



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“DISMORFIA MUSCULAR, IMAGEN CORPORAL Y
CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN 2
POBLACIONES MASCULINAS”**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN:

PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DRA. MARÍA JIMENA MARTÍN SALAS

COORDINADOR DE TESIS:

DR. CARLOS SERRANO GÓMEZ

JEFE DE SERVICIO

HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO



MÉXICO, D. F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. MANUEL ÁLVAREZ NAVARRO

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO S.B.E

DR. CARLOS SERRANO GÓMEZ

JEFE DE SERVICIO / ASESOR DE TESIS
UNIDAD DE PSIQUIATRÍA
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO S.B.E

DR. ENRIQUE RAFAEL SUÁREZ ÁLVAREZ

JEFE DE CURSO PSIQUIATRÍA
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO S.B.E

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores, médicos adscritos, quienes me dieron la oportunidad de llevar a cabo la Especialidad en la única Unidad de Psiquiatría dentro de un Hospital General a nivel privado del país, por contribuir de forma constante a mi formación personal y profesional, por exigir mantener y actualizar un alto nivel de conocimientos sin olvidar actuar bajo principios éticos básicos.

A Rodrigo Martín Salas, hermano, por haber contribuido con la mejor disposición en la realización de este trabajo y por ser un ejemplo a seguir. A Adán Cisneros y personal de gimnasio quienes apoyaron y trabajaron este estudio.

A mis padres por haberme dado la oportunidad de estar aquí, apoyarme en cada una de las decisiones que he tomado, les agradezco haber sido un ejemplo, una guía por haberme dado las herramientas para enfrentar día a día, por enseñarme a no rendirme y a levantarme con mas fuerza. Por haber soportado y haber renunciado en muchas ocasiones a su bienestar por el mío, jamás habrá palabras suficientes.

A mis hermanos, incluyendo a mis primos, por generar y compartir conmigo los momentos mas felices de mi vida, por ser la incondicional compañía y formar el lazo mas fuerte y cercano, porque sin entender nada de la vida, sin tener mas palabras, desde siempre he logrado sentirlos junto a mi.

A mi Psicoanalista, por haber creído en mi, por haber estado presente en los momentos mas difíciles, haberme acompañado durante el camino y ser uno de los pilares mas fuertes en mi vida.

A mis amigos, mi segunda familia quienes han estado presentes en los momentos de alegría, los desvelos, las frustraciones y tristezas, quienes estando lejos o en diferentes caminos siempre regresan.

A mis compañeros y amigos de residencia, con quienes compartí momentos incomparables, de quienes por sus conocimientos médicos y experiencias contribuyeron a mi formación y a quienes les tengo un importante aprecio, en especial a esa persona quien con solo su presencia me refleja el fruto de cada uno de los esfuerzos realizados en los últimos 12 años, quien me inspira y me exige sin saberlo, a continuar creciendo con pasos mas firmes y sólidos.

TÍTULO

“DISMORFIA MUSCULAR, IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN 2 POBLACIONES MASCULINAS”

AUTOR: María Jimena Martín Salas

RESUMEN:

En los últimos años, ha crecido el número de hombres que se sienten poco atractivos, obsesionados por no lucir un cuerpo lo suficientemente musculoso intentando corregir el aparente defecto con conductas estrictas alrededor de una dieta y ejercicio obsesivo y excesivo, en 1993, el Dr. Pope describe por primera vez la Dismorfia Muscular, dándole el nombre en ese entonces de “Anorexia Reversa”, la cual ha sido continuamente clasificada dentro de diferentes categorías, con muy pobre consenso para guiar su investigación o práctica clínica, actualmente son escasos los estudios que han estudiado tanto los trastornos de la conducta alimentaria como de imagen corporal en el sexo masculino.

Objetivo: Comparar las conductas alimentarias y deportivas en dos poblaciones de sexo masculino, usuarios de gimnasios y médicos residentes del Hospital Español que no asisten a gimnasios y estimar la presencia de Dismorfia Muscular.

MÉTODO:

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, con 2 poblaciones masculinas, donde se comparó la conducta alimentaria, grado de satisfacción corporal en dos poblaciones de sexo masculino, usuarios de gimnasios y médicos residentes estimando además la presencia de Dismorfia Muscular en cada grupo.

RESULTADOS:

Se obtuvo una muestra inicial de 90 sujetos, debido a los criterios planteados en el estudio, 66 personas concluyeron el estudio. Tanto la edad como el índice de masa corporal fue mayor en el grupo de usuarios de gimnasio que en el grupo de médicos residentes (edad promedio 32.8 vs 27.8 IMC 27.3 vs 23.9) respectivamente, el grupo de usuarios de gimnasio estaba severamente insatisfecho con su cuerpo hasta en un 69.79% sin embargo no se encontró una diferencia significativa entre las alteraciones en la conducta alimentaria entre ambos grupos, la prevalencia de Dismorfia Muscular en el grupo de usuarios de gimnasio fue de un 42.42% vs 13.33% en médicos residentes. El abuso de sustancias y/o anabólicos en usuarios de gimnasio fue superior con un 75.76% de los participantes. Se encontró diferencia significativa en cuanto a la autoestima, con una $p < 0.05$ puntuando mas bajo el grupo de Médicos Residentes en comparación con el Grupo de Usuarios de Gimnasio

CONCLUSIONES:

Se corroboró una cifra importante de Dismorfia Muscular en el grupo de Usuarios de Gimnasio, los cuales en general estaban Insatisfechos con su Imagen Corporal y para los cuales la Importancia de contar con la Figura soñada era superior y en donde el consumo de sustancias y/o anabólicos era frecuente con el fin de mejorar su imagen, en comparación con el grupo de Médicos Residentes en donde resalta la baja autoestima que presentan.

PALABRAS CLAVE

Dismorfia muscular, imagen corporal, conductas alimentarias

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES	1
1.1 MARCO TEÓRICO:.....	1
1.1.1 HISTORIA DEL CONCEPTO DISMORFIA MUSCULAR.....	1
1.1.2 HISTORIA DEL CONCEPTO DISMORFIA MUSCULAR.....	1
1.1.3 DEFINICIÓN DE DISMORFIA MUSCULAR, IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA.....	3
1.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	6
1.2.1 EPIDEMIOLOGÍA DE DISMORFIA MUSCULAR, IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS.....	6
1.3 ETIOLOGÍA.....	8
1.3.1 FACTORES SOCIALES.....	8
1.3.2 FACTORES GENÉTICOS.....	9
1.3.3 FACTORES RELACIONADOS CON EL DEPORTE (ADICCIÓN AL DEPORTE).....	10
1.3.4 FACTORES INDIVIDUALES.....	12
1.3.5 AMBIENTE FAMILIAR.....	13
1.4 MANIFESTACIONES.....	13
1.4.2 MANIFESTACIONES CONDUCTUALES.....	15
1.4.3 RELACIÓN DE LA DISMORFIA MUSCULAR CON LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN.....	16
1.4.4 DISMORFIA MUSCULAR COMO UN TRASTORNO SOMATOMORFO.....	17
1.4.5 ESPECTRO OBSESIVO COMPULSIVO Justificación DSM 5.....	18
1.5 DIAGNÓSTICO DSM 5.....	19
1.5.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM 5.....	20
1.6 COMORBILIDAD CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS.....	22
1.7 COMPLICACIONES/REPERCUSIONES MÉDICAS.....	23
2. JUSTIFICACIÓN	24
3. OBJETIVO:	25
4. MATERIAL Y MÉTODO	25
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	25
4.2 UNIVERSO.....	25
4.3 OBTENCIÓN DE LA MUESTRA.....	25
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	26
4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	26
4.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	27
4.7 PROCEDIMIENTO.....	27
4.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	28
4.8.1 Test de Actitudes Alimentarias (Eating Atitudes Test EAT-40).....	29
4.8.2 Escala Graduada de Hannover.....	32
4.8.3 Inventario de desórdenes Alimentarioa (Eating Disorders Inventory –EDI).....	32
5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	33
6. RESULTADOS	33
7. DISCUSIÓN	41

8. CONCLUSIONES.....	42
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
10. ANEXOS.....	47
10.1 ANEXO I	47
10.2 ANEXO II INSTRUMENTO PARTE 2.....	51
10.3 ANEXO III GRÁFICAS Y TABLAS.....	52

**“DISMORFIA MUSCULAR, IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTAS
ALIMENTARIAS EN 2 POBLACIONES MASCULINAS”**

1. ANTECEDENTES

1.1 MARCO TEÓRICO:

1.1.2 HISTORIA DEL CONCEPTO DISMORFIA MUSCULAR

En 1993 mientras el grupo de investigación del **Dr. Harrison Graham Pope Jr.** realizaba una investigación acerca del abuso de esteroides anabólicos en físico culturistas, observan detenidamente un comportamiento similar a los de la Anorexia Nervosa en mujeres, encontrando una muestra significativa de hombres que se percibían delgados y débiles por mas entrenamiento que estos realizaban, existía algo que les impedía verse como en realidad eran, es así que se describe por primera vez a la Dismorfia Muscular, con el término de “Anorexia reversa”¹

Posteriormente, en 1996 el mismo autor H. Pope, junto con Katherine A. Phillips, psiquiatra y el psicólogo Roberto Olivardia, decidieron hablar de este trastorno mental como **“El Complejo de Adonis”**, nombre del cual se deriva su libro en donde explican como en los últimos años, ha crecido el número de hombres que se sienten poco atractivos, obsesionados por no lucir un cuerpo lo suficientemente musculoso y sin grasa, intentando corregir el defecto que solo

es percibido por ellos, tras lo cual adoptan conductas estrictas alrededor de una dieta y ejercicio obsesivo y excesivo,

En un artículo publicado a finales de 1997 en la revista *Psychosomatics*, el mismo equipo es quien propone los criterios que se requieren para diagnosticar esa alteración³, a la vez de que menciona de que es un subtipo de un Trastorno Dismórfico Corporal (*“Muscle dysmorphia” an underrecognized form of body dysmorphic disorder?”*)

En este contexto surge la dismorfia muscular, condición que pese a no haber sido un trastorno reconocido por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), hasta antes de la elaboración del DSM-5 ha suscitado diversas investigaciones.²

Con la nueva edición del DSM, el lanzamiento del DSM 5, gran parte de la investigación que se está realizando se ha basado en redefinir la categorización de muchos trastornos psiquiátricos, así como modificar los criterios y establecer guías clínicas para trastornos psiquiátricos recién identificada. La Dismorfia muscular es un trastorno en el cual, desde su introducción ha sido continuamente clasificada dentro de diferentes categorías, con muy pobre consenso para guiar su investigación o práctica clínica.¹

1.1.3 DEFINICIÓN DE DISMORFIA MUSCULAR, IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA

DISMORFIA MUSCULAR

Etimológicamente la palabra *DISMORFIA* proviene de dos palabras griegas: *dis* que indica dificultad y *morphe* forma, por lo tanto se refiere a la forma defectuosa de alguna zona. Se le ha atribuido el término de Dismofia Corporal al médico Morselli (1886), quienes padecen este tipo de trastornos, no están satisfechos con alguna parte de su cuerpo en específico, sin embargo en este caso, no se esta satisfecho en específico con la masa muscular, otorgándose el nombre de *DISMORFIA MUSCULAR*.

IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000) y la vivencia que cada persona tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999) ⁷ Rosen, menciona que la imagen corporal es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.

La imagen corporal se conforma por aspectos perceptivos, es decir la precisión con que se percibe el tamaño, el peso y forma del cuerpo, por otro lado existen aspectos cognitivos-afectivos que se refieren a las actitudes, los sentimientos, pensamientos que se generan a partir de la percepción, *emocionalmente* la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción,

disgusto, rabia, impotencia, etc. Finalmente todo esto genera una conducta, como exhibición, evitación, comprobación, rituales, o su camuflaje.⁷

La imagen corporal va conformando desde la infancia, desde los 4-5 meses empiezan a distinguir entre ellos, los objetos externos y sus cuidadores, entre 1 año a 3 experimentan la relación entre cuerpo y ambiente junto con el desarrollo de habilidades motoras, a partir de los 4-5 años, es cuando comienzan a utilizar el cuerpo para describirse a si mismos, sin embargo en la adolescencia se vive el cuerpo como fuente de identidad, de auto- concepto y autoestima, por lo que es una etapa clave, donde a partir de la auto evaluación y la comparación social se comienzan a dar las primeras manifestaciones de un trastorno de imagen corporal, trastorno de alimentación entre otros.

CONDUCTA ALIMENTARIA

Conducta es la forma de comportarse una persona. En el caso de la conducta alimentaria, el comportamiento guarda estrecha relación con el alimento. La conducta alimentaria no es tan sólo un acto reflejo que evita la aparición de las sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades.⁸

Según la definición dada por Osorio et al. “comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos”

Algunos fenómenos instintivos e innatos juegan papel en el tema de la conducta alimentaria, predisposiciones genéticas, vínculos fisiológicos, sin embargo en mayor porcentaje se va formando, se cree que las preferencias o rechazos a ciertos alimentos se da en base al aprendizaje y experiencia de los primeros 5 años de vida, como lo sugiere Busdiecker SB y colaboradores.

Otros factores que están involucrados en la conducta alimentaria son los factores socioculturales, las tradiciones, el estrato socioeconómico, sin embargo, es importante tener en cuenta que la relación de apego a la madre, establecida en el primer semestre de la vida, es determinante de la adquisición de la conducta alimentaria y del adecuado desarrollo posterior, como lo señalan Chatoor et al. En estas condiciones, en la evaluación del rol materno, es necesario estudiar si hay trastornos serios de su personalidad, trastornos de alimentación, trastornos afectivos o familiares, como violencia intrafamiliar, dificultades conyugales, son los que pueden originar serios trastornos de la conducta alimentaria y del desarrollo del niño.⁸

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

1.2.1 EPIDEMIOLOGÍA DE DISMORFIA MUSCULAR, IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS.

En los últimos 20 años se ha observado un incremento dramático en la prevalencia y severidad de los trastornos de imagen corporal en los hombres sugiriendo que actualmente existe una similitud entre géneros.

Estudios realizados por el Dr Pope demuestran que nueve millones de hombres que acuden regularmente a un gimnasio, algo más del 10% podría presentar alguna alteración de imagen corporal. En España, el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos calcula que existen unos 700.000 casos.

Aún existe una alta variabilidad en cuanto a la prevalencia e incidencia de los trastornos de imagen, conducta alimentaria y dismorfia muscular en el sexo masculino debido a que no se han unificado los criterios ni herramientas para evaluar dicho trastorno, utilizándose a lo largo de los últimos años diferentes instrumentos para identificar los síntomas en estas personas.

Se ha postulado, que la prevalencia de los trastornos de imagen corporal en hombres se está incrementando, semejante a los niveles de insatisfacción corporal que presentan las mujeres. Mas del 95% de los hombres americanos en *college age* estaban insatisfechos con alguna parte de su cuerpo, generalmente

mostraban un sentido de presión para desarrollar una dismorfia muscular, deseando constantemente incrementar su masa muscular. ^{1, 10}

En general, se ha observado que la dismorfia muscular es mas frecuente en hombres, a pesar de que se han documentado algunos casos en mujeres. ¹

Se ha estimado que la Dismorfia Muscular afecta entre 1 y 10% de usuarios de gimnasio habituales. En 2005 Maida y Armstrong encontraron que 25% de los usuarios de gimnasio, contaban con criterios para dicho trastorno, sin embargo cuando se evalúa a físico culturistas de competencia la cifra se eleva a 43-50%,

La prevalencia entre levantadores de pesas se ha estimado 10% y 53%, cifras en Chile son entre 10.1% y 20%.

Dentro de los escasos estudios realizados en México, se encuentra un articulo publicado en la Revista Chilena de Nutrición, realizado por Eréndira Zepeda et al y llevado a cabo en Guadalajara, 2011, donde se encontró que el 22% de una población masculina usuaria de gimnasios mostró tener síntomas de un Trastorno Dismórfico Muscular, estos sujetos pasaban una mayor cantidad de horas en el gimnasio y con mayor frecuencia ingerían suplementos alimenticios para mejorar su imagen.

La edad de inicio reportada en los pocos estudios que se han realizado es de 19 años, en la adolescencia tardía. ¹

Se calcula que alrededor del 29% de hombres que presentan una dismorfia muscular, previamente ya padecía de un trastorno de alimentación.

1.3 ETIOLOGÍA

Como en la mayoría de los trastornos mentales, se ha considerado que en la etiología de el trastorno dismórfico muscular los trastornos de imagen y de conducta alimentaria intervienen diferentes factores tales como:

1.3.1 FACTORES SOCIALES

A lo largo de los años, se ha considerado el modelo de el hombre fuerte y musculoso como símbolo de fuerza, poder, respeto y seguridad, las representaciones de los cuerpos ideales sitúan al idea de la mujer y del hombre en polos opuestos, colocando estereotipos desde la infancia, llevando a que en este caso, el género masculino se acerque cada vez mas a conductas como entrenamientos excesivos para ganar masa muscular, adherirse a dietas altas en proteínas y el consumo de energéticos y esteroides anabólicos. ¹

Por otro lado en el libro *“El Complejo de Adonis”* de Pope, se hace referencia de cómo se en los últimos 30 años ante la entrada de las mujeres en los últimos 30

años al campo laboral, en áreas donde previamente eran dominadas por los hombres, se ha creado el síndrome de *“la masculinidad amenazada”*, lo que hace que se potencie la creencia acerca de que la única manera que los hombres pueden manifestar su masculinidad es en base a sus cuerpos. ¹⁰

1.3.2 FACTORES GENÉTICOS

Existen muy pocos estudios al respecto, sin embargo se han encontrado hallazgos en estudios de gemelos y familiares que apoyan a una importante relación entre los trastornos de alimentación y la dismorfia muscular en hombres. ¹

Estudios recientes en gemelos sugieren que la dismorfia muscular podría ser una presentación diferente de los trastornos de alimentación en los hombres. El patrón de agregación familiar que se ha observado que presentan las familias con dismorfia muscular, es similar a la transmisión que se presenta en parientes de primer grado en la anorexia nervosa. ¹

Por otro lado, se han hecho estudios en donde se observan a gemelos monocigotos, encontrando una importante relación entre las alteraciones del transportador de serotonina, los niveles de este neurotransmisor y la conducta alimentaria.

El transportador de serotonina cumple un papel primordial en la regulación de la conducta alimenticia, particularmente, interviene en la detección de saciedad. El aumento de la disponibilidad de serotonina en la hendidura sináptica o la activación de los receptores 5HT reduce la compulsión hacia la comida, mientras que la disminución de la activación de esta genera lo contrario. (Camarena 2004).⁹

1.3.3 FACTORES RELACIONADOS CON EL DEPORTE (ADICCIÓN AL DEPORTE)

Es importante resaltar impacto que ha tenido el deporte en la sociedad, por un lado se han reconocido y utilizado los beneficios que este tiene, a nivel de desarrollo psicomotriz, disminución del estrés, su contribución a mejorar el auto concepto, liderazgo, trabajo en equipo. Arnold, consideró al deporte como una escuela de moralidad que cultiva el gusto por la lucha, el sentido del esfuerzo, solidaridad. Debido a este concepto, a veces es más difícil reconocer cuando una persona atraviesa entre lo normal y lo patológico de la práctica del ejercicio.

10

Algunos autores consideran que a partir del siglo XX, se han ido desvaneciendo estas características, para dar lugar al uso del deporte con propósitos que se han calificado como narcisitas o hedonistas.

Factores neurobiológicos por si mismo pueden contribuir a que se perpetúen las prácticas compulsivas y adictivas al ejercicio, se considera que la práctica continua de el ejercicio intenso puede desembocar en una preocupación excesiva, obsesión o compulsión por seguirla realizando. Una posible explicación es debido a que el ejercicio intenso, realizado de forma regular produce la liberación de opioides endógenos además de la tolerancia a las catecolaminas circulantes lo que puede llevar a la dependencia de los efectos estimulantes a estas sustancias. Debido a esto se dan los síntomas de abstinencia ante el cese de la actividad física, en donde además intervienen los circuitos dopaminérgicos asociados con la sensación de placer y el refuerzo conductual.

A la vez, las personas que realizan actividad física se ven recompensados por la mejoría en su salud física, el aumento en el estado de ánimo, la posible mejoría de las relaciones sociales, autoestima.

La dependencia al ejercicio fue considerada por primera vez por Baekeland en 1970, quién estudió los patrones de sueño, reacciones psicológicas al ejercicio y a su privación a individuos que realizaban ejercicio habitualmente, observando que cuando se dejaba de realizar este, aparecían alteraciones en el patrón del sueño, un importante incremento en los niveles de ansiedad. Mas tarde, en 1976, Glasser, estudia a corredores de largas distancias, encuentra también que cuando estos dejaban de correr aparecían alteraciones en el estado de ánimo, y

síntomas de abstinencia como irritabilidad, fatiga, junto a Sachs y Pargman (1979,1984) utilizan el término adicción a correr (Arbinaga F., 2004) y finalmente, De Coverley hablará de Exercise Dependence (De Coverley, 1987).

Un ejemplo mas de que tanto el ejercicio como la auto restricción de alimentos puede ser afectada por alteraciones neurobiológicas, es el estudio realizado por Aravich en donde se determinaron los efectos del síndrome de pérdida de peso inducido por ejercicio voluntario en ratas con restricción de alimentos, se encontraron anomalías específicas en los opioides endógenos, con una elevación plasmática basal de beta-endorfina, se encontró que a corto plazo, el ejercicio moderado, por si mismo, reducía la beta-endorfina adenohipofisaria y aumentaba la dinorfina supraóptica. La relación del síndrome de hiperendorfinismo con el eje hipotálamo-hipófisis adrenal y la hipótesis de la autoadicción de la anorexia puede ser explicada de esta forma por las anomalías de la dinorfina en el sistema hipotálamo neurohipofisario.

1.3.4 FACTORES INDIVIDUALES

Factores individuales que se ha considerado que podrían predisponer a algunos sujetos a desarrollar un trastorno Dismórfico son aquellos que presentan cierta inconformidad con su apariencia, baja autoestima, con dificultad de establecer relaciones interpersonales.

1.3.5 AMBIENTE FAMILIAR

Ya se ha mencionado por un lado la importancia de la genética, sin embargo por si mismo, familias en donde se tiene un culto al cuerpo y se le da la importancia de la imagen corporal, el control de alimentos como símbolo del éxito o fracaso, existe una mayor predisposición para desarrollar tales trastornos.

1.4 MANIFESTACIONES

La alteración principal en la dismorfia muscular es el la conducta alrededor del ejercicio, y secundariamente, las alteraciones en la alimentación que conlleva. ²

Los pacientes exhiben preocupación y conductas focalizadas en ser pequeños o insuficientemente musculosos, causando malestar o deterioro clínicamente relevante en la vida cotidiana. ²

Practican largas horas de levantamiento de pesas y colocan excesiva atención a la dieta para lograrlo, abandonando frecuentemente importantes actividades sociales, ocupacionales o recreacionales por la necesidad compulsiva de mantener su horario de entrenamiento y dieta, evitando situaciones donde su cuerpo sea expuesto a otros o tolerándolos con marcado estrés o ansiedad. ²

El individuo continúa entrenando, haciendo dieta o consumiendo sustancias ergogénicas pese a conocer las consecuencias físicas o psicológicas adversas. ²

Pope et al, identificaron características de la Anorexia Nervosa, en una muestra de físico culturistas, y una alta prevalencia de anorexia nervosa previa a desarrollar el trastorno, en comparación con la población general. ¹

A diferencia de la Anorexia, las distorsiones en la imagen corporal se manifiestan por la creencia de ser demasiado pequeño o delgado a pesar de tener un índice de masa corporal adecuado, es frecuente que las personas con un trastorno dismórfico muscular rechacen invitaciones en donde tenga que exponerse su cuerpo, en algunas ocasiones participan con ropa holgada o que cubra todo su cuerpo a pesar de que el clima sea cálido, por el temor de que alguien se de cuenta de que su cuerpo es muy pequeño.

Las manifestaciones se pueden dividir en: Cognitivas y Conductuales.

1.4.1 MANIFESTACIONES COGNITIVAS

Preocupación intensa de no ser lo suficientemente musculoso, esta distorsión en la imagen corporal puede predisponer a muchos hombres que lo padecen, a presentar pensamientos obsesivos relacionados, reportándose hasta mas de 5 horas al día consumidos por estos pensamientos. El grado de conciencia, de darse cuenta “insight” es variable. ¹

1.4.2 MANIFESTACIONES CONDUCTUALES

Se manifiesta por **un exceso de ejercicio**, generalmente levantamiento de pesas y una ansiedad extrema si por alguna razón el ejercicio tiene que ser suspendido por cuestiones médicas, sociales, laborales, por lo tanto afectando el funcionamiento de estas áreas. ¹

Alteraciones en la alimentación. Las personas que padecen del trastorno, ponen mucha atención a su dieta, son demasiado rígidos si tienen que modificar sus planes de dieta, calculan los valores nutricionales de cada alimento que consumen, rechazan consumir alimentos fuera de casa o si no se cuenta con la información nutricional o desconocen la manera en como fueron preparados. ¹

Otras **conductas que disminuyen los niveles de ansiedad** como: Verse en el espejo constantemente, es frecuente que se encuentre comparándose con otros individuos, subiéndose a la báscula para ver su peso o calculando su porcentaje de grasa. ¹

Hasta antes de la reciente publicación del DSM 5. La dismorfia muscular ha sido una condición patológica, recientemente identificada, conceptualizada desde un trastorno de alimentación, como un trastorno dismórfico corporal dentro de los trastornos somatomorfos y recientemente dentro de el espectro obsesivo compulsivo.

1.4.3 RELACIÓN DE LA DISMORFIA MUSCULAR CON LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Durante la época del DSM IV, los hombres que presentaban las manifestaciones arriba mencionadas, eran clasificados dentro de los Trastornos No Especificados de la Alimentación.

El haber situado a la Dismorfia Muscular dentro de los Trastorno Somatomorfos, ha sido cuestionada en múltiples ocasiones, se ha observado q los hombres que la padecen, cuentan con características muy similares a las de las pacientes con anorexia compartiendo características como el perfeccionismo, la obsesividad, con una importante preocupación en torno a la imagen corporal, la dieta y el ejercicio.

Existe una sobreposición entre los síntomas de la dismorfia muscular y la anorexia nerviosa, sin embargo se ha considerado que el trastorno de alimentación es solo una conducta secundaria al trastorno. ¹

Varios estudios documentan los altos niveles de alteraciones en la alimentación en hombres con un dismorfia muscular. Generalmente se adhieren a un plan de alimentación rígido, poco balanceado, con un alto porcentaje en proteínas y muy bajo en grasas, calculando las kilocalorías, generándoles culpa si es que no logran mantenerse dentro del plan. ¹

Los pacientes pueden comer pocas horas después de su última comida, a pesar de no tener hambre, si salen del plan de alimentación, podrían comenzar a realizar conductas compensatorias como sesiones extras de ejercicio.¹

El fisicoculturismo por si mismo, ha sido considerado como un factor de riesgo para desarrollar un trastorno de alimentación.

En la anorexia, alrededor del 80% de los pacientes realizan algún tipo de ejercicio para controlar su figura, peso y quemar calorías. Por otro lado, alrededor del 29% de hombres que presentan una dismorfia muscular, previamente ya padecía de un trastorno de alimentación.

Varios autores han considerado a la anorexia y la dismorfia muscular como dos entidades diferentes que comparten prácticas en torno a la alimentación y al ejercicio.¹

1.4.4 DISMORFIA MUSCULAR COMO UN TRASTORNO SOMATOMORFO.

A pesar de que no cuenta con características de somatización, la dismorfia corporal si presenta alteraciones en la imagen corporal, a pesar de que estas características se asemejan a aquellas presentadas en la dismorfia muscular, existen características que pueden hacer que a pesar de que se sobrepongan,

existan algunas que los diferencien, por ejemplo, en la dismorfia muscular generalmente se tiene un mayor insight o conciencia de enfermedad.

Existe una mayor psicopatología y alteraciones psicosociales en las muestras de pacientes con trastornos de alimentación comparados con los pacientes con dismorfia corporal.¹

Sin embargo en un estudio posterior se encontró que si los pacientes con dismorfia corporal, contaban además con otro trastorno dismórfico corporal incrementaba de manera importante la disfunción social, tenían una menor calidad de vida y mayor suicidabilidad.

1.4.5 ESPECTRO OBSESIVO COMPULSIVO Justificación DSM 5

Para algunos autores, la Dismorfia Muscular sería un nuevo subtipo de Trastorno Dismórfico Corporal mientras otros la consideran parte del espectro Obsesivo Compulsivo.

Muchos investigadores han abogado por colocar a la Dismorfia Muscular dentro del espectro Obsesivo Compulsivo.

Chung¹ argumenta que tanto la Dismorfia Muscular como la Anorexia Nervosa esta acompañada de características obsesivo-compulsivas (preocupación por la forma del cuerpo o los regimenes alimenticios).

Existe un estudio que encuentra que la sintomatología de la dismorfia muscular podía predecirse de mejor forma cuando existía una combinación de características compulsivas, insatisfacción corporal y hostilidad.

Algunos síntomas presentes y que también se manifiestan en el trastorno obsesivo compulsivo es la ansiedad, ansiedad social, sin embargo estas características también han estado presentes en los trastornos de alimentación, en relación con su trastorno alimentario. ¹

Algunos autores consideran que tanto el trastorno dismórfico corporal como los trastornos de alimentación deberían considerarse en la dimensión del espectro obsesivo compulsivo, debido a los pensamientos obsesivos (relacionados con delgadez o musculosidad) y la conducta compulsiva que presenta (reducción de peso e incremento de la masa muscular).

1.5 DIAGNÓSTICO DSM 5

Se incluye dentro de el apartado del Trastorno Obsesivo Compulsivo y los Trastornos Relacionados, junto con el Trastorno por Acumulación, Tricotilomanía, Trastorno por Excoriación, Trastorno Obsesivo Compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/secundario a causa médica, Trastorno obsesivo compulsivo y relacionados, no específicos.

Los trastornos del espectro obsesivo compulsivo, se caracterizan por preocupaciones y conductas repetitivas o actos mentales en respuesta a las estas preocupaciones, en el caso del trastorno dismórfico corporal, existe una preocupación importante en torno a uno o mas defectos o imperfecciones en la apariencia física, que no son observadas o parecen irrelevantes para el resto de las personas, presenta conductas repetitivas o actos mentales (comparar su apariencia con la de otros) en respuesta a las preocupaciones de la imagen corporal.

Sobre esta base, la dismorfia muscular se considera una variante del trastorno distórfico corporal caracterizado por la creencia de que el cuerpo es demasiado pequeño o insumientemente muscular.

1.5.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM 5

TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL

- A. Preocupación por uno o mas defectos físicos o imperfecciones que no se perciben, o parecen irrelevantes para otros.
- B. En algún punto durante el curso del trastorno, el individuo ha desarrollado conductas repetitivas (verse en el espejo, aseo excesivo, pellizcamiento de la piel, búsqueda de tranquilidad) o actos mentales (comparar su apariencia con otros) en respuesta a las preocupaciones de su imagen.

- C. La preocupación causa un malestar clínicamente significativo o disfunción social, ocupacional o alteración en alguna otra área del funcionamiento.
- D. La preocupación por la apariencia no es mejor explicada por la preocupación respecto al peso o talla en un individuo cuyos síntomas cumplan para un trastorno de alimentación.

ESPECIFICAR:

*Con **DISMORFIA MUSCULAR**: La preocupación principal es que su cuerpo sea demasiado pequeño o insuficientemente musculoso. Este especificador se utiliza aún si el individuo está preocupado con algunas áreas en específico de su cuerpo.

ESPECIFICAR:

*Con buen insight: El individuo reconoce que las creencias en torno al trastorno dismórfico corporal probablemente no son verdaderas o podrían ser o no verdaderas.

*Con pobre insight: El individuo cree que los pensamientos en torno al trastorno son probablemente ciertas.

*Sin insight/ideas delirantes: El individuo está completamente convencido de que los pensamientos en torno al trastorno dismórfico corporal son ciertos.

1.6 COMORBILIDAD CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

La dismorfia muscular está altamente asociado con el uso de esteroides anabólicos. En un estudio reciente, realizado a usuarios de gimnasio mas del 50% de los hombres que acudían a un gimnasio, habían utilizado anabólicos. ⁴

Otros estudios, de muestras mas pequeñas, han mostrado que el consumo de esteroides anabólicos era hasta de un 100% de pacientes que cumplían los criterios para el trastorno dismórfico muscular, mientras que el 73% de hombres que usaban estas sustancias, tenían a su vez criterios para dismorfia muscular desde un año previo al inicio del consumo, lo cual sugiere que el uso de anabólicos podría ser una manifestación mas de la dismorfia muscular.

Sin embargo el consumo no se limita solo a esteroides anabólicos, se ha observado que estos frecuentemente se utilizan en combinación con otras drogas de abuso como alcohol, opioides, estimulantes. Algunos estudios han mostrado que posiblemente, secundario a que los esteroides anabólicos interactúan con los opioides endógenos, aminoácidos excitatorios y vías dopaminérgicas, involucradas en las vías de recompensa, algunos individuos que los consumen , son mas susceptibles a hacerse adictos a otros opioides incluso a la heroína.

El uso de estimulantes desde bebidas energéticas o aquellos presentes en productos que no están regulados como “termogénicos”, es común en usuarios de gimnasio, utilizados con el fin de mejorar la apariencia física o en un intento por contrarrestar el desgaste ocasionado por las rutinas excesivas de ejercicio. La dificultad de conseguirlos obliga a recurrir al mercado negro donde aparecen productos fraudulentos, adulterados, y sin ninguna garantía sanitaria.

1.7 COMPLICACIONES/REPERCUSIONES MÉDICAS

En la búsqueda de mantener un cuerpo perfecto, con el volumen y porcentaje de masa muscular deseada, dejando de lado las implicaciones que esto tendrá para la salud física, frecuentemente continúan ejercitándose a pesar de presentar lesiones musculares, a nivel de tendones, articulaciones.

Es frecuente que su dieta se base en productos altos en proteínas y sin carbohidratos y/o grasas, sin embargo, considerando que el consumo de 5 gramos de proteína por kilo de peso, puede precipitar una falla renal, estas personas están en un potencial riesgo que probablemente desconocen o minimizan.

Otras complicaciones médicas a considerar son la hepatotoxicidad, disfunción neuroendocrina, aterogénesis secundario al consumo de esteroides, sin dejar de lado el incremento en los niveles de agresividad y violencia, que presentan tanto en la intoxicación como en la abstinencia de estas sustancias.

2. JUSTIFICACIÓN

Existe una vasta literatura relacionada con los trastornos de imagen corporal en mujeres, que demuestra que los trastornos de alimentación y de imagen se centran en el objetivo a una delgadez extrema, sin embargo, comparativamente, muy pocos estudios han explorado estos temas en los hombres.¹

La práctica deportiva va más allá del solo hecho de realizar ejercicio físico saludable o el espectáculo de la competencia, para convertirse en una costumbre social, una actividad lúdica y un comportamiento ritualizado casi de obligado cumplimiento. En ocasiones, y bajo el pretexto de lo saludable o lúdico, puede llegar a convertirse en una actividad excesiva o compulsiva, cayendo en el abuso o la dependencia.

Actualmente ha emergido un gran interés en los trastornos de imagen corporal en el sexo masculino, observando que este se enfoca y aspira a cuerpos con mayor masa muscular, observándose esta tendencia, en niños desde los 6 años.¹, sin embargo hasta ahora, es más fácil reconocer cuando una mujer presenta algún tipo de alteración de este tipo, sin embargo es diferente cuando se trata de un hombre, pues se tiene la creencia de que un “verdadero hombre” no debería preocuparse por su apariencia y mucho menos, expresar como está alterando su vida personal, emocional, actualmente no se reconoce abiertamente este tipo de padecimientos en el sexo masculino, existen escasos médicos que lo reconocen como un trastorno mental, no existen aún tratamientos ni guías establecidas

para su manejo, por lo que el reconocimiento de la Dismorfia muscular ofrecería una mayor utilidad clínica y terapéutica para el género masculino.

3. OBJETIVO:

Comparar conductas alimentarias y deportivas en dos poblaciones de sexo masculino, usuarios de gimnasios y médicos residentes que no asisten a gimnasios y estimar la presencia de Dismorfia Muscular.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio de tipo observacional, descriptivo, de 2 poblaciones masculinas

4.2 Universo

1.Grupo *USUARIOS DE GIMNASIO*: Conformado x 33 Socios de Gimnasio Privado.

2.Grupo *MÉDICOS RESIDENTES*: Conformado por 30 Médicos Residentes de las diferentes especialidades del Hospital Español de México.

4.3 Obtención de la muestra

La muestra fue seleccionada al azar entre los residentes que cursaban entre el primer y el quinto año de las diferentes especialidades de la carrera de Medicina en el Hospital Español de México

De igual forma se eligió al azar a socios de gimnasio que acudían a realizar alguna actividad física.

4.4 Criterios de inclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN GRUPO DE USUARIOS DE GIMNASIO

- Sexo Masculino
- Edad 18 – 50 años
- Socios pertenecientes a un Gimnasio Privado
- Socios que acuden mínimo 2 veces por semana a un Gimnasio Privado

CRITERIOS DE INCLUSIÓN GRUPO DE MÉDICOS RESIDENTES

- Sexo Masculino
- Edad 18 – 50 años
- Médicos que se encuentran realizando una de las Especialidades Médicas en el Hospital Español de México.

4.5 Criterios de exclusión

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN GRUPO DE USUARIOS DE GIMNASIO

- Sexo femenino
- Edad menor a 18 ó mayor a 50 años
- Acudir menos de 2 veces por semana a un Gimnasio Privado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN GRUPO DE MÉDICOS RESIDENTES

- Sexo femenino
- Edad menor a 18 ó mayor a 50 años
- Acudir a un gimnasio
- Realizar algún tipo de actividad física

4.6 Criterios de eliminación

Dentro del grupo de los Médicos Residentes, se eliminaron a aquellos que durante el estudio comenzaran a asistir a un gimnasio y aquellos que no respondieran adecuadamente los cuestionarios, de igual forma se eliminó del grupo Usuarios de gimnasio a aquellos que no contestaran adecuadamente los cuestionarios realizados.

4.7 Procedimiento

Como ya se mencionó, la muestra fue seleccionada al azar entre los residentes de las diferentes especialidades de la carrera de Medicina en el Hospital Español de México. Así como a los usuarios de gimnasio que acudían con regularidad a realizar alguna actividad física, se les informó sobre el estudio cuando acudían a realizar la prueba de Biotest, en donde se hace una evaluación física y deportiva por un entrenador capacitado con el fin de identificar objetivos y escoger un entrenamiento adecuado a su edad, rendimiento, condición física.

Los participantes del estudio, voluntariamente y con consentimiento informado accedieron a contestar los instrumentos realizados.

Una vez contestado el instrumento, se entrevistó a cada sujeto por la autora para poder hacer un Diagnóstico de Dismorfia Muscular.

4.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Para obtener las conductas relacionadas con la actividad física, la nutrición y la presencia de Criterios de Dismorfia Muscular, se utilizó una entrevista autoadministrada diseñada en un estudio previo realizado por la Dra. Rosa Behar¹³, con quien se estableció contacto vía e-mail y orientó e informó en la aplicación del Instrumento.

En base a los criterios diagnósticos reconocidos por la literatura al momento de la aplicación del instrumento, dentro del instrumento se reconocen cuestionarios, cada uno de los cuales evalúa un objetivo.

Para estimar la percepción de la imagen corporal se utilizó la Escala Graduada de Hannover, desarrollada para medir la insatisfacción corporal en muestras transculturales, por lo que sus diseños intentan ser lo mas libres de signos culturales o detalles físicos que puedan ser interferentes.

La satisfacción corporal se evalúa a través de la comparación entre la silueta escogida como la mas representativa del individuo y aquella que desearía tener.

Para evaluar las conductas alimentarias se utilizaron el Inventario de desórdenes alimentarios y el Test de Actividades Alimentarias

Finalmente para poder realizar un diagnóstico de Dismorfia Muscular, se aplicó un cuestionario realizado por la autora en donde se evalúan los hasta en ese momento criterios conocidos acerca del trastorno.

4.8.1 Test de Actitudes Alimentarias (Eating Atitudes Test EAT-40)

Descripción del instrumento

El Test de Actitudes Alimentarias (Eating Atitudes Test EAT 40) fue elaborado por Garner y Garfinkel en 1979, contiene 40 reactivos agrupados en 7 factores: Conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso.

Su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas.

Algunos investigadores describen al EAT 40 como una medición general de síntomas de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, mientras que otros la clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con Anorexia.

Posteriormente se diseñó una versión corta, con 26 reactivos (EAT-26) en el que se suprimieron 14 reactivos ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad del instrumentos.

En 1988, Maloney y cols, desarrollaron una versión para niños CHEAT-26 la cual es similar al EAT-26 pero utilizando palabras mas simples.

El EAT en sus dos versiones, es talvez el cuestionario autoaplicado mas utilizado y requiere un nivel de lectura para contestarlo de quinto de primaria.

Interpretación

Los reactivos del Test de Actitudes Alimentarias (Eating Atitudes Test EAT-40) se contestan a través de una escala de 6 puntos tipo Likert, los autores del EAT sugieren utilizar los siguientes puntos: Mas de 30 puntos para el EAT-40 y mas de 20 puntos para el EAT-26 y CHEAT-26.

La confiabilidad de prueba-postprueba en un periodo de 2 a 3 semanas es del 84%. La sensibilidad y especificidad de la prueba para ambas versiones es del 77% y 95% respectivamente, el poder predictivo positivo es del 82% para el EAT-40 y del 79% para EAT-26, el poder predictivo negativo del 93% para EAT-40 y del 94% para EAT-26.

El EAT-40 ha sido validado en mexicanos por Álvarez y cols. 2002, sugiriendo un punto de corte de mas de 28 puntos.

Puede utilizarse como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre personas con Trastornos de Conductas Alimentarias, particularmente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar de peso y restricción alimentaria.

Mintz y O'Hallaron, recomendaron el EAT como una herramienta de evaluación a gran escala como una prueba de filtro para determinar la presencia de cualquier Trastorno de Conducta Alimentaria, pero advierten sobre la posibilidad de perder algunos individuos con Trastorno de la Conducta Alimentaria No especificada. Puede servir tambien como una medida global de evaluación de resultado del tratamiento.

4.8.2 Escala Graduada de Hannover

Descripción del instrumento

10 siluetas neutrales respecto a etnia y cultura.

Evaluación de insatisfacción corporal en una escala decimal de 0 a 10

Interpretación

Proporciona una medida de la imagen percibida, la ideal y la real y dos índices:

En este caso solo se utilizó la Insatisfacción con la imagen corporal: diferencia entre la imagen percibida y a deseada.

4.8.3 *Inventario de desórdenes Alimentarioa (Eating Disorders Inventory –EDI)*

Descripción del instrumento

Desarrollado en 1983 por Garner y cols, diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y Bulimia Nerviosa.

Contiene 64 reactivos agrupados en 8 subescalas

Interpretación

Proporciona un perfil de 8 áreas: Impulso a la delgadez, sintomatología bulímica, insatisfacción corporal, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a madurar.

Para este estudio se utilizaron los ítems relacionados con la ineffectividad y baja autoestima.

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos los antecedentes fueron reunidos en una base de datos Excel diseñada para tal efecto. Se hizo una descripción porcentual entre ambos grupos debido a la naturaleza de los datos obtenidos.

Se realizó un análisis de varianza entre ambos grupos en el rubro de Autoestima, Conducta Alimenticia y Veces que se pesan por semana, Realizando una ANOVA entre ambos grupos mediante el método de Tukey para las variable cualitativas.

6. RESULTADOS

Los datos sociodemográficos y físicos se resumen en la tabla 1. Se obtuvo una muestra inicial de 90 sujetos, de los cuales se eliminaron 14 del grupo de Usuarios de Gimnasio debido y 12 del grupo de Usuarios de Gimnasio, obteniendo una muestra de 66 sujetos para el estudio, de los cuales 33 pertenecían al grupo de Usuarios de Gimnasio y 30 Médicos Residentes, del grupo de Usuarios de Gimnasio resalta que la edad promedio es de 32.8 años

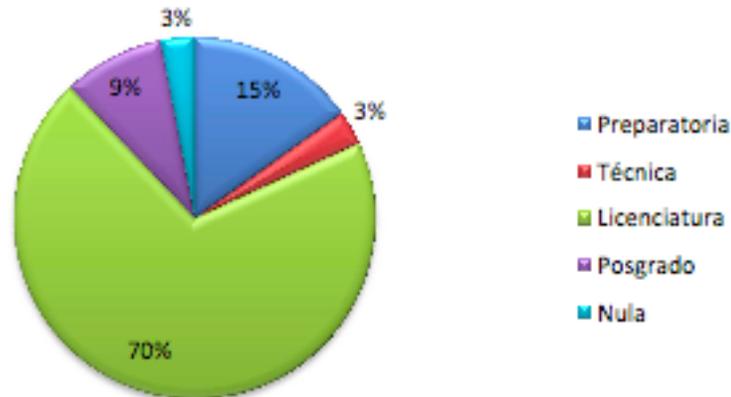
mientras que en el grupo de residentes es de 27.8 años, el índice de masa corporal de las personas de Gimnasio es de 27.3, en residentes 23.9.

TABLA 1- Datos Sociodemográficos, comparación de grupo usuarios de gimnasio, médicos residentes

<u>Grupo "Gym"</u>	<u>Grupo Residentes</u>
Total de grupo = 33	Total de grupo = 30
Edad promedio = 32.8 ± 6.5 años	Edad promedio = 27.8 ± 2.0 años
Peso promedio = 81.3 ± 10.2 kg.	Peso promedio = 73.8 ± 8 kg.
Talla promedio = 172.6 ± 7.7 cm.	Talla promedio = 175.8 ± 6.4 cm.
IMC promedio = 27.3 ± 2.7 kg/m²	IMC promedio = 23.9 ± 1.8 kg/m²

En la **Grafica 1** se observa la escolaridad de el grupo de Usuarios de Gimnasio, la cual difiere del grupo de Residentes, en donde toda la población cuenta con Licenciatura.

Escolaridad



Grafica 1- Porcentaje de nivel de escolaridad Grupo Gimnasio

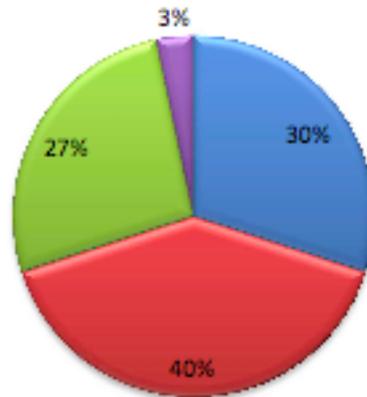
En cuanto a la *Satisfacción corporal*, evaluada mediante la escala de Hannover, para obtener el puntaje se tomó en cuenta la diferencia que existe entre la figura donde el sujeto consideraba que refleja su imagen con la figura que le gustaría tener, si no había diferencias entre las figuras se considera que están satisfechos con esta, entre mas puntos, la insatisfacción es mayor. (0:Satisfecho, 1: levemente insatisfecho 2: moderadamente insatisfecho 3: severamente insatisfecho), se observa en la **Gráfica 2**. El grado de insatisfacción corporal en el grupo de Usuarios de Gimnasio hasta un 69.79% de los sujetos que acudían a un gimnasio, estaba levemente insatisfecho, 18.18% moderadamente insatisfecho y 6.06% severamente insatisfecho.



Gráfica 2- Porcentaje de Insatisfacción corporal
Grupo Usuarios de Gimnasio

Así mismo se puede observar en la **Gráfica 3** el porcentaje de Insatisfacción Corporal en el grupo de médicos residentes, en donde un 30% se encuentra Satisfecho con su cuerpo, y solo el 3% está severamente insatisfecho con él. En las **Tablas 3 y 4** (ANEXO 3) se encuentra la descripción por número de pacientes y porcentajes de estos resultados.

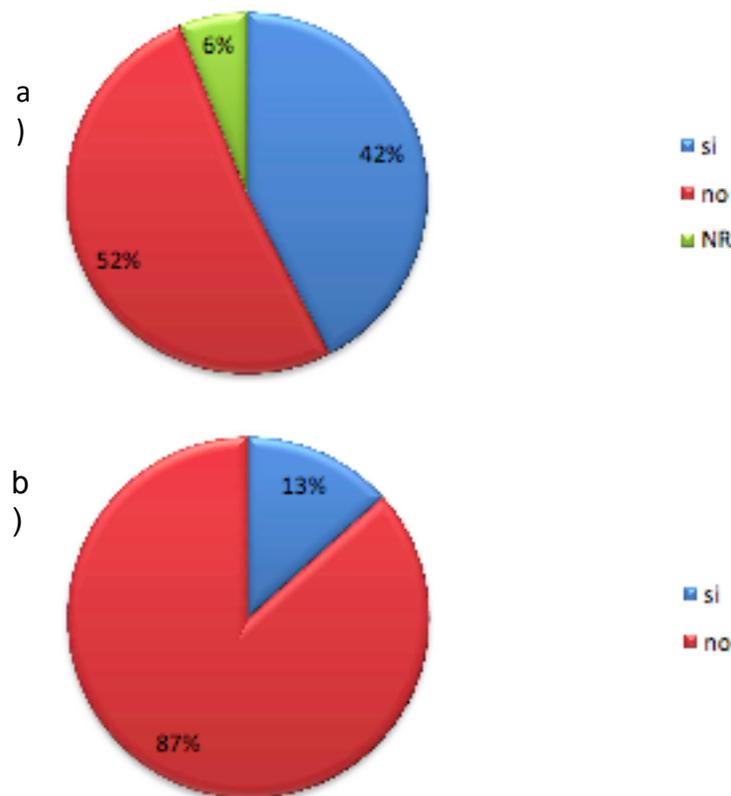
Gráfica 3- Porcentaje de Insatisfacción corporal
Grupo Médicos Residentes



En cuanto a la importancia que cada grupo tenía de tener la *Figura Soñada* se evaluó mediante el primer cuestionario en donde, de igual forma se le asignó un valor a cada una de las respuestas si para el sujeto era muy importante tener una figura soñada, se le daba un puntaje de 3, importante:2, no tan importante: 1

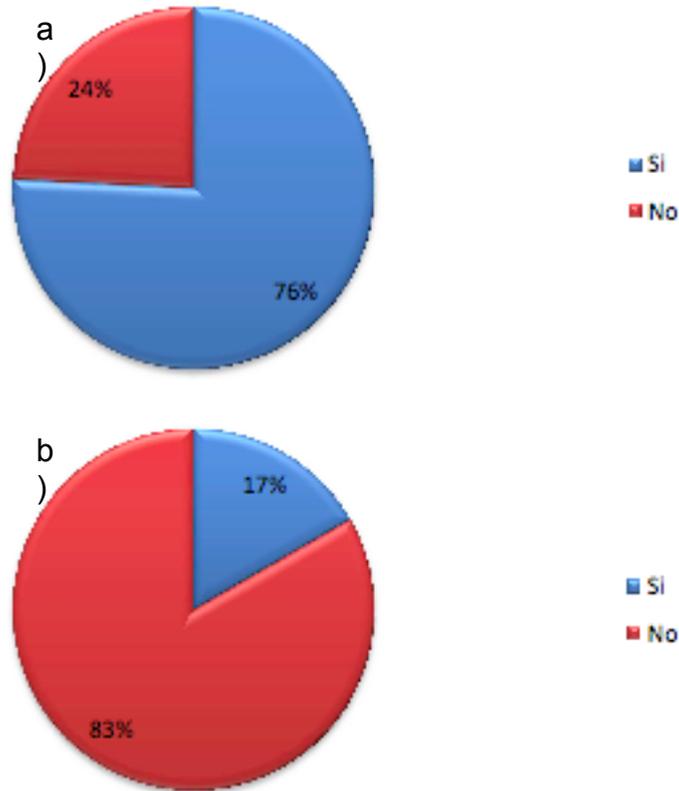
y nada importante: 0. En las **Tablas 5 y 6** (ANEXO III) se pueden observar el número de individuos y porcentaje para cada puntaje, se muestra claramente, que existe un porcentaje mas elevado en personas acuden a un gimnasio para quienes tener una figura soñada es muy importante (24.24% vs 3.3%)

En la **Gráfica 5** se observa en la Figura a) en color azul, el porcentaje de individuos que cumple con criterios para una Dismorfia Muscular siendo el porcentaje de 42.42%, mientras que en el grupo de médicos residentes el porcentaje es de 13.33%.



Gráfica 4- Porcentaje de Dismorfia Muscular en
a) Grupo de Usarios de Gimnasib)
Médicos Residentes.

En cuanto al consumo de sustancias y/o anabólicos se observa en la **Gráfica 5** el porcentaje de cada uno de los grupos, en azul se muestra que en la figura a) los usuarios de gimnasio en un 75.76% (**Tabla 7 Anexo III**) consumen algún tipo de sustancia o anabólicos con el propósito de mejorar su imagen, mientras que estos eran consumidos en un 16.67% (**Tabla 8 Anexo III**) de los médicos residentes.



Gráfica 5- Porcentaje de Consumo de Sustancias tóxicas en a) Grupo de Usuarios de Gimnasio b) Médicos Residentes.

Se realizó un análisis de varianza, para entre ambos grupos para Autoestima, Conducta Alimenticia y Veces que se pesan por semana

El análisis de comparación entre promedios da una probabilidad de 0.00821. Realizando una ANOVA entre ambos grupos mediante el método de Tukey, nos arroja que existe una diferencia significativa entre ambos grupos empleando una p de 0.05. Lo cual se observa en la **Figura 1**.

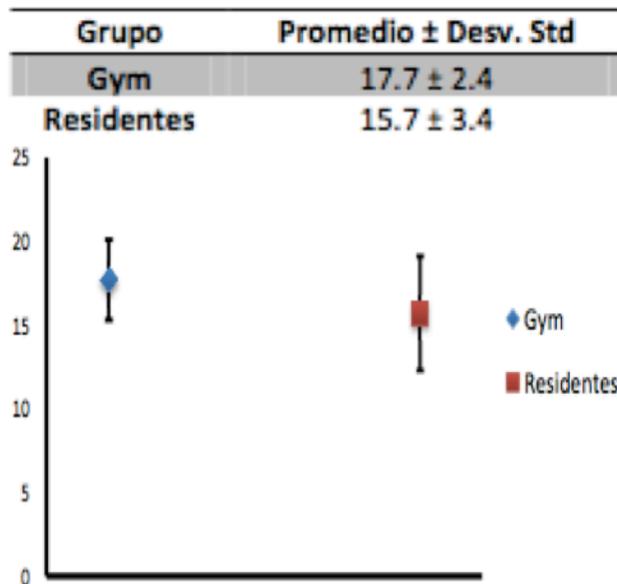


Figura 1- AUTOESTIMA Análisis de comparación entre los 2 grupos.

El análisis de promedios y desviación estándar, arroja que no existe una diferencia significativa entre ambos grupos **Figura 2**. En la **Figura 3** (Anexo III) de igual manera se representa que no existe una diferencia significativa de las veces que se pesa cada grupo por semana.

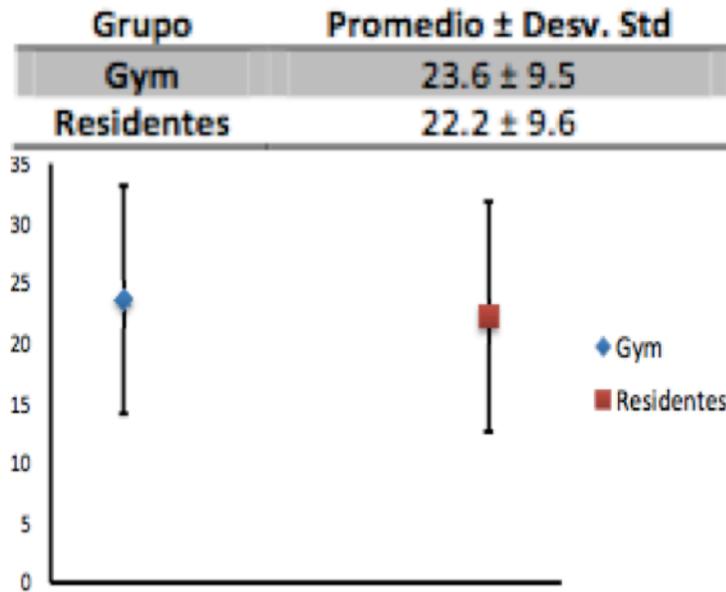


Figura 2- ALTERACIONES EN CONDUCTA ALIMENTARIA. Análisis de los promedios y desviación estándar entre los 2 grupos.

7. DISCUSIÓN

Se encontró en el estudio una cifra mas elevada de Dismorfia Muscular a la reportada en algunos estudios previos en donde se calcula que aproximadamente el 10% de personas que acuden regularmente a un gimnasio lo presentan, llegando hasta mas de un 53% en levantadores de pesas, en este estudio se encontró una cifra de 42.42%, esto podría ser resultado de el instrumento de evaluación, el incremento en la prevalencia de los trastornos de imagen corporal en la población masculina en los últimos años o por la muestra del estudio en donde los factores sociales como la exigencia a cumplir con un patrón y una figura en específico pesen aún mas en esta población y en donde el pagar importantes cantidades de dinero podría ser solo una manifestación más de la dismorfia muscular, como se ha mencionado, los sujetos que

presentan el trastorno, están dispuestos a gastar cantidades considerables en los alimentos, anabólicos y otras sustancias, en este caso también en tener un lugar donde realizar su actividad física, siendo así una importante cifra de sujetos cumplirían de entrada con criterios para la Dismorfia Muscular.

Resalta que en el grupo de usuarios de gimnasio la escolaridad solo en el 79% es de licenciatura o posgrado, el resto tiene una escolaridad menor, a pesar de que la insatisfacción corporal con mayor severidad aumentaba en el grupo de usuarios de gimnasio, solo un 30% de los médicos residentes estaban satisfechos con su cuerpo, además de que no hubo una diferencia significativa en las alteraciones de la conducta alimentaria en ninguno de los dos grupos, esto podría explicarse por los horarios de trabajo de los médicos residentes y las repercusiones que esto tiene sobre su alimentación, llama la atención la diferencia significativa ($p < 0.050$) en cuanto a la autoestima de los médicos residentes, esto se ha estudiado previamente y en específico en los Médicos Residentes del Hospital Español en donde puntúan alto en las escalas de detección de Burn-out.

8. CONCLUSIONES

Se corroboró una cifra importante de Dismorfia Muscular en el grupo de Usuarios de Gimnasio, los cuales en general estaban Insatisfechos con su Imagen Corporal y para los cuales la Importancia de contar con la Figura soñada era superior y en donde el consumo de sustancias y/o anabólicos era muy

frecuente, esto con el fin de mejorar su imagen, en comparación con el grupo de Médicos Residentes en donde resalta la baja autoestima que presentan.

La validez de la dismorfia muscular como una entidad clínica ha sido empíricamente demostrada. Las futuras investigaciones deberán utilizar métodos mas apropiadas para medir los trastornos de alimentación y de imagen corporal en la población masculina.

LIMITACIONES

Como limitaciones de este estudio debemos de considerar que el hecho de ser voluntario puede favorecer la exclusión de individuos que estuvieran más insatisfechos con su figura no participaran en el estudio, o salieran del estudio por no completar el instrumento.

El grupo de médicos residentes no es una representación de la población en general pues cuentan con ritmos de trabajo, estresores y horarios de alimentación que se diferencian en gran medida al resto de la población.

Asi mismo el grupo de los usuarios de gimnasio se concentra a un gimnasio particular, en donde como ya se mencionó, los factores sociales podrían ser diferentes a otro tipo de gimnasios o bien este grupo de usuarios ser una población en donde el hecho de gastar demás en la imagen corporal podría ser parte de una de las manifestaciones del trastorno. El tamaño de la muestra es pequeño, por lo que se necesitaría ampliar el número de individuos en cada uno de los grupos para aumentar la probabilidad y confianza de la estadística.

FORTALEZAS.

El presente estudio es uno de los primeros estudios realizados en México que evalúa los trastornos de imagen corporal, conducta alimentaria y la presencia de Dismorfia Muscular en la población masculina.

Se detecta una importante cifra de Dismorfia Muscular en las personas que asisten al gimnasio, por lo que la psicoeducación tanto a entrenadores como a los usuarios deberá considerarse, con el fin de detectar tempranamente estos trastornos, evitar las consecuencias sobre las prácticas repetitivas, excesivas de ejercicio además del consumo de sustancias y/o anabólicos.

Será importante mejorar los instrumentos de detección para este tipo de patologías.

Tanto el personal médico como las instituciones deberán considerar la importancia de generar espacios, programas y estrategias de ayuda en especial a la población masculina que presenta alteraciones en la conducta alimentaria, imagen corporal y detectar oportunamente la presencia de un Trastorno Dismórfico Muscular, además de contribuir a desaparecer el estigma asociado.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Murray, Rieger (2010); Muscle Dysmorphia and the DSM-V Conundrum: Where Does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 483-491.
2. Zepeda, Franco, Valdés (2011); Estado Nutricional y Sintomatología de Dismorfia Muscular en Varones Usuarios de Gimnasio, *Rev Chil Nutr*, 38(3), 260-267.
3. Olivardia, Pope, Hudson (2000); Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: A Case Control Study. *Am J Psychiatry*, 157, 1291-1296.
4. Kanayama, Barry, Hudson, Pope (2006); Body Image and Attitudes Toward Male Roles in Anabolic-Androgenic Steroid Users, *Am J Psychiatry*, 163, 697-703.
5. Kanayama, Brower, Wood, Hudson, Pope (2010); Treatment of anabolic-androgenic steroid dependence: Emergence Evidence and its implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 109, 6-13.
6. Pope, Kanaya, Hudson (2012); Risk Factors for Illicit Anabolic-Androgenic Steroid Use in Male Weightlifters: A Cross Sectional Cohort Study. *Biol. Psychiatry*, 71, 254-261.
7. Salaberria, Rodríguez (2007); Percepción Corporal. *BIBLID*, 8, 172-183.
8. Gómez (2011); Conducta Alimentaria, Hábitos alimentarios y Puericultura de la Alimentación. *CCAP*, 7(4), 39-50.
9. Nicolini, Flores, Lanzagorta (2013); Conducta alimentaria, índice de masa corporal y expresión molecular del gen transportador de serotonina en gemelos monocigóticos. *PSIQUIATRÍA Órgano oficial de difusión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C*, 28 (1), 19-24.
10. Antolin, Gándara, Martín (2009); Adicción al deporte ¿Moda postmoderna o problemas sociosanitarios? *Norte de Salud Mental*, 34, 15-22.
11. Rieg, Lauterio, Doerries (2011); Beta-endorphin and dynorphin abnormalities in rats subjected to exercise and restricted feeding: relationship to anorexia nervosa? *Brain Res.*, 17;622.

12. American Psychiatric Association (2013) DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS FIFTH EDITION DSM-5, Washington, DC, London, England: American Pschiatric Pubishing.

13. Behar, Molinari (2010); Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Rev Med Chile*, 138, 1386-1394.

14. Jaeger, Ruggiero, Edlun (2002); Body Dissatisfaction and Its Interrelations with Other Risk Factors for Bulimia nervosa in 12 Countries, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 54-61.

10.ANEXOS

10.1 ANEXO I

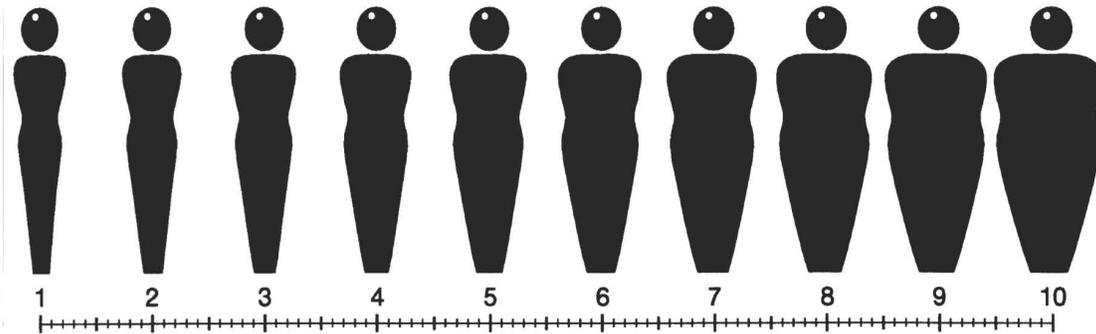
Este cuestionario trata de su posición respecto a la figura y al peso en relación con otros factores. Le pedimos que responda a todas las preguntas en forma rápida, sin pensarlas demasiado tiempo.

1. **Edad** _____ Años
2. **Sexo** Masculino / Femenino
3. **Nacionalidad** (si no chilena) _____
4. **Estudios (Por favor, marque con una cruz)**

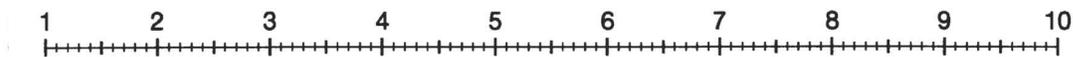
Educación Básica	1	<input type="checkbox"/>
Educación Media	2	<input type="checkbox"/>
Liceo Técnico	3	<input type="checkbox"/>
Otros	4	<input type="checkbox"/>
5. **Formación profesional (Por favor, marque con una cruz)**

Aprendizaje	1	<input type="checkbox"/>
Escuela superior (comercial u otra)	2	<input type="checkbox"/>
Universidad	3	<input type="checkbox"/>
Sin formación	4	<input type="checkbox"/>
Otra (¿cuál?)	5	<input type="checkbox"/>
6. **Peso actual** _____ kg
7. **Estatura actual** _____ cm
8. **¿Cuántas veces se pesa en la semana?** _____ vez/veces
9. **En comparación con otras personas, ¿cuánto interés tiene Ud en su aspecto?**
 Mucho Más bien mucho Más bien poco Poco
10. **¿Toma Ud regularmente desayuno, almuerzo y comida?**
 A diario > 4 veces por semana < 4 veces por semana Casi nunca Nunca
11. **¿Se esfuerza Ud por alimentarse de forma sana?**
 En cada comida En la mayoría de las comidas A menudo Casi nunca Nunca
12. **¿Consume Ud en forma consciente productos "ligeros/magros" ?**
 En cada comida En la mayoría de las comidas A menudo Casi nunca Nunca
13. **¿Está Ud satisfecho/a con su figura?**
 Muy satisfecho/a Más bien satisfecho/a Más bien insatisfecho/a Muy insatisfecho/a
14. **¿Es para Ud importante tener la figura con la que ha soñado?**
 Muy importante Importante No tan importante Nada importante
15. **¿Está Ud satisfecho con sus relaciones con su entorno social/amigos?**
 Muy satisfecho/a Más bien satisfecho/a Más bien insatisfecho/a Muy insatisfecho/a

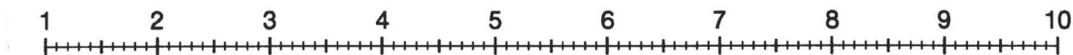
16. Por favor marque con una cruz la silueta que corresponde lo mejor posible a la imagen que Ud tiene actualmente de sí mismo.



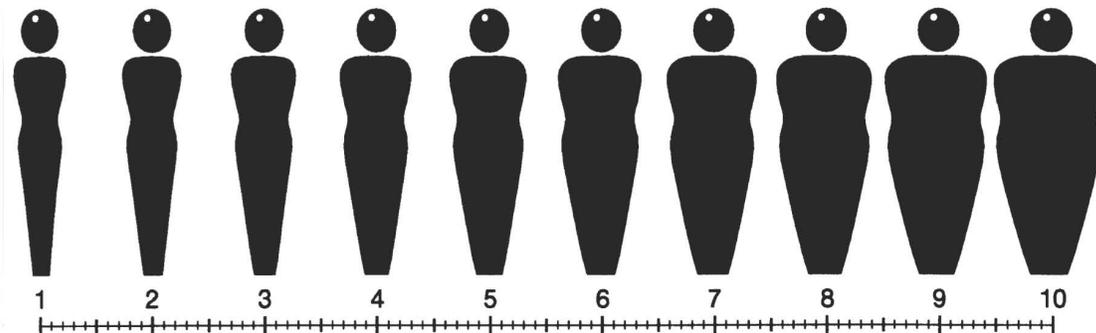
17. ¿Cómo le gustaría ser?



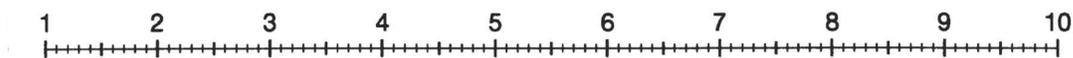
18. De las figuras aquí representadas, ¿cuál es para Ud la más atractiva?



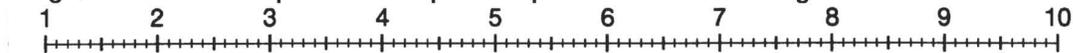
19. De las figuras aquí representadas, ¿cuál es para Ud la más atractiva del sexo opuesto?



20. ¿Qué silueta corresponde/correspondió aproximadamente a la figura de su padre ?



21. ¿Qué silueta corresponde/correspondió aproximadamente a la figura de su madre ?



22. ¿Se esfuerza/esforzó su padre por mantener o conseguir un peso bajo ?

- Mucho Más bien mucho Más bien poco No

23. ¿ Se esfuerza/esforzó su madre por mantener o conseguir un peso bajo ?

- Mucho Más bien mucho Más bien poco No

Lea atentamente cada frase y marque con una cruz la respuesta que más corresponda a su situación.

	Nunca	casi nunca	a veces	a menudo	muy a menudo	siempre
24. Tengo miedo a tener exceso de peso.	0	1	2	3	4	5
25. Estoy consciente de las calorías que contienen los alimentos que ingiero.	0	1	2	3	4	5
26. Evito los alimentos que contienen gran cantidad de hidratos de carbono (por ej. papas, pan, arroz).	0	1	2	3	4	5
27. Me siento muy culpable después de comer.	0	1	2	3	4	5
28. Sólo tengo un deseo: ser más delgado(a).	0	1	2	3	4	5
29. Cuando hago deporte, pienso en las calorías que estoy quemando.	0	1	2	3	4	5
30. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	0	1	2	3	4	5
31. Ingiero alimentos que contienen azúcar.	0	1	2	3	4	5
32. Vivo haciendo dietas.	0	1	2	3	4	5
33. Me siento mal después de haber comido cosas dulces.	0	1	2	3	4	5
34. Como alimentos dietéticos.	0	1	2	3	4	5
35. Me gusta tener el estómago vacío.	0	1	2	3	4	5
36. Me gusta probar alimentos nuevos y copiosos.	0	1	2	3	4	5
37. Estoy pensando solamente en comer.	0	1	2	3	4	5
38. Tengo ataques de comer que me dan sensación de descontrol.	0	1	2	3	4	5
39. Después de comer pienso en vomitar para perder peso.	0	1	2	3	4	5

40. La mayoría de las persona (de mi edad, de mi sexo, de mi estatura)

pesa más que yo.
 pesa menos que yo.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

41. ¿Practica Ud un hobby?

No

Si

Cuál? _____

42. ¿Cuántas horas semanales le dedica?

1-5

6-10

10-15

>15

43. ¿Hace cuánto tiempo lo practica?

<6 meses

<1 año

>1 año

Desde niño

44. ¿Qué importancia tiene para su bienestar físico/mental?

Muy importante

Importante

No tan importante

Nada importante

	Nunca	casi nunca	a veces	a menudo	muy a menudo	siempre
45. Me siento incapacitado/a.	0	1	2	3	4	5
46. Me siento sólo/a en el mundo.	0	1	2	3	4	5
47. En general siento que tengo mi vida bajo control.	0	1	2	3	4	5
48. Desearía ser otra persona.	0	1	2	3	4	5
49. Me siento insuficiente.	0	1	2	3	4	5
50. Me siento seguro/a de mí mismo/a.	0	1	2	3	4	5
51. No tengo una buena opinión de mí mismo/a.	0	1	2	3	4	5
52. Pienso que puedo alcanzar mis metas.	0	1	2	3	4	5
53. Me siento una persona valiosa.	0	1	2	3	4	5
54. Siento vacío interior (emocional).	0	1	2	3	4	5

55. Tomo regularmente (todos o casi todos los días)

Desayuno Colación Almuerzo Once Comida

56. De las anteriores generalmente consumo fuera de casa

Desayuno Colación Almuerzo Once Comida

57. Las comidas que consumo fuera son en comparación con las de casa

de **calidad** mayor menor (marque sólo una)

de **cantidad** mayor menor (marque sólo una)

Muchas gracias por su participación !

10.2 ANEXO II INSTRUMENTO PARTE 2

1. Asistes a algún gimnasio o realizas alguna actividad física?

a) Si _____ b) No _____

2. Cuántas veces a la semana?

a) 0-2 b) 3-5 c) 6-7

3. Cuántas horas le dedicas a cada entrenamiento?

a) 20- 30 min b) 30-60 min c) 1-2 hr d) 2-4 hr

4. Consideras que el tamaño de tu cuerpo es pequeño? Le falta volumen?

a) Si _____ b) No _____

5. Te preocupa que tu cuerpo no sea lo suficientemente musculoso?

a) Si _____ b) No _____

6. Has dejado de acudir a eventos sociales, recreacionales por tener que realizar tu actividad física?

a) Si _____ b) No _____

7. Has hecho a un lado responsabilidades escolares/laborales por tener que realizar tu actividad física?

a) Si _____ b) No _____

8. Has acudido a realizar tu rutina de gimnasio/actividad física a pesar de estar enfermo o con alguna lesión física?

a) Si _____ b) No _____

9. Evitas situaciones en donde tengas que exponer tu cuerpo a otros (cambiarse de atuendo frente a otros, usar traje de baño) o si lo haces te genera mucho estrés?

a) Si _____ b) No _____

10. Has utilizado algún producto para mejorar tu rendimiento físico o incrementar tu masa muscular?

a) Si _____ b) No _____

12. Existe un área en específico de tu cuerpo que te gustaría cambiar?

a) Si _____ b) No _____

13. Cuántas horas del día ocupan el pensamiento en torno a tu imagen corporal? (dieta, ejercicio)

a) 15-30 min b) 30 min 1 hr c) 1-3 hr d) 3-5 hr

10.3 ANEXO III *Gráficas y Tablas*

Tabla 2- Porcentaje de nivel de escolaridad Grupo Gimnasio

Escolaridad	N	%
Nula	1	3.03
Preparatoria	5	15.15
Técnica	1	3.03
Licenciatura	23	69.70
Posgrado	3	9.09

Tabla 3 –Porcentaje satisfacción Corporal Grupo Gimnasio

Satisfacción	N	%
0	2	6.06
1	23	69.70
2	6	18.18
3	2	6.06

Tabla 4 –Porcentaje satisfacción Corporal Grupo Médicos Residentes

Satisfacción	N	%
0	9	30.00
1	12	40.00
2	8	26.67
3	1	3.33

Tabla 5 –Porcentaje Importancia de tener la Figura Soñada Grupo Gimnasio

Importancia	N	%
0	0	0
1	11	33.33
2	14	42.42
3	8	24.24

Tabla 6 –Porcentaje Importancia de tener la gura Soñada Grupo Residentes

Importancia	N	%
0	1	3.33
1	14	46.67
2	14	46.67
3	1	3.33

Grupo	Promedio \pm Desv. Std
Gym	1.3 \pm 1.4
Residentes	0.8 \pm 1.3

Veces que se pesan por semana

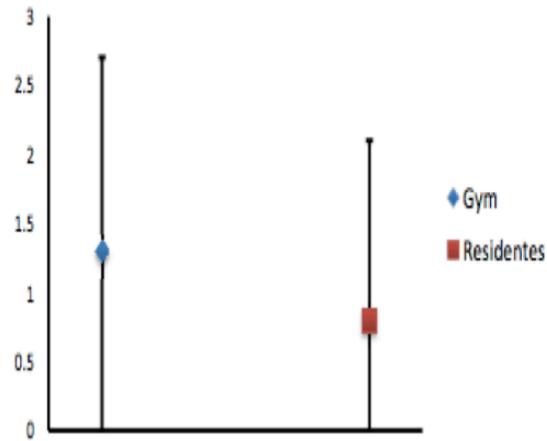


Figura 3- ALTERACIONES EN CONDUCTA ALIMENTARIA. Análisis de los promedios y desviación estándar entre los 2 grupos.