas zonas geográficas es la presión social y el culto al cuerpo es más intensa, se trata de un aspecto cultural, ya que occidente siempre se le ha dado una connotación positiva a la musculatura (Martínez, 2016). Debido a los hallazgos y estudios realizados en estas zonas geográficas, se han desarrollado algunos programas para contrarrestar estos trastornos, un ejemplo es el programa desarrollado por Stanford y McCabe (2005), uno de los primeros programas que se enfocó en la aceptación de las diferencias corporales y el fortalecimiento de autoestima, con contenidos adaptados a las preocupaciones relativas a la musculatura (Moncayo, 2016).

Asimismo en la actualidad se ha determinado que la psicoeducación es la intervención número uno, en particular la terapia cognitiva conductual (TCC), son el tratamiento preferido para este tipo de trastornos. Los investigadores interesados en este tema han demostrado que los profesionales de la salud deben familiarizarse más con los signos y síntomas comunes de la dismorfia muscular, así como con las opciones de tratamiento y derivación, para contribuir a brindar una atención adecuada e integral (Yasgur, 2022).

En Latinoamérica la evidencia es más escasa y se basa en muestras pequeñas. En el caso de Ecuador existe una comprensión limitada sobre este tema, por ejemplo, dentro de los resultados de una de estas investigaciones son los siguientes: En la ciudad de Portoviejo se evidenció que hombres de 24 a 27 años que sufren vigorexia desarrollan rasgos de personalidad obsesiva y 15% de los hombres participantes con DM padecen casos severos que influyen de manera negativa en su vida diaria (Terán y Alcivar, 2020). A nivel local, en la ciudad de Loja existe únicamente un solo estudio realizado en 2015 sobre este trastorno, que demuestra la existencia de un 25.7% de usuarios de gimnasios con tendencia a dismorfia muscular, un porcentaje bastante significativo. (González, 2015).

La sociedad actualmente sufre influencia de las redes sociales, donde se trasmite una figura musculosa como el estereotipo ideal y se expone al cuerpo como un objeto que se puede moldear fácilmente, convirtiendo así al aspecto físico como el referente más significativo de la identidad de una persona, esto contribuye al desarrollo de este tipo de trastornos en cualquier individuo y genera la adopción de medidas extremas aplicadas al ejercicio y dieta. En relación a ello, no sería sorprendente que en la actualidad muchas personas se encuentren afectadas por la DM, por tanto, se plantea: ¿En qué medida la dismorfia muscular influye en las conductas alimentarias en los usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja?

3. JUSTIFICACIÓN

La dismorfia muscular es un fenómeno emergente en la sociedad, principalmente debido a la influencia de las redes sociales, que se esfuerzan por crear estándares de belleza poco realistas y contribuyen al desarrollo de este trastorno, donde las personas afectadas tienden a aplicar regímenes estrictos de ejercicio y dietas basadas en un excesivo consumo de proteínas y uso desmedido de sustancias ergogénicas, por lo que el desarrollo de este estudio tendría gran relevancia. Según estudios que se han realizado previamente en otros países, entre los grupos mayormente afectados por este trastorno se encuentran las personas que acuden al gimnasio, por esta razón la población elegida para esta investigación está enfocada en los usuarios de gimnasios de la ciudad Loja.

En la ciudad de Loja se ha realizado únicamente un estudio sobre la DM, por lo que esta investigación da lugar a avances sustanciales en el conocimiento de este tipo de trastornos. Una mayor variedad de diseños de investigación sobre la DM puede contribuir a una base de conocimientos más amplia y sólida que la que existe actualmente, esto puede ayudar a plantear en un futuro, investigaciones de intervención destinadas a asistir a grupos de personas cuya calidad de vida y salud están en riesgo por su preocupación muscular. Este estudio toma particular importancia dentro de las líneas de investigación de medicina: Salud enfermedad del adolescente, del adulto, y sistemas de salud. Además, se intenta profundizar en el conocimiento de este trastorno, ya que hay pocos datos que respalden las afirmaciones de que la DM es un problema digno de niveles de financiación de investigación comparables a los de otras patologías, con ello se pretende contribuir a una mejor formación de los estudiantes de la salud en relación a la realidad de la población. De igual forma el proyecto contribuye al objetivo 3 de desarrollo sostenible, que se basa en promover la salud y bienestar de la población, de esta forma se pretende mejorar la calidad de vida de las personas. La salud va más allá del bienestar físico, también abarca la salud mental que se encarga de favorecer el equilibrio psicológico y social de un individuo.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

Determinar la presencia de dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja durante el período octubre 2022 a marzo 2023

4.2 Objetivos específicos:

- Identificar la existencia de dismorfia muscular de acuerdo a edad y sexo en usuarios de gimnasios de la ciudad deLoja
- Determinar existencia de conductas alimentarias de riesgo de acuerdo a edad y sexo en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja
- Establecer la relación entre dismorfia muscular y la conducta alimentaria en usuarios de losgimnasios de la ciudad de Loja.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Imagen corporal

5.1.1 Concepto

5.1.2 Factores que forman la imagen corporal

5.1.3 Imagen corporal en hombres

5.1.4 Imagen corporal en Mujer

5.1.5 Trastorno dismórfico corporal

5.2. Dismorfia muscular

5.2.1 concepto

5.2.2. Epidemiologia

5.2.3 Etiología

5.2.4 Cuadro clínico

5.2.5 Diagnóstico

5.2.6 Tratamiento

5.2.7 Sustancias ergogénicas

5.3 Conductas alimentarias saludables

5.4 Conductas alimentarias de riesgo

5.4.1 Clasificación de las conductas alimentarias

5.4.3 Etiología

5.4.4 Cuadro clínico

5.4.5 Complicaciones: Trastornos de la Conducta alimentaria

5.4.6 Diagnostico

5.4.7 Tratamiento

6. METODOLOGÍA

6.1 Localización: El estudio se realizará en el cantón Loja, ubicado al sur del Ecuador. Sus límites son: Al norte con el cantón Saraguro, al sur y al este con la Provincia de Zamora Chinchipey al oeste parte de la provincia de El Oro . El estudio se desarrollará en los gimnasios: JS Fitness Center, Taurus Loja, Stewart Gym y Total Flex Gym.

JS Fitness Center: Ubicado en la calle Quito y Avenida universitaria

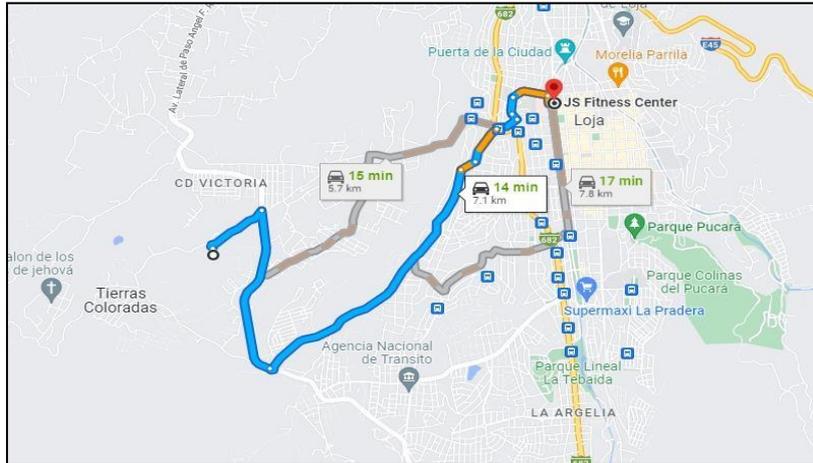


Figura 4. Ubicación de JS Fitness Center (Google maps, 2022)

Taurus Loja: Localizado en la calle Salvador Bustamante Celi y Chone



Figura 5. Ubicación de Taurus Loja (Google maps, 2022)

Stewart Gym : Calle Epiclachima y Jose Antonio Eguigurem.

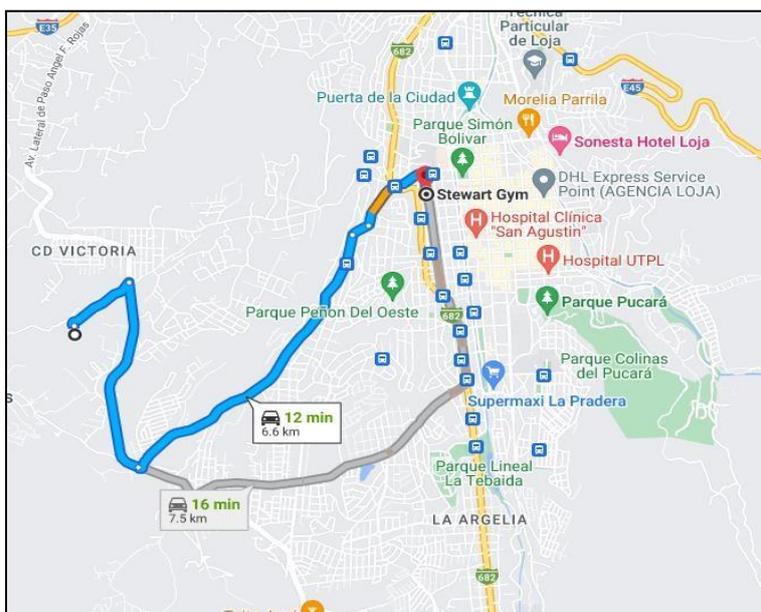


Figura 6. Ubicación de Steawart Gym (Google maps, 2022)

Total Flex Gym: Ubicado en calle 18 de noviembre y chile esquina.



Figura 7. Ubicación de Total Flex Gym (Google maps, 2022)

6.2 Método de estudio: Para el desarrollo de este proyecto de investigación se empleará el método deductivo, que consiste en un tipo de razonamiento lógico, se toma una premisa general para elaborar a partir de esta una conclusión particular.

6.3 Enfoque de investigación: El enfoque de la investigación será cuantitativo

6.4 Tipo de investigación: Se realizará una investigación descriptiva, de diseño transversal,prospectiva.

6.5 Población y muestra: Quedará conformada por el total de usuarios que asistan a los gimnasios JS Fitness Center, Taurus Loja, Stewart Gym y Total Flex Gym en el periodo Octubre 2022 a Marzo 2023, que cumplan con los siguientes criterios de inclusión.

6.5.1 Criterios de inclusión:

- Usuarios inscritos en los gimnasios JS Fitness Center, Taurus Loja, Stewart Gym y Total Flex Gym
- Usuarios que asistan con frecuencia a los gimnasios seleccionados para la investigación
- Usuarios del gimnasio que entrenan desde hace 3 meses
- Usuarios que firmen el consentimiento informado

6.5.2 Criterios de exclusión:

- Usuarios del gimnasio menores de 18 años de edad
- Usuarios del gimnasio que contesten de manera incompleta la información solicitada.
- Usuarios que no asistan el día que se recopile la información.

6.6 Operacionalización de variables:

| Variable | Definición | Dimensión | Indicador | Escala |
|---------------------|--|------------------|--------------------------|---|
| Edad | Tiempo transcurrido que una persona ha vivido, a partir de su nacimiento. | Biológica | Número de años cumplidos | 18-20 años 21-30 años 31-40 años 41-50 años 51- 60 años 60 o más |
| Sexo | Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer | Biológica | Sexo | Masculino Femenino |
| Estado Civil | La situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco | Sociodemográfica | Estado Civil | Soltero Casado Divorciado Unión libre |

| | | | | |
|---|---|------------------|--|--|
| Procedencia | Punto de origen de una persona. | Geográfica | Lugar de procedencia | Loja Otro |
| Ocupación | La clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado. | Sociodemográfica | Ocupación | Estudiante Empleado público Empleado privado Libre ejercicio |
| Nivel de instrucción | Grado más elevado de estudios realizados o en curso | Sociodemográfica | Nivel de estudios | Sin estudios Educación Primaria Educación Secundaria Educación Superior |
| Sintomatología de Dismorfia Muscular | Trastorno caracterizado por una preocupación excesiva con la idea de no tener un cuerpo suficientemente magro o musculoso | Biopsicosocial | Escala de Satisfacción Muscular | -Satisfacción Muscular 19 – 38 puntos -Insatisfacción Muscular leve 39 – 57 puntos -Insatisfacción Muscular moderada 58 – 76 puntos -Insatisfacción Muscular extrema (afectado por Dismorfia Muscular) ≥ 77 puntos |
| Conductas alimentarias | Conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. | Biopsicosocial | Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo | -Sin riesgo: 0-6 puntos -Riesgo moderado: 7 - 10 puntos -Riesgo Alto >10 puntos |

6.7 Procedimiento y técnicas

Se elaborará el proyecto de tesis de acuerdo a la Guía para la formulación del proyecto de investigación curricular o titulación. Posteriormente se solicitará pertinencia dirigida a la directora de Carrera de Medicina, quien designará un docente que emita un informe de estructura y coherencia del proyecto de investigación. Después de la aprobación, se realizará una solicitud para asignación de director de tesis. Con la designación pertinente y realizados los trámites correspondientes para recolección de datos, se procederá a establecer contacto con las instituciones donde se realizará la investigación, en este caso los gimnasios JS Fitness Center, Taurus Loja, Stewart Gym y Total Flex Gym, con el objetivo de solicitar la autorización correspondiente para la aplicación de los instrumentos.

Con la información recolectada se tabulará los datos, se realizará análisis estadístico y se redactará los resultados obtenidos.

6.8 Instrumentos:

- **Consentimiento informado:** Se aplicará el consentimiento informado propuesto por la OMS para obtener la aprobación de los participantes en esta investigación. El consentimiento informado incluye título, propósito, los beneficios y riesgos implicados, así como también el tipo de intervención de la investigación, información de los instrumentos, procedimiento y protocolo del proyecto. (Anexo 1)
- **Hoja de Recolección de información sociodemográfica:** Se incluye edad, sexo, estado civil, procedencia, ocupación y nivel de instrucción. (Anexo 2)
- **Escala de Satisfacción Muscular:** Para su valoración se usa una escala Likert: 1=totalmente desacuerdo, 2=en desacuerdo, 3=no desacuerdo ni desacuerdo, 4=de acuerdo, 5=totalmente de acuerdo. Los valores del ítem 1, 4 y 14 reciben puntuación invertida. Los parámetros a evaluar son: Lesiones y Comprobación Muscular, uso de sustancias, dependencia al ejercicio y satisfacción Muscular (González et al.,2012). (Anexo 3)
- **Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR):** Fue validado en población mexicana por Unikel. Tiene una sensibilidad de 0,81 y la especificidad de 0,78. El CBCAR es un instrumento de 10 reactivos, cuyas preguntas se enfocan en conductas hacia la pérdida de peso, así como la preocupación por engordar. Se califica con cuatro opciones de respuesta: 0 = “nunca o casi nunca”, 1 = “algunas veces”, 2 = “frecuentemente” (dos veces a la semana) y 3 = “muy frecuentemente” (más de dos veces a la semana). (Ramírez y Velásquez, 2018). (Anexo 4)

6.9 Insumos:

- Internet
- Movilización
- Material de papelería: Esferos, cuadernos, hojas.

- Anillado y empastado para los borradores de tesis

6.10 Equipos:

- Impresora
- Computadora
- Celular

6.11 Tratamiento, análisis y presentación de los datos colectados:

Previo a la aplicación de los instrumentos para el cumplimiento de los objetivos específicos se aplicará el consentimiento informado

- Para cumplir el primer objetivo se aplicará la Escala de Satisfacción Muscular, instrumento que permite determinar la presencia de Dismorfia Muscular, consta de 19 ítems que consideran los siguientes aspectos: Insatisfacción Muscular, dependencia al fisicoculturismo, conductas de verificación, uso de sustancias y lesiones musculares.
- Para cumplir el segundo objetivo se utilizará el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, que consta de 10 preguntas. Este instrumento permitirá evidenciar si existe manifestaciones extremas de las preocupaciones sobre el peso y la dieta.
- Para cumplir con el tercer objetivo se procesarán los datos obtenidos en el programa estadístico informático y se realizará el análisis de dato

7. CRONOGRAMA

| ACTIVIDAD | Julio | | | | Agosto | | | | Septiembre | | | | Octubre | | | | Noviembre | | | | Diciembre | | | | Enero | | | | Febrero | | | | Marzo | | | |
|--|-------|---|---|---|--------|---|---|---|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Búsqueda bibliográfica | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del proyecto de investigación | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aprobación del proyecto de investigación | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de los insumos para la investigación | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolección de datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | |
| Organización de la información y tabulación de datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | |
| Análisis de datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | |
| Redacción del primer informe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | |
| Revisión y corrección del informe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | |
| Presentación del informe final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ |

8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

| Recursos Físicos | | | | |
|---|--------------------|-----------------|----------------------------|-------------------------|
| Descripción | Descripción | Cantidad | Costo Unitario (\$) | Costo Total (\$) |
| Transporte | 1 persona | 60 | 0.30 | 18 |
| Impresora | Equipo | 1 | 300 | 300 |
| Computador | Unidad | 1 | 1200 | 1200 |
| Internet | Mensual | 6 | 30 | 150 |
| Material de papelería | Esferos y lápices | 4 | 0.40 | 2.00 |
| Hojas de papel bon | Resma | 1 | 4.50 | 4.50 |
| Impresión de borradores de tesis | Documento | 3 | 30.00 | 90.00 |
| Impresión y empastado de tesis | Documento | 1 | 40.00 | 40.00 |
| Cuaderno de apuntes | Cuaderno | 1 | 0.50 | 0.50 |
| Subtotal | | | | 1805 |
| Imprevistos (20%) | | | | 361 |
| TOTAL | | | | 2166 |

9. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™*.
- Behar, R., & Molinari, D. (2010). Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Revista médica de Chile*.
- Corada, L., & Montedónico, A. (2007). ESTUDIO DEL APOORTE DE UN INSTRUMENTO (TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-26).
- Díaz, M. (2017). Evaluación diagnóstica de la Dismorfia Muscular: una revisión sistemática.
- Fischer, R., & Prieto, G. (2016). Analisis Del Test De Actitudes Alimentarias EAT26. *CuadernosHispanoamericanos de Psicología*.
- Gómez, S., Rebato, E., Alcobendas, A., Ascensión, A., & Sánchez, M. (2000). Nutrición y trastornos del comportamiento alimentario. *MANUAL PRÁCTICO DE NUTRICIÓN Y SALUD*.
- González, C. (2015). VIGOREXIA Y PREOCUPACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN USUARIOS DE LOS GIMNASIOS DE LA CIUDAD DE LOJA DE OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 201.
- Gonzalez, M., Fernandez, G., Contreras, R., & Mayville, S. (2012). Validación de una versión española de la Muscle Appearance Satisfaction Scale: Escala de Satisfacción Muscular.
- Hildebrandt T, W. D. (2010). Development and validation of a male specific body checking questionnaire. López, C., Vázquez, R., Ruíz, A., & Mancilla, J. (2007). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*.
- Martínez, E., Fernández, B., & Cadena, S. (2017). Revisión sistemática de la bibliografía del periodo 2006- 2016 sobre la dismorfia muscular: prevalencia, herramientas diagnósticas y prevención. *NURE Investigación*.
- Moncayo, D. (2016). : SINTOMATOLOGÍA DE DISMORFIA MUSCULAR Y RELACIÓN CON
- Mazón, J., Tapia, L., & Cabrera, H. (2017). Factores psicológicos asociados a la vigorexia en los usuarios de gimnasios del azuay en el periodo 2016-2017. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*.

- Ramos, N., & Pérez, A. (2019). Análisis de la relación entre la preocupación de la imagen corporal y la modificación de hábitos alimenticios en usuarios de centros de esculpimiento físico en la ciudad de Ambato.
- Rodríguez, J. (2007). Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*.
- Rofe, M. (2012). Dismorfia muscular/vigorexia y su relación con el trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista digital Buenos Aires*.
- Sanchez, A., Cook, L., Yacila, & Guliana. (2018). Prevalencia de sintomatología de dismorfia muscular y factores relacionados en estudiantes universitarios varones.
- Sugar, D. (2022). Muscle Dysmorphia. *The Recovery Village*.
- Terán, J., & Alcivar, O. (2020). Vigorexia en fisicoculturistas del gimnasio Evolve de Portoviejo. *Dominio de las Ciencias*.
- Torres, D., Pontaza, I., Alvarez, M., & Saucedo, T. (2021). Dismorfia muscular: definición y generalidades sobre prevención y tratamiento. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*.
- Vargas, M. (2013). TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX*.

10. ANEXOS

10.1 Anexo 1. Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado está dirigido para los usuarios de los gimnasios de la ciudad de Loja, a quienes se invita a participar en el estudio denominado: "Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja"

Investigadora: Cristina Stefania Quezada Aguilar

Introducción

Yo Cristina Stefania Quezada Aguilar estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja me encuentro realizando un estudio que busca determinar Dismorfia muscular y conductas alimentarias en usuarios de gimnasios de la ciudad de Loja a través de la Escala de Satisfacción Muscular y Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo .

A continuación, le pongo a su disposición la información y a su vez le invito a participar de este estudio. Si tiene alguna pregunta no dude en hacérmelo saber.

Propósito

Mediante este estudio se pretende identificar la presencia de dismorfia muscular y su influencia en las conductas alimentarias en usuarios de gimnasios seleccionados de la ciudad de Loja

Tipo de intervención de la investigación

Este estudio comprenderá la aplicación de un cuestionario basado en la información sociodemográfica, escala de satisfacción muscular y el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo

Selección de participantes

Las personas que han sido seleccionadas son usuarios que asisten a los gimnasios seleccionados de la ciudad de Loja.

Participación voluntaria

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio incluso cuando haya aceptado antes.

Información sobre el cuestionario:

Se aplicará un cuestionario basado en la Escala de satisfacción muscular, que incluye preguntas sobre Insatisfacción Muscular, dependencia al fisicoculturismo, conductas de verificación, uso de sustancias y lesiones musculares, Además, se empleará un Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo que incluye preguntas para determinar si existe manifestaciones extremas de las preocupaciones sobre el peso y la dieta.

Procedimientos y protocolo

Se acudirá a las instituciones seleccionadas una vez obtenida la autorización de las mismas, con el propósito de aplicar el cuestionario a los usuarios de los gimnasios, y así obtener información, que tendrá gran relevancia para la investigación en desarrollo.

Descripción del proceso

Se aplicará un cuestionario dividido en 3 secciones: Datos sociodemográficos, preguntassobre satisfacción muscular y sobre las conductas alimentarias. El tiempo estimado para la aplicación del cuestionario será de 10 minutos por persona.

Beneficios y Riesgos

- No existe ningún riesgo para el participante
- El beneficio es conocer la existencia de dismorfia muscular y su influencia en las conductasalimentarias en usuarios de gimnasios seleccionados de la ciudad de Loja

Confidencialidad

Con este estudio, se realizará una investigación general en los usuarios de los gimnasios de la ciudad de Loja que hayan aceptado participar, la información proporcionada de su parte será anónima y confidencial.

Compartiendo los resultados

La información que se obtenga al finalizar el estudio será presentada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja, donde se publicarán los resultados a través de datos numéricos. No se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene obligación absoluta de participar en este estudio si no desea hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y decidir que abandonará la investigación, aun cuando haya aceptado antes.

A quién contactar

Si tiene alguna inquietud puede comunicarla en este momento, o cuando usted crea conveniente, para ello puede hacerlo al siguiente correo electrónico crisrina.s.quezada@unl.edu.ec, o al número telefónico 0960687273

He leído o me ha sido leída la información proporcionada. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/Mes/Año

10.2 Anexo 2. Hoja de recolección de información sociodemográfica.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

HOJA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Indicaciones:

Por favor completar los siguientes datos o marcar con una x según corresponda.

EDAD: (años cumplidos)

SEXO:

- Femenino
- Masculino

ESTADO CIVIL

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Unión libre

PROCEDENCIA (LUGAR DE NACIMIENTO):

OCUPACIÓN:

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

- Sin estudios
- Educación Primaria
- Educación Secundaria
- Educación Superior

10.3 Anexo 3. Escala de satisfacción muscular



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA
ESCALA DE SATISFACCIÓN MUSCULAR**

Indicaciones:

-A continuación, se presenta la Escala de satisfacción muscular, una herramienta que permite determinar sintomatología de dismorfia muscular, un trastorno en el que la persona desarrolla un comportamiento obsesivo por el desarrollo de musculatura. Por favor, lea y responda los siguientes enunciados. Señale su respuesta anotando una X según considere conveniente.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----------------------|------------|-----------------------------|------------|-----------------------|
| | Totalmente desacuerdo | Desacuerdo | No desacuerdo ni de acuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| 1. Cuando miro mis músculos en el espejo, a menudo me siento satisfecho con su tamaño. | | | | | |
| 2. Si mi horario me obliga a perder un día de entrenamiento con pesas, me siento muy molesto. | | | | | |
| 3. A menudo pregunto a amigos y / o familiares si me veo grande/fuerte. | | | | | |
| 4. Estoy satisfecho con el tamaño de mis músculos. | | | | | |
| 5. Frecuentemente gasto dinero en suplementos para aumentar mis músculos. | | | | | |
| 6. Está bien usar esteroides para aumentar la masa muscular | | | | | |
| 7. A menudo siento que soy adicto al entrenamiento con pesas | | | | | |
| 8. Si no entreno bien, es probable que tenga un efecto negativo el resto de mi día. | | | | | |
| 9. Probaría cualquier cosa para hacer que mis músculos crezcan. | | | | | |
| 10. Frecuentemente sigo entrenando, aun cuando mis músculos y articulaciones están adoloridos por entrenamientos anteriores. | | | | | |
| 11. Con frecuencia paso mucho tiempo mirando mis músculos en el espejo. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 12. Paso más tiempo en el gimnasio entrenando que lamayoría de los que entrenan. | | | | | |
| 13. Para ser grande/fuerte, uno debe ser capaz de aguantar mucho de dolor. | | | | | |
| 14. Estoy satisfecho con mi tono y definición muscular. | | | | | |
| 15. Mi autoestima está centrada en cómo se ven mis músculos. | | | | | |
| 16. Frecuentemente aguanto mucho dolor físico mientras estoy levantando pesas para ser más grande/fuerte. | | | | | |
| 17. Debo tener músculos más grandes, por cualquier medio que sea necesario. | | | | | |
| 18. A menudo busco asegurarme a través de los demás que mis músculos son suficientemente grandes. | | | | | |
| 19. A menudo encuentro difícil resistir comprobar el tamaño de mis músculos. | | | | | |

| INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN DE APARIENCIA MUSCULAR | |
|--|----------------|
| 1: Totalmente desacuerdo | |
| 2: Desacuerdo | |
| 3: No desacuerdo ni de acuerdo | |
| 4: De acuerdo | |
| 5: Totalmente de acuerdo | |
| PUNTAJE | |
| Satisfecho con su musculatura | 19 – 38 puntos |
| Levemente insatisfecho con su musculatura | 39 – 57 puntos |
| Moderadamente insatisfecho con su musculatura o en riesgo de padecer DM | 58 – 76 puntos |
| Insatisfacción Muscular extrema (Afectado por Dismorfia Muscular) | ≥77 puntos |

10.4 Anexo 4. Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

CUESTIONARIO BREVE DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Indicaciones:

Se necesita su opinión respecto a sus hábitos alimenticios en los **últimos 3 meses**. Lee cada pregunta y señala con una X el número que considere que corresponde a la respuesta más adecuada

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|--------------------------|----------|--|---|
| | Nunca o Casi Nunca | A veces | Con frecuencia 2 veces en una semana | Con mucha frecuencia más de 2 veces en una semana |
| Me ha preocupado engordar | | | | |
| En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida | | | | |
| He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer) | | | | |
| He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso | | | | |
| He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) | | | | |
| He hecho dietas para tratar de bajar de peso | | | | |
| He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso | | | | |
| He usado pastillas para tratar de bajar de peso. | | | | |
| He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. | | | | |
| He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. | | | | |

INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO BREVE DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

0: Nunca o casi nunca

1: A veces

2: Con frecuencia 2 veces en una semana

3: Con mucha frecuencia más de 2 veces en una semana

PUNTAJE

Sin Riesgo

0-6 puntos

Riesgo Moderado

7-10 puntos

Riesgo alto

>10 puntos