

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Frecuencia y factores asociados a los trastornos de la satisfacción con la imagen corporal en jóvenes que asisten a gimnasios en la ciudad de Arequipa, año 2013

Tesis presentada por el Bachiller:

ANN LIZBETH SOTAYA GÓMEZ

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2013

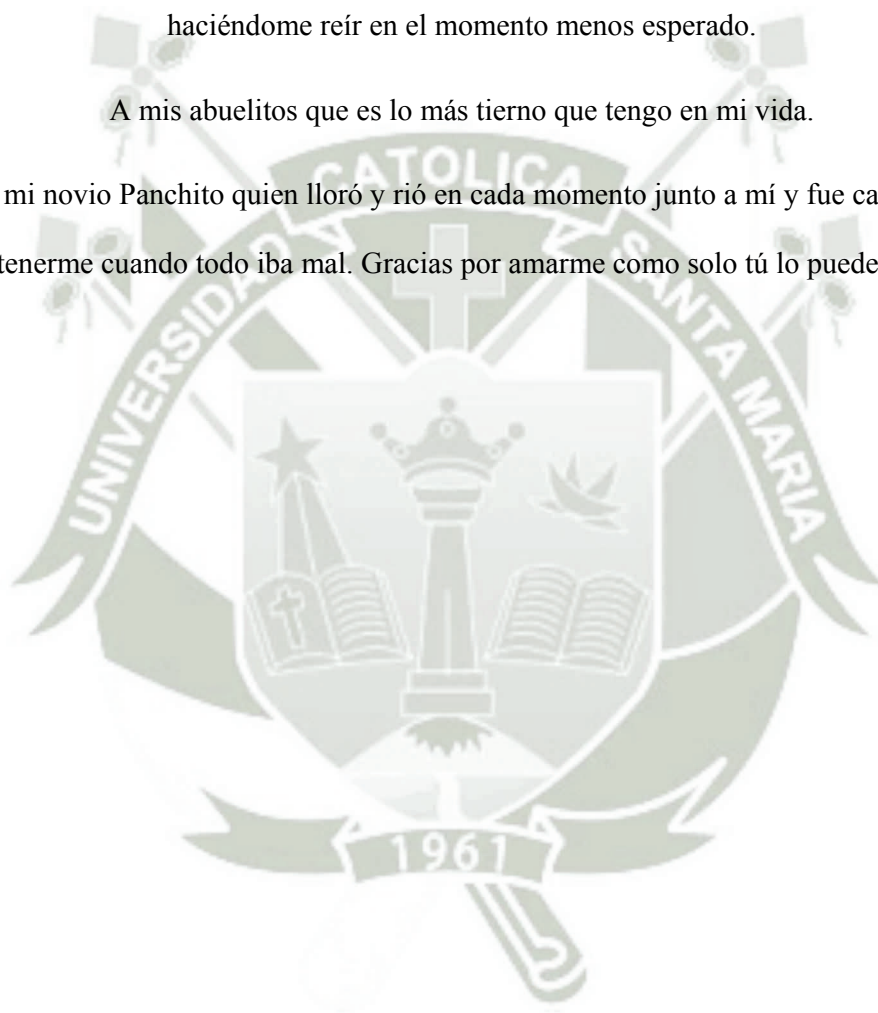
DEDICATORIA

A mi madre, no me equivoco si digo que eres la mejor mamá del mundo, gracias por tu esfuerzo, tu apoyo, y la confianza que depositaste en mí. Te amo.

A mis hermanos por estar siempre a mi lado, malo que bueno apoyándome y haciéndome reír en el momento menos esperado.

A mis abuelitos que es lo más tierno que tengo en mi vida.

A mi novio Panchito quien lloró y rió en cada momento junto a mí y fue capaz de contenerme cuando todo iba mal. Gracias por amarme como solo tú lo puedes hacer.



AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A la Universidad Católica de Santa María que me brindó la oportunidad de realizar mis estudios de Medicina y de la cual he recibido apoyo.

Al Doctor Saavedra un asesor incondicional que en todo momento estuvo apoyándome, a cada uno de mis jurados por su valiosos aportes y sugerencias.

A cada uno de los miembros de la población quienes permitieron la realización de esta investigación para finalmente obtener el título de Médico Cirujano.

Gracias a todas aquellas que de una u otra manera me ayudaron a crecer como persona y profesional.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	7
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	31
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	39
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	46
Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....	47
Anexo 2: Cuestionario BSQ.....	48
Anexo 3: Proyecto de Investigación	50

RESUMEN

Antecedente: La distorsión de la imagen corporal puede inducir a la realización de dietas extremas o de ejercicios físicos con finalidad de bajar de peso.

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.

Métodos: 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.

Resultados: El 55,85% del total de casos fueron mujeres, con edades comprendidas en 61,51% de casos entre los 20 y 29 años. El 49,81% combina ejercicios con dietas especiales, dentro de las cuales está la dieta para bajar de peso (48,48%), dietas hiperproteicas (36,36%) e hipograsa (11,36%). El consumo de suplementos dietéticos se observó en 24,15% de usuarios. Con la aplicación del cuestionario BSQ, se estableció que 25,28% de usuarios de gimnasios tienen distorsión en la percepción de la imagen corporal. El 82,09% de personas con trastorno son mujeres, comparadas con 53,03% de varones sin alteraciones ($p < 0,05$) y el sexo femenino se asoció a un OR de 5,17. En el grupo con distorsión de la imagen corporal hubo más spinning (28,36% con distorsión versus 16,16% sin distorsión; OR = 2,05) y gimnasia (16,42% con distorsión y 7,07% sin distorsión; OR = 2,548). El 70% de aquellos con trastorno usa una dieta especial, comparado con 42,93% en el grupo sin trastorno ($p < 0,05$; OR = 3,12), siendo mayor la dieta “para perder peso” (OR = 8,67) y la dieta hipocalórica (OR = 4,34).

Conclusión: 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.

PALABRAS CLAVE: imagen corporal – gimnasios – dieta – spinning – mujeres.

ABSTRACT

Background: The distortion of body image can lead to the realization of extreme dieting or exercise purposes of weight loss.

Objective: To determine the frequency and factors associated with disorders of the body image satisfaction in people who go to different gyms in the city of Arequipa.

Methods: Survey of a sample of people who attend different gyms in Arequipa, with personal data survey, exercise and nutrition, and application of the Questionnaire BSQ. (Body Shape Questionnaire). Groups were compared using chi square test associating factors with odds ratio.

Results: A total of 55.85% of the cases were women, aged in 61.51% of cases between 20 and 29 years. The 49.81% combined exercises with special diets, among which is the diet for weight loss (48.48%), high protein diets (36.36%) and low-fat (11.36%). The consumption of dietary supplements was observed in 24.15% of users. With the questionnaire BSQ established that 25.28% of users gyms have distorted perception of body image. The 82.09% of people with disorder are women, compared with 53.03% of unaltered males ($p < 0.05$) and female sex was associated with an OR of 5.17. In the group with body image distortion was more spinning (28.36% vs. 16.16%, OR 2.05) and gymnastics (16.42% and 7.07%, OR = 2.548). 70% of those with special dietary use disorder, compared with 42.93% in the group without disorder ($p < 0.05$, OR = 3.12), with higher diet "to lose weight" (OR = 8 , 67) and the low-calorie diet (OR = 4.34). s

Conclusion: There is a moderate frequency of distortion of body image in people attending gyms and female sex and diets for weight loss and specific exercises are associated with the disorder.

KEYWORDS: body image - fitness - diet - spinning - women.

INTRODUCCIÓN

La imagen corporal es la representación mental del cuerpo, que se va gestando en la niñez, pero es en el periodo de la adolescencia donde resulta trascendental para el desarrollo psicosocial del individuo. La imagen del cuerpo constituye una parte muy importante de la autoestima, sobre todo en la adolescencia. La distorsión de la imagen corporal es un criterio diagnóstico para los trastornos alimentarios. Las personas con trastornos alimentarios perciben su cuerpo o ciertas partes de él, más grandes, voluminosas o incluso de manera desproporcionadas de lo que realmente son.

En las últimas décadas se propende a tomar como modelos de conductas y comportamiento a imágenes de personas musculosas y delgadas, que junto con las recomendaciones de diferentes organismos para incrementar la práctica de ejercicio para combatir el sobrepeso y la obesidad, ha llevado a que muchas personas busquen realizar actividades físicas en gimnasios. En personas jóvenes y adolescentes puede relacionarse con la búsqueda de una imagen corporal ideal, definida, musciosa y delgada. Sin embargo, es riesgoso que personas que tienen trastornos en la percepción de su autoimagen, busquen incrementar sus niveles de actividad física a pesar de haber alcanzado estándares de peso, definición corporal o masa muscular adecuados.

No hemos encontrado estudios relacionados a los trastornos de la percepción de la imagen corporal en personas que acuden a gimnasios, a pesar de que en nuestra experiencia personal hemos observado que existen adolescentes y jóvenes que buscan desarrollar más y más su masa muscular o de bajar de peso a pesar de haber logrado un nivel adecuado para su edad o su condición física. Esto despertó el interés personal por desarrollar esta investigación.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizó consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y el cuestionario de Imagen corporal BSQ (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadora personal

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El presente estudio se realizó en los principales gimnasios de la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de Enero a Febrero 2013.

2.3. Unidades de estudio: Personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa.

Población: Todas las personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula

de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de trastorno de la percepción de imagen corporal = 0.22

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 263,68 \approx 265 casos

Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**

- A partir de los 15 años.
- De ambos sexos
- Participación voluntaria en el estudio

- ♦ **Criterios de Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

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 la autorización a los administradores de diferentes gimnasios de la ciudad de Arequipa, y se abordó a los inscritos para explicar el motivo del estudio y asegurar su participación voluntaria mediante encuestas anónimas. Se entregó una ficha de encuesta con preguntas acerca de datos generales de la persona y su actividad física y alimentación, así como el cuestionario de Satisfacción corporal BSQ de 34 ítems. La muestra se dividió en dos grupos en base a la respuesta a la pregunta del cuestionario BSQ: con trastornos de la imagen corporal (grupo casos), y en aquellos que no presentaron este problema (Grupo control).

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

El Cuestionario BSQ. (Body Shape Questionnaire) fue diseñado por Cooper et al en 1997 con la finalidad de disponer de un instrumento que mida el grado de preocupación sobre la imagen corporal. Se trata de un cuestionario de 34 ítems, de respuesta según una escala de frecuencia tipo Likert de 6 grados. La puntuación total oscila de 34 a 204 puntos (18). El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105. Así pues se considera patológica una puntuación superior a 105 al final del test. Cuanto mayor exceda su puntuación ésta cifra, mayor es la distorsión que sufre la persona sobre su figura corporal (19).

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) A nivel de recolección

Las encuestas se manejaron asignando un código a cada variable en la ficha de recolección de datos.

b) A nivel de sistematización

La información obtenida fue procesada en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010, y posteriormente exportada al paquete estadístico SPSS v.19 para su análisis correspondiente.

c) A nivel de estudio de datos

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; para comparar variables categóricas entre grupos independientes se empleó la prueba Chi cuadrado y se estableció asociación entre variables mediante el cálculo del odds ratio. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.19.0.



**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Tabla 1

Distribución de asistentes a gimnasios según gimnasio de estudio

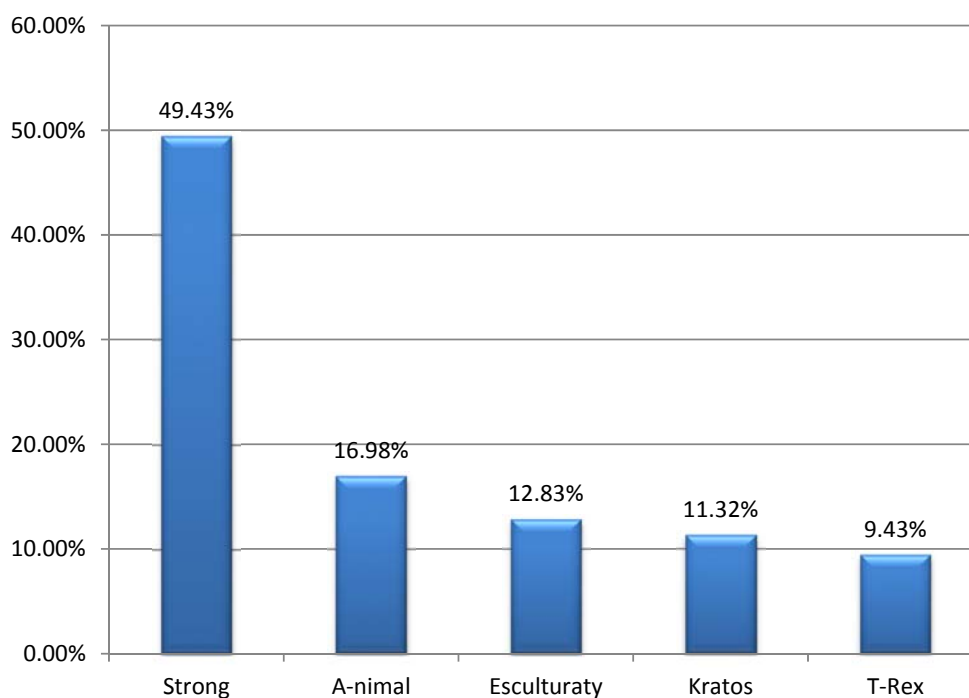
	N°	%
Strong	131	49,43%
A-nimal	45	16,98%
Esculturaty	34	12,83%
Kratos	30	11,32%
T-Rex	25	9,43%
Total	265	100,00%

En esta tabla se muestra la distribución de los asistentes a los gimnasios estudiados; el 49,43% asistió al gimnasio “Strong”, 16,98% al gimnasio “A-nimal”, 12,83% al “Esculturality”, 11,32% al “Kratos” y 9,43% al gimnasio “T-Rex”.

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Gráfico 1

Distribución de asistentes a gimnasios según gimnasio de estudio



**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Tabla 2

Distribución de asistentes al gimnasio según tiempo de permanencia

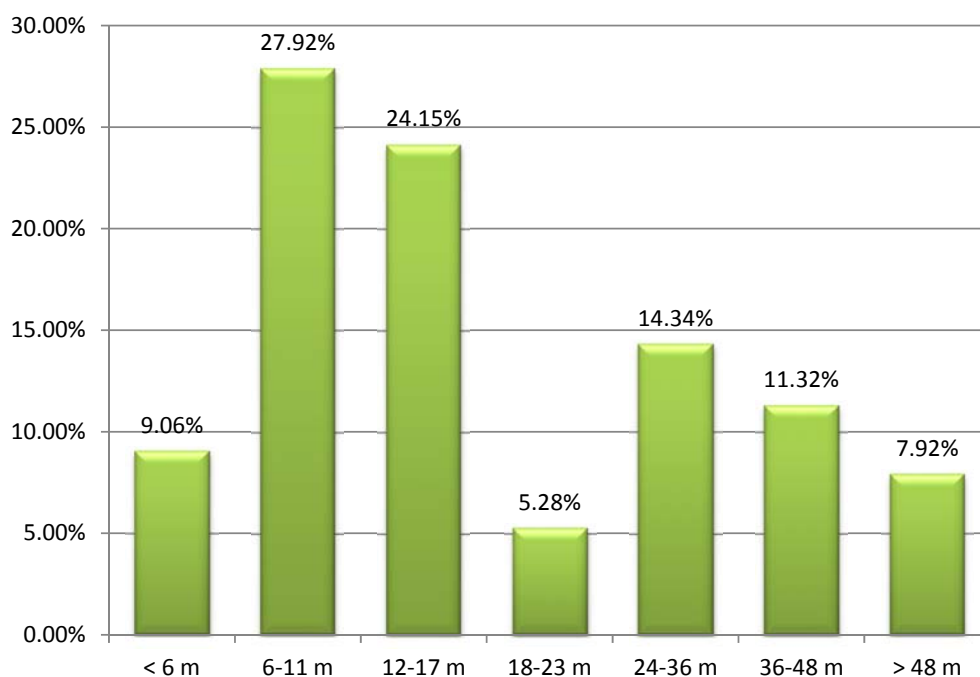
	N°	%
< 6 m	24	9,06%
6-11 m	74	27,92%
12-17 m	64	24,15%
18-23 m	14	5,28%
24-36 m	38	14,34%
36-48 m	30	11,32%
> 48 m	21	7,92%
Total	265	100,00%

En la tabla 2 se muestran el tiempo de asistencia al gimnasio en los encuestados; el 27,92% asiste ente 6 y 11 meses, y 24,15% lo hace entre 12 y 17 meses, con un segundo pico de personas que asiste entre 2 y 3 años (14,34%). El tiempo promedio de asistencia a los gimnasios fue de 21 meses, con variación entre 15 días y 10 años.

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Gráfico 2

Distribución de asistentes al gimnasio según tiempo de permanencia



Promedio \pm D. est (Mín - Máx): 21,00 \pm 26,40 meses (15 días - 10 años)

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Tabla 3

Distribución de asistentes al gimnasio según edad y sexo

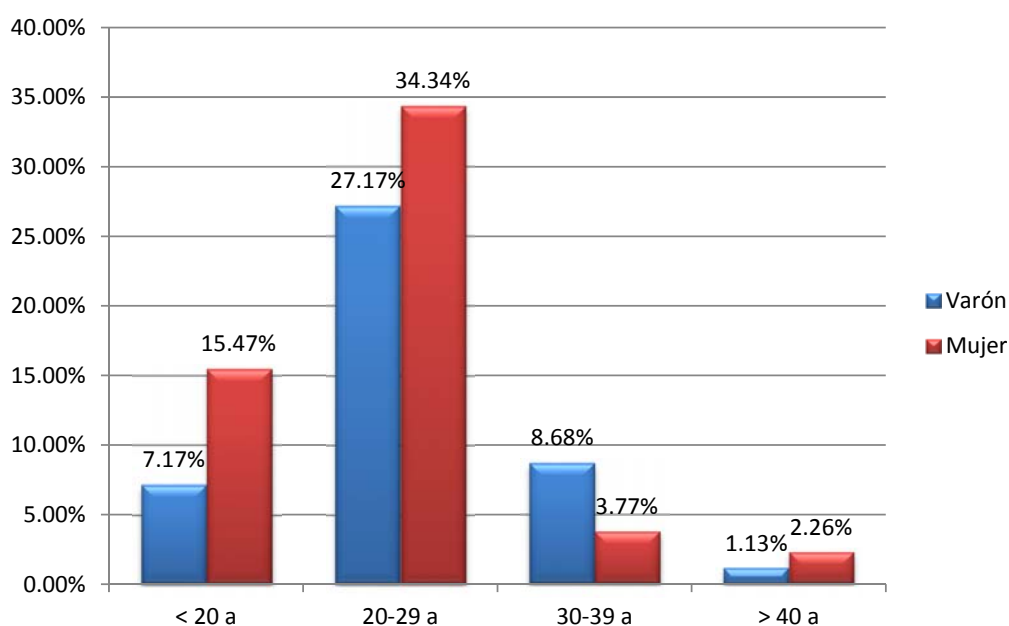
Edad (años)	Varón		Mujer		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	19	7,17%	41	15,47%	60	22,64%
20-29 a	72	27,17%	91	34,34%	163	61,51%
30-39 a	23	8,68%	10	3,77%	33	12,45%
> 40 a	3	1,13%	6	2,26%	9	3,40%
Total	117	44,15%	148	55,85%	265	100,00%

En esta tabla se muestran que el 55,85% del total de asistentes fueron mujeres, con edades comprendidas en 61,51% de casos entre los 20 y 29 años; la edad promedio para los varones fue de 25,31 años y para mujeres de 23,43 años, siendo estas edades significativamente diferentes ($p < 0,05$).

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Gráfico 3

Distribución de asistentes al gimnasio según edad y sexo



Edad promedio \pm D. est (Mín – Máx)

- Varón: 25,31 \pm 6,19 años (16-53 años)
- Mujer: 23,43 \pm 6,15 años (15-48 años)

Prueba t = -2,46

G. libertad = 263

p = 0,01

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Tabla 4

Distribución de personas asistentes a gimnasios según estado civil

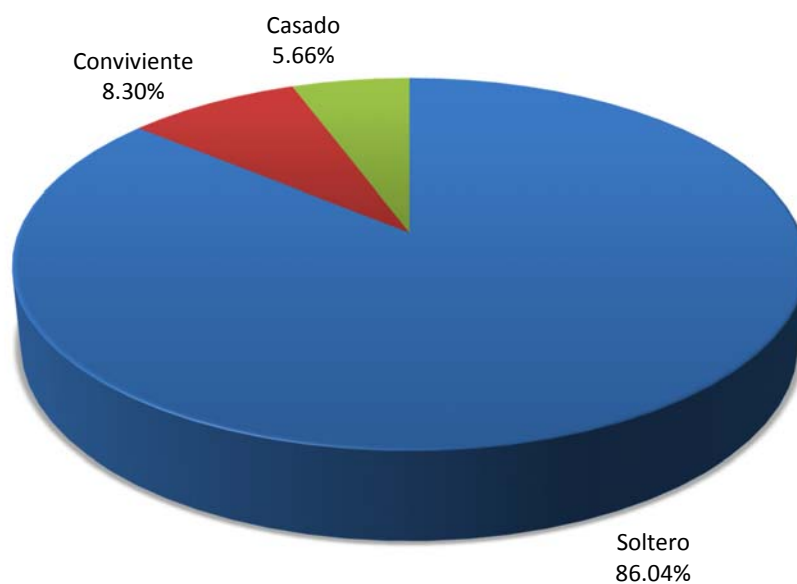
	N°	%
Soltero	228	86,04%
Conviviente	22	8,30%
Casado	15	5,66%
Total	265	100,00%

Se muestra el estado civil de los asistentes a los gimnasios, solteros en 86,04%, convivientes en 8,30% y casados en 5,66%.

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Gráfico 4

Distribución de personas asistentes a gimnasios según estado civil



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 5

Características de los ejercicios realizados por los usuarios

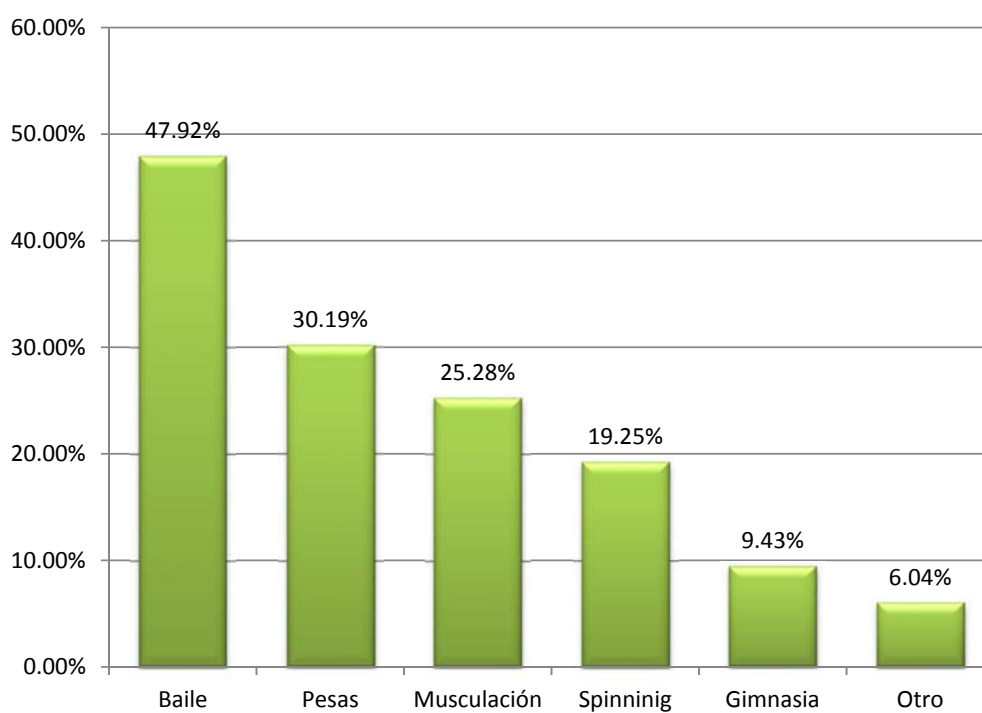
	N°	%
Baile	127	47,92%
Pesas	80	30,19%
Musculación	67	25,28%
Spinning	51	19,25%
Gimnasia	25	9,43%
Otro	16	6,04%

Se muestra el tipo de ejercicio que realizan los atletas fue el baile en 47,92%, las pesas en 30,19%, ejercicios de musculación en 25,28%, el 19,25% realiza spinning, 9,43% gimnasia, y 6,04% realiza otros ejercicios (cardiovasculares).

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Gráfico 5

Características de los ejercicios realizados por los usuarios



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 6

Características de la alimentación de los usuarios

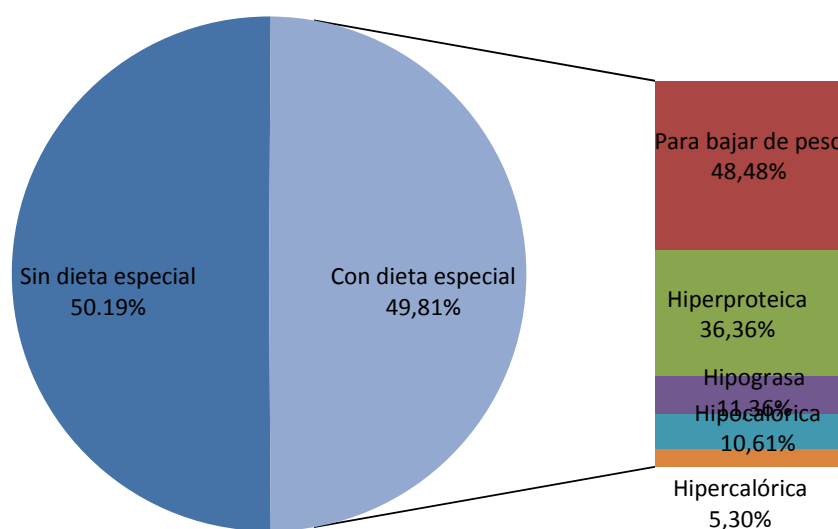
	N°	%
Sin dieta especial	133	50,19%
Con dieta especial	132	49,81%
<i>Para bajar de peso</i>	64	48,48%
<i>Hiperproteica</i>	48	36,36%
<i>Hipograsa</i>	15	11,36%
<i>Hipocalórica</i>	14	10,61%
<i>Hipercalórica</i>	7	5,30%

En la tabla 6 el 49,81% combina sus ejercicios con dietas especiales, dentro de los cuales está la dieta para bajar de peso en 48,48% de personas con dieta, dietas hiperproteicas en 36,36%, hipograsa en 11,36%, e hipocalórica en 10,61% entre otras.

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013

Gráfico 6

Características de la alimentación de los usuarios



**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Tabla 7

Características de consumo de suplementos nutricionales en los usuarios

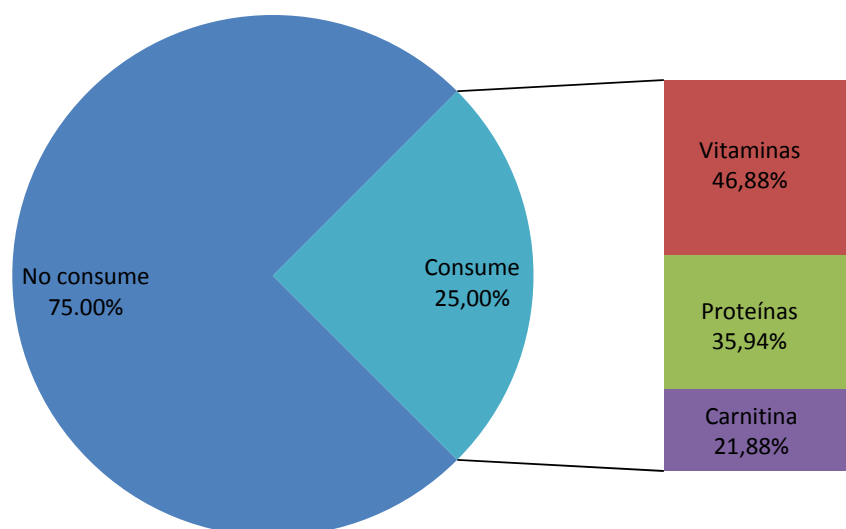
	N°	%
No consume	201	75,85%
Consume	64	24,15%
<i>Vitaminas</i>	30	46,88%
<i>Proteínas</i>	23	35,94%
<i>Carnitina</i>	14	21,88%

El consumo de suplementos dietéticos se observó en 24,15% de usuarios, y entre ellos predominó el consumo de vitaminas (46,88%), proteínas (35,94%) y carnitina (21,88%).

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Gráfico 7

Características de consumo de suplementos nutricionales en los usuarios



**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Tabla 8

Presencia de distorsión de la imagen corporal en los usuarios

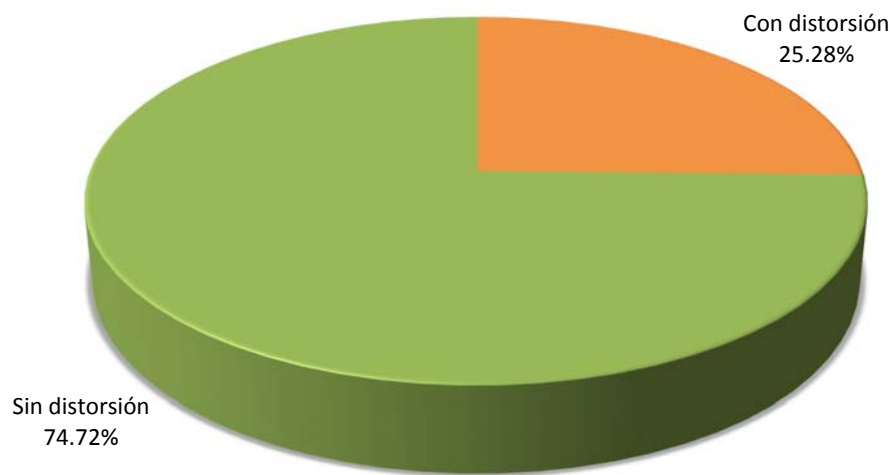
	N°	%
Con distorsión	67	25,28%
Sin distorsión	198	74,72%
Total	265	100,00%

Se muestra que un 25,28% de usuarios de los gimnasios tienen alteraciones o distorsión en la percepción de la figura corporal.

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Gráfico 8

Presencia de distorsión de la imagen corporal en los usuarios



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 9

Factores sociodemográficos asociados a distorsión de imagen corporal

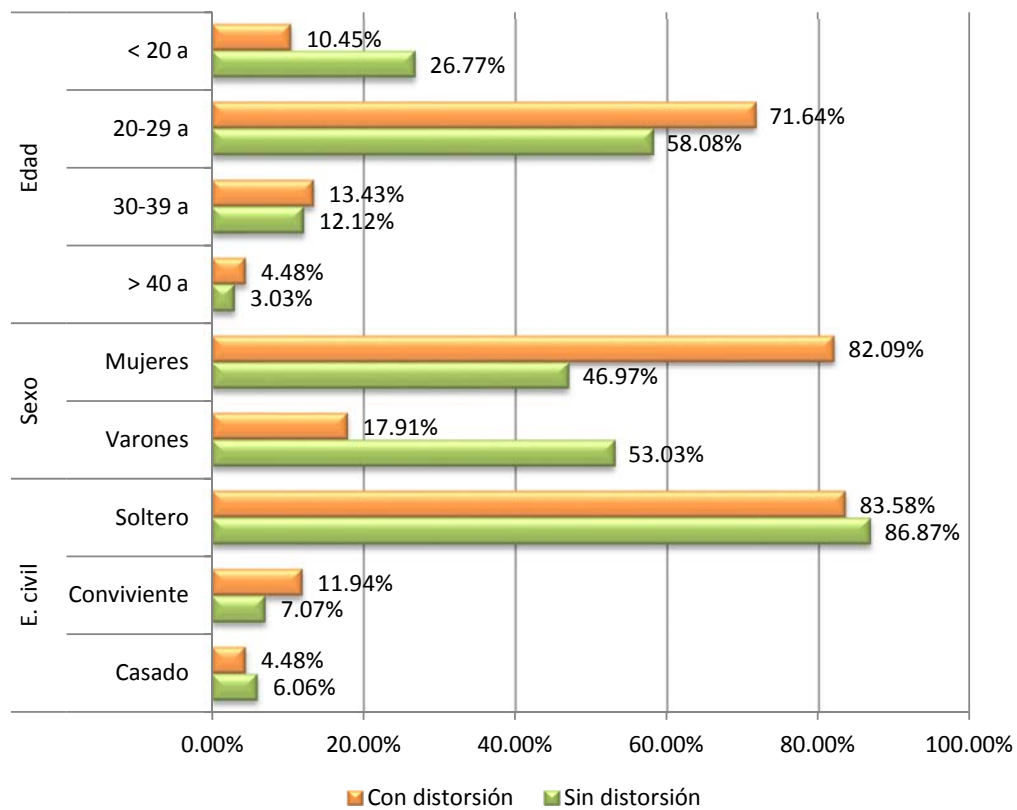
		Con distorsión		Sin distorsión		Chi ² (p)	OR
		N°	%	N°	%		
Edad	< 20 a	7	10,45%	53	26,77%	7,76 (0,051)	0,32
	20-29 a	48	71,64%	115	58,08%		-
	30-39 a	9	13,43%	24	12,12%		-
	> 40 a	3	4,48%	6	3,03%		-
Sexo	Mujeres	55	82,09%	93	46,97%	25,04 (0,00)	5,17
	Varones	12	17,91%	105	53,03%		
E. civil	Soltero	56	83,58%	172	86,87%	1,71 (0,42)	-
	Conviviente	8	11,94%	14	7,07%		1,76
	Casado	3	4,48%	12	6,06%		0,77
Total		67	100,0%	198	100,0%		

Se muestran los potenciales factores sociodemográficos en relación a su alteración de la percepción de la figura corporal; las mujeres son las que poseen mayor frecuencia de esta alteración (82,09% de personas con el trastorno son mujeres, comparadas con 53,03% de varones sin alteraciones; $p < 0,05$) y el sexo femenino se asoció a un OR de 5,17 veces más probabilidad de desarrollar este trastorno.

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Gráfico 9

Factores sociodemográficos asociados a distorsión de imagen corporal



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 10

Factores de la actividad física asociados a distorsión de imagen corporal

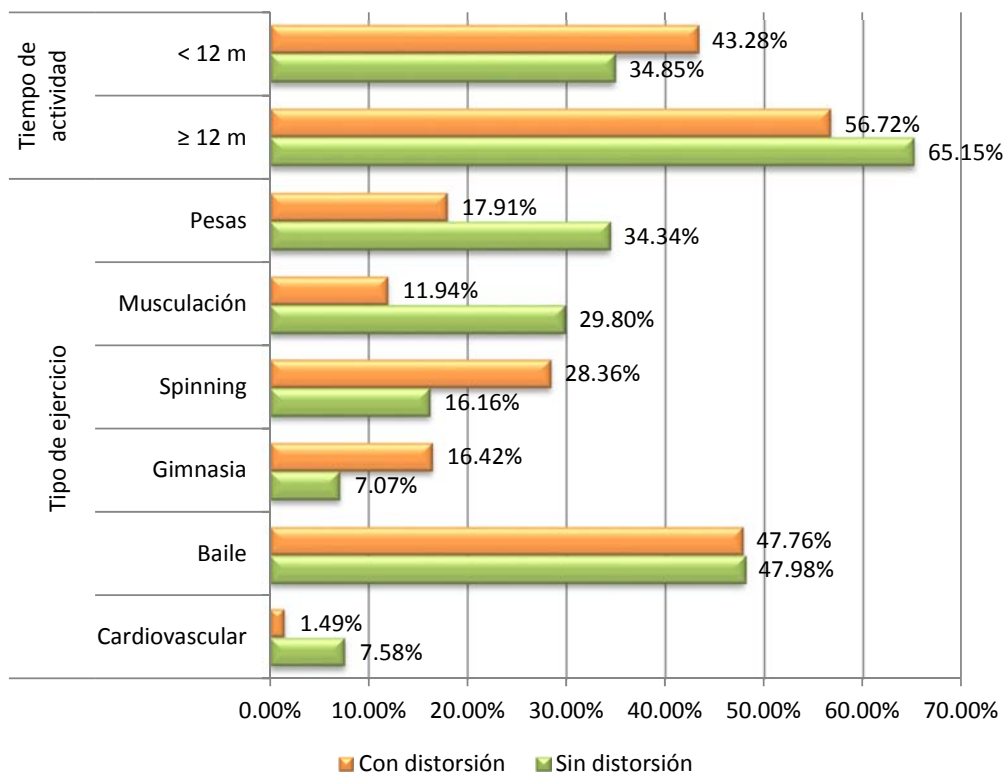
		Con distorsión		Sin distorsión		Chi2 (p)	OR		
		N°	%	N°	%				
T. actividad	< 12 m	29	43,28%	69	34,85%	4,28 (0,64)	1,43 -		
	≥ 12 m	38	56,72%	129	65,15%				
IMC	Normal	36	53,73%	118	59,60%	2,24 (0,52)	-		
	Sobrepeso	29	43,28%	74	37,37%				
	Obeso	2	2,99%	6	3,03%				
Tipo de ejercicio	Pesas	12	17,91%	68	34,34%	6,41 (0,01)	0,42		
	Musculación	8	11,94%	59	29,80%				
	Spinning	19	28,36%	32	16,16%			4,79 (0,03)	2,05
	Gimnasia	11	16,42%	14	7,07%			5,12 (0,02)	2,58
	Baile	32	47,76%	95	47,98%			0,00 (0,98)	0,99
	Cardiovasc	1	1,49%	15	7,58%			3,27 (0,07)	0,18
Total		67	100,0%	198	100,0%				

Se observa que los que hacen spinning y que tienen alteración de su imagen corporal es de 28% y los que practican gimnasia un 16,42% con lo que se asociaron aun OR 2,05 veces mayor para el spinning y un OR de 2,58 para la gimnasia.

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Gráfico 10

Factores de la actividad física asociados a distorsión de imagen corporal



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013

Tabla 11

Factores nutricionales asociados a distorsión de imagen corporal

		Con distorsión		Sin distorsión		Chi2 (p)	OR
		N°	%	N°	%		
IMC	Normal	36	53.73%	118	59.60%	2.24	-
	Sobrepeso	29	43.28%	74	37.37%	0.52	1.28
	Obeso	2	2.99%	6	3.03%		1.09
Dieta especial	Sí	47	70,15%	85	42,93%	14,84	3,12
	No	20	29,85%	113	57,07%	(0,00)	
	<i>Para b. peso</i>	38	56,72%	26	13,13%	51,91 (0,00)	8,67
	<i>Hiperproteica</i>	7	10,45%	41	20,71%	3,55 (0,06)	0,45
	<i>Hipercalórica</i>	1	1,49%	6	3,03%	0,46 (0,50)	0,48
	<i>Hipocalórica</i>	8	11,94%	6	3,03%	7,94 (0,00)	4,34
	<i>Hipograsa</i>	2	2,99%	13	6,57%	1,20 (0,27)	0,44
	Uso de suplem.	Con suplem.	17	25,37%	47	23,74%	0,07
	Sin suplem.	50	74,63%	151	76,26%	(0,79)	
	<i>Vitaminas</i>	7	10,45%	23	11,62%	0,07 (0,79)	0,89
	<i>Carnitina</i>	6	8,96%	8	4,04%	2,42 (0,12)	2,34
	<i>Proteínas</i>	5	7,46%	18	9,09%	0,17 (0,68)	0,81
Total		67	100,0%	198	100,0%		

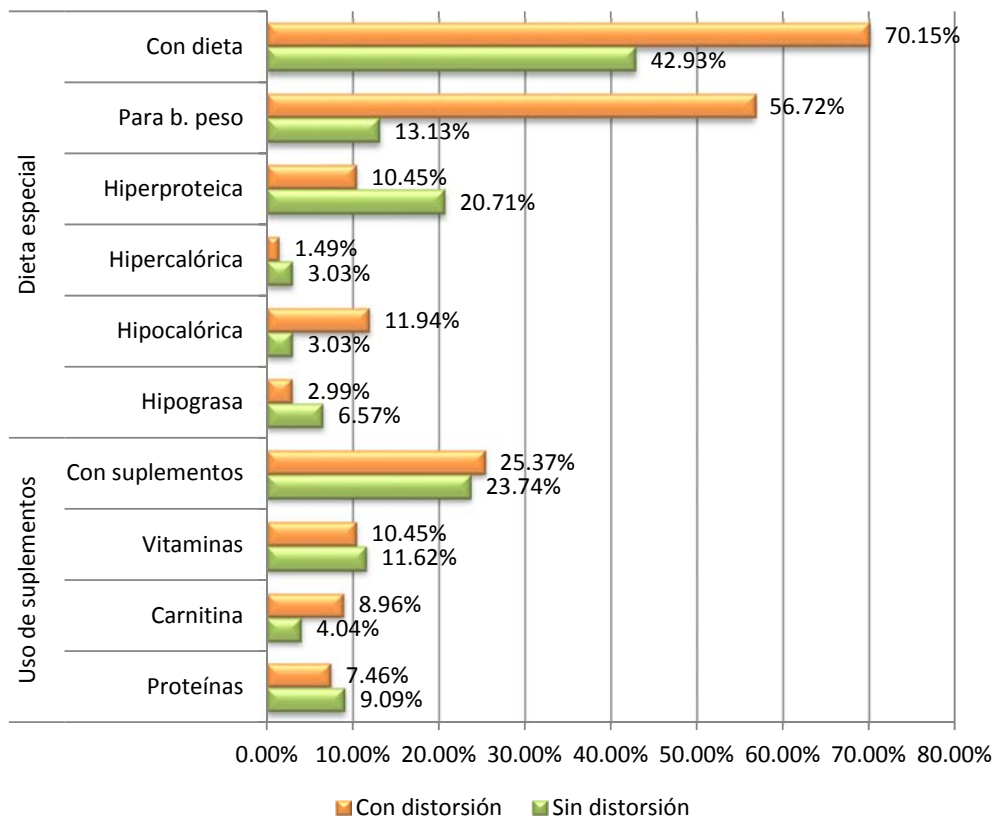
**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

En la Tabla 11 se muestra la influencia de las actividades alimentarias en el trastorno de la imagen corporal; los usuarios con y sin trastorno tuvieron proporciones semejantes de sobrepeso y obesidad ($p > 0,05$), y el 70% de aquellos con trastorno usa una dieta especial, comparado con 42,93% en el grupo sin trastorno ($p < 0,05$) y se asocia con un riesgo 3,12 veces mayor de desarrollar trastorno de la imagen corporal; en relación al tipo de dieta, fue la dieta “para perder peso” la que se asoció a un riesgo 8,67 veces mayor de trastornos, así como la dieta hipocalórica (OR = 4,34) mientras que las demás dietas fueron más frecuentes en aquellos sin trastorno de la percepción de la imagen corporal. En cuanto al uso de suplementos vitamínicos, no fueron significativamente diferentes entre ambos grupos ($p > 0,05$).

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA SATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A GIMNASIOS EN LA CIUDAD
DE AREQUIPA, AÑO 2013**

Gráfico 11

Factores nutricionales asociados a distorsión de imagen corporal





DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El objetivo del presente estudio fue 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. Se realizó la presente investigación debido a que personalmente me parece muy importante este tema que no es muy conocido en la actualidad pero que constituye un problema de salud pública debido a la influencia tanto en jóvenes como en personas adultas e inclusive niños que en muchas ocasiones llevan a problemas tales como depresión, baja autoestima, trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia, bulimia y otros que no son temas muy tocados por el tabú que crea la sociedad.

Para tal fin se realizó una encuesta a una muestra de personas que asisten a diferentes gimnasios de la ciudad de Arequipa, para indagar acerca de datos personales, del ejercicio y de alimentación, y se aplicó el Cuestionario BSQ. (Body Shape Questionnaire) para conocer la alteración en la percepción de la imagen corporal. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado, asociando factores con prueba odds ratio.

La **Tabla y Gráfico 1** muestra la distribución de los asistentes a los gimnasios estudiados; el 49,43% asistió al gimnasio “Strong”, 16,98% al gimnasio “A-nimal”, 12,83% al “Esculturality”, 11,32% al “Kratos” y 9,43% al gimnasio “T-Rex”. La mayor cantidad de público al gimnasio strong posiblemente se deba a que este cuenta con más salas de baile, maquinas, ambientes amplios y cómodos para las personas que acuden a este: Además de ser accesible a la economía de las personas.

La **Tabla y Gráfico 2** muestran el tiempo de asistencia al gimnasio en los encuestados; el 27,92% asiste ente 6 y 11 meses, y 24,15% lo hace entre 12 y 17 meses, con un segundo pico de personas que asiste entre 2 y 3 años (14,34%). El tiempo promedio de asistencia a los gimnasios fue de 21 meses, con variación entre 15 días y 10 años. No se encontró antecedentes que comparen el tiempo de asistencia a gimnasios con el trastorno de la percepción de imagen. Podría decirse que el tiempo de asistencia al gimnasio de parte de los encuestados prevalece de 6 a 11 meses, un periodo relativamente corto quizá por que mucho abandonan su rutina, debido a la falta de disciplina, retornando a sus casas para seguir sus propias dietas, además podríamos decir de aquellas personas que quieren bajar de peso, asisten pocos meses al gimnasio, cumpliendo solo su objetivo.

El promedio de la población asistente a gimnasios es de 21 meses, sin olvidar aquellas personas que asisten muchos años a las que podrían considerarse como personas muy disciplinadas respecto a su salud.

La **Tabla y Gráfico 3** muestran que el 55,85% del total de asistentes fueron mujeres, con edades comprendidas en 61,51% de casos entre los 20 y 29 años; la edad promedio para los varones fue de 25,31 años y para mujeres de 23,43 años, siendo estas edades significativamente diferentes ($p < 0,05$). Dicho resultado refleja la mayor preocupación de la imagen corporal por parte de las mujeres, esto se debe a la influencia del entorno social, la presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad puede ser factores predisponentes (3). Además las mujeres se podrían preocupar más por su imagen corporal para verse bien y ser mucho más atractivas para tener una pareja, ya

que el sexomasculino muchas veces busca las medicas perfectas “90-60-90” siendo muy importante la apariencia física para la mujer.

En la Tabla y Gráfico 4 se muestra el estado civil de los asistentes a los gimnasios, solteros en 86,04%, convivientes en 8,30% y casados en 5,66%. Según Pinto N. su estudio “Vigorexia como trastorno e la conducta alimentaria y su relación con la autoestima en fisicoculturistas varones de gimnasios de Arequipa, 2010”(27) cuya población fue 120 fisicoculturistas de diversos gimnasios, donde estableció el porcentaje de solteros es mayor debido a que estas personas están libre de preocupaciones familiares, los que disponen de más tiempo para dedicarlo al gimnasio, ya que en la actualidad para poder satisfacer las necesidades básicas de una familia comprende el trabajar, dedicar tiempo a los hijos, lo que la persona soltera está libre de esas responsabilidades.

Además según la literatura es probable que el sexo femenino y el estado civil soltero tengan mayor predisposición a este problema (21), llegando a las mismas conclusiones.

Tabla y Gráfico 5 El tipo de ejercicio que realizan los atletas fue el baile en 47,92%, las pesas en 30,19%, ejercicios de musculación en 25,28%, el 19,25% realiza spinning, 9,43% gimnasia, y 6,04% realiza otros ejercicios (cardiovasculares). No se encontró antecedentes que relacionen directamente los tipos de ejercicio con el trastorno de la percepción de la imagen corporal. Diríamos que el baile es uno de los que tiene mayor porcentaje de asistentes ya que muchos de ellos acuden porque es una forma de bajar de peso, desestresarse, aparte de aprender los pasos de la música que es bailada en fiestas, discotecas, etc.

Las características de la alimentación de los asistentes a los gimnasios se muestran en la **Tabla y Gráfico 6**; el 49,81% combina sus ejercicios con dietas especiales, dentro de los cuales está la dieta para bajar de peso en 48,48% de personas con dieta, dietas hiperproteicas en 36,36%, hipograsa en 11,36%, e hipocalórica en 10,61% entre otras. El consumo de suplementos dietéticos se observó en 24,15% de usuarios, y entre ellos predominó el consumo de vitaminas (46,88%), proteínas (35,94%) y carnitina (21,88%). Entonces las personas que acuden a gimnasios y que consume una dieta para bajar de peso, posiblemente sea porque tengan sobre peso, obesos, o simplemente tenga insatisfacción corporal motivo por el cual consuman una dieta para bajar de peso y poder verse más delgados.

Las dietas hiperproteicas son mayormente consumidas por los que realizan musculación, o hacen pesas, para poder incrementar sus músculos, Zepeda E, Franco K, Valdez E. en su estudio: “Estado nutricional y sintomatología de dismorfofobia en varones usuarios de gimnasio”(24) cuya población fue de 100 usuarios de gimnasios quienes contestaron la escala de motivación por la musculatura y un formato de hábito alimentario, el 22% de los participantes presentaron síntomas de dismorfismo muscular, la dieta que llevaron a cabo los varones con síntomas de dismorfismo muscular fue hiperproteica que la dieta de los varones sin síntomas de dismorfismo muscular con una diferencia marginalmente significativa.

Luego de la aplicación del cuestionario BSQ, se estableció que un 25,28% de usuarios de los gimnasios tienen alteraciones o distorsión en la percepción de la figura corporal, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 8**. Según Collavino C. en su estudio “Determinación de la frecuencia de vigorexia y su relación con la insatisfacción corporal en personas que acude a gimnasios de Arequipa 2012” (25) cuya población

fue de 402 usuarios que acuden a diversos gimnasios, aplicando el cuestionario BSQ evidencio un grado de insatisfacción corporal de 28.86% de los 402 usuarios a los gimnasios de Arequipa. Además Lagos Hernandez R., Quilodrán Salazar V., Viñuela Arévalo N. en su estudio “Percepción de la imagen corporal de mujeres y hombres de primer año ingreso 2010, en la Universidad Autónoma de Chile, sede Temuco, Región de la Araucanía” (26), quienes utilizaron el body Shape Questionnaire (BSQ), aplicando a 685 universitario de los cuales 405 mujeres y 280 hombres, concluyeron que el 27.5 % tenía insatisfacción corporal es decir 276 estudiantes universitarios.

Se podría decir que el porcentaje de insatisfacción corporal es similar en las poblaciones de los gimnasios y estudiantes universitarios en estos trabajos.

En la **Tabla y Gráfico 9** se muestran los potenciales factores sociodemográficos de los pacientes en relación a su alteración de la percepción de la figura corporal; se encontró que fueron las mujeres las que poseen mayor frecuencia de esta alteración (82,09% de personas con el trastorno son mujeres, comparadas con 53,03% de varones sin alteraciones; $p < 0,05$) y el sexo femenino se asoció a un OR de 5,17 veces más probabilidad de desarrollar trastornos de la percepción de la imagen corporal. Los demás factores fueron semejantes entre los grupos con y sin alteraciones de la percepción de la imagen corporal ($p > 0,05$). Se podría considerar al factor género femenino como factor de riesgo para el desarrollo de esta afectación.

Posiblemente las mujeres en cuanto al sexo tienen mayor frecuencia de la alteración de su percepción corporal debido a que están más influenciadas por la sociedad creando un ideal estético (3). Lagos Hernandez R. (26), en su estudio ya descrito indica que de 405 estudiantes mujeres, hay 156 casos en donde existe preocupación

por su imagen, y de los 280 hombres, 20 presentaron preocupación por su imagen. Además como otro factor sociodemográfico indicó que el promedio de edad para su estudio es de 19.5 años, a más edad menor insatisfacción corporal..

Entonces se debería concluir respecto a factores sociodemográficos, es más frecuente en mujeres solteras, con una edad promedio de 23.3 años

La **Tabla y Gráfico 10** muestran los factores de la actividad física que influyen en la alteración de la percepción corporal; el tipo de ejercicios fue diferente entre los dos grupos, ya que en personas sin trastorno de la percepción de imagen corporal predominó el ejercicio con pesas o de musculación, los ejercicios cardiovasculares ($p < 0,05$), estas formas de ejercicio no se asocian con distorsión de la imagen, mientras que los que hacen spinning o practican gimnasia tienen más frecuencia en los grupos con distorsión de la imagen corporal (28,36% con alteración de la imagen versus 16,16% sin alteración de la imagen para el spinning; el 16,42% con alteración de la imagen y 7,07% sin alteración de la imagen para la gimnasia; $p < 0,05$), estas formas de ejercicio se asociaron aun OR 2,05 veces mayor para el spinning y con un OR de 2,58 para la gimnasia en relación a la presentación de alteraciones de la percepción de la imagen corporal. Se podría concluir que la mayoría de personas que asisten a los gimnasios y no tienen trastornos de percepción de su imagen son los que realizan pesas, musculación.

Finalmente, en la **Tabla y Gráfico 11** se muestra la influencia de las actividades alimentarias en el trastorno de la imagen corporal; los usuarios con y sin trastorno tuvieron proporciones semejantes de sobrepeso y obesidad ($p > 0,05$), y el 70% de aquellos con trastorno usa una dieta especial, comparado con 42,93% en el grupo sin

trastorno ($p < 0,05$) y se asocia con un riesgo 3,12 veces mayor de desarrollar trastorno de la imagen corporal; en relación al tipo de dieta, fue la dieta “para perder peso” la que se asoció a un riesgo 8,67 veces mayor de trastornos, así como la dieta hipocalórica (OR = 4,34) mientras que las demás dietas fueron más frecuentes en aquellos sin trastorno de la percepción de la imagen corporal. En cuanto al uso de suplementos vitamínicos, no fueron significativamente diferentes entre ambos grupos ($p > 0,05$).

Collavino C.(25), en su estudio “Determinación de la frecuencia de vigorexia y su relación con la insatisfacción corporal en personas que acude a gimnasios de Arequipa 2012” acerca del índice de masa corporal determina que el 35.34% de los casos con vigorexia la cual es un trastorno de la percepción de la imagen corporal(2) presentan sobrepeso debido al exceso de ejercicio anaeróbico realizado en el gimnasio; además de consumir una dieta hipocalórica, hiperproteica y consumo de otras sustancias,; por lo que el organismo debe trabajar el doble para metabolizar estas sustancias lo cual puede generar desequilibrios orgánicos. Entonces podríamos decir que la mayoría de las personas con alteración de su imagen corporal hacen dietas especiales, hipocalóricas, para bajar de peso ya que no se sienten bien con su figura. En comparación con Collavino(25), debemos considerar que en ambas poblaciones hay una dieta hipocalórica, pero en la tesis de vigorexia además de ser hipocalórica, es hiperproteica para el aumento de masa muscular.



CONCLUSIONES

- Primera.** El 25,28% de personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa presentan insatisfacción con su imagen corporal.
- Segunda.** Las personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa realizan predominantemente actividades de baile, pesas y musculación..
- Tercera.-** La mitad de las personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa realizan una dieta especial, en dos grupos, para bajar de peso y con dietas hiperproteicas, y una cuarta parte consume suplementos vitamínicos.
- Cuarta.-** Los factores que se relacionan a la presencia de insatisfacción con la imagen corporal en personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa son el sexo femenino (OR = 5,17), el ejercicio con gimnasia (OR = 2,58) o spinning (OR = 2,05) así como la dieta para bajar de peso (OR = 8,67) y la dieta hipocalórica (OR = 4,34)

SUGERENCIAS

- 1) Se recomienda a los gimnasios que cuenten con un departamento de nutrición, así mismo un departamento de psicología para poder dar charlas , y orientar a los asistentes de los gimnasios acerca de sus dieta, o como ven su imagen corporal.
- 2) Se aconseja realizar estudios de investigación al centro de investigación de la universidad para identificar población en riesgo de presentar alteración en su imagen corporal por ser más propensos a presentarlo.
- 3) Se recomienda a la universidad realizar charlas periódicamente acerca de la importancia de la imagen corporal y autoestima a los estudiantes.
- 4) Promover mediante campañas a través de los medios de comunicación contra los problemas de conducta alimentaria, o trastornos dismórficos, los cuales se van incrementando día a día.

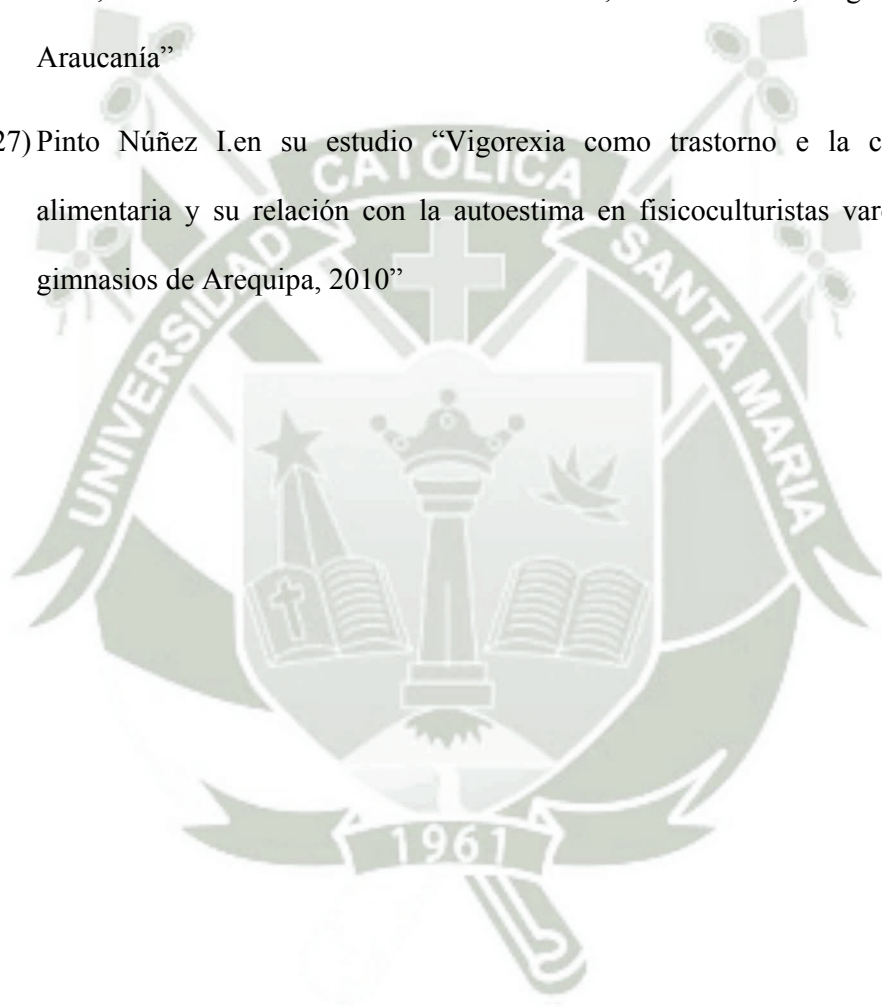
BIBLIOGRAFÍA

- 1) Asociación Psiquiátrica Americana (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona. Masson.
- 2) Pope H, Katz D, Hudson J. Anorexia Nervosa and “Reserve Anorexia” Among 108 Male Bodybuilders. *Comprehensive psychiatry* 1993; 34 (6):406-409
- 3) Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*.8, 2007, 171-183. <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>.
- 4) Einar K, Berit A, Gunnar G. La dependencia del ejercicio en la mujer físicamente activa *Eur. J Psychiat*. 2003, 17(3): 135-145
- 5) Calvo R. Trastornos de la alimentación (I): análisis. En: *Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Ediciones Pirámides, 1992:211-25.
- 6) Virseda J. Autoimagen y alimentación, un estudio preliminar. *Psicol Iberoam* 1995;3(2):35-9.
- 7) Ravaldi C, Vannacci A, Bolognesi E, Mancini S, Faravelli C, Ricca V. Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in ballet dancers. *J Psychosom Res*. Oct 2006;61(4):529-35.
- 8) Striegel-Moore RH, Franko DL, Thompson D, Barton B, Schreiber GB, Daniels SR. Caffeine intake in eating disorders. *Int J Eat Disord*. Mar 2006;39(2):162-5

- 9) O'Mahony JF, Hollwey S. Eating problems and interpersonal functioning among several groups of women. *Clin Psychol* 1995;5(3):345-51.
- 10) Ravaldi C, Vannacci A, Bolognesi E, Mancini S, Faravelli C, Ricca V. Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in ballet dancers. *J Psychosom Res.* Oct 2006;61(4):529-35.
- 11) Swanson S, Crow SJ, Le GD, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 714-723.
- 12) Peláez-Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res* 2007; 62 (6): 681-90.
- 13) Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry* 2005; 186 (2): 132-5.
- 14) Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry* 2011; 198 (4): 295-301.
- 15) Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry.* Jul 2006;163(7 Suppl):4-54.
- 16) Waller G, Sines J, Meyer C, Foster E, Skelton A. Narcissism and narcissistic defences in the eating disorders. *Int J Eat Disord.* Mar 2007;40(2):143-8.
- 17) Fichter MM, Quadflieg N. Long-term stability of eating disorder diagnoses. *Int J Eat Disord.* Nov 2007;40 Suppl:S61-6.

- 18) Cooper P. et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders* 6: 485-494. 1986
- 19) Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders* 2011; 42-52.
- 20) Perales A, Zambrano M, Vasquez-Caucedo G (Ed). *Compendio de Psiquiatría "Humberto Rotondo"*. Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNMSM. 1ra edición, 2008.
- 21) Hollifield M, H. Chap. 17. Somatoform disorders. In: Sadock B (Ed). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Ten edition, 2009. Lippincott, Williams & Wilkins
- 22) Baile Ayensa J, González Díaz A, Ramírez Ortiz C, Suárez Andujo P. Imagen corporal, hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios no usuarios. *Revista de Psicología del deporte* 2011. Vol. 20, núm. 2, pp. 353-366.
- 23) Behar R, Molinari D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Rev. méd. Chile* 2010; vol.138, n.11: 1386-1394 .
- 24) Zepeda E, Franco K, Valdes E. Estado nutricional y sintomatología de dismorfia muscular en varones usuarios de gimnasio. *Rev. chil. nutr.* 2011, vol.38, n.3: 260-267

- 25) Según Collavino C. en su estudio “Determinación de la frecuencia de vigorexia y su relación con la insatisfacción corporal en personas que acude a gimnasios de Arequipa 2012”
- 26) Lagos Hernandez R., Quilodrán Salazar V., Viñuela Arévalo N. en su estudio “Percepción de la imagen corporal de mujeres y hombres de primer año ingreso 2010, en la Universidad Autónoma de Chile, sede Temuco, Región de la Araucanía”
- 27) Pinto Núñez I. en su estudio “Vigorexia como trastorno e la conducta alimentaria y su relación con la autoestima en fisicoculturistas varones de gimnasios de Arequipa, 2010”





Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Nº de Ficha: _____

1. Iniciales: _____ Edad: _____ años
2. Sexo: Varón Mujer
3. Estado civil: Soltero Conviviente Casado
4. Tiempo que acude a gimnasios: _____ meses
5. Peso: _____ kg Talla: _____ m IMC: _____
6. Qué tipo de ejercicios haces en el gimnasio?
Pesas Musculación Spinning Gimnasia Baile
Otros. _____
7. Consumes alguna dieta especial? No Si
Para bajar de peso Hiperproteica Hipercalórica
Hipocalórica
Otra _____
8. Consume suplementos dietéticos: No Si
Vitaminas Carnitina Hormonas
Otro _____

Observaciones:.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO 2. Cuestionario BSQ

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu cuerpo. Lee cada pregunta y señala con una X el numero que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

	1 Nunca	2 Es raro	3 A veces	4 A menudo	5 Muy a menudo	6 Siempre
1 Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
2 Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?						
3 Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
4 Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?						
5 Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?						
6 Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?						
7 Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?						
8 Has evitado correr para que tu piel no saltara?						
9 Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?						
10 Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
11 El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?						
12 Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
13 Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)						
14 Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
15 Has evitado llevar ropa que marcasen tu figura?						

16 Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						
17 Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?						
18 Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?						
19 Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?						
20 Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
21 La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?						
22 Te has sentido mas a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vació (por ejemplo por la mañana)?						
23 Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)						
24 Te ha preocupado que la gente vea “llantitas” en tu cintura?						
25 Has pensado que no es justo que otras chavas/os sean mas delgadas/os que tu?						
26 Has vomitado para sentirte más delgado/a?						
27 Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?						
28 Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?						
29 Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?						
30 Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?						
31 Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?						
32 Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?						
33 Te has fijado mas en tu figura cuando estas en compañía de otra gente						
34 La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?						

Insatisfacción con la imagen corporal: >105 al final del test.



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Frecuencia y factores asociados a los trastornos de la satisfacción con la imagen corporal en jóvenes que asisten a gimnasios en la ciudad de Arequipa, año 2013”

Autora:

ANN LIZBETH SOTAYA GÓMEZ

Proyecto de Investigación para optar el Título Profesional
de Médico Cirujano

**Arequipa - Perú
2013**

I. PREÁMBULO

La imagen corporal es la representación mental del cuerpo, que se va gestando en la niñez, pero es en el periodo de la adolescencia donde resulta trascendental para el desarrollo psicosocial del individuo. La imagen del cuerpo constituye una parte muy importante de la autoestima, sobre todo en la adolescencia. La distorsión de la imagen corporal es un criterio diagnóstico para los trastornos alimentarios. Las personas con trastornos alimentarios perciben su cuerpo o ciertas partes de él, más grandes, voluminosas o incluso de manera desproporcionadas de lo que realmente son.

En las últimas décadas se propende a tomar como modelos de conductas y comportamiento a imágenes de personas musculosas y delgadas, que junto con las recomendaciones de diferentes organismos para incrementar la práctica de ejercicio para combatir el sobrepeso y la obesidad, ha llevado a que muchas personas busquen realizar actividades físicas en gimnasios. En personas jóvenes y adolescentes puede relacionarse con la búsqueda de una imagen corporal ideal, definida, musciosa y delgada. Sin embargo, es riesgoso que personas que tienen trastornos en la percepción de su autoimagen busquen incrementar sus niveles de actividad física a pesar de haber alcanzado estándares de peso, definición corporal o masa muscular adecuados.

No hemos encontrado estudios relacionados a los trastornos de la percepción de la imagen corporal en personas que acuden a gimnasios, a pesar de que en nuestra experiencia personal hemos observado que existen adolescentes y jóvenes que buscan desarrollar más y más su masa muscular o de bajar de peso a pesar de haber logrado un nivel adecuado para su edad o su condición física. Esto despertó el interés personal por desarrollar esta investigación.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es 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?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Imagen corporal

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Valores o categorías	Tipo de variable
<i>Características sociales</i>			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Numérica de razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino o femenino	Categórica Nominal
Estado civil	Unión civil	Soltero, conviviente, casado, separado	Categórica Nominal
<i>Características nutricionales</i>			
Suplementos dietéticos	Consumo de suplementos	Sí / No	Categórica nominal

Dieta especial	Consumo de dieta especial	Dieta rica en proteínas, con restricción calórica, normal	Categoría nominal
IMC	Relación peso y estatura Kg/m ²	Adelgazado (< 18,5), normal (18,5-24,9) Sobrepeso (25-29.9) Obeso (30 a más)	Categoría ordinal

Características de la actividad física

Tiempo que acude al gimnasio	Fecha de inicio de actividad	Meses	Numérica de razón
Tipo de ejercicio	Rutina de gimnasio	Pesas, aeróbico, prensa, etc	Categoría nominal

Características de la imagen corporal

Satisfacción con la imagen corporal	Respuestas a cuestionario BSQ	Satisfecho / Inatisfecho	Categoría Nominal
-------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de insatisfacción con la imagen corporal en personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa?
2. ¿Cuáles son las características de la actividad física de las personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa?
3. ¿Cuáles son las características nutricionales de las personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa?
4. ¿Cuáles son los factores que se relacionan a la presencia de insatisfacción con la imagen corporal en personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa?

- d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

- e) **Nivel de investigación:** Según Altman se trata de un estudio observacional analítico, prospectivo y transversal.

1.3. Justificación del problema

El presente trabajo va a 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, año 2013; existen estudios que evalúan algunos problemas de salud en personas que acuden a gimnasios, como la presencia de trastornos alimentarios, pero no se ha encontrado estudios que evalúen la percepción de la imagen corporal, por lo que el estudio es original.

Tiene relevancia social, ya que incumbe directamente a nuestra sociedad, contribuyendo a una detección temprana y a un mejor pronóstico de este problema, dado que puede afectar a grupos de adolescentes y jóvenes que se constituyen en el futuro de la sociedad.

Tiene relevancia científica, ya que los trastornos de la salud mental pueden tener influencias negativas sobre la salud física, lo que queda demostrado por la evaluación en la tasa de frecuencia de este tipo de distorsiones tanto en la conducta alimentaria como en la distorsión de la imagen corporal.

Es un estudio práctico ya que permitirá conocer la magnitud del problema e identificar factores potencialmente prevenibles que permitan mejorar la calidad de salud mental y física de aquellos interesados por mejorar su

estado de salud al acudir a gimnasios. Así mismo el investigador cuenta con todos los recursos y medios necesarios para que dicho trabajo se lleve a cabo; es contemporáneo debido al interés permanente para la salud pública de los trastornos de la percepción de la imagen corporal suicidio y los estudios relacionados.

El estudio es factible de realizar debido al diseño prospectivo y a la existencia de interés en las personas que acuden a los gimnasios.

La motivación personal de dicho trabajo es que el área de la psiquiatría resulta muy interesante, es por eso que realizó este tema para así contribuir en la parte académica al campo de la medicina y a la sociedad, ya que considero que el problema se viene incrementando día a día. Además el presente trabajo cumple con las políticas de investigación de la Universidad en esta etapa del desarrollo profesional.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo. Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así. La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos, aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen (2).

La imagen corporal se compone de varias variables (3):

- a) **Aspectos perceptivos:** precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.
- b) **Aspectos cognitivos-afectivos:** actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia.
- c) **Aspectos conductuales:** conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje.

La percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico.

2.2. FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL NEGATIVA (3)

Nuestra sociedad occidental ha convertido al cuerpo y a sus cuidados en un negocio, así la preocupación por el cuerpo y la apariencia física se ha convertido en una fuente de consumo y en una industria. La consecuencia es que la atención de mucha gente está centrada en el aspecto físico. Esta preocupación con el cuerpo y la insatisfacción con el mismo pueden ir desde una preocupación normal hasta llegar a ser patológica.

En la formación de la imagen corporal existen dos variables importantes, por un lado la importancia de la imagen corporal para la autoestima y la satisfacción o insatisfacción con la misma. En la formación de una imagen corporal negativa confluyen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento.

2.2.1. Factores predisponentes (3)

a) Sociales y culturales:

Proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración de la delgadez, la estigmatización de la gordura, la falacia sobre la manipulación del peso y del cuerpo). La presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre

hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad pueden ser factores predisponentes.

b) Modelos familiares y amistades:

El modelado de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo y prestando una excesiva atención hace que un niño/a aprenda esas actitudes. Por otro lado, ser criticado o sufrir burlas hacia el cuerpo por parte del grupo de iguales hace a una persona más vulnerable.

c) Características personales

La baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos.

d) Desarrollo físico y feedback social

Los cambios de la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las características del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad.

e) Otros factores

La obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, haber fracas. sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente a una persona sobre su apariencia física.

Todos estos factores dan lugar a la construcción de la imagen corporal, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen latentes hasta la aparición de un suceso.

2.2.2. Factores de mantenimiento

Suceso activante: la exposición del cuerpo, el escrutinio social, la comparación social, el que alguien cercano solicite un cambio, etc., son acontecimientos que activan el esquema de la imagen corporal de tipo negativo y que producen malestar.

La disforia y el malestar conducen a la realización de conductas de evitación, a rituales, comprobaciones que activan pensamientos y autoevaluaciones negativas que realimentan la disforia y que resultan ineficaces para manejar las situaciones, las emociones, las preocupaciones y los pensamientos negativos y que resultan ser factores de mantenimiento del trastorno.(3)

2.3. ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL:

2.3.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En los trastornos de alimentación aparece insatisfacción con la imagen corporal y preocupaciones centradas de un modo global en el peso o tamaño del cuerpo y de modo específico en las nalgas, cintura, muslos y cadera (partes relacionadas con expectativas de maduración sexual y social). Los pensamientos están centrados en la delgadez y las conductas motoras son la realización de dietas, el uso de laxantes y purgantes, el ejercicio físico excesivo y la evitación de situaciones. A pesar de que los programas terapéuticos se centran en la estabilización del peso y en los patrones de alimentación, se sabe que la insatisfacción con la imagen corporal está presente en el inicio, el mantenimiento de los trastornos de alimentación y es uno de los factores más importantes de recaída y mal pronóstico. La realización de dietas es un intento de paliar la insatisfacción corporal y la discrepancia entre el ideal corporal y la propia realidad.

(5)

Su evolución, la frecuente comorbilidad médica que presenta y el que muchas veces adoptan formas clínicas enmascaradas que en ocasiones conducen a errores o retrasos en el diagnóstico

2.3.2. ANOREXIA NERVIOSA:

Clínicamente se considera a la anorexia nerviosa como un síndrome específico, cuyas características esenciales son las descritas en el DSM-IV (1), o sea, rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso, alteración

significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo y la aparición de la amenorrea en las mujeres.

La anorexia nerviosa se presenta fundamentalmente en el sexo femenino (menos del 10 % de las personas anoréxicas son del sexo masculino). Por tal motivo, usaremos el término *anoréxica* para referirnos a pacientes con esta entidad, comprendiendo a pacientes de uno y otro sexo.

Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa (DSM IV 2008)

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Subtipos

- **Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)
- **Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

La evolución de la anorexia nerviosa puede ser variada: algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio; otras presentan episodios fluctuantes, con ganancia de peso seguido de recaídas; y en otros casos, si no se establece un programa terapéutico, puede surgir un desarrollo de progresiva

desnutrición con la posibilidad de desembocar en estados caquéticos, y la muerte por inanición, suicidio o desequilibrio metabólico. (5)

Entre las anoréxicas existe la alteración de la percepción del peso y la silueta corporal, pareciéndoles a ellas estar obesas a pesar de estar delgadas, también se preocupan por algunas partes de su cuerpo que les parecen demasiado gruesas, es decir, hay una alteración de la imagen corporal (6). Por ello el término "imagen corporal" se utiliza para referirse a la "imagen" que se tiene en mente y también a los sentimientos relativos a estos aspectos del cuerpo, los cuales pueden ser de satisfacción o insatisfacción (6). Las percepciones distorsionadas de su cuerpo favorecen el mantenimiento del cuadro anoréxico, pues genera ansiedad y lleva al paciente a continuar la dieta.

2.3.3. BULIMIA:

La bulimia palabra se deriva de las palabras griegas *bous* (buey) y *limos* (hambre), lo que indica un estado de hambre excesiva. Entre los trastornos de la alimentación, la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa son mucho más comunes en las mujeres jóvenes, mientras que el trastorno, el trastorno alimenticio más común en general, es más común en los adultos.

La bulimia nerviosa incluye regularmente conductas compensatorias que están destinadas a liberar el cuerpo del exceso de calorías consumidas durante los atracones alimentarios. El DSM-IV-TR (1) reconoce dos variantes principales de la bulimia nerviosa: la purgativa (es decir, la compensación mediante vómitos autoinducidos y/o la ingestión excesiva de laxantes para inducir diarrea) y la no purgativa (es decir, comer

en exceso asociados con el uso de medidas compensatorias no purgativas, como el ejercicio excesivo, sustancias estimulantes y / o ayuno). La frecuente asociación del tabaquismo con bulimia nerviosa puede a veces reflejar conductas compensatorias, en que el consumo de nicotina parece suprimir, mientras que dejar de fumar provoca aumento de peso en algunas personas.

Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa [307.51]

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Tipos:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente al vómito o laxantes.

2.3.4. ORTOREXIA

Ortorexia nerviosa es un término que designa un trastorno en el que existe una obsesión enfermiza con la alimentación saludable, una dedicación extrema a las dietas extremas que pueden perjudicar una buena nutrición. El énfasis está en la calidad, no

la cantidad, de los alimentos en la dieta. La ortorexia nerviosa no ha sido reconocida como una entidad médica aceptada por el DSM IV-TR.

El término fue propuesto en 1996 por el médico estadounidense Steven Bratman, como término paralelo a la anorexia nerviosa. Del griego *orto* (correcto) + "*-exia*" (apetito) = apetito correcto o por lo correcto. (17)

2.3.5. VIGOREXIA:

También denominado "anorexia inversa", dismorfía muscular, dimorfofobia, complejo de adonis. El término vigorexia entró al vocabulario psicológico en 1993 por Harrison G. Pope, psiquiatra de Harvard Medical School, que afirmó que cerca del 10% de personas que acuden a los gimnasios tienen un trastorno obsesivo relacionado con el desarrollo de los músculos (2).

Este trastorno se refiere a ganar peso a través de la masa muscular, no de grasa, convirtiéndose en un trastorno obsesivo, deteriorando las relaciones socio-laborales, por lo que los afectados pasan gran parte de su tiempo en gimnasios y evitando reuniones sociales para que los demás no puedan ver su cuerpo.

Cuando el constante ejercicio hace el efecto esperado (crecimiento de la masa muscular) quienes sufren de Vigorexia no lo ven así, creen que siguen débiles, por lo que recurren entonces a una alimentación rica en proteínas y carbohidratos, prescinden de las grasas y, en algunos casos, llegan a consumir hormona del crecimiento, esteroides y anabólicos.

Se ha sugerido que la anorexia Nervosa podría ser análoga con la dependencia al ejercicio, o que la dependencia al ejercicio debería verse con otro trastorno, o que ambas estén relacionadas y sean variantes de un trastorno obsesivo-convulsivo (4).

2.4. TRASTORNO SOMATOMORFO:

Se refiere a la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia). Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. A diferencia de lo que ocurre en los trastornos facticios y en la simulación, los síntomas físicos no son intencionados (p. ej., bajo control voluntario) (21).

2.4.1. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN:

El trastorno de somatización (llamado antiguamente “histeria crónica” o “síndrome de Briquet”) es un diagnóstico aplicado a pacientes que se quejan crónica y persistentemente de varios síntomas físicos que no tienen un origen físico identificable (20).

2.4.2. TRASTORNO DE CONVERSION

Consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras o sensoriales y que sugieren un trastorno neurológico o alguna otra enfermedad médica. Se considera que hay factores psicológicos asociados a los síntomas o disfunciones (1).

2.4.3. TRASTORNO POR DOLOR

Consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de acción clínica. Además se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio gravedad, exacerbación o persistencia (1).

2.4.4. HIPOCONDRIA

Es una exagerada y ansias preocupación, un manifiesto temor o la idea de tener una severa enfermedad, a partir de una mala interpretación de los síntomas o funciones corporales (1).

2.4.5. TRASTORNO DISMÓRFICO

De acuerdo a la asociación psiquiátrica americana (APA) (1), el trastorno dismórfico se define como una preocupación excesiva por un “defecto corporal” inexistente o de escasa entidad. Esta preocupación es exagerada, produce malestar e interfiere gravemente en la vida cotidiana del sujeto dificultando las relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas.

Es una enfermedad poco estudiada, en parte debido a que resulta más probable que los pacientes visiten a un dermatólogo, internista o cirujano plástico que a un psiquiatra, los datos disponibles indican que la edad de inicio más habitual es de 15 y 30 años, además es habitual que los pacientes no estén casados, siendo las mujeres más afectadas que los hombres (25).

Los estereotipos de belleza enfatizados en determinadas familias y, en general, en la cultura actual pueden tener un efecto significativo en los pacientes afectados por este trastorno (25)

Así, en el trastorno dismórfico corporal la preocupación puede referirse a partes del cuerpo o a aspectos más globales, así como a defectos faciales, la forma, el tamaño, el peso, la simetría de partes del cuerpo y los olores. Las preocupaciones en los

hombres se refieren usualmente a la cintura, el estómago y el peso con referencia a la masa muscular, en cambio en las mujeres a las nalgas, las caderas y los muslos (20).

Son criterios para diagnóstico (DSM IV-TR) (1):

- A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa)

2.5. EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL:

Debe incluir los siguientes aspectos (19):

- (a) Percepción y estimación del tamaño y forma del cuerpo
- (b) Aspectos cognitivos y emocionales: creencias y preocupaciones, su intensidad frecuencia y duración, el malestar que origina y el grado de convicción sobre la existencia del defecto, el esfuerzo que realiza el paciente para controlar sus pensamiento
- (c) Aspectos conductuales: camuflaje, evitación
- (d) Otros problemas psicológicos: depresión, trastornos de alimentación
- (e) Dimensiones de personalidad: autoestima

2.5.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACION PARA IMAGEN CORPORAL

- Entrevistas
 - ✓ Body dysmorphic disorder disamination (BDDE, Rosen y Reiter, 1996)
- Aspecto perceptivo (Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn, 1998)
 - ✓ Estimación corporal global
 - ✓ Estimación de partes blandas
- Cuestionarios

2.5.2. El Cuestionario de Forma Corporal BSQ

El Cuestionario BSQ. (Body Shape Questionnaire) fue diseñado por Cooper et al en 1997 con la finalidad de valorar la insatisfacción corporal y preocupación por la figura en personas que sufrían trastornos alimentarios, tipo anorexia y bulimia nerviosa, también ha mostrado su capacidad para evaluar el malestar por la figura en personas que no sufren de estos trastornos. Es un cuestionario autoaplicado que consta de 34 ítems que se puntúan en una escala tipo lickert 1-6 que varía entre “siempre” y “nunca” (“nunca” / “raramente” / “a veces” / “a menudo” / “casi siempre” / “siempre”). Permite obtener una puntuación global (suma de las puntuaciones directas de los ítems). La puntuación total oscila de 34 a 204 puntos. (18)

Interpretación:

El BSQ representa una medida objetiva de la preocupación sobre la imagen corporal, las puntuaciones elevadas en el BSQ reflejan un posible trastorno del esquema corporal y es una herramienta útil para el screening de individuos en riesgo de desarrollar un trastorno del esquema corporal.

El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105. Así pues se considera patología una puntuación superior a 105 al final del test. Al menos en teoría, cuanto mayor exceda su puntuación ésta cifra, mayor es la distorsión que sufre sobre su figura corporal (19).

Fiabilidad:

El BSQ efectivamente tiene la capacidad de discriminar entre población con insatisfacción corporal de la población que no la presenta.

La versión de 34 ítems del BSQ mostró una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0.9735), y una estructura factorial de 3 factores principales que explican el 63.212 de la Varianza. El factor 1 (Insatisfacción Corporal) tiene un Alfa de 0.9587, factor 2 (Malestar con Imagen Corporal) con un Alfa de 0.9329 y finalmente el factor 3 (Devaluación de la Figura) muestra un Alfa de 0.8922.

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1 A nivel local

3.1.1 Autor: Collavino Cornejo, Juan Carlos

Título: Determinación de la frecuencia de vigorexia y su relación con la Insatisfacción corporal en persona que asisten a gimnasios de Arequipa 2012

Fuente: Tesis para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina. UCSM 2012

Resumen: Para la realización de este estudio se tomó una muestra poblacional de 402 usuario habituales de gimnasios de Arequipa escogidos por su viabilidad y foco representativo. Se concluyó que la incidencia de vigorexia de los 402 usuarios es de 33.08% que revela una elevada frecuencia del mismo en la ciudad de Arequipa a comparación de otras estimaciones realizadas en otros países.

3.1.2 Autor: Rodolfo Italo, Pinto Nuñez

Título: Vigorexia como trastorno de la conducta alimentaria y su relación con la autoestima en fisicoculturistas varones de gimnasios de Arequipa, 2010

Fuente: Tesis para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina. UCSM 2010

Resumen: En este estudio se aplicó los instrumentos validados: cuestionario Adonis Complex y el inventario de autoestima de coopersmith versión adulta a 120 fisicoculturistas varones de diferentes gimnasios.

Se presentó vigorexia de leve a moderada en un 57.5% y de grave a patológica en un 42.5% en cuanto a la autoestima el 90% estuvo entre media y alta. Concluyendo que los fisicoculturistas que acuden a los gimnasios presentaron niveles medios de autoestima, lo cual denota que la vida diaria de estos deportistas no se ve afectada y por lo tanto se aceptan y se valoran.

La vigorexia en los fisicoculturistas se presentó en forma moderada, sin embargo podría progresar aun cuadro patológico.

3.2 A nivel internacional

3.2.1 Autor: Baile Ayensa J, González Díaz A, Ramírez Ortiz C, Suárez Andujo P.

Título: Imagen corporal, hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios no usuarios.

Fuente: Revista de Psicología del deporte 2011. Vol. 20, núm. 2, pp. 353-366

Resumen: Este estudio tiene por objeto analizar si los varones usuarios de gimnasio se diferencian de los no usuarios, estos últimos,

universitarios procedentes de población general, en las siguientes variables: imagen corporal, hábitos de alimentación alterados y hábitos de ejercicio alterados. Participaron dos muestras: una de 78 hombres usuarios de gimnasios elegidos al azar entre gimnasios de Guadalajara (Jalisco-México), y 340 sujetos no usuarios de gimnasio, estudiantes de la universidad UNIVA en Guadalajara (JaliscoMéxico). Los resultados muestran que ambas submuestras, varones usuarios y no usuarios de gimnasio, no se diferencian en cuanto a imagen corporal medida con un cuestionario de actitudes. También se observó que los primeros tienen peores hábitos de alimentación y de ejercicio físico que los hombres de población general. La intensidad de la alteración de actitudes alimentarias y de actitudes hacia el ejercicio físico estaba en relación con el deseo de tener mayor tamaño y musculación, medido con una escala de figuras. Estos datos apuntan a que los usuarios de gimnasio tienen mayores tendencias patológicas en hábitos de alimentación y ejercicio físico que la población general, lo que podría estar relacionado con una práctica del deporte con fines estéticos más que de salud.

3.2.2 Autor:Lagos Hernandez R., Quilodrán Salazar V., Viñuela Arévalo N.

Título: Percepción de la imagen corporal de mujeres y hombres de primer año ingreso 2010, en la Universidad Autónoma de Chile, sede Temuco, región de la Araucanía

Fuente: Revista Digital de Buenos Aires-Año 17- N° 169- Junio 2012

Resumen: El objetivo de este trabajo fue determinara la percepción de

la imagen corporal en estudiantes que cruzan el primer año en la Universidad autónoma de Chile. El instrumento que se utilizó fue el body Shape Questionnaire (BSQ), aplicando a 685 universitarios, de los cuales 405 son mujeres y 280 varones, con promedio de edad de 19.5 años. Los resultados indican que se presentan diferencias en la preocupación por la imagen corporal entre mujeres y hombres, el ser hombre es determinante para tener un puntaje menor, mientras que ser mujer predispone a mayor preocupación por la imagen corporal.

3.3.3 Autor: Zepeda E, Franco K, Valdes E.

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

Fuente: Rev. chil. nutr. 2011, vol.38, n.3: 260-267

Resumen: El propósito de esta investigación fue evaluar la presencia de síntomas de Dismorfia Muscular (MD, por sus siglas en inglés) y el estado nutricional en varones usuarios de gimnasio. Participaron 100 usuarios de gimnasio quienes contestaron la Escala de Motivación por la Musculatura (DMS; por sus siglas en inglés) y un formato de hábitos alimentarios que incluyó el recordatorio de 24 horas. También se registraron las medidas antropométricas de los participantes. Los resultados mostraron que 22% de los participantes presentaron síntomas de MD. La dieta que llevaron a cabo los varones con síntomas de MD fue más alta en proteínas que la dieta de los varones sin síntomas de MD, con una diferencia marginalmente significativa. Asimismo, los varones con

síntomas de MD asistían al gimnasio más días y horas a la semana y consumían sustancias para aumentar masa muscular en mayor medida que los varones del grupo sin síntomas de MD. No se presentaron diferencias significativas entre los grupos respecto a la composición corporal. Se concluye que una cantidad importante de usuarios de gimnasio presentaron síntomas de MD y que la composición de su dieta puede alterar su estado nutricional.



4. Objetivos.

4.1. General

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.

4.2. Específicos

- 1) Conocer la frecuencia de insatisfacción con la imagen corporal en personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa.
- 2) Describir las características de la actividad física de las personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa.
- 3) Describir las características nutricionales de las personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa.
- 4) Identificar los factores que se relacionan a la presencia de insatisfacción con la imagen corporal en personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa.

5. Hipótesis

Debido a que las personas que acuden a gimnasios pueden adoptar medidas dietéticas o de ejercicio que los llevan a modificaciones de su figura y peso corporal, es probable que algunas características de las personas, su ejercicio o su dieta influyan en la insatisfacción con su imagen corporal.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y que contendrá el cuestionario de Imagen corporal BSQ (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: Esta investigación se realizará en los principales gimnasios de la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma coyuntural durante los meses de Diciembre 2012 a Febrero 2013.

2.3. Unidades de estudio: Personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa.

2.4. Población: Totalidad de personas que acuden a gimnasios en la ciudad de Arequipa..

Muestra: Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula

de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de trastorno de la percepción de imagen corporal = 0.22

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 263,68 \approx 265 casos

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- A partir de los 15 años.
- De ambos sexos
- Participación voluntaria en el estudio

- **Criterios de Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se solicitará la autorización a los administradores de los diferentes gimnasios de la ciudad de Arequipa, y se abordará a los inscritos para explicar el motivo del estudio y asegurar su participación voluntaria mediante encuestas anónimas. Se entregará una ficha de encuesta con preguntas acerca de datos generales de la persona y su actividad física y alimentación, así como el cuestionario de Satisfacción corporal BSQ de 34 ítems. La muestra se dividirá en dos grupos en base a la respuesta a la pregunta del cuestionario BSQ: con trastornos de la imagen corporal (grupo casos), y en aquellos que no presenten este problema (Grupo control).

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

- a) Humanos
 - Investigadora
 - Asesor.
 - Encuestadores.
- b) Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio

- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

El Cuestionario BSQ. (Body Shape Questionnaire) fue diseñado por Cooper et al en 1997 con la finalidad de disponer de un instrumento que mida el grado de preocupación sobre la imagen corporal. Se trata de un cuestionario de 34 ítems, de respuesta según una escala de frecuencia tipo Likert de 6 grados. La puntuación total oscila de 34 a 204 puntos (18). El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105. Así pues se considera patológica una puntuación superior a 105 al final del test. Cuanto mayor exceda su puntuación ésta cifra, mayor es la distorsión que sufre la persona sobre su figura corporal (19).

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada

en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para la comparación de variables categóricas entre dos grupos independientes (casos y controles), se empleará la prueba Chi cuadrado; se considerará significativa una diferencia de $p < 0.05$. La asociación univariada entre variables se evaluará mediante el cálculo del odds ratio, y la asociación multivariada mediante análisis de regresión logística. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Diciembre 12				Enero 13				Febrero 13			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 01 de Diciembre 2012

Fecha probable de término: 28 de febrero 2013



V. Bibliografía Básica

- 1) Asociación Psiquiátrica Americana (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona. Masson.
- 2) Pope H, Katz D, Hudson J. Anorexia Nervosa and “Reserve Anorexia” Among 108 Male Bodybuilders. *Comprehensive psychiatry* 1993; 34 (6):406-409
- 3) Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*.8,2007,171-183.
<http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
- 4) Einar K, Berit A, Gunnar G. La dependencia del ejercicio en la mujer físicamente activa *Eur. J Psychiat.* 2003, 17(3): 135-145
- 5) Calvo R. Trastornos de la alimentación (I): análisis. En: Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Madrid. Ediciones Pirámides, 1992:211-25.
- 6) Virseda J. Autoimagen y alimentación, un estudio preliminar. *Psicol Iberoam* 1995;3(2):35-9.
- 7) Ravaldi C, Vannacci A, Bolognesi E, Mancini S, Faravelli C, Ricca V. Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in ballet dancers. *J Psychosom Res.* Oct 2006;61(4):529-35.
- 8) Striegel-Moore RH, Franko DL, Thompson D, Barton B, Schreiber GB, Daniels SR. Caffeine intake in eating disorders. *Int J Eat Disord.* Mar 2006;39(2):162-5

- 9) O'Mahony JF, Hollwey S. Eating problems and interpersonal functioning among several groups of women. *Clin Psychol* 1995;5(3):345-51.
- 10) Ravaldi C, Vannacci A, Bolognesi E, Mancini S, Faravelli C, Ricca V. Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in ballet dancers. *J Psychosom Res.* Oct 2006;61(4):529-35.
- 11) Swanson S, Crow SJ, Le GD, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 714-723.
- 12) Peláez-Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res* 2007; 62 (6): 681-90.
- 13) Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry* 2005; 186 (2): 132-5.
- 14) Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry* 2011; 198 (4): 295-301.
- 15) Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry.* Jul 2006;163(7 Suppl):4-54.
- 16) Waller G, Sines J, Meyer C, Foster E, Skelton A. Narcissism and narcissistic defences in the eating disorders. *Int J Eat Disord.* Mar 2007;40(2):143-8.
- 17) Fichter MM, Quadflieg N. Long-term stability of eating disorder diagnoses. *Int J Eat Disord.* Nov 2007;40 Suppl:S61-6.

- 18) Cooper P. et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders* 6: 485-494. 1986
- 19) Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders* 2011; 42-52.
- 20) Perales A, Zambrano M, Vasquez-Caucedo G (Ed). *Compendio de Psiquiatría "Humberto Rotondo"*. Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNMSM. 1ra edición, 2008.
- 21) Hollifield M, H. Chap. 15. Somatoform disorders. In: Sadock B (Ed). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Eight edition, 2005. Lippincott, Williams & Wilkins
- 22) Baile Ayensa J, González Díaz A, Ramírez Ortiz C, Suárez Andujo P. Imagen corporal, hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios no usuarios. *Revista de Psicología del deporte* 2011. Vol. 20, núm. 2, pp. 353-366.
- 23) Behar R, Molinari D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Rev. méd. Chile* 2010; vol.138, n.11: 1386-1394 .
- 24) Zepeda E, Franco K, Valdes E. Estado nutricional y sintomatología de dismorfia muscular en varones usuarios de gimnasio. *Rev. chil. nutr.* 2011, vol.38, n.3: 260-267

- 25) Sudack H. Chap. 17. Trastornos Somatomorfos. In: Sadock B (Ed). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. ten edition, 2009.
Lippincott, Williams & Wilkins



Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Nº de Ficha: _____

1.- Iniciales: _____ Edad: _____ años

2.- Sexo: Varón Mujer

3.- Estado civil: Soltero Conviviente Casado

4.- Tiempo que acude a gimnasios: _____ meses

5.- Peso: _____ kg Talla: _____ m IMC: _____

6.- Qué tipo de ejercicios haces en el gimnasio?

Pesas Musculación Spinning Gimnasia Baile

Otros _____

7.- Consumes alguna dieta especial? No Si

Para bajar de peso Hiperproteica Hipercalórica

Hipocalórica

Otra _____

8.- Consume suplementos dietéticos: No Si

Vitaminas Carnitina Hormonas

Otro _____

Observaciones:.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO 2. Cuestionario BSQ

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu cuerpo. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

	1 Nunca	2 Es raro	3 A veces	4 A menudo	5 Muy a menudo	6 Siempre
1 Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
2 Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?						
3 Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
4 Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?						
5 Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?						
6 Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?						
7 Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?						
8 Has evitado correr para que tu piel no saltara?						
9 Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?						
10 Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
11 El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?						
12 Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
13 Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)						
14 Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
15 Has evitado llevar ropa que marcasen tu figura?						
16 Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						
17 Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?						
18 Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?						
19 Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?						
20 Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						

21 La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?					
22 Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?					
23 Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)					
24 Te ha preocupado que la gente vea “llantitas” en tu cintura?					
25 Has pensado que no es justo que otras chavas/os sean más delgadas/os que tú ?					
26 Has vomitado para sentirte más delgado/a?					
27 Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?					
28 Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?					
29 Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?					
30 Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?					
31 Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?					
32 Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?					
33 Te has fijado más en tu figura cuando estas en compañía de otra gente					
34 La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?					

Insatisfacción con la imagen corporal: >105 al final del test.