



# **Licenciatura en nutrición**

## **Trabajo Final Integrador**

“Prevalencia de dismorfia y prácticas de riesgo asociadas a la misma en jóvenes de sexo masculino que practican musculación no competitiva”

**Alumna:** Vanesa Antón

**Docentes:** Lic. María Celeste Concilio y Lic. Eleonora Zummer.

**Marzo – Diciembre 2015**

**Agradecimientos**

***En primer lugar a mis padres.***

***A Federico Pliego y Bianca Antón quienes  
me contuvieron, ayudaron y me acompañaron  
durante este último año.***

***Especial y principalmente, a Celeste Concilio,  
mi tutora, por su paciencia y asesoramiento constante.***

**Título:** PREVALENCIA DE DISMORFIA Y PRÁCTICAS DE RIESGO ASOCIADAS A LA MISMA EN JÓVENES DE SEXO MASCULINO QUE PRACTIVAN MUSCULACIÓN NO COMETITIVA.

**Autor:** Antón V.

**E-mail:** vane.anton@hotmail.com

**Institución:** Universidad Isalud

**Introducción:** La insatisfacción corporal masculina aumentó en las últimas tres décadas desde un 15% a 43%, es decir que, la exposición de los estándares de belleza, como el hombre flaco y musculoso, amplía la insatisfacción corporal en ellos. La mayoría de los hombres jóvenes buscan aumentar su peso pero elevando su masa muscular. Por lo tanto, la insatisfacción corporal y su aumento son preocupantes, dado que a menudo acaban con trastornos como dismorfia muscular.

**Objetivo:** Estimar la prevalencia de dismorfia y describir las prácticas de riesgo asociadas a la misma en jóvenes de sexo masculino.

**Material y métodos:** Para estudiar las variables en estudio, se utilizó una encuesta autoadministrada anónima a hombres mayores de 18 años que acudan al gimnasio en CABA. **Muestreo:** No probabilístico por conveniencia.

**Resultados:** Según el Test de Adonis, el 59% (n=89) presentó Preocupación leve no patológica por la imagen corporal, el 38% presentó Preocupación moderada por la imagen corporal y el 3% Dismorfia (complejo de adonis grave). Con respecto a la realización de dietas el 84% alguna vez realizó. El 69% del muestreo consume o ha consumido suplementos dietarios. Por otro lado podemos visualizar que el 92% de los participantes de la encuesta no se encuentran satisfechos con su cuerpo.

**Conclusión:** Existe una creciente preocupación por la imagen corporal por parte de los hombres, viendo los resultados de las prácticas asociadas a la dismorfia se puede observar como punto importante que la mayoría realiza dietas y el índice de insatisfacción corporal de 92% arrojado por los resultados de la encuesta es un indicador más que claro que avala esta premisa, la cual es también apoyada por la cantidad y diversidad de suplementos consumidos.

**Palabras clave:** hombres, dismorfia, cuerpo, adonis, insatisfacción corporal, suplementos.

## **Índice**

1. Introducción	Pág.1
2. Marco teórico	Pág.2
2.1 Actividad física	Pág.2
2.2 Imagen corporal	Pág.2
2.3 Dismorfia muscular	Pág.4
2.4 Suplementos Nutricionales	Pag.10
3. Estado del arte	Pág.13
4. Problema de investigación	Pág.16
5. Objetivos	Pág.16
6. Metodología	Pág.17
7. Variables	Pág.18
8. Método de recolección	Pág.21
9. Resultados	Pág.22
10. Conclusiones	Pág.32
11. Bibliografía	Pág.34
12. Anexos	Pag.36

## **Introducción**

Durante mucho tiempo, se ha hablado acerca de los conflictos que sufren las mujeres relacionados con la imagen de su cuerpo, no obstante, poca atención se le ha dedicado al estudio de los hombres que también revelan estas preocupaciones. A través de encuestas de grandes magnitudes se ha descubierto que la insatisfacción corporal masculina ha aumentado en las últimas tres décadas desde un 15% a 43%, es decir que, la exposición de los estándares de belleza, como el hombre flaco y musculoso, amplía la insatisfacción corporal en ellos. Sin embargo, a diferencia de las mujeres que manifiestan el deseo de ser más delgadas disminuyendo su masa grasa, la mayoría de los hombres jóvenes buscan aumentar su peso pero elevando su masa muscular. Por lo tanto, la insatisfacción corporal y su aumento en hombres son preocupante, dado que a menudo acaban con trastornos alimentarios. En consecuencia a este ideal de belleza masculino, muchos jóvenes participan en el entrenamiento con pesas, lo que puede llevar al desarrollo de trastornos psicológicos importantes ya que persiguen, como objetivo principal, una imagen musculosa idealizada. El desarrollo de un cuerpo sano a través de una rutina de ejercicio amena y saludable es, sin duda, una buena forma de llevar adelante una vida sana. Ahora bien, el problema surge cuando el hombre anhela llegar a cifras inalcanzables, lo cual suele sucederles también a los físico-culturistas (1) (2). Estas personas sufren de trastornos como la dismorfia muscular, concurren durante muchas horas al gimnasio, dilapidan cantidades excesivas de dinero en suplementos deportivos y llevan una alimentación anormal, poniendo en riesgo muchas veces la propia salud.

Por lo expuesto, el siguiente trabajo buscará estudiar la prevalencia de dismorfia muscular y las prácticas de riesgo asociadas a la misma en jóvenes de sexo masculino que practican musculación no competitiva.

## **Marco teórico**

### **Actividad física:**

La "actividad física"(AF) no debe confundirse con el "ejercicio". Este, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un tipo de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un fin que mejora o mantiene uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física engloba el ejercicio, como también otras actividades que incluyen al movimiento corporal, ya sean domésticas o recreativas.

Elevar el nivel de AF es una necesidad social, no solo individual.

### **Beneficios fisiológicos de una regulada actividad física:**

- Reducción del riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión;
- Mejora la salud ósea y funcional;
- Determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso. (3)

### **Beneficios psicológicos de una regulada actividad física:**

- Mejora la autoconfianza;
- Sensación de bienestar;
- Satisfacción sexual;
- Disminución de la ansiedad;
- Disminución de la depresión;
- Mejora del funcionamiento intelectual (4).

## **Imagen corporal**

Raich define la imagen corporal como la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene de él. La importancia de la misma y de la apariencia física es un aspecto que ha ido tomando protagonismo con el transcurso del tiempo. Fundamentalmente, esto se debe a la sociedad actual, globalizada y manipulada por los medios de comunicación que exhiben constantemente cuerpos esculturales y figuras impecables. El hecho de no pertenecer a un rango estereotipado implica, en algunos ámbitos, la exclusión debido a esta sobredimensión. Lo que puede acarrear al hombre a una preocupación moderada, hasta el punto de modificar su propio esquema corporal, que conlleva a alterar dicha percepción.

La imagen corporal se compone por diversas variables:

- Aspectos perceptivos: precisión con que se observa 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.
- 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 e impotencia.
- Aspectos de comportamiento: 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 y/o su camuflaje.

Resulta complicado diferenciar si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal por una distorsión de la misma.

En general, cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción por el mismo no se adecuan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, por lo que generan malestar e interfieren negativamente en la vida cotidiana, esto se conoce como trastornos de la imagen corporal.

En la formación de una imagen corporal negativa en una persona confluyen factores predisponentes como:

- Sociales y culturales: proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal. Existe presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza, asociada a potencia muscular y masculinidad como factor predisponente.
- 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.
- 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.

- 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.
- Otros factores: la obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, haber fracasado en danza o en deportes, las experiencias dolorosas con el cuerpo, entre otros, sensibilizan la mirada propia hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente a una persona sobre su apariencia física.

Todos estos factores contribuyen 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.

Las consecuencias de la insatisfacción con la imagen corporal son variadas, las personas cursan con baja autoestima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales, desarrollo de trastornos de conducta alimentaria, inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, entre otros. (5) (6).

En conclusión, la sociedad convirtió al cuerpo y a los ciudadanos en un negocio, y es por ello que la preocupación por el mismo y la apariencia física se ha convertido en una fuente de consumo y en una industria. La atención de mucha gente está centrada en el aspecto físico y esta preocupación con el cuerpo, hace que su propia insatisfacción pueda llegar a ser patológica. Por un lado, las mujeres sienten presión por la delgadez y su alteración de la imagen corporal se refiere a la gordura, mientras que la presión de los hombres es mantener su musculatura y se perciben débiles y flacos.

## **Dismorfia Muscular**

### Conceptualización histórica:

El estudio de la dismorfia muscular (DM) comienza con la investigación de los efectos psiquiátricos del consumo de esteroides anabólicos en culturistas que los consumían con el fin de optimizar su rendimiento. En ese contexto, Pope y Katz en 1987 describieron un síndrome al que llamaron, en principio, psicosis de los culturistas, resultado de los síntomas psiquiátricos procedentes del uso de esteroides.

Luego de un estudio que se realizó en 1993 por Pope, Katz y Hudson, describieron un síndrome al que llamaron anorexia inversa (AI) y lo caracterizaron por presentar una creencia persistente y poco realista en relación al tamaño y fuerza del cuerpo. Determinaban que afectaba completamente las actividades diarias de las personas que padecían AI, donde la alteración de la imagen corporal que se tenía hacía que los participantes se percibieran débiles y pequeños siendo, en realidad, grandes y



musculosos. También asemejaron a la AI con la anorexia nerviosa (AN), pero con la diferencia de que los síntomas de esta se invertían, considerando la AI como una respuesta similar en los hombres, que se ven influidos por presiones sociales de ser más grandes y musculosos, diferenciándolos de la presión social que tienen las mujeres por llegar a la extrema delgadez y sufren de AN.

Concluyendo la década del 90, la AI paso a denominarse DM. A partir de ese momento y hasta la actualidad, la DM es conceptualizada como un sub-tipo de trastorno dismórfico corporal (TDC). Diferenciándose de los pacientes con TDC, quienes muestran preocupación por una parte específica del cuerpo, las personas con DM están excesivamente disconformes con la composición muscular del mismo, donde sus actividades diarias suelen ser: el levantamiento de pesas, las restricciones alimentarias, unido al consumo de suplementos, entre otras conductas asociadas.

En conclusión, encontrar un término que describa la patología correctamente es confuso ya que existe mucha literatura científica y diferentes autores que la describen también con otros términos como “Vigorexia” y “Complejo de adonis”. Sin embargo, lo que todos estos términos señalan y tienen en común es la búsqueda del ideal corporal masculino a través de la obsesión por la musculatura.

#### Características que distinguen la DM

- Necesidad de ir al gimnasio o de hacer actividad física;
- Sentimiento de culpa si realiza algún fallo en la rutina deportiva;
- Su objetivo es elevar su masa muscular, que nunca llega a ser suficiente;
- Estereotipo de cuerpo perfecto: el que tiene mayor maculatura posible;
- Alteración de su imagen corporal;
- Necesidad por pesarse varias veces al día comparando su físico y verificándolo frente al espejo;
- Estilo de vida entorno al programa de ejercicios y dieta meticulosa;
- Adhesión estricta a dietas de alto contenido en proteínas, baja en grasas, y con una ingesta específica de calorías por día;
- Consumo de hormonas o esteroides anabolizantes;
- Baja autoestima, ansiedad, depresión y exigentes consigo mismos;
- Presentan otros síntomas como trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

La presencia de una preocupación exagerada por el cuerpo hace que otros aspectos de la vida de mayor relevancia pasen a segundo plano, por lo que muchas veces estas personas evitan situaciones sociales en las que su cuerpo pueda ser visto en público, como el hecho de ir a la playa, usan ropa abrigada por temor a su aspecto y muchas veces hasta pierden su trabajo, haciendo que el trastorno

de la imagen corporal, no sólo influya en los pensamientos , sentimientos y conductas relacionadas con el cuerpo idealizado, sino que también impacte en las relaciones interpersonales, siendo frecuente la evitación de actividades sociales. Por el contrario, estas personas ocupan la mayor parte de su tiempo en el gimnasio buscando ese estereotipo de belleza física, el cual toman como normal, realizando horas excesivas de actividad física, sin considerar los riesgos que pueden afectar a su salud.

En cuanto a la dieta que llevan a cabo las personas con trastornos de dismorfia muscular presentan alteraciones en sus hábitos alimenticios consumiendo grandes cantidades de proteínas e hidratos de carbono con una total ausencia de grasas, tienen obsesión por pesar los alimentos y gran interés por las comidas, calorías y composición de las mismas. A su vez, tienden a consumir excesivamente suplementos proteicos con componentes quemadores de grasas, complejos vitamínicos y, ocasionalmente, toman esteroides anabólicos, drogas que producen un mayor desarrollo muscular con pocos efectos secundarios a corto plazo, pero acarrear efectos negativos para su propia salud a largo plazo.

#### Diagnóstico y problemas en la clasificación de la DM

Los hombres que tienen DM, presentan un perfil patológico parecido a las personas que padecen trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en cuanto al perfeccionismo, presencia de obsesiones y preocupaciones sostenidas que están directamente relacionadas con la imagen corporal, la dieta y el ejercicio físico. La tabla n° 1, muestra que tanto la DM como los TCA se relacionan con alteraciones de la percepción de la imagen corporal y con presiones sociales específicas para cada sexo. En los dos casos existen conductas de manipulación del peso y la figura similar y, como consecuencia, el aislamiento social indeseado.

Tabla n°1

Comparación entre los trastornos del comportamiento alimentario y la dismorfia muscular

	Trastornos del comportamiento alimentario	Dismorfia muscular
Primeras propuestas Diagnósticas	AN = Feighner <i>et al.</i> , 1972; BN = Russell, 1979; TA = Spizter <i>et al.</i> , 1991	DM = Pope <i>et al.</i> , 1997
Prevalencia	Mayoritariamente en mujeres	Mayoritariamente en hombres
Influencias socioculturales	Presión por la delgadez	Presión por la musculatura
Alteración de la imagen corporal	En AN, percepción de gordura cuando en realidad se es delgado o con normo peso	Percepción de debilidad y pobre desarrollo muscular, cuando se es fuerte y musculoso
Patrones alimentarios	Restricción alimentaria (cantidad y grupo de alimentos) y atracones	Restricción (limitan su alimentación a alimentos ricos en proteínas)
Conductas compensatorias	Purgas y ejercicio físico excesivo	Dependencia del ejercicio físico
Fármacos	Laxantes, diuréticos, anfetaminas	Suplementos (ej. creatina), anabólicos esteroides
Consecuencias	Aislamiento social	Aislamiento social

*Nota:* AN= anorexia nerviosa; BN= bulimia nerviosa; TA= trastorno por atracón; DM= dismorfia muscular.

Fuente: Dismorfia muscular: Perspectiva histórica y actualización en su diagnóstico, evaluación y tratamiento, Emilio J. Compte y Ana R. Sepúlveda

Con relación a la última edición del DSM-5, en el 2013, la DM es considerada un subtipo de TDC, dentro de los trastornos relacionados con el TOC y la descripción es la preocupación central la musculatura y tamaño corporal de los hombres. En este caso en la Tabla n° 2 se van a observar más similitudes que diferencias entre TDC y DM.

Tabla N° 2

Comparación criterios diagnósticos del trastorno dismórfico corporal, según DSM-5, en 2013 y la dismorfia muscular, según Pope en 1997

Trastorno dismórfico corporal (DSM-5)	Dismorfia muscular
<p>A. Preocupación por uno o más defectos percibidos o imperfecciones en la apariencia física que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.</p> <p>B. En algún momento durante el curso del trastorno, la persona ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, acicalarse excesivamente, pellizcarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar la propia apariencia con la de los demás) repetitivos como respuesta a las preocupaciones sobre la apariencia.</p> <p>C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>D. La preocupación por la apariencia no se explica mejor por la preocupación por el tejido adiposo o el peso corporal de un individuo cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p><b>Con dismorfia muscular:</b> El individuo está preocupado por la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o no suficientemente musculosa. Este especificador se utiliza incluso si la persona está preocupada con otras áreas del cuerpo, lo cual es a menudo el caso.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., "estoy feo" o "estoy deforme").</p> <p><b>Con buena introspección:</b> El individuo reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente falsas o que pueden ser ciertas o no.</p> <p><b>Con poca introspección:</b> el individuo piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.</p> <p><b>Sin introspección/con creencias delirantes:</b> El individuo está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.</p>	<p>1. La persona tiene una preocupación con la idea de que su cuerpo no es lo suficientemente libre de grasas y musculoso.</p> <p>2. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento, como lo demuestra al menos dos de los cuatro criterios siguientes:</p> <p>a) Con frecuencia el individuo renuncia a importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido a una necesidad compulsiva de mantener su entrenamiento y programa de dieta.</p> <p>b) El individuo evita situaciones en las que su cuerpo está expuesto a los demás, o sufre este tipo de situaciones con marcada angustia o ansiedad intensa.</p> <p>c) La preocupación por la insuficiencia de tamaño del cuerpo o de la musculatura provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.</p> <p>d) El individuo continúa con patrones rígidos de ejercicio y dieta, o utilizando sustancias para mejorar su rendimiento a pesar del conocimiento de las consecuencias físicas y psicológicas adversas.</p> <p>3. El foco principal de la preocupación y los comportamientos es el ser demasiado pequeño o inadecuadamente musculoso, y no sobre la gordura como en la anorexia nerviosa, u otros aspectos de la apariencia, como en otras formas de trastorno dismórfico corporal.</p>

Fuente: Dismorfia muscular: Perspectiva histórica y actualización en su diagnóstico, evaluación y tratamiento, Emilio J. Compte y Ana R. Sepúlveda

### Diagnóstico

Desde el comienzo de la descripción del síndrome hasta la actualidad, se desarrollaron instrumentos orientados a evaluar DM y las características asociadas. Existen numerosos instrumentos que fueron

orientados a evaluar imagen corporal que son aptos para evaluar preocupaciones masculinas. Entre los más utilizados se encuentran los siguientes (7):

- Test de Adonis: consta de 13 ítems, con 3 opciones de respuesta (opción no patológica “puntuá 0 puntos”, opción intermedia “puntuá 1 punto” y la opción patológica “puntuá 3 puntos”). Por otra parte valora el grado de preocupación que un sujeto siente por su imagen corporal y hasta qué punto puede influir negativamente en su vida.
- Escala de obsesión por la musculatura: este cuenta con 15 ítems con seis alternativas de respuesta en una escala tipo Likert. Evalúa en qué medida las personas desean tener un cuerpo más musculoso mediante dos escalas: actitudes orientadas a la imagen corporal y conductas orientadas a la musculación. La escala cuenta con una fiabilidad aceptable.
- Escala de satisfacción con la apariencia muscular: que fue desarrollada a partir de las características asociadas al trastorno dismórfico corporal según DSM-IV y a los criterios diagnósticos para DM. Consta de 19 ítems divididos en 5 subescalas: dependencia al culturismo, comprobación, uso de sustancias, lesiones y satisfacción muscular. La escala cuenta con buena fiabilidad.
- El inventario de dismorfia muscular: esta cuenta con 27 ítems divididos en seis subescalas (tamaño y simetría del cuerpo, protección de la apariencia, dependencia del ejercicio, consumo de suplementos, abuso farmacológico, y comportamiento dietético).
- El cuestionario de trastorno dismórfico muscular: que está basado en los criterios diagnósticos para DM propuestos por Pope en 1997. Es un cuestionario que consta de 13 ítems que evalúan el impulso por el tamaño, la intolerancia a la apariencia y el deterioro funcional, mediante una escala de Likert de 5 alternativas de respuesta.
- Escala de actitudes masculinas hacia el cuerpo: que evalúa actitudes y satisfacción corporal mediante 24 ítems. Esta se contesta en una escala de tipo Likert de 7 puntos y están distribuidos en tres dimensiones: musculatura, grasa corporal y altura.
- Escala de insatisfacción corporal masculina: que consta de 25 ítems que evalúan insatisfacción corporal. Los ítems se contestan en una escala de Likert de 5 puntos, que van desde 1 (siempre o muy de acuerdo) a 5 (nunca o muy en desacuerdo). Cada uno de ellos también es clasificado según su importancia en una escala de 1 (sin

importancia para usted) a 10 (muy importante). Esta última escala cuenta con una fiabilidad aceptable.

### Tratamiento

No existe un protocolo consensuado para el tratamiento de la DM, por su falta de consenso sobre clasificación y diagnóstico. Por lo tanto, estos hombres reciben ayuda a través de terapias cognitivas conductuales, donde ellos identifican distorsiones cognitivas y creencias irracionales y, en consecuencia, confrontan dichas creencias sin desarrollar conductas desadaptativas, generando psicoeducación en estas personas. También, se utilizan técnicas de terapia de aceptación y compromiso y estas ayudan a pacientes con DM a aceptar su imagen corporal. Por otra parte, los pacientes con diagnóstico de DM pueden negarse a comenzar el tratamiento si sospechan que el objetivo terapéutico está relacionado con el abandono de la actividad física. Por otro lado no existen tratamientos de nutrición para estos pacientes. En conclusión, los terapeutas deben realizar un análisis del entrenamiento, nutrición y temas relacionados con el deportista, para poder llegar a un tratamiento exitoso. (2) (7) (8)

### Suplementos nutricionales

En la actualidad, las personas concurren al gimnasio con el objetivo de la mejora de su físico. Para lograrlo no solo tienen en cuenta un entrenamiento bueno y una ingesta adecuada de alimentos, sino que lo que buscan es mejorar en el menor tiempo posible a través de cualquier medio. Por este motivo en los últimos años se produjo un aumento del consumo de suplementos nutritivos, también llamados suplementos alimenticios o suplementos dietéticos (SD). Según el capítulo XVII del código alimentario los SD se definen como productos destinados a incrementar la ingesta dietaria habitual, suplementando la alimentación de las personas sanas, que no encontrándose en condiciones patológicas, presenten necesidades básicas dietarias no satisfechas o mayores a las habituales.

El uso de SD se encuentra generalizado en los deportistas, esto hace que ellos sean un foco objetivo para la industria que los comercializa. Sin embargo, a pesar de que estos productos estén pensados para las personas que realizan deporte, gran parte del éxito de las ventas, se debe a las personas que los consumen sin ninguna necesidad y no son deportistas.

El perfil de las personas que consumen SD, son de hombre joven, que van al gimnasio con frecuencia y realizan una dieta. Estos no se venden solo en un formato, sino que su combinación y la demanda cada vez mayor por parte de las personas hace que la oferta de la industria sea enorme.

Por otra parte, la gran oferta y demanda de los SD, no quiere decir que los que son más utilizados por parte de los hombres, sean los más eficaces. Esto es lo que demuestra la falta de conocimiento que tienen los consumidores, al utilizarlos a diario.

El instituto australiano de Deporte (IAD) brinda una clasificación de SD, separándolos en cuatro grupos en función de su seguridad y eficacia:

- Grupo A – Suplementos aprobados
- Grupo B – Suplementos aún bajo consideración
- Grupo C – Suplementos con limitadas pruebas de efectos beneficiosos
- Grupo D – Suplementos que no deben ser utilizados por los atletas

Grupo A – Suplementos aprobados: son suplementos que fueron evaluados científicamente, donde se comprobó su beneficio al ser utilizados en una situación deportiva específica: Los suplementos son:

- Bebidas deportivas
- Geles deportivos
- Cafeína
- Creatina

Grupo B – Suplementos aún bajo consideración: no tienen una prueba científica que muestre los efectos sobre el rendimiento deportivo, pero son para entrenadores y deportistas de mucho interés. Solo existen datos preliminares que muestran posibles beneficios o son muy nuevos por lo cual no recibieron atención científica. Los suplementos son:

- Beta-Alanina
- Carnitina
- Glutamina
- Glucosamina

Grupo C - Suplementos con limitadas pruebas de efectos beneficiosos: Esta clasificación incluye la mayoría de los suplementos que existen y son promovidos para los deportistas, estos suplementos no han probado que tengan beneficios significativos en el rendimiento deportivo.

Grupo D – Suplementos que no deben ser utilizados por atletas: estos suplementos se encuentran prohibidos o pueden estar contaminando otro suplemento. Estos son:

- Efedrina
- Insulina
- Sibutramina
- Pro-Hormonales

- Óxido nítrico
- Anabólicos
- Testosterona (9)



## Estado del arte

- En 2013, se realizó un estudio en México, donde se exploró la interiorización del modelo estético corporal de delgadez y la preocupación por la musculatura y por la delgadez entre cuatro grupos: dos de hombres y dos de mujeres (usuarios y no usuarios de gimnasio). Especialmente, se exploró la presencia de sintomatología de dismorfia muscular en los cuatro grupos; se comparó la preocupación por la delgadez, por la musculatura y la interiorización del ideal de delgadez entre los grupos; y se comparó la relación entre las variables para cada grupo. En este estudio participaron 467 hombres y mujeres (169 concurrían al gimnasio y 298 no concurrían al gimnasio) de 13 a 53 años de edad, quienes completaron tres encuestas: Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal, Cuestionario de Imagen Corporal y Escala de Motivación por la Musculatura. Como resultados se obtuvo que la presencia de sintomatología de dismorfia muscular en varones usuarios de gimnasio fue de 15%, y menor de 3% en mujeres usuarias de gimnasio y participantes no usuarios de gimnasio de ambos sexos. Las usuarias de gimnasio puntuaron más alto en el Cuestionario de Imagen Corporal en comparación con los hombres y se observó una asociación positiva y significativa entre la interiorización de ideales corporales y la preocupación por la delgadez y por la musculatura. La relación entre el Cuestionario de Imagen Corporal y la Escala de Motivación por la Musculatura puede interpretarse como el deseo que existe en los dos grupos de hombres y en el grupo de mujeres usuarias de gimnasio, de tener ambas, musculatura y poca grasa en el cuerpo; las dos vías conducen a la práctica de conductas alimentarias no saludables. (10)
- En 2011 en Chile se realizó un estudio con el objetivo de conocer las características de los consumidores de suplementos nutricionales (SN), debido a la gran oferta de SN dispuestos en el mercado, y que llevo a que el uso de estos productos no sea adquirido solo por deportistas, sino que por parte importante de la población relacionada con la actividad física. Se evaluó su consumo en 314 usuarios (198 hombres y 116 mujeres) de 6 gimnasios de la ciudad de Viña del Mar. Los resultados revelan que más de la mitad de los usuarios consumen SN (54,5%). De los hombres consumidores, un 69,4% lo realiza para aumentar masa muscular, mientras que del total de las mujeres, un 62,2% lo utiliza para disminuir grasa corporal. Los cinco tipos de SN más consumidos en relación a su composición de nutrientes y otras fuentes fueron: proteínas (55,6%), aminoácidos (25,9%), vitaminas y minerales (25,1%), sustitutivos de comida (6,4%), cafeína (6,4%) y L- carnitina (6,4%). El

perfil del consumidor, fue representado por individuos jóvenes, de sexo masculino que seguían una dieta especial de alimentación, con largo tiempo de práctica en gimnasio y que se ejercitaban varios días y horas a la semana. Gran parte de los consumidores no presentaron una adecuada asociación entre el SN utilizado y el objetivo de consumo de estos suplementos. (11)

- En el año 2007 se realizó un estudio con el objetivo de conocer los hábitos de alimentación de hombres con características de dismorfia muscular que asistían a gimnasios del norte de la ciudad de Mérida, Yucatán. Participaron voluntariamente 30 personas con una media de edad de 22 años. Los cuales contestaron dos cuestionarios: uno de dismorfia muscular y otro de hábitos de alimentación, más un registro de alimentos de tres días. Los resultados mostraron que 12 (40% del total) participantes fueron identificados con síntomas de Dismorfia Muscular. Entre los hábitos alimentarios que se encontraron de manera general presentaron un alto consumo de proteínas y de lípidos en su dieta, así como una baja ingestión de hidratos de carbono; el 50% se somete a dietas especiales utilizando suplementos para obtener un mayor desarrollo muscular, recomendados por personas que no son del área de la salud, los cuales podrían desconocer su mecanismo de acción y sus efectos negativos en el organismo. La presencia de sintomatología de Dismorfia Muscular es alta (40%) en la población de estudio. (12)
- En 2007, se realizó otro estudio en México con el objetivo de identificar los síntomas de dismorfia muscular en cuatro grupos de varones, comparar la autoestima entre los grupos con alta, moderada y baja motivación por la musculatura, y evaluar la relación entre dichas variables. La muestra incluyó 295 varones de 15 a 63 años de edad (57 físico-culturistas competidores, 40 no competidores, 47 usuarios de gimnasio y 151 sedentarios) quienes contestaron la Escala de Motivación por la Musculatura y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados indicaron que 43.9% de fisicoconstructivistas competidores, 27.5% de fisicoconstructivistas no competidores, 10.6% de usuarios de gimnasio y 1.3% de sedentarios presentaron síntomas de dismorfia muscular. El análisis de covarianza, controlando la edad, indicó que los participantes con menor autoestima fueron los que puntuaron más alto en motivación por la musculatura, en comparación con los de moderada y baja motivación. Por último, se pudo observar una correlación significativa y negativa entre la autoestima y la motivación por la musculatura, sin embargo, estos resultados no

revelan si la autoestima es un precursor de la motivación por la musculatura o una consecuencia, por lo que futuros estudios podrían investigar longitudinalmente el rol de la autoestima en el desarrollo de la motivación por la musculatura. (13)

En el siguiente trabajo de investigación se estudiará la prevalencia de dismorfia y prácticas de riesgo asociadas a la misma en jóvenes de sexo masculino que practican musculación no competitiva.

**Problema:**

- ¿Cuál es la prevalencia de dismorfia y prácticas de riesgo asociadas a la misma en jóvenes de sexo masculino que practican musculación no competitiva en CABA?

**Objetivo general**

- Estimar la prevalencia de dismorfia y describir las prácticas de riesgo asociadas a la misma en jóvenes de sexo masculino.

**Objetivos específicos**

- Medir la prevalencia de dismorfia en estos deportistas.
- Describir la presencia y magnitud de prácticas asociadas a la dismorfia.
- Describir el estereotipo de cuerpo perfecto para esta población.
- Medir la presencia de insatisfacción corporal en esta población.
- Describir el tiempo destinado a la realización de actividad física y la frecuencia de pesado corporal.

## **Metodología**

### Tipo de diseño de investigación:

- El diseño del trabajo realizado fue de tipo descriptivo transversal.

### Población:

- Jóvenes hombres mayores de 18 años que realizan musculación en gimnasio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Tipo de muestreo:

- Muestreo no probabilístico por conveniencia.

### Criterios de inclusión:

- Hombres mayores de 18 años que realizan musculación en gimnasio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Criterios de exclusión:

- Hombres que no deseen participar de la encuesta;
- Hombres que tengan amputaciones;
- Hombres que practiquen físico-culturismo a nivel competitivo;
- Hombres que concurren al gimnasio por motivos de rehabilitación.

### Criterios de eliminación:

- Respuestas incoherentes;
- Encuestas incompletas;
- Hombres que deciden abandonar la investigación.

## **Variables**

### **1. Variables de caracterización**

1.1. Edad en años cumplidos

1.2. Estado civil: Soltero – Casado – Viudo – Concubino

1.3. Índice de masa corporal:

Por debajo de 18.5 (Bajo peso)

Entre 18.5 – 24.9 (Normal)

Entre 25 - 29.9 (Sobre peso)

Entre 30 – 39.9 (Obesidad grado I)

Mayor o igual a 40 (Obesidad grado II)

### **2. Variables de estudio**

#### **2.1 Prevalencia de Dismorfia**

**Test de Adonis:** Consta de 13 ítems, con 3 opciones de respuesta (opción no patológica (puntuación 0 puntos), opción intermedia (1 punto) y la opción patológica (3 puntos) y valora el grado de preocupación que un sujeto siente por su imagen corporal y hasta qué punto puede influir negativamente en su vida.

**Clasificación:**

-**Preocupación leve no patológica por la imagen corporal:** Cuanto la puntuación está entre 0-9 puntos.

-**Preocupación moderada por la imagen corporal:** entre 10-19 puntos,

-**Dismorfia (complejo de adonis grave):** entre 20-29 puntos.

-**Dismorfia patológica:** entre 30-39 puntos

#### **2.2 Practicas Asociadas a la Dismorfia**

2.2.1. **Realización de dietas:** SI/NO (tipo de dieta)

2.2.2 **Antecedentes de consumo de suplementos nutricionales:**

-Proteína (SI/NO)

-Creatina (SI/NO)

- Ganador de peso (SI/NO)
- Bebidas deportivas (SI/NO)
- Geles deportivos (SI/NO)
- Cafeína (SI/NO)
- Beta-Alanina (SI/NO)
- Carnitina (SI/NO)
- Glutamina (SI/NO)
- Glucosamina (SI/NO)
- Efedrina (SI/NO)
- Insulina (SI/NO)
- Sibutramina (SI/NO)
- Pro Hormonales (SI/NO)
- Óxido Nítrico (SI/NO)
- Anabólicos (SI/NO)
- Testosterona (SI/NO)
- Otros (SI/NO/TIPO)

2.2.3. Antecedentes de realización de tratamientos estéticos:

- Depilación (SI/NO)
- Liposucción (SI/NO)
- Cirugías estéticas (SI/NO)
- Inyecciones de fosfatidilcolina (SI/NO)
- Otros (SI/NO/TIPO)

2.2.4. Antecedentes de realización de prácticas para perder peso

- Vómitos (SI/NO)

- Diuréticos (SI/NO)
- Laxantes (SI/NO)
- Uso de plásticos durante la actividad física (SI/NO)
- Otros (SI/NO/TIPO)

### **3. Presencia de insatisfacción corporal**

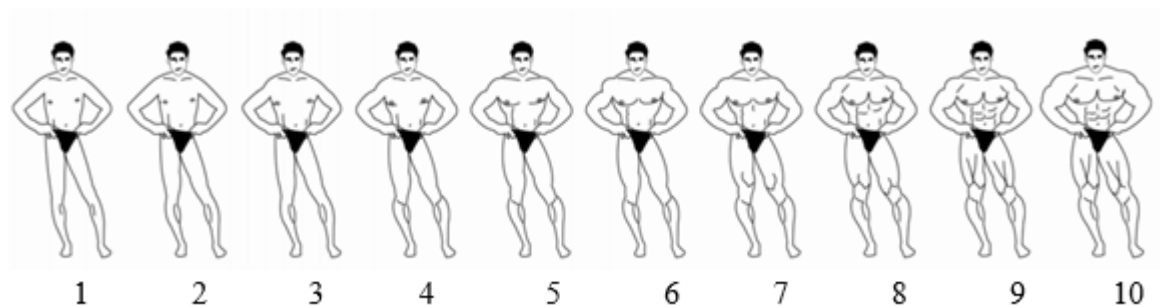
Fue medida con la escala de Baile para fisicoculturistas. Se preguntó la imagen que cree que corresponde a su cuerpo actualmente y la que desea tener y se midió la distancia entre ambas elecciones.

#### **-Presencia de insatisfacción:**

- SI (cuando la imagen elegida como deseada sea diferente a la elegida como la percibida en la actualidad)
- NO (cuando coincida la imagen elegida como deseada y la percibida)

### **4. Estereotipo de cuerpo perfecto**

Fue medida con la escala de Baile para fisicoculturistas, a través de la imagen elegida como deseada de 10 imágenes posibles, que van desde menos tonificados a mas musculosos.



### **5. Frecuencia de Pesado corporal**

- Nunca
- Una vez por mes
- Una vez cada quince días
- Una vez por semana
- Más de una vez por semana



## **6. Tiempo destinado a realizar Actividad física diaria**

-Menos de 60 minutos.

-De 60 a 120 minutos.

-Más de 120 minutos.

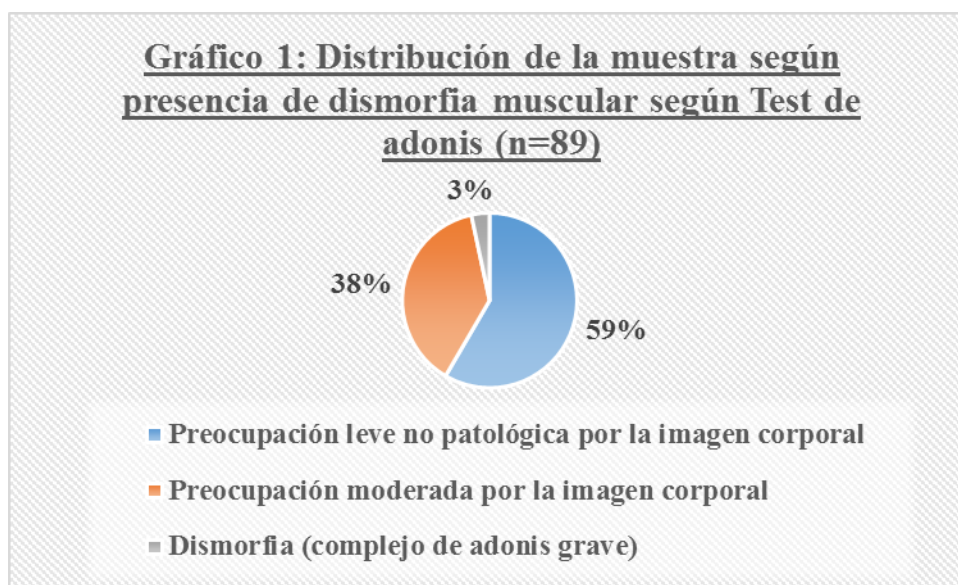
### **Método de recolección:**

Para estudiar las variables en estudio, se utilizó una encuesta autoadministrada anónima a hombres mayores de 18 años que acudan al gimnasio en CABA (ver anexo), la misma se completó mediante la plataforma GoogleForms. Para este estudio se utilizó en todos los casos consentimiento para la realización del mismo antes de completar la encuesta. Los resultados obtenidos fueron tabulados en una planilla de Excel.

## **Resultados**

La muestra utilizada en este trabajo de investigación quedó conformada por 89 hombres mayores a 18 años que practican musculación no competitiva en CABA, con un promedio de edad de 25 años y un IMC promedio de 24 (N=89), lo que quiere decir que el promedio de peso es normal, de los cuales el 93% era soltero, el 5% casado y el 3% concubino.

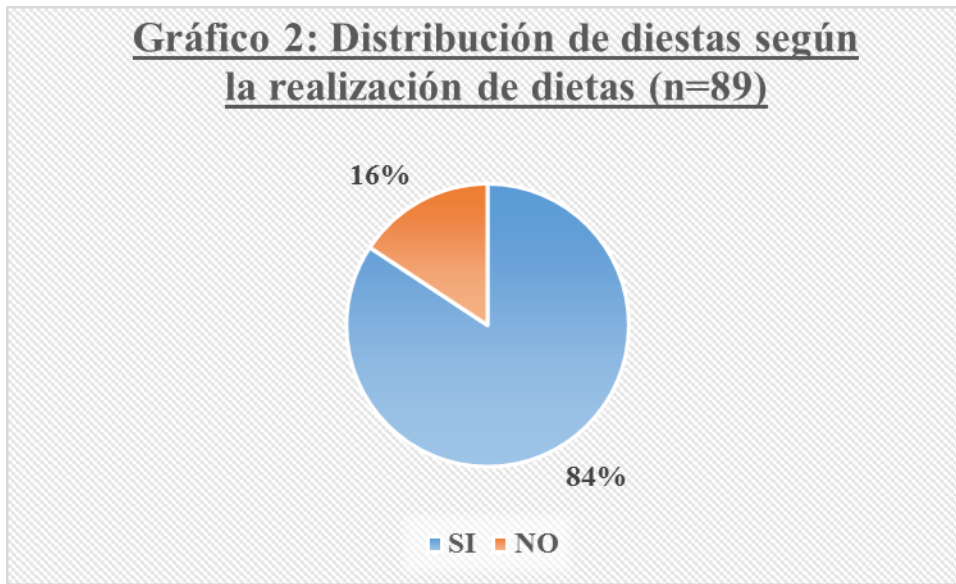
### **Prevalencia de dismorfia**



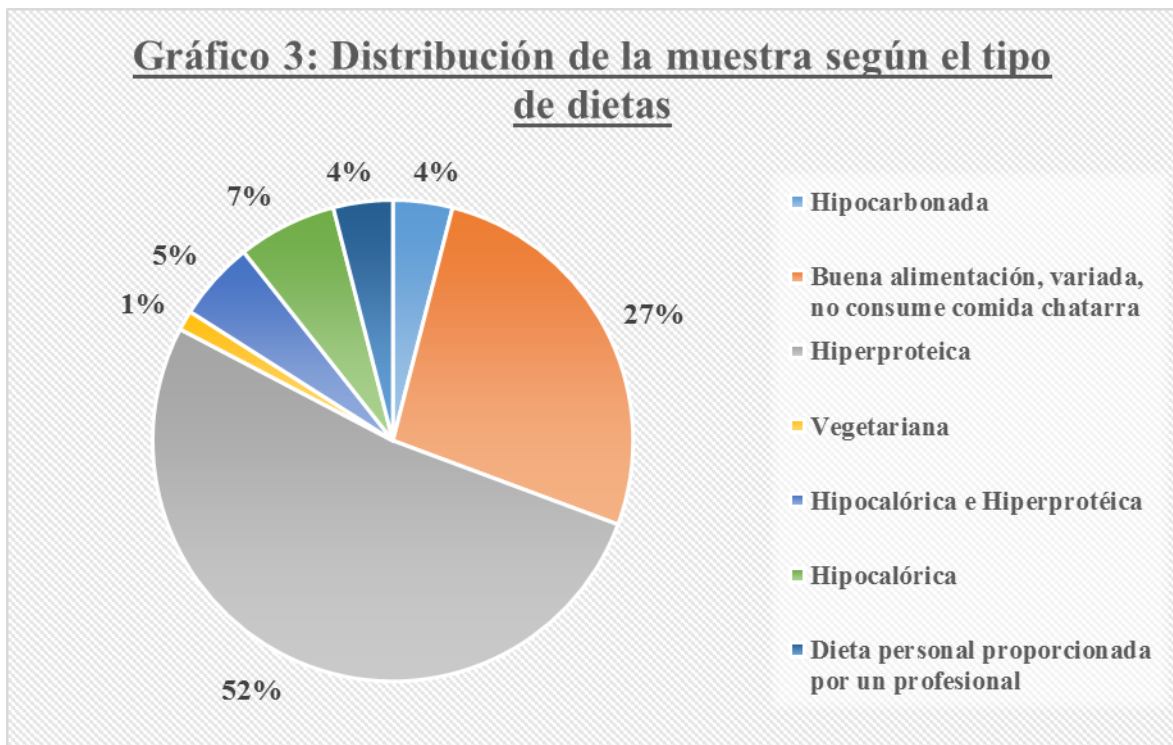
Fuente de elaboración propia.

Al analizar la muestra según el Test de Adonis (Gráfico 1), se observó que el 59% de los encuestados (n=89) presentaron Preocupación leve no patológica por la imagen corporal. Por otra parte el 38% del muestreo presentó Preocupación moderada por la imagen corporal y se presentaron en menor medida con un 3% hombres con Dismorfia (complejo de adonis grave). Además es oportuno aclarar que en esta muestra no observamos ningún caso Dismorfia patológica.

## Prácticas asociadas a la dismorfia



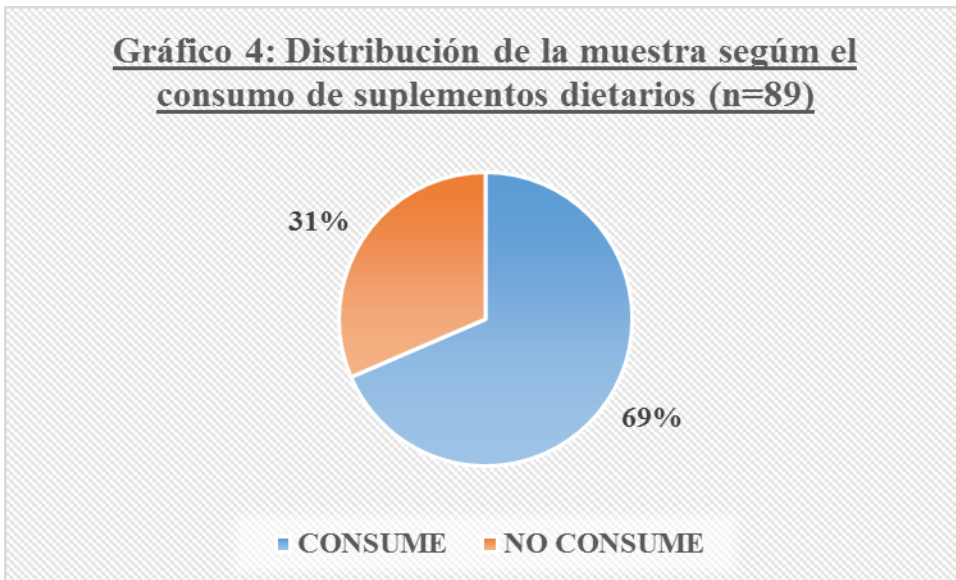
Fuente de elaboración propia.



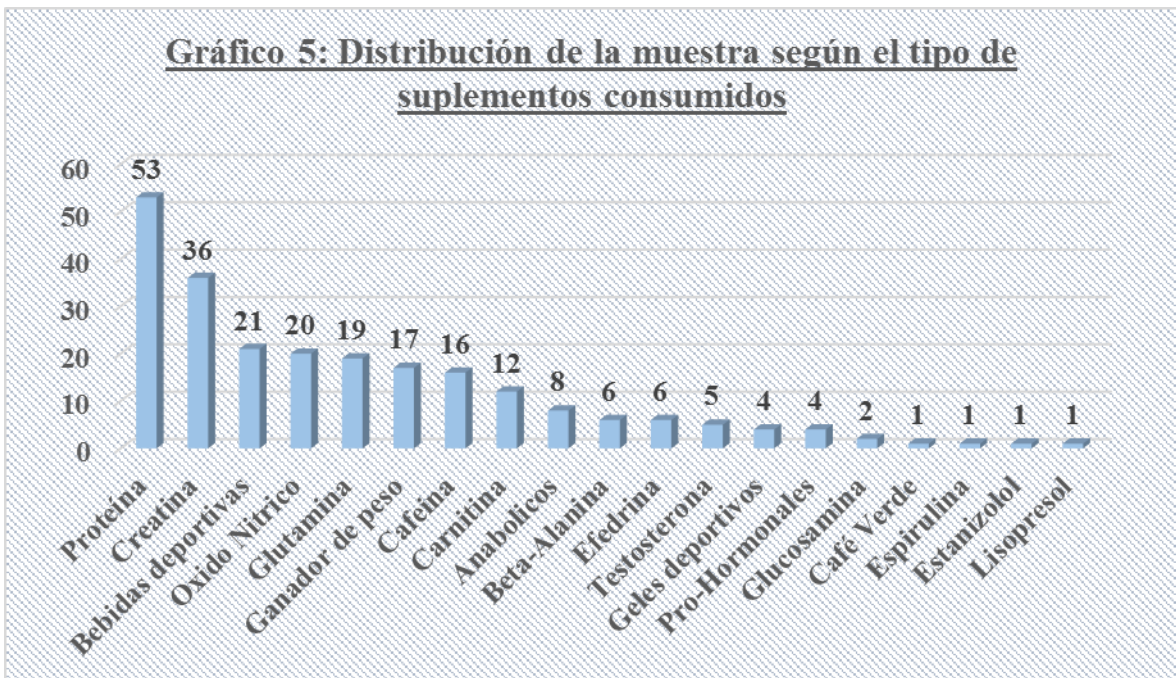
Fuente de elaboración propia.

Examinando la muestra registramos que del total de encuestados, el 84% alguna vez realizó dietas (Gráfico 2), de las cuales se desprende que el 52% realizó o realiza dietas Hiperproteica, el 27% optó por Buena alimentación (Definida por ellos como una “Alimentación variada evitando la

ingesta de comida chatarra”), el 7% eligió seguir una dieta Hipocalórica y el 5% prefirió dietas Hipocalórico e Hiperprotéica. En menor medida, con el 4% de los encuestados, podemos encontrar a aquellos quienes eligieron dietas Hipocarbonadas y Dietas personales proporcionada por un profesional, y por ultimo, solo con el 1% de los encuestados, encontramos a aquellos quienes realizaron dietas vegetarianas (Gráfico 3).



Fuente de elaboración propia.

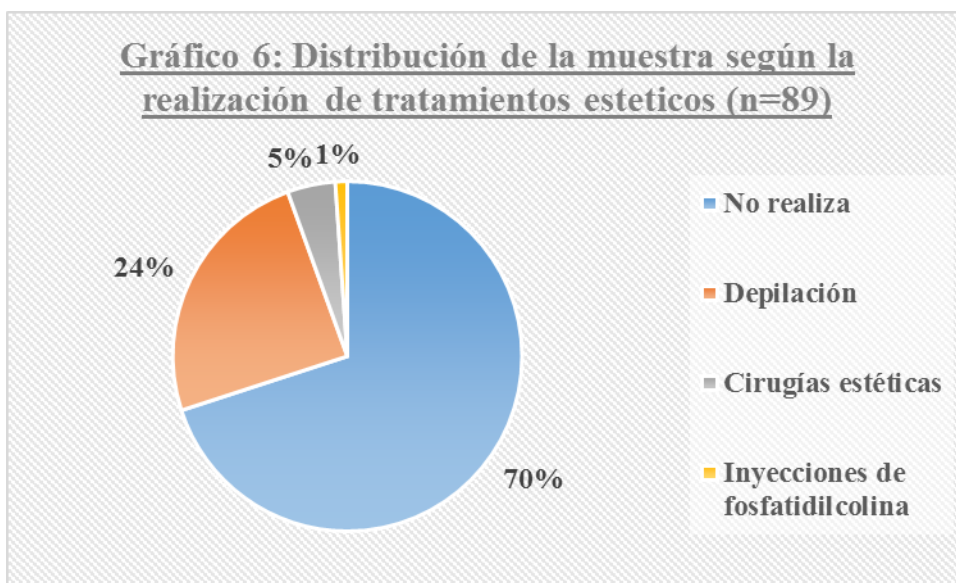


Fuente de elaboración propia.

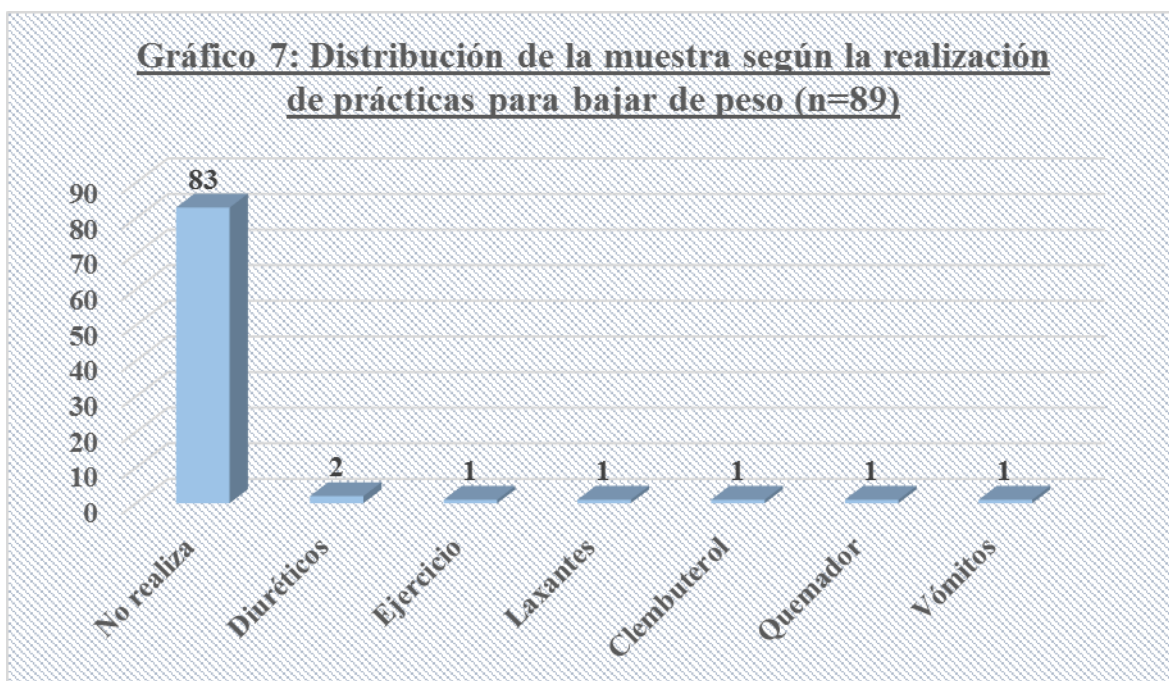
En el Grafico 4 se puede apreciar que el 69% del muestreo consume o ha consumido suplementos dietarios. Entre los más consumidos se encuentran la Proteína, Creatina, Bebidas deportivas, Óxido



Nítrico, Glutamina, Ganador de peso, Cafeína y en menor medida eligen consumir Geles deportivos, Pro-Hormonales, Glucosamina, Café verde, Espirulina, entre otros (Gráfico 5).

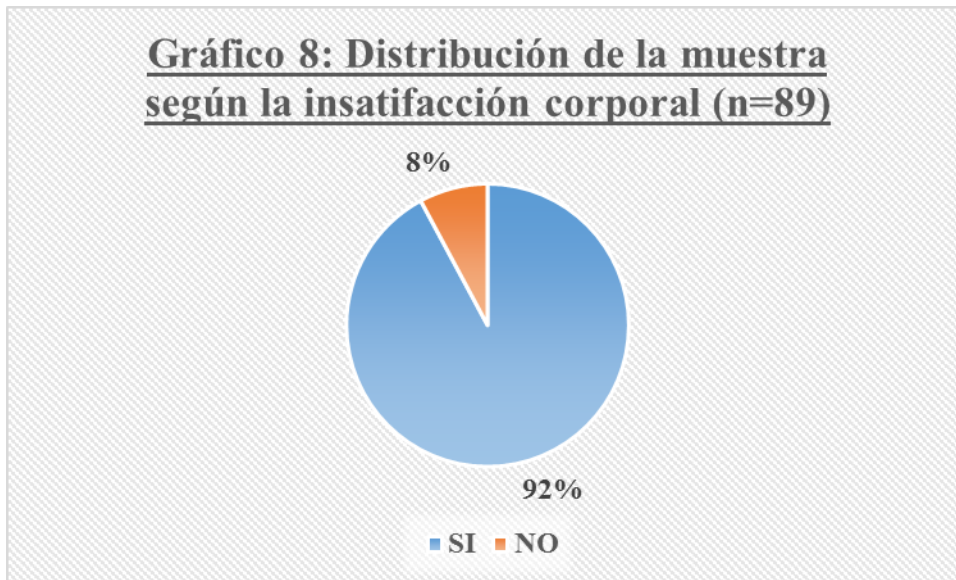


En cuanto a la realización de tratamientos estéticos, se puede observar en el Gráfico 6 que la mayoría de los encuestados (70%) no ha realizado ningún tipo de tratamiento. Sin embargo un 24% manifestó haber recurrido a la depilación como tratamiento estético, a diferencia de las cirugías estéticas e inyecciones de fosfatidilcolina que fueron elegidas en menor medida.



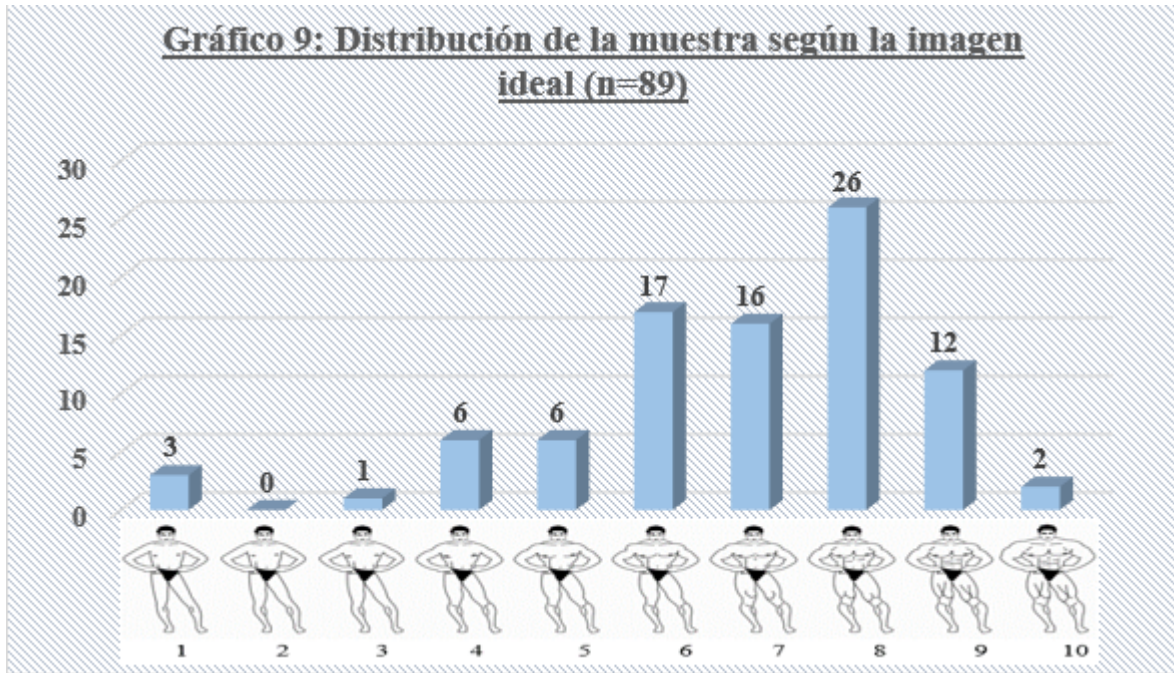
Fuente de elaboración propia.

En cuanto a la realización de prácticas para bajar peso, como podemos observar en el Gráfico 7, la gran mayoría de los participantes de la encuesta no ha realizado ninguna hasta el momento. Aun así, podemos encontrar una minoría que ha experimentado con diuréticos, laxantes, crembuterol y hasta acudido a vómitos para bajar de peso.



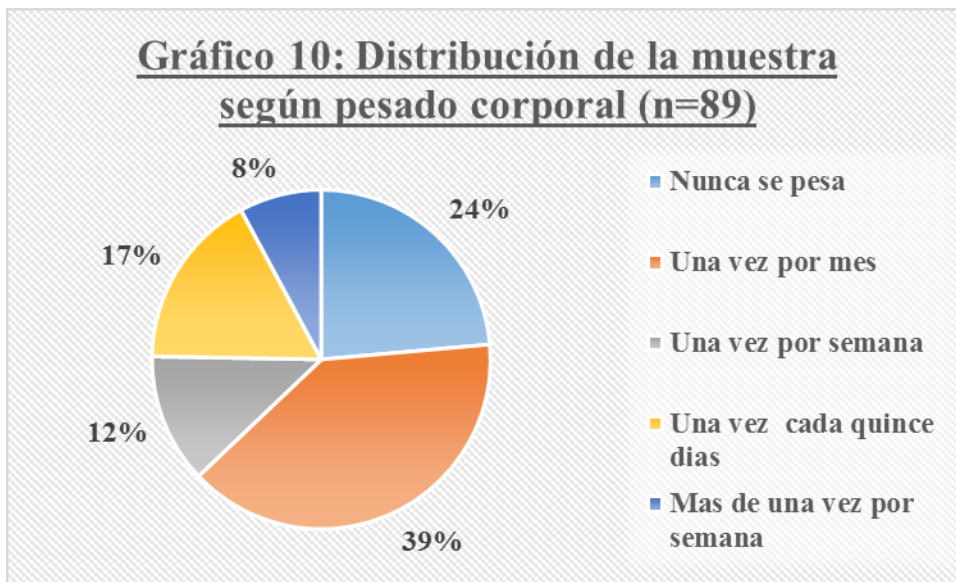
Fuente de elaboración propia.

El gráfico 8 consiste en una pieza clave para el presente trabajo de investigación. En el mismo podemos visualizar que el 92% de los participantes de la encuesta no se encuentran satisfechos con su cuerpo, habiendo seleccionado un modelo de cuerpo ideal según la escala de Baile distinto al que presentan según su juicio, observándose una tendencia hacia la idealización de un cuerpo más musculoso.



Fuente de elaboración propia.

En el gráfico 9 podemos observar la escala de cuerpo ideal diseñada por Baile. El modelo de imagen ideal mas elegida fue el número 8, como se aclaró en el gráfico anterior la mayoría elige un modelo de cuerpo mas musculoso.



Fuente de elaboración propia.

En cuanto al pesado corporal (Gráfico 10) se puede observar que el 39% de los encuestados se pesa una vez por mes, el 24% no se pesa nunca, el 17% se pesa una vez cada quince días, el 12% se pesa una vez por semana y solo el 8% se pesa mas de una vez por semana.

**Gráfico 11: Distribución de la muestra según actividad física diaria (n= 89)**



Fuente de elaboración propia.

Al ser consultados por la actividad física diaria, el 70% de las personas tenidas en cuenta en la muestra contestó que realiza de 60 a 120 minutos por día, el 20% dice realizar menos de 60 minutos al día y el 10% más de 120 minutos por día.

**Tabla N° 1**

Estado civil	Test Adonis	Resultados	Porcentaje
Casado/ Concubino	Preoc. Leve	5	83%
	Preoc. Moderada	1	17%
Soltero	Preoc. Leve	47	57%
	Preoc. Moderada	33	40%
	Dismorfia	3	4%
<b>Total general</b>		<b>89</b>	

Fuente de elaboración propia.

Relacionando las variables seleccionadas para realizar la encuesta, podemos observar que el estado civil predominante en los grados según el Test de Adonis más altos (Categoría “Preocupación moderada por la imagen corporal” y “Dismorfia (complejo de adonis grave)”) es el de soltero. Como observamos en la Tabla N°1 la proporción de solteros con Preocupación Moderada y Dismorfia es de 44%, mientras que en la categoría de Casados/Concubinos dicho porcentaje asciende a 17%.



**Tabla N°2**

Test Adonis	Realización de dietas	Resultados	Porcentaje por categoría
Preoc. Leve	No	13	25%
	Si	39	75%
Preoc. Moderada	No	1	3%
	Si	33	97%
Dismorfia	Si	3	100%
<b>Total general</b>		<b>89</b>	

Fuente de elaboración propia.

**Tabla N°3**

Etiquetas de fila	Tipos de dietas	Resultados	Porcentaje por categoría
Preoc. Leve	Buena alimentación, variada, no consume comida chatarra	12	31%
	Dieta personal proporcionada por un profesional	2	5%
	Hiperproteica	19	49%
	Hipocalórica	2	5%
	Hipocalórica e Hiperproteica	2	5%
	Hipocarbonada	1	3%
	Vegetariana	1	3%
Preoc. Moderada	Buena alimentación, variada, no consume comida chatarra	8	24%
	Hiperproteica	18	55%
	Hipocalórica	3	9%
	Hipocalórica e Hiperproteica	2	6%
	Hipocarbonada	2	6%
Dismorfia	Dieta personal proporcionada por un profesional	1	33%
	Hiperproteica	2	67%
<b>Total general</b>		<b>75</b>	

Fuente de elaboración propia

Según la Tabla N°2 podemos observar que si bien en todas los grados del Test de Adonis los encuestados que realizaron dietas son mas de los que no realizaron dietas, cuanto mayor es el grado según el Test de Adonis mas elevada es la brecha entre los resultados (75% fueron los encuestados que realizaron dietas dentro de el grado Preocupación leve, 97% los que las realizaron en Preocupación Moderada y el 100% los que la realizaron en Dismorfia). Además se puede ver que en las tres categorías el tipo de dieta preferido es la dieta Hiperproteica con proporciones del 49% para Preocupación Leve, 55% para Preocupación Moderada y 67% para Dismorfia.

**Tabla N°4**

<b>Test de Adonis</b>	<b>Consumo de Suplementos Nutricionales</b>	<b>Resultados</b>	<b>Porcentajes por categoria</b>
Preoc. Leve	No	24	46%
	Si	28	54%
Preoc. Moderada	No	4	12%
	Si	30	88%
Dismorfia	Si	3	100%
<b>Total general</b>		<b>89</b>	

Fuente de elaboración propia

Por otra parte, al enfocarnos en los suplementos nutricionales, podemos notar que la mayoría de los encuestados que contestaron haber consumido alguna clase de los mismos también pertenecen en su mayoría a las categorías más altas según el Test de Adonis. Aquellos encuestados cuya respuesta resultó negativa se encuentran concentrados en la categoría de dismorfia de “Preocupación leve por la imagen corporal” (46%).

**Tabla N°5**

<b>Insatisfacción corporal</b>	<b>Test de Adonis</b>	<b>Resultados</b>	<b>Porcentajes</b>
Si	Preoc. Leve	45	51%
	Preoc. Moderada	34	38%
	Dismorfia	3	3%
No	Preoc. Leve	7	8%
<b>Total general</b>		<b>89</b>	

Fuente de elaboración propia

Además es importante resaltar que a pesar de que la mayoría de los encuestados tienen “Preocupación leve por la imagen corporal”, dentro del total de los encuestados (n=89) el 92% no está conforme con su cuerpo (82 del total de encuestados).

**Tabla N°6**

<b>Pesado corporal</b>	<b>Test Adonis</b>	<b>Resultados</b>
Más de una vez por semana	Preoc. Leve	2
	Preoc. Moderada	4
	Dismorfia	1
Una vez por semana	Preoc. Leve	4
	Preoc. Moderada	7
Una vez cada quince días	Preoc. Leve	9
	Preoc. Moderada	6
Una vez por mes	Preoc. Leve	25
	Preoc. Moderada	8
	Dismorfia	2
Nunca me peso	Preoc. Leve	12
	Preoc. Moderada	9
<b>Total general</b>		<b>89</b>

Fuente de elaboración propia

Si tomamos como referencia las respuestas relacionadas a la frecuencia del pesado corporal, notamos que dentro de aquellos que se pesan una o más veces por semana predomina la categoría de “Preocupación moderada por la imagen corporal” por sobre la de “Preocupación leve por la imagen corporal”.

## **Discusión y Conclusiones**

Sin lugar a dudas existe una creciente preocupación por la imagen corporal por parte de los hombres. Si bien en los resultados del Test de Adonis la mayoría presentó Preocupación leve y moderada no patológica por la imagen corporal, viendo los resultados de las prácticas asociadas a la dismorfia se puede observar como punto importante que la mayoría realiza dietas y sobretodo dietas del tipo Hiperproteicas, utilizadas para el aumento de masa muscular. El índice de insatisfacción corporal de 92% arrojado por los resultados de la encuesta es un indicador más que claro que avala esta premisa, la cual es también apoyada por la cantidad y diversidad de suplementos consumidos. La imagen ideal más elegida según la escala de Baile, fue la numero 8. Ésta imagen es relativamente alta, lo que nos da la pauta de la relevancia que los hombres mayores a 18 años que acuden al gimnasio le dan a la búsqueda de un “cuerpo perfecto” y cuidado de su imagen. Tal es así, que el tiempo diario promedio de actividad física seleccionada se encuentra entre una y dos horas, lo que resulta elevado para alguien que va al gimnasio de manera amateur. Por otro lado, si bien se puede observar un porcentaje considerable de encuestados que no lleva a cabo tratamientos estéticos para mejorar su imagen, encontramos un grupo del 24% de los encuestados que practican la depilación como un tratamiento estético, lo que da muestras de un cambio cultural que viene aumentando en los últimos tiempos.

Resulta oportuno comparar los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación con aquellos observados en el estado del arte. Podemos observar que en un estudio realizado en la ciudad de Mérida, se obtuvieron unos resultados muy similares a los que se muestran en este estudio. De la muestra total (30 Individuos), un 40% se identificó con síntomas de Dismorfia muscular mientras que los resultados relacionados con nuestro estudio mostraron una cifra muy cercana: 38% de Preocupación moderada por la imagen corporal y el 3% con Dismorfia (complejo de adonis grave) para una muestra total de 89 individuos.

Siguiendo con esta comparación, podemos mencionar también el estudio realizado en Chile en el año 2007 donde se investigó a un conjunto de individuos consumidores de suplementos. Los resultados mostraron que de una muestra de 314 individuos, más del 50% de los encuestados consumen suplementos mientras que del presente trabajo se desprende que el 69% consumen suplementos nutricionales. Finalmente, podemos agregar que en ambos estudios, el suplemento más consumido es la Proteína.

El rol del Licenciado en Nutrición resulta fundamental para el apoyo y respaldo de personas que sufren de dismorfia o pueden llegar a sufrirla, ya que como pudimos comprobar con la encuesta

realizada en el presente trabajo de investigación, son pocos aquellos que han acudido a un profesional previo a la realización de dietas para lograr adaptar su imagen a lo que ellos creen resulta la imagen ideal. Hoy en día es muy sencillo encontrar información falaz gracias a los múltiples medios de comunicación con los que disponemos, y muchas de estas prácticas pueden ser perjudiciales para la salud.

Teniendo en cuenta todos los aspectos analizados en el presente trabajo de investigación, resulta sumamente importante continuar estudiando este tema e implementar acciones y herramientas que informen debidamente a los expertos en nutrición y así acercarlos a esta población por el riesgo potencial evidente que implica para la salud.

## **Bibliografía**

1. Gary S Goldfield, Arthur G Blouin, D Blake Woodside. Body Image, Binge Eating, and Bulimia Nervosa in Male Bodybuilders. Can J Psychiatry [Revista de internet]. 2006 [Fecha de consulta 2 de julio de 2015]; Vol. 51, N° 3. Disponible en: <https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2006/march1/cjp-mar-1-06-goldfield-or.pdf>
2. Philip E. Mosley. Bigorexia: Bodybuilding and Muscle Dysmorphia. Eur. Eat. Disorders Rev. [Revista de internet]. 2009 [Fecha de consulta 2 de julio de 2015]; Disponible en: <http://www.recoveryonpurpose.com/upload/Bigorexia%20Bodybuilding%20and%20Muscle%20Dysmorphia.pdf>
3. Organización mundial de la salud [Sede Web]. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Fecha de consulta 2 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
4. S. Márquez. Beneficios psicológicos de la actividad física. Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología [Revista de internet]. 1995 [Fecha de consulta 2 de julio de 2015]; Vol. 48, N° 1-2. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2378944>
5. D. López-Barajas, R. Castro-López, L. Zagalaz-Sánchez. Autoconcepto y ansiedad: detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física [Revista de internet]. 2012 [Fecha de consulta 2 de julio de 2015]; Vol. 12, N°2. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo09.pdf>
6. Salaberria; Rodríguez; Cruz. Percepción de la imagen corporal. Osasunaz. 2007 [Fecha de consulta 2 de julio de 2015]; Disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
7. Emilio J. Compte. Muscle dysmorphia: historical review and updates in its diagnostic, assessment and treatment. Behavioral Psychology / Psicología Conductual [Revista de internet]. 2014 [Fecha de consulta 2 de julio de 2015]; Vol. 22, N° 2. Disponible en: [http://www.researchgate.net/profile/Emilio\\_Compte/publication/266395455\\_Muscle\\_dysmorphia\\_historical\\_review\\_and\\_updates\\_in\\_its\\_diagnostic\\_assessment\\_and\\_treatment/links/551643b60cf2b5d6a0ed81e2.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Emilio_Compte/publication/266395455_Muscle_dysmorphia_historical_review_and_updates_in_its_diagnostic_assessment_and_treatment/links/551643b60cf2b5d6a0ed81e2.pdf)
8. CF Gutiérrez, R Ferreira Castro. Vigorexia: Estudio sobre la adicción al ejercicio. Un enfoque de la problemática actual. Universidad de Antioquia, Medellín. 2007. [Fecha de consulta 2 de julio de 2015]; Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/105-vigorexia.pdf>

9. Marcia Onzari. Fundamentos de la nutrición en el deporte. Segunda edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo. 2014
10. N Barrientos Martínez, C Escoto, LE Bosques, y col. Interiorización de ideales estéticos y preocupación corporal en hombres y mujeres usuarios de gimnasio. Revista Mexicana de trastornos alimentarios [Revista de internet]. 2013. [Fecha de consulta 2 de julio de 2015]; Vol. 5, N° 1. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232014000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232014000100005&script=sci_arttext)
11. Rodríguez R., Crovetto M., González A. y col. Consumo de suplementos nutricionales en gimnasios, perfil del consumidor y características de su uso. Revista Chilena de nutrición [Revista de internet]. 2011. [Fecha de consulta 2 de julio de 2015]; Vol. 38, N° 2. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182011000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182011000200006&script=sci_arttext)
12. A. Marfil Briceño, R Bojórquez, R Vázquez Arévalo y col. Hábitos alimentarios de hombres con características de dismorfia muscular. Revista Salud Publica y Nutrición [Revista de internet]. 2007. [Fecha de consulta 2 de julio de 2015]; Vol. 11, N° 4. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/xi/4/articulos/dismorfia.htm>
13. Escoto Ponce de León, Camacho Ruiz, Alvarez Rayón, y col. Relación entre autoestima y síntomas de dismorfia muscular en varones fisicoconstructivistas. Revista Mexicana de trastornos alimentarios [Revista de internet]. 2007. [Fecha de consulta 2 de julio de 2015]; Vol. 3, N°1. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v3n1/v3n1a2.pdf>

## ANEXOS

### **ENCUESTA - Usuarios de Gimnasio**

En virtud de que me encuentro realizando mi trabajo final integrador (TFI), de la Licenciatura en Nutrición necesito realizar una encuesta de Usuarios de gimnasio, hábitos alimentarios y estilo de vida. Por esta razón, solicito su autorización para participar en esta encuesta, que consistirá en recabar información referida a estos temas. Resguardaré la identidad de las personas incluidas en esta encuesta. En cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos. La decisión de participar en esta encuesta es voluntaria y desde ya agradezco su colaboración.

Firma:

Alumna encuestadora: Vanesa Antón

**\*Obligatorio**

**1. ENCUESTADO: \***

*Marca solo un óvalo.*

- ACEPTO  
 NO ACEPTO

**2. Edad: \***

\_\_\_\_\_

**3. Estado civil: \***

*Marca solo un óvalo.*

- Soltero  
 Casado  
 Viudo  
 Concubino

**4. Peso: \***

\_\_\_\_\_

**5. Altura: \***

\_\_\_\_\_



6. **¿Cuánto tiempo le dedicas cada día preocupándote por algún aspecto de tu apariencia? \***

(no simplemente pensándolo, sino preocupándote)

Marca solo un óvalo.

- Menos de 30 minutos.
- De 30 a 60 minutos.
- Más de 60 minutos.

7. **¿Con que frecuencia estás mal por alguna cuestión relacionada con tu apariencia? \***

(preocupado, ansioso, deprimido...)

Marca solo un óvalo.

- Nunca o raramente.
- Algunas veces.
- Frecuentemente.

8. **¿Con qué frecuencia evitas que partes de tu cuerpo o tu cuerpo entero sea visto por otros? Por ejemplo, ¿con qué frecuencia evitas ir a vestuarios, piscinas o situaciones donde debas quitarte la ropa? O también, ¿con qué frecuencia llevas ropas que alteran u ocultan tu apariencia corporal, como por ejemplo intentar ocultar tu cabello o llevar ropas holgadas para esconder tu cuerpo? \***

Marca solo un óvalo.

- Nunca o raramente.
- Algunas veces.
- Frecuentemente.

9. **¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades de aseo para mejorar tu apariencia? \***

Marca solo un óvalo.

- Menos de 30 minutos.
- De 30 a 60 minutos.
- Más de 60 minutos.

10. **¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades físicas para mejorar tu apariencia física, tales como levantamiento de pesas, máquina de caminar? \***

(Nos referimos sólo a esas actividades deportivas cuyo objetivo principal sea mejorar la apariencia física)

Marca solo un óvalo.

- Menos de 60 minutos.
- De 60 a 120 minutos.
- Más de 120 minutos.

11. **¿Con qué frecuencia sigues dietas comiendo alimentos especiales (por ejemplo, de alto grado proteico o comidas bajas en grasas) o Ingreses suplementos nutricionales para mejorar tu apariencia? \***

Marca solo un óvalo.

- Nunca o raramente.  
 Algunas veces.  
 Frecuentemente.

12. **¿Qué parte de tus Ingresos económicos los empleas en cuestiones dedicadas a mejorar tu apariencia? \***

(por ejemplo, comidas especiales de dieta, suplementos nutricionales, productos para el pelo, cosméticos, técnicas cosméticas, equipamiento deportivo, cuotas de gimnasio...)  
Marca solo un óvalo.

- Una cantidad insignificante.  
 Una cantidad sustancial, pero nunca hasta el punto de que me cree problemas económicos.  
 Una cantidad suficiente hasta el punto de crearme problemas económicos.

13. **¿Con qué frecuencia tus actividades relacionadas con tu apariencia física afectan a tus relaciones sociales? \***

(por ejemplo, el tener que dedicar tiempo a entrenamientos, prácticas alimentarias especiales o cualquier otra actividad relacionada con tu apariencia que terminan afectando a tus relaciones con otras personas)

Marca solo un óvalo.

- Nunca o raramente.  
 Algunas veces.  
 Frecuentemente.

14. **¿Con que frecuencia tu vida sexual se ha visto afectada por tus preocupaciones relacionadas con tu apariencia? \***

Marca solo un óvalo.

- Nunca o raramente.  
 Algunas veces.  
 Frecuentemente.

15. **¿Con qué frecuencia tus preocupaciones con la apariencia o actividades relacionadas con ella han comprometido tu trabajo o carrera? \***

(o tus actividades académicas si eres estudiante, por ejemplo, llegando tarde, perdiendo horas de trabajo o clase)

Marca solo un óvalo.

- Nunca o raramente.  
 Algunas veces.  
 Frecuentemente.

16. **¿Con qué frecuencia has evitado ser visto por otra gente debido a tus preocupaciones con tu apariencia? \***

(por ejemplo, no yendo a la escuela, al trabajo, a eventos sociales o a estar en público)

Marca solo un óvalo.

- Nunca o raramente.
- Algunas veces.
- Frecuentemente.

17. **¿Has consumido algún tipo de suplemento, legal o ilegal, para ganar músculo, perder peso o para cualquier intento de mejorar tu apariencia? \***

Marca solo un óvalo.

- Nunca.
- Sólo suplementos legales, comprados en sitios oficiales o bajo prescripción.
- He usado esteroides ilegales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias.

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

Marca solo un óvalo.

- Nunca o raramente.
- Algunas veces.
- Frecuentemente.

19. **¿Realizas o realizaste dietas? \***

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

20. - Si tu respuesta es sí, ¿Qué tipo de dieta realizas o realizaste?

---

---

---

---

---

21. ¿Alguna vez consumiste o consumes suplementos nutricionales? \*

(con el propósito de mejorar tu rendimiento físico, apariencia o musculatura)  
Marca solo un óvalo.

Sí

No

22. -Si tu respuesta es sí, marca los suplementos nutricionales que consumes o consumiste.

(se puede marcar más de uno)

Selecciona todos los que correspondan.

Proteína

Creatina

Ganador de peso

Bebidas deportivas

Geles deportivos

Cafeína

Beta-Alanina

Carnitina

Glutamina

Glucosamina

Efedrina

Insulina

Sibutramina

Pro-Hormonales

Óxido Nítrico

Anabólicos

Testosterona

Otro: \_\_\_\_\_

23. ¿Realizas o realizaste alguno de estos tratamientos? \*

(se puede marcar más de uno)

Selecciona todos los que correspondan.

Depilación

Liposucción

Cirugías estéticas

Inyecciones de fosfatidilcolina

No realice

Otro: \_\_\_\_\_

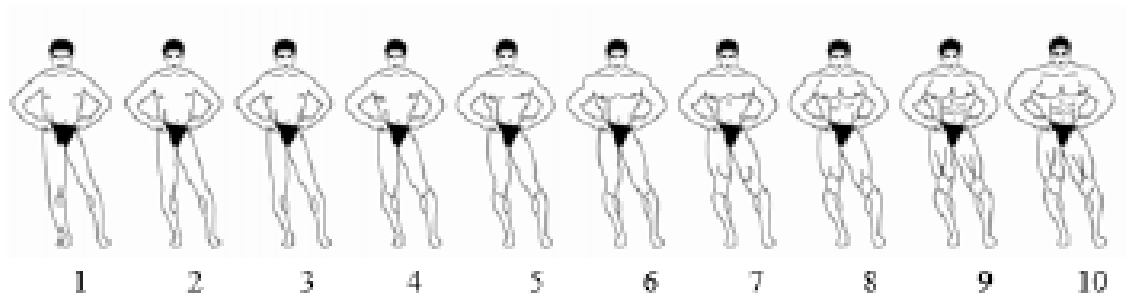
24. ¿Realizas o alguna vez realizaste algún tipo de práctica para perder peso? \*

(se puede marcar mas de uno)

Selecciona todos los que correspondan.

- Vómitos
- Diuréticos
- Laxantes
- Uso de plásticos durante la actividad física
- No realice
- Otro: \_\_\_\_\_

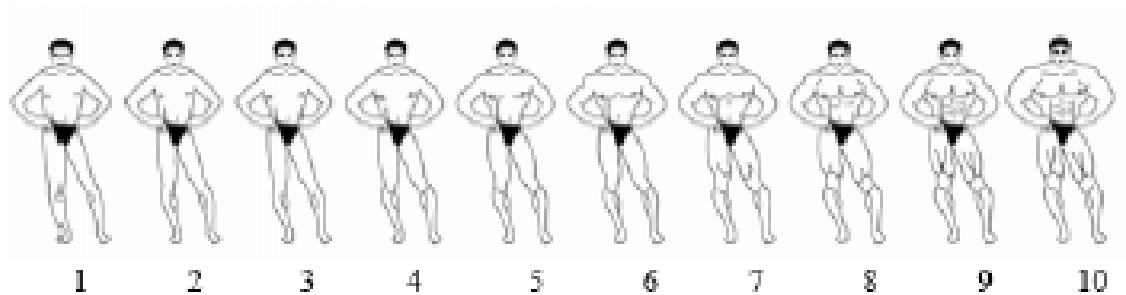
Elegir la imagen según como te ves actualmente.



25. (Ingresar el número de la Imagen)

\_\_\_\_\_

Elegir la imagen que desearías tener.



26. (Ingresar el número de la Imagen) \*

\_\_\_\_\_

27. ¿Con qué frecuencia te pesas? \*

Marca solo un óvalo.

- Nunca me peso
- Una vez por mes
- Una vez cada quince días
- Una vez por semana
- Más de una vez por semana

---

Con la tecnología de

