

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y
JUSTIFICACIÓN

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

1.1 Planteamiento del problema.

El presente trabajo se centra en comprender la relación entre la dismorfia muscular con las conductas alimentarias y el autoconcepto que tienen las personas que asisten al gimnasio. Es importante mencionar que actualmente, en nuestro país, se extiende cada vez más el problema de la insatisfacción corporal y los nuevos estereotipos: por una parte de cómo debe lucir la mujer para ser bella, lo cual se traduce en ser esbelta como sinónimo, no sólo de belleza, también de aceptación en diferentes tipos de cultura y estatus social. Así mismo, también está el hecho de que un hombre debe ser sinónimo de fortaleza y vigor. “La excesiva preocupación sobre la imagen corporal trae como consecuencia la realización de dietas y alteraciones como los trastornos de la conducta alimentaria” (Vaquero R. et al., 2013, p. 27) Caracterizados por el deseo excesivo de adelgazar y el miedo mórbido a la obesidad.

En base a la premisa de cambio de la imagen corporal y muscular, las conductas de dismorfia muscular pueden implicar desde modificaciones en la dieta, la práctica de ejercicio excesivo y el uso de sustancia hasta el empleo de procedimientos quirúrgicos. Hay que referir que estas estrategias pueden desencadenar complicaciones no sólo médicas, sino también en la salud mental de cualquier persona (Fernandez et al., 2018).

Sin embargo, a pesar de la importancia de la dismorfia muscular, poco se sabe acerca de la relación que puede tener la misma con otras variables como, las conductas alimentarias y el autoconcepto. Por lo tanto, es necesario llevar a cabo un estudio de estas características. Considerando estos aspectos, este trabajo ayudará a tener un conocimiento adecuado y profundo, que permita desarrollar un tratamiento eficaz con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas que asisten al gimnasio, también servirá para futuras investigaciones o planes de intervención.

Haciendo referencia a las definiciones de las variables, hay que mencionar que al ser la psicología de las personas un conjunto de características que definen el modo de ser de cada individuo, una variable fundamental para comprender la psicología de las personas desde la preocupación de la imagen corporal es la **dismorfia muscular** o vigorexia. Pope define esta variable como “un desorden emocional que se caracteriza por una obsesión enfermiza por

ganar masa muscular que afecta principalmente a varones jóvenes, pero que también lo pueden sufrir las mujeres” (Pope, et al., 1993, como se citó en Gutiérrez, 2007).

Existen pocos términos utilizados actualmente en este campo, que son cercanos conceptualmente. Entonces, entendiendo que la dismorfia muscular es una conducta que tiene el fin de aumentar la masa muscular de forma desmesurada mediante una estricta dieta y ejercicio físico intenso, debido a que existe en un trasfondo, una insatisfacción corporal. Este término que se utiliza para describirlo como. “la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo” (Baile, 2003, p. 10).

De igual manera, hay que referir que siendo la dismorfia muscular el resultado de una insatisfacción de la imagen física, este aspecto conllevaría otros problemas como el **trastorno de la conducta alimentaria** (TCA) son entendidos y definidos “como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo” (Méndez et al., 2008, p. 580).

Por su parte, el **autoconcepto** es una variable psicológica importante en el diario vivir de cualquier persona y más aún de las personas que practican alguna disciplina deportiva. El autoconcepto, es definido como “El concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual; es la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto” (Rosenberg, 1979, citado en García F. y Musitu G., 2014).

Tomando en cuenta las variables de estudio, se pueden encontrar una considerable cantidad de investigaciones, las cuales se presentan a continuación:

A nivel internacional. En una investigación realizada por Fernández, et al (2018) sobre Conductas de modificación de la imagen corporal en estudiantes Universitarios Ecuatorianos en sus resultados pusieron de manifiesto que no existían diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al modelo de imagen corporal, que la gran mayoría de los participantes en el estudio mostraron puntuaciones bajas en cuanto a su preocupación por la imagen corporal y, por tanto, no se vieron alterados los patrones de alimentación y salud que son propios de los trastornos de la conducta alimentaria como pesarse diariamente, restringir la ingesta de calorías y

medidas similares como el empleo de laxantes o los vómitos. De todos los procedimientos empleados para controlar la imagen corporal, el más utilizado por los estudiantes universitarios fue la actividad física (p. 32).

En investigaciones relacionadas a la preocupación por la imagen corporal, se menciona un trabajo realizado en Sevilla, España. Titulada: “Diferencias de género en pacientes con obesidad mórbida tributarios de cirugía bariátrica”. En esta se encontró como resultados, en lo que se refiere al género, que las tasas de prevalencia son muy parecidas, según los datos ofrecidos por los dos estudios más amplios publicados hasta la fecha. El estudio realizado con 2048 personas de la población general en los EEUU (Koran et al., 2008), la prevalencia entre las mujeres era del 2,5% y del 2,2% entre los hombres. En el segundo estudio llevado a cabo en Alemania (Rief et al., 2006) con 2552 personas también de población general, la prevalencia entre las mujeres fue del 1,9% y del 1,4% entre los hombres. A pesar de que las diferencias globales de género son mínimas, los datos indican algunas diferencias en relación con la parte del cuerpo sobre el que recaen las preocupaciones. En el caso de los hombres, los «defectos» más habituales se centran en los genitales, la estructura corporal, y el cabello, mientras que las preocupaciones más típicas de las mujeres son sobre la piel, la barriga y el peso, además de preocuparse por una mayor diversidad de partes del cuerpo que los hombres (Camacho, Alcalá y Nieves, 2015).

De igual manera, en una investigación realizada en la universidad de Baja California, México se encontró como resultados “cumplieron con los criterios de inclusión 16 estudios que valoraron la IMCO en niños y adolescentes de 5 a 19 años de edad. De los artículos analizados se encontraron 9 métodos de valoración de la IMCO. En la mayoría se realizaron pruebas de estabilidad temporal y validez. La frecuencia de IMCO por tener sobrepeso u obesidad, osciló de 44% a 83% y por bajo peso, de 1,7% a 37%. La IMCO aumentó de acuerdo al IMC, y en algunos estudios se asoció con la edad. Fue más frecuente en las mujeres, y en algunos casos se presenta IMCO en los niños delgados” (Jiménez-Flores, Jiménez-Cruz, Bacardí-Gascón, 2017).

A nivel nacional: Al no conocer la frecuencia del Trastorno dismórfico corporal en Bolivia, se aplicó un test con preguntas de tamizaje en un estudio reciente realizado por Merlo (2020) en la universidad Mayor de San Andrés, sobre: Prevalencia de pacientes con trastorno dismórfico

corporal en Hospital Otorrino – Oftalmológico de la Caja Nacional de Salud en el cuarto bimestre del año 2019, La Paz – Bolivia, a partir de este estudio se pudo encontrar como resultados que el “9% cumplían la puntuación de calificación siendo positivos para TDC, siendo una prevalencia alta a la esperada ya que según la bibliografía se espera una frecuencia de 1 al 2 %” (p. 63).

En una investigación realizada por Pando y Hurtado (2005) un estudio sobre trastornos de la conducta alimentaria y su relación con los trastornos de la personalidad, donde se demostró en los resultados, respecto a la anorexia nerviosa restrictiva se refiere, se observa una relación con el trastorno obsesivo-compulsivo en un 100%, pero cabe resaltar que se presentan como trastornos de la personalidad asociados en un 50% de las mujeres, el trastorno de la personalidad esquizotípico(25%), y el trastorno de la personalidad Evitativo(25%). También se demostró que la bulimia nerviosa purgativa se observa una relación del 50% con el trastorno de la personalidad histriónico, una relación del 20% con el trastorno de la personalidad límite y un 30% con el trastorno de la personalidad evitativo. Como trastorno de la personalidad secundario se observa que un 40% de las mujeres con bulimia nerviosa tienen el trastorno de la personalidad límite (20%) y el trastorno de la personalidad narcisista (20%). Por lo tanto, en la figura podemos observar que las relaciones más significativas son la relación de la anorexia nerviosa restrictiva con el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (100%), y la relación entre la bulimia nerviosa purgativa y el trastorno de la personalidad histriónico (50%). También es importante resaltar que el trastorno de la personalidad evitativo es el único trastorno que se relaciona tanto con la anorexia nerviosa restrictiva (25%) y con la bulimia nerviosa purgativa (30%) (Pando & Hurtado, 2005, pp. 7-8).

Por otro lado, una investigación realizada en diferentes ciudades de Bolivia sobre Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Tarija. En este estudio, se tomó en cuenta a los colegios particulares y fiscales de La Paz, Santa Cruz y Tarija y se seleccionaron treinta colegios por ciudad. Los resultados a través de la aplicación del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, Creado por Garner en 1998, se obtuvo resultados donde el “78.9 % de la población en general presenta alguna señal de riesgo de padecer TCA; de estos el 25.9% tiene un alto riesgo de desencadenar algún trastorno de la conducta alimentaria. El 53% de la población presenta bajo riesgo y solo un 16.66% no presenta riesgo” (Daroca y Velasco, como se citó en Espíndola, 2021, p.6).

Mientras que, una investigación realizada en la ciudad de La Paz por Mérida y López sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria en la ciudad de La Paz confirma que respecto a la prevalencia de anorexia y bulimia se encontró que el 2,9% de los adolescentes de la Ciudad de La Paz presentan Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), es decir, 3 de cada 100 adolescentes padecen algún TCA (Merida & Lopez, 2013, p.8).

A nivel regional.- En un estudio realizado por Galeán (2021) en una investigación sobre Prevalencia de conductas de riesgo de trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal, nivel de autoestima y nivel de ansiedad en las estudiantes de la carrera de Psicología llevada a cabo en la universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija. Tomando en cuenta los resultados, se pudo encontrar entorno a las conductas de riesgo de trastorno alimentario, que las estudiantes de la carrera de Psicología se encuentran en un nivel normal, esto quiere decir que no tienen fijaciones excesivas en la atención del peso, la figura corporal y la ingesta de comida, teniendo de esta manera una conducta alimentaria normal,. En cuanto a la insatisfacción por la imagen corporal, se pudo observar que las estudiantes consultadas presentan una leve insatisfacción corporal, lo cual quiere decir que tienen una ligera disconformidad con la representación mental de su propio cuerpo. En cuanto a la correlación se encontró una positiva alta entre ambas variables, esta refiere que mientras el nivel de insatisfacción corporal aumente, la prevalencia de conductas de riesgo de trastorno alimentario también tenderá a subir” (Galean, 2021, p. 70).

Por otro lado, en un estudio sobre “Efectos psicológicos asociados a la insatisfacción corporal en mujeres adolescentes de 15 a 18 años de la ciudad de Tarija”. Entre los resultados, se evidencia que la imagen corporal es un aspecto muy importante para las adolescentes, pues un 51.5%, de la muestra, manifiestan una preocupación intensa respecto a su cuerpo, al mismo tiempo se encontró indicadores con una ansiedad grave en un 62.5%, de la muestra, mostrando de esta manera un notable impedimento en alcanzar relajación, ya que una persona que se encuentra insatisfecha con su imagen corporal, está constantemente preocupada por el peso (Gutiérrez R. , 2009, pp. 107-108).

Finalmente, entre otras investigaciones, según Ramirez (2014) quien realizó una investigación sobre Rasgos de personalidad en estudiantes universitarias obesas y no obesas, un estudio con

estudiantes universitarios de la Universidad Juan Misael Saracho. En este trabajo se encontró que los rasgos de personalidad comunes de estas personas obesas son: sentimientos de inferioridad, inseguridad, desconfianza, un nivel de ansiedad ligera, depresión moderada, una baja autoestima y una extrema insatisfacción con su imagen corporal (p. 2).

Para terminar, hay que mencionar que la insatisfacción por la imagen corporal es una problemática que cada vez es más frecuente, más aun en personas que practican deporte en los gimnasios, este problema a la vez puede traer otras dificultades como problemas de salud, deserción laboral, problemas en las relaciones afectivas con los demás, entre otros. Por lo tanto se está al frente de un problema amplió pero al poder abordarlo y estudiar la relación de algunas de sus variables, se está dando un considerable paso.

De acuerdo a todo lo presentado, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de dismorfia muscular en relación a la conducta alimentaria y autoconcepto en personas que asisten al gimnasio Evolution Pro de la ciudad de Tarija, en la gestión 2023?

2.2. Justificación.

Pese a que la estructura sistémica de la personalidad que se mantiene a lo largo de la vida, con evidentes cambios, las nuevas adquisiciones psicológicas se van integrando de manera dinámica, como efecto del actual contexto social y cultural que se orienta hacia la perfección visual del cuerpo creando estereotipos del cuerpo ideal. De aquí la importancia científica que adquiere el presente estudio, en la medida que la preocupación sobre el aspecto del cuerpo físico provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de cualquier persona (Fernández, 2004). Además es importante mencionar que este malestar se ve al mismo tiempo bombardeado por información e imágenes en los medios de comunicación e internet donde se propicia un estereotipo de la imagen del cuerpo generando una creencia lo que conlleva diversos problemas y/o patologías asociadas al cuerpo.

El presente trabajo se fundamenta bajo la necesidad de abordar y buscar la relación entre variables psicológicas en las personas que asisten a gimnasios en función a la preocupación por la imagen corporal, la cual es la problemática que se tiene en frente. Este fenómeno conlleva conductas dirigidas hacia la dismorfia muscular que en la actualidad se constituyen

como la base de muchos estudios en virtud de que la percepción de la misma, es uno de los factores de riesgo asociado a los trastornos de la conducta alimentaria. De acuerdo a García (2020) se ha comprobado la influencia que tiene la percepción de la imagen corporal sobre las personas, siendo además considerado como uno de los principales factores de riesgo ante el desarrollo y/o mantenimiento de un trastorno de la conducta alimentaria.

De igual manera, hay que referir que el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria es importante, ya que estos trastornos pueden tener graves consecuencias para la salud, como desnutrición, desequilibrios hormonales y problemas de salud a largo plazo. Así mismo, uno de los aspectos por lo que es importante abordar esta investigación es que actualmente existen pocos estudios que se enfoquen en la relación entre estas variables.

En la actualidad cada vez se extiende más el problema de la preocupación por la imagen corporal y los nuevos estereotipos: de cómo debe lucir la belleza, lo cual se traduce en ser esbelto o delgada como sinónimo, no sólo de belleza, sino también de aceptación en diferentes tipos de cultura y estatus social (Gutiérrez R. , 2009). No hay que olvidar que por lo general, cuando una persona que tiene profundas fijaciones hacia algún rasgo de su cuerpo, es muy probable que influya sobre sus hábitos alimenticios. Por ejemplo, las señoritas en su mayoría, encuentran defectos en su cuerpo que le resulta desagradable, desencadenando en una insatisfacción o fijaciones hacia el cuerpo, ansiedad social y/o conductas desadaptativas.

El presente trabajo, propone un importante *aporte teórico*, pues a través del estudio se podrá contribuir con conocimientos actualizados y a profundidad sobre el nivel de dismorfia muscular en relación a la conducta alimentaria y autoconcepto en personas que asisten al gimnasio Evolution Pro de la ciudad de Tarija, los cuales pueden llegar a ser factores asociados a esta problemática sobre la preocupación por la imagen corporal. Establecer esta relación, ayudará a comprender de mejor forma la problemática dentro de una población sujeta a cambios físicos específicamente a aquellos que asisten a gimnasios. Además, toda esta información teórica permitirá una importante comprensión del tema que puede servir para el desarrollo de un tratamiento eficaz y así mejorar la calidad de vida de las personas con dismorfia muscular.

Por otro lado, el estudio representa un *aporte práctico* significativo ya que los resultados obtenidos servirán como material de consulta para futuros investigadores. Incluso servirá

como material de apoyo o sustento teórico como base para posibles programas de intervención relacionados con el tema de estudio. Así mismo, los resultados y el sustento teórico que resulte de la investigación servirán como referencia para colegios, universidades y ciudadanos. Los datos emergentes del estudio podrán contribuir al desarrollo de programas de intervención social que estén orientados al manejo de conductas alimentarias, preocupación y/o dismorfia muscular, por la información objetiva que presenta.

En conclusión, el estudio de la dismorfia muscular, las conductas alimentarias y el autoconcepto, es crucial para entender el impacto que tienen en la salud mental y así dar paso al desarrollo de estrategias eficaces que permitan mejorar la calidad de vida de estas personas. Es evidente que esta investigación podrá proporcionar información valiosa sobre cómo abordar este tipo de problemas para mejorar el bienestar general de estas personas.

CAPÍTULO II
DISEÑO TEÓRICO

II.DISEÑO TEÓRICO

2.1. Pregunta problema.

¿Cuál es el nivel de dismorfia muscular en relación a la conducta alimentaria y autoconcepto en personas que asisten al gimnasio Evolution Pro de la ciudad de Tarija, en la gestión 2023?

2.2. Objetivos.

2.2.1. Objetivo General.

Determinar el nivel de dismorfia muscular en relación a la conducta alimentaria y autoconcepto en personas que asisten al gimnasio Evolution Pro de la ciudad de Tarija, en la gestión 2023.

2.2.2. Objetivos Específicos.

1. Identificar el nivel de dismorfia muscular.
2. Establecer el nivel de riesgo de la conducta alimentaria.
3. Describir el nivel de autoconcepto.
4. Analizar la relación entre la dismorfia muscular con el riesgo de la conducta alimentaria y el nivel de autoconcepto.

2.3. Hipótesis.

1. Las personas que asisten al gimnasio Evolution Pro, presentan mayor preocupación respecto a la dismorfia muscular.
2. Las personas que asisten al gimnasio Evolution Pro, presentan riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.
3. Las personas que asisten al gimnasio Evolution Pro, tienen un nivel medio de autoconcepto.
4. A mayor nivel de preocupación de respecto a la dismorfia muscular, mayor riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y menor nivel de autoconcepto.

2.4. Operacionalización de las variables.

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala
<p>Dismorfia Muscular</p> <p>“Un desorden emocional que se caracteriza por una obsesión enfermiza por ganar masa muscular que afecta principalmente a varones jóvenes, pero que también lo pueden sufrir las mujeres”</p> <p>(Pope, et al., 1993, como se citado en Gutiérrez, 2007)</p>	<p>Efecto psicosocial de la apariencia física</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitación porque algunas partes del cuerpo sea visto por otros - Evitar ser visto por otros - Frecuencia de malestar por la apariencia - Afectación de las relaciones sociales - Afectación en el trabajo o carrera - Afectación en la vida sexual 	<p>CUESTIONARIO COMPLEJO DE ADONIS.</p> <p>(Pope, et al., 2002)</p> <p>Interpretación.</p> <p>Preocupación leve (0 - 9 puntos)</p> <p>Preocupación moderada (10 - 19 puntos)</p> <p>Preocupación grave (20 - 29 puntos)</p> <p>Preocupación posiblemente patológica (30 - 39 puntos).</p>
	<p>Control apariencia física</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio excesivo, entrenar a pesar de sentir dolor, seguir dietas extremas, vomitar, usar laxantes u otros métodos - Ingerir suplementos nutricionales para mejorar la apariencia - Empleo de ingresos económicos para mejorar la apariencia - Consumo de algún tipo de droga 	
	<p>Preocupación por la apariencia física</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor tiempo dedicado para mejorar la apariencia física - Tiempo dedicado a actividades físicas para mejorar la apariencia física 	

Concepto	Dimensiones	Indicadores	Escala
<p>Trastorno de la conducta alimentaria</p> <p><i>“Son comportamientos alimentarios anormales y preocupación por la comida referidos al peso y la figura corporal, se ve frecuentemente en adolescentes mujeres y varones, que por seguir tratamientos para perder peso practican atracones de comida, entre otras actividades de pérdida de peso suelen ser diagnosticados como Bulimia Nerviosa o Anorexia Nerviosa”</i> (Garner, 1980, como se cito en Mejia, 2017, p. 23)</p>	Autopercepción	<ul style="list-style-type: none"> • Obsesión por la Delgadez • Bulimia • Insatisfacción corporal • Ineficacia • Conciencia Introceptiva • Miedo a la Madurez • Ascetismo • Inseguridad Social 	<p>Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) (Garner, 1998)</p> <p>Interpretación según puntajes directos en percentiles</p> <p>Sin presencia de indicadores TCA (1 – 28)</p> <p>En riesgo de TCA (32 – 64)</p> <p>Con presencia de TCA (68 – 99)</p> <p>(Mejia F., 2017, p. 52)</p>
	Conciencia	<ul style="list-style-type: none"> • Perfeccionismo • Desconfianza Interpersonal • Baja Autoestima • Alienación Personal 	
	Introspectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad Interpersonal • Desregulación Emocional 	
	Perfeccionismo	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit Interoceptivo • Impulsividad 	

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala
<p>Autoconcepto: <i>“Es el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual; es la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto”</i> (Rosenberg, 1979, citado en García F. & Musitu G., 2014).</p>	Autoconcepto académico-laboral	Percepción que el individuo tiene de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador.	<p>“AF-5 AUTOCONCEPTO FORMA 5” García F. & Musitu G. (2014)</p> <p>Bajo De 0 a 20 puntos</p> <p>Medio bajo De 21 a 40 puntos</p> <p>Medio De 41 a 60 puntos</p> <p>Medio alto De 61 a 80 puntos</p> <p>Alto 81 punto o más</p>
	Autoconcepto social	Se refiere a la percepción que tiene la persona de su desempeño en las relaciones sociales.	
	Autoconcepto emocional	Hace referencia a la percepción de la persona de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana.	
	Autoconcepto familiar.	Se refiere a la percepción que tiene la persona de su implicación, participación e integración en el medio familiar.	
	Autoconcepto físico	Este factor hace referencia a la percepción que tiene la persona de su aspecto físico y de su condición física.	

CAPÍTULO III
MARCO TEÓRICO

III. MARCO TEÓRICO.

El presente capítulo está sustentado por la información teórica pertinente al tema de investigación conceptualizando las principales variables de estudio para una aproximación general sobre el tema de abordaje investigativo. Encontraremos el sustento teórico relacionado al concepto de dismorfia muscular, posteriormente dilucidaremos las generalidades pertinentes a la variable trastorno de conducta alimentaria. Así mismo, en este apartado se encuentra toda la referencia bibliográfica relevante respecto al autoconcepto.

3.1. Modificación Corporal.

Las modificaciones corporales son realizadas por diversas razones, una de las principales es corregir algún aspecto físico con el que no se está conforme, el contexto en el que se dan, influye de manera significativa en la toma de decisión sobre la intervención de dicho procedimiento; este fenómeno se ha ido transformando constantemente con el pasar de los años, y las diferencias entre la época actual y décadas pasadas es notable, pues la práctica es influenciada por una gran cantidad de factores, entre ellos el tiempo y contexto (Henaó, 2018, p. 7).

3.1.1 Características psicológicas en personas que presentan modificación corporal.

Debido a la prevalencia de la insatisfacción corporal en la sociedad occidental, durante los últimos 20 años se han llevado a cabo estudios para determinar sus causas. Principalmente, se han investigado dos grupos de variables:

Factores sociales. Medios de comunicación, cultura, amistades y familia.

Factores psicológicos. Sentimientos causados por conceptos sociales y creencias generadas por la influencia de los padres y la cultura.

La insatisfacción corporal en ocasiones nos lleva a realizar conductas perjudiciales para nuestra salud, con la intención de acercarnos al “cuerpo ideal”. Por ejemplo, respecto al peso, se han asociado conductas como la restricción de ciertos alimentos, el ayuno y la actividad física excesiva.

En edades anteriores a la adolescencia, estas conductas pueden afectar al cuerpo provocando fatiga, lesiones óseas, problemas gastrointestinales o deficiencias nutricionales. Incluso, en casos graves, pueden causar retraso en el crecimiento, pubertad tardía o trastornos de la

conducta alimentaria. De hecho, la insatisfacción corporal es un buen predictor de este tipo de problemas (Diario OPINIÓN, 2019).

En la sociedad, se denotan estereotipos que clasifican a las personas observando la importancia que se da a la forma del cuerpo “perfecto”. Esto se resalta de los medios de comunicación masiva, mostrando o haciendo uso de modelos que tienen una marcada figura, llamando la atención a los adolescentes ya que es la etapa en donde buscan ser parte de algo, de un grupo, de sus pares o simplemente la aceptación en la sociedad (Papalia, 2009).

Es importante mencionar que la imagen corporal está compuesta por aspectos perceptivos, cognitivos y conductuales, aspectos que están relacionados en el adolescente para formar su comportamiento y percepción de su aspecto físico. Así mismo las alteraciones que pueden presentarse en relación con la imagen corporal puede ser de tipo cognitivo y afectivo en donde se presentan sentimientos negativos con el cuerpo generando insatisfacción con el mismo, también de tipo perceptivo en donde hay una distorsión con la imagen corporal en cuanto al tamaño y forma del cuerpo, y alteraciones de tipo conductual en donde modifican su conducta para modificar su cuerpo, que de acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1994) (DSM-IVTR) “el trastorno dismórfico corporal es la preocupación excesiva por un defecto corporal, puede referirse a partes del cuerpo o aspectos más globales” (Martín , 2017, p. 20).

3.1.2. Imagen Corporal.

“La imagen corporal se ha definido como un constructo con una estructura multidimensional que abarca auto percepciones, pensamientos, sentimientos y acciones referentes al propio cuerpo, principalmente a su apariencia” (Cash, 1990, como se citó en, Gutiérrez, 2009, p. 12).

La imagen corporal, según Baile es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo genera una representación mental compuesta por un esquema corporal perceptivo, por las emociones, los pensamientos y las conductas asociadas. El componente perceptual implica la exactitud de la estimación de la forma del cuerpo y la actitud y sentimientos que tienen hacia su cuerpo (Jiménez et al., 2017).

“Los modelos de belleza pueden ser influenciados por varios factores, entre ellos, los medios de comunicación; este es el medio más predominante para establecer estándares de belleza o aceptación social, pues mediante redes sociales, revistas o televisión se “imponen” los parámetros y las tendencias que son importantes en la actualidad. La moda se encarga de

añadir o modificar estándares que deberían ser tenidos en cuenta para encajar en determinado contexto, lo que ha creado una gran cantidad de modelos de belleza, brindando así la posibilidad de elegir el estilo que mejor se adapte a la personalidad y características, tanto físicas como personales” (Vasquez M. H., 2018, p. 8).

3.1.3. La insatisfacción corporal.

La insatisfacción se puede originar por la distorsión perceptiva, por la discrepancia entre el cuerpo percibido y el ideal o, simplemente, por el disgusto con el propio cuerpo y puede originarse por un entorno adverso a ciertas figuras ideales establecidas por la sociedad (Jiménez, et al., 2017 p. 480).

La insatisfacción con la imagen corporal, la restricción alimentaria, así como los comportamientos para la pérdida de peso durante la infancia son considerados factores de riesgo, que asociados a elementos biopsicosociales contribuyen a problemas como la dependencia al ejercicio y a los trastornos alimenticios (Jiménez et al., 2017).

Se presume que es originado a causa de inseguridad, problemas emocionales, rasgos obsesivos, alteración en el auto concepto y autoestima, es decir su origen radica en el área psicológica, lo que produce la alteración en la percepción de su propia imagen corporal y consecuentemente de forma temporal será la modificación de sus hábitos alimenticios, después pasarán a ser un estilo de vida (Pérez, 2019).

La insatisfacción corporal ha sido descrita como uno de los factores clave para el desarrollo, mantenimiento y caracterización sintomática de ciertos trastornos mentales. Ejemplo de ello son los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), caracterizados por el deseo excesivo de adelgazar y el miedo mórbido a la obesidad (Cervantes et al., 2013, p. 488).

Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos: Alteración cognitiva y afectiva: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita. En general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana hablamos de trastornos de la imagen corporal (Salaberria et al., 2007).

La distorsión de la imagen corporal juega un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que además tiende a persistir después del tratamiento exitoso de otros síntomas nucleares del trastorno, (Berardi, 2009), por lo que constituye un importante factor predictor de la recaída (Herrera , y otros, 2015, p. 100).

3.1.4. Modificación corporal en personas que asisten regularmente a gimnasios.

“La influencia de la sociedad y de la cultura penetra fuertemente en el individuo que genera presión y ansiedad al ostentar estándares muy elevados sobre la silueta corporal tanto en hombres como en mujeres, por lo que suministra un sinnúmero de alternativas para lograr dichos objetivos, los cuales implican gasto de dinero, energía e inclusive se arriesga la vida misma” (Pérez, 2019, pág. 27).

Los gimnasios son un medio por el cual los individuos transforman su cuerpo, sin embargo, la práctica de ejercicio se ha orientado a fines estéticos o de forma adictiva generando riesgos para la salud (Baile et al., 2011).

En los últimos años ha sido notorio el incremento de las personas que acuden a los gimnasios o centros de acondicionamiento físico para iniciar programas de entrenamiento muscular bajo una presión social que exige un cuerpo armonioso y desarrollado muscularmente para ajustar el mismo a estereotipo de belleza específico (Moreno & Perea, 2012, p. 7-8).

Dichos espacios de “culto al cuerpo” también se convierten en un medio relevante para la socialización y demostración de feminidad y masculinidad que evocan el control sobre la estética del cuerpo (Vasquez M. H., 2018) la presión social y los estereotipos que se imponen día a día se manifiestan en un incremento de la actividad deportiva desmesurada y sin supervisión, la proliferación de gimnasios y dietas que aseguran objetivos personales lejos del ideal de un cuerpo saludable (Moreno & Perea, 2012).

Por otra parte, “los hombres van en busca de un modelo de cuerpo musculoso, que denote fuerza y virilidad, la práctica de ejercicio se enfoca principalmente en los trabajos de fuerza y las prácticas complementarias incluyen el uso de suplementos y dietas especiales” (Moreno & Perea, 2012, p. 37).

Al respecto, pareciera claro que “los varones adolescentes pueden identificar dos finalidades de la realización de ejercicio como estrategia de cambio corporal: para adelgazar o para incrementar tono/masa muscular, pero no para aumentar peso corporal” (Cervantes et al., 2013, p. 491).

3.2 Dismorfia muscular en personas que asisten regularmente a gimnasios.

La influencia de la sociedad y de la cultura penetra fuertemente en el individuo que genera presión y ansiedad al ostentar estándares muy elevados sobre la silueta corporal tanto en hombres como en mujeres, por lo que suministra un sinnúmero de alternativas para lograr dichos objetivos, los cuales implican gasto de dinero, energía e inclusive se arriesga la vida misma” (Pérez, 2019).

Las personas que presentan dismorfia muscular se encuentran excesivamente preocupadas por conseguir una imagen perfecta y distorsionan su propia imagen corporal. Se discute actualmente si este síndrome se encuentra más cercano al trastorno dismórfico corporal o al trastorno obsesivo compulsivo. Los síntomas más frecuentes que refiere la literatura en el tema son: preocupación por no ser suficientemente magro y musculoso; invertir varias horas en hacer actividad física para aumentar la masa muscular; abandonar actividades sociales, laborales o recreativas por una necesidad compulsiva de mantener su esquema de trabajo muscular y la dieta; evitar situaciones donde el cuerpo resulta expuesto o soportar esas situaciones con malestar y ansiedad; continuar entrenando, haciendo dieta o utilizando anabólicos a pesar del conocimiento de sus consecuencias adversas físicas o psicológicas; mirarse constantemente en el espejo y sentirse poco corpulento; pesarse varias veces al día y compararse con otras personas que también desarrollan masa muscular y consumir dietas ricas en hidratos de carbono y proteínas (Rutzstein, y otros, 2004, p. 2 y 3).

Los gimnasios son un medio por el cual los individuos transforman su cuerpo, sin embargo, la práctica de ejercicio se ha orientado a fines estéticos o de forma adictiva generando riesgos para la salud (Baile, Ramírez, & Suarez, 2011).

En los últimos años ha sido notorio el incremento de las personas que acuden a los gimnasios o centros de acondicionamiento físico para iniciar programas de entrenamiento muscular bajo una presión social que exige un cuerpo armonioso y desarrollado muscularmente para ajustar el mismo a estereotipos de belleza específicos dichos espacios de “culto al cuerpo” también se

convierten en un medio relevante para la socialización y demostración de feminidad y masculinidad que evocan el control sobre la estética del cuerpo (Vásquez M. H., 2018) la presión social y los estereotipos que se imponen día a día se manifiestan en un incremento de la actividad deportiva desmesurada y sin supervisión, la proliferación de gimnasios y dietas que aseguran objetivos personales lejos del ideal de un cuerpo saludable (Moreno & Perea, 2012, p. 7-8).

Por otra parte, “los hombres van en busca de un modelo de cuerpo musculoso, que denote fuerza y virilidad, la práctica de ejercicio se enfoca principalmente en los trabajos de fuerza y las prácticas complementarias incluyen el uso de suplementos y dietas especiales” (Moreno & Perea, 2012, p. 37).

Al respecto, pareciera claro que “los varones adolescentes pueden identificar dos finalidades de la realización de ejercicio como estrategia de cambio corporal: para adelgazar o para incrementar tono/masa muscular, pero no para aumentar peso corporal” (Cervantes, Álvarez Rayón, Gómez Peresmitré, & Mancilla Díaz, 2013, p. 491).

Los cánones de belleza corporal son un hecho que se remontan tiempo atrás en la historia de la humanidad. Sin embargo, es quizás hoy en día donde el culto al cuerpo cobra una nueva dimensión con relevante implicación social, económica, sanitaria etc... Tanto es así, que en este último aspecto, se llega a considerar sus consecuencias sobre el organismo como un grave problema de salud pública. No es raro observar cómo se establecen unos cánones estéticos como símbolo de triunfo social, más allá de cualquier otra cualidad personal, y en muchos casos contra natural; pudiendo llevar a consecuencias graves e irreversibles para alguno de los sujetos que se ven envueltos en tales mecanismos de presión (Arbinaga, F., & Caracuel, J., 2003).

La insatisfacción con la imagen que uno presenta, o para ser más exactos, con la que uno se percibe e interpreta, puede hacer que el sujeto recurra a una amplia gama de actividades, como por ejemplo la realización de una actividad deportiva de forma obsesiva, no ajustada a las necesidades y posibilidades reales, etc., con una intención de solucionar un problema que, lejos de encontrar una salida, pudiera terminar presentando una mayor resistencia (Arbinaga, F., & Caracuel, J., 2003).

La dismorfia muscular (DM) se entiende como un trastorno que se caracteriza por una preocupación excesiva sobre la imagen corporal en la cual la persona presenta una distorsión concretamente en relación de su tamaño muscular. En esta patología es común el consumo de sustancias ergogénicas en busca del aumento de masa muscular, teniendo un gran impacto sobre la salud de quien los consume. El tratamiento de este trastorno implica la atención de un equipo multidisciplinario de profesionales altamente capacitados para que puedan reconocer correctamente las características propias y así proporcionar un diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado. En dicho tratamiento se incluye la psicoeducación basada en la disonancia cognitiva, orientación nutricional y en algunos casos la ayuda de fármacos como antidepresivos o antipsicóticos (Torres D., Pontaza I., Álvarez M. & Saucedo T., 2021).

Además es importante mencionar que la persona que presenta dicho trastorno realiza ejercicios de fuerza de una manera compulsiva, con el objetivo de aumentar su tamaño muscular, pudiendo desarrollar una dependencia. Esta dependencia o adicción al entrenamiento de fuerza genera en el individuo la necesidad de constatar su hipertrofia y definición muscular continuamente (González I., Fernández J., & Contreras O., 2012).

En la actualidad los hombres en su mayoría jóvenes, han modificado sus estilos de vida, sobre todo en cuanto a su dieta y ejercicio con la finalidad de mejorar su composición corporal y en consecuencia su imagen, sin embargo, una parte de esta población se ve implicada en el desarrollo del trastorno de Dismorfia Muscular (conocida coloquialmente como vigorexia). Estos individuos suelen caracterizarse por un autoconcepto corporal insatisfactorio, a consecuencia de una baja valoración física, ya que presentan una distorsión corporal percibiéndose a sí mismos con poca musculatura.

La etiología de la dismorfia muscular es el resultado de una conjunción de factores de riesgo de naturaleza biológica, conductual, cognoscitiva, afectiva y sociocultural. Con los avances tecnológicos, los medios de comunicación tienen un mayor alcance y juegan un papel muy importante en relación a la imagen corporal, ya que imponen estereotipos poco realistas e inalcanzables lo cual ha favorecido la aparición de esta patología. Estos pacientes suelen utilizar sustancias ergogénicas de manera no controlada e incluso sin una supervisión profesional, con el fin de obtener una mayor masa muscular con resultados más rápidos, sin

saber o negando el riesgo de lo que esto puede ocasionar en su salud y bienestar (Torres D., Pontaza I., Álvarez M. & Saucedo T., 2021).

Además de la realización de actividad física extrema, los pacientes con vigorexia se obsesionan con su dieta, consumiendo grandes cantidades de proteínas e hidratos de carbono, a la par que reduciendo a cero el consumo de grasas. Muchos de ellos, se someten a sesiones de actividad física que pueden ser extenuantes, durante horas y varios días a la semana. Buscan aumentar constantemente la masa muscular y con mucha frecuencia centrándose en tronco y extremidades superiores, con lo cual dichos pacientes presentan una desproporción corporal, siendo las extremidades inferiores más delgadas (Cañadas D., 2021).

Haciendo referencia a la ***relación de la dismorfia muscular con el riesgo de conducta alimentaria y el autoconcepto***, cabe referir que, aunque la dismorfia muscular no es un Trastorno de Conducta Alimentaria, la mayoría de las investigaciones han encontrado la realización de dietas con alto contenido proteínico y consumo mínimo de grasa. Otras conductas regulares o típicas son la rigidez en los horarios de alimentación y el uso de suplementos y esteroides en personas que presentan vigorexia. Además menciona que la obsesión por la calidad o la comida saludable, conocido por ortorexia, también puede estar presente en hombres con dismorfia muscular (Muñoz R., 2020).

Por su parte, considerando al autoconcepto, Martínez (2014) refiere que el culto al cuerpo tiende a la objetivación del ser humano y el querer calzar en un estándar al cuál debe ingresar. Los aspectos relacionados a la vigorexia evidencian que el desarrollo de masa muscular, que se ve impedida por la percepción subjetiva del sujeto, de verse débil, con lo cual se infiere si esa debilidad tiende a una base emocional, relacional, familiar o contextual, en donde se evoca constantemente un pobre autoconcepto.

Es importante mencionar que estos estudios muestran factores comunes como el bajo autoconcepto que suelen presentar las personas con dismorfia muscular y se pueden dar por relaciones emocionales o sociales que han ido en detrimento del individuo.

En la actualidad los hombres, en su mayoría jóvenes, han modificado su estilo de vida, sobre todo en cuanto a dieta y ejercicio con la finalidad de mejorar su composición corporal y en consecuencia su imagen, sin embargo, una parte de esta población se ve implicada en el desarrollo del trastorno de Dismorfia Muscular (conocida coloquialmente como vigorexia).

Estos individuos suelen caracterizarse por un autoconcepto corporal insatisfactorio, a consecuencia de una baja valoración física, ya que presentan una distorsión corporal percibiéndose con poca musculatura (Torres D., Pontaza I., Álvarez M. & Saucedo T., 2021).

3.3. Trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen alteraciones severas en la ingesta de alimentos, en personas que presentan patrones distorsionados en este acto como respuesta a un impulso psíquico. Este grupo de enfermedades engloba a varias entidades que varían grandemente, clasificándose en: anorexia nerviosa, "trastornos de la conducta alimentaria no especificados" y trastorno por atracón. Todas son más frecuentes en las mujeres e iniciándose generalmente durante la adolescencia siendo enfermedades crónicas (Méndez et al., 2008, p. 580).

Estas enfermedades, caracterizadas por su cronicidad y por la aparición frecuente de recaídas, provocan a su vez alteraciones en el funcionamiento psicosocial de los individuos, ya que, además de poseer un efecto devastador en los pacientes y en sus familias, se asocian a un alto riesgo de conductas suicidas (Méndez et al., 2008, p. 580).

Es importante mencionar que en adultos, los factores de riesgo son los mismos que en la edad joven, este factor no debe ser una excusa para trivializar el problema si bien en la adolescencia no se ha supuesto un problema, no se debe pensar que ya no les afectará. Los riesgos que corren son, por ejemplo: realizar dietas sin supervisión profesional, exponer el cuerpo de forma continua buscando la perfección, utilizar las redes sociales en apología al TCA, no hablar de los problemas emocionales o relacionales, dar por normales conductas impulsivas o mantener hábitos poco saludables de descanso, alimentación y ejercicio físico (Ortiz J., 2020).

Hay que recordar que una mala nutrición puede provocar bradicardia, hipotensión, edemas, piel seca, temperatura baja y deshidratación, disminución de los niveles de potasio, afecciones respiratorias, alteraciones neuropsicológicas. También puede presentar estreñimiento, náuseas, vómitos, inapetencia, lesiones en la dentadura, hipertrofia en las glándulas parótidas, dolor bucal, hipercolesterolemia, piel amarilla por hipercarotinemia, complicaciones renales, anemia, pérdida de la menstruación, infertilidad y la muerte. En conclusión, una prevención adecuada en problemas alimentarios y los diferentes trastornos consiste en obtener una

información suficiente y adecuada del problema, los factores que influyen y el riesgo que conlleva (Laso S., 2020).

Este tipo de afecciones se presentan con relativa frecuencia en deportes en los que es importante el control del peso corporal, manifestándose una imagen corporal distorsionada en la que el cuerpo es percibido con un exceso de peso, ineficiencia, perfeccionismo y un sentido de pérdida de control, con un mecanismo compensatorio ejercido a través de la manipulación de la comida y la utilización de métodos inadecuados de control del peso. Pueden aparecer problemas cardiovasculares, una mayor incidencia de fracturas y pérdidas de potencia muscular y resistencia que repercuten negativamente sobre el rendimiento. Además, su tratamiento requiere un abordaje multidisciplinar, con participación de médicos, psicólogos/psiquiatras, nutricionistas, entrenador y familia del deportista, siendo especialmente importantes las medidas preventivas (Márquez, S., 2008).

El mantener una dieta adecuada tiene un papel fundamental para el rendimiento del deportista, para el logro de un buen desempeño. Sin embargo se torna un inconveniente cuando los hábitos alimenticios generan algún tipo de riesgo asociado con la aparición del desarrollo de algún trastorno de conducta alimentaria. Esto puede ocurrir debido a las exigencias del peso y medidas. En la mayoría de los casos que aparecen alteraciones de la conducta alimentaria, en la práctica de fisiculturismo, es debido a que el deportista mantiene una imagen corporal insatisfecha y percibe su imagen como errónea (Darino L., 2020).

En el fisiculturista se presentan conductas alimentarias de riesgo especialmente cuando el deportista se está preparando frente a una competición. Siendo varios los aspectos que pueden ser los responsables, dietas restrictivas y desequilibradas y consumo de anorexígenos como las metanfetaminas o el alcohol. Como ha sido mencionado anteriormente la importancia de contar con asesoramientos de profesionales especialistas en nutrición, psicólogos para la salud mental, es imperiosa ya que la imagen corporal y su distorsión, pertenecen al ámbito de la psiquiatría y psicología. Aclarando que los trastornos de conducta alimentaria son una patología psiquiátrica que de no ser tratada puede llevar a la muerte (López I., 2017).

3.3.1. Dimensiones de la conducta Alimentaria.

Dieta alimenticia, “está relacionado con la evitación de alimentos que engordan y con la preocupación por estar más delgado” (Gouveia1 et al., 2010, p. 30).

Bulimia y preocupación por la alimentación “reflejan pensamientos sobre la comida e ítems que indican comportamientos bulímicos” (Gouveia1 et al., 2010, p. 30).

Control oral hace referencia al autocontrol impuesto en la conducta de comer y a la percepción de que los otros ejercen presión para que la persona gane peso (Gouveia1 et al., 2010).

El incremento en el número de casos de alteraciones de la conducta alimentaria ha hecho que estos padecimientos construyan uno de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo de hoy, con el consecuente impacto a la salud pública, tanto por los aspectos médicos y psicológicos, como por los altos costos que el manejo de las mismas requiere (Méndez, et al. 2008 p. 580).

3.3.2. Anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa es el trastorno de la alimentación que más se ha estudiado y en la actualidad es considerada una enfermedad psiquiátrica caracterizada por la incapacidad de mantener un cuerpo normal y saludable en relación con el peso, aspecto que se constituye en una obsesión, observándose insatisfacción permanente con la delgadez alcanzada, aún cuando se haya llegado a niveles de emaciación (Méndez, et al, 2008 p. 583).

Si bien las pacientes con anorexia nerviosa presentan, casi siempre, rasgos de depresión, problemática personal y/o familiar, e incluso con frecuencia se benefician del uso de antidepresivos, la depresión no es el origen de las alteraciones en su conducta alimentaria (Méndez, et al, 2008 p. 583).

Además, *“la psicopatología de la anorexia nerviosa dista mucho de lo observado en la depresión que se acompaña de anorexia secundaria”* (Méndez et al., 2008, p. 583).

3.3.3. Bulimia nerviosa.

La característica primordial de esta enfermedad es que la persona sufre episodios de atracones compulsivos, pero la preocupación que tiene de no ganar peso conduce hacia conductas compensatorias de control para evitar la ganancia de peso, seguidas de un gran sentimiento de culpabilidad y sensación de pérdida de control. Estos pacientes, utilizan diferentes medios para intentar compensar los atracones, siendo el más habitual la provocación del vómito; otras conductas son: uso excesivo de laxantes o de diuréticos, el ayuno y ejercicio físico muy

intenso. Todas estas son realizadas con el fin de no incrementar peso. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición de malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso (Méndez, et al. 2008 p. 584).

3.4. Autoconcepto.

Considerando la definición tomada por el autor de los instrumentos, se puede entender que el autoconcepto hace referencia al *“concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual; es la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto”* (Rosenberg, 1979, citado en García F. & Musitu G., 2014).

3.4.1. Dimensiones del autoconcepto.

De acuerdo a García F. y Musitu G., (2014) el autoconcepto, tiene las siguientes dimensiones:

3.4.1.1. Autoconcepto social.

Se refiere a la percepción que tiene la persona de su desempeño en las relaciones sociales. Dos ejes definen esta dimensión: el primero hace referencia a la red social del individuo y a su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla; el segundo eje se refiere a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales (amigable y alegre) (García F. y Musitu G., 2014).

3.4.1.2. Autoconcepto académico/laboral.

Se refiere a la percepción que el individuo tiene en cuanto a la calidad sobre el rol de desempeñado, como estudiante y/o trabajador. Esta dimensión hace referencia a dos ámbitos o escenarios: el académico y el laboral que, en realidad, en este caso específico, es más una diferenciación de períodos cronológicos que de desempeño de roles, puesto que ambos contextos laboral y académico son de trabajo. Semánticamente, la dimensión gira en torno a dos ejes: el primero se refiere al sentimiento que el estudiante o trabajador tiene sobre el desempeño de su rol a partir de sus profesores o superiores (buen trabajador, buen estudiante...) y el segundo se refiere a cualidades específicas valoradas especialmente en ese contexto (inteligente, estima, buen trabajador/a).

3.4.1.3. Autoconcepto emocional.

Esta dimensión hace referencia a la percepción de la persona en cuanto a su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. Hay que referir que el factor tiene dos fuentes de significado: la primera se refiere a la percepción general de su estado emocional (soy nervioso, me asusto con facilidad) y la segunda a situaciones específicas (cuando me preguntan, me hablan, etc.), donde la otra persona implicada es de un rango superior (profesor, director, etc.) (García F. y Musitu G., 2014).

3.4.1.4. Autoconcepto familiar.

Esta dimensión se refiere a la percepción que tiene la persona de su implicación, participación e integración en el medio familiar. El significado de este factor se articula en torno a dos ejes. El primero se refiere específicamente a los padres en dos dominios importantes en cuanto a las relaciones familiares como son la confianza y el afecto. El segundo eje hace referencia a la familia y al hogar con cuatro variables, dos de ellas formuladas positivamente –me siento feliz y mi familia me ayuda, aluden al sentimiento de felicidad y de apoyo, y las otras dos, formuladas negativamente; mi familia está decepcionada y soy muy criticado, estas hacen referencia al sentimiento de no estar implicado y de no ser aceptado por los miembros familiares.

3.4.1.5. Autoconcepto físico.

Es importante mencionar que este factor hace referencia a la percepción que tiene la persona de su aspecto y condición física. El factor gira en torno a dos ejes que son complementarios en su significado. El primero alude a la práctica deportiva en su vertiente social: “me buscan”, física y de habilidad: “soy bueno”. El segundo hace referencia al aspecto físico: “atracción, gustarse, elegante”. Hay que entender que un autoconcepto físico alto significa que se percibe físicamente agradable, que se cuida físicamente y que puede practicar algún deporte adecuadamente y con éxito. Lo contrario se podría decir de un autoconcepto físico bajo (García F. y Musitu G., 2014).

Es importante mencionar que la consideración que se tiene de uno mismo va a marcar el desarrollo a lo largo de la vida. Por ello, todo el mundo debería intentar crear un autoconcepto positivo y sano. Así mismo, el autoconcepto influye en el modo cómo una persona se percibe

y valora a sí misma y a su entorno próximo. Por tanto, quien no logra aceptarse, difícilmente aceptará a los demás. En definitiva, el autoconcepto está muy presente en el día a día, en la vida cotidiana, en cada acción y decisión que se toma. Por ello, es necesario cuidarse y quererse. (Couñago A., 2019).

Así mismo, dentro del deporte no hay que olvidar que el autoconcepto es un indicador de salud mental, la práctica física habitual realizada de manera adecuada es una de las mejores herramientas hoy disponibles para la mejora de la salud mental. Una construcción equilibrada del autoconcepto es fundamental para el desarrollo equilibrado de la personalidad en individuos en edad escolar o adulta. La práctica física habitual realizada de una manera adecuada es una de las herramientas que pueden favorecer este proceso. Así mismo, la mejora del estado de condición física se puede mostrar como un indicador relevante de bienestar mental (Rosa A., 2015).

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Área a la cual pertenece la investigación.

La investigación planteada en este trabajo corresponde al área de la *Psicología Clínica*, puesto que la unidad de estudio se basa en el individuo y la salud mental del mismo. De acuerdo a Inofuente (2017, p.1) esta área “se encarga de la investigación, evaluación, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la prevención de las cuestiones que afectan a la salud mental”, por lo tanto, esta investigación pretende determinar el nivel de dismorfia muscular en relación a la conducta alimentaria y autoconcepto en personas que asisten al gimnasio Evolution Pro de la ciudad de Tarija, en la gestión 2023.

4.2. Tipificación de la Investigación.

El presente trabajo de investigación, de acuerdo a sus diferentes características y finalidad, se tipifica de la siguiente manera:

La presente investigación se tipifica como **teórica** ya que la finalidad de este estudio es la de generar fundamentación teórica acerca de la dismorfia muscular, las conductas alimentarias y autoconcepto, ayudándonos de este modo a comprender la problemática planteada.

De igual manera, este trabajo se tipifica como **descriptivo** porque en primera instancia, se busca especificar las propiedades, y características de cada una de las variables sujetas a estudio. Una vez caracterizadas las variables de estudio, se procede a analizar la relación entre las mismas, por lo tanto, la presente investigación también puede tipificarse como **correlacional**. De acuerdo a Hernández, Fernández & Baptista (2014, p.93) indican que “este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular”.

Al mismo tiempo, el estudio planteado es de tipo **cuantitativo** ya que el tratamiento de los datos se lo hizo bajo este enfoque, es decir, los resultados fueron presentados en cuadros que reflejan porcentajes y frecuencias. Además cabe mencionar que los instrumentos que se utilizaron tienen naturaleza numérica.

Por último, el presente trabajo se tipifica como **transversal** porque “intenta analizar el fenómeno en un periodo de tiempo corto, un punto en el tiempo” (Salinero, 2004, p. 1). Este estudio se aplicó en un periodo relativamente corto y por lo tanto, no se realizaron segundas intervenciones sobre la población objetivo.

4.3. Población y Muestra.

La población que conforma el presente trabajo de investigación estuvo conformada por todas las personas que asisten regularmente al gimnasio Evolution Pro. Es importante mencionar que los instrumentos fueron aplicados a un número significativo de 130 personas del sexo masculino, que equivalente al 43% en relación a la población total de dicho gimnasio.

La población fue determinada bajo los siguientes criterios de inclusión:

- a) Mayores de 18 años.
- b) Sexo: masculino.
- c) Mínimamente medio año de entrenamiento.

4.4. Métodos, técnicas e instrumentos.

4.4.1. Métodos.

Los métodos que se emplearon en la elaboración de la estructura lógica del proyecto fueron los siguientes:

- **Métodos de análisis** Los objetivos de la investigación tienen una naturaleza analítica, ya que pretenden identificar las principales características de la psicología de las personas que presentan dismorfia muscular de la ciudad de Tarija. Así mismo, para conocer los elementos fundamentales y las relaciones que existen entre variables, se debe hacer una descomposición de los resultados y revisión bibliográfica, puesto que se tiene una gran rama de información, pero la misma debe ser analizada y especificada según lo que se requiere en el trabajo de investigación, así también, en la interpretación de datos.
- **Método de Síntesis** Al tener la integración de las partes analizadas, se obtiene una síntesis global del objeto de estudio, tomando en cuenta los aspectos más

importantes desarrollados sobre la dismorfia muscular, la conducta alimentaria y el nivel de autoconcepto de los deportistas.

- **Métodos Estadísticos.** Utilizados para el análisis de los datos obtenidos a partir de la aplicación de los distintos instrumentos, valiéndose de herramientas como Microsoft Excel para la estructura de la matriz de datos, el software SPSS para obtener diferentes cuadros y graficas a partir del análisis estadístico de resultados y el cruce de variables.
- **Método de los test psicológicos estandarizados.** Para lograr los objetivos, se utilizaron test estandarizados que poseen una elevada fiabilidad. Como el test del “Complejo de Adonis”, “Test de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)” y el test de autoconcepto Forma 5. Es importante mencionar que estos instrumentos, consisten en una prueba normalizada que ha sido evaluada y validada en una población representativa.

4.4.2. Técnicas.

En el presente trabajo de investigación se emplearon las siguientes técnicas de investigación:

- Técnica de los **test psicométricos**, los test estandarizados que se emplearon tienen un carácter psicométrico, es decir, emplean escalas estructurales, objetivas y sus resultados se procesarán de manera estadística. El test psicométrico “es un procedimiento estandarizado compuesto por ítems seleccionados y organizados, concebidos para provocar en el individuo ciertas reacciones registrables; reacciones de toda naturaleza en cuanto a su complejidad, duración, forma, expresión y significado” (Villaruel , 2014, p. 265).

4.4.3. Instrumentos.

En el siguiente cuadro se presentan los diferentes instrumentos empleados en el trabajo de investigación:

Variable	Instrumentos
Dismorfia Muscular	Cuestionario Complejo de Adonis
Trastorno de la conducta alimentaria	Escala de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)
Autoconcepto	AF-5 Autoconcepto forma 5

Para obtener con un conocimiento claro de cada uno de los instrumentos utilizados en el presente trabajo, a continuación se detallan las siguientes fichas técnicas:

CUESTIONARIO DEL COMPLEJO DE ADONIS.

Autor: McCabe MP, Vincent MA.

Objetivo del Test: Valora el grado de preocupación que un sujeto siente por su apariencia física y hasta qué punto puede influir negativamente en su vida, pasando a ser dichas conductas patológicas.

Técnica: Test psicométrico (Cuestionario).

Historia de creación y baremación: creado por Pope y colaboradores, data del año 2000. Este cuestionario tuvo mucho auge con la publicación del libro que acuña su nombre “The Adonis Complex” (Pope, Phillips y Olivardia, 2000). El «complejo de Adonis», también llamado dismorfia muscular, es una condición psicológica que engloba los problemas de salud relacionados con la imagen corporal, como la dependencia al ejercicio físico, trastornos de la alimentación y/o depresión.

Confiabilidad y validez.

- **Análisis de Confiabilidad.** - para valorar la consistencia temporal del instrumento fue de CCI= 0.707, (95% intervalo de confianza=0.336-0.871). El instrumento muestra validez convergente con la escala EDS-R ($r=0.613$, p).
- **Análisis de Validez.** – La validez de constructo muestra una estructura factorial de tres factores Factor 1=efecto psicosocial de la apariencia física, Factor 2=control apariencia física y Factor 3=preocupación por la apariencia física que explican el 65.29% de la varianza.

Procedimiento de aplicación y calificación. Se brinda un cuestionario del Complejo de Adonis en forma de hojas y se solicita que elija una de las tres opciones, a, b o c, que considere la correcta. La puntuación se determina por las respuestas, lo que puede variar de 0 a 39 puntos. La clasificación de la puntuación depende del valor numérico de la suma de las respuestas.

Descripción de los materiales. El Cuestionario del Complejo de Adonis, consta de 13 ítems, que exploran el grado de insatisfacción que tiene el hombre con su aspecto, y hasta qué punto puede llegar para cambiarla.

Escala:

- Entre 0 y 9 puntos: **Preocupación leve.**
- Entre 10 y 19 puntos: **Preocupación moderada.**
- Entre 20 y 29 puntos: **Preocupación grave.**
- Entre 30 y 39 puntos: **Preocupación posiblemente patológica.**

TEST DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS (EDI - 2).

Autor: David M. Garner, Ph. D.

Objetivo del Test. Mide las dimensiones de Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia Interoceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social.

Técnica: Test psicométrico (Inventario).

Historia de creación y baremación: El EDI - 2 fue creado en PAR Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa, Florida, Estados Unidos. Posteriormente su adaptación española. Baremos españoles y originales en centiles en grupos normales y clínicos.

Por otro lado, Mejía (2017) realizó la adaptación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). Se administró en una muestra compuesta por 822 personas en la ciudad de Lima, Perú. En los resultados de adaptación encontraron validez en la baremación española, del cual se hizo uso. Se realizó el análisis factorial de

segundo orden, en donde los componentes resultantes del análisis factorial de primer orden, fueron agrupados a través del método de extracción mediante el análisis de componentes principales en 4 componentes, en donde los 16 factores fueron reordenados a través del método de rotación Varimax.

Confiabilidad y validez:

- **Análisis de Confiabilidad.** Para obtener la confiabilidad del instrumento se utilizó en primera instancia el método de consistencia interna a través del índice del Alfa de Cronbach, dando como resultado para la escala de Obsesión por la delgadez es 0,83, para la escala de Bulimia es 0,86, para la escala de Insatisfacción corporal es 0,92, para la escala de Ineficacia es 0,90, para la escala de Perfeccionismo es 0,80, para la escala de Desconfianza Interpersonal, para la escala de Conciencia Introceptiva, para la escala de Miedo a la madurez, 0,83, así mismo, para las escalas adicionales; para la escala de Ascetismo es 0,70, para la escala de Impulsividad es 0,77 y para la escala de Inseguridad Social 0,80.
- **Análisis de Validez.** – La validez de constructo se desarrolló en dos etapas: en una primera se obtuvo el análisis factorial de primer orden, en donde los ítems fueron agrupados en 16 factores los cuales explicaron el 62.437% del constructo medido por el instrumento. Los factores resultantes fueron analizados factorialmente en un segundo orden, obteniendo la agrupación de los 16 factores en 4 componentes, los cuales fueron denominados autopercepción, Conciencia Introceptiva, Insatisfacción corporal y Perfeccionismo. La validez de concurrente mostró las siguientes correlaciones significativas con el IMca (0,250 $p < 0,01$).

Procedimiento de aplicación y calificación. La administración puede ser aplicada de forma individual o colectiva, la aplicación tiene una duración aproximada de 20 minutos.

Los sujetos contestan en una escala de 0 a 5, según que el comportamiento que describe el elemento le ocurra “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”. Entonces las respuestas dadas de cada elemento pueden puntuar de cero a tres, se da tres en respuestas extremas en la dirección sintomática. Se atribuyen dos puntos a la respuesta inmediatamente adyacente y un punto a la siguiente. Las tres

opciones asintomáticas reciben un puntaje de cero. Es así que los elementos redactados en forma positiva puntúan de la siguiente manera:

- Siempre = 3.
- Casi siempre = 2.
- A menudo = 1.
- A veces = 0.
- Pocas veces = 0.
- Nunca = 0.

Descripción de los materiales: El EDI-2, en su versión adaptada Mejía (2017) consta de 38 elementos que evalúan 4 componentes centrales, en 3 niveles de interpretación. Puede ser aplicado de manera individual o grupal a sujetos de 12 años de edad hacia adelante, sin embargo, se ha aplicado a personas de 11 años de edad. Por otro lado, el examinador debe seguir algunas recomendaciones como: Informar a los examinados que no existen respuestas correctas ni incorrectas y que la prueba no tiene tiempo límite, sin embargo, como tendencia los sujetos suelen concluir la evaluación en un promedio de 20 minutos a menos.

Escala:

- De 1 a 28 pts = Sin presencia de indicadores TCA.
- De 32 a 64 pts = En riesgo de TCA.
- De 68 a 99 pts Con presencia de TCA.

CUESTIONARIO AF-5 AUTOCONCEPTO FORMA 5.

Autor: F. García y G. Musitu (2014).

Objetivo del Test: Evaluar el nivel de autoconcepto en personas de 12 años en adelante.

Técnica: Test psicométrico (Cuestionario).

Confiabilidad y validez: Numerosos son los estudios empíricos que avalan la validez del AF-5. Se encontró la relación entre las dimensiones del AF-5 y 13 indicadores de ajuste psicosocial en la adolescencia. También su fiabilidad ha sido objeto de múltiples investigaciones respaldando todas ellas, los resultados obtenidos originalmente. Las

medias de los coeficientes de consistencia interna oscilaron entre 0,71 a 0,88. Cuando se analizaron todos los elementos a la vez, el coeficiente de consistencia fue de 0,84.

Procedimiento de aplicación y calificación.

Es importante mencionar que este instrumento es un cuestionario de fácil aplicación, corrección e interpretación, puede ser aplicado de manera individual como colectiva, en un tiempo aproximado de 20 minutos por persona. Para la corrección se tienen que sumar las respuestas de los ítems. Una vez obtenido el puntaje total se procede a ubicar el mismo dentro de los baremos correspondientes.

Descripción de los materiales:

El instrumento está compuesto por 30 elementos que evalúan el Autoconcepto académico-laboral, Autoconcepto social, Autoconcepto emocional, Autoconcepto familiar y Autoconcepto físico, además se debe referir que proporciona puntuaciones de cada una de las vertientes, permitiendo una completa medida de los aspectos clave para el correcto desarrollo y bienestar de la persona. Así también, este instrumento se lo puede aplicar a niños y adultos.

Escala:

Para determinar el nivel de autoconcepto general, se empleó la siguiente escala:

Puntaje	Nivel de autoconcepto
Bajo	De 0 a 20 puntos
Medio bajo	De 21 a 40 puntos
Medio	De 41 a 60 puntos
Medio alto	De 61 a 80 puntos
Alto	81 punto o más

4.5. Procedimiento.

Las fases por las que atravesó la investigación fueron las siguientes:

Primera Fase: Revisión Bibliográfica y contactos con la población. Corriente psicológica adoptada. En esta fase se hizo una revisión, recolección y actualización del

material bibliográfico, realizando una revisión exhaustiva a toda la literatura en torno a la psicología clínica acerca de la investigación que ayudará a fundamentar el trabajo en cuestión. No se adoptó una corriente psicológica determinada, sino que el estudio asume una posición ecléctica ya que se está empleando diferentes instrumentos, que son complementarios entre sí y no contradictorios. Así mismo se estableció contacto el gimnasio Evolution Pro con la finalidad de obtener la autorización para la aplicación de la batería de test psicométricos dentro de la población.

Segunda Fase: Selección de los Instrumentos. A cada variable se asignó un instrumento que cuente con validez y confiabilidad, en consonancia con los objetivos trazados para el estudio. Los instrumentos seleccionados fueron los siguientes:

- Cuestionario Complejo de Adonis.
- Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
- Cuestionario AF-5 Autoconcepto Forma 5.

Tercera Fase: Prueba piloto.

En esta fase se efectuó la aplicación de los instrumentos seleccionados a una pequeña muestra piloto (5 casos) que tuvo como objetivo, verificar que los tests seleccionados respondían a los objetivos planteados.

Cuarta Fase: Recojo de la información. En esta fase se procedió a aplicar los diferentes instrumentos seleccionados según el orden que correspondía. Es importante mencionar que la aplicación de los instrumentos se realizó bajo la coordinación de los instructores y el dueño del gimnasio.

Quinta Fase: Procesamiento de la Información: Una vez aplicados los instrumentos, los mismos fueron corregidos e introducidos a una matriz de datos general en Excel de Office para una posterior la sistematización de la información a través de la tabulación en el programa SPSS para Windows, debido a que todos los instrumentos previstos son de naturaleza numérica. Los datos se expresaron en porcentajes, frecuencias, cruzados de variables, para su posterior análisis e interpretación.

Séptima Fase: Redacción del Informe Final. Al momento de concluir la investigación se procedió a la redacción del informe final donde se exponen de manera cuantitativa los

datos obtenidos, además de presentarse las respectivas conclusiones y recomendaciones. Es importante mencionar que el análisis y discusión de los datos estuvo en estrecha relación con la información presentada en el marco teórico.

4.6. Cronograma.

Actividad	GESTIÓN 2022					GESTIÓN 2023									
	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	
Revisión Bibliográfica	X	X	X												
Selección de los Instrumentos			X	X											
Prueba piloto						X									
Recojo de la información							X	X	X						
Procesamiento de la Información										X	X	X	X		
Redacción del Informe Final													X	X	

CAPÍTULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE

LOS RESULTADOS

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos en relación a las variables de estudio. Se evidencian los resultados de la dismorfia muscular y su relación con el riesgo de conductas alimentarias y autoconcepto que tienen los deportistas varones. Cabe mencionar que todos los datos son reflejados en frecuencias y porcentajes. En primera instancia se presentan los datos sociodemográficos, seguidos de los cuadros generales y finalmente, los cuadros de la correlación entre variables principales.

5.1. Datos sociodemográficos.

Cuadro n°1.

Edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 25 años	67	51,5
De 26 a 33 años	53	40,8
34 o más	10	7,7
Total	130	100,0

De acuerdo a la distribución de la población según la edad, se observa que el 51,5% de los deportistas tienen 18 a 25 años de edad, seguido del 40,8% que tiene 26 a 33 años y el 7,7% que tienen 34 años o más siendo los deportistas con mayor edad.

Cuadro n°2.

Tiempo que lleva en la práctica deportiva.

Tiempo en la práctica deportiva	Frecuencia	Porcentaje
1 año o menos	62	47,7
2 años	23	17,7
3 años	20	15,4
4 años o más	25	19,2
Total	130	100,0

De acuerdo al tiempo que llevan practicando esta disciplina deportiva, se observa que el 47,7% lleva 1 año o menos, el 19,2% lleva 4 años o más, el 17,7% tienen 2 años de práctica y finalmente, el 15,4% de deportistas que ya lleva 3 años en este deporte.

Cuadro n°3.

Estado civil.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	97	74,6
Concubinato	22	16,9
Casado	11	8,5
Total	130	100,0

En el presente cuadro se observa que el 74,6% de los deportistas son de estado civil soltero, seguido del 16,9% que vive en concubinato y el 8,5% que es casado.

5.2. Primer objetivo específico.

Según el primer objetivo planteado; *“Identificar el nivel de dismorfia muscular”*, se presentan los siguientes resultados:

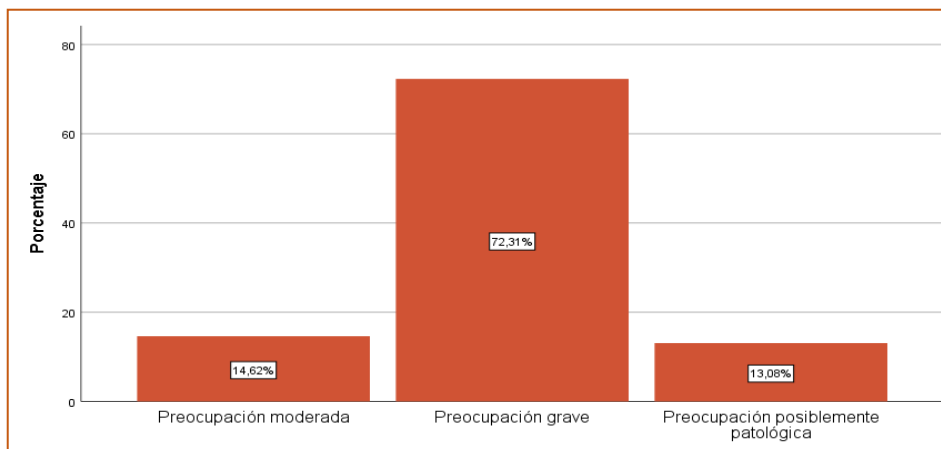
Cuadro n°4.

Dismorfia muscular.

	Frecuencia	Porcentaje
Preocupación leve	0	0,0
Preocupación moderada	19	14,6
Preocupación grave	94	72,3
Preocupación posiblemente patológica	17	13,1
Total	130	100,0

Gráfico n°1.

Dismorfia muscular.



Se hace referencia a la dismorfia muscular (DM) la misma se entiende como “un desorden emocional que se caracteriza por una obsesión enfermiza por ganar masa muscular que afecta principalmente a varones jóvenes, pero que también lo pueden sufrir las mujeres” (Pope, et al., 1993, como se citado en Gutiérrez, 2007).

Los datos sobre la dismorfia muscular refieren que el 72,3% de los varones que asisten al gimnasio presentan un nivel de preocupación grave, esto significa que son personas que tienen una intranquilidad considerable respecto a su masa muscular, a muchos de ellos, no les gusta cómo se ven actualmente y tienen la idea de seguir ganando músculo, a pesar de que varios si tienen una masa muscular de alta competencia.

Este resultado es algo desfavorable para los deportistas y para el entrenamiento deportivo que realizan también para la persona ya que esta obsesión por ganar masa muscular puede causar dificultades en diferentes ámbitos como por ejemplo, problemas laborales, ausentismo, ansiedad, grandes gastos económicos en suplementos o dificultades con la pareja. Dentro del ámbito deportivo, el deportista con una preocupación grave puede presentar problemas con sus demás compañeros, competitividad insana, mayores horas de entrenamiento, lo cual puede generar mayores dificultades como lesiones.

Haciendo referencia a este problema, González I., Fernández J., y Contreras O. (2012) refiere que la persona que presenta dicha preocupación realiza ejercicios de fuerza de

una manera compulsiva, con el objetivo de aumentar su tamaño muscular, pudiendo desarrollar una dependencia. Esta dependencia o adicción al entrenamiento de fuerza, genera en el individuo la necesidad de constatar su hipertrofia y definición muscular continuamente.

Asimismo, autores como Arbinaga, F., & Caracuel, J., (2003) indican que la insatisfacción con la imagen que uno presenta, o para ser más exactos, con la que uno se percibe e interpreta, puede hacer que el sujeto recurra a una amplia gama de actividades, como por ejemplo la realización de una actividad deportiva de forma obsesiva, no ajustada a las necesidades y posibilidades reales, etc., con una intención de solucionar un problema que, lejos de encontrar una salida, pudiera terminar presentando una mayor resistencia. De igual manera, Cañadas D. (2021) afirman que además de la realización de actividad física extrema, las personas con esta patología se obsesionan con su dieta, consumiendo grandes cantidades de proteínas e hidratos de carbono, a la par van reduciendo a cero el consumo de grasas. Muchos de ellos, se someten a sesiones de actividad física que pueden ser extenuantes, durante horas y varios días a la semana. Buscan aumentar constantemente la masa muscular y con mucha frecuencia centrándose en tronco y extremidades superiores, con lo cual dichos pacientes presentan una desproporción corporal, siendo las extremidades inferiores delgadas.

Como se expuso, la preocupación que tienen los deportistas puede llegar a ser contraproducente en todos los sentidos para la persona y su entrenamiento, vivir constantemente con este problema se puede volver insostenible para el deportista y no conseguir ganar masa muscular les puede traer muchas más dificultades y afecciones como la frustración, depresión, entre otras.

Para terminar, es importante referir que este problema es uno que cada día va creciendo dentro del ámbito del deporte y debe ser prevenido a tiempo, Arbinaga, F., & Caracuel, J., (2003) sostiene que los cánones de belleza corporal son un hecho que se remontan tiempo atrás en la historia de la humanidad. Sin embargo, es quizás hoy en día donde el culto al cuerpo cobra una nueva dimensión con relevante implicación social, económica, sanitaria etc... Tanto es así, que en este último aspecto, se llega a considerar sus consecuencias sobre el organismo como un grave problema de salud pública. De igual

manera, no es raro observar cómo se establecen unos cánones estéticos como símbolo de triunfo social, más allá de cualquier otra cualidad personal, y en muchos casos contra natural; pudiendo llevar a consecuencias graves e irreversibles para alguno de los sujetos que se ven envueltos en tales mecanismos de presión, por ello es importante que se realice la prevención necesaria.

Cuadro n°5.

Dismorfia muscular en relación a la edad y tiempo.

Dismorfia muscular		Edad			Tiempo en la práctica deportiva			Total	
		De 18 a 25 años	De 26 a 33 años	34 o más	1 año o menos	2 años	3 años		4 años o más
Preocupación leve	Fr	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Preocupación moderada	Fr	12	5	2	13	2	3	1	19
	%	17,9%	9,4%	20,0%	21,0%	8,7%	15,0%	4,0%	14,6%
Preocupación grave	Fr	47	39	8	48	16	11	19	94
	%	70,1%	73,6%	80,0%	77,4%	69,6%	55,0%	76,0%	72,3%
Preocupación posiblemente patológica	Fr	8	9	0	1	5	6	5	17
	%	11,9%	17,0%	0,0%	1,6%	21,7%	30,0%	20,0%	13,1%
Total	Fr	67	53	10	62	23	20	25	130
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los datos presentados hacen referencia a la dismorfia muscular en relación a la edad, de acuerdo a ello se observa que no hay diferencias entre los rangos de edades. Ya que el 70,1% de los asistentes que tienen 18 a 25 años, el 73,6% tienen 26 a 33 años y finalmente, el 80,0% de los que tienen 34 años o más tienden a presentar una preocupación grave, de esta manera, en todas las edades existe un nivel de preocupación que es poco favorable, ya que hay una preocupación considerable sobre su cuerpo y por ganar musculatura. Sin importar la edad, los deportistas buscan ganar músculo, esto quizá se deba a la alta competitividad que existe en el gimnasio por conseguir cada vez más masa muscular, la competitividad la tienen todos sin importar la edad.

Respecto al tiempo que llevan en este deporte, se puede ver que tampoco hay diferencias claras entre los años que llevan en el gimnasio y el nivel de dismorfia muscular, pues en todos los rangos de tiempo hay una tendencia en presentar una preocupación grave.

Los varones que están empezando pueden estar obsesionados por conseguir resultados rápidos y los demás deportistas que llevan un mayor tiempo, pueden estar presionados por la cantidad de meses o años que vienen dedicándole a la disciplina deportiva, es decir, el llevar mucho tiempo ya en esta práctica deportiva les puede obligar o presionar a que sean los hombres con mayor masa muscular dentro del gimnasio.

Cuadro n°6.

Dismorfia muscular en relación al estado civil.

Dismorfia muscular		Estado civil			Total
		Soltero	Concubinato	Casado	
Preocupación leve	Fr	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0
Preocupación moderada	Fr	15	3	1	19
	%	15,5%	13,6%	9,1%	14,6%
Preocupación grave	Fr	67	18	9	94
	%	69,1%	81,8%	81,8%	72,3%
Preocupación posiblemente patológica	Fr	15	1	1	17
	%	15,5%	4,5%	9,1%	13,1%
Total	Fr	97	22	11	130
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De acuerdo al estado civil se observa que el 69,1% de los deportistas solteros presentan una preocupación grave, además del 81,8% de los que viven en concubinato y el 81,8% de los casados. De esta manera, hay una mayor tendencia a presentar una preocupación grave, no obstante analizando el cuadro a detalle, se observa que hay un 15,5% de los que están solteros que presenta posiblemente una preocupación patológica, lo cual es un indicador altamente negativo.

Los deportistas que están solteros pueden presentar mayor preocupación por su masa muscular debido a que no cuenta con un apoyo afectivo constante como los demás, no cuentan con una pareja, también esta situación, puede hacer que los varones solteros al no tener una pareja, le dediquen mayor tiempo al entrenamiento y a las dietas extremas, haciendo que su obsesión por ganar musculo siga creciendo y aumentando cada día más.

Para terminar, hay que referir que la dismorfia muscular como toda afección, suele afectar aún más cuando la persona se encuentra en una situación poco favorable, muchos

de los varones deportistas viven solos, no cuentan con una familia o una pareja que pueda ayudarles a sobrellevar estas dificultades sobre su cuerpo.

5.3. Segundo objetivo específico.

Según el objetivo específico *“Establecer el nivel de riesgo de la conducta alimentaria”*, se encontraron los siguientes datos:

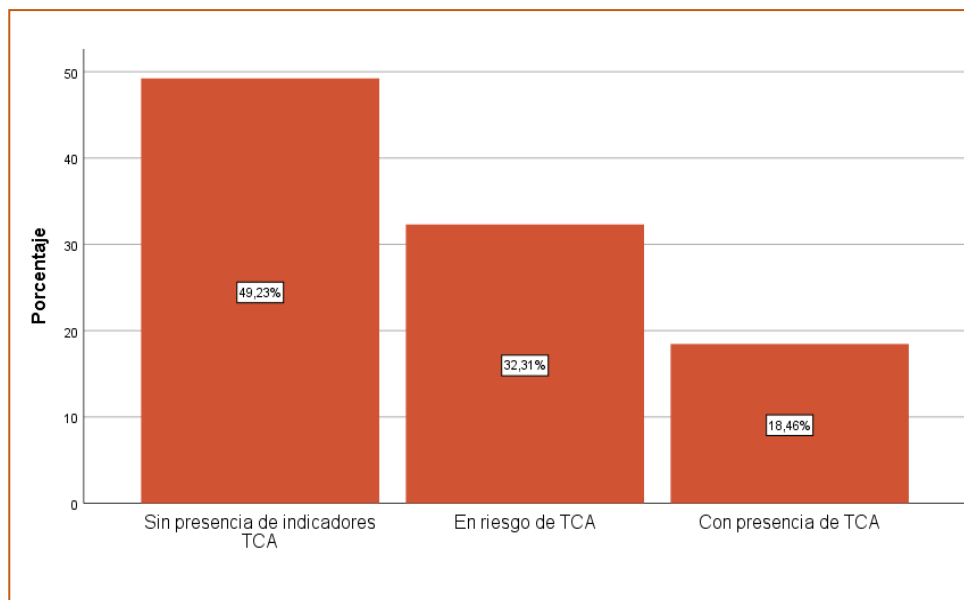
Cuadro n°7.

Riesgo de la conducta alimentaria.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin presencia de indicadores TCA	64	49,2
En riesgo de TCA	42	32,3
Con presencia de TCA	24	18,5
Total	130	100,0

Gráfico n°2.

Riesgo de la conducta alimentaria.



En relación al riesgo de conductas alimentarias, una variable que hay que definirla como *“comportamientos alimentarios anormales y preocupación por la comida referidos al peso y la figura corporal, se ve frecuentemente en adolescentes mujeres y varones, que por seguir tratamientos para perder peso practican atracones de comida, entre otras actividades de pérdida de peso suelen ser diagnosticados como Bulimia Nerviosa o Anorexia Nerviosa”* (Garner, 1980, como se citó en Mejía, 2017, p. 23).

Se encontró de acuerdo al dato más alto, que el 49,2% de los deportistas que asisten al gimnasio no presentan indicadores de riesgo de conducta alimentaria, es decir, son personas que no presentan alguna alteración en su conducta respecto a la ingesta de la comida. Este dato refleja algo positivo ya que la mayoría de los deportistas entonces llevan una vida correcta respecto al consumo y la alimentación, esto llega a influir positivamente en el rendimiento deportivo y en la vida en general de la persona.

Por su parte, cabe mencionar al 32,3% que se encuentra en riesgo y el 18,5% de deportistas que puede tener presencia de TCA, lo cual es un indicador altamente negativo, ya que serían alrededor de 24 deportistas que presenten graves dificultades y alteraciones en sus comportamientos a la hora de comer. Es cierto que se necesita de un abordaje más profundo para poder diagnosticar este trastorno, sin embargo este dato encontrado debe llamar la atención y por esto es de mucha importancia para la presente investigación.

Las consecuencias de esta afección son grandes, de acuerdo a Laso S. (2020) una consecuencia grave es la mala nutrición, lo que puede provocar bradicardia, hipotensión, además de, piel seca, temperatura baja y deshidratación también, disminución de los niveles de potasio, afecciones respiratorias, alteraciones neuropsicológicas. También puede presentar estreñimiento, náuseas, vómitos, inapetencia, lesiones en la dentadura, hipertrofia en las glándulas parótidas, dolor bucal, hipercolesterolemia, piel amarilla por hipercarotinemia, complicaciones renales, anemia, pérdida de la menstruación, infertilidad y la muerte. En conclusión, una prevención adecuada en problemas alimentarios, ya sea en el deporte o no, consiste en obtener una información suficiente y adecuada del problema, los factores que influyen y el riesgo que conlleva.

De igual manera, es importante referir que este problema se encuentra relacionado a ciertas disciplinas deportivas, tal como refiere Márquez, S., (2008) este tipo de afecciones se presentan con relativa frecuencia en deportes en los que es importante el control del peso corporal, manifestándose una imagen corporal distorsionada en la que el cuerpo es percibido con un exceso de peso, ineficiencia, perfeccionismo y un sentido de pérdida de control, con un mecanismo compensatorio ejercido a través de la manipulación de la comida y la utilización de métodos inadecuados de control del peso. Además, refiere que pueden aparecer problemas cardiovasculares, una mayor incidencia de fracturas y pérdidas de potencia muscular y resistencia que repercuten negativamente sobre el rendimiento. Además este autor indica que su tratamiento requiere un abordaje multidisciplinar, con participación de médicos, psicólogos/psiquiatras, nutricionistas, entrenador y familia del deportista, siendo especialmente importantes las medidas preventivas.

Estos problemas sobre la conducta alimentaria, son comunes dentro del mundo del fitness, ya que es una disciplina en donde las dietas y la imagen corporal juegan un papel importante, sobre esto Darino L., (2020) refiere que el mantener una dieta adecuada tiene un papel fundamental para el rendimiento del deportista, para el logro de un buen desempeño. También sostiene que se torna un inconveniente cuando los hábitos alimenticios generan algún tipo de riesgo asociado con la aparición del desarrollo de algún trastorno de conducta alimentaria. Esto puede ocurrir debido a las exigencias del peso y medidas. En la mayoría de los casos que aparecen alteraciones de la conducta alimentaria, en la práctica de fisicoculturismo, es debido a que el deportista mantiene una imagen corporal insatisfecha y percibe su imagen como errónea.

Por su parte, López I., (2017) infiere que en el fisicoculturista se presentan conductas alimentarias de riesgo especialmente cuando el deportista se está preparando frente a una competición y eso algo que se ve de manera frecuente. Siendo varios los aspectos que pueden ser los responsables, dietas restrictivas y desequilibradas y consumo de anorexígenos como las metanfetaminas o el alcohol. Para terminar, cabe referir que como ha sido mencionado anteriormente la importancia de contar con asesoramientos de profesionales especialistas en nutrición, psicólogos para la salud mental. Aclarando que los trastornos de conducta alimentaria son una patología psiquiátrica que de no ser

tratada puede traer consecuencias negativas en los deportistas en diferentes ámbitos de su vida y en el peor de los casos puede llevar a la muerte, por ende es necesario que en los gimnasios de la ciudad de Tarija, se puedan tomar en cuenta estos aspectos.

Cuadro n°8.

Riesgo de la conducta alimentaria en relación a la edad y tiempo.

Riesgo de conducta alimentaria		Edad			Tiempo en la práctica deportiva				Total
		18 a 25 años	26 a 33 años	34 o más	1 año o menos	2 años	3 años	4 años o más	
Sin presencia de indicadores TCA	Fr	35	22	7	36	8	7	13	64
	%	52,2%	41,5%	70,0%	58,1%	34,8%	35,0%	52,0%	49,2%
En riesgo de TCA	Fr	16	23	3	12	12	7	11	42
	%	23,9%	43,4%	30,0%	19,4%	52,2%	35,0%	44,0%	32,3%
Con presencia de TCA	Fr	16	8	0	14	3	6	1	24
	%	23,9%	15,1%	0,0%	22,6%	13,0%	30,0%	4,0%	18,5%
Total	Fr	67	53	10	62	23	20	25	130
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los resultados del riesgo de conducta alimentaria en relación a la edad refieren que el 52,2% de los varones que tienen de 18 a 25 años a la vez no presentan indicadores de TCA, al igual que el 70,0% de los que tienen 34 años o más. La diferencia se puede ver en los deportistas que tienen 26 a 33 años quienes presentan una tendencia a estar en riesgo de conducta alimentaria.

Los datos encontrados indican que los deportistas que se encuentran en una mediana edad, es decir de 26 a 33 años son los que presentan un mayor riesgo, esto puede ser efecto de otros factores externos e individuales como la mayor presión social que se tiene en esa edad, frustraciones, estrés, ansiedad, etc., todo esto puede potenciar a que los deportistas en esta edad presentan algunas conductas poco favorables respecto a la ingesta de la comida. De todas maneras, es una variable que no muestra una relación clara con el riesgo de conducta alimentaria.

De igual manera, haciendo referencia al tiempo que llevan en la práctica deportiva se puede ver que el 58,1% de los que tienen 1 año o menos en el gimnasio no tienen presencia de indicadores de TCA, lo mismo ocurre con el 52,0% de los que tienen 4 años o más en esta práctica deportiva. Los que sí tienen riesgo de TCA son los que

tienen 2 y 3 años respectivamente. De manera general, no se observa una relación clara entre el riesgo de conductas alimentarias y el tiempo que llevan los varones en la práctica deportiva del fitness.

Cuadro n°9.

Riesgo de la conducta alimentaria en relación al estado civil.

Riesgo de conducta alimentaria		Estado civil			Total
		Soltero	Concubinato	Casado	
Sin presencia de indicadores TCA	Fr	51	9	4	64
	%	52,6%	40,9%	36,4%	49,2%
En riesgo de TCA	Fr	28	8	6	42
	%	28,9%	36,4%	54,5%	32,3%
Con presencia de TCA	Fr	18	5	1	24
	%	18,6%	22,7%	9,1%	18,5%
Total	Fr	97	22	11	130
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los resultados del riesgo de conducta alimentaria y el estado civil, indican que el 52,6% de los deportistas que son solteros no tienen presencia de indicadores de TCA, lo mismo ocurre con el 40,9% de los deportistas que se encuentran en una relación pero de concubinato. La diferencia se la puede ver en el 54,5% de los varones que se encuentran casados y que a la vez son los que se encuentran en riesgo de TCA, denotando que ya presentan algunas alteraciones en la conducta alimentaria.

Este resultado se puede deber al entorno exigente desde lo físico en el que se encuentran estos hombres, es decir, cuentan con una pareja, muchos de ellos tienen hijos, no obstante siguen dándole mayor atención a las horas de gimnasio y a la competitividad, lo cual les puede inducir a hacer dietas extremas, poco saludables y a tomar conductas alimentarias que no son positivas para su salud.

De acuerdo a Ortiz J. (2020) refiere que en cualquier etapa de la vida puede haber riesgos de conducta alimentaria, estos riesgos son, por ejemplo: realizar dietas sin supervisión profesional, exponer el cuerpo de forma continuada buscando la perfección, utilizar las redes sociales en apología al TCA, no hablar de los problemas emocionales o relacionales, dar por normales conductas impulsivas o mantener unos hábitos poco saludables de descanso, alimentación y ejercicio físico. Lo cual pueden llegar a ser

conductas que los hombres a pesar de estar casados siguen manteniendo en su cotidianidad, además todo esto puede afectar hasta la vida en pareja.

5.4. Tercer objetivo específico.

De acuerdo al tercer objetivo específico *“Describir el nivel de autoconcepto”*, se presentan los siguientes resultados:

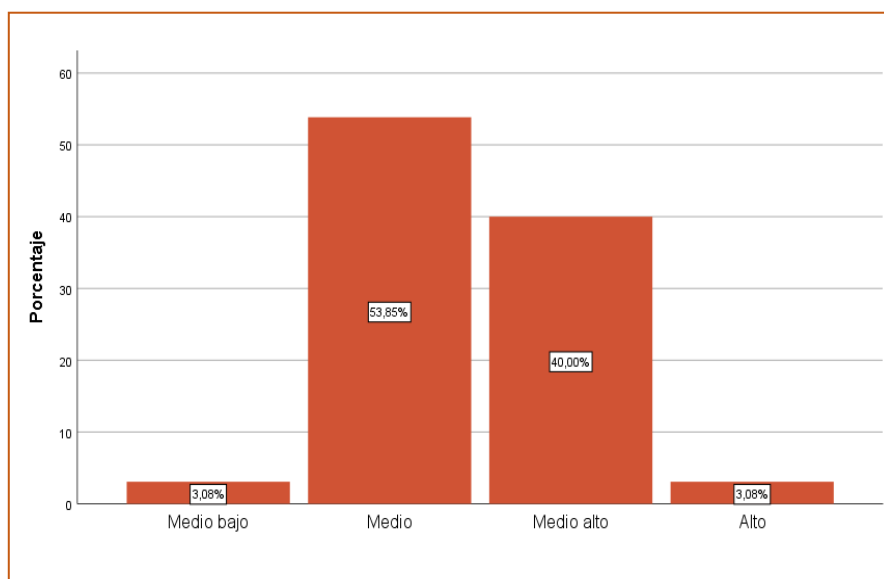
Cuadro n°10.

Nivel de autoconcepto general.

Nivel general			Académico		Social		Emocional		Familiar		Físico	
Nivel	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	3,8	3	2,3	0	0,0
Medio bajo	4	3,1	13	10,0	8	6,2	48	36,9	13	10,0	8	6,2
Medio	70	53,8	30	23,1	61	46,9	53	40,8	55	42,3	53	40,8
Medio alto	52	40,0	55	42,3	43	33,1	19	14,6	34	26,2	52	40,0
Alto	4	3,1	32	24,6	18	13,8	5	3,8	25	19,2	17	13,1
Total	130	100,0	130	100	130	100	130	100	130	100	130	100

Gráfico n°3.

Nivel de autoconcepto general.



Los resultados que se muestran a continuación son referidos al autoconcepto, mismo que es definido como “el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual; es la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto” (Rosenberg, 1979, citado en García F. & Musitu G., 2014).

En función a los datos más significativos, se puede ver que el 53,8% de los deportistas presentan un nivel de autoconcepto medio, esto quiere decir, que son hombres que tienen pensamientos y sentimientos positivos respecto a sí mismos, valoran sus habilidades y reconocen sus debilidades, aunque en algunas oportunidades este autoconcepto puede bajar, denotado de esta manera, un nivel de autoconcepto no estable. Además a ello, hay que sumarle, el 40,0% que presenta un nivel medio alto de autoconcepto, mostrando una tendencia favorable, ya que nos indica que son varios los deportistas que tienen una buena percepción de sí mismo, lo cual resulta fundamental no solo para la práctica deportiva, sino que para la vida en general.

Hay que recordar que contar con buen autoconcepto, puede ayudar al desarrollo psicosocial y al cumplimiento de los objetivos que se proponga el individuo. De acuerdo a Couñago A. (2019) la consideración que se tiene de uno mismo va a marcar el desarrollo a lo largo de la vida. Por ello, todo el mundo debería intentar crear un autoconcepto positivo y sano. Así mismo, el autoconcepto influye en el modo cómo una persona se percibe y valora a sí misma y a su entorno próximo. Por tanto, quien no logra aceptarse, difícilmente aceptará a los demás. En definitiva, el autoconcepto está muy presente en el día a día, en la cotidianidad, en cada acción y decisión que se toma.

El autoconcepto, como se había explicado, ayuda a la vida en general de la persona, no obstante si se lo lleva a la práctica deportiva, los efectos de contar con un buen autoconcepto se potencian. Rosa A. (2015) refiere que el autoconcepto es un indicador de salud mental. La práctica física habitual realizada de manera adecuada es una de las mejores herramientas hoy disponibles para la mejora de la salud mental. Una construcción equilibrada del autoconcepto es fundamental para el desarrollo equilibrado de la personalidad en individuos de cualquier edad. Además, indica que la práctica física habitual realizada de una manera adecuada es una de las herramientas que pueden

favorecer este proceso. Así mismo, la mejora del estado de condición física se muestra como un indicador relevante de bienestar mental.

Para terminar, es necesario mencionar a los resultados de las dimensiones del autoconcepto, en las cuales se puede ver que los deportistas que asisten a los gimnasios tienen mejores niveles de autoconcepto en el área académica, es decir, tienen una buena percepción e ideas sobre ellos mismos relacionado a sus estudios y el ámbito académico en general. También se observa que presentan puntajes bajos en la dimensión emocional, denotando que varios de ellos tienen dificultades respecto a sus emociones y la correcta gestión de las mismas.

Cuadro n°11.

Nivel de autoconcepto en relación a la edad y tiempo.

Nivel de autoconcepto		Edad			Tiempo en la práctica deportiva				Total
		18 a 25 años	26 a 33 años	34 o más	1 año o menos	2 años	3 años	4 años o más	
Bajo	Fr	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medio bajo	Fr	3	1	0	2	0	1	1	4
	%	4,5%	1,9%	0,0%	3,2%	0,0%	5,0%	4,0%	3,1%
Medio	Fr	37	28	5	29	17	11	13	70
	%	55,2%	52,8%	50,0%	46,8%	73,9%	55,0%	52,0%	53,8%
Medio alto	Fr	25	22	5	29	6	7	10	52
	%	37,3%	41,5%	50,0%	46,8%	26,1%	35,0%	40,0%	40,0%
Alto	Fr	2	2	0	2	0	1	1	4
	%	3,0%	3,8%	0,0%	3,2%	0,0%	5,0%	4,0%	3,1%
Total	Fr	67	53	10	62	23	20	25	130
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0%

El nivel de autoconcepto en la presente investigación fue relacionado con la edad que tienen los deportistas y el tiempo que llevan en la práctica deportiva. De acuerdo a ello, se muestran los siguientes datos:

Tomando en cuenta a la edad que tienen los deportistas se evidencia que el 55,2% de los que tienen 18 a 25 años a la vez presentan un nivel medio de autoconcepto, al igual que en las otras edades, sin embargo se pueden notar algunas diferencias, ya que el 50,0% de los que tienen 34 años o más también tienden a presentar un nivel medio alto.

De esta manera, se puede ver que los deportistas que tienen 34 años o más tienden a presentar mejores niveles que los que tienen menos edad. Estos resultados se pueden explicar con los efectos madurativos y de experiencia que tienen los deportistas con más edad, ya que ellos se encuentran en la adultez plena, muchos ya tienen un trabajo y una pareja estable, haciendo que la percepción que tienen de sí mismo tienda a mejorar.

Por otra parte, analizando el nivel de autoconcepto en relación al tiempo que llevan en la práctica deportiva, se observa que el 73,9% de los que tienen 2 años, el 55,0% de los que tienen 3 años y el 52,0% de los que tienen 4 años o más a la vez tienden a presentar niveles medios de autoconcepto. No obstante la diferencia se la puede encontrar con el 46,8% de los que solo llevan un año o menos en la práctica deportiva quienes a la vez tienden a presentar un nivel que va desde medio a medio alto, denotado mejores niveles de autoconcepto que sus compañeros que llevan un mayor tiempo en esta disciplina.

Estos resultados pueden pensarse como contradictorios, ya que se tiene la idea de que con el paso del tiempo su autoconcepto debería de mejorar en el gimnasio, no obstante en la presente investigación los resultados encontrados se deban a que los deportistas que llevan relativamente poco tiempo en la práctica deportiva tienen buenos niveles de autoconcepto ya que se encuentran motivados por los resultados que posiblemente estar obteniendo, además aquí quizá influyan otros factores como la edad, la genética, etc., que obteniendo ayuda a que en poco tiempo consigan resultados más rápido y por ende tengan una buena percepción de sí mismos, de sus habilidades y potencialidades. A comparación de otros deportistas que llevan periodos más largos en la práctica deportiva del fitness.

Cuadro n°12

Nivel de autoconcepto en relación al estado civil

Nivel de autoconcepto		Estado civil			Total
		Soltero	Concubinatos	Casado	
Bajo	Fr	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0
Medio bajo	Fr	4	0	0	4
	%	4,1%	0,0%	0,0%	3,1%
Medio	Fr	52	12	6	70
	%	53,6%	54,5%	54,5%	53,8%
Medio alto	Fr	39	8	5	52
	%	40,2%	36,4%	45,5%	40,0%
Alto	Fr	2	2	0	4
	%	2,1%	9,1%	0,0%	3,1%
Total	Fr	97	22	11	130
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De acuerdo al nivel general de autoconcepto en relación al estado civil, se pudo encontrar que el 53,6% de los deportistas son solteros, el 54,5% se encuentran en una relación de concubinatos y el 54,5% de aquellos deportistas son casados tienden a presentar un nivel medio de autoconcepto, denotando que entre ambas variables no hay una relación clara.

Estos resultados pueden deberse a que tanto los hombres que se encuentran solteros y aquellos que están en una relación, tienen refuerzos positivos del entorno para que su autoconcepto no sea negativo, es decir, los solteros posiblemente tengan más experiencias y libertades que pueden potenciar su autoconcepto, como por ejemplo, conocer gente o parejas nuevas, muchos siguen estudiando como así también algunos ya ejercen con satisfacción alguna carrera profesional. Por su parte, los casados o los que se encuentran en relación de concubinatos, ya cuentan con un apoyo adicional lo que se convierte en un factor de protección en muchas ocasiones, estamos hablando de la pareja y como de los hijos. Cuando este factor familiar es positivo puede ayudar a que el hombre mantenga un correcto nivel de autoconcepto, no una percepción perfecta de sí mismo, pero sí una asimilación correcta de las habilidades y defectos que tiene.

5.5. Cuarto objetivo específico.

Considerando al cuarto objetivo específico *“Analizar la relación entre la dismorfia muscular con el riesgo de la conducta alimentaria y el nivel de autoconcepto”*, se presentan los siguientes resultados:

Cuadro n°13.

Correlación entre dismorfia muscular y el riesgo de conducta alimentaria.

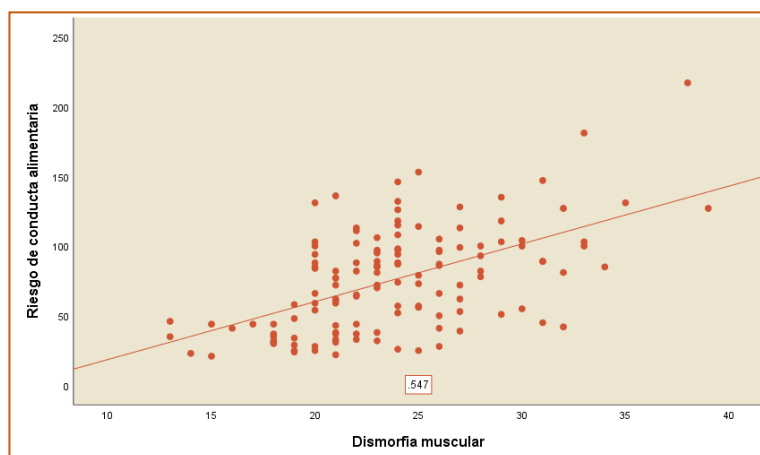
Riesgo de conducta alimentaria		Dismorfia muscular			Total
		Preocupación moderada	Preocupación grave	Preocupación posiblemente patológica	
Sin presencia de indicadores TCA	Fr	19	42	3	64
	%	100,0%	44,7%	17,6%	49,2%
En riesgo de TCA	Fr	0	34	8	42
	%	0,0%	36,2%	47,1%	32,3%
Con presencia de TCA	Fr	0	18	6	24
	%	0,0%	19,1%	35,3%	18,5%
Total	Fr	19	94	17	130
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

		Dismorfia muscular	Riesgo de conductas alimentarias
Dismorfia muscular	Correlación de Pearson	1	,547**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	130	130
Riesgo de conductas alimentarias	Correlación de Pearson	,547**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	130	130

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

Gráfico n°4

Diagrama de dispersión dismorfia muscular y el riesgo de conducta alimentaria



De acuerdo a los resultados encontrados en los cuadros, se puede ver que el 100,0% de los que presentan una preocupación moderada y el 44,7% de los que tiene una preocupación grave tienden a no tener indicadores de TCA, es decir, trastorno de conducta alimentaria. Ahora bien, de la misma manera se observa que los deportistas que tienen una preocupación posiblemente patológica respecto a su cuerpo, a la vez presentan riesgo de TCA. De esta manera observamos que la preocupación va aumentando al igual que el riesgo de TCA.

Haciendo énfasis en el cuadro de la correlación de Pearson, se puede ver la misma situación ya que el índice de correlación es de **(,547)**, lo cual quiere decir que entre la dismorfia muscular y el riesgo de conducta alimentaria hay una correlación positiva media, es decir, a mayor preocupación o dismorfia muscular, mayor será el riesgo de conductas alimentarias.

Como se ha expuesto en cuadros anteriores, la dismorfia muscular es caracterizada por una preocupación excesiva respecto al cuerpo y ganar cada vez más músculo. Todo esto nos puede ayudar a entender la relación que tiene con las conductas alimentarias.

Es importante mencionar que un deportista que tiene vigorexia o dismorfia muscular, por lo general, puede hacer un sinnúmero de acciones para poder conseguir ganar músculo y verse más grande, entre ellas podemos ver dietas extremas y cambios negativos en relación a las conductas alimentarias, por ejemplo; algunos dejan de comer por semanas y en algunas situaciones puede inducirse el vómito. De acuerdo a Muñoz R. (2020) aunque la dismorfia muscular no es un Trastorno de Conducta Alimentaria, la mayoría de las investigaciones han encontrado la realización de dietas con alto contenido proteínico y consumo mínimo de grasa. Otras conductas regulares o típicas son la rigidez en los horarios de alimentación y el uso de suplementos y esteroides en personas que presentan vigorexia. Además menciona que la obsesión por la calidad o la comida saludable, conocido por ortorexia, también puede estar presente en hombres con dismorfia muscular.

La preocupación insostenible por tener un cuerpo musculoso o visiblemente más grande, puede generar conductas que poco y nada favorecen a la salud de los propios deportistas, como se ha visto, la presencia de riesgo de conductas alimentarias es una de ellas, por

ello, es importante que se haga el abordaje sobre este tipo de variables que en muchas ocasiones puede llegar a ser considerada como algo normal dentro del mundo del fitness.

Cuadro n°14

Correlación Dismorfia muscular y el nivel de autoconcepto

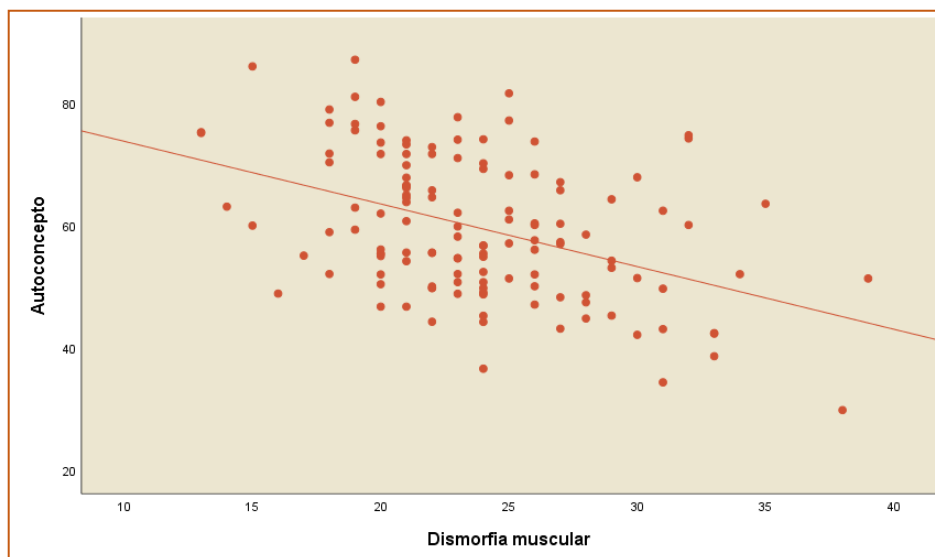
Nivel de autoconcepto		Dismorfia muscular			Total
		Preocupación moderada	Preocupación grave	Preocupación posiblemente patológica	
Bajo	Fr	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0
Medio bajo	Fr	0	1	3	4
	%	0,0%	1,1%	17,6%	3,1%
Medio	Fr	6	55	9	70
	%	31,6%	58,5%	52,9%	53,8%
Medio alto	Fr	10	37	5	52
	%	52,6%	39,4%	29,4%	40,0%
Alto	Fr	3	1	0	4
	%	15,8%	1,1%	0,0%	3,1%
Total	Fr	19	94	17	130
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

		Dismorfia muscular	Autoconcepto
Dismorfia muscular	Correlación de Pearson	1	-,427**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	130	130
Autoconcepto	Correlación de Pearson	-,427**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	130	130

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

Gráfico n°5

Diagrama de dispersión dismorfia muscular y autoconcepto



La dismorfia muscular y la relación con el autoconcepto cuyos resultados se encuentran en los cuadros mostrados. Estos datos refieren que el 58,5% de los deportistas que tienen una preocupación grave y el 52,9% de los que tienen una preocupación posiblemente patológica a la vez muestran una tendencia a presentar un nivel medio de autoconcepto, el cual no es un nivel negativo, pero que algunas veces puede llegar a disminuir, siendo algo irregular.

Por su parte, también se observa que el 52,6% de los deportistas que tienen una preocupación moderada, a su vez presentan un nivel de autoconcepto medio alto. Se observa entonces, que mientras el grado de preocupación aumenta, el nivel de autoconcepto baja.

Estos resultados se refuerzan con el cuadro de Pearson, ya que se obtuvo un índice de correlación de (-,427) esto quiere decir, que entre la dismorfia muscular y el nivel de autoconcepto existe una correlación negativa media. Esta correlación negativa, refiere que a mayor preocupación por el cuerpo, menor será el nivel de autoconcepto que presente el deportista.

Este resultado puede deberse a que los deportistas que tienen mayor preocupación por su masa muscular, por lo general, no tienen una buena percepción respecto a sí mismos, de esta manera buscan constantemente seguir aumentando su musculatura, es por ello que entre ambas variables hay una relación. De acuerdo a Martínez (2014) el culto al cuerpo tiende a la objetivación del ser humano y el querer calzar en un estándar al cual debe ingresar. Los aspectos relacionados a la vigorexia evidencian una obsesión por el desarrollo de masa muscular, que se ve potenciada por la percepción subjetiva del sujeto, de verse débil, con lo cual se infiere si esa debilidad tiende a una base emocional, relacional, familiar o contextual, en donde se evoca constantemente un pobre autoconcepto. Hay investigaciones que muestran que existe un bajo autoconcepto en las personas con dismorfia muscular, que pueden venir dados por relaciones emocionales o sociales que han ido en detrimento del individuo.

Para terminar, como se ha visto en los cuadros de correlación, los deportistas pueden verse débiles, ya tienen ese concepto sobre ellos mismos y eso puede ayudar a potenciar aún más esa preocupación por ganar musculatura y verse más grandes que los demás.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

De acuerdo a los objetivos específicos planteados se presentan las siguientes conclusiones:

- En relación a la **DISMORFIA MUSCULAR** la mayoría de los varones que asisten al gimnasio presentan un nivel de preocupación grave, esto significa que son personas que presentan una intranquilidad considerable respecto a su masa muscular, así mismo, a muchos de ellos, no les gusta cómo se ven actualmente y tienen la idea de seguir ganando músculo, a pesar de que varios ya cuentan con una masa muscular competitiva. De acuerdo a estos resultados, la hipótesis planteada se CONFIRMA.
- Por otra parte, respecto al **RIESGO DE CONDUCTA ALIMENTARIA**, los deportistas que asisten al gimnasio no presentan indicadores de riesgo de conducta alimentaria, es decir, son personas que no presentan alguna alteración con respecto a la ingesta de la comida. Este dato refleja algo positivo ya que la mayoría de los deportistas entonces llevan una vida correcta respecto a la alimentación. No obstante es importante mencionar que se encontraron puntajes bajos pero que resultan significativos, que refieren que algunos deportistas sí se encuentran en riesgo y con presencia de TCA. Según los datos encontrados la hipótesis planteada en una etapa previa se RECHAZA.
- De igual manera, sobre el **AUTOCONCEPTO** se observa que la mayoría tiene un nivel medio, esto quiere decir, que son hombres con pensamientos y sentimientos positivos respecto a sí mismos, valoran sus habilidades y reconocen sus debilidades, aunque en algunas oportunidades este autoconcepto puede bajar, denotando de esta manera un nivel de autoconcepto no estable. Considerando los resultados encontrados, la hipótesis se CONFIRMA.
- En relación al cuarto objetivo específico, se acierta que entre la dismorfia muscular y el riesgo de conducta alimentaria hay un índice de correlación de **(0,547)**, lo cual quiere decir que existe una correlación positiva media, es decir, a mayor preocupación o dismorfia muscular, mayor será el riesgo de conductas alimentarias. Por su lado, entre la dismorfia muscular y el nivel de autoconcepto se observa un

índice de correlación de $-0,427$ representando una correlación negativa media esto quiere decir, que a mayor preocupación por el cuerpo, menor será el nivel de autoconcepto que presente el deportista. Ambas correlación fueron significativas por ende la hipótesis se CONFIRMA.

6.2. Recomendaciones

En función a los resultados encontrados y con el objetivo de prevenir la problemática, se formulan las siguientes recomendaciones:

A las autoridades

- Las autoridades relacionadas al deporte cumplen un misión importante y, considerando el alcance que tienen, se les recomienda replantear las políticas de prevención e intervención haciendo énfasis en la salud mental de los deportistas, no solo de la disciplina fitness, sino en todas.
- Se recomienda gestionar programas de intervención que puedan ser realizados con los deportistas de esta disciplina, para que los cuales puedan tener mayor conocimiento sobre la dismorfia muscular y otras afecciones que se encuentran relacionadas con la práctica deportiva

A los propietarios de gimnasios

- Como propietarios de estos centros, se les recomienda generar mayores espacios de socialización sobre este tipo de problemáticas que pueden afectar a los deportistas de sus centros. Así mismo, se sugiere la conformación de asociaciones estructuradas para obtener diversos beneficios y políticas públicas que brinda la alcaldía del municipio y puedan llegar a los deportistas.
- Considerando la importancia de la salud mental en la práctica de estas disciplinas, se recomienda la contratación de un profesional en psicología que ayude a prevenir y tratar este tipo de afecciones en los deportistas.

A los deportistas

- Se recomienda cuidar su salud mental, evitando rutinas exigentes o dietas extremas que pueden ocasionar otro tipo de problemas. Mantener la práctica deportiva dentro

de un límite saludable es fundamental, ya que la práctica deportiva debe de ser una fuente de satisfacción y bienestar, no así una fuente de mayores problemas.

A futuros investigadores

- Considerando que la investigación cualitativa permite un abordaje profundo sobre los datos, a futuros investigadores se recomienda utilizar este método, ya que con el uso de técnicas como la observación y la entrevista, se puede obtener datos detallados sobre la dismorfia muscular y su relación con otras variables psicológicas.
- Se recomienda la realización de futuros trabajos de investigación que tomen en cuenta otras variables en relación a la dismorfia muscular. Estas pueden ser la autoestima, funcionamiento familiar, depresión o traumas infantiles.