

Algunos aspectos de interés sobre la vigorexia

Some aspects of interest on vigorexia

José Hernández Rodríguez; Manuel Emiliano Licea Puig

Instituto Nacional de Endocrinología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

RESUMEN

Introducción: la actividad física tiene beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales, y puede contribuir a la prevención y al control de muchas enfermedades, aunque el exceso de ejercicio físico se puede convertir en un problema que afecta la vida de las personas. En ese contexto se describe a la vigorexia como una condición que puede afectar la salud en diversos aspectos.

Objetivo: describir algunos aspectos de interés sobre la vigorexia, que ponen de manifiesto su importancia en el contexto de la atención que prestan los médicos y enfermeras de la familia en nuestras áreas de salud.

Métodos: revisión de varios artículos publicados sobre vigorexia, a través de algunas bases de datos y de los buscadores habituales (PubMed, Cochrane, Google, entre otros) teniendo en cuenta la calidad y actualidad de los mismos.

Conclusiones: la vigorexia puede constituir una psicopatología de importancia en el contexto de la atención que prestan los médicos y enfermeras de la familia en nuestras áreas de salud.

Palabras clave: vigorexia; ejercicio físico; actividad física; modelos publicitarios; psicopatología.

ABSTRACT

Introduction: Physical activity has physiological, psychological and social benefits and contributes to the prevention and control of many diseases, but excessive exercise can become a problem that affects the lives of people. In this context, it is described vigorexia as a condition that can affect health in various ways.

Objective: To describe some aspects of interest about vigorexia, and its importance in the context of care provided by doctors and nurses of family in our health´s areas.

Methods: review of several articles published on vigorexia, through some databases and the usual search engines (PubMed, Cochrane, Google, among others) taking into account the quality and timeliness of the same.

Conclusions: Vigorexia can be an important psychopathology in the context of care provided by doctors and nurses of family in our health´s areas, on which actions must be taken to avoid unwished consequences.

Keywords: vigorexia; physical exercise; physical activity; advertising models; psychopathology.

INTRODUCCIÓN

La inactividad física está relacionada con diferentes trastornos que son causa de morbilidad y mortalidad, fundamentalmente en los países desarrollados. La relación entre el nivel de actividad física y el riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria ha sido uno de los aspectos más estudiados, a lo que se suma el hecho de que el sedentarismo se asocia al desarrollo de uno de los problemas de salud más importantes de la sociedad moderna, la obesidad (Ob).¹⁻³ Esta, a su vez, constituye la base para el desarrollo de varias comorbilidades de interés sanitario como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la dislipidemia (DLP) y el síndrome metabólico (SM),^{2,4,5} entre otras situaciones capaces de romper el frágil equilibrio del binomio salud-enfermedad.

Algunas investigaciones aportan información sobre el impacto del sedentarismo sobre la salud del ser humano. Basta decir que es la causa principal de aproximadamente el 25 % del cáncer de colon y mama; 27 % de los casos de DM2, 30 % de los pacientes con enfermedad coronaria y se sitúa como la cuarta causa de mortalidad mundial.⁶

No caben dudas de que la actividad física (AF) tiene beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales, y puede contribuir a la prevención y al control de muchas enfermedades. Uno de los principales motivos para iniciarse en la práctica de ejercicio físico (EF) es mantener la salud y obtener una buena forma física, aunque para realizar una práctica deportiva segura, saludable y efectiva es recomendable un examen de salud previo.^{3,7} En esto radica la importancia de desarrollar políticas públicas y estrategias efectivas encaminadas a la promoción de la AF y a la prevención de los estilos de vida sedentarios, lo cual debe constituir una prioridad⁸ de la sociedad.

Sin embargo, el exceso de EF se puede convertir en un problema que afecta la vida de las personas y su orientación debe ser parte de la formación humana, especialmente de los profesores de educación física y profesionales vinculados al área de la salud, pues se señala que la adherencia a la práctica de actividades relacionadas con el entrenamiento y ejercicio, podría ser un precipitante hacia la vigorexia⁹ (Vg), la cual constituye un trastorno mental por insatisfacción de la imagen corporal debido a la subestimación de la forma y el tamaño de cuerpo, como consecuencia de la distorsión en la imagen del cuerpo experimentada por los afectados.¹⁰

En el desarrollo de la Vg pueden influir los modelos estéticos instaurados por la publicidad y los medios de comunicación, los cuales han provocado una serie de consecuencias, entre las que se destacan el interés excesivo por la realización de AF; recordar que la utilización estereotipada y objetada de la imagen atrae la atención e interés de los sujetos, dando pie a la concepción de los primeros indicios de Vg.^{11,12}

No es de extrañar que el origen del culto al cuerpo se manifieste más en el hombre; la fuerza, el vigor y el desarrollo muscular parecen valores que se han vinculado siempre culturalmente al género masculino y aunque las sociedades hayan evolucionado y conseguido una mayor igualdad de género, este estereotipo masculino tiene vigencia en nuestros días.^{12,13}

*Valdés y cols.*¹¹ -citando a Baile, 2005; Fanjul, 2007; 2008; 2010; 2011; Rodríguez, 2007- señala que la creciente preocupación por la apariencia física en la comunidad, unido a la creencia de los beneficios que reportan tener un "cuerpo perfecto", es lo que provoca nuevas necesidades dirigidas a la consecución de determinados ideales estéticos, que responden más a criterios mercantilistas que de salud y bienestar.

En ese contexto se describe a la Vg como una condición que se presenta mayoritariamente entre jóvenes que acuden a la realización de ejercicios y dietas para alcanzar un cuerpo musculoso, sin tener en cuenta que ello puede afectar la salud en diversos aspectos,^{11,13} incluso puede llegar a constituir un problema de salud que se hace cada día más frecuente en nuestro medio. Los médicos y las enfermeras de la Atención primaria de salud (APS) deben estar alertas y conocer al menos los rudimentos más generales de este fenómeno y así facilitar la prevención y manejo más adecuado de esta situación.

Este trabajo tiene como objetivo describir algunos aspectos de interés sobre la vigorexia, en particular, concepto, frecuencia, cuestiones que inciden en su desarrollo, influencia de los modelos publicitarios, cuadro clínico, consecuencias, uso de anabólicos y otras sustancias, la orientación terapéutica que debemos facilitar a estas personas, entre otros aspectos de interés comprendidos en el tema.

MÉTODOS

Se realizó una revisión de varios artículos publicados sobre vigorexia, a través de algunas bases de datos y de los buscadores habituales (PubMed, Cochrane, Google, entre otros) teniendo en cuenta la calidad y actualidad de los mismos.

DESARROLLO

Algunas de las cuestiones que inciden en el desarrollo de la Vg

El comportamiento de una persona con Vg es provocado por un modelo multicausal (multifactorial); es decir, un compendio de varios factores, tanto individuales como sociales, que convergen y se fusionan hasta desencadenar y favorecer el desarrollo de esta enfermedad. En ocasiones predominarán los aspectos psicológicos y personales (tendencia genética), mientras que en otros tendrán más peso las cuestiones sociales y estéticas.¹³⁻¹⁵ De base, existe una distorsión de la imagen corporal influida por el descontento corporal de otras personas, lo que se debe al grado de interiorización del ideal de belleza, que se asocia a baja autoestima y a un esquema perfeccionista. Se

suman afectos negativos y la presión de los medios de comunicación, lo que crea una ansiedad físico social, que ocurre cuando un individuo espera o prevé que los demás lo están evaluando negativamente por su apariencia física.^{14,15}

Vivimos en un mundo mediatizado y supeditado a la imagen. Las transformaciones económicas y sociales, y los cambios en la mentalidad de los países occidentales han provocado una auténtica mutación social que apuesta por el materialismo y el individualismo, propios de la sociedad de consumo. El hedonismo se ha ido instalando progresivamente como actitud vital; la libertad, el disfrutar, el sentir más y hacerlo más rápido, se han consolidado como valores del siglo XXI. Hay un deseo muy fuerte del placer y del presente, y de vivirlo con el cuerpo, con lo tangible, con lo material.¹⁶

En los varones, el estereotipo culturalmente establecido y transmitido por los medios de comunicación de masas, ejerce una mayor presión social hacia un EF que propicie una imagen de fuerza y potencia, mientras que los modelos femeninos reflejarían más una AF dirigida a la consecución de una imagen corporal que mezcla un cuerpo delgado (ectomórfico), definido y fibrado (mesomórfico).¹⁷ Esto fue confirmado en un estudio realizado por *Fanjul*,¹⁸ donde se evaluó la consideración del modelo "fitness" como el predominante en la publicidad y donde el estereotipo mediático masculino es un referente para los encuestados que influye significativamente en su autopercepción y valoración somática, lo que repercute negativamente en su autoestima y alimenta la obsesión por obtener una mayor definición muscular.

Algunas consideraciones acerca del concepto de Vg y sus diferentes sinónimos

Las primeras referencias que encontramos de esta enfermedad datan del

1970, donde *Baekeland*¹⁹ hizo anotaciones en sus trabajos, sobre la dependencia de algunas personas al EF. Sin embargo, el psiquiatra *Harrison G. Pope*,²⁰ fue quién denominó a la Vg como una nueva enfermedad mental a inicios de los 90 del siglo pasado (1993) al estudiar los efectos secundarios del abuso de esteroides anabolizantes en personas que practicaban halterofilia. *Pope y cols.*,²⁰ se percataron que algunos de los sujetos analizados presentaban un trastorno de tipo somático, vinculado con la imagen corporal, que designaron como: dismorfia muscular o vigorexia.

Estas personas desarrollaron un trastorno que les hacía verse pequeños, flacos y débiles, cuando en realidad eran grandes, musculosos; y para ganar masa muscular, aumentar el peso magro y perder grasa, se sometían a dietas estrictas (ricas en proteína y carbohidratos y pobres en grasa) y al consumo abusivo de anabolizantes.²⁰

La Vg, también es conocida como "la obsesión por el culto al cuerpo" o "complejo de Adonis" en alusión al dios sirio -incorporado y popularizado posteriormente por la mitología griega- que se caracteriza por ser eternamente joven y sumamente hermoso. Su nombre se suele usar en referencia a un hombre joven y atractivo, a menudo con la connotación de vanidad inmadura.^{13,20}

*Baile*²¹ define la Vg como una alteración de la salud caracterizada por una preocupación patológica de ser débil y no tener suficiente desarrollo muscular del cuerpo -aun teniéndolo- y que se manifiesta en la incapacidad de ver con exactitud el tamaño del propio cuerpo, con comportamientos obsesivos y negativos relacionados con la apariencia.

*Valdés y cols.*¹¹ -citando criterios de Ladish, 2002- señala que se entiende por Vg al trastorno en el cual las personas realizan prácticas deportivas o de ejercicio físico de

forma continua sin tomar ningún tipo de precaución y durante las cuales llegan incluso a poner a prueba constantemente su cuerpo.

Según *Fanjul*¹³ -citando a Baile, 2005; Fanjul, 2008; 2009- la Vg es una psicopatología relativamente nueva y se manifiesta, principalmente, en la potenciación y el desarrollo muscular; por ello los afectados son en su mayoría hombres. Como la búsqueda de la extrema delgadez, propia de la anorexia, se ha desarrollado más en las mujeres, la consecución de un cuerpo musculoso y magro se ha potenciado más en los hombres, por lo que también se le conoce como "anorexia nerviosa inversa o reversa".

Algunos datos sobre el comportamiento epidemiológico de la Vg

Según *Martínez*,⁹ autores como Pope (2002) sugerían que el 10 % de los usuarios de los gimnasios eran vigoréticos, Baile (2005) estimó el mismo porcentaje en México, la Unión Europea (2002) los situó en el 6 %, mientras que Olivardia (2001) estimaba que en Estados Unidos habría unas 90 000 personas aquejadas gravemente de este problema. Las cifras de los estudios en España oscilan entre 20 000 (Alonso, 2002) y los 700 000 de la estimación del Consejo General de Farmacéuticos (García y Toledo, 2000); (Rodríguez, 2007).

En una investigación realizada con estudiantes que asisten al Coliseo de la Universidad Autónoma de Chile, se abordó la prevalencia de vigorexia. La muestra fue seleccionada bajo un criterio no probabilístico, que incluyó 200 sujetos que asistían regularmente a las salas de cardiovascular y musculación. Se utilizó el instrumento denominado "Adonix complex Questionnaire". Los resultados señalan la prevalencia de Vg de nivel leve en 55 % de los estudiantes que asistían al Coliseo, mientras 45 % alcanzaba el nivel moderado. Por otra parte, la carrera de Pedagogía en Educación Física presentó mayor prevalencia de Vg (como era de esperar) con un total de 48 casos y en referencia al género, resultó ser más frecuente en los hombres.¹¹

*Rodríguez y cols.*²² realizaron un estudio transversal en el que se evaluaron a 85 sujetos usuarios de los gimnasios, con un rango de edad de entre los 15 y 54 años, siendo la edad media 28 años. De la muestra, 60 eran varones y 25 mujeres, la mayor parte de la muestra tenía un nivel escolar por encima del bachillerato (60 sujetos) y 19 de ellos poseían una titulación deportiva. De ellos 25 (29,41 % de los sujetos) fueron señalados como Vigoréticos según la evaluación de expertos.

En un estudio que se llevó a cabo en 5 gimnasios de Valencia (España), se les realizó una encuesta -con 30 ítems que abordaron diversos aspectos: individuales, psicológicos y sociales-, a un total de 195 usuarios de salas de musculación, eminentemente jóvenes (80 % entre 15 a 30 años). Se obtuvo un total de 39 sujetos potencialmente vigoréticos, de los usuarios que asistían al gimnasio.¹⁸

A pesar de lo antes señalado, en cuanto a la frecuencia de esta enfermedad, investigadores como *De Gracia y cols.*¹⁷ son del criterio que la vigorexia afecta igualmente a hombres y mujeres. El conocimiento de su incidencia, prevalencia y sus características clínicas es todavía muy reducido, los aportes científicos en este sentido son prácticamente anecdóticos y los datos disponibles -en ocasiones- son básicamente conjeturas o estimaciones. Esto se debe a que resulta muy difícil calcular el número de personas afectadas por este trastorno, tal y como se observa en las considerables variaciones de las estimaciones de diferentes autores, que no parecen ponerse de acuerdo.⁹

Los modelos publicitarios como facilitadores de la Vg

El mensaje que relaciona la alimentación con la estética corporal es cada vez más determinante, elevándose muchas veces sobre la salud, provocando o al menos predisponiendo a problemas o desórdenes alimentarios en el sentido de que altera las pautas consideradas como saludables.⁹ Las nuevas necesidades dirigidas a la consecución de ideales estéticos socialmente establecidos, en ocasiones se convierten en obsesiones cegadoras que alejan al individuo de su realidad y lo dirigen hacia sendas autodestructivas. La anorexia, la bulimia y la Vg son enfermedades que se encuentran enmarcadas dentro de este contexto.¹⁷

La apariencia y el aspecto físico (códigos no verbales de la realidad), utilizados en determinadas piezas creativas publicitarias, pueden influir de forma significativa en la insatisfacción y frustración con el propio cuerpo (caldo de cultivo de la Vg), aunque no podamos afirmar categóricamente en ningún caso que esto pueda constituirse como causa única y determinante del desarrollo de la enfermedad;¹⁸ sí insistimos en que los medios masivos de comunicación con frecuencia pueden llegar a influir en el origen y desarrollo de la Vg.^{11,13}

Según varios investigadores,^{3,23} los problemas de la distorsión de la imagen corporal son más prevalentes en el período de la adolescencia, ya que el individuo se encuentra inmerso en una serie de cambios físicos y psicológicos. Cuando un adolescente se percibe con una distorsión corporal que no corresponde a la realidad, muchas son las acciones que emprenderá para conseguir su físico ideal, y esto actúa como un factor desencadenante que compulsará al individuo a realizar ejercicio físico excesivo para moldear su cuerpo hacia su ideal estético.

La apariencia y las características físicas enunciadas a través de los modelos publicitarios se manifiestan como un aspecto no verbal del mensaje comercial que influye socialmente y que puede llegar a afectar determinadas percepciones, actitudes y comportamientos del receptor.¹³ En los últimos años se ha llegado a tener un culto excesivo a la belleza corporal y a una auténtica obsesión por la salud (hasta el extremo de producir enfermedad), como símbolo de perfección.²²

Algunos elementos clínicos que pueden ser observados en pacientes con Vg

El cuerpo masculino ideal divulgado en los anuncios de estética es el modelo denominado "fitness" -mesomorfo, atlético y sin grasa-. Algunos rasgos comunes de este cuerpo son la forma en «V» del torso (hombros y pecho desarrollados y más anchos que la cintura); abdominales sin grasa y marcados; brazos fuertes con bíceps y tríceps bien definidos y piernas bien formadas, fuertes y atléticas.²⁴ Este modelo es difícil de lograr por una persona con un biotipo convencional, que tenga que dedicar una buena parte de su tiempo a estudiar o trabajar de forma eficiente, para lograr obtener el resto de los objetivos trazados en su vida.

La falta de un consenso sobre su clasificación dificulta su evaluación y comprensión, y la descripción que actualmente realiza el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) [DSM-5] continúa siendo insuficiente.²⁵

Diferentes autores^{11,13,18,22,25} señalan que las personas aquejadas de Vg, por regla general, presentan algunas de las siguientes características clínicas, las cuales nos pueden sugerir su diagnóstico:

- La Vg es más prevalente en hombres.

§ En ocasiones las personas presentan trastornos alimentarios previos o actuales. En general, tienen preferencia por la ingesta de proteínas.

§ La persona se ve delgada y débil (pequeña), pues padece una enfermedad psicológica que radica en la alteración de su percepción somática (distorsión de la imagen) acompañada o no de cuadros depresivos y obsesivos.

§ Conducta fundamental: exceso de ejercicio con adicción al mismo, pues existe una sobreestimación de los beneficios psicológicos y sociales de tener un cuerpo musculado, autoexigencia para mejorar su atractivo, baja autoestima, falta de juicio ante algunas situaciones.

- Parece haber comorbilidad entre ciertos rasgos psicopatológicos de personalidad (hipomanía, narcisismo y compulsividad) y la Vg.

§ Problemas de adaptación social, lo que puede contribuir a comprometer directamente su salud.

- Dolores y calambres musculares, que pueden acompañarse o no de fatiga crónica con pérdida de vitalidad.
- Problemas de concentración.
- Ritmo cardíaco lento.

§ Es frecuente el uso de fármacos para intentar ganar peso (musculatura) por lo que pueden llegar a usar medicamentos anabólicos.

Además, para el diagnóstico de Vg nos podemos apoyar en el uso de diferentes cuestionarios, para apoyar la impresión clínica inicial.¹¹

Es evidente que es difícil diagnosticar Vg con exactitud, aun disponiendo de varios elementos clínicos. La particularidad de cada caso, la relativa novedad del fenómeno, así como la dificultad que puede encontrarse a la hora de delimitar cuándo esas conductas son patológicas y cuándo no, entorpecen la precisión de los datos cuantitativos en este tipo de realidad.⁹

Algunas consecuencias relacionadas con padecer Vg

Como consecuencias de la Vg se han observado numerosos problemas orgánicos y lesiones que pueden aparecer cuando la AF es excesiva, entre las que se señalan:²⁶

- Desproporciones entre las partes corporales.
- La sobrecarga de peso en el gimnasio repercute negativamente en los huesos, tendones, músculos y las articulaciones, sobre todo de los miembros inferiores, con desgarros y esguinces.
- Depresión o ansiedad, aislamiento, enajenación.
- Deterioro de las relaciones sociales.
- Afectación en el trabajo o estudio.
- Amenorrea, ciclos anovulatorios en la mujer.
- Reacciones secundarias como consecuencia del uso indiscriminado de sustancias anabólicas.

En una investigación en la cual se evaluaron diversos criterios de personas que acuden asiduamente a un gimnasio, la mayor parte de los encuestados consideró que el aspecto físico de una persona influye muy significativamente en la autoestima que esta tenga, así como en el éxito a todos los niveles (personal, social, laboral) y en la

aceptación social. En un 70 % de los casos encuestados, la distorsión entre su realidad corporal y el ideal somático estaba muy acentuada, lo que viene a corroborar que el principal motivo que puede originar y desarrollar la Vg está presente en la mayor parte de los usuarios que acuden asiduamente al gimnasio.¹⁸

Estos criterios explican por qué los vigoréticos se someten a regímenes especiales de dieta, entrenamiento y uso de sustancias que potencialmente pueden dañar su salud, aunque es necesario señalar que en ocasiones no existe un profundo conocimiento - sobre todo en los adolescentes y sus familias- del daño potencial al cual están sometidos con la práctica desmedida de AF.

Algunos aspectos sobre el uso de sustancias anabólicas y de otro tipo en pacientes con Vg

El uso de drogas para obtener un mejor rendimiento deportivo y mejorar estéticamente la imagen a través de ganar masa muscular, debe ser considerado ilícito; de hecho, puede dañar la salud de las personas que las utilizan y es contraria a la ética en nuestra sociedad.

En una investigación realizada en varios gimnasios españoles, se puso de manifiesto que el 40 % de los usuarios y casi el 80 % del grupo de sujetos potencialmente vigoréticos confesó consumir drogas o estar planteándose la posibilidad de hacerlo con el fin de aumentar su tamaño muscular. Porcentajes muy significativos y que vendrían a reflejar que el problema emergente del consumo de esteroides anabolizantes (y la consecuente evolución del mercado negro de este tipo de productos) comienza a no ser una cuestión que atañe solo a individuos con patologías graves o moderadas de dismorfia muscular, sino a cualquier sujeto que por motivos estéticos se obsesione con obtener un cuerpo definido y musculado en pos de alcanzar un ideal somático socialmente establecido y reconocido.¹⁸

En nuestro país, *Porto y cols.*²⁷ reportan que algunos adolescentes y jóvenes, en su afán de aumentar rápido el tamaño de sus músculos, se están inyectando aceite de soya de uso doméstico, lo cual les ha conducido a graves lesiones que incluso han puesto en peligro sus vidas.

Algunos aspectos sobre el tratamiento de personas con Vg

El trabajo del médico y la enfermera de la APS es muy importante para la prevención y el diagnóstico precoz de la Vg, por constituir la primera línea de combate en su enfrentamiento. De forma ideal, su actuación debe dirigirse a evaluar y detectar de forma periódica a aquellas personas que potencialmente poseen factores de riesgo predisponentes para este trastorno o aquellos que ya la padecen, fundamentalmente en los centros escolares y gimnasios que se encuentran en su área de atención.

A estos pacientes será de vital importancia dotarles de un clima de seguridad y aceptación, donde no se sientan juzgados, pues el aspecto más complicado de manejar es la resistencia del paciente al inicio del tratamiento y la adherencia de la persona al mismo^{22,29} a largo plazo.

*Parent*³⁰ sugiere que los pacientes con Vg pueden ser reacios a comenzar o sostener un tratamiento si sospechan el objetivo terapéutico se relacionará con el abandono de la actividad física. Por lo tanto, propone a los terapeutas hacer un análisis funcional de las características del entrenamiento, la nutrición y de los temas en general relacionados con el entrenamiento físico que no sean nocivos en sí mismos, para poder orientar el tratamiento del paciente.^{6,7} En realidad, no se pretende retirar el

ejercicio de la vida del paciente, pues si este se hace de forma adecuada, constituirá una actividad sumamente benéfica.

Se describe que los vigoréticos presentan una adhesión estricta a dietas de alto contenido en proteínas, baja en grasas y con una ingesta específica de calorías por día, lo cual puede ser de riesgo para su salud;³¹ estas dietas deben ser modificadas por otras más saludables.³²

El tratamiento de elección es la terapia cognitiva-conductual o terapia racional emotiva. Adicionalmente, se propone el uso de técnicas de terapia de aceptación y compromiso, lo que puede ayudar a que la persona acepte su imagen corporal, acompañada o no del uso de medicación antidepressiva que deberá ser puesta en marcha preferentemente por un equipo multidisciplinario.³³⁻³⁶ Dicho tratamiento debe ser llevado a cabo por un psicólogo o psiquiatra, con cierta experiencia en el manejo de estos cuadros, junto con el médico y enfermera de la familia que atiende a la persona afectada.

Algunos psicofármacos como la clomipramina y fluoxetina han sido usados en el tratamiento de estos pacientes y se describe que esta última ha mostrado un efecto benéfico a corto plazo. También se han utilizado psicofármacos como el escitalopram y la venlafaxina,^{37,38} con resultados variables. El cumplimiento de estos enunciados resulta de vital importancia y define las posibilidades de éxito en el trabajo con estos pacientes.

CONCLUSIONES

La vigoréxia puede constituir una psicopatología de importancia en el contexto de la atención que prestan los médicos y enfermeras de la familia en nuestras áreas de salud. Ellos deben conocer al menos los rudimentos más generales de este fenómeno para facilitar la prevención y manejo más adecuado de esta situación de salud.

Este trabajo no tiene conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez R, Agredo RA. El sedentarismo es un factor predictor de hipertrigliceridemia, obesidad central y sobrepeso. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2012;19(2):75-9.
2. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes*. 2007;5(3):135-75.
3. Bellver M. Deporte y ¿salud? ¿Dónde está el límite? *Dialnet*. 2015;48:20-8.
4. Baile JI, González MJ. Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2011;34(2):253-61.

5. López F, Cortés M. Obesidad y corazón. Revista española de cardiología. 2011;64(2):140-49.
6. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO publications; 2010.
7. Hernández J, Licea ME. Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. Revista Cubana de Endocrinología. 2010;21(2):182-201.
8. Quiñones E, Londoño GS, Ramírez-Vélez R. Condición física, actividad física y dificultades para su realización en estudiantes de medicina. MÉD.UIS. 2011;24:15-23.
9. Martínez JE. Construyendo los cuerpos "perfectos". Implicaciones culturales del culto al cuerpo y la alimentación en la vigorexia. Repositorio digital UPS Univeristas. 2014;XII(21):77-99.
10. González I, Fernández JG, Contreras OR. Contribucion al criterio diagnóstico para la dismorfia muscular (Vigoréxia). Revista de psicología del deporte 2012;21(2):351-358.
11. Valdés P, Lagos R, Gedda R, Cárcamo E, Millapi C, Webar M. Prevalencia de Vigorexia en estudiantes universitarios de Temuco. Revista Ciencias de la Actividad Física UCM. 2013;14(2):55-61.
12. Fanjul C. Modelos masculinos predominantes en el mensaje publicitario y su influencia social en la psicopatología del siglo XXI: La Vigorexia. Revista de Ciencias Sociales. 2008:1-2.
13. Fanjul C, González C. La influencia de modelos somáticos publicitarios en la vigorexia masculina: un estudio experimental en adolescentes. Zer-Revista de Estudios de Comunicación. 2011;16(31):265-84.
14. Brunet J, Sabiston CM, Dorsch KD, McCreary DR. Exploring a model linking social physique anxiety drive for muscularity drive for thinness and self- esteem among adolescent boys and girls. Body image. 2010;7:137-42.
15. Chandler EG. Are Anxiety and Obsessive- Compulsive Symptoms related to Muscle Dysmorphia? International Journal of Men's Health. 2009;8(2):143-54.
16. Fanjul C. Comunicación y sociedad: De la anorexia a la Vigorexia. Revista ICONO14. Revista científica de Comunicación y Tecnologías emergentes. 2012;8(3):1-8.
17. De Gracia M, Marcó M, Fernández MJ, Juan J. Auto concepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. Psiquis. 1999;20(1):27-38.
18. Fanjul C, González C. La creatividad publicitaria y su influencia social en la Vigorexia masculina. Questiones Publicitarias. 2009;1(14):20-33.
19. Baekeland P. Exercise Deprivation. Archives of General Psychiatry 1970;22:365-9.
20. Pope HG, Katz DL, Hudson JL. Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. Compromiso Psychiatry. 1993;34(6):406-9.

21. Baile J. Vigorexia. Cómo reconocerla y evitarla. Madrid: Síntesis; 2005.
22. Rodríguez JM, Rabito MF. Vigorexia: De la adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente. *Health and Addictions*. 2011;11(1):95-114.
23. González I. El exceso de ejercicio físico como consecuencia del trastorno dismórfico muscular (vigorexia). *Dialnet*. 2015;48:7-13.
24. Fanjul C. Vigorexia: una mirada desde la publicidad. Madrid: Fragua; 2008.
25. Castro R. Diferencias de personalidad, auto concepto, ansiedad y trastornos de la alimentación de deportistas de musculación. *Patrones psicológicos asociados a la Vigorexia [tesis]*. 2013 [citado 14 Ago 2015]:1-311. Disponible en: <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/530/1/9788484395157.pdf>
26. Martell C. Vigorexia: enfermedad o adaptación. *Revista Digital - Buenos Aires*. 2006; Año 11(99):1.
27. Porto RF, Álvarez R, Pérez M, Hernández R. Consecuencias del seudofisiculturismo en adolescentes. *Rev Cubana Ortop Traumatol*. 2013;27(1):99-108.
28. Treasure J. Eating disorders. *Medicine*. 2012;40(11):607-12.
29. Vilariño Besteiro MP, Pérez Franco C, Gallego Morales L, Calvo Sagardoy R, García de Lorenzo A. Reason and emotion: integration of cognitive-behavioral and experimental interventions in the treatment of long evolution food disorders. *Nutr Hosp*. 2009;24(5):614-7.
30. Parent MC. Clinical considerations in etiology, assessment, and treatment of men's muscularity-focused body image disturbance. *Psychology of Men & Masculinity*. 2013;14(1):88-100.
31. Pope, HGJ, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA. Muscle dysmorphia. An under recognised form of body dysmorphia disorder. *Psychosomatics*. 1997;38:548-57.
32. Hernández M. Recomendaciones nutricionales para el ser humano. *Rev Cubana Invest Bioméd*. 2004;23(4):266-92.
33. Vilariño Besteiro MP, Pérez Franco C, Gallego Morales L, Calvo Sagardoy R, García de Lorenzo A. Reason and emotion: integration of cognitive-behavioral and experimental interventions in the treatment of long evolution food disorders. *Nutr Hosp*. 2009;24(5):614-7.
34. Haro MJ. Revisión bibliográfica de trastornos de la conducta alimentaria de reciente aparición. *Parainfo digital. Monográficos de investigación en salud*. 2014 [citado 22 Ago 2012]; Año VIII(20): [aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/203.php>
35. Grieve FG, Truba N, Bowersox S. Etiology, assessment, and treatment of muscle dysmorphia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2009;23:306-14.
36. Compte EJ, Sepúlveda AR. Dismorfia muscular: Perspectiva histórica y actualización en su diagnóstico, evaluación y tratamiento. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 2014;22(2):307-26.

37. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(4):381-8.

38. Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. Int Clin Psychopharmacology. 2006;21(3):177-9.

Recibido: 2016-01-16.

Aprobado: 2016-02-10.

José Hernández Rodríguez . Especialista de 1^{ro} y 2^{do} Grado en Endocrinología. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar. CAD del INEN. Centro de Atención al Diabético. Instituto Nacional de Endocrinología. Teléf: 832 75 77-79 y 832 3545, Extensión 121. Dirección electrónica: pepehdez@infomed.sld.cu