

María de la Esperanza De Jódar Pérez

**ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE
VIGOREXIA
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Adrià Almazor Sirvent



**CAMPUS TERRES DE L'EBRE
Universitat Rovira i Virgili**

Facultat d'Infermeria

TORTOSA 2021

SOLICITUD DE DEFENSA DEL TRABAJO FIN DE GRADO

| DATOS PERSONALES | | |
|--|---|------------|
| Nombre y apellidos: MARÍA DE LA ESPERANZA DE JÓDAR PÉREZ | | |
| DNI: 32906079W | Dirección: C/ RONDA MULEROS Nº6 PORTAL 5 – 2ºA | |
| Código postal: 11401 | Población: JEREZ DE LA FRONTERA | Tel. Fijo: |
| Tel. Móvil: 675 900 913 | Correo electrónico URV: maesperanza.dejodar@estudiants.urv.cat | |

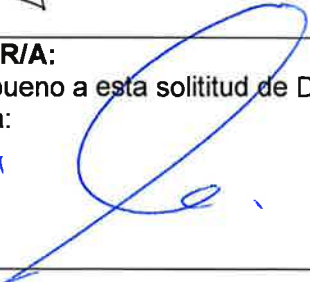
| EXPONGO |
|--|
| Que he finalizado el proceso de elaboración de mi Trabajo Fin de Grado titulado: ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE VIGOREXIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. |
| Que tengo la autorización del/de la tutor/a de mi Trabajo Fin de Grado: ADRIÀ ALMAZOR SIRVENT |
| Y estoy en disposición de efectuar su defensa. |

| SOLICITO |
|---|
| Que sea aceptada a trámite la defensa de mi Trabajo Fin de Grado, para lo que adjunto en esta sol-licitud dos ejemplares del Informe Final. |

En TORTOSA , ___20___ de ___MAYO___ de 2021

(firma)



| EL/LA TUTOR/A: |
|--|
| Doy el visto bueno a esta solitud de Defensa del Trabajo Fin de Grado. Fecha y firma: 17/05/21  |

| EL/LA COORDINADOR/A: Fecha de recepción y firma |
|---|
| |



Agradecimientos

Estos cuatro años he estado rodeada de personas que han estado a mi lado cuando lo he necesitado, confiando en mí, apoyándome y animándome a seguir con todo.

Mis padres, Esperanza y Jaime, pilares fundamentales en este período de crecimiento y formación.

Mis hermanos, Esther y Jose, que han confiado en mí ciegamente y me han apoyado fuese cual fuese mi decisión.

Mi pareja, Diego, que ha estado conmigo en las peores y en las mejores, dándome un apoyo incondicional, haciendo que todo fuese más fácil.

Mis amigos y compañeros, Martín, Cristina, Pablo, María, Marina, Marcos, Tiare... que han sido parte de mí y siempre han tenido hueco para escucharme sin importar la distancia y el tiempo.

Adrià, mi tutor, que ha sabido orientarme cuando no sabía dónde estaba y sin el cual este trabajo no habría sido posible.

Agradecer también al CrossFit, deporte que practico y que ha sido la inspiración para realizar este trabajo.

Gracias a CrossFit Jerez y a Unbroken box que me han visto crecer y mejorar todos estos años.

HWPO (Hard work pays off)

“El trabajo duro da resultados”

Mathew Fraser (1990 -)



“Todo es posible si de verdad te mentalizas.”

Tia-Clair Toomey

(1993 -)



Resumen

Introducción: La dismorfia muscular (DM) o vigorexia, se caracteriza por la distorsión que padece la persona en la imagen corporal (IC), más concretamente, en relación a su tamaño muscular. La subestimación de la IC y musculatura, hace que la persona cree sentimientos de insatisfacción muscular. Esto hace que tengan una baja percepción de su atractivo físico.

Objetivo: Identificar el rol de enfermería en el abordaje de pacientes con vigorexia.

Metodología: Revisión bibliográfica sistemática a través de una búsqueda estructurada en bases de datos.

Resultados y discusión: Enfermería desempeña un papel importante en la detección, valoración y seguimiento del trastorno. Los instrumentos de detección, valoración y seguimiento más relevantes son la Matriz Somatomórfica, El Cuestionario del complejo de Adonis y Escala de Satisfacción Muscular (ESM). Siendo el ESM el más importante y relevante en España. Para que enfermería pueda crear un plan de actividades de prevención debe abordar tres esferas: diagnóstico de la zona y área de salud, actividades preventivas y tratamiento, cuidados y rehabilitación. La comunicación enfermera-paciente es muy importante para crear un ambiente abierto, de confianza, aceptación, seguridad y negociación, para que pueda sentir comodidad. En cuanto las actividades de motivación y apoyo se explorarán las experiencias emocionales y se ayudará a la expresión de sentimientos. Por último, para controlar que el paciente cumpla el tratamiento se debe controlar periódicamente, instaurar un plan de cuidados, prevenir recaídas y proporcionar asesoramiento.

Conclusión: Se considera que enfermería ante este tipo de trastornos tiene un papel fundamental en la detección de signos y síntomas relacionados. Los objetivos de enfermería, dentro de un equipo multidisciplinar, es proporcionar cuidados que se diferencien de los cuidados tradicionales dados en una unidad de hospitalización, atendiendo las esferas psicosocial y emocional del ser humano, dejando a un lado el componente más técnico de la enfermería.

Palabras clave: vigorexia, dismorfia muscular, enfermería, cuidados, intervenciones, escalas, valoración, cuestionario.



Abstract

Introduction: Muscle dysmorphia or vigorexia, is characterized by the distortion suffered by the person in body image, more specifically, in relation to their muscle size. The underestimation of the body image and musculature, makes the person believe feelings of muscular dissatisfaction. This causes them to have a low perception of their physical attractiveness.

Objective: Identify the role of nursing in the approach of patients with vigorexia.

Methodology: Systematic bibliographic review through a structured search in databases.

Results and Discussion: Nursing plays an important role in the detection, assessment and monitoring of the disorder. The most relevant detection, assessment and monitoring instruments are the Somatomorphic Matrix, the Adonis Complex Questionnaire and the Muscular Satisfaction Scale (MSS). Being the MSS the most important and relevant in Spain. In order for nursing to create a plan of prevention activities, it must address three spheres: diagnosis of the area and health area, preventive activities and treatment, care and rehabilitation. Nurse-patient communication is very important to create an open, trusting, accepting, safe and negotiating environment so that you can feel comfortable. Regarding motivational and support activities, emotional experiences will be explored and the expression of feelings will be helped. Finally, in order to ensure that the patient complies with the treatment, it is necessary to periodically monitor, establish a care plan, prevent relapses and provide counseling.

Conclusion: Nursing in the face of this type of disorders is considered to have a fundamental role in the detection of related signs and symptoms. The nursing objectives, within a multidisciplinary team, is to provide care that differs from the traditional care given in a hospitalization unit, attending to the psychosocial and emotional spheres of the human being, leaving aside the more technical component of nursing.

Key words: vigorexia, muscle dysmorphia, body dysmorphic disorder, treatment, interventions, assessment, care, nursing, nurse.



Índice

| | |
|--|----|
| 1. Introducción..... | 3 |
| 2. Justificación..... | 3 |
| 3. Marco conceptual..... | 4 |
| 3.1. Definición de la vigorexia..... | 4 |
| 3.2. Epidemiología de la vigorexia..... | 5 |
| 3.3. Factores de riesgo de la dismorfia muscular..... | 5 |
| 3.4. Manifestaciones clínicas, físicas y psicológicas de la dismorfia muscular..... | 6 |
| 3.5. Tratamiento de la vigorexia..... | 7 |
| 3.6. Rol de enfermería..... | 7 |
| 3.6.1. Valoración de enfermería en pacientes con vigorexia..... | 7 |
| 3.6.2. Instrumentos de valoración, detección y seguimiento de la vigorexia..... | 8 |
| 3.6.3. Diagnósticos de enfermería en pacientes con vigorexia..... | 10 |
| 3.6.4. Objetivos y actividades que realiza enfermería en el tratamiento en pacientes con vigorexia..... | 10 |
| 3.6.5. Importancia de la comunicación en la actuación de enfermería en pacientes con vigorexia..... | 11 |
| 3.6.6. Actividades de apoyo y motivación realizadas por enfermería en el abordaje a pacientes con vigorexia..... | 12 |
| 4. Pregunta de investigación..... | 12 |
| 5. Objetivos..... | 12 |
| a. General..... | 12 |
| b. Específicos..... | 12 |
| 6. Metodología..... | 13 |
| 6.1. Diseño del estudio..... | 13 |
| 6.2. Estrategia de búsqueda..... | 13 |
| 6.3. Criterios de inclusión y exclusión..... | 13 |
| 7. Resultados..... | 14 |
| 7.1. Criterios PRISMA..... | 14 |



| | | |
|--------|--|----|
| 7.2. | Tabla de resultados. | 16 |
| 7.3. | Tabla de descripción de documentos..... | 20 |
| 7.3.1. | Instrumentos de detección, valoración y seguimiento de la vigorexia. | 20 |
| 7.3.2. | Actividades de prevención que realiza enfermería en pacientes con dismorfia muscular..... | 26 |
| 7.3.3. | Características de la comunicación de la intervención enfermera en pacientes con vigorexia. | 27 |
| 7.3.4. | Actividades de motivación y apoyo que realiza enfermería en el abordaje en pacientes con dismorfia muscular. | 28 |
| 7.3.5. | Objetivos y actividades enfermeras para controlar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con vigorexia. | 29 |
| 8. | Análisis/Discusión. | 30 |
| 9. | Conclusiones. | 31 |
| 10. | Bibliografía. | 33 |
| 11. | Anexos. | 36 |
| 11.1. | Anexo 1. | 36 |
| 11.2. | Anexo 2. | 37 |



1. Introducció.

La imatge corporal (IC) pot conceptualitzar-se com una construcció multidimensional, que reflecteix com pensen, senten i es comporten les persones per als seus atributs físics. Es pot veure com existeix la relació entre el cos i processos cognitius com les creences, valors o actituds individuals.⁽¹⁾ En els últims anys, s'ha generat un canvi en la percepció de la IC.⁽²⁾

Actualment, tenir bona aparença és sinònim de salut, èxit i determinació.⁽³⁾ En la societat, existeix una excessiva preocupació pels estereotips de bellesa que, ha contribuït a que la insatisfacció de la IC hagi augmentat, afectant de forma negativa alguns aspectes de la vida de les persones (autoestima, alimentació, comportament psicosocial, físic i cognitiu...)⁽¹⁾

Per sentir-se satisfets amb la IC, les persones recurren a dietes estrictes, exercici físic excessiu i fins i tot ús de diurètics o laxants. Aquest tipus de comportaments poden desencadenar trastorns mentals com l'anorexia nerviosa (AN), bulímia nerviosa (BN), vigorexia o dismorfia muscular (DM), entre d'altres.⁽¹⁾ Els mitjans de comunicació i les xarxes socials, són els principals potenciadors del mite de la bellesa i perfecció provocant seriosos problemes de salut pública.⁽⁴⁾

Aquest treball pretén realitzar una revisió bibliogràfica sobre el rol que desempeña l'infermeria en pacients diagnosticats amb vigorexia.

2. Justificació.

Les xarxes socials actualment tenen un paper fonamental, determinant tendències temporals segons el que sembla atractiu i acceptat per la societat. Per exigències o modes existents tant en xarxes socials com en televisió, revistes o en altres mitjans de comunicació, pot desencadenar-se un trastorn com la vigorexia.⁽⁵⁾ A Espanya, el nombre d'afectats per vigorexia està entre els 20.000 i 30.000. Aquest ampli interval se deu al gran nombre d'afeccions que rep el trastorn.⁽⁶⁾

Els professionals infermers, tenen una feina cada vegada més difícil, especialment en dos aspectes fonamentals, el creixement dels coneixements científics i les necessitats humanes, van canviant i sorgeixen noves continuament. És per això que necessitem una actualització constant, per realitzar pràctiques segures, eficients i efectives.⁽⁴⁾



Los trastornos de etiología multifactorial, como es el caso de la vigorexia, no sólo afecta al paciente, sino que también a familiares y profesionales que lo atienden, incluso los que no están relacionados con la salud.⁽⁴⁾

Por eso es necesario fomentar en los equipos de atención primaria (EAP) la investigación en la práctica diaria, para determinar el diagnóstico y que permita encaminar y priorizar los esfuerzos de los profesionales. La atención primaria (AP) es una herramienta eficaz para el abordaje de este trastorno. La enfermera debe ser el pilar de referencia del EAP avanzando en su competencia, responsabilidad y estatus tanto en el sistema como en la comunidad.⁽⁷⁾

Es importante que los profesionales sanitarios conozcan datos actualizados para ampliar sus puntos de vista diagnósticos ante problemas que cada vez van a encontrarse más numerosos derivados de la problemática de la imagen.⁽⁸⁾

Por todo lo expuesto anteriormente se considera esencial realizar una revisión bibliográfica sobre el abordaje que realiza enfermería en pacientes con este trastorno.

3. Marco conceptual.

3.1. Definición de la vigorexia.

La dismorfia muscular (DM) o vigorexia, se caracteriza por la distorsión que padece la persona en la imagen corporal (IC), más concretamente, en relación a su tamaño muscular. La subestimación de la IC y musculatura, hace que la persona cree sentimientos de insatisfacción muscular. Esto hace que tengan una baja percepción de su atractivo físico.⁽⁹⁾

Las personas afectadas realizan ejercicios de musculación compulsivamente para aumentar su tamaño muscular, creando una dependencia. Esta adicción al entrenamiento de musculación genera un constante deseo de hipertrofia y definición muscular, manifestándose a través de conductas de verificación (frente al espejo, preguntas a familiares y compañeros de gimnasio, subirse a la báscula constantemente...). Además estas personas usan suplementos para favorecer la hipertrofia muscular, ya sean proteínas, creatina... Incluso consumo ilegal de hormonas como los esteroides anabolizantes androgénicos.⁽⁹⁾



Las conductas para la DM son diversas y esto es debido a la relación que comparte con otros trastornos mentales como el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA).⁽⁹⁾

Con el TDC comparte los pensamientos y sentimientos que intervienen en la percepción de tamaño y forma del cuerpo, real o deseado. Con el TOC se relaciona la obsesión del pensamiento hacia el ejercicio de pesas y compulsión de realizarlo continuamente. Con el TCA, se ve cómo las personas afectadas realizan dietas estrictas y alguna suplementación.⁽⁹⁾

Debido a esta variedad de conductas que presenta la DM y la escasez de estudios que aportan información, es difícil clasificar este trastorno bajo un criterio diagnóstico específico.⁽⁹⁾

Actualmente la DM se encuentra en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) de la American Psychiatric Association, más concretamente en el capítulo de los trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados, específicamente en el trastorno dismórfico corporal (TDC).⁽¹⁰⁾

3.2. Epidemiología de la vigorexia.

Se evalúa que entre el 1-3% de la población padece TDC y al menos el 10% de personas que se someten a entrenamiento intensivo en el gimnasio experimentan algunos síntomas de DM.⁽¹¹⁾

Algunos autores afirman que la vigorexia se presenta principalmente en varones jóvenes entre 18-35 años.⁽¹⁰⁾ Otros estiman que la edad de la población que padece o puede desarrollar este trastorno está entre los 15-35 años, aunque existen pocos estudios realizados. Además se conoce que la patología es más común en hombres (80%), aunque la padecen tanto hombres como mujeres.⁽¹¹⁾

Hoy en día, también se observa un incremento en la incidencia del trastorno en mujeres, debido a las celebridades de "silueta ideal". Aunque la mujer vigoréxica no busca un espectacular desarrollo de la musculatura, entra en el mismo circuito de problemas y peligros para su salud que el hombre.⁽⁸⁾

3.3. Factores de riesgo de la dismorfia muscular.

Algunos autores observan que los factores que pueden influir en la aparición de este trastorno se dividen en tres tipos: desencadenantes (experiencias traumáticas con el propio cuerpo), predisponentes (edad, sociedad, trastornos mentales como toc,



experiencias negativas con el cuerpo) y factores de mantenimiento (medio ambiente, refuerzo y reconocimiento social).⁽¹¹⁾

Otros autores afirman que el desarrollo de la DM se debe a una serie de factores socioambientales (representación de ideales, medios corporales y participación deportiva), emocionales (afecto negativo), psicológicos (insatisfacción corporal, idealización del cuerpo, distorsión corporal, perfeccionismo, autoestima) y fisiológicos (masa corporal).⁽¹¹⁾

Además, el trastorno suele ser infradiagnosticado, por lo que hay poco conocimiento de los factores relacionados con él.⁽¹¹⁾

3.4. Manifestaciones clínicas, físicas y psicológicas de la dismorfia muscular.

La DM suele caracterizarse por una creencia enfermiza de que el cuerpo es demasiado pequeño o poco musculado. Los pacientes pueden asociar preocupación por otras partes del cuerpo como la piel o el cabello. Esto provoca que desarrollen conductas desadaptativas y comportamientos repetitivos que son difíciles de controlar y provocan malestar, disfunción social y pueden relacionarse con ideación y comportamiento suicida.

Las conductas desadaptativas más frecuentes son: realización excesiva de ejercicio físico, uso de dietas restrictivas, ingesta de sustancias y someterse a intervenciones estéticas innecesarias. Este tipo de comportamientos, los impulsa la preocupación por la apariencia y suelen aparecer en algún momento durante el curso de la enfermedad.⁽¹²⁾

El problema de la vigorexia es extenso y silencioso, ya que frecuentemente pasa desapercibido para las personas y el círculo social de quien lo padece, ya que los síntomas suelen tolerarse y de cierta forma son aplaudidos por quienes ven esta actividad un modelo a seguir o la representación de salud física y emocional.⁽¹³⁾

Las personas que sufren vigorexia han aprendido a convivir con la conducta reiterativa de hacer ejercicio a razón de necesitar urgentemente aumentar la masa muscular. Esto psicológicamente se asocia a sentimientos de inferioridad y narcisismo previo que se reprime cuando el deportista siente aprobación de su actividad y no se da cuenta de las derivaciones biopsicosociales de su adicción.

Este tipo de comportamiento exagerado puede provocar dificultad en la adaptación social, laboral, académica e incluso familiar.



El trastorno altera la imagen corporal, y de esta forma pueden llegar a creer que son más débiles y delgados que otros, por lo que pueden llegar a caer en conductas alimentarias de riesgo para la salud.⁽¹⁴⁾

3.5. Tratamiento de la vigorexia.

La Atención Primaria (AP) está dirigida hacia la resolución de necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben abordarse a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.⁽⁷⁾

Las actuaciones del equipo de atención primaria (EAP) frente a este trastorno, debe abordar tres esferas: diagnóstico de la zona y área de salud, actividades preventivas y tratamiento, cuidados y rehabilitación.⁽⁷⁾

Tras la detección del problema en AP, se valora el abordaje desde AP o si debe ser derivado a Atención especializada, de forma ambulatoria en Hospital de Día o ingreso hospitalario en centro de salud mental.⁽¹⁵⁾

En cuanto al tratamiento farmacológico suelen usarse antidepresivos para el control de impulsos, eutimizantes para normalizar el estado de ánimo y evitar episodios de manía o depresión y benzodiacepinas para el control de la ansiedad.⁽¹⁵⁾

Existen distintos tipos de tratamiento psicológico, que podrían ser: psicoterapia individual, modificación de la conducta, terapia conductista cognitiva, terapia de grupo de autoayuda o terapia de familia.⁽¹⁵⁾

3.6. Rol de enfermería.

3.6.1. Valoración de enfermería en pacientes con vigorexia.

La valoración que puede realizar enfermería a un paciente con posible DM incluye una historia clínica general y psiquiátrica y una exploración física.⁽¹⁶⁾

Es importante crear una atmósfera de confianza con el paciente, asegurar la confidencialidad y evitar las preguntas directas que puedan intimidarlo. El papel enfermero será muy importante para la motivación, la comprensión y el apoyo.⁽¹⁶⁾

Debido a la dificultad para clasificar la DM y la falta de estudios, se toma como referencia la valoración que haría enfermería ante un TCA.

Se valora: ⁽¹⁶⁾

- La conciencia que tiene el paciente respecto a su problema.



- El uso de fármacos y sustancias tóxicas para aumentar su masa muscular y controlar su peso.
- Los hábitos alimentarios, observando el nivel de control sobre la dieta.
- Las actitudes que tiene el paciente con su peso, pérdidas, ganancias y los métodos usados para ello.
- El nivel de actividad física y su actitud con el ejercicio.
- La pertenencia a grupos de riesgo (disciplinas deportivas, industria de la moda...).
- La percepción de su imagen corporal, pidiendo una descripción de él mismo y de cómo cree que le ven los demás.
- El nivel de autoestima. Sus miedos. Posibles conductas de autoagresión.
- El estado de sus relaciones sociales, el apoyo que recibe y el grado de interacción.
- El nivel de ansiedad.
- Su sexualidad. Incidencias en las relaciones sexuales, cambios físicos.
- Su ideal de belleza y perfección.

Tras la entrevista, las pruebas complementarias se realizarán en función de lo que hayamos encontrado en dicha entrevista, la historia clínica y en la exploración.

3.6.2. Instrumentos de valoración, detección y seguimiento de la vigorexia.

Enfermería desempeña un papel importante en la detección, valoración y seguimiento del trastorno, para evitar el agravamiento y ayudar a la mejora de signos y síntomas.

Para ello se dispone de una serie de instrumentos (escalas, cuestionarios) que pueden ayudarnos a realizarlo.⁽¹⁷⁾

Los instrumentos más usados son:

- Somatomorphic Matrix (1998), cuya traducción experimental es Matriz Somatomórfica. Se evalúa la DM a través de un programa informático. Fue creado por la Dra. Amanda Grubert y colaboradores. Contiene 100 imágenes de cuerpos masculinos que van desde cuerpos muy grasos a muy musculosos.⁽¹⁸⁾



Para aplicar este test, es necesario medir al paciente en metros, pesarlo en kilos y la medición antropométrica con la cual sabremos el porcentaje de grasa en seis pliegues subcutáneos. La persona que hace el test tiene que responder unas preguntas eligiendo la imagen que crea correspondiente a las preguntas.⁽¹⁸⁾

El test no tiene que ser realizado por una persona de sexo masculino exclusivamente, aunque las personas correspondan como tal. Cualquier persona que considere que alguien de su entorno tenga algún problema relacionado con la DM, puede realizarlo.⁽¹⁸⁾

- Escala de Adicción General Ramón y Cajal (EAGRyC) (2001). Fue diseñada por Ramos. Evalúa una serie de nuevas adicciones, entre las que podemos encontrar la adicción al ejercicio (vigorexia). Es una escala autoaplicable de 11 ítems agrupados en subescalas que representan las 4 dimensiones de toda adicción: ansia o enganche (4 ítems), tolerancia (2 ítems), abstinencia (2 ítems) y carencia de control (3 ítems). Las respuestas se presentan como una escala ordinal de 7 puntos.⁽¹⁴⁾

Los resultados de la escala son agrupados en 3 categorías: adicción baja (11-13 puntos), adicción media (34-55 puntos) y adicción alta (56-77 puntos).⁽¹⁴⁾

- Escala de dependencia del ejercicio diseñada por Hausenblas y Down. Mide la dependencia del ejercicio a través de un cuestionario de 21 preguntas, se puntúa cada pregunta del 1-6, representando nunca y siempre respectivamente, el seguimiento de conductas y creencias en los últimos 3 meses.⁽³⁾

El total de los ítems permite el cálculo de 7 puntuaciones diferenciales, representando cada uno un síntoma de dependencia al ejercicio: retiro, continuidad, tolerancia, pérdida de control, disminución de otras actividades, tiempo y efecto intencional. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el nivel de dependencia al ejercicio físico.⁽³⁾

- Adonis Complex Questionnaire (ACQ) (2000) cuya traducción al castellano es Cuestionario del complejo de Adonis. Fue creado por Pope y colaboradores. Consta de 13 ítems con 3 opciones de respuesta cuyos valores son 0, 1 y 3 puntos. A través de estos ítems se explora el grado de insatisfacción que tiene el hombre con su aspecto, y hasta qué punto lo cambiaría.⁽¹⁸⁾

Las puntuaciones varían entre 0-39 puntos. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el problema con la IC.⁽¹⁸⁾

- Muscle Dysmorphic Disorder Inventory. Inventado por Hildebrandt y colaboradores y mide la DM. Consta de 21 ítems en una escala dividida de 1-5 puntos, representando



siempre y nunca respectivamente según comportamientos y creencias en los últimos 3 meses.⁽³⁾

El total de ítems permite establecer 3 puntuaciones diferenciadas, cada una representa un síntoma de la vigorexia: tamaño, intolerancia a la apariencia y defectos funcionales. Cuanto mayor la puntuación, mayor la tendencia a la vigorexia, y cuanto mayor la puntuación del síntoma específico, mayor la probabilidad de aumentar la vigorexia en este individuo.⁽³⁾

- Escala de satisfacción muscular (ESM). Este se creó a partir de la Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS) (2002). Está compuesto por 19 ítems con respuestas en escala tipo Likert de 5 puntos.⁽¹⁸⁾ Evalúa principalmente los síntomas cognitivos, conductuales y afectivos de la DM.⁽¹⁹⁾ Las categorías en las que se divide el cuestionario son: dependencia al culturismo; conductas de verificación de la musculatura; uso de sustancias; lesión y satisfacción muscular.⁽¹⁸⁾

3.6.3. Diagnósticos de enfermería en pacientes con vigorexia.

Enfermería desempeña un papel fundamental en la detección de signos y síntomas relacionados. La identificación y explicación que se realiza al paciente y su familia pueden ayudar a comprender y tomar conciencia sobre la enfermedad. La formación de los profesionales es fundamental para su identificación precoz y para el inicio de un tratamiento especializado.⁽¹⁶⁾

En el DSM-V encontramos los criterios diagnósticos de la DM dentro del capítulo "Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados" en el Trastorno dismórfico corporal.⁽²⁰⁾ Anexo 1.

3.6.4. Objetivos y actividades que realiza enfermería en el tratamiento en pacientes con vigorexia.

Los objetivos del tratamiento en la consulta de enfermería en AP serán:⁽¹⁵⁾

- Controlar al paciente con una periodicidad constante y frecuente.
- Instaurar un plan de cuidados: primera valoración y re-evaluación de la situación en cada visita, realizar las intervenciones y evaluaciones que correspondan y enviar información sobre la variación en nuestro plan de cuidados al equipo de salud mental.
- Controlar y hacer un seguimiento del plan farmacológico.



- Prevenir las recaídas.
- Proporcionar asesoramiento y visitas individualizadas al cuidador o familia.

Las claves de actuación de enfermería en AP son:⁽¹⁵⁾

- Reforzar conductas positivas.
- Conseguir alto grado de empatía y confianza.
- Determinar la evolución del paciente como un todo: ponderal – psicológica – social – afectiva.
- Mantener una postura firme sin criticar ni menospreciar.
- Integrar a la familia en la actuación diaria, asesoramiento y seguimiento personalizado.

3.6.5. Importancia de la comunicación en la actuación de enfermería en pacientes con vigorexia.

La comunicación enfermera-paciente es muy importante para crear un ambiente abierto, de confianza, aceptación, seguridad y negociación, para que pueda sentir comodidad.⁽¹⁵⁾

De esta manera se podrá llegar a un acuerdo con el paciente y reforzar los cambios de conducta, identificándolas, determinando objetivos realistas, positivos y a corto plazo. Tras la determinación de objetivos se explorará con el paciente la manera de conseguirlos, desarrollando un plan de actuación, valorando las posibles dificultades y previniendo soluciones. Además también del mismo modo, se ayuda al paciente a determinar sus virtudes y habilidades.⁽¹⁵⁾

Es necesario establecer una compenetración y relación de confianza básica para facilitar la expresión de sentimientos de forma adecuada, determinando qué acciones serán sustitutivas, ayudándolo a identificar la causa de dicho sentimiento y planificando estrategias para resolverlo adecuadamente.⁽¹⁵⁾

Además de ayudar también en la expresión efectiva de sentimientos, necesidades e ideas, a través de promover la expresión de pensamientos y sentimientos, mediante refuerzo positivo.⁽¹⁵⁾

Hay que ayudar al paciente a olvidar y/o perdonar su relación con él mismo y los demás, identificando la fuente de culpabilidad si fuese posible, escuchando sin moralizar ni recurrir a tópicos y explorando sus sentimientos.⁽¹⁵⁾



3.6.6. Actividades de apoyo y motivación realizadas por enfermería en el abordaje a pacientes con vigorexia.

Es importante proporcionar al paciente seguridad, aceptación y ánimo en momentos difíciles.⁽¹⁵⁾

Para ello, se explorarán las experiencias emocionales y se ayudará a la expresión de sentimientos. Para facilitarlos, se ofrece contacto para brindar apoyo al paciente y darle seguridad durante los períodos complicados.⁽¹⁵⁾

Animar al paciente a examinar sus creencias, valores y satisfacción con ellos puede ayudarlo a reafirmar el cambio autodirigido para conseguir metas importantes. Para motivar, se puede desarrollar una lista de recompensas adecuadas y significativas para el paciente.⁽¹⁵⁾

Además de poco a poco, animar al paciente a que asuma más responsabilidad sobre su conducta y ayudar en la creación de un horario que guíe el aumento de responsabilidad futura.⁽¹⁵⁾

Iniciar grupos de apoyo con atmósfera relajada y de aceptación, en el cual se determinará un objetivo de grupo, clarificando metas y responsabilidades.⁽¹⁵⁾

4. Pregunta de investigación.

¿La atención de enfermería (I) tiene un papel importante (O) en pacientes con vigorexia (P)?

5. Objetivos.

a. General.

Identificar el rol de enfermería en el abordaje de pacientes con vigorexia.

b. Específicos.

- Identificar los distintos instrumentos de detección, valoración y seguimiento en pacientes con vigorexia.
- Identificar las principales actividades de prevención que realiza enfermería en el abordaje de pacientes con DM.
- Identificar las principales características relacionadas con la comunicación de la intervención enfermera en el abordaje en pacientes con vigorexia.



- Identificar las principales actividades de motivación y apoyo que realiza enfermería en el abordaje de pacientes con DM.
- Identificar los objetivos y las actividades que realiza enfermería para controlar el cumplimiento del tratamiento de los pacientes con vigorexia.

6. Metodología.

6.1. Diseño del estudio.

La metodología utilizada para realizar este trabajo ha sido una revisión bibliográfica sistemática, a través de una búsqueda estructurada en bases de datos entre septiembre de 2020 y mayo de 2021.

Esta búsqueda nos permitió conocer la literatura escrita sobre el abordaje de enfermería en pacientes diagnosticados con vigorexia y una descripción detallada de la información de las distintas fuentes.

6.2. Estrategia de búsqueda.

Este trabajo consta de una revisión bibliográfica sistemática realizada en las bases de datos Cinahl, Pubmed, Scielo, Dialnet y Google Scholar como motor de búsqueda.

Para ello se ha utilizado el vocabulario controlado del Medical Subject Headings (MeSH), para realizar una búsqueda más específica. Las palabras clave seleccionadas fueron: [vigorexia, muscle dysmorphia, body dysmorphic disorder, treatment, interventions, assessment, care, nursing, nurse], [vigorexia, dismorfia muscular, enfermería, cuidados, intervenciones, escalas, valoración, cuestionario].

Tras seleccionar las palabras clave, fueron combinadas con los operadores booleanos AND para unir los términos de búsqueda y OR para conectar las palabras que tienen relación.

La búsqueda principalmente fue limitada a los últimos 5 años, debido a la poca información ampliamos a 10 años y finalmente a 20 años, dando siempre preferencia a los más actuales.

6.3. Criterios de inclusión y exclusión.

Una vez realizada la primera búsqueda de manera ordenada en las bases de datos mencionadas anteriormente (Cinahl, Pubmed, Scielo, Dialnet y Google Scholar), se definieron los criterios de inclusión y exclusión que se aplicaron una a una de forma continua.



Se incluyen:

- Artículos de texto completo y gratuitos.
- Artículos que traten el tema escogido, nos guiaremos por el título y resumen.
- Artículos de relevancia en salud, especialmente si están dirigidos a enfermería.
- Estudios realizados en todo el mundo, escritos en inglés o español.

Se excluyen:

- Estudios no realizados o basados en humanos.
- El sexo, género y edad de las muestras de los estudios NO fueron relevantes para excluir ninguna investigación.

7. Resultados.

7.1. Criterios PRISMA.

La búsqueda realizada en las bases de datos y otras fuentes, dio como resultado 705 artículos publicados. Se aplicaron los criterios PRISMA⁽²¹⁾ para la elección de los textos a estudiar.

Primero, se aplican criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente en los resultados de las bases de datos. El objetivo de esto era disminuir el número de documentos que pasó de 705 artículos a 348 (n = 348).

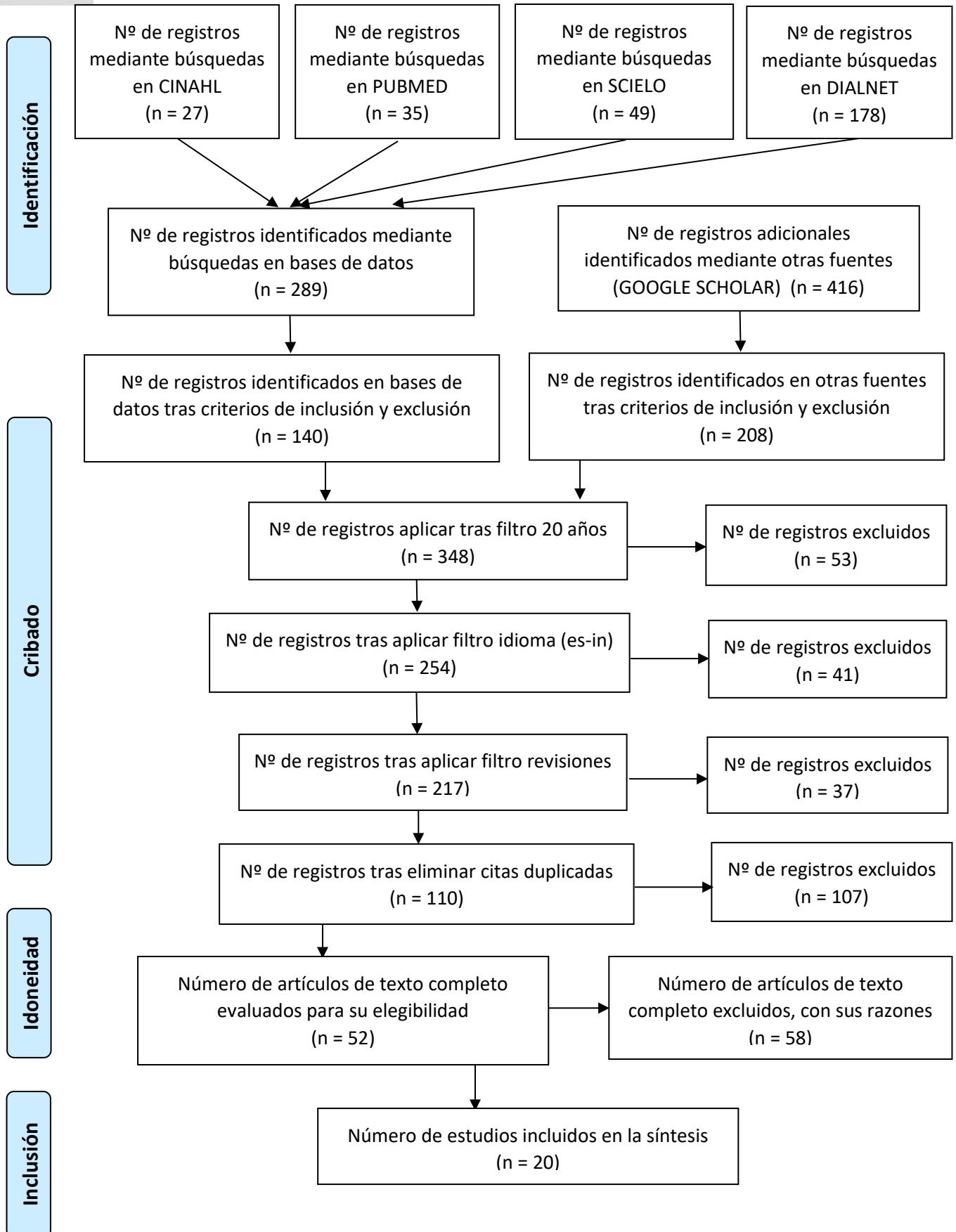
Ante el resultado, se aplicaron filtros incluyendo todos los artículos de los últimos 20 años, en inglés y español, descartando las revisiones y los artículos duplicados, esto redujo considerablemente el número de resultados de la búsqueda (n = 110).

Luego se hizo un cribado a través de la lectura del título y resumen de los documentos restantes y n se redujo a 52, para terminar eligiendo 20 de estos documentos para ser analizados y realizar la revisión bibliográfica.

Este último cribado se realizó según el criterio del investigador mediante el enfoque de la revisión bibliográfica y, teniendo en cuenta los límites de búsqueda y los criterios de inclusión y exclusión ya descritos.



PRISMA 2009 Diagrama de Flujo (Spanish version - versión española) ⁽²¹⁾
Anexo 2.





7.2. Tabla de resultados.

| Base de datos | Ecuación de búsqueda | Nº documentos recuperados | Nº referencias seleccionadas | Referencia bibliográfica |
|---------------|---|---------------------------|------------------------------|---|
| ScieLo | (vigorexia OR muscle dysmorphia OR body dysmorphic disorder) AND (nursing OR nursing care OR nursing interventions) | 3 | 1 | - Orrit G, Pablos A, Guzmán FJ. Muscle dysmorphia: Predictive and protective factors in adolescents. Cuad Psicol del Deport [Internet]. 2019 May 28;19(3):1–11. |
| | (muscle dysmorphia OR vigorexia) AND (body image) | 20 | 1 | - Behar R, Molinari D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. Rev Med Chil [Internet]. 2010;138(11):1386–94. |
| | (vigorexia OR dismorfia muscular) AND (dependencia) AND (ejercicio) | 10 | 4 | - Andrade Salazar JA, García Castro S, Remicio Zambrano C, Villamil Buitrago S. NIVELES DE ADICCIÓN AL EJERCICIO CORPORAL EN PERSONAS FISIOCULTURISTAS [Internet]. Vol. 7. 2012. - Petroski EL, Pelegrini A, Glaner MF. Reasons and prevalence of body image dissatisfaction in adolescents. Cienc e Saude Coletiva [Internet]. 2012 Jan;17(4):1071–7. |



7.2 Tabla de resultados (Continuación)

| Base de datos | Ecuación de búsqueda | Nº documentos recuperados | Nº referencias seleccionadas | Referencia bibliográfica |
|---------------|--|---------------------------|------------------------------|--|
| ScieLo | (vigorexia OR dismorfia muscular) AND (dependencia) AND (ejercicio) | 10 | 4 | - Hernández Viadela M, Guillem Mirallesa J, Hernández Viadel J. Dismorfia muscular, vigorexia o complejo de Adonis: a propósito de un caso. <i>Psiquiatr Biológica</i> [Internet]. 2005;12(3):133–5. - Tatiana Soler P, Miguel Fernandes H, Oliveira Damasceno V, Silva Novaes J. VIGOREXY AND LEVELS OF EXERCISE DEPENDENCE IN GYM GOERS AND BODYBUILDERS [Internet]. Vol. 19, <i>Rev Bras Med Esporte</i> . |
| Cinahl | (vigorexia OR muscle dysmorphia OR body dysmorphic disorder) AND (rating scales) | 27 | 1 | - Jin X, Jin Y, Zhou S, Li X, Yang S-N, Yang D, et al. The Muscle Appearance Satisfaction Scale: A factorial analysis of validity and reliability for its use on adult Chinese male weightlifters. <i>Body Image</i> [Internet]. 2015;14:94–101. |
| Pubmed | (vigorexia OR muscle dysmorphia OR body dysmorphic disorder) AND (nursing care OR nursing interventions) | 21 | 1 | - Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, et al. Body dysmorphic disorder: Some key issues for DSM-V [Internet]. Vol. 27, <i>Depression and Anxiety</i> . <i>Depress Anxiety</i> ; 2010. p. 573–91. |

**7.2 Tabla de resultados (Continuación)**

| Base de datos | Ecuación de búsqueda | Nº documentos recuperados | Nº referencias seleccionadas | Referencia bibliográfica |
|---------------|---|---------------------------|------------------------------|---|
| Dialnet | (vigorexia OR dismorfia muscular) AND (enfermería OR enfermer* OR cuidados enfermería OR intervenciones enfermería) | 126 | 2 | - Berenguel Martínez MR, Felices Juárez I, Berenguel Martínez A, López Morales ÁD. Salud y cuidados durante el desarrollo. [Internet]. 2017. 59-64, 247-251 p. - Moreno Fontiveros MÁ, Tejada García EJ, Tejada García MD. Diagnóstico de vigorexia (dismorfia muscular) a raíz de trastornos de conducta: consumo de diversas sustancias potencialmente peligrosas y sus consecuencias. Med Gen y Fam Edición Digit [Internet]. 2018;7(1):35-7. |
| | (vigorexia OR dismorfia muscular OR complejo de Adonis) AND (ejercicio) | 10 | 1 | - Latorre-Román PÁ, Garrido-Ruiz A, García-Pinillos F. Versión española del cuestionario del complejo de Adonis; un cuestionario para el análisis del dimorfismo muscular o vigorexia. Nutr Hosp [Internet]. 2015;31(3):1246-53. |
| | (diagnóstico) AND (vigorexia) | 10 | 1 | - González-Martí I, Fernández Bustos JG, Contreras Jordán. Onofre Ricardo. Contribución para el criterio diagnóstico de la Dismorfia Muscular (Vigorexia). Rev Psicol del Deport [Internet]. 2012;21(2):351-8. |



7.2 Tabla de resultados (Continuación)

| Base de datos | Ecuación de búsqueda | Nº documentos recuperados | Nº referencias seleccionadas | Referencia bibliográfica |
|----------------|------------------------|---------------------------|------------------------------|---|
| Google Scholar | Vigorexia y enfermería | 387 | 8 | <ul style="list-style-type: none">- Vigorexia: un trastorno que se anaboliza con las redes sociales [Internet].- Giménez López I. Dismorfia muscular y vigorexia. Universidad de Jaén; 2019.- Mariano Juárez L, Encinas Chamorro B. La Vigorexia como trastorno cultural. Prioridad en la actuación desde atención primaria. Rev enfermería [Internet]. 2003 Apr;16:24–7.- Cernuda Lago A. LA VIGOREXIA FEMENINA, FENOMENO EN ALZA. In: XVI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría INTERPSIQUIS [Internet]. 2015.- Nieto García E, Casado Lollano A, García Pérez C, Peláez Rodríguez L. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Semap [Internet]. 2008;1–223.- De La Serna J, Directora M], González Gómez S. Rol de enfermería en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2017.- González Martí I. Vigorexia; Instrumentos para su detección. In León; 2008. p. 1–6.- American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 2014. 147 p. |



7.3. Tabla de descripción de documentos.

7.3.1. Instrumentos de detección, valoración y seguimiento de la vigorexia.

| Ref. bibliográfica | Nombre Instrumento | Autor/es | Año | ¿Qué evalúa? | Ítems | Aplicación | Puntuación | Alpha Cronbach |
|--|----------------------|-------------------------------------|------|--------------------|------------------------------------|--|------------|----------------|
| González Martí I. Vigorexia; Instrumentos para su detección. In León; 2008 [cited 2020 Dec 6]. p. 1–6. Available from: https://www.ciencia.deporte.com/images/congresos/leon/salud,ocio_y_recreacion/gonzalezvigorexia.pdf | Somatomorphic Matrix | Dra. Amanda Grubert y colaboradores | 1998 | Dismorfia muscular | 100 imágenes de cuerpos masculinos | Test autoaplicable en programa informático | - | - |



7.3.1 Instrumentos de detección, valoración y seguimiento de la vigorexia (*Continuación*)

| Ref. bibliográfica | Nombre Instrumento | Autor/es | Año | ¿Qué evalúa? | Ítems | Aplicación | Puntuación | Alpha Cronbach |
|--|---|-------------------|------|-----------------------|---|----------------------|--|----------------|
| Andrade Salazar JA, García Castro S, Remicio Zambrano C, Villamil Buitrago S. NIVELES DE ADICCIÓN AL EJERCICIO CORPORAL EN PERSONAS FISIOCULTURISTAS [Internet]. Vol. 7. 2012 [cited 2020 Nov 20]. Available from: https://www.ripped-online.com/articles/levels-of-body-exercise-addiction-in-bodybuilders.pdf | Escala de Adicción General Ramón y Cajal (EAGRyC) | J.A. Ramos Brieva | 2001 | Adicción al ejercicio | 11 ítems. 4 subescalas que representan 4 dimensiones de una adicción | Escala autoaplicable | 3 categorías: - Adicción baja (11-13 puntos) - Adicción media (34-55 puntos) - Adicción alta (56-77 puntos) | - |



7.3.1 Instrumentos de detección, valoración y seguimiento de la vigorexia (*Continuación*)

| Ref. bibliográfica | Nombre Instrumento | Autor/es | Año | ¿Qué evalúa? | Ítems | Aplicación | Puntuación | Alpha Cronbach |
|---|----------------------------------|-------------------|------|--------------------------|--|----------------------------|--|----------------|
| Tatiana Soler P, Miguel Fernandes H, Oliveira Damasceno V, Silva Novaes J. VIGOREXY AND LEVELS OF EXERCISE DEPENDENCE IN GYM GOERS AND BODYBUILDERS [Internet]. Vol. 19, Rev Bras Med Esporte. [cited 2020 Nov 20]. Available from: http://www.scielo.br/sabidi.urv.cat/pdf/rbme/v19n5/en_a09v19n5.pdf | Escala dependencia del ejercicio | Hausenblas y Down | 2002 | Dependencia al ejercicio | 21 preguntas. Puntuación 1-6 (nunca y siempre respectivamente) | Cuestionario autoaplicable | 7 puntuaciones diferenciales que representan síntomas de dependencia al ejercicio. A mayor puntuación, mayor nivel de dependencia. | - |

**7.3.1 Instrumentos de detección, valoración y seguimiento de la vigorexia (Continuación)**

| Ref. bibliográfica | Nombre Instrumento | Autor/es | Año | ¿Qué evalúa? | Ítems | Aplicación | Puntuación | Alpha Cronbach |
|--|------------------------------|----------------------|------|--|---|----------------------------|--|----------------|
| González Martí I. Vigorexia; Instrumentos para su detección. In León; 2008 [cited 2020 Dec 6]. p. 1–6. Available from: https://www.cienciadeporte.com/images/congresos/leon/salud,ocio_yrecreacion/gonzalezvigorexia.pdf | Adonis Complex Questionnaire | Pope y colaboradores | 2000 | Grado de insatisfacción con su aspecto y cuánto lo cambiaría | 13 ítems. 3 opciones de respuesta (0, 1 y 3) | Cuestionario autoaplicable | Entre 0-39 puntos. Mayor puntuación, mayor problema con la imagen corporal. | - |

**7.3.1 Instrumentos de detección, valoración y seguimiento de la vigorexia (Continuación)**

| Ref. bibliográfica | Nombre Instrumento | Autor/es | Año | ¿Qué evalúa? | Ítems | Aplicación | Puntuación | Alpha Cronbach |
|---|-------------------------------------|-----------------------------|------|--------------------|---|----------------------------|---|----------------|
| Tatiana Soler P, Miguel Fernandes H, Oliveira Damasceno V, Silva Novaes J. VIGOREXY AND LEVELS OF EXERCISE DEPENDENCE IN GYM GOERS AND BODYBUILDERS [Internet]. Vol. 19, Rev Bras Med Esporte. [cited 2020 Nov 20]. Available from: http://www.scielo.br/sabidi.urv.cat/pdf/rbme/v19n5/en_a09v19n5.pdf | Mucle dysmorphic disorder inventory | Hildebrandt y colaboradores | 2004 | Dismorfia muscular | 21 ítems. Escala 1-5 puntos (siempre y nunca respectivamente) | Cuestionario autoaplicable | 3 puntuaciones diferenciadas, cada una representa un síntoma de vigorexia. Mayor puntuación, mayor tendencia a la vigorexia. Mayor puntuación del síntoma, mayor probabilidad aumento de vigorexia. | - |

**7.3.1 Instrumentos de detección, valoración y seguimiento de la vigorexia (Continuación)**

| Ref. bibliográfica | Nombre Instrumento | Autor/es | Año | ¿Qué evalúa? | Ítems | Aplicación | Puntuación | Alpha Cronbach |
|--|---------------------------------------|---|------|--|---|----------------------|------------|----------------|
| González Martí I. Vigorexia; Instrumentos para su detección. In León; 2008 [cited 2020 Dec 6]. p. 1–6. Available from: https://www.cienciadeporte.com/images/congresos/leon/salud,ocio_y_recreacion/gonzalezvigorexia.pdf | Escala de Satisfacción muscular (ESM) | González, Fernández, Contreras y Mayville | 2011 | Síntomas cognitivos, conductuales y afectivos de la dismorfia muscular ⁽¹⁹⁾ | 19 ítems. Respuestas escala tipo Likert de 5 puntos | Escala autoaplicable | | $\alpha = .90$ |



7.3.2. Actividades de prevención que realiza enfermería en pacientes con dismorfia muscular.

| Ref. bibliográfica | Autor | Año | Objetivo estudio | Metodología | Objetivos | Actividades |
|--|------------------------|------|--|---|--|--|
| De La Serna J, Directora M , González Gómez S. Rol de enfermería en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2017. | Jorge de la Serna Maté | 2017 | Definir los TCA clásicos y de reciente aparición. | Búsqueda y lectura exhaustiva de artículos y guías relacionadas con el tema | - Prevención y promoción de la salud. | - Fomentar hábitos y estilos de vida saludables desde la infancia. |
| | | | Describir los instrumentos empleados en la detección de los TCA. | | - Identificación precoz. | - Controles periódicos a los pacientes. - Valoración: historia clínica, exploración física y entrevista. - Crear atmósfera de confianza, asegurar confidencialidad, evitar preguntas directas. |
| | | | Describir las complicaciones y la evolución de los TCA. | | - Inicio de tratamiento especializado. | - Formación a los profesionales. |
| | | | Enumerar las intervenciones de enfermería realizadas con los pacientes que padecen un TCA. | | - Ayudar a comprender y tomar conciencia de la enfermedad. | - Identificación y explicación de la enfermedad a paciente y familiares |



7.3.3. Características de la comunicación de la intervención enfermera en pacientes con vigorexia.

| Ref. bibliográfica | Autor | Año | Objetivo estudio | Metodología | Objetivos enfermería | Características de la comunicación ⁽¹⁵⁾ |
|---|--|------|---|---|---|--|
| Nieto García E, Casado Lollano A, García Pérez C, Peláez Rodríguez L. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Semap [Internet]. 2008;1–223. Available from: http://www.semap.org/boletinSEMAP/8/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf | Esther Nieto García, Amparo Casado Lollano, César García Pérez, Leticia Peláez Rodríguez | 2008 | Facilitar a enfermería el abordaje de la enfermedad | Lectura exhaustiva de artículos y guías relacionadas con el tema. | - El paciente sienta comodidad. | - Crear ambiente abierto, de confianza, aceptación, seguridad y negociación. |
| | | | | | - Llegar acuerdos y reforzar cambios de conducta. | - Identificar conductas, determinar objetivos realistas, positivos y a corto plazo. |
| | | | | | - Conseguir los objetivos y determinar virtudes y habilidades. | - Desarrollar plan de actuación, valorar posibles dificultades, prevenir soluciones. |
| | | | | | - Facilitar expresión de sentimientos de forma adecuada, necesidades e ideas. | - Establecer compenetración y relación de confianza básica, determinar acciones sustitutivas, ayudar a identificar las causas del sentimiento, planificar estrategia adecuada. Reforzar positivamente. |
| | | | | | - Ayudar al paciente a olvidar y/o perdonar su relación con él mismo y los demás. | - Identificar fuente de culpabilidad, escuchar sin moralizar ni recurrir a tópicos, explorar sus sentimientos. |



7.3.4. Actividades de motivación y apoyo que realiza enfermería en el abordaje en pacientes con dismorfia muscular.

| Ref. bibliográfica | Autor | Año | Objetivo estudio | Metodología | Objetivos enfermería | Características de motivación y apoyo ⁽¹⁵⁾ |
|---|--|------|--|---|---|---|
| Nieto García E, Casado Lollano A, García Pérez C, Peláez Rodríguez L. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Semap [Internet]. 2008;1-223. Available from: http://www.semap.org/boletinSEM/AP/8/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf | Esther Nieto García, Amparo Casado Lollano, César García Pérez, Leticia Peláez Rodríguez | 2008 | Facilitar a enfermería el abordaje de la enfermedad. | Lectura exhaustiva de artículos y guías relacionadas con el tema. | - Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos difíciles. | - Ayudar a la expresión de sentimientos, ofrecer contacto para brindar apoyo en períodos complicados. |
| | | | | | - Ayudar a reafirmar el cambio autodirigido para conseguir metas importantes. | - Animar al paciente a examinar creencias, valores y satisfacción. |
| | | | | | - Motivar. | - Desarrollar una lista de recompensas adecuadas y significativas. |
| | | | | | - Animar al paciente a asumir más responsabilidad sobre su conducta. | - Ayudar en la creación de un horario que guíe el aumento de la responsabilidad. |
| | | | | | - Determinar un objetivo, clarificando metas y responsabilidades. | - Iniciar grupos de apoyo con atmósfera relajada y de aceptación. |



7.3.5. Objetivos y actividades enfermeras para controlar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con vigorexia.

| Ref. bibliográfica | Autor | Año | Objetivo estudio | Metodología | Objetivos enfermería | Actividades ⁽¹⁵⁾ |
|---|--|------|--|---|---|---|
| Nieto García E, Casado Lollano A, García Pérez C, Peláez Rodríguez L. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Semap [Internet]. 2008;1–223. Available from: http://www.semap.org/boletinSEMAP/8/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf | Esther Nieto García, Amparo Casado Lollano, César García Pérez, Leticia Peláez Rodríguez | 2008 | Facilitar a enfermería el abordaje de la enfermedad. | Lectura exhaustiva de artículos y guías relacionadas con el tema. | <ul style="list-style-type: none"> - Controlar al paciente de manera periódica, constante y frecuente. - Instaurar un plan de cuidados. - Controlar y hacer un seguimiento del plan farmacológico. - Prevenir recaídas. - Proporcionar asesoramiento y visitar individualizadas al cuidador o familia. | <ul style="list-style-type: none"> - Conseguir alto grado de empatía y confianza. - Reforzar conductas positivas. - Determinar evolución del paciente como un todo. - Mantener postura firme, sin criticar ni menospreciar. - Integrar a la familia en la actuación diaria, asesoramiento y seguimiento personalizado. |



8. Análisis/Discusión.

Tras el análisis íntegro de todos los artículos seleccionados, se puede observar la falta de investigación, estudios y formación sobre la vigorexia en el ámbito enfermero.

En la mayoría de los resultados, la dismorfia muscular se considera un trastorno de conducta alimentaria (TCA), por lo que engloban su abordaje y tratamiento como lo harían a la anorexia nerviosa o bulimia. Esto se debe a la falta de formación de los profesionales.

Con respecto al objetivo específico de la identificación de instrumentos de detección, valoración y seguimiento, se puede observar que:

Los instrumentos de detección, valoración y seguimiento de la vigorexia más relevantes son la Matriz Somatomórfica, El Cuestionario del complejo de Adonis y Escala de Satisfacción Muscular (ESM).⁽¹⁸⁾

En cuanto a la Matriz Somatomórfica, se destaca que contempla la orientación sexual del individuo, por lo que reduce la discriminación. En España no se encuentran estudios con este instrumento ya que el programa informático está en inglés. Además algunos de los inconvenientes principales de este instrumento son la inexistencia de la versión femenina y la no contemplación de cuerpos muy fibrosos y con poca grasa.⁽¹⁸⁾

El Cuestionario del Complejo de Adonis es un cuestionario con pocos ítems por lo que es rápido de contestar.⁽¹⁸⁾ Además presenta buena consistencia interna y fiabilidad temporal, por lo que puede ser utilizado para analizar la DM o vigorexia.⁽¹⁷⁾

En cuanto a la ESM, es el más importante y relevante en España. Los resultados obtenidos en el estudio que compone el proceso de validación, sugieren que puede evaluar de forma adecuada varias dimensiones de la vigorexia.⁽¹⁸⁾ Los investigadores la prefieren debido a su brevedad y facilidad de uso. Presenta buena validez y buenas propiedades psicométricas, aunque en su aplicación presenta algunas limitaciones debido a la ausencia de un punto de corte de grado para la vigorexia.⁽¹⁹⁾

Con respecto a las actividades de prevención realizadas por enfermería, la Atención Primaria (AP) se dirige a la resolución de necesidades y problemas que deben abordarse con actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Para poder crear un plan de prevención ante la vigorexia, se deben abordar tres esferas: diagnóstico de la zona y área de salud, actividades preventivas y tratamiento, cuidados y rehabilitación.⁽⁷⁾



En cuanto al objetivo de las características de la comunicación de la intervención de enfermería, se considera que la comunicación enfermera-paciente en el abordaje de la vigorexia, al igual que en el resto de trastornos, es muy importante para crear un ambiente abierto, de confianza, aceptación, seguridad y negociación, para que pueda sentir comodidad.⁽¹⁵⁾ El papel enfermero será muy importante para la motivación, la comprensión y el apoyo.⁽¹⁶⁾

Sobre el objetivo de las actividades de motivación y apoyo, como se menciona anteriormente, es importante proporcionar al paciente seguridad, aceptación y ánimo en momentos difíciles. Para ello, se explorarán las experiencias emocionales y se ayudará a la expresión de sentimientos.⁽¹⁵⁾

Y por último, con respecto a los objetivos y actividades que realiza enfermería para asegurar el cumplimiento del tratamiento de los pacientes con vigorexia, enfermería debe controlar al paciente periódicamente, instaurar un plan de cuidados, prevenir recaídas y proporcionar asesoramiento.⁽¹⁵⁾

9. Conclusiones.

Al finalizar el estudio de los artículos, podemos concluir que, el principal punto a tratar es la educación y preparación del personal sanitario.

En el sistema sanitario, donde el eje debería ser el paciente, enfermería es el enlace entre el paciente y el resto de profesionales sanitarios. Enfermería es el equipo que está más en contacto con los pacientes, por lo que puede realizar una evaluación completa del paciente como ser biopsicosocial.

Los objetivos de enfermería, dentro de un equipo multidisciplinar, es proporcionar cuidados que se diferencien de los cuidados tradicionales dados en una unidad de hospitalización, atendiendo las esferas psicosocial y emocional del ser humano, dejando a un lado el componente más técnico de la enfermería.⁽¹⁶⁾

Se considera que enfermería ante este tipo de trastornos tiene un papel fundamental en la detección de signos y síntomas relacionados. La identificación y explicación pueden ayudar a comprender y tomar conciencia sobre la enfermedad. La formación de los profesionales es fundamental para su identificación precoz y para el inicio de un tratamiento especializado.⁽¹⁶⁾



Por esta razón, los profesionales deberían formarse o ser informados sobre estas enfermedades más “nuevas” para identificar precozmente el trastorno y realizar un abordaje adecuado.⁽¹⁶⁾

En este estudio, ha quedado reflejada la importancia que tienen las intervenciones de enfermería ante este tipo de trastorno. Se ha demostrado la falta de información y formación en profesionales del sector sanitario ante este trastorno “nuevo” y la dificultad de crear un abordaje adecuado del trastorno.



10. Bibliografia

1. Petroski EL, Pelegrini A, Glaner MF. Reasons and prevalence of body image dissatisfaction in adolescents. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2012 En [consultado 2020 Nov 20];17(4):1071–1077. Disponible en: http://www.scielo.br.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400028&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
2. Behar R, Molinari D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Rev Med Chil* [Internet]. 2010 [consultado 2020 Nov 20];138(11):1386–1394. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Soler PT, Fernandes HM, Damasceno VO, Novaes JS. VIGOREXY AND LEVELS OF EXERCISE DEPENDENCE IN GYM GOERS AND BODYBUILDERS. *Rev Bras Med Esporte* [Internet]. 2013 Oct [consultado 2020 Nov 20];19(5): 343-348. Disponible en: http://www.scielo.br.sabidi.urv.cat/pdf/rbme/v19n5/en_a09v19n5.pdf
4. Berenguel MR, Felices I, Berenguel A, López ÁD. Salud y cuidados durante el desarrollo. [Internet]. España: ASUNIVEP; 2017 [consultado 2020 Oct 29]. 59-64, 247-251 p. Disponible en: https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_5.pdf
5. Chile Psicólogos. [Internet]. Santiago de Chile: Chile Psicólogos [consultado 2020 Dic 10]. Vigorexia: un trastorno que se anaboliza con las redes sociales. Disponible en: <https://chilepsicologos.cl/vigorexia>
6. Giménez I, Valencia N. Dismorfia muscular y vigorexia. Universidad de Jaén [Internet]. 2019 [consultado 2020 Nov 30] Disponible en: <https://hdl.handle.net/10953.1/10627>.
7. Mariano L, Encinas BM. La Vigorexia como trastorno cultural. Prioridad en la actuación desde atención primaria. *Rev enfermería* [Internet]. 2003 Abr [consultado 2020 Nov 19];16:24–7. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/396/2003-5.pdf?sequence=1>
8. Cernuda A. LA VIGOREXIA FEMENINA, FENOMENO EN ALZA. XVI Congreso



- Virtual Internacional de Psiquiatria INTERPSIQUIS [Internet]. 2015 [consultado 2020 Dic 10]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/la-vigorexia-femenina-fenomeno-en-alza/>
9. González-Martí I, Fernández JG, Contreras OR. Contribución para el criterio diagnóstico de la Dismorfia Muscular (Vigorexia). Rev Psicol del Deport [Internet]. 2012 [consultado 2020 Nov 20];21(2):351–358. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235126897015.pdf>
 10. Moreno MÁ, Tejada EJ, Tejada MD. Diagnóstico de vigorexia (dismorfia muscular) a raíz de trastornos de conducta: consumo de diversas sustancias potencialmente peligrosas y sus consecuencias. Med Gen y Fam Edición Digit [Internet]. 2018 [consultado 2020 Dic 19];7(1):35–37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.012>
 11. Orrit G, Pablos A, Guzmán FJ. Muscle dysmorphia: Predictive and protective factors in adolescents. Cuad Psicol del Deport [Internet]. 2019 May 28 [consultado 2020 Oct 29];19(3):1–11. Disponible en: <https://revistas.um.es/cpd/article/view/347981/271261>
 12. Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, et al. Body dysmorphic disorder: Some key issues for DSM-V. Wiley Online Library [Internet]. 2010 [consultado 2020 Dic 6];27(6):573–591. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20533368/>
 13. Hernández M, Guillem J, Hernández J. Dismorfia muscular, vigorexia o complejo de Adonis: a propósito de un caso. Psiquiatr Biológica [Internet]. 2005 [consultado 2020 Dic 6];12(3):133–135. Disponible en: <https://medes.com/publication/17313>
 14. Andrade JA, García S, Remicio C, Villamil S. NIVELES DE ADICCIÓN AL EJERCICIO CORPORAL EN PERSONAS FISIOCULTURISTAS. Rev Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte [Internet]. 2012 [consultado 2020 Nov 20];7(2):209-226. Disponible en: <https://www.riped-online.com/articles/levels-of-body-exercise-addiction-in-bodybuilders.pdf>
 15. Nieto E, Casado A, García C, Peláez L. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. España: SEMAP; 2008 [consultado 2020 Dic 19];1–223. Disponible en: <https://www.aeesme.org/wp->



content/uploads/docs/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf

16. De La Serna J, González S. Rol de enfermería en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Universidad de Cantabria [Internet] 2017 [consultado 2020 Dic 6] Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11650/Serna%20Mat%E9%20Jorge%20de%20la.pdf?sequence=4>.
17. Latorre PÁ, Garrido A, García F. Versión española del cuestionario del complejo de Adonis; un cuestionario para el análisis del dimorfismo muscular o vigorexia. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [consultado 2020 Oct 29];31(3):1246–1253. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8292.pdf>
18. González I. Vigorexia; Instrumentos para su detección. V Congreso Asociación Española de Ciencias del Deporte. León; 2008 [consultado 2020 Dic 6]. Disponible en: https://www.cienciadeporte.com/images/congresos/leon/salud,ocio_y_recreacion/gonzalezvigorexia.pdf
19. Jin X, Jin Y, Zhou S, Li X, Yang S-N, Yang D, et al. The Muscle Appearance Satisfaction Scale: A factorial analysis of validity and reliability for its use on adult Chinese male weightlifters. Body Image [Internet]. 2015 Jun [consultado 2020 Oct 29];14:94–101. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.004>
20. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. Washington DC, London England. APA; 2014 [consultado 2020 Dic 19] 147 p. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
21. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. The PRISMA Group [Internet]. 2009 [consultado 2020 Dic 19];6(6). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097.s001>



11. Anexos.

11.1. Anexo 1.

Trastorno dismórfico corporal

147

Trastorno dismórfico corporal

300.7 (F45.22)

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.

Especificar si:

Con dismorfia muscular: Al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.

Especificar si:

Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., "Estoy feo/a" o "Estoy deforme").

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.

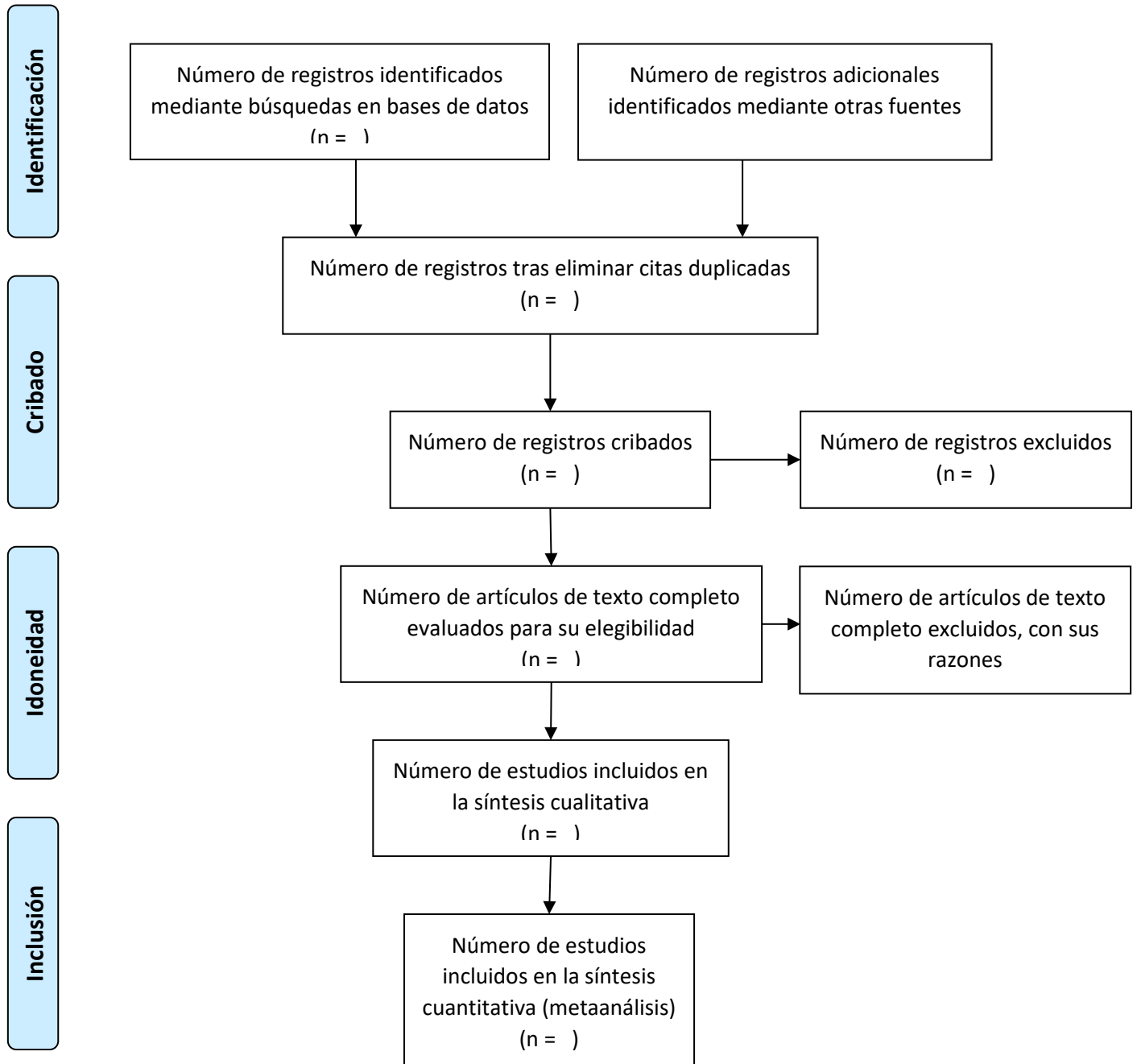
Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.



11.2. Anexo 2.



PRISMA 2009 Diagrama de Flujo (Spanish version - versión española)



Fuente: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Para más información, visite: www.prisma-statement.org.

