REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana

"FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS DISMÓRFICOS CORPORALES Y ALIMENTARIOS EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS DE AREQUIPA 2020"

Tesis presentada por el Bachiller:
Tica Delgado, Felix Alexander
para optar por el Título Profesional de:
Médico cirujano

Asesor:
Dra. Llaza Loayza, Gloria

Arequipa - Perú

2020

[Escriba aquí]

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Universidad Católica de Santa María

AREQUIPA-PERÚ

☎ (51 54) 382038 http://www.ucsm.edu.pe facebook.com/ucsm.edu.pe/

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS

DECRETO N° 088 - FMH-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

"FRECUENCIA DE SINTOMAS DE TRASTORNOS DISMORFICOS CORPORALES Y ALIMENTARIOS EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS DE AREQUIPA 2020"

Presentado por el (la) Sr(ta):

TICA DELGADO, FELIX ALEXANDER

Nuestro dictamen es:

Aprobado.

OBSERVACIONES:

Arequipa, 12 marzo del 2020

DR. JULIO FARFAN ARRIETA
Mad. Asist. Endocrinología
C.M.P. 19264 R.N.E. 9264
EsSalud

DR. JULIO FARFAN ARRIETA

DR. MANUEL MEDINA VÁSQUEZ

DR. JAVIER DIAZ ARRIETA
Médico Cirujano
C.M.P. 17379
ENDOCRINOLOGIA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

DEDICATORIA

A Dios, por las múltiples oportunidades y enseñanzas de cada día, por enseñarme y hacer comprender que la carrera de medicina es la mejor oportunidad de servicio a los demás. A mi familia, por siempre estar a mi lado en todo momento, por su esfuerzo y apoyo en mis proyectos. A los doctores de la Facultad de Medicina, que siempre nos trasmitieron sus conocimientos y mejor aún su vocación de servicio con los pacientes.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

AGRADECIMIENTOS

A Dios por acompañarme en cada momento de mi vida, por ser soporte en cada paso que doy y ayudarme a comprender que esta carrera es la mayor oportunidad de ayudar al más necesitado. A los docentes de la Universidad Católica de Santa María por brindarnos los conocimientos y los valores para desarrollarnos en esta hermosa profesión que es la medicina. A las personas que colaboraron con esta investigación, brindando su tiempo y su interés. A todas las personas que fueron un obsequio y me ayudaron a formarme como persona y profesional.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RESUMEN

La sociedad actual presenta estereotipos relacionados con la imagen corporal perfecta, lo que lleva a los individuos a tener comportamientos que pueden llegar a ser patológicos y terminar en trastornos.

Determinar la frecuencia de síntomas de trastornos dismórficos corporales y trastornos alimentarios en jóvenes que asisten a gimnasios de Arequipa 2020.

Es una investigación de enfoque cuantitativo, nivel básico, tipo descriptivo correlacional y corte transversal. La información cuantitativa se obtuvo de fuente primaria, mediante la técnica de la encuesta y con los instrumentos Cuestionario EAT- y Cuestionario de complejo de Adonis (ACQ, 2000).

El 23.6% de los jóvenes que asisten a los gimnasios de Arequipa presenta riesgo de presentar trastornos alimentarios. El 42% presenta algún nivel de trastorno dismórfico corporal patológico. Los varones tienen mayor propensión a los síntomas de trastorno dismórfico corporal (valor P: 0.000 y Rho: -0.323**) y a los síntomas de trastorno alimentario (valor P: 0.029 y Rho: -0.138*). El tiempo de entrenamiento tiene correlación significativa con el trastorno dismórfico corporal (valor P: 0.000 y Rho: 0.359**) y con el trastorno alimentario (valor P: 0.001 y Rho: 0.200**). El antecedente de experiencia negativa del aspecto físico tiene correlación significativa con el trastorno dismórfico corporal (valor P: 0.000 y Rho: 0.226**) y con los síntomas de trastorno alimentario (valor P: 0.00 y Rho: 0.256**). Tener menor edad tiene correlación significativa con el trastorno dismórfico corporal (valor P: 0.000 y Rho: - 0.270**) y con los síntomas de trastornos de conducta alimentaria (valor P: 0.00 y Rho: -0.139*). La presencia de trastorno dismórfico corporal tiene relación significativa con los trastornos de conducta alimentaria (valor P: 0.000 y Rho: 0.392**).

Un 23,6% de la población presenta riesgo de presentar trastorno de la conducta alimentaria y un 42% presenta riesgo de presentar trastorno dismórfico corporal además existe relación entre estos trastornos con el sexo masculino, mayor cantidad de horas de ejercicio y antecedente de experiencia negativa con la apariencia física, menor edad. Como también la presencia de trastorno dismórfico corporal conlleva a presentar riesgo de desarrollar síntomas de trastornos de la conducta alimentaria.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

PALABRAS CLAVE: Trastornos dismórficos corporales, trastornos alimentarios, complejo de Adonis, gimnasios

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ABSTRACT

The current society presents stereotypes related to the perfect body image, which leads individuals to have behaviors that can become pathological and end up in disorders.

To determine the frequency of symptoms of body dysmorphic disorders and eating disorders in young people attending gymnasiums in Arequipa 2020.

It is an investigation of quantitative approach, basic level, correlational descriptive type and cross section. Quantitative information obtained from a primary source, using the survey technique and with the instruments Questionnaire EAT-and Adonis complex questionnaire (ACQ, 2000).

23.6% of young people who attend Arequipa's gyms are at risk of eating disorder. 42% have some level of pathological body dysmorphic disorder. Males are more prone to symptoms of body dysmorphic disorder (P value: 0.000 and Rho: -0.323 **) and to symptoms of eating disorder (P value: 0.029 and Rho: -0.138 *). Training time has a significant correlation with body dysmorphic disorder (P value: 0.000 and Rho: 0.359 **) and with eating disorder (P value: 0.001 and Rho: 0.200 **). The history of negative experience of physical appearance has a significant correlation with body dysmorphic disorder (P value: 0.000 and Rho: 0.226 **) and with the symptoms of eating disorder (P value: 0.00 and Rho: 0.256 **). Being younger has a significant correlation with body dysmorphic disorder (P value: 0.000 and Rho: - 0.270 **) and with the symptoms of eating disorders (P value: 0.00 and Rho: -0.139 *). The presence of body dysmorphic disorder has a significant correlation with eating disorders (P value: 0.000 and Rho: 0.392 **).

23.6% of the population is at risk of presenting eating behavior disorder and 42% are at risk of presenting body dysmorphic disorder. In addition, there is a relationship between these disorders with the male sex, more hours of exercise and a history of Negative experience with physical appearance, younger age. As well as the presence of body dysmorphic disorder leads to a risk of developing symptoms of eating disorders.

KEY WORDS: Body dysmorphic disorders, eating disorders, Adonis complex, gyms

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la actividad física constituye un factor positivo para mantener una adecuada salud, ya que brinda diversos beneficios en los individuos que la practican. Por tal motivo en las urbes se han abierto gran número de gimnasios, en distintos lugares para poder satisfacer la demanda de la población, que se encuentra más interesada en los beneficios de la actividad física. Sin embargo, en los últimos años se ha observado que personas sobre todo población juvenil realizan actividad física, pero esta de manera exagerada y que puede ir acompañada de comportamientos patológicos, con el objetivo único de mantener lo que ellos consideran "la figura ideal" obviando las consecuencias negativas que estas conductas puedan llegar a producir.

Este grupo de personas se caracterizan porque tienen el rasgo de realizar actividad física de forma desmesurada, presentando también otras actitudes como: disminución de la ingesta de alimentos o consumo de productos (complementos nutricionales, medicamentos) de manera incorrecta y sin supervisión profesional, fijación excesiva de su físico, desproporción o disminución de sus características físicas entre otras conductas. Todos estos comportamientos se enmarcan dentro de los trastornos dismórficos corporales, que en algunos individuos se presentan concomitantemente con trastornos de conducta alimentaria, lo que lleva a opacar los beneficios de la actividad física.

Estos trastornos se ven apoyados por la actual cultura global, que tiene dentro de sus principales estereotipos: a la mujer delgada y con buena figura y al hombro musculoso; consecuentemente esto lleva a que la población sobre todo la joven; tomen actitudes que, en vez de contribuir con su salud, los condicionaría a tener actitudes erróneas y desfavorables para su salud. La prevalencia de estos trastornos ha ido en aumento los últimos años y son pocos los estudios en nuestro ámbito local que estudien la prevalencia de estos trastornos en la población que acude a gimnasios; motivo por el cual el objetivo principal de este trabajo es determinar la frecuencia de individuos que presenten síntomas relacionados a estos trastornos en personas que acuden a los gimnasios de la ciudad de Arequipa.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

INDICE

RESUMEN v
ABSTRACT vii
INTRODUCCIÓN viii
CAPITULO I MATERIALES Y MÉTODOS 1
CAPÍTULO II RESULTADOS 8
CAPITULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS 35
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS 36
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS 42
CONCLUSIONES 43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 46
ANEXOS 49
Anexo 1: Ficha de recolección de datos 50
Anexo 2. Cuestionario EAT- 26 51
Anexo 3. Escala de Adonis 52
Anexo 4: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN 55
Anexo 5: MATRIZ DE DATOS 96

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de personas que acuden a gimnasios según su edad 9

Tabla 2: Distribución de personas que acuden a gimnasios según su sexo 11

Tabla 3: Distribución de personas que acuden a gimnasios según gimnasio de estudio 13

Tabla 4: Distribución de personas que acuden a gimnasios según tiempo de asistencia a los gimnasios 15

Tabla 5: Distribución de personas que acuden a gimnasios según tipo de actividad con mayor frecuencia que practican 17

Tabla 6: Distribución de personas que acuden a gimnasios según antecedente de experiencia negativa relacionada con el aspecto físico 19

Tabla 7: Presencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en las personas que acuden a gimnasios 21

Tabla 8: Presencia de riesgo de trastorno dismorfico corporal en las personas que acuden a gimnasios 23

Tabla 9: Prueba de distribución normal Kolmogorov-Smirnov 25

Tabla 10: Correlación entre sexo y desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales 26

Tabla 11: Correlación entre sexo y los síntomas de trastornos de conducta alimentaria 27

Tabla 12: Correlación entre tiempo de entrenamiento y trastorno dismórfico corporal 28

Tabla 13: Correlación entre tiempo de entrenamiento y síntomas de trastornos de conducta alimentaria 29

Tabla 14: Correlación entre antecedente de experiencia negativa acerca del aspecto físico y trastorno dismórfico corporal 30

Tabla 15: Correlación entre antecedente de experiencia negativa acerca del aspecto físico y síntomas de trastorno alimentario 31

Tabla 16 Relación entre edad y desarrollo de síntomas de trastorno dismórficos corporales. 32

Tabla 17 Relación entre edad y desarrollo de síntomas de trastorno alimentario 33

Tabla 18 Relación entre trastorno dismórfico corporal y síntomas de trastorno alimentario 34

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución de personas que acuden a gimnasios según su edad 10

Gráfico 2: Distribución de personas que acuden a gimnasios según su sexo..... 12

Gráfico 3: Distribución de personas que acuden a gimnasios según gimnasio de estudio..... 14

Gráfico 4: Distribución de personas que acuden a gimnasios según tiempo de asistencia a los gimnasios 16

Gráfico 5: Distribución de personas que acuden a gimnasios según tipo de actividad con mayor frecuencia que practican..... 18

Gráfico 6: Distribución de personas que acuden a gimnasios según antecedente de experiencia negativa relacionada con el aspecto físico 20

Gráfico 7: Presencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en las personas que acuden a gimnasios 22

Gráfico 8: Presencia de riesgo de trastorno dismorfico corporal en las personas que acuden a gimnasios 24

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

CAPITULO I
MATERIALES Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación:

Técnica: En este estudio se realizará la técnica de toma de encuestas.

Instrumentos: Se contó con una ficha de recolección de datos (Anexo 1), el cuestionario EAT- 26 (Anexo 2) y la escala de Adonis (Anexo 3).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos y encuestas.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programa de procesamiento de texto, base de datos y estadísticos.

2. Campos de verificación:

2.1. **Ubicación espacial:** Esta investigación se realizó en los gimnasios de Arequipa: Body Tech, Millenium gym, Strong, Revo Sport.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural entre los meses de enero a febrero del 2020.

2.3. **Unidades de estudio:** Personas que acuden a gimnasios de la ciudad de Arequipa: Body Tech, Millenium gym, Strong, Revo Sport.

Población: Personas que acuden a gimnasios de la ciudad de Arequipa

Muestra: Se estudió muestra la cual su tamaño se determinó por medio de la fórmula de muestreo de proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{\mathrm{Z}\alpha.\,\mathrm{p}.\,\mathrm{q}}{E^2}$$

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Donde:

N = corresponde a tamaño de muestra.

Zα = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

P = frecuencia de trastornos de la percepción de imagen corporal = 0.21

Q = 1 – p

E = error absoluto = 5%

Entonces n = 245.24 redondeado a 250 casos

Muestra: se encuesto a 250 personas.

2.4.Criterios de selección:

- Criterios de inclusión:
  - Que acudan a los gimnasios: Body Tech, Millenium gym, Strong, Revo Sport.
  - Personas a partir de los 18 años.
  - De ambos sexos.
  - Participación voluntaria en el estudio.

- Criterios de exclusión
  - Formatos de encuestas mal llenados o incompletos.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

4. **Nivel de investigación:** Se trata de un estudio observacional, prospectivo y transversal.

5. **Estrategia de recolección de datos:**

5.1.Organización:

Se solicitó el debido permiso a personal administrativo de los gimnasios de Arequipa donde se realizó el estudio. Se abordó a las personas que hacen uso de las instalaciones de los gimnasios posterior a sus actividades para evitar la interrupción de estas, explicándoles el estudio para evitar que se

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

produzcan sesgos durante el llenado de ficha de recolección de datos (Anexo 1), el cuestionario EAT- 26 de 26 ítems (Anexo 2) y la escala de Adonis de 13 ítems (Anexo 3). Dicho cuestionario se efectuó bajo supervisión del examinador.

Posterior a la recolección de datos, se procedió a la organización de estos en bases de datos para proceder a su respectivo análisis e interpretación.

5.2. Validación de instrumentos:

La encuesta EAT- 26 (eating attitudes test) fue diseñado por Garner y Garinkel en 1979, con la propuesta de poder desarrollar y validar una escala de calificación que pueda ayudar en la evaluación de una vasta gama de comportamientos y actitudes que se encuentran en los trastornos alimentarios (16). En un comienzo, el cuestionario contaba con 40 ítems (EAT-40), sin embargo, estudios acerca de sus cualidades psicométricas condujeron a la abreviación del mismo, resultando así un cuestionario de 26 ítems (EAT-26) (16). El instrumento utilizado (EAT-26) presenta el 88,9% de sensibilidad y el 97,7% de especificidad (17). Como resultado de la puntuación total del EAT-26 corresponde a la suma de los 26 ítems respectivos del test, estos puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre” = 3); solo el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca” = 3); por lo tanto una puntuación que corresponda por encima del punto de corte que es 20 supone la necesidad de una mayor investigación (entrevista por un clínico experimentado) (18).

Confiabilidad global del instrumento EAT-26.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,848	26

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Confiabilidad ítem por ítem del instrumento EAT-26.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1	12,2840	101,618	,309	,846
Ítem 2	12,6480	102,936	,362	,844
Ítem 3	12,3480	100,710	,372	,844
Ítem 4	12,7640	104,719	,378	,844
Ítem 5	12,3400	104,209	,197	,850
Ítem 6	12,2760	97,582	,530	,837
Ítem 7	12,3320	99,259	,485	,839
Ítem 8	12,4200	100,317	,406	,842
Ítem 9	12,8720	106,915	,251	,847
Ítem 10	12,8080	104,686	,394	,844
Ítem 11	12,5680	100,118	,515	,839
Ítem 12	12,3400	99,374	,461	,840
Ítem 13	12,5160	103,881	,252	,848
Ítem 14	12,4200	97,522	,574	,836
Ítem 15	12,4680	102,724	,307	,846
Ítem 16	12,3480	99,272	,466	,840
Ítem 17	12,4720	100,499	,459	,841
Ítem 18	12,5960	100,603	,464	,840
Ítem 19	12,4440	98,015	,581	,836
Ítem 20	12,5040	99,801	,477	,840
Ítem 21	12,7040	102,635	,415	,842
Ítem 22	12,5040	100,653	,441	,841
Ítem 23	12,2680	98,036	,476	,840
Ítem 24	12,5400	100,908	,419	,842
Ítem 25	12,5080	111,681	-,181	,859
Ítem 26	12,8080	105,987	,266	,846

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

El instrumento de evaluación Cuestionario del complejo de Adonis (ACQ), creado por Pope y colaboradores, data del año 2000; este cuestionario de Complejo de Adonis consta de 13 ítems, que como objetivo busca tratar de determinar el grado de insatisfacción que tiene los individuos con respecto a su aspecto, y hasta qué punto pueden tomar acciones para poder cambiarla (19). Las respuestas se dividen en tres opciones "a" cuyo valor es de 0 puntos, "b" cuyo valor es de 1 punto y "c" cuyo valor es de 3 puntos. Se obtiene una puntuación de las respuestas que varían de 0 a 39 puntos. Las puntuaciones obtenidas se clasifican en función del valor numérico de la suma de las respuestas. Se determina de acuerdo a la puntuación; si se encuentra entre 0-9 se puede interpretar que la persona presenta una preocupación leve no patológica; en cambio si la puntuación se encuentra entre 10 y 19 puntos supone un grado moderado de Complejo de Adonis. Cuando la puntuación total se encuentra entre los intervalos de 20 y 29 puntos el individuo posee Complejo de Adonis grave; finalmente, si la puntuación esta entre 30 y 39 puntos indica la presencia de una muy preocupación patológica relacionada a la imagen corporal (20).

Confiabilidad global del instrumento Test de Adonis.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,719	13

Confiabilidad ítem por ítem del instrumento Test de Adonis.

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1	8,1040	27,025	,305	,707
Ítem 2	8,0400	26,545	,359	,701
Ítem 3	8,0600	27,816	,217	,718

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Ítem 4	7,5600	25,669	,358	,701
Ítem 5	7,6160	27,667	,180	,725
Ítem 6	7,6960	27,016	,214	,723
Ítem 7	8,0160	28,152	,245	,713
Ítem 8	8,0880	24,763	,491	,682
Ítem 9	8,2720	26,038	,432	,692
Ítem 10	8,2920	27,308	,376	,700
Ítem 11	8,1800	25,040	,521	,679
Ítem 12	8,0480	25,524	,481	,685
Ítem 13	8,3320	27,403	,323	,705

5.3.Criterios para manejos de resultados:

a) A nivel de recolección:

La recolección de datos se realizó en las fichas previo consentimiento de las personas entrevistadas.

b) A nivel de sistematización:

La información obtenida fue procesada en una base de datos creada en el programa de Microsoft Excel 2010, y su posterior traspaso al programa de paquete estadístico SPSS v. 22 para su análisis correspondiente.

c) A nivel de análisis:

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (media) y de dispersión (rango, desviación estándar).

Antes de la realización de la prueba de hipótesis se aplicó la prueba de distribución normal con el estadígrafo Kolmogorow-Smirnov. Este estadígrafo se usa cuando la muestra es superior a 50 unidades.

Una vez comprobado que la data no tiene distribución normal, se eligió el coeficiente de correlación no paramétrico Rho de Spearman para la prueba de hipótesis. Se utilizó el Criterio de interpretación de la intensidad de correlación: Donde las correlaciones fluctúan desde -1.00 hasta +1.00.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

0.0 a ±0.99	±0.100 a ±0.249	±0.250 a ±0.499	±0.500 a ±0.749	±0.750 a ±0.899	±0.900 a ±0.999	±1.00
Corr. inexistente	Corr. muy débil	Corr. baja o débil	Corr. media	Corr. considerable	Corr. muy fuerte	Corr. perfecta

Fuente: Adaptado de Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO II
RESULTADOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

"FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS DISMÓRFICOS CORPORALES Y ALIMENTARIOS EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS DE AREQUIPA 2020"

Tabla 1:

Distribución de personas que acuden a gimnasios según su edad

	N°	%
De 31 a 40 años	23	9.2%
De 21 a 30 años	133	53.2%
Hasta 20 años	94	37.6%
Total	250	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En esta tabla se muestra la distribución de las personas que acuden a gimnasios según su edad, siendo que el 53,2% de los casos está comprendido entre los 21 a 30 años. Presentando un promedio de las edades de 23.22 años, una media de 22.28, con una desviación estándar de 5.21. Con un rango mínimo de 18 y máximo de 40.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

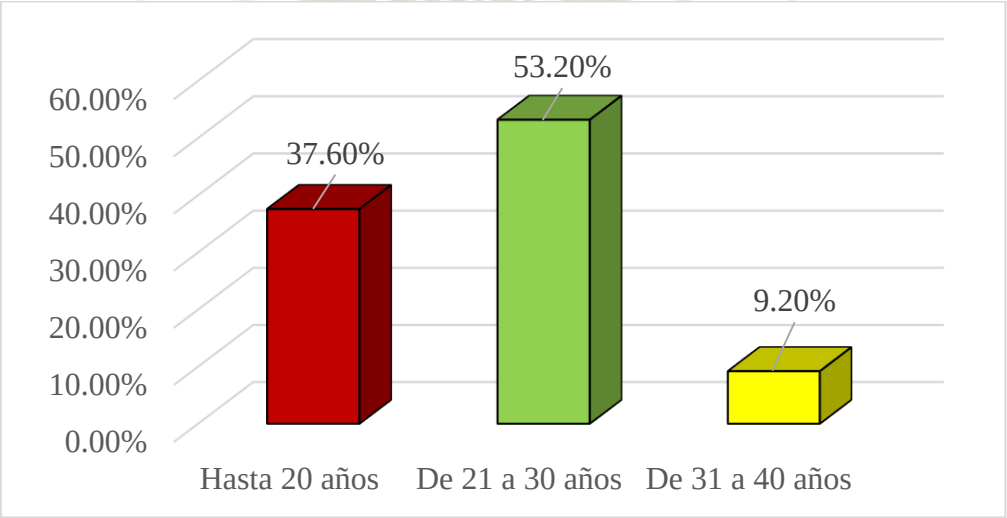
REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

"FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS DISMÓRFICOS CORPORALES Y ALIMENTARIOS EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS DE AREQUIPA 2020"

Gráfico 1:

Distribución de personas que acuden a gimnasios según su edad



Fuente: Elaboración propia.

Promedio de 23.22 años

Media de 22.28

Desviación estándar de 5.21.

Rango mínimo de 18 y máximo de 40

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 2:

Distribución de personas que acuden a gimnasios según su sexo

	N°	%
Mujer	107	42.8%
Varón	143	57.2%
Total	250	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 2 se muestra la distribución de personas que acuden a gimnasios según su sexo, siendo el de mayor porcentaje de asistencia el sexo masculino con 57,2% del total de asistentes.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

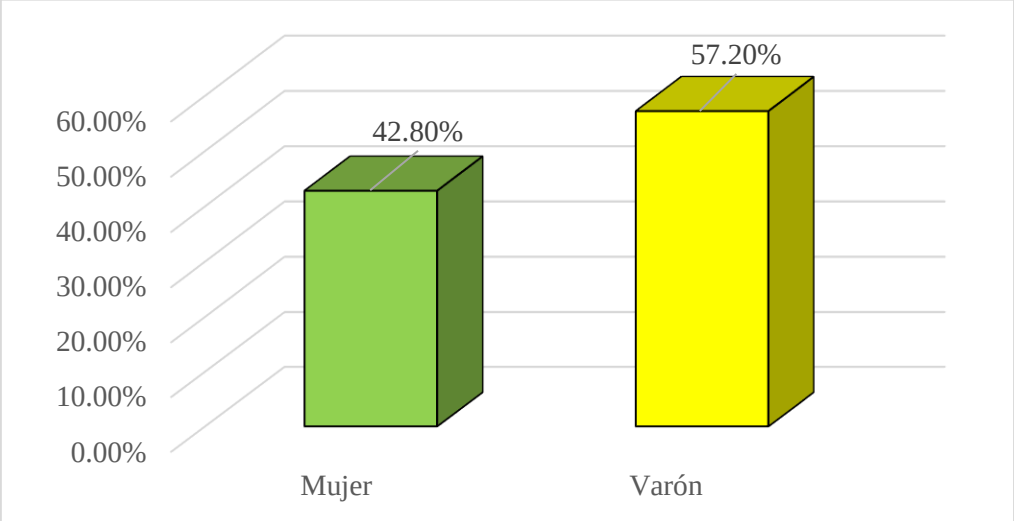
REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

"FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS DISMÓRFICOS CORPORALES Y ALIMENTARIOS EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS DE AREQUIPA 2020"

Gráfico 2:

Distribución de personas que acuden a gimnasios según su sexo



Fuente: Elaboración propia.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 3:

Distribución de personas que acuden a gimnasios según gimnasio de estudio

	N°	%
Millenium	65	26.0%
Strong	63	25.2%
Revo sport	59	23.6%
Body Tech	63	25.2%
Total	250	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En esta tabla se muestra la distribución de las personas que acuden a gimnasios según el gimnasio de estudio; correspondiendo al gimnasio "Millenium" un 26%; al gimnasio "Strong" un 25,2%; al gimnasio "Revo Sport" un 23,6%, al gimnasio "Body Tech" un 25,2%.

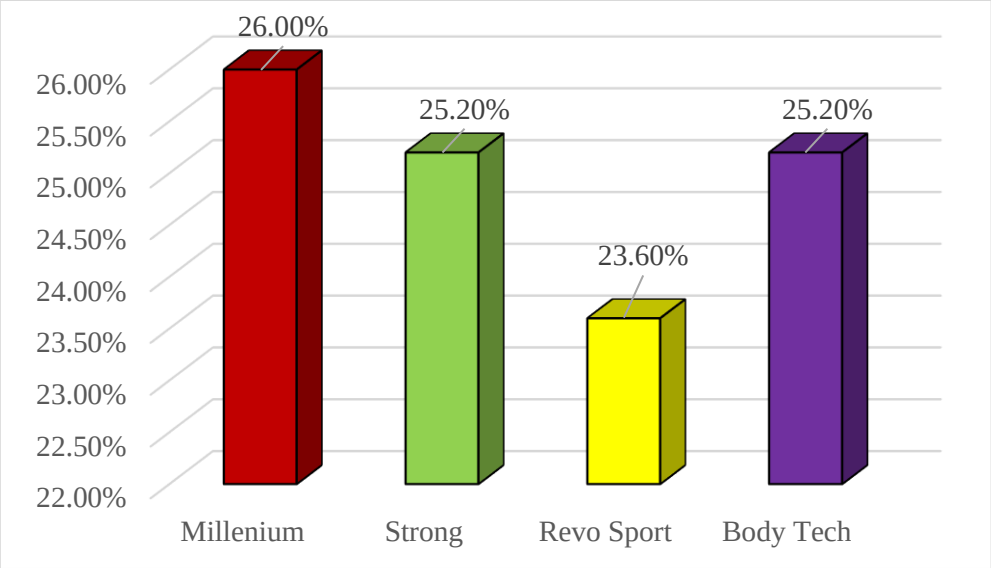
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Gráfico 3:

Distribución de personas que acuden a gimnasios según gimnasio de estudio



Fuente: Elaboración propia.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 4:

Distribución de personas que acuden a gimnasios según tiempo de asistencia a los gimnasios

	N°	%
Más de 20 horas/sem.	6	2.4%
De 16 a 20 horas/sem.	14	5.6%
De 11 a 15 horas/sem.	56	22.4%
De 6 a 10 horas/sem.	83	33.2%
De 1 a 5 horas/sem.	91	36.4%
Total	250	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En esta tabla se muestra el tiempo de asistencia al gimnasio de las personas encuestadas; el 36.4% de los encuestados acuden entre 1 a 5 horas a la semana y un 33,2% acuden de 6 a 10 horas a la semana, de 11 a 15 horas un 22,4%, de 16 a 20 horas un 5,6% y más de 20 horas corresponde a un 2,4%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

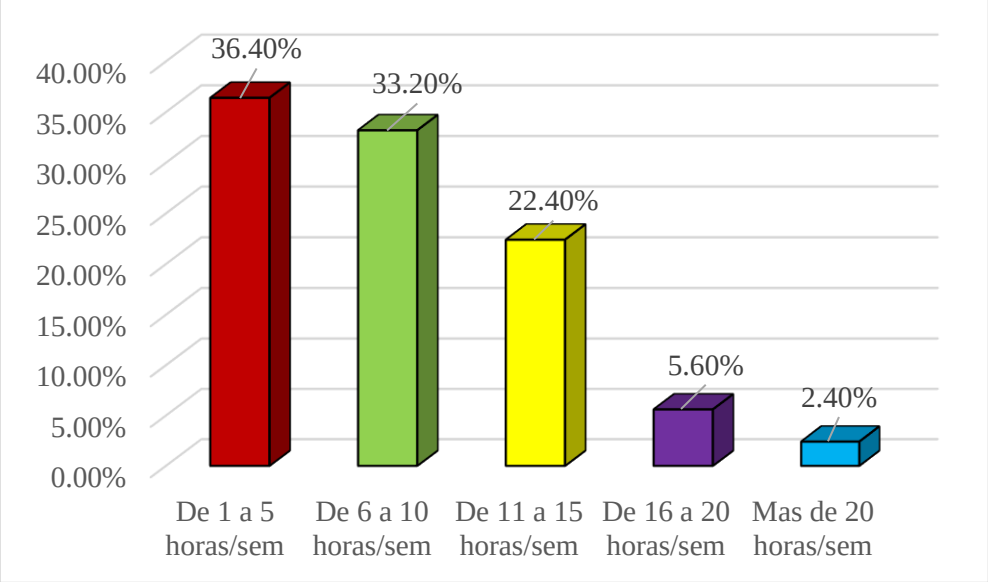
REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

"FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS DISMÓRFICOS CORPORALES Y ALIMENTARIOS EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS DE AREQUIPA 2020"

Gráfico 4:

Distribución de personas que acuden a gimnasios según tiempo de asistencia a los gimnasios



Fuente: Elaboración propia.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 5:

Distribución de personas que acuden a gimnasios según tipo de actividad con mayor frecuencia que practican

	N°	%
Otros	7	2.8%
Baile	43	17.2%
Gimnasia	7	2.8%
Spinning	16	6.4%
Musculación	63	25.2%
Pesas	114	45.6%
Total	250	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En esta tabla se muestra la distribución según el tipo de actividad que realizan las personas que asisten a gimnasio, siendo 45,6% correspondiente a pesas, un 25,2% a musculación, un 17,2% a baile, un 6,4% a spinning, un 2,8% a gimnasia por ultimo un 2,8% correspondiente a otro tipo de actividades.

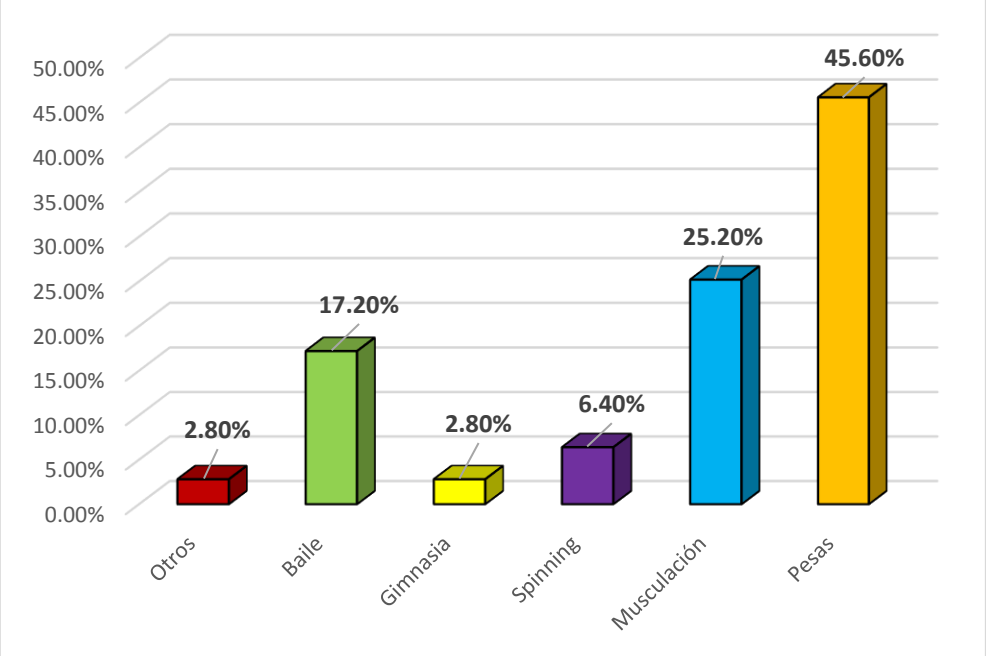
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Gráfico 5:

Distribución de personas que acuden a gimnasios según tipo de actividad con mayor frecuencia que practican



Fuente: Elaboración propia.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 6:

Distribución de personas que acuden a gimnasios según antecedente de experiencia negativa relacionada con el aspecto físico

	N°	%
Si	51	20.4%
No	199	79.6%
Total	250	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Esta tabla muestra la distribución de las personas que han presentado una experiencia negativa relacionada con el aspecto físico donde un 79,6% negó haber presentado una experiencia negativa y un 20,4% refirió si haber presentado una experiencia negativa.

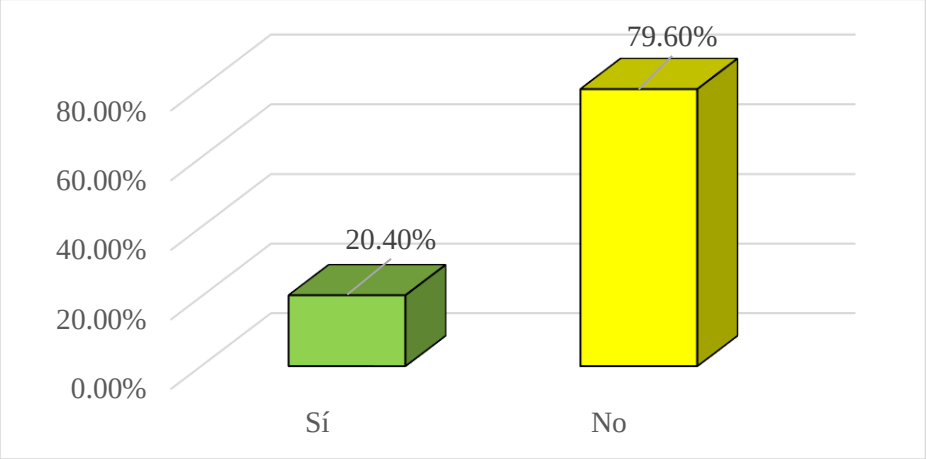
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Gráfico 6:

Distribución de personas que acuden a gimnasios según antecedente de experiencia negativa relacionada con el aspecto físico



Fuente: Elaboración propia.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Frecuencia de síntomas de trastornos de conducta alimentaria

Tabla 7:

Presencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en las personas que acuden a gimnasios

	F	%
Con riesgo de trastorno alimentario	59	23.6%
Sin riesgo de trastorno alimentario	191	76.4%
Total	250	100.0%
Media	13.00	
Desviación estándar	10.457	
Mínimo	0	
Máximo	47	

Fuente: Elaboración propia

Se muestra en la tabla que un 23,6% presenta riesgo de presentar un trastorno alimentario. De los valores de resultado del cuestionario EAT 26 se obtuvo una media de 13 con una desviación estándar de 10.457. Teniendo como rango mínimo 0 y rango máximo de 47.

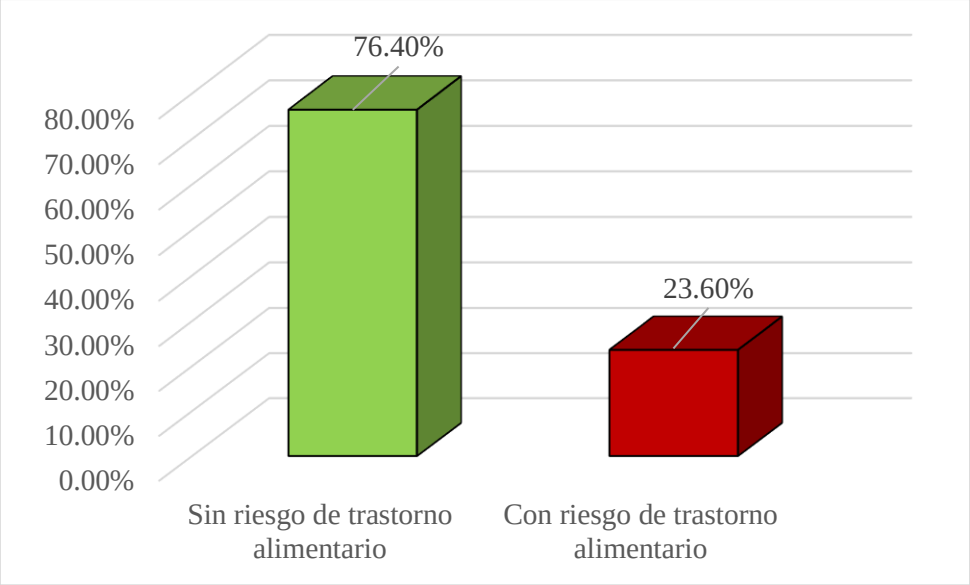
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Gráfico 7:

Presencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en las personas que acuden a gimnasios



Fuente: Elaboración propia.

Media: 13 Desviación estándar: 10,457

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Frecuencia de síntomas de trastorno dismórfico corporal

Tabla 8:

Presencia de riesgo de trastorno dismórfico corporal en las personas que acuden a gimnasios

	F	%
Muy grave preocupación patológica	0	0%
Complejo de Adonis (grave preocupación)	10	4.0%
Moderada preocupación patológica	95	38.0%
Ausencia de preocupación patológica	145	58.0%
Total	250	100.0%
Media	8.69	
Desviación estándar	5.524	
Mínimo	0	
Máximo	24	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se muestra que un 58% presenta ausencia de preocupación patológica, mientras que un 38% presenta una moderada preocupación patológica, luego un 4% presenta una grave preocupación patológica y un 0% una muy grave preocupación patológica. Además, la puntuación del cuestionario de Adonis presenta una media de 8.69 con una desviación estándar de 5.524; con un rango mínimo de 0 y un rango máximo de 24.

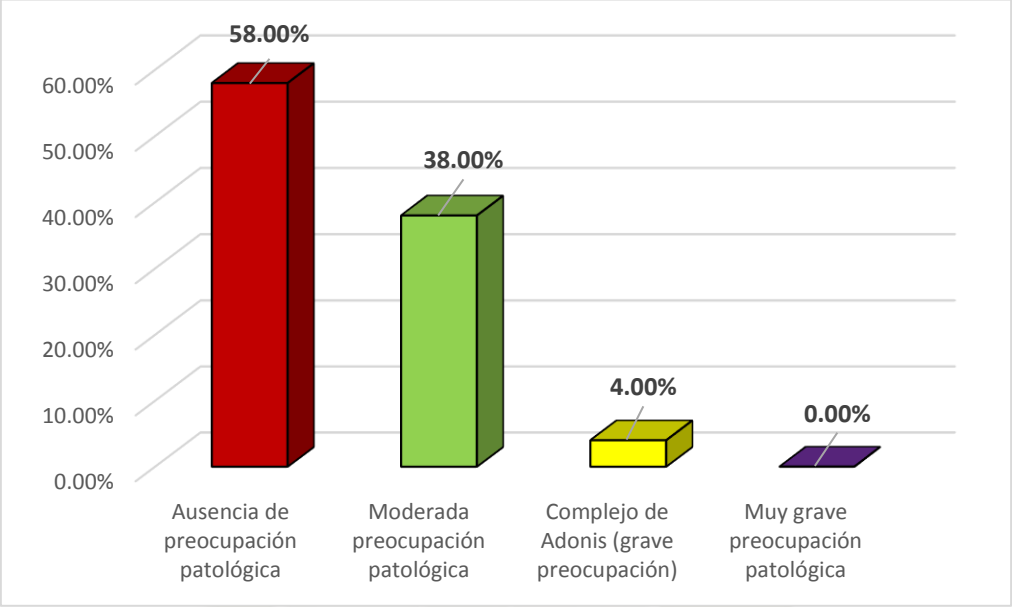
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Gráfico 8:

Presencia de riesgo de trastorno dismórfico corporal en las personas que acuden a gimnasios



Fuente: Elaboración propia.

Media de 8.69 Desviación estándar de 5.524

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

"FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS DISMÓRFICOS CORPORALES Y ALIMENTARIOS EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS DE AREQUIPA 2020"

Prueba de distribución normal

Tabla 9:

Prueba de distribución normal Kolmogorov-Smirnov

		Síntomas de trastorno alimentario	Trastorno dismórfico corporal
N		250	250
Parámetros normales[a]	Media	13.00	8.69
	Desviación estándar	10.457	5.524
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0.132	0.111
	Positivo	0.132	0.111
	Negativo	-0.107	-0.062
Estadístico de prueba		0.132	0.111
Sig. asintótica (bilateral) o valor P		0.000[c]	0.000[c]
a. Se calcula a partir de datos.			

Fuente: Elaboración propia

Hay distribución normal cuando el valor P > valor alfa (0.050).

En ambos casos se obtuvo valor P (0.000) < valor alfa (0.050) por tanto, el conjunto de datos no tiene distribución normal, en consecuencia, la prueba de hipótesis debe realizarse con el estadístico no paramétrico Rho de Spearman.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Relación entre sexo y desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales y alimentarios.

Tabla 10:
Correlación entre sexo y desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales

			Sexo
Rho de Spearman	Trastorno dismórfico corporal	Coeficiente de correlación	-0.323**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	250

**. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas).

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se observa que el valor P (0.000) además de presentar un coeficiente de relación de -0.323 con un índice de confianza del 99%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 11:

Correlación entre sexo y los síntomas de trastornos de conducta alimentaria

			Sexo
Rho de Spearman	Síntomas de trastorno alimentario	Coeficiente de correlación	-0.138*
		Sig. (bilateral)	0.029
		N	250

*. La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas).

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se observa que el valor P (0.029) además de presentar un coeficiente de relación de -0.138 con un índice de confianza del 95%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Relación entre tiempo de entrenamiento y desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales y alimentarios.

Tabla 12:
Correlación entre tiempo de entrenamiento y trastorno dismórfico corporal

			Tiempo de entrenamiento
Rho de Spearman	Trastorno dismórfico corporal	Coeficiente de correlación	0.359**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	250

**. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas).

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se observa que el valor P (0.000) además de presentar un coeficiente de relación de 0.359 con un índice de confianza del 99%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 13:

Correlación entre tiempo de entrenamiento y síntomas de trastornos de conducta alimentaria

			Tiempo de entrenamiento
Rho de Spearman	Síntomas de trastorno alimentario	Coeficiente de correlación	0.200**
		Sig. (bilateral)	0.001
		N	250

**. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas).

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se observa que el valor P (0.001) además de presentar un coeficiente de relación de 0.200 con un índice de confianza del 99%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Relación entre experiencia negativa con el aspecto físico y desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales y alimentarios.

Tabla 14:
Correlación entre antecedente de experiencia negativa acerca del aspecto físico y trastorno dismórfico corporal

			Antecedente de experiencia negativa relacionada al aspecto físico
Rho de Spearman	Trastorno dismórfico corporal	Coeficiente de correlación	0.226**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	250

**. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas).

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se observa que el valor P (0.000) además de presentar un coeficiente de relación de 0.226 con un índice de confianza del 99%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 15:

Correlación entre antecedente de experiencia negativa acerca del aspecto físico y síntomas de trastorno alimentario

			Antecedente de experiencia negativa relacionada al aspecto físico
Rho de Spearman	Síntomas de trastorno alimentario	Coeficiente de correlación	0.256**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	250

**. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas).

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se observa que el valor P (0.000) además de presentar un coeficiente de relación de 0,256 con un índice de confianza del 99%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Relación entre experiencia negativa con la edad y desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales y alimentarios.

Tabla 16

Relación entre edad y desarrollo de síntomas de trastorno dismórficos corporales.

			Edad
Rho de Spearman	Trastorno dismórfico corporal	Coeficiente de correlación	-0.270**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	250

**. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas).

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se observa que el valor P (0.000) además de presentar un coeficiente de relación de - 0,270 con un índice de confianza del 99%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 17

Relación entre edad y desarrollo de síntomas de trastorno alimentario

			Edad
Rho de Spearman	Síntomas de trastorno alimentario	Coeficiente de correlación	-0,139*
		Sig. (bilateral)	0,028
		N	250

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se observa que el valor P (0.028) además de presentar un coeficiente de relación de -0,139 con un índice de confianza del 95%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 18

Relación entre trastorno dismórfico corporal y síntomas de trastorno alimentario

			Síntomas de trastorno alimentario
Rho de Spearman	Trastorno dismórfico corporal	Coeficiente de correlación	0,392**
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	250

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se observa que el valor P (0.000) además de presentar un coeficiente de relación de 0,392 con un índice de confianza del 99%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO III
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La sociedad actual tiene como estereotipo que las personas tengan la figura ideal lo que lleva a que la población sobre todo la juvenil a realizar ejercicio físico de manera exagerada, que opaca los beneficios con comportamientos patológicos. Principalmente esta se ve influenciada por los medios de comunicación que muestran constantemente prototipos de belleza (1). Existen a nivel local pocos estudios relacionados con este tema. Esta investigación tiene como objetivo determinar la frecuencia de síntomas relacionados con trastornos alimentarios y trastorno dismórfico corporal en personas que acuden a gimnasios por lo que se realizó encuestas que consta de una ficha de toma de datos personas, el test EAT 26 (eating attitudes test) y el test de adonis que evalúan riesgo de trastornos de conducta alimentaria y dismórfia corporal respectivamente, Se compararon las relaciones entre las características de las personas con el riesgo de presentar un trastorno alimentario o trastorno dismórfico corporal con la prueba de estadística Rho de Spearman.

La **tabla y gráfico 1** muestra la distribución de las personas según su edad siendo 53.2% dentro de las edades de 21 a 30 años, hasta los 20 años 37.6% y de 31 a 40 años de 9.2%, Teniendo como media de edad 22,28 años con una desviación estándar de 5.21. Se aprecia que el mayor rango de edad se encuentra entre los 21 a 30 años seguido de los menores de 20 años, reduciéndose en el rango de 31 a 40 años; lo que lleva a inferir que gran parte de los asistentes a gimnasios son de edad joven y que mientras más avanza la edad se va reduciendo la asistencia a gimnasios.

En la **tabla y gráfico 2** nos muestra la distribución de edad según su sexo se aprecia que los varones constituyen un 57,2% a comparación de un 42.8% de las mujeres, se observa que hay mayor asistencia de varones a los gimnasios.

En la **tabla y gráfico 3** nos muestra la distribución de los asistentes a gimnasios de acuerdo al gimnasio que asisten; siendo la asistencia de un 26% al gimnasio Millenium, de un 25,2% al gimnasio Strong, de un 23,6% al gimnasio Revo Sport y un 25,2% al gimnasio Body Tech.

En la **tabla y gráfico 4** se muestra la distribución de los asistentes a gimnasios según el tiempo de asistencia al gimnasio siendo el 36,4% dentro de los rangos de 1 a 5 horas a la

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

semana, luego 33,2% dentro del rango de 6 a 10 horas a la semana, luego de 22,4% dentro del rango de 11 a 15 horas a la semana, luego de 5,6% dentro del rango de 16 a 20 horas a la semana y de un 2,4% más de 20 horas a la semana. Como se puede apreciar en la tabla la mayor proporción de personas acuden de 1 a 5 horas a la semana luego va disminuyendo conforme va aumentando el número de horas la proporción de asistentes va disminuyendo.

En la **tabla y gráfico 5** se muestra la distribución de asistentes a gimnasios según la actividad con mayor frecuencia que practican siendo la actividad física que más personas practican el de pesas con 45,6%, seguido de musculación con un 25,2%; luego baile con un 17,2%; mientras que spinning por un 6,4%, gimnasia un 2,8% y otros relacionadas a actividades cardiovasculares un 2,8%. Las pesas constituyen la actividad que es más realizada, siendo más practicada por varones.

En la **tabla y gráfico 6** se muestra la distribución de asistentes a gimnasios según el antecedente de experiencia negativa relacionada con su aspecto físico, se observa que un 79,6% refiere que no ha presentado un antecedente negativo y que un 20,4% de los asistentes refieren tener el antecedente positivo relacionado con su imagen corporal. Siendo los varones quienes más antecedentes negativo han presentado 12,6%.

En la **tabla y gráfico 7** se muestra la distribución de asistentes que acuden al gimnasio relacionado a la presencia de riesgo de trastorno de conducta alimentaria basado el test EAT 26 donde un 23,6% presenta riesgo de trastorno alimentario mientras que un 76,4% no presenta este riesgo. De los puntajes se muestra una media de 13 puntos con una desviación estándar de 10,457. Con un rango mínimo de 0 y un rango máximo de 47.

En la **tabla y gráfico 8** de observa la distribución de asistentes que acuden al gimnasio relacionado a la presencia de riesgo de trastorno dismórfico corporal esto analizado por el uso del Test de Adonis, donde se puede aprecia que un 58% presenta de una nula a leve preocupación patológica que no llega afectar su vida, mientras un 39% presenta una moderada preocupación patológica y un 4% obtuvo el puntaje relacionado una grave preocupación patológica y un 0% una muy grave preocupación patológica, de los puntajes obtenidos se obtuvo una media de 8,69 con una desviación estándar de 5,524. Con un rango mínimo de 0 y máximo de 24. Como se puede apreciar en las tablas las personas que presentan un grave preocupación patológica es mínima como las que presentan una preocupación muy grave la cual es nula, resultando esto positivo; sin embargo, el 4% que

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

se muestra necesita apoyo psiquiátrico, de los que presentan una preocupación moderada que representa el 38% a pesar de que presentan una preocupación moderada esta no afecta a su vida sin embargo es necesario la orientación debida.

En la **tabla 9** se muestra la tabla de la prueba de distribución normal de Kolmogorov Smirnov; realizando de esta manera estadística inferencial y poder realizar las relaciones entre variables correspondientes. Por lo tanto, de acuerdo a prueba estadística de Kolmogorov Smirnov se encuentra que el significancia asintótica o valor de P es 0.000, entendiéndose que existe distribución normal cuando este valor es mayor que el valor alfa (0,050). Se observa que el valor P es de 0,000 por lo tanto el conjunto de datos no presenta distribución normal, en consecuencia, la prueba de hipótesis debe realizarse con el estadístico no paramétrico Rho de Spearman.

En la **tabla 10** se aprecia la aplicación de la prueba Rho de Spearman para la correlación entre sexo y desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales donde se observa que el valor P es de 0,000 y además de presentar un coeficiente de correlación de -0,323 al 99% de nivel de confianza. Dado que el valor P (0,000) es menor que el valor alfa (0.050) se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables; entonces se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables sexo y síntomas de trastornos dismórficos. Además, que el criterio de intensidad de correlación basado en el coeficiente de correlación que es -0,323; basándonos que se puso como valor 1 a varones y valor 2 a mujeres; entonces al ser negativo, el sexo masculino se correlaciona más con los trastornos dismórficos, mientras que el sexo femenino se correlaciona menos con los trastornos dismórficos corporales: además presenta un nivel de correlación baja o débil.

En la **tabla 11** se aprecia la aplicación de la prueba Rho de Spearman para la correlación entre sexo y desarrollo de síntomas de trastornos alimentarios donde se observa que el valor P es de 0,029 y además de presentar un coeficiente de correlación de -0,138 con un 95% de nivel de confianza. Entonces como el valor P (0,029) es menor que el valor alfa (0.050) se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables; entonces se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables sexo y síntomas de trastornos alimentarios. Además, que el criterio de intensidad de correlación basado en el coeficiente de correlación que es -0,138; basándonos que se puso como valor 1 a varones y valor 2 a mujeres; entonces al ser negativo, el sexo masculino se correlaciona más con los trastornos alimentarios; esta hipótesis es contraria a otros estudios como señala Márquez

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

donde señala que este trastorno aparece principalmente en el sexo femenino. Esta correlación presenta un nivel de correlación muy débil (21).

En la **tabla 12** se aprecia la aplicación de la prueba Rho de Spearman para la correlación entre tiempo de entrenamiento y desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales donde se observa que el valor P es de 0,000 y además de presentar un coeficiente de correlación de 0,359 al 99% de nivel de confianza. Dado que el valor P (0,000) es menor que el valor alfa (0.050) se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables; entonces se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables tiempo de entrenamiento y síntomas de trastorno dismórfico, Por lo tanto, a mayor tiempo de entrenamiento mayor riesgo de presentar síntomas de trastorno dismórfico corporal esto es similar con lo que señala Molero mientras mayor la cantidad de horas mayor el riesgo de presentar síndrome dismórfico. Además, que el criterio de intensidad de correlación basado en el coeficiente de correlación que es 0,359; presentando así un nivel de correlación bajo o débil (1).

En la **tabla 13** se aprecia la aplicación de la prueba Rho de Spearman para la correlación entre tiempo de entrenamiento y desarrollo de síntomas de trastornos alimentarios corporales donde se observa que el valor P es de 0,001 y además de presentar un coeficiente de correlación de 0,200 al 99% de nivel de confianza. Dado que el valor P (0,001) es menor que el valor alfa (0.050) se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables; entonces se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables tiempo de entrenamiento y síntomas de trastornos alimentarios, por lo tanto, a mayor tiempo de entrenamiento mayor relación con el desarrollo de síntomas de trastornos de conducta alimentaria. Además, que el criterio de intensidad de correlación basado en el coeficiente de correlación que es 0,200; presentando así un nivel de correlación muy débil.

En la **tabla 14** se aprecia la aplicación de la prueba Rho de Spearman para la correlación entre antecedente de experiencia negativa acerca del aspecto físico y desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales donde se observa que el valor P es de 0,000 y además de presentar un coeficiente de correlación de 0,226 al 99% de nivel de confianza. Dado que el valor P (0,000) es menor que el valor alfa (0.050) se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables; entonces se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables antecedente de experiencia negativa y síntomas de trastornos dismórficos, por lo que la presencia de antecedente negativo relacionado con

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

la imagen física se relaciona al desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales. Además, que el criterio de intensidad de correlación basado en el coeficiente de correlación que es 0,226; presentando un nivel de correlación muy débil.

En la **tabla 15** se aprecia la aplicación de la prueba Rho de Spearman para la correlación entre antecedente de experiencia negativa acerca del aspecto físico y desarrollo de síntomas de trastornos de conducta alimentaria donde se observa que el valor P es de 0,000 y además de presentar un coeficiente de correlación de 0,256 al 99% de nivel de confianza. Dado que el valor P (0,000) es menor que el valor alfa (0.050) se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables; entonces se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables antecedente de experiencia negativa y síntomas de trastornos de conducta alimentaria, por lo que a presencia de antecedente negativo relacionado con la imagen corporal mayor posibilidad de desarrollar trastornos de conducta alimentaria. Además, que el criterio de intensidad de correlación basado en el coeficiente de correlación que es 0,256; presentando un nivel de correlación baja o débil.

En la **tabla 16** se aprecia la aplicación de la prueba Rho de Spearman para la correlación entre la edad y desarrollo de síntomas de trastorno dismórfico donde se observa que el valor P es de 0,000 y además de presentar un coeficiente de correlación de -0,270 al 99% de nivel de confianza. Entonces como el valor P (0,000) es menor que el valor alfa (0.050) se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables; entonces se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables edad y desarrollo de síntomas de trastorno dismórfico. Además, que el criterio de intensidad de correlación basado en el coeficiente de correlación que es -0,270; basándonos que los valores de menor edad son menores, se interpreta que mientras menor sea la edad mayor es el riesgo de presentar síntomas de trastorno dismórfico corporal, además por el coeficiente de correlación este presenta un nivel de correlación baja o débil.

En la **tabla 17** se aprecia la aplicación de la prueba Rho de Spearman para la correlación entre la edad y desarrollo de síntomas de trastornos de conducta alimentaria donde se observa que el valor P es de 0,028 y además de presentar un coeficiente de correlación de -0,139 al 95% de nivel de confianza. Entonces como el valor P (0,000) es menor que el valor alfa (0.050) se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables; entonces se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables edad y desarrollo de síntomas de

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

conducta alimentaria. Además, que el criterio de intensidad de correlación basado en el coeficiente de correlación que es -0,139; basándonos que los valores de menor edad son menores, se interpreta que mientras menor sea la edad mayor es el riesgo de presentar síntomas de trastornos de conducta alimentaria, además por el coeficiente de correlación este presenta un nivel de correlación muy débil.

En la **tabla 18** se aprecia la aplicación de la prueba Rho de Spearman para la correlación entre la presencia de síntomas de trastorno dismórfico corporal y presencia de síntomas de trastornos de conducta alimentaria donde se observa que el valor P es de 0,00 y además de presentar un coeficiente de correlación de 0,392 al 99% de nivel de confianza. Entonces como el valor P (0,000) es menor que el valor alfa (0.050) se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables; entonces se aprueba la hipótesis de correlación entre las variables presencia de síntomas de trastorno dismórfico corporal y presencia de síntomas de trastornos de conducta alimentaria, por lo que a mayor presencia de síntomas de trastornos dismórfico corporal mayor presencia de síntomas de trastornos de conducta alimentaria esto se relaciona con lo que menciona Castro R. que indica una relación entre ambos trastornos. Además, que el criterio de intensidad de correlación basado en el coeficiente de correlación que es 0,392; por lo que presenta un nivel de correlación baja o débil (22).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

CONCLUSIONES

En la población de jóvenes que asisten a los gimnasios de la ciudad de Arequipa se ha obtenido los siguientes resultados:

PRIMERA:

El 23.6% presenta riesgo de trastorno alimentario, y el 76.4% no presenta tal riesgo. Por tanto, el grupo de personas con riesgo de trastorno alimentario requieren un abordaje psicológico y psiquiátrico adecuado para superar los comportamientos patológicos que presentan.

SEGUNDA:

El 4% presenta complejo de adonis o grave preocupación por la figura corporal, el 38% moderada preocupación patológica, el 58% ausencia de preocupación patológica, mientras que un 0% una preocupación patológica muy grave. Esto quiere decir que hay un 42% de personas con algún grado de trastorno dismórfico corporal, debido a que presentan una preocupación constante por un defecto imaginario de su apariencia física requiriendo una intervención que permita interrumpir este tipo de comportamientos.

TERCERA:

La información obtenida con los instrumentos carece de distribución normal, por lo que las pruebas de correlación se realizaron con el estadígrafo no paramétrico Rho de Spearman. Se halló correlación significativa de nivel baja, inverso y al 99% de confianza entre sexo y síntomas de trastorno dismórfico corporal (valor P: 0.000 y Rho: -0.323**), es así que los varones tienen mayor propensión a este trastorno. Se halló correlación significativa de nivel muy débil, inversa y al 95% de confianza entre sexo y síntomas de trastorno alimentario (valor P: 0.029 y Rho: -0.138*), por tanto, los varones tienen mayor propensión al trastorno de conducta alimentaria.

CUARTA:

Hay correlación significativa baja, directa y al 99% de confianza entre tiempo de entrenamiento y trastorno dismórfico corporal (valor P: 0.000 y Rho: 0.359**), por tanto, mayor tiempo de entrenamiento está asociado a mayor trastorno dismórfico corporal. Además, hay correlación significativa muy débil, directa y al 99% de confianza (valor P: 0.001 y Rho: 0.200**) entre tiempo de entrenamiento y síntomas de trastorno alimentario.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Mayor tiempo de entrenamiento está asociado a mayores síntomas de trastorno alimentario.

QUINTA:

Entre antecedente de experiencia negativa del aspecto físico y síntomas de trastorno dismórfico corporal hay correlación significativa muy baja, directa y al 99% de confianza (valor P: 0.000 y Rho: 0.226**), mayores experiencias negativas del aspecto físico están asociados a mayores síntomas de trastorno dismórfico corporal. Asimismo, entre antecedente de experiencia negativa del aspecto físico y síntomas de trastorno alimentario existe correlación significativa baja, directa y al 99% de confianza (valor P: 0.00 y Rho: 0.256**): la agudización del trastorno alimentario va unido a mayores antecedentes de experiencia negativa con el propio aspecto físico.

SEXTA:

Entre la edad y síntomas de trastorno dismórfico corporal hay correlación significativa baja, directa y al 99% de confianza (valor P: 0.000 y Rho: - 0.270**), a menor edad está asociados a desarrollo de síntomas de trastorno dismórfico corporal. Asimismo, entre la edad y síntomas de trastorno alimentario existe correlación significativa muy baja, directa y al 95% de confianza (valor P: 0.00 y Rho: -0.139*): a menor edad está asociado al desarrollo de síntomas de trastornos de conducta alimentaria.

SEPTIMA:

Entre trastorno de conducta alimentaria y trastorno dismórfico corporal hay correlación significativa baja, directa y al 99% de confianza (valor P: 0.000 y Rho: 0.392**), a mayor presencia de síntomas de trastornos dismorfico corporal mayor presencia de síntomas de trastornos de conducta alimentaria.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Para los jóvenes que asisten a los gimnasios de Arequipa:

El cuidado del propio cuerpo en su sano equilibrio es positivo, sin embargo, en ocasiones en que esta práctica conlleve en comportamientos perjudiciales y patológicos, se sugiere acoger la posibilidad de acceder a un tratamiento psicológico o psiquiátrico, dado que esto puede prevenir y tratar oportunamente problemas de salud mental.

SEGUNDA:

Para los directivos de los gimnasios:

Implementar en sus programas el servicio de apoyo psicológico, psiquiátrico como de nutrición de manera regular en sus clientes, además de difundir acerca de estos trastornos. Contribuyendo de esta manera a que sus usuarios estén conscientes de estos problemas y poder superarlos

TERCERA:

Para futuros investigadores:

En esta investigación se ha descubierto que el sexo, el tiempo de entrenamiento y la experiencia negativa acerca del aspecto físico, son factores relacionados con el trastorno dismórfico corporal y con los síntomas de trastorno alimentario, pero hace falta completar la gama de factores asociados a estos como factores sociales como también comparación con mediciones de masa muscular e índice de masa corporal

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopez Barajas D, Castro Lopez R, Zagales Sánchez L. Autoconcepto y ansiedad: detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad fisica. Cuadernos de psicologia del deporte. 2012; 12(2).

2. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5 Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.

3. Escursell R. Imagen corporal Madrid: Piramide; 2013.

4. Jose G. Los lugares del cuerpo Barcelona: Paidós; 1999.

5. Salaberria K, Rodriguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. Osasunaz. 2007; 8.

6. Escoto Ponce de León MdC, Camacho Ruiz EJ, Alvarez Rayón GL, Díaz Resendiz FdJ, Morales Ramírez A. Relación entre autoestima y síntomas de dismorfia muscular en varones fisicoconstructivistas. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2012; 3(11 - 18).

7. Barrientos Martínez N, Escoto C, Bosques LE, Enríquez Ibarra J, Juárez Lugo CS. Interiorización de ideales estéticos y preocupación corporal en hombres y mujeres usuarios de gimnasio. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2014; 5.

8. James Sadock B, Alcott Sadock, Virginia , Ruiz P. Sinopsis de psiquiatria. decimo primera ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2015.

9. Loayza Llaza G. Avances en psiquiatría Arequipa; 2011.

10. Lizbeth SG. Frecuencia y factores asociados a los trastornos de la satisfacción con la imagen corporalen jóvenes que asisten a gimnasios en la ciudad de Arequipa, año 2013 tesis , editor. [Arequipa]: Universidad Catolica de Santa María; 2013.

11. Virsedas Heras J. Autoimagen y alimentación, un estudio preliminar. Psicologia Iberoamericana. 1995 junio; 3(2).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

12. Maganto C, Cruz S. La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 2000; 30.

13. Behar R, Molinari D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. Revista médica de Chile. 2010; 138.

14. Pérez Restrepo V, Valencia MN, Rodriguez G. M, Gempeler R. J. Acerca de un caso de dismorfia muscular y abuso de esteroides. Revista Colombiana de Psiquiatria. 2007; 36(1).

15. Bonet R, Garrote A. Ortorexia. Farmacia Profesional. 2016; 30(1).

16. Fischer R, Prieto G. Análisis del test de actitudes alimentarias (EAT-26) con un modelo tipo Rash en una muestra de adolescentes paraguayos. Cuadernos hispanoamericanos de psicología. 2016; 16(1).

17. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer H. Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. Psychological Bulletin. 2004; 130(1).

18. Constaín G, Ricardo Ramirez C, Rodriguez-Gázquez MdlÁ, Álvarez Gómez M, Marín Múnera C, Agudelo Acosta C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín,Colombia. Atención primaria. 2014; 46(6).

19. Gonzáles Martí L. Vigorexia; instrumentos de medición. In Asociación Española de Ciencias del Deporte; 2008; León.

20. Baile Ayensa J, Monroy Martinez E, Garay Rancel F. Alteración de la imagen corporal. Enseñanza e Investigación en psicología. 2005; 10(1).

21. Márquez S. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. Nutrición Hospitalaria. 2008; 23(3).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

22. Castro Lopez R, Cachón Zagalas J, Lopez- Barajas M, Zagalas Sánchez ML. Dismorfia Muscular y su relación con síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2013; 4.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ANEXOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Anexo 1:

Ficha de recolección de datos

Agradecerle por participar en este proyecto le solicitamos por favor llene esta ficha con datos exactos, cualquier duda o consulta le instamos a preguntar.

Yo acepto ser parte de este proyecto llamado: FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS DISMÓRFICOS CORPORALES Y ALIMENTARIOS EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS DE AREQUIPA 2020, siendo informado de este, resaltando además que la participación es totalmente voluntaria, que los datos obtenidos serán estrictamente confidenciales y no serán usados para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Nombre: _____Edad:____ años

Sexo: Varón Mujer

Tiempo que asistencia a gimnasio:
1 a 5 horas/sem. _____
6 a 10 horas/sem. _____
11 a 15 horas/sem. _____
16 a 20 horas/sem _____
Más de 20 horas/sem. _____

Tipo de ejercicio realizado con mayor frecuencia en el gimnasio:

Pesas __Musculación ___Spinning ___ Gimnasia ___Baile ___
Otros _____

Antecedente de experiencia negativa relacionada a aspecto físico: No __ Si ___

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Anexo 2.

Cuestionario EAT- 26

Por favor llenar con una cruz el casillero por cada pregunta de acuerdo a la frecuencia que usted califica determinado ítem, recordar cualquier duda puede consultar.

	SIEMPR	MUY A MENUD	A MENUD	ALGUNAS	RARAM FNTE.	NUNCA
1. Me da mucho miedo pesar demasiado						
2. Procuro no comer, aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida						
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías que tiene los alimentos que como						
7. Evito especialmente comer alimentos con mucho hidratos de carbono (pan, arroz, pasteles, entre otros)						
8. Noto que los demás preferirían que comiese más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuro no comer alimentos con azúcar						
17. Como alimentos de dietéticos (light)						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Noto que los demás presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22. Me siento incomodo después de comer dulces						
23. Me comprometo a hacer dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando comida nuevas y sabrosas						
26.Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

FUENTE: Fischer, Reinhardt; Prieto , Gerardo, 2016.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Anexo 3.

Escala de Adonis

Por favor llenar este cuestionario con un círculo sobre la opción que usted vea conveniente, cualquier duda puede consultar.

1. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día preocupándote por algún aspecto de tu apariencia (no simplemente pensándolo sino preocupándote?
    a) Menos de 30 minutos
    b) De 30 a 60 minutos
    c) Más de 60 minutos
2. ¿Con que frecuencia estas mal por alguna cuestión relacionada por tu apariencia (preocupado, ansioso, deprimido)?
    a) Nunca o raramente
    b) Algunas veces
    c) Frecuentemente
3. ¿Con que frecuencia evitas que partes de tu cuerpo o tu cuerpo entero sea visto por otros? Por ejemplo ¿con que frecuencia evitar ir a vestuarios, piscinas o situaciones donde debas quitarte la ropa? O también ¿Con que frecuencia llevas ropas que alteran u ocultan tu apariencia corporal, como por ejemplo intentar ocultar tu cabello o llevar ropas holgadas para esconder tu cuerpo?
    a) Nunca o raramente
    b) Algunas veces
    c) Frecuentemente
4. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades de aseo para mejorar tu apariencia?
    a) Menos de 30 minutos
    b) De 30 a 60 minutos
    c) Más de 60 minutos
5. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades físicas para mejorar tu apariencia física, tales como levantamiento de pesas, jogging, máquinas de caminar? (nos referimos solo a esas actividades deportivas cuyo objetivo principal sea mejorar

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

la apariencia física)

a) Menos de 60 minutos
b) De 60 a 120 minutos
c) Más de 120 minutos

6. ¿Con que frecuencia sigues dietas, comiendo alimentos especiales (por ejemplo, de alto grado proteínico o comidas bajas en grasas) o ingieres suplementos nutricionales para mejorar tu apariencia?
   a) Nunca o raramente
   b) Algunas veces
   c) Frecuentemente
7. ¿Qué parte de tus ingresos económicos los empleas en cuestiones dedicadas a mejorar tu apariencia (por ejemplo, comidas especiales de dieta, suplementos nutricionales, productos para el pelo, cosméticos, técnicas cosméticas, equipamiento deportivo o cuotas de gimnasios)?
   a) Una cantidad insignificante
   b) Una cantidad sustancial, pero nunca hasta el punto de que me cree problemas económicos
   c) Una cantidad suficiente hasta el punto de crearme problemas económicos
8. ¿Con que frecuencia tus actividades relacionadas con tu apariencia física afecta a tus relaciones sociales (por ejemplo, el tener que dedicar tiempo a entrenamientos, practicas alimentarias especiales o cualquier actividad relacionada con tu apariencia que terminan afectando a tus relaciones con otras personas)?
   a) Nunca o raramente
   b) Algunas veces
   c) Frecuentemente
9. ¿Con que frecuencia tu vida sexual se ha visto afectada por tus preocupaciones relacionadas con tu apariencia?
   a) Nunca o raramente
   b) Algunas veces
   c) Frecuentemente
10. ¿Con que frecuencia tus preocupaciones con la apariencia o actividades relacionadas con ella han comprometido tu trabajo o carrera (o tus actividades académicas si eres estudiante) (por ejemplo, llegando tarde, perdiendo horas de

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

trabajo o clase, trabajando por debajo de tu capacidad o perdiendo oportunidades de mejora o ascenso por preocupaciones y/o actividades con la imagen corporal)?

a) Nunca o raramente
b) Algunas veces
c) Frecuentemente

11. ¿Con que frecuencia haz evitado ser visto por otra gente debido a tus preocupaciones con tu apariencia (por ejemplo, no yendo a la escuela, al trabajo, a eventos sociales o a estar publico…)?

a) Nunca o raramente
b) Algunas veces
c) Frecuentemente

12. ¿Has consumido algún tipo de sustancia legal o ilegal para ganar musculo, perder peso o para cualquier intento de mejorar tu apariencia?

a) Nunca
b) Solo sustancias legales, compradas en sitios autorizados o bajo prescripción
c) He usado esteroides legales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias

13. ¿Con que frecuencia has tomado medidas extremas (que no sean el uso de sustancias) para cambiar tu apariencia, tales como hacer ejercicio excesivo, entrenar incluso estando dolorido, hacer dietas extremas, vomitar, usar laxante u otros métodos de purga, usar técnicas no convencionales de desarrollo muscular, crecimiento del pelo, alargamiento del pene, etc.?

a) Nunca o raramente
b) Algunas veces
c) Frecuentemente

FUENTE: Baile Ayensa, Jose; Monroy Martinez, Karina Elvira; Garay Rancel, Fernando**,** 2005

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Anexo 4:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana

"FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS DISMÓRFICOS CORPORALES Y ALIMENTARIOS EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS DE AREQUIPA 2020"

Proyecto de Tesis presentada por el Bachiller:
Tica Delgado, Felix Alexander
para optar por el Título Profesional de:
Médico cirujano

Asesor:
Dra. Llaza Loayza, Gloria

Arequipa – Perú

2020

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

I. PREÁMBULO:

En la actualidad, la actividad física constituye un factor positivo para mantener una adecuada salud, ya que brinda diversos beneficios en los individuos que la practican. Por tal motivo en las urbes se han abierto gran número de gimnasios, en distintos lugares para poder satisfacer la demanda de la población, que se encuentra más interesada en los beneficios de la actividad física. Sin embargo, en los últimos años se ha observado que personas sobre todo población juvenil realizan actividad física, pero está de manera exagerada y acompañada de comportamientos patológicos con el objetivo único de mantener lo que ellos consideran "la figura ideal" obviando las consecuencias negativas que estas conductas puedan producir.

Este grupo de personas se caracterizan porque tienen el rasgo de realizar actividad física de forma desmesurada, presentando también otras actitudes como: disminución de la ingesta de alimentos o consumo de productos (complementos nutricionales, medicamentos) de manera incorrecta y sin supervisión profesional, fijación excesiva de su físico, desproporción o disminución de sus características físicas entre otras conductas. Todos estos comportamientos se enmarcan dentro de los trastornos dismórficos corporales que en algunos individuos se presentan en conjunto con trastornos alimentarios, que opacan los beneficios de la actividad física. Estos trastornos se ven apoyados por la actual cultura global, que tiene dentro de sus principales estereotipos: a la mujer delgada y con buena figura y al hombro musculoso; consecuentemente esto lleva a que la población sobre todo la joven; tomen actitudes que, en vez de contribuir con su salud, los condicionaría a tener actitudes erróneas y desfavorables para su salud. La prevalencia de estos trastornos ha ido en aumento los últimos años y son pocos los estudios en nuestro ámbito local que estudien este tipo de comportamientos; motivo por el cual el objetivo de este trabajo es determinar la frecuencia de individuos que presenten síntomas relacionados a estos trastornos en personas que acuden a los gimnasios de la ciudad de Arequipa.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

II. PLANTEAMIENTO TEORICO:

1. Problema de investigación:

1.1. Enunciado del problema:

¿Cuál es la frecuencia de síntomas de trastornos dismórficos corporales y alimentarios en jóvenes que asisten a gimnasios de Arequipa 2020?

1.2. Descripción del problema:

1.2.1. Área del conocimiento:

- Área general: Ciencias de la Salud.
- Área específica: Medicina humana.
- Especialidad: Psiquiatría.
- Línea: Trastornos dismórfico corporal, trastorno alimentario.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1.2.2 Operacionalización de variables:

VARIABLE	INDICADOR	SUB INDICADOR	ESCALA
Presencia de síntomas de Trastorno Dismórfico Corporal	Cuestionario de complejo de Adonis	Puntuaciones Menores de 9: ausencia de preocupación patológica De 10 a 19: grado moderado De 20 a 29: presencia de complejo de adonis De 30 a 39 : problema serio relacionado a imagen corporal	Categórica nominal
Presencia de síntomas de T. Alimentarios	Cuestionario EAT – 26	Puntaje: 0 a 20 No riesgo de trastorno alimentario Mayor de 20 riesgo de trastorno alimentario	Categórica nominal
Características de jóvenes que asisten a gimnasios	Edad	años	Numérica de razón
	Sexo	Femenino - Masculino	Categórica nominal
	Horas de entrenamiento	1 a 5 horas/sem. 6 a 10 horas/sem. 11 a 15 horas/sem. 16 a 20 horas/sem. Más de 20 horas/sem.	Categórica numeral
	Experiencia negativa pasada con respecto a su apariencia física	Si o no	Categórica nominal
	Tipo de ejercicio	Pesas, musculación, Spinning, Gimnasia, baile, otros	Categórica nominal

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1.2.2. Interrogantes básicas:

- ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria en las personas que realizan actividad física en gimnasios?
- ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de trastorno dismórfico corporal en las personas que realizan actividad física en gimnasios?
- ¿Cuáles son las características demográficas de los asistentes a gimnasios?
- ¿Existe relación entre el sexo y el desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales o alimentarios?
- ¿Existe la relación entre las horas de entrenamiento y el desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales y alimentarios?
- ¿Existe la relación entre una experiencia negativa relacionada a su aspecto físico con el desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales y alimentarios?
- ¿Existe la relación entre la edad y el desarrollo de síntomas de trastorno dismórficos corporales y alimentarios?
- ¿Existe la relación entre el trastorno dismórfico corporal y trastornos alimentarios?

1.2.3. Tipo de investigación:

Investigación de campo.

1.2.4. Diseño de investigación:

Estudio observacional, prospectivo y transversal.

1.2.5. Nivel de investigación:

Nivel descriptivo correlacional.

1.3. Justificación del problema:

1.3.1 Justificación científica:

El presente trabajo busca conocer la prevalencia de síntomas de trastornos dismórficos corporales y alimentarios en los individuos que acuden a

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

gimnasios, como se sabe la salud no solo incluye el ámbito físico, sino que este abarca diversos ámbitos dentro de estos el componente mental es muy importante. La psiquiatría es un campo que actualmente está tomando mucha importancia debido a que actualmente los problemas relacionados a estos trastornos han aumentado en frecuencia, además que los estudios de estos han tomado mayor importancia Los trastornos alimentarios y dismórficos corporales constituyen patologías que dañan la psique de los pacientes, generando alteraciones en su salud mental, por lo tanto, es necesario conocer su frecuencia, sus factores de riesgo de estas patologías.

1.3.2. Justificación social:

Actualmente en la sociedad ha cobrado vital importancia el cuidado de la salud y dentro de los factores necesarios para poseer una salud adecuada, se encuentra la realización de actividad física; presentadose esta necesidad se ha abierto diversos gimnasios en diversos puntos de la ciudad para satisfacerla. Principalmente la población juvenil además de los beneficios de la actividad física busca obtener una adecuada figura concordante a lo que la sociedad lo considera ideal, sin embargo, en personas esto se presenta con comportamientos inadecuados, que los llevar a presentar luego trastornos que afectan en su vida social, de ahí la importancia de conocer la prevalencia de estos y sus factores de riesgo para poder así prevenirlos.

1.3.3. Factibilidad:

En nuestra ciudad cada vez existen mayor cantidad de gimnasios que buscan satisfacer las necesidades de la población, que es correspondida con cada vez mayor afluencia de personas que acuden a estos. La gran mayoría de las personas busca siempre ayuda profesional para poder mejorar su rendimiento, además de tener cada vez un interés mayor por las actividades que realizan.

1.3.4. Interés personal:

El área de psiquiatría es un campo de estudio interesante y que está cobrando mucha importancia actualmente, tomando en cuenta como factor muy importante la salud mental. Gran parte de la población joven presenta

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

como deseo tener una imagen buena de sí misma, sin embargo, cuando esta se desequilibra y se presentan comportamientos inadecuados de los cuales he observado en muchas amistades e incluso familiares, que afectan su vida personal y familiar; desconociendo que estos comportamientos no son normales presentan problemas que no pueden comprender, de ahí la importancia de dar a conocer estos temas.

2. Marco conceptual:

2.1. **Trastorno dismórfico corporal:**

2.1.1. **Definición:**

Trastorno que se caracteriza por un sobre preocupación patológica por un defecto imaginario del cuerpo o a la apariencia, en tal caso existe un reacción excesiva hacia este (1).

La revisión del DSM V incluye como ítem de especificación si al individuo le preocupa la idea de que su conformación corporal es pequeña o poco musculosa. Este especificador se usa incluso si el sujeto le preocupa zonas corporales, lo que sucede con frecuencia; denominándolo dismórfia muscular# (2). Además, que solicita especificar el grado de introspección sobre la creencia del trastorno dismórfico corporal.

2.1.2. Componentes:

En la actualidad la apariencia física y la imagen corporal ha tomado importancia con el paso del tiempo, esto se debe principalmente a la sociedad actual, globalizada y controlada por los medios de comunicación que muestran constantemente prototipos de figuras impecables y esculturales (1).

2.1.2.1. Aspecto físico:

Relacionado también con el término de apariencia, consiste en el grupo de características estéticas y físicas, que nos permiten ser percibidos de manera diferente de unos con otros, además que es externo a la autopercepción (1).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2.1.2.2. Imagen corporal:

La imagen corporal constituye la representación del cuerpo que cada individuo recrea en su mente. (3) Así como la vivencia que tiene el individuo de su propio cuerpo (4).

Esta doble visión del individuo en la sociedad, tanto interna (autopercepción) como externa no están siempre entrelazadas y correlacionan a la realidad (1). Por ejemplo se llegan a producir discordancias ya que individuos cuya apariencia física se aleja de los prototipos de la sociedad se encuentran satisfechos de su imagen corporal (1). Mientras que personas con una apariencia física aceptada socialmente tienen una imagen corporal negativa, llegándose a producir sesgos en la autopercepción (2).

Según Salaverria la imagen corporal se compone de diversas variables (5).

2.1.2.2.1. Aspectos conductuales:

Diversos tipos de conductas que provienen de la percepción y los sentimientos relacionado con el cuerpo. Dentro de estos podemos encontrar la comprobación, la exhibición entre otros (5).

2.1.2.2.2. Aspectos perceptivos:

La exactitud con la que se percibe las medidas del cuerpo como son el peso, tamaño y forma. Alteraciones en este aspecto puede producir sobre estimaciones o subestimaciones (5).

2.1.2.2.3. Aspectos cognitivos – afectivos:

Que constituyen sentimientos, pensamientos, valoraciones con referencia al propio cuerpo o partes de él. Por la parte emocional se incluyen experiencias como satisfacción, insatisfacción, disgusto, placer entre otros (5).

2.1.2.3. Imagen corporal negativa:

La evaluación negativa de un individuo puede contribuir a que la persona posea diversos comportamientos que logren disminuir la desazón que

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

presenta. Cuando estos comportamientos son excesivos generan una condición denominada como insatisfacción corporal; además que aumenta la probabilidad de que el individuo tenga conductas anómalas de cambio corporal, llegando a poder instaurarse procesos psicopatológicos (6).

Cabe mencionar que para la formación de imagen corporal, presenta dos variables importantes que son: la importancia de la imagen corporal para la autoestima y el grado de satisfacción o insatisfacción con esta (5).

Mientras que en la formación de la imagen corporal negativa confluyen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento (5).

2.1.2.3.1. Factores predisponentes:

Estos factores influyen en la construcción de la imagen corporal, generando esquemas, ideales o actitudes insatisfactorias que permanecen latentes hasta la aparición de un suceso (5).

2.1.2.3.1.1. Sociales y culturales:

Relacionado con el ideal estético, relacionando autoestima, atractivo y competencia personas (5). En la sociedad la delgadez ha sido idealizada y relacionada con la feminidad y la musculatura con el perfil idóneo de la masculinidad (7).

2.1.2.3.1.2. Modelos familiares y amistades:

Relacionado con la importancia que los padres atribuyen al aspecto físico, basado en su excesiva preocupación o verbalizaciones negativas, generando que el niño adopte estas actitudes, además que sufrir de burla con respecto al aspecto físico por los grupos de pares generan vulnerabilidad (5).

2.1.2.3.1.3. Características personales:

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Relacionado con la inseguridad, baja autoestima, dificultades para alcanzar la autonomía y sentimientos de bajo rendimiento, hacen que los individuos se centren en lograr un adecuado aspecto físico para compensar los sentimientos negativos (5).

2.1.2.3.1.4. Desarrollo físico y feedback:

Relacionado a cambios durante la pubertad y características físicas del organismo pueden ser considerados factores de vulnerabilidad (5).

2.1.2.3.1.5. Otros factores como accidentes traumáticos, enfermedades, ser víctima de abuso sexual o sufrir de una experiencia dolorosa, conllevan a sensibilizar al individuo sobre su apariencia física (5).

2.1.2.3.2. Factores de mantenimiento:

Suceso activante: Acontecimientos que activan el esquema negativo que se tenía de la imagen corporal y produce molestias (5). Lo que lleva a tener conductas que realimentan estos esquemas que son factores de mantenimiento del trastorno (5).

2.1.3. Epidemiologia:

Este trastorno es una patología de la cual no se tiene muchos estudios, esto debido a que los pacientes que presentan esta patología acuden a especialistas de otras especialidades antes que un psiquiatra (8). El DSM-5 refiere una prevalencia de hasta 2.4% en Estados Unidos.

Las edades en las que es más habitual este trastorno son desde los 15 y los 30 años, siendo las mujeres que sufren más este trastorno. En muchos casos este trastorno coexiste con otros trastornos mentales como trastornos de ansiedad, psicótico entre otros (8).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2.1.4. Etiología:

Se desconoce la causa de este trastorno, por presentar una adecuada respuesta a los fármacos que actúan sobre la serotonina, puede que exista relación con esta sustancia (8). Mediante la utilización del SPECT y PET se ha observado que el cíngulo anterior presenta mayor actividad en este trastorno, muy similar al trastorno obsesivo compulsivo (9).

Existen factores culturales y sociales que agravan este trastorno debido a la presencia de conceptos estereotipados de belleza presentes en grupos culturales o familiares. De acuerdo a modelos psicodinámicos que señalan que este trastorno es un reflejo del desplazamiento de un conflicto emocional o sexual a una parte del cuerpo no relacionada con este conflicto, produciéndose mecanismo de defensa como la disociación, simbolización, proyección, distorsión y represión (8).

2.1.5. Diagnostico:

Las preocupaciones más habituales están relacionadas a defectos faciales, que en ciertas ocasiones son ambiguas y difíciles de entender; existe también la variación sobre todo en varones que presentan el deseo de aumentar masa muscular que interfiere la vida cotidiana (8). Los síntomas asociados pueden ser ideas o delirios de referencia, comprobación excesiva o evitación de superficies que reflejen la imagen, intentos de encubrir la supuesta deformidad; los efectos en la vida cotidiana son principalmente en su entorno social o laboral, en algunos casos se presentan intentos de suicidio (8).

Criterios de diagnóstico según DSM V.

A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas con respecto al aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia para otros individuos.
B. En un momento del desarrollo del trastorno, el individuo ha presentado comportamientos (como asearse en exceso, observarse en el espejo) o actos mentales (comparar su aspecto con otros individuos) todo esto de manera repetitiva como respuesta a la preocupación por su aspecto.
C. La preocupación genera malestar clínicamente significativo o deterioro en lo

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

social, laboral u otras áreas fundamentales del funcionamiento.

D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca de la grasa corporal o peso en un individuo cuya sintomatología cumpla los criterios diagnósticos de trastorno alimentario (2).

2.1.6. Diagnóstico diferencial:

Es importante poder diagnosticar bien el trastorno dismórfico corporal, ya que existen otros trastornos que pueden asemejar su cuadro clínico. Podemos encontrar preocupación corporal excesiva en casos de anorexia nerviosa, también en personas que están preocupadas por sentir vergüenza por defectos imaginarios o reales en su aspecto que se aprecia en la personalidad evitativa o en la fobia social. Se puede relacionar con el trastorno obsesivo compulsivo pero se diferencian cuando las obsesiones o compulsiones no solo se limitan al aspecto (8). También se puede presentar adicción al ejercicio físico que tiene como base que la práctica de ejercicio físico genera la liberación de opiáceos endógenos, que genera una sensación de placer natural, de modo que cuanto más ejercicio físico se realiza mayor es la cantidad de endorfinas liberadas y hay mayor sensación de placer (1). Existe diferencia en comparación de la vigorexia ya que se realiza busca disminuir el estado de abstinencia consiguiendo estado interno agradable, lo que produce un reforzamiento positivo, a comparación de los individuos que sufren vigorexia que realizan ejercicio para evitar el malestar de no realizar este, presentando entonces un refuerzo negativo (1).

2.1.7. Evolución y pronóstico:

Este trastorno suele empezar durante la adolescencia; sin embargo, puede tener un inicio más tardío debido a una insatisfacción prolongada con el cuerpo (8). El inicio se manifiesta de manera insidiosa (9). La preocupación tiene un carácter creciente hasta que alcanza un punto que interrumpe diversas áreas de la vida que llevan al paciente a buscar ayuda profesional; la patología en muy pocas ocasiones remite completamente (9). En algunos casos surgen ideas de

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

suicidio que se acompaña de depresión encubierta (9).

2.1.8. Tratamiento:

Existen publicaciones que señalan que los antidepresivos tricíclicos, IMAO y pimozina en determinados casos particulares son útiles, fármacos que actúan sobre la serotonina reducen la sintomatología en aproximadamente un 50% de los pacientes (8). También de manera conjunta con el tratamiento farmacológico se utiliza terapias conductistas, cognitivas (9).

2.2. Trastorno de la conducta alimentaria:

2.2.1. Definición:

Los pacientes con este tipo de trastornos suelen juzgar su imagen corporal en la manera que son percibida por otros, pareciera que desconfiaran de su propia percepción que no coincide (9). Estos tipos de trastornos se traducen comportamientos que realiza el individuo, sobre preocupado sobre su aspecto físico.

2.2.2. Etiología:

Estos trastornos presentan múltiples factores etiológicos que es imposible señalar a uno como el responsable de estos (9).

2.2.2.1. Dimensiones biológicas:

Diversos estudios refieren que los pacientes que presentan familiares con trastornos alimenticios presentan entre cuatro y cinco veces más probabilidades de desarrollar estos trastornos. (9) Los procesos biológicos están muy implicados en la regulación de la alimentación consecuentemente también en los trastornos alimentarios (9).

2.2.2.2. Dimensiones sociales:

Tanto la anorexia como la bulimia son trastornos culturales más específicos que se diagnostican (9). Relacionado con los estereotipos y patrones que impone la sociedad actual.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2.2.2.3. Desordenes afectivos:

Estos están más relacionados con la anorexia, que en algunos casos se relaciona con cuadros depresivos; mientras que en la bulimia estos son más leves (9).

2.2.2.4. Aspectos psicológicos:

La distorsión de la imagen corporal, se ve influenciada por las valoraciones que los padres en la infancia dan hacia sus hijos, si se presentan dificultades o vicios puede generar trastornos de la conducta alimentaria (9).

2.2.3. Clasificación: Dentro las principales encontramos

2.2.3.1. Anorexia nerviosa:

Desnutrición debido a dieta deficiente en la que la restricción calórica es enteramente psicológica, que no se relaciona directamente con la situación económica o por la disponibilidad de alimento (9).

2.2.3.1.1. Epidemiologia:

Este trastorno se ha observado que su frecuencia ha aumentado en las últimas décadas (8). Con un mayor número de pacientes en sociedades industrializadas, pero también en países subdesarrollados, esto relacionado con la ¨cultura del cuerpo" (9). Esta patología es de mayor frecuencia del sexo femenino (menos del 10% de pacientes que sufren esta patología es del sexo masculino) (10), iniciándose durante la adolescencia; se calcula aproximadamente que esta patología se presenta entre el 0.5 y 1% de los adolescentes; además que también se relaciona a ciertas profesiones relacionadas con el aspecto físico como modelos y bailarinas (8).

2.2.3.1.2. Diagnostico:

Entre las pacientes que sufren de anorexia sufren de alteración de la percepción de peso y la silueta corporal, llevando a creer que están obesas cuando en realidad están delgadas, en

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

conclusión presenta una alteración de su imagen corporal (11). Estas percepciones erróneas favorecen el cuadro anoréxico, ya que generan ansiedad (10). Motivo por el cual es importante conocer y comprobar el peso real en las mujeres jóvenes, así como la distorsión e insatisfacción con su imagen corporal nos permiten a intervenir precozmente en poblaciones subclínicas y no clínicas, a fin de evitar consecuencias negativas (12). Los pacientes que suelen necesitar atención medica se da cuando su pérdida de peso es evidente, mientras el peso es menor van surgiendo signos físicos importantes como bradicardia, hipertermia, hipotensión entre otras alteraciones metabólicas que son graves conforme se hacen más marcadas (8).

Anorexia nerviosa según DSM V

A. Restricción de la ingesta energética con relación a las necesidades, lo que lleva a un peso significativamente bajo con relación a sexo, edad, estadio del desarrollo y salud físico; definiéndose peso significativamente bajo como un peso inferior al mínimo normal en adolescentes y niños, inferior al peso esperado.
B. Temor intenso a aumentar de peso o engordar, presencia de comportamientos continuos que interrumpen el aumento de peso, a pesar de un peso significativamente bajo.
C. Alteración en la manera que uno mismo percibe su peso o constitución, influencia impropia del peso o la conformación corporal en la autoevaluación, o falta continua de reconocimiento de la severidad del peso corporal bajo (2).

2.2.3.1.3. Subtipos:

Cabe destacar que según el DSM V es necesario especificar si de tipo (2).

2.2.3.1.3.1 Tipo restrictivo:

Durante los últimos tres meses, la persona no ha presentado episodios recurrentes de atracones o

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

purgas (vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo se caracteriza por presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo (2).

2.2.3.1.3.2. Tipo con atracones/purgas:

Durante los últimos tres meses, el individuo presenta episodios recurrentes de atracones o purgas (2).

2.2.3.1.4. Diagnóstico diferencial:

Este es complejo por la negación de los síntomas por parte del paciente (8). Es importante que se descarte una patología médica que explique la pérdida de peso como el cáncer entre otros; también se puede confundir con los trastornos depresivos porque sus síntomas se muestras similares, también se puede relacionar en pacientes con esquizofrenia, bulimia nerviosa entre otros (8).

2.2.3.1.5. Evolución y pronóstico:

La evolución de la anorexia es variable en algunos casos se da una recuperación espontanea sin tratamiento, en otros una evolución fluctuante de aumentos de peso seguido de recaídas, y en otros evolución escalonadamente degenerativa que puede terminar con la muerte esto debido a las consecuencias de la desnutrición (8). Generalmente el pronóstico no es bueno, algunos estudios describen índices de mortalidad entre el 5 y 18% (8).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2.2.3.1.6. Tratamiento:

Teniendo en cuenta las complicaciones de esta patología se recomienda realizar un plan de tratamiento global, que requiera la hospitalización si es necesaria, además de psicoterapia individual como familiar; debe tomarse en cuenta diversos enfoques (8).

2.2.3.1.6.1. Rehabilitación nutricional:

Deben plantearse diversos objetivos dentro de los cuales tienen principal importancia: restaurar el peso, corregir las secuelas tanto biológicas como psicológicas de la desnutrición, conseguir las percepciones de saciedad y hambre (9). Estos deben ser alcanzados con un trabajo multidisciplinario.

2.2.3.1.6.2. Tratamientos psicosociales:

Dentro de los objetivos a plantearse: comprender y cooperar con la rehabilitación, comprender y cambiar las actitudes y conductas disfuncionales, mejorar los ámbitos interpersonales y sociales además de tratar las comorbilidades psicopatológicas y conflictos generados (9). La psicoterapia debe empezarse una vez se presente la ganancia de peso (9).

2.2.3.1.6.3. Tratamiento farmacológico:

Es importante que estos se indiquen de manera conjunta con los tratamientos psicosociales; de preferencia se busca que estos se inicien hasta que se haya restablecido el peso (9).

Se hace uso de los antidepresivos para tratar la depresión y la ansiedad; los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina han demostrado eficacia

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

y menos efectos adversos, se recomienda no usar el bupropión por posibilidad de presentarse convulsiones, los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminooxidasa se deben evitar cuando hay bajo peso por riesgo de toxicidad, en algunos pacientes que presentan síntomas graves se puede administrar antipsicóticos de segunda generación de baja potencia (9).

2.2.3.2. Bulimia:

Ingestión de una gran cantidad de alimentos, que a posterior el individuo trata de compensar la comilona y el potencial aumento de peso realizando técnicas de purga (9).

2.2.3.2.1. Epidemiologia:

Esta es más prevalente que la anorexia nerviosa, estimaciones indican que la presentas entre un 2 y un 4% de mujeres jóvenes, similar a la anorexia está en más frecuente en mujeres (8).

2.2.3.2.2. Diagnostico:

Características necesarias según DSM V (2).

A. Episodios frecuentes de atracones. Un episodio de atracón se identifica por dos hechos:
   1. Ingestión, e un periodo determinado, de una cantidad de alimentos superior a lo normal que consumen los individuos en un periodo similar en circunstancias casi iguales.
   2. Sensación de falta de control con respecto a lo que se consume durante el episodio como ejemplo la sensación que no se puede dejar de comer o controlar lo que se come o la cantidad (2).

B. Comportamientos compensatorios inadecuados, recurrentes para evitar el aumento de peso, como vomito inducido, uso de

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

laxantes, diurético u otros medicamentos, así como ayuno o realización de ejercicio desmesurado.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios se dan, de promedio, una vez a la semana durante 3 meses.

D. La autoevaluación se realiza indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se da exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (2).

Cuando se diagnostica bulimia, se debe buscar la posibilidad que el paciente previamente haya presentado un ataque previo: breve o prolongado de anorexia nerviosa (8). Se puede presentar complicaciones médicas productos de los vómitos que se dan luego de los atracones, estos paciente generalmente se encuentran en un rango de peso promedio, algunos puede estar debajo o presentar sobrepeso; se preocupan por su silueta y atractivo sexual (8). Estos pacientes pueden presentar también trastornos de ansiedad, trastorno bipolar I y disociativos (8).

2.2.3.2.3. Subtipos:

2.2.3.2.3.1. Tipo purgativo: El paciente regularmente se induce al vómito, además que hace uso de laxantes, diuréticos o enemas (8).

2.2.3.2.3.2. Tipo no purgativo: Se identifica otras actitudes compensatorias inadecuadas como ejercicio físico severo o ayuno; no se auto inducen al vomito ni usan laxantes o diuréticos (8).

2.2.3.2.4. Diagnóstico diferencial:

Se debe descartar la presencia de enfermedades neurológicas del tipo tumorales, convulsiones, síndrome de Kluver Bucy o síndrome de Kleine Levin. Se puede presentar acompañado de patrones de depresión atípica; con frecuencia determinados

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

pacientes cumplen criterios de trastornos de la personalidad limite, mixtos o bipolar II (8).

2.2.3.2.5. Evolución y pronóstico:

Este trastorno presenta tasas elevadas de recuperación parcial y completa a comparación de la anorexia nerviosa, según el DSM V la mortalidad de este trastorno es de un aproximado de 2% por década (8).

2.2.3.2.6. Tratamiento:

Gran parte de los pacientes que sufren este trastorno no necesitan ser hospitalizados, ya que su tratamiento ambulatorio no es muy complicado, solo el paciente requiere hospitalización no funcione el tratamiento ambulatorio y el paciente presente otros síntomas psiquiátricos (8). El tratamiento involucra diversos ámbitos.

2.2.3.2.6.1. Rehabilitación nutricional: Debe buscarse el peso óptimo; se debe establecer un patrón regular de ingesta, corregir las deficiencias nutricionales, reducir restricciones alimentarias (9).

2.2.3.2.6.2. Tratamiento psicosociales: Se tiene como objetivo reducir los episodios de atracones, comprender y colaborar con la rehabilitación nutricional, entre otros (9). Se puede realizar terapia cognitivo conductual considerado tratamiento de primera línea, psicoterapia dinámica (8).

2.2.3.2.6.3. Tratamiento médico: se considera los antidepresivos para evitar los atracones y vómitos, recordando que se debe continuar conjuntamente con el manejo psicosocial. (9) Los inhibidores selectivos de la re captación de la serotonina ya que

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

según estudios presenta más eficacia y tiene menos efectos adversos (8).

2.2.3.3. Vigorexia:

2.2.3.3.1. Definición:

Conocido también según otras terminologías como "anorexia inversa", complejo de adonis, dismórfia muscular. Es un trastorno que se caracteriza por Los pacientes muestran una excesiva preocupación y conductas focalizadas en ser pequeño o insuficientemente musculoso, causando malestar o deterioro clínicamente relevante en la vida cotidiana (13).

2.2.3.3.2. Diagnostico:

Habitualmente, es común que las personas vigoréxicas pasen muchas horas en el gimnasio, muestren alteraciones en sus hábitos de alimentación, consumiendo exageradamente suplementos proteicos con componentes quemadores de grasas y/o abusen de sustancias, principalmente esteroides anabolizantes para lograr de manera rápida un mayor desarrollo muscular, con la posibilidad de múltiples complicaciones médicas e incluso letales (14).

Los pacientes que presentan vigorexia presentan la necesidad de ir al gimnasio, haciéndolo un ritual que alcanza varias horas diarias; Sensación de culpa si se falta a la rutina de ejercicios; Objetivo de aumentar hasta el infinito su masa muscular (no llega a ser suficiente para el paciente); pensamientos de presentar un cuerpo perfecto como el que tiene el mayor músculo posible; la imagen corporal constituye el componente principal; no se sienten a gusto con su propio imagen; Dieta estricta que suele consistir en una ingestión a predominio de proteínas e hidratos de carbono y total ausencia de grasa; Baja autoestima, poca madurez y pensamientos de que tienen poco atractivo entre el sexo opuesto por aspecto físico; Exigentes

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

consigo mismos, perfeccionistas, introvertidos y extremistas; ciertos pacientes presentan alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión y trastornos obsesivos-compulsivos (1).

2.2.3.4. Ortorexia:

Se define como la obsesión patológica e irracional por comer sano y por la calidad de los alimentos. A pesar que no está descrito como termino tal en el DSM V, está cobrando importancia su concepto actualmente (15). Este trastorno del comportamiento alimentario fue descrito por primera vez en 1997 por el Dr. Steven Bratman en Estados Unidos y su nombre deriva del término griego ortho que significa justo, recto y orexia que significa apetencia, globalmente apetito justo, apetito correcto (15). Aunque de principio identifican esta tendencia como una sana preocupación en seguir un estilo de vida saludable, una posibilidad para bajar de peso o lograr superar otras enfermedades, este tipo de personas acaban entrando en una espiral obsesiva que, lejos de mejorar su salud, genera situaciones de aislamiento social, sentimientos de insatisfacción e incluso estados de desnutrición comparables con los que puedan manifestarse en enfermos anoréxicos (15).

2.3 Instrumentos de evaluación:

2.3.1. EAT – 26:

Este test de eating attitudes test 26 fue diseñado por Garner y Garinkel en 1979, con el propósito de desarrollar y validar una escala de calificación que puede ser útil en la evaluación de una amplia gama de comportamientos y actitudes que se encuentran en la anorexia nerviosa; al principio, el cuestionario contaba con 40 ítems (EAT-40) pero por estudios acerca de sus cualidades psicométricas se abrevio el cuestionario en 26 ítems (EAT-26) (16). El instrumento utilizado (EAT-26) tiene el 88,9% de sensibilidad y el 97,7% de especificidad (17). Como resultados La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática ("siempre" = 3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 ("nunca" = 3). Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación (entrevista por un clínico experimentado). Este test constituye un instrumento multidimensional, con excelentes valores de confiabilidad y sensibilidad, y con adecuado valor de especificidad (18).

2.3.2. Cuestionario del complejo de Adonis ACQ

Creado por Pope y colaboradores, data del año 2000. El cuestionario de Complejo de Adonis consta de 13 ítems, que exploran el grado de insatisfacción que tiene el hombre con su aspecto, y hasta qué punto puede llegar para cambiarla (19). La fiabilidad de la escala (consistencia interna) es de 70 (1). La interpretación de los resultados se basa en el grado de las conductas que lleven a presentar el complejo de Adonis. Las respuestas se dividen en tres opciones "a" cuyo valor es de 0 puntos, "b" cuyo valor es de 1 punto y "c" cuyo valor es de 3 puntos. Se obtiene una puntuación de las respuestas que varían de 0 a 39 puntos. Las puntuaciones obtenidas se clasifican en función del valor numérico de la suma de las respuestas. Se determina de acuerdo a la puntuación; si se encuentra entre 0-9 se puede interpretar que la persona presenta una preocupación leve no patológica; en cambio si la puntuación se encuentra entre 10 y 19 puntos supone un grado moderado de Complejo de Adonis. Cuando la puntuación total se encuentra entre los intervalos de 20 y 29 puntos el individuo posee Complejo de Adonis grave; finalmente, si la puntuación esta entre 30 y 39 puntos indica la presencia de una preocupación posiblemente patológica relacionada a la imagen corporal (20).

.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3. Análisis de antecedentes investigativos:

3.1. A nivel local:

3.1.1. *Autor:* Ann Lizbeth Sotaya Gomez

Título: Frecuencia y factores asociado a los trastornos de la satisfacción con la imagen corporal en jóvenes s que asisten a gimnasios en la ciudad de Arequipa, año 2013.

Resumen: La distorsión de la imagen corporal puede inducir a la realización de dietas extremas o de ejercicios físicos con finalidad de bajar de peso. Esta tesis tiene como objetivo establecer la frecuencia y los factores asociados a los trastornos de la satisfacción con la imagen corporal en personas que acuden a diferentes gimnasios de la ciudad de Arequipa. Usa una encuesta a una muestra de personas que asisten a diferentes gimnasios de Arequipa, con encuesta de datos personales, del ejercicio y de alimentación, y aplicación del Cuestionario BSQ. (BodyShapeQuestionnaire). Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado, asociando factores con prueba odds ratio. Como conclusión se determina que existe una moderada frecuencia de distorsión de la imagen corporal en personas que acuden a gimnasios y se asocian al sexo femenino y a dietas para bajar de peso y prácticas específicas de ejercicio (10).

3.1.2. *Autor:* Juan Luis Cuentas Zavala

Título: Insatisfacción corporal, vulnerabilidad psicológica y sintomatología vigorexica

Resumen: Este estudio analiza como la sobrevaloración de la imagen corporal idealizada determina una tendencia patológica entre asistentes a gimnasios, reflejándose en una sintomatología vigoréxica. Se buscó una relación entre la severidad de la sintomatología vigoréxica, con rasgos de vulnerabilidad psicológica e insatisfacción corporal en varones de gimnasios en Arequipa, por medio de tres pruebas: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), la Escala de la Satisfacción Corporal y el Cuestionario del Complejo de Adonis (ACQ). La muestra no probabilística por “bola de nieve” consistió de 56 varones entre 17 y 48 años. El EDI-2 reveló tendencias altas de vulnerabilidad psicológica, mientras que la Escala de Satisfacción Corporal reveló un 28,6% con Alta insatisfacción, 57,1%

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

con insatisfacción moderada y un 14,3% satisfecho con su cuerpo. En cuanto al Complejo de Adonis el mayor porcentaje (57,1%) se encuentra en niveles bajos de sintomatología vigoréxica; un 39,3% en nivel moderado y en dos casos (3,6%) presencia marcada de sintomatología. Concluimos que no podemos predecir el desarrollo de este trastorno ya que la correlación múltiple no mostró niveles significativos con estas tres variables; sin embargo, se revela que sí hay una marcada "cultura del cuerpo" en Arequipa (21).

3.2.A nivel nacional:

3.2.1. *Autor:* Geraldine García Alva, José Gustavo Yáñez Núñez

Título: Relación entre trastornos de la ingesta alimentaria y dismorfia muscular en varones que entrenan en gimnasios de Lima

Resumen: Actualmente existe una tendencia hacia la vida saludable y el bienestar físico, en el caso de los varones esto se relaciona con un cuerpo musculoso y definido, motivo por el cual pueden alterar sus hábitos hasta hacerlos no saludables en busca de una meta estética. La dismórfia muscular es la excesiva preocupación por tener un cuerpo musculoso que induce a excederse en cuanto a horas de entrenamiento, abuso de sustancias y/o dieta, como también a recurrir al uso de anabólicos. En este estudio los participantes fueron hombres mayores de 18 años, quienes entrenaban regularmente desde hace tres meses al gimnasio. Se ejecutó un cuestionario previamente aplicado como piloto. El tiempo de recolección de datos fue de 3 meses. En cuanto al análisis estadístico, se utilizaron las pruebas de Chi cuadrado, Pearson y Spearman. Resultados: Un total de 199 usuarios varones de 13 gimnasios en 10 distritos fueron parte de este estudio. Un 19.6% (n=39) padecía DM y de estos, 58.97% (n=23) también presentaba TCA. La media de edad fue de 24 (D.E. 4) años, mientras que la edad de inicio de entrenamiento fue a los 19 (D.E. 4.2) años. La razón predominante para entrenar fue la estética (56%) y la mayoría tenía un grado de instrucción superior (69.85 %) con un trabajo que lo requería (56.78%). Como conclusión del estudio se determinó en el resultado de nuestro estudio 1 de cada 10 varones presentaba un trastorno de percepción corporal y a la vez incurre en hábitos no saludables para compensarlo (22).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.2.2. *Autor:* Alejandro Enrique Vivar Chau

Título: Dismorfia muscular en varones usuarios de gimnasio en la ciudad de Chiclayo en el año 2017

Resumen: Este estudio busca evaluar la frecuencia de dismórfia muscular en varones usuarios de gimnasio en la ciudad de Chiclayo en el año 2017. Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, comparativo en donde participaron 120 varones de los gimnasios Moy Gym, Nuova Forza y Gimnasio Healthy Body. La selección de los participantes se hizo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia durante el mes de septiembre. Se utilizó un cuestionario de datos antropométricos y actitudes que realiza para llegar a su meta; y una ficha de recolección de datos donde se aplicó la escala de motivación por la musculatura (DMS). Se consideró como punto de corte 52, quienes obtuvieron una puntuación total mayor o igual a 52 formaron parte del grupo de alto riesgo de dismorfia muscular. Posteriormente se ingresó en el software estadístico SPSS versión 23 donde se realizó un análisis exploratorio usando frecuencias y medidas de tendencia central, con intervalos de confianza al 95%. Para los cruces entre variables categóricas se usó chi cuadrado. Como resultados se observó que del 27.5% de los usuarios con dismórfia muscular, el mayor porcentaje lo presento el gimnasio Nuova Forza, y en menor porcentaje el gimnasio Healthy Body. Por otro lado, se encontró asociación entre los que piensan en tomar esteroides anabólicos y los usuarios con dismórfia muscular. Conclusiones. Se evidenció que el 27,5% de varones usuarios de gimnasio en la ciudad de Chiclayo presentó Dismórfia muscular (23).

3.3.**A nivel internacional:**

3.3.1. *Autor:* David Molero López-Barajas, Rosario Castro-López, Mª Luisa Zagalaz-Sánchez

Título: Autoconcepto y ansiedad: detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física

Resumen: El propósito del estudio es determinar el número de participantes afectados de adicción al ejercicio, asociar indicadores sociodemográficos a niveles elevados de vigorexia y hallar variables predictoras que permitan explicar un

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

porcentaje de la variable de estudio. Los participantes son 154 deportistas (edad media 24.97 años, ±6.90), distribuidos en dos grupos de edad (menores de 30 y mayores de 30 años) y cuatro localidades de distinto número de habitantes. Los instrumentos empleados son la Escala Adonis, para evaluar vigorexia, el cuestionario de Autoconcepto Forma 5 (AF5) y la escala STAI de ansiedad estado/rasgo. Un alto porcentaje de los sujetos de la muestra (62.8%) presentan un grado moderado de preocupación patológica. Se han encontrado diferencias significativas en las puntuaciones de vigorexia en función de las variables edad, experiencias previas negativas, localidad de residencia y número de horas de práctica deportiva. Asimismo, a través de un estudio de regresión múltiple, se han determinado las variables que mejor predicen la adicción al ejercicio (Ansiedad Estado, Horas semanales en el gimnasio y dimensión Académico-laboral del AF5) (1).

3.3.2. *Autor:* Eréndira Zepeda P., Karina Franco P., Elia Valdés M.

Título: Estado nutricional y sintomatología de dismórfia muscular en varones usuarios de gimnasio

Resumen: El objetivo de esta investigación fue investigar los síntomas de la dismórfia muscular (DM) y el estado nutricional entre usuarios de gimnasia masculina. La muestra comprendió 100 clientes masculinos de gimnasios que respondieron a la Escala de Drive for Muscularity (DMS) y el cuestionario de hábitos alimenticios que incluye un retiro de 24 horas. Las medidas antropométricas de los participantes también fueron registrados. Los resultados mostraron que el 22% de ellos tenían síntomas de DM. La dieta de los hombres con síntomas de MD contenían mayores cantidades de proteína que la dieta de los hombres sin síntomas de MD, con una diferencia marginalmente significativa Los hombres con síntomas de MD asistieron al gimnasio más veces y horas por semana y un mayor porcentaje de ellos usaron suplementos para aumentar la masa muscular en comparación con los hombres sin síntomas de DM No hubo diferencias en la composición corporal entre los grupos. Estos hallazgos sugieren que un porcentaje importante de usuarios masculinos de gimnasia mostró síntomas de DM y se alteró su estado nutricional por composición de la dieta (24).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

4. Objetivos:

4.1. General:

Determinar la frecuencia de síntomas de trastornos dismórficos corporales en jóvenes que asisten a gimnasios de Arequipa 2020.

Determinar la frecuencia de síntomas de trastornos alimentarios en jóvenes que asisten a gimnasios de Arequipa 2020.

4.2. Específicos:

Determinar las características demográficas de la población que acude a gimnasios.

Determinar la relación entre el sexo y el desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales o alimentarios.

Determinar la relación entre las horas de entrenamiento y el desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales y alimentarios.

Determinar la relación entre una experiencia negativa relacionada a su aspecto físico con el desarrollo de síntomas de trastornos dismórficos corporales y alimentarios.

Determinar la relación entre la edad y el desarrollo de síntomas de trastorno dismórficos corporales y alimentarios.

Determinar la relación entre los trastornos dismórfico corporal y trastornos alimentarios.

5. Hipótesis:

Diversos estudios relacionan que las personas que realizan ejercicios presentan rasgos de insatisfacción de su imagen corporal, presentando síntomas relacionados a trastornos dismórficos corporales y trastornos de conducta alimentaria.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

III Planteamiento operacional

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación:

1.1.Técnica:

En este estudio se realizara la técnica de toma de entrevistas.

1.2.Instrumentos:

Se contará con una ficha de recolección de datos (Anexo 1), el cuestionario EAT- 26 (Anexo 2) y la escala de Adonis (Anexo 3).

1.3.Materiales:

1) Fichas de investigación.
2) Material de escritorio: bolígrafos.
3) Computadora personal con programa de procesamiento de texto, base de datos y estadísticos.

2. Campos de verificación:

2.1.Ubicación espacial:

Esta investigación se realizar en gimnasios de Arequipa de mayor afluencia: Body Tech, Millenium gym, Strong, Revo Sport.

2.2.Ubicación temporal:

El estudio se realiza entre los meses de enero del 2020 a febrero del 2020.

2.3.Unidades de estudio:

Personas que acudan a gimnasios de la ciudad de Arequipa: Body Tech, Millenium gym, Strong, Revo Sport.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2.3.1. **Población:** Totalidad de personas que acudan a gimnasios de Arequipa.

2.3.2. **Muestra:** 250 personas según formula

Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinará mediante formula de muestreo de proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{\mathrm{Z}\alpha.\,\mathrm{p}.\,\mathrm{q}}{E^2}$$

Donde:

N = corresponde a tamaño de muestra.

Z α = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

P = frecuencia de trastornos de la percepción de imagen corporal = 0.21

Q = 1 – p

E = error absoluto = 5%

Entonces n = 245.24 redondeado a 250 casos

2.3.3. Criterios de selección:

2.3.3.1.Criterios de inclusión:

- Que acudan al gimnasio.
- Personas a partir de los 18 años.
- De ambos sexos.
- Participación voluntaria en el estudio.

2.3.3.2.Criterios de exclusión

- Formatos de encuestas mal llenados o incompletos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3. Estrategia de recolección de datos:

3.1.Organización:

Se solicitará el debido permiso a personal administrativo de los gimnasios de Arequipa donde se realizar el estudio, explicándoles el fin del estudio. Posterior a esto se abordará a las personas que hacen uso de las instalaciones, explicándoles parte del estudio para evitar que se produzcan sesgos durante el llenado de los formatos de encuesta: ficha de recolección de datos (Anexo 1), el cuestionario EAT- 26 (Anexo 2) y la escala de Adonis (Anexo 3).

Posterior a la recolección de datos, se procederá a la organización de estos en bases de datos para proceder posteriormente a su análisis e interpretación.

3.2.Recursos:

3.2.1. Humanos:

- Investigador.
- Asesor de tesis.
- Encuestadores.

3.2.2. Materiales:

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora personas para recolección y procesamiento de datos.

3.2.3. Financieros:

- Autofinanciado.

3.3.Validación de instrumentos:

3.3.1. El EAT- 26 test fue diseñado por Garner y Garinkel en 1979, con el propósito de desarrollar y validar una escala de calificación que puede ser útil en la evaluación de una amplia gama de comportamientos y actitudes que se encuentran en la anorexia nerviosa. En un comienzo,

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

el cuestionario contaba con 40 ítems (EAT-40). Sin embargo, los estudios acerca de sus cualidades psicométricas condujeron a la abreviación del mismo, resultando así un cuestionario de 26 ítems (EAT-26). El instrumento utilizado (EAT-26) tiene el 88,9% de sensibilidad y el 97,7% de especificidad1 Como resultados La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática ("siempre" = 3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 ("nunca" = 3). Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación (entrevista por un clínico experimentado).

3.3.2. El instrumento de evaluación Cuestionario del complejo de Adonis (ACQ), creado por Pope y colaboradores, data del año 2000. El cuestionario de Complejo de Adonis consta de 13 ítems, que exploran el grado de insatisfacción que tiene el hombre con su aspecto, y hasta qué punto puede llegar para cambiarla. Las respuestas se dividen en tres opciones "a" cuyo valor es de 0 puntos, "b" cuyo valor es de 1 punto y "c" cuyo valor es de 3 puntos. Se obtiene una puntuación de las respuestas que varían de 0 a 39 puntos. Las puntuaciones obtenidas se clasifican en función del valor numérico de la suma de las respuestas que realizas.

1) Entre 0 y 9 puntos: Tienes una preocupación con tu imagen corporal, pero no afecta a tu vida diaria.
2) Entre 10 y 19 puntos: Tienes una afección media-moderada de este Complejo de Adonis (Dismorfia Muscular). Probablemente esta afección no afecte seriamente a tu vida.
3) Entre 20 y 29 puntos: Padeces el Complejo de Adonis e interfiere negativamente en tu vida.
4) Entre 30 y 39 puntos: Tienes un serio problema con tu imagen

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

corporal.

4. Criterios para manejos de resultados:

4.1.Plan de procesamiento:

Los datos registrados serán codificados y tabulados para su correspondiente interpretación y análisis estadístico.

IV Cronograma de trabajo:

Actividades	Diciembre 2019				Enero 2020				Febrero 2020			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del tema												
Revisión bibliográfica												
Aprobación del proyecto												
Ejecución												
Análisis e interpretación												
Informe final												

Fecha de inicio: 02 de diciembre del 2019.

Fecha de probable término: 29 de febrero del 2020.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Agradecerle por participar en este proyecto le solicitamos por favor llene esta ficha con datos exactos, cualquier duda o consulta le instamos a preguntar.

Yo acepto ser parte de este proyecto llamado: FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS DISMÓRFICOS CORPORALES Y ALIMENTARIOS EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS DE AREQUIPA 2020, siendo informado de este, resaltando además que la participación es totalmente voluntaria, que los datos obtenidos serán estrictamente confidenciales y no serán usados para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Nombre:_____Edad:____años

Sexo: Varón Mujer

Tiempo que asistencia a gimnasio:

1 a 5 horas/sem. _____

6 a 10 horas/sem. _____

11 a 15 horas/sem. _____

16 a 20 horas/sem _____

Más de 20 horas/sem. _____

Tipo de ejercicio realizado con mayor frecuencia en el gimnasio:

Pesas __Musculación ___Spinning ___ Gimnasia ___Baile ___

Otros _____

Antecedente de experiencia negativa relacionada a aspecto físico: No __ Si ___

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Anexo 2. Cuestionario EAT- 26

Por favor llenar con una cruz el casillero por cada pregunta de acuerdo a la frecuencia que usted califica determinado ítem, recordar cualquier duda puede consultar.

	SIEMPRE	MUY A MENUDO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
Me da mucho miedo pesar demasiado						
Procuro no comer, aunque tenga hambre						
Me preocupo mucho por la comida						
A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de comer						
Corto mis alimentos en trozos pequeños						
Tengo en cuenta las calorías que tiene los alimentos que como						
Evito especialmente comer alimentos con mucho hidratos de carbono (pan, arroz, pasteles, entre otros)						
Noto que los demás preferirían que comiese más						
Vomito después de haber comido						
Me siento muy culpable después de comer						
Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
Tardo en comer más que las otras personas						
Procuro no comer alimentos con azúcar						
Como alimentos de dietéticos (light)						
Siento que los alimentos controlan mi vida						
Me controlo en las comidas						
Noto que los demás presionan para que coma						
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
Me siento incomodo después de comer dulces						
Me comprometo a hacer dieta						
Me gusta sentir el estómago vacío						
Disfruto probando comida nuevas y sabrosas						
Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

FUENTE: Fischer, Reinhardt; Prieto , Gerardo, 2016

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Anexo 3. Escala de Adonis

Por favor llenar este cuestionario con un círculo sobre la opción que usted vea conveniente, cualquier duda puede consultar.

1. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día preocupándote por algún aspecto de tu apariencia (no simplemente pensándolo sino preocupándote?
    a) Menos de 30 minutos
    b) De 30 a 60 minutos
    c) Más de 60 minutos
2. ¿Con que frecuencia estas mal por alguna cuestión relacionada por tu apariencia (preocupado, ansioso, deprimido)?
    a) Nunca o raramente
    b) Algunas veces
    c) Frecuentemente
3. ¿Con que frecuencia evitas que partes de tu cuerpo o tu cuerpo entero sea visto por otros? Por ejemplo ¿con que frecuencia evitar ir a vestuarios, piscinas o situaciones donde debas quitarte la ropa? O también ¿Con que frecuencia llevas ropas que alteran u ocultan tu apariencia corporal, como por ejemplo intentar ocultar tu cabello o llevar ropas holgadas para esconder tu cuerpo?
    a) Nunca o raramente
    b) Algunas veces
    c) Frecuentemente
4. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades de aseo para mejorar tu apariencia?
    a) Menos de 30 minutos
    b) De 30 a 60 minutos
    c) Más de 60 minutos
5. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades físicas para mejorar tu apariencia física, tales como levantamiento de pesas, jogging, máquinas de caminar? (nos referimos solo a esas actividades deportivas cuyo objetivo principal sea mejorar

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

la apariencia física)

a) Menos de 60 minutos
b) De 60 a 120 minutos
c) Más de 120 minutos

6. ¿Con que frecuencia sigues dietas, comiendo alimentos especiales (por ejemplo, de alto grado proteínico o comidas bajas en grasas) o ingieres suplementos nutricionales para mejorar tu apariencia?
   a) Nunca o raramente
   b) Algunas veces
   c) Frecuentemente
7. ¿Qué parte de tus ingresos económicos los empleas en cuestiones dedicadas a mejorar tu apariencia (por ejemplo, comidas especiales de dieta, suplementos nutricionales, productos para el pelo, cosméticos, técnicas cosméticas, equipamiento deportivo o cuotas de gimnasios)?
   a) Una cantidad insignificante
   b) Una cantidad sustancial, pero nunca hasta el punto de que me cree problemas económicos
   c) Una cantidad suficiente hasta el punto de crearme problemas económicos
8. ¿Con que frecuencia tus actividades relacionadas con tu apariencia física afecta a tus relaciones sociales (por ejemplo, el tener que dedicar tiempo a entrenamientos, practicas alimentarias especiales o cualquier actividad relacionada con tu apariencia que terminan afectando a tus relaciones con otras personas)?
   a) Nunca o raramente
   b) Algunas veces
   c) Frecuentemente
9. ¿Con que frecuencia tu vida sexual se ha visto afectada por tus preocupaciones relacionadas con tu apariencia?
   a) Nunca o raramente
   b) Algunas veces
   c) Frecuentemente
10. ¿Con que frecuencia tus preocupaciones con la apariencia o actividades relacionadas con ella han comprometido tu trabajo o carrera (o tus actividades académicas si eres estudiante) (por ejemplo, llegando tarde, perdiendo horas de

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

trabajo o clase, trabajando por debajo de tu capacidad o perdiendo oportunidades de mejora o ascenso por preocupaciones y/o actividades con la imagen corporal)?

a) Nunca o raramente
b) Algunas veces
c) Frecuentemente

11. ¿Con que frecuencia haz evitado ser visto por otra gente debido a tus preocupaciones con tu apariencia (por ejemplo, no yendo a la escuela, al trabajo, a eventos sociales o a estar publico…)?

a) Nunca o raramente
b) Algunas veces
c) Frecuentemente

12. ¿Has consumido algún tipo de sustancia legal o ilegal para ganar musculo, perder peso o para cualquier intento de mejorar tu apariencia?

a) Nunca
b) Solo sustancias legales, compradas en sitios autorizados o bajo prescripción
c) He usado esteroides legales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias

13. ¿Con que frecuencia has tomado medidas extremas (que no sean el uso de sustancias) para cambiar tu apariencia, tales como hacer ejercicio excesivo, entrenar incluso estando dolorido, hacer dietas extremas, vomitar, usar laxante u otros métodos de purga, usar técnicas no convencionales de desarrollo muscular, crecimiento del pelo, alargamiento del pene, etc.?

a) Nunca o raramente
b) Algunas veces
c) Frecuentemente

FUENTE: Baile Ayensa, Jose; Monroy Martinez, Karina Elvira; Garay Rancel, Fernando**,** 2005.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopez Barajas D, Castro Lopez R, Zagales Sánchez L. Autoconcepto y ansiedad: detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad fisica. Cuadernos de psicologia del deporte. 2012; 12(2).

2. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5 Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.

3. Escursell R. Imagen corporal Madrid: Piramide; 2013.

4. Jose G. Los lugares del cuerpo Barcelona: Paidós; 1999.

5. Salaberria K, Rodriguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. Osasunaz. 2007; 8.

6. Escoto Ponce de León MdC, Camacho Ruiz EJ, Alvarez Rayón GL, Díaz Resendiz FdJ, Morales Ramírez A. Relación entre autoestima y síntomas de dismorfia muscular en varones fisicoconstructivistas. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2012; 3(11 - 18).

7. Barrientos Martínez N, Escoto C, Bosques LE, Enríquez Ibarra J, Juárez Lugo CS. Interiorización de ideales estéticos y preocupación corporal en hombres y mujeres usuarios de gimnasio. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2014; 5.

8. James Sadock B, Alcott Sadock, Virginia , Ruiz P. Sinopsis de psiquiatria. decimo primera ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2015.

9. Loayza Llaza G. Avances en psiquiatría Arequipa; 2011.

10. Lizbeth SGA. Frecuencia y factores asociados a los trastornos de la satisfacción con la imagen corporalen jóvenes que asisten a gimnasios en la ciudad de Arequipa, año 2013 tesis , editor. [Arequipa]: Universidad Catolica de Santa María; 2013.

11. Virsedas Heras J. Autoimagen y alimentación, un estudio preliminar. Psicologia Iberoamericana. 1995 junio; 3(2).

12. Maganto C, Cruz S. La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 2000; 30.

13. Behar R, Molinari D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. Revista médica de Chile. 2010; 138.

14. Pérez Restrepo V, Valencia MN, Rodriguez G. M, Gempeler R. J. Acerca de un caso de dismorfia muscular y abuso de esteroides. Revista Colombiana de Psiquiatria. 2007; 36(1).

15. Bonet R, Garrote A. Ortorexia. Farmacia Profesional. 2016; 30(1).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

16. Fischer R, Prieto G. Análisis del test de actitudes alimentarias (EAT-26) con un modelo tipo Rash en una muestra de adolescentes paraguayos. Cuadernos hispanoamericanos de psicología. 2016; 16(1).

17. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer H. Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. Psychological Bulletin. 2004; 130(1).

18. Constaín G, Ricardo Ramirez C, Rodriguez-Gázquez MdlÁ, Álvarez Gómez M, Marín Múnera C, Agudelo Acosta C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín,Colombia. Atención primaria. 2014; 46(6).

19. Gonzáles Martí L. Vigorexia; instrumentos de medición. In Asociación Española de Ciencias del Deporte; 2008; León.

20. Baile Ayensa J, Monroy Martinez E, Garay Rancel F. Alteración de la imagen corporal. Enseñanza e Investigación en psicología. 2005; 10(1).

21. Cuentas Zavala J. Insatisfacción corporal, vulnerabilidad psicológica y sintomatología vigorexica UCSP: [Tesis para optar el título de Licenciatura]; 2017.

22. García Alva G, Yáñez Núñez J. Relación entre trastornos de la ingesta alimentaria y dismorfia muscular en varones que entrenan en gimnasios de Lima. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas ed. Lima: [Tesis para optar el título de Licenciatura]; 2018.

23. Vivar Chau A. Dismorfia muscular en varones usuarios de gimnasio en la ciudad de Chiclayo en el año 2017. Universidad de San Martin de Porres ed. Chiclayo: [Tesis para optar el título de Licenciatura]; 2018.

24. Zepeda E, Franco K, Valdés E. Estado nutricional y sintomatología de dismorfia muscular en varones usuarios de gimnasio. Rev Chil Nutr. 2011; 38(3): p. 260 - 267.

25. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. Metodología de la investigación. 6th ed. México: McGraw-Hill; 2014.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Anexo 5:

MATRIZ DE DATOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

	Edad	Gimnasio	Sexo	Tiempo de asistencia gimnasio	Tipo de ejercicio realizado con																				
1	24	Revo Sport	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	5	negativo	3	a	125	25	Strong	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	25	positivo	10	b
2	18	Body Tech	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Musculación	si	15	negativo	12	b	126	33	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	3	negativo	5	a
3	18	Body Tech	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Musculación	si	15	negativo	12	b	127	22	Strong	Hombre	Más de 20 horas/sem.	Musculación	no	14	negativo	13	b
4	18	Body Tech	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Spinning	no	5	negativo	7	a	128	22	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Pesas	si	18	negativo	5	a
5	26	Millenium	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	si	6	negativo	4	a	129	40	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Gimnasia	no	1	negativo	4	a
6	26	Body Tech	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Musculación	si	28	positivo	5	a	130	18	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	5	negativo	10	b
7	27	Body Tech	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	1	negativo	2	a	131	21	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	4	negativo	2	a
8	18	Millenium	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Musculación	no	3	negativo	2	a	132	28	Strong	Mujer	16 a 20 horas/sem.	Baile	no	0	negativo	5	a
9	18	Revo Sport	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	2	negativo	8	a	133	18	Strong	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	13	negativo	13	b
10	26	Revo Sport	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	23	positivo	11	b	134	20	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	3	negativo	7	a
11	18	Millenium	Mujer	16 a 20 horas/sem.	Pesas	no	9	negativo	4	a	135	35	Strong	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Baile	no	2	negativo	6	a
12	18	Millenium	Mujer	16 a 20 horas/sem.	Musculación	no	13	negativo	14	b	136	40	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	si	8	negativo	6	a
13	25	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	4	negativo	8	a	137	23	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	si	2	negativo	4	a
14	40	Millenium	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	2	negativo	7	a	138	32	Strong	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	6	negativo	9	a
15	25	Revo Sport	Hombre	1 a 5 horas/sem.	otros	no	39	positivo	10	b	139	28	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	12	negativo	7	a
16	40	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	otros	no	5	negativo	5	a	140	22	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Musculación	no	12	negativo	8	a
17	26	Millenium	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	6	negativo	6	a	141	18	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Musculación	no	3	negativo	0	a
18	24	Millenium	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	7	negativo	3	a	142	21	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	8	negativo	8	a
19	18	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	5	negativo	2	a	143	22	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	0	negativo	3	a
20	18	Millenium	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	6	negativo	4	a	144	30	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Gimnasia	no	10	negativo	12	b
21	19	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Spinning	no	13	negativo	7	a	145	24	Strong	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Baile	no	11	negativo	14	b
22	27	Millenium	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	28	positivo	13	b	146	23	Strong	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	14	negativo	10	b
23	31	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	2	negativo	1	a	147	29	Strong	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Baile	no	16	negativo	8	a
24	23	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	si	26	positivo	24	c	148	40	Strong	Mujer	16 a 20 horas/sem.	Musculación	no	26	positivo	9	a
25	18	Body Tech	Mujer	1 a 5 horas/sem.	otros	si	7	negativo	7	a	149	19	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	6	negativo	5	a
26	19	Revo sport	Hombre	6 a 10 horas/sem.	otros	no	3	negativo	3	a	150	19	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	12	negativo	9	a
27	19	Revo sport	Hombre	6 a 10 horas/sem.	otros	no	3	negativo	3	a	151	22	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	6	negativo	3	a
28	23	Body Tech	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Spinning	si	24	positivo	13	b	152	28	Strong	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	2	negativo	7	a
29	18	Body Tech	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	6	negativo	4	a	153	18	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Pesas	si	12	negativo	6	a
30	18	Millenium	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Spinning	no	4	negativo	4	a	154	28	Strong	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Baile	no	5	negativo	8	a
31	35	Body Tech	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	0	negativo	2	a	155	21	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	9	negativo	6	a
32	28	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	32	positivo	9	a	156	23	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	5	negativo	6	a
33	25	Millenium	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Baile	si	20	negativo	12	b	157	24	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	46	positivo	10	b
34	18	Millenium	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	18	negativo	7	a	158	18	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Gimnasia	no	14	negativo	9	a
35	23	Body Tech	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	1	negativo	11	b	159	24	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	si	14	negativo	3	a
36	18	Revo Sport	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	2	negativo	0	a	160	21	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	7	negativo	16	b
37	18	Body Tech	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Musculación	no	2	negativo	2	a	161	31	Strong	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	si	15	negativo	3	a
38	36	Millenium	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Gimnasia	no	1	negativo	1	a	162	18	Strong	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Baile	no	12	negativo	11	b
39	25	Millenium	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	20	negativo	4	a	163	28	Strong	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	3	negativo	2	a
40	24	Millenium	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	2	negativo	9	a	164	27	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	30	positivo	6	a
41	28	Body Tech	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	2	negativo	5	a	165	40	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	34	positivo	3	a
42	25	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	8	negativo	12	b	166	28	Strong	Hombre	16 a 20 horas/sem.	Pesas	no	5	negativo	11	b
43	27	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	si	18	negativo	11	b	167	39	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	28	positivo	11	b
44	20	Revo Sport	Mujer	1 a 5 horas/sem.	otros	si	0	negativo	3	a	168	18	Strong	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Baile	no	17	negativo	0	a
45	23	Body Tech	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Pesas	si	8	negativo	13	b	169	29	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	29	positivo	16	b
46	29	Revo Sport	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Musculación	no	3	negativo	2	a	170	18	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	10	negativo	2	a
47	21	Millenium	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	4	negativo	5	a	171	40	Strong	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Baile	no	11	negativo	10	b
48	19	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	7	negativo	12	b	172	25	Strong	Hombre	16 a 20 horas/sem.	Pesas	no	8	negativo	4	a
49	18	Revo sport	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	2	negativo	2	a	173	22	Strong	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	si	35	positivo	5	a
50	24	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	si	21	positivo	9	a	174	22	Strong	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	12	negativo	5	a
51	20	Revo Sport	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Baile	si	36	positivo	7	a	175	19	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	9	negativo	13	b
52	19	Millenium	Mujer	Más de 20 horas/sem.	Spinning	no	44	positivo	9	a	176	18	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	5	negativo	6	a
53	25	Millenium	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	si	7	negativo	10	b	177	21	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	7	negativo	10	b
54	23	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	3	negativo	4	a	178	18	Strong	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	si	8	negativo	13	b
55	22	Revo sport	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	16	negativo	8	a	179	28	Body Tech	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	7	negativo	2	a
56	22	Revo sport	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	16	negativo	8	a	180	19	Body Tech	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Baile	no	8	negativo	7	a
57	22	Revo sport	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	16	negativo	8	a	181	19	Body Tech	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	14	negativo	6	a
58	24	Millenium	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	6	negativo	9	a	182	23	Body Tech	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	0	negativo	11	b
59	18	Millenium	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	2	negativo	10	b	183	23	Revo Sport	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Pesas	si	10	negativo	6	a
60	28	Millenium	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Musculación	no	2	negativo	4	a	184	24	Revo Sport	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	9	negativo	2	a
61	18	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	3	negativo	3	a	185	23	Revo Sport	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	3	negativo	3	a
62	19	Millenium	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Spinning	no	2	negativo	5	a	186	26	Revo Sport	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Spinning	no	13	negativo	3	a
63	19	Millenium	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Spinning	no	2	negativo	5	a	187	23	Revo Sport	Hombre	Más de 20 horas/sem.	Pesas	no	47	positivo	11	b
64	20	Millenium	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Musculación	no	8	negativo	11	b	188	19	Revo Sport	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	si	24	positivo	12	b
65	20	Millenium	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	14	negativo	5	a	189	20	Revo Sport	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	si	22	positivo	12	b
66	18	Millenium	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	12	negativo	3	a	190	30	Revo Sport	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	8	negativo	4	a
67	18	Millenium	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	3	negativo	0	a	191	32	Revo Sport	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	8	negativo	4	a
68	19	Revo Sport	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Musculación	no	31	positivo	19	b	192	29	Revo Sport	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	3	negativo	2	a
69	18	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	28	positivo	20	c	193	26	Revo Sport	Hombre	16 a 20 horas/sem.	Pesas	si	7	negativo	15	b
70	19	Revo Sport	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	25	positivo	15	b	194	27	Revo Sport	Hombre	16 a 20 horas/sem.	Pesas	si	8	negativo	13	b
71	20	Body Tech	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Musculación	si	31	positivo	6	a	195	21	Revo Sport	Hombre	16 a 20 horas/sem.	Pesas	si	5	negativo	19	b
72	22	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	25	positivo	15	b	196	21	Revo Sport	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	0	negativo	7	a
73	19	Body Tech	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	30	positivo	21	c	197	23	Revo Sport	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Spinning	no	4	negativo	5	a
74	22	Revo Sport	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	22	positivo	10	b	198	19	Revo Sport	Hombre	16 a 20 horas/sem.	Pesas	si	40	positivo	12	b
75	19	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	15	negativo	22	c	199	18	Revo Sport	Hombre	16 a 20 horas/sem.	Pesas	si	40	positivo	10	b
76	18	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	23	positivo	17	b	200	20	Revo Sport	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	1	negativo	1	a
77	19	Revo Sport	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	19	negativo	17	b	201	21	Revo Sport	Hombre	Más de 20 horas/sem.	Pesas	si	25	positivo	10	b
78	19	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	22	positivo	16	b	202	21	Revo Sport	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	5	negativo	5	a
79	18	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	29	positivo	20	c	203	24	Revo Sport	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	5	negativo	4	a
80	18	Revo Sport	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	25	positivo	12	b	204	25	Revo Sport	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	5	negativo	4	a
81	25	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	si	28	positivo	16	b	205	30	Revo Sport	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	25	positivo	4	a
82	22	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	29	positivo	24	c	206	29	Revo Sport	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	10	negativo	1	a
83	19	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	si	20	negativo	19	b	207	26	Revo Sport	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	6	negativo	1	a
84	21	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	si	16	negativo	15	b	208	26	Revo Sport	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	6	negativo	2	a
85	19	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	14	negativo	16	b	209	31	Revo Sport	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	10	negativo	1	a
86	20	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	otros	no	25	positivo	16	b	210	30	Revo Sport	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	10	negativo	1	a
87	18	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	si	22	positivo	14	b	211	24	Revo Sport	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Gimnasia	si	1	negativo	4	a
88	20	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Spinning	no	18	negativo	16	b	212	21	Revo Sport	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	si	31	positivo	17	b
89	19	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	16	negativo	13	b	213	21	Revo Sport	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Musculación	no	0	negativo	0	a
90	20	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	9	negativo	19	b	214	31	Revo Sport	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	17	negativo	11	b
91	19	Revo Sport	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	11	negativo	15	b	215	24	Revo Sport	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	6	negativo	4	a
92	18	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Spinning	no	24	positivo	14	b	216	24	Revo Sport	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	6	negativo	5	a
93	18	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	20	negativo	18	b	217	22	Revo Sport	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Spinning	si	4	negativo	4	a
94	19	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Spinning	no	18	negativo	17	b	218	21	Revo Sport	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	si	32	positivo	12	b
95	22	Body Tech	Hombre	16 a 20 horas/sem.	Musculación	no	13	negativo	14	b	219	20	Revo Sport	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Baile	no	12	negativo	14	b
96	19	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	15	negativo	15	b	220	37	Revo Sport	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	19	negativo	7	a
97	22	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	24	positivo	16	b	221	18	Revo Sport	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	si	24	positivo	12	b
98	18	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	23	positivo	14	b	222	22	Millenium	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Baile	no	2	negativo	6	a
99	19	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	13	negativo	15	b	223	32	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	1	negativo	3	a
100	19	Body Tech	Hombre	16 a 20 horas/sem.	Pesas	no	11	negativo	12	b	224	21	Millenium	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Baile	no	8	negativo	1	a
101	22	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	19	negativo	17	b	225	22	Millenium	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	22	positivo	12	b
102	20	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	16	negativo	13	b	226	23	Millenium	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Musculación	no	6	negativo	8	a
103	23	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	15	negativo	19	b	227	19	Millenium	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Musculación	no	8	negativo	6	a
104	22	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	14	negativo	16	b	228	21	Millenium	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	26	positivo	4	a
105	20	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	15	negativo	12	b	229	19	Millenium	Hombre	16 a 20 horas/sem.	Pesas	si	40	positivo	10	b
106	19	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	16	negativo	17	b	230	32	Millenium	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	26	positivo	4	a
107	20	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	21	positivo	16	b	231	27	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	6	negativo	1	a
108	20	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	7	negativo	18	b	232	22	Millenium	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	14	negativo	7	a
109	19	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	16	negativo	14	b	233	29	Millenium	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Musculación	si	10	negativo	8	a
110	20	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Musculación	no	18	negativo	15	b	234	22	Millenium	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	si	21	positivo	21	c
111	22	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	si	21	positivo	11	b	235	22	Millenium	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	si	21	positivo	21	c
112	18	Body Tech	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	no	8	negativo	13	b	236	21	Millenium	Hombre	11 a 15 horas/sem.	Pesas	si	21	positivo	21	c
113	19	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	si	16	negativo	21	c	237	22	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	6	negativo	3	a
114	18	Body Tech	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Spinning	si	10	negativo	16	b	238	23	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	3	negativo	3	a
115	19	Millenium	Mujer	Más de 20 horas/sem.	Spinning	no	44	positivo	9	a	239	21	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	3	negativo	4	a
116	32	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	5	negativo	6	a	240	26	Millenium	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Baile	no	8	negativo	10	b
117	27	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	14	negativo	1	a	241	27	Millenium	Hombre	Más de 20 horas/sem.	Baile	no	9	negativo	9	a
118	27	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Spinning	si	40	positivo	17	b	242	22	Millenium	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	si	14	negativo	8	a
119	26	Strong	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Gimnasia	no	22	positivo	6	a	243	24	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Musculación	no	23	positivo	11	b
120	28	Strong	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Baile	no	9	negativo	4	a	244	26	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	1	negativo	4	a
121	21	Strong	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	13	negativo	10	b	245	27	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	1	negativo	3	a
122	25	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Gimnasia	no	1	negativo	4	a	246	28	Millenium	Hombre	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	1	negativo	4	a
123	20	Strong	Mujer	1 a 5 horas/sem.	Baile	no	3	negativo	8	a	247	23	Millenium	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	0	negativo	7	a
124	29	Strong	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	18	negativo	11	b	248	22	Millenium	Hombre	1 a 5 horas/sem.	Pesas	no	0	negativo	6	a
											249	21	Millenium	Mujer	11 a 15 horas/sem.	Baile	no	14	negativo	7	a
											250	35	Millenium	Mujer	6 a 10 horas/sem.	Pesas	no	8	negativo	4	a

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

a: Ausencia de preocupación patologica.
b: Grado moderado de preocupación patologica.
c: Grado serio de preocupación patologica
d: Problema muy serio de preocupación patologica

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis