

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Victoria Irene Bermejo

**PREVALENCIA DE VIGOREXIA EN CORREDORES DE AMBOS
SEXOS ENTRE 20 Y 64 AÑOS DE EDAD, DE LA LOCALIDAD DE
CASTELAR, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, EN EL AÑO 2024**

2024

Tutora: Lic. Micaela de la Iglesia

Citar como: Bermejo VI. Prevalencia de vigorexia en corredores de ambos sexos entre 20 y 64 años de edad, de la localidad de Castelar, Provincia de Buenos Aires, en el año 2024. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2024. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/2889>

INDICE

AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	4
TEMA.....	5
SUBTEMA	5
INTRODUCCIÓN.....	5
PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	8
OBJETIVOS.....	8
OBJETIVO GENERAL.....	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
MARCO TEÓRICO.....	9
DEFINICIÓN DE SALUD Y ACTIVIDAD FÍSICA	9
DEFINICIÓN DE TCA Y VIGOREXIA.....	10
VIGOREXIA.....	10
ETIOLOGÍA.....	11
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES	12
ADICCIÓN AL EJERCICIO.....	13
PREVALENCIA DE LA VIGOREXIA.....	15
FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE VIGOREXIA.....	15
COMPLICACIONES DE LA VIGOREXIA.....	16
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA VIGOREXIA	17
TRATAMIENTO Y ABORDAJE.....	17
HIPOTESIS.....	19
VARIABLES.....	19
DISEÑO METODOLÓGICO	19
TIPO DE ESTUDIO	19
UNIVERSO Y MUESTRA	19
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	20
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	20
ASPECTOS ÉTICOS.....	20
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	20
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
PLAN DE TRATAMIENTO ESTADÍSTICOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21

RESULTADOS	22
DISCUSIONES.....	24
LIMITACIONES	26
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS.....	33
ANEXO 1: <i>CONSENTIMIENTO INFORMADO</i>	33
ANEXO 2: CUESTIONARIO DEL COMPLEJO ADONIS.....	33
ANEXO 3: SISTEMA DE CATEGORIZACION Y PUNTUACION DE ACQ	37

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A mi familia que me apoyo en todos estos años de carrera, sin ellos no lo hubiera logrado. Hoy le dedico a ustedes este logro, a mis hijos, a mis padres, a mi hermana, a mi esposo, mi suegra. Gracias por creer en mí y acompañarme siempre y ser mi ejemplo a seguir.
- ❖ A mis amigas de siempre que fueron un gran sostén y apoyo en este tiempo.
- ❖ A mi tutora Micaela gracias por tus orientaciones, confianza, conocimiento.
- ❖ A mis compañeras, amigas y colegas Naiara y Florencia que fueron un apoyo emocional todos estos años.
- ❖ A mi ahijada que me dio el título más lindo.
- ❖ A mis abuelos que me enseñaron la cultura del trabajo, el estudio, la responsabilidad y el amor.
- ❖ A las nutricionistas del hospital Favaloro, en especial a Melisa gracias por su solidaridad, su tiempo, su dedicación, sus orientaciones, confianza, ejemplo y compañerismo a lo largo de mis practicas hospitalarias, ustedes me hicieron amar aún más esta profesión.
- ❖ Al grupo de runners Milton R. T de Castelar por participar lo que me permitió realizar el trabajo.
- ❖ A la Universidad Isalud por los años de formación profesional.

RESUMEN

Autora: Bermejo Victoria

Introducción: El running es un deporte en el cual los deportistas pueden afectar sus conductas respecto de los hábitos alimentarios y ejercicio excesivo, en una búsqueda constante de mejorar el físico y optimizar el rendimiento. Los corredores pueden enfrentar desafíos únicos en términos de salud mental debido a la presión del rendimiento, las expectativas y los estándares físicos. Investigar la vigorexia podría ayudar a crear conciencia sobre la importancia de la salud mental y física en el deporte.

Objetivo: Determinar la prevalencia de vigorexia, en corredores de ambos sexos entre 20 y 64 años, del partido de Castelar de la ciudad de Buenos Aires durante el año 2024.

Metodología: estudio cuantitativo, descriptivo y prospectivo de corte transversal. Se empleó una única encuesta autoadministrada y voluntaria. A través del cuestionario de Adonis se evaluó el grado de preocupación por la imagen corporal de la muestra seleccionada.

Resultados: participaron 100 corredores de los 80% tiene una preocupación leve no patológica, el 19% tiene un grado moderado de Complejo de Adonis, solo un 1% tiene Complejo de Adonis grave y no se observa en la población estudiada preocupación patológica de la imagen corporal.

Conclusiones: En la población estudiada se observó una preocupación leve no patológica correspondiente a una probabilidad baja de desarrollar vigorexia. Si bien los resultados fueron alentadores, considero de gran importancia llevar a cabo estrategias de educación, que faciliten la detección, el tratamiento y prevención de manera eficaz y oportuna.

Palabras claves: vigorexia - corredores - trastornos de la conducta alimentaria (TCA)- Complejo de Adonis (CA).

TEMA

Trastorno de la conducta alimentaria

SUBTEMA

Prevalencia de vigorexia calidad de Castelar provincia de Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN

El running, término utilizado para referirse a la carrera continua, es el acto por el que alternativamente los pies tocan el suelo a una velocidad mayor que al caminar. Este se ha convertido en un fenómeno social durante el 2021. Hay una gran cantidad de carreras populares, maratones y medio maratones en todo el país, sobre todo en la ciudad de Buenos Aires y partidos de Castelar, Morón (1).

Esta creciente popularidad se manifiesta en tres factores principales: primero, la cantidad de corredores (*runners*) que invaden todo espacio propicio para correr principalmente espacios verdes, parques y plazas; segundo, la variedad de carreras, eventos y competencias que se realizan cada fin de semana; y tercero, la cantidad de equipos de *running* (*runnings teams*) que existen en la actualidad (1).

En este deporte, en el cual, se requieren ciertas exigencias para optimizar su rendimiento, en algunas personas pueden verse afectadas sus conductas respecto de los hábitos alimentarios y ejercicio excesivo, en una búsqueda constante de mejorar el físico (2).

Para buscar el físico ideal, los deportistas pueden recurrir a comportamientos de riesgo a partir de su percepción del cuerpo y pueden desarrollar conductas irregulares en su alimentación lo que puede tener consecuencias en la aparición de trastornos en la conducta alimentaria (TCA), tales como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, y vigorexia. En los atletas los problemas de alimentación se definen como “anorexia atlética”, “alimentación desordenada” o “trastornos alimentarios subclínicos” (3).

La vigorexia es un trastorno psicológico, un tipo de adicción comportamental, es decir una conducta adictiva que implica una distorsión de la imagen corporal, relacionado con la obsesión por lograr una disminución de la masa grasa y un aumento de la masa muscular. Suele caracterizarse por rutinas de ejercicio obsesivas, exageradas y un aumento en el consumo de proteínas e hidratos de carbono, esto puede ser peligroso si se genera en torno a la obsesión, prohibiciones o malas conductas alimentarias con tan solo obtener el objetivo de optimizar la composición corporal, sin evaluar riesgos (4).

Es un problema que pone en riesgo la salud no solo física sino también emocional y genera problemas en todas las áreas de vida, provocando incluso, en algunos casos, la muerte en las personas que la padecen. Dietas estrictas, suplementos y consumo descontrolado de esteroides anabolizantes androgénicos (EAA) producen graves alteraciones en diferentes órganos y funciones del organismo, siempre y cuando no estén acompañados de un equipo profesional interdisciplinario que evalúe el contexto, beneficios, debilidades, afecciones, entre otros (4).

Investigaciones realizadas en Europa, sugieren que los corredores, especialmente aquellos involucrados en el atletismo competitivo o de élite, podrían tener una prevalencia más alta de trastornos alimentarios en comparación con la población general, como la Vigorexia, Anorexia inversa, Dismorfia muscular (2).

La Asociación Argentina de Psicología del Deporte realizó una investigación en la cual se estudió una muestra de 695 atletas, de los cuales el 74% eran gimnastas y el 24% corredores de larga distancia, en la misma se demostró que los métodos de control de peso más comunes entre estos deportistas fueron ejercicio excesivo (58.8%), consumir menos de 600 kcal/día (23.5%), ayunos de más de 24 hs. (11.9%), vómitos auto inducidos (5.6%), uso de laxantes (3.7%), diuréticos (3.2%), enemas (1.4%) (5).

Los deportistas, incluidos los corredores, pueden enfrentar desafíos únicos en términos de salud mental debido a la presión del rendimiento, las expectativas y los estándares físicos. Investigar la vigorexia podría ayudar a crear conciencia sobre la importancia de la salud mental y física en el deporte (5).

Es importante enfatizar en las conductas en general, enfocándose en una salud integral, que pueden desembocar en problemáticas como la vigorexia afectando la performance del deportista. Es importante realizar una intervención precoz y prevención de dicha problemática, pudiendo desarrollar actividades educativas sobre nutrición deportiva, orientar al deportista, organizar la entrega y provisión adecuada de alimentos antes, durante y después los entrenamientos y carreras, fijar políticas de nutrición para el entrenador y los deportistas (5).

El rol del Lic. en nutrición, inserto en un equipo inter/multidisciplinario es fundamental en nutrición deportiva, de la mano de una sólida educación alimentaria, que les permita dentro y fuera de una carrera proveer la energía y los nutrientes necesarios para que los deportistas mejoren su rendimiento, evitando la fatiga y lesiones, como también para permanecer con buena salud, conseguir y mantener una contextura física óptima. La intervención nutricional tiene como objetivo promover

diversos beneficios sin caer en conductas inadecuadas que perjudiquen la salud. Gracias a la intervención nutricional lograran todos los beneficios sin caer en conductas inadecuadas que perjudiquen la salud.

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la proporción de corredores de ambos sexos entre 20 a 64 años que presentan vigorexia en la localidad de Castelar provincia de Buenos Aires en el año 2024?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y grado de vigorexia, en corredores de ambos sexos entre 20 y 64 años, del partido de Castelar provincia de Buenos Aires en el año 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Describir los marcadores diagnósticos de vigorexia de la población en estudio.
- Evaluar el grado de preocupación de la imagen corporal de la población de estudio.
- Categorizar en un sistema de puntuación el grado de preocupación de la imagen corporal de la población en estudio.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN DE SALUD Y ACTIVIDAD FÍSICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, no solo como la ausencia de la enfermedad. En estos términos, la actividad física de forma habitual trae beneficios en todos estos aspectos. Entre los aspectos positivos encontramos: beneficios en el sistema cardiovascular, respiratorio, músculo esquelético. Los beneficios relacionados con la mejora o prevención de cardiopatías son la reducción de la hipertensión arterial o la mejora de los problemas en la columna vertebral. También existe influencia en la recuperación tras accidentes cerebro vasculares. En los beneficios psicológicos encontramos beneficios en el estado de ánimo, reducción de la ansiedad, el aumento de la autoestima, el autoconcepto y una percepción más positiva de la imagen corporal (6).

La actividad física, el ejercicio físico y el deporte suelen sonar sinónimos, pero tienen significados diferentes, por lo cual, es importante definirlos correctamente. La actividad física se define como cualquier movimiento corporal que requiera energía, mientras que el ejercicio físico es un tipo de actividad física planeada y estructurada, con una preparación anterior. Consiste en repetir determinados movimientos con el objetivo de mejorar o mantener alguno de los componentes de la aptitud física. Las más comunes y populares son caminar, musculación, natación o el running. Por último, el deporte implica el desarrollo de ejercicio físico sujeto a reglas (7).

A pesar de estos beneficios saludables a veces la realización de actividad física puede causar efectos negativos, en ciertos contextos, como el culturismo o deportes de resistencia, puede haber una obsesión por la imagen que lleve a trastornos alimentarios o dismorfia corporal. En un ambiente competitivo, la presión por rendir puede influir negativamente. Además, la adicción al ejercicio físico, la profesionalización y los objetivos resultadistas de quienes lo practican, también se puede observar estrés, problemas depresivos, agotamiento, lesiones deportivas por sobre esfuerzo o estrés y patologías relacionadas con la alimentación (6).

La actividad física, ha pasado de ser considerada como un medio para mejorar la salud o como una actividad de ocio, a convertirse en un método para lograr un ideal de belleza, que puede llegar a implicar una práctica no saludable del mismo (6).

DEFINICIÓN DE TCA Y VIGOREXIA

Los TCA hacen referencia al conjunto de actitudes, comportamientos y estrategias asociados con una preocupación permanente por el peso y la imagen corporal. Su gravedad queda representada en los elevados índices de morbilidad, la cronificación del trastorno y la proliferación de casos subclínicos, especialmente entre adolescentes. Tienden a aparecer como consecuencia de la combinación de factores individuales, socioculturales, familiares y biológicos (8).

El resultado es que pueden amenazar al bienestar físico y psicológico del sujeto e incluso llevar a algunas personas a enfermar o a la muerte. Tanto la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) como la OMS, consideran que los dos trastornos de la conducta alimentaria más definidos son la anorexia y la bulimia. La APA distingue además el trastorno por atracón (binge eating). Por otra parte, existen los denominados Trastornos del Comportamiento Alimentario No Especificados o TCA-NE, en el cual se incluyen todos aquellos casos que no cumplen íntegramente con los criterios diagnósticos de la anorexia y la bulimia. La vigorexia se encuentra en esta clasificación ya que comparte la preocupación obsesiva por la figura y una distorsión del esquema corporal. Tiene una base sociocultural en la que el paciente presenta una falta de aceptación y dismorfia corporal, además de un narcisismo patente parecido al de las personas anoréxicas; las personas vigoréxicas se sienten escuálidas y quieren aumentar cada día más su masa muscular, exhibiendo su apariencia exageradamente musculosa (9).

VIGOREXIA

En los años noventa se comienza a estudiar el fenómeno por el cual la práctica deportiva se convierte en una “obsesión”. Las primeras referencias las encontramos en el grupo de investigación del psiquiatra Harrison Pope en Estados Unidos, quién describió la vigorexia por primera vez en 1993 mientras investigaba el uso y abuso de esteroides (9).

En realidad, Pope ya había estudiado antes este trastorno que en principio consideró una forma de psicosis (9).

Dicho trastorno que el grupo denominó “Anorexia Nerviosa Inversa” (Reverse Anorexia) o incluso “Big-orexia”, ha evolucionado hasta el término más actual de “Dismorfia Muscular” o “dismorfofobia”. También se habla a veces de “Complejo de Adonis”. En la actualidad se denomina “Vigorexia” (10).

Se han utilizado otros nombres como: síndrome del hombre de hierro, síndrome del culturista, ortorexia, megarexia. Por tanto, nos movemos en un campo confuso donde coexisten los nombres de: Anorexia inversa, Dismorfia muscular o dismorfofobia, Complejo de Adonis y Vigorexia (10).

En la actualidad, según un estudio realizado por Baile parece que los términos “Anorexia Nerviosa Inversa” o “Dismorfia Muscular”, pueden ser los más utilizados en el ámbito científico internacional, siendo “Vigorexia” el término más extendido en los textos en castellano (11).

La vigorexia consiste en una alteración de la salud caracterizada por una preocupación patológica de ser débil y no tener suficiente desarrollo muscular del cuerpo, aun teniéndolo, y se manifiesta en la incapacidad de ver con exactitud el tamaño del propio cuerpo, con pensamientos obsesivos, así como comportamientos negativos relacionados con la apariencia tales como, exceso de ejercicio, dieta inapropiada, consumo de sustancias peligrosas (11).

ETIOLOGÍA

La explicación etiológica se ha llevado a cabo generalmente desde modelos multicausales, en los cuales se suele hablar de factores, desencadenantes, mantenedores de la adicción y predisponentes, que se encuentran en constante interacción. Estos factores pueden ser socioculturales, psicológicos y biológicos (12).

Las variables socioculturales pueden tener un papel fundamental como desencadenante. Por ejemplo, la influencia de los medios de comunicación, anuncios, series de televisión, concursos, revistas, entre otros, fomentan valores sobre el físico, que van influyendo desde una temprana edad y se inculca la relación entre el aspecto y el éxito. Para conseguir todo esto es imprescindible tener un cuerpo fibroso y musculoso, que además “es fácil de conseguir en el gimnasio o haciendo ejercicio” (12).

Otros autores, como Muñoz y Gómez, 2004, han propuesto una tendencia genética o biológica a este trastorno que ellos consideran adicción. Dichos autores plantean que el bajo rendimiento del sistema serotoninérgico acompaña a este trastorno, pudiendo aparecer, además, un desequilibrio de otros neurotransmisores cerebrales, como el gaba, encargado de la inhibición específica de comportamientos, o la dopamina, cuyos niveles aumentan significativamente en la práctica excesiva de deporte, igual que en otras adicciones, lo que biológicamente acercaría la vigorexia a una adicción (13).

En cuanto a la influencia de variables predisponentes se puede destacar la importancia de ciertos problemas psicológicos. Los sujetos suelen presentar una historia de burlas sobre su apariencia, fracasos, relaciones interpersonales negativas, de forma similar a lo que sucede en la anorexia. Los sujetos realizan cogniciones equivocadas sobre su propia imagen, aparecen pensamientos obsesivos relacionados con experiencias previas. El perfeccionismo, la baja autoestima, el miedo al ridículo y al fracaso y la opinión de los otros sobre ellos juegan un importante papel (13).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

La vigorexia se define como un TCA, es decir, los sujetos vigoréxicos tienden a una restricción alimentaria, al uso de fármacos y a la realización de ejercicio excesivo, igual que en la Anorexia Nerviosa (14).

Como se ha comentado anteriormente los primeros casos se la denominó “anorexia nerviosa inversa”, debido a las características comunes que en ciertos aspectos componen estos trastornos, aunque en sentido opuesto (14).

La vigorexia y la anorexia comparten además la preocupación desmedida por su aspecto físico, la distorsión del esquema corporal, la obsesión por pesar los alimentos, el interés por las comidas, calorías y composición de lo que se ingiere, la autoobservación, pesarse varias veces al día y la supresión de grasas, entre otras. (14).

En ambos casos se busca el cuerpo perfecto con control de alimentos y con la realización de ejercicio. Sin embargo, hay grandes diferencias entre la vigorexia y anorexia. De esta parece derivarse la idea de que, aunque tengan elementos similares, la anorexia y la vigorexia son verdaderamente dos trastornos diferentes (Tabla 1). Pero, aunque ambos tienen diagnósticos diferenciales, son TCA.

Tabla 1. Semejanzas y similitudes entre la Vigorexia y la Anorexia (14).

Vigorexia	Anorexia
Se ve delgado y débil (“pequeño”) <ul style="list-style-type: none"> - Intenta ganar peso. - Gusto por la ingesta de proteínas. - Más prevalente en hombres. - Fármacos para ganar peso. - No antecedentes de agresión sexual. - La conducta fundamental es el exceso de ejercicio. - Siempre se hace mucho ejercicio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se ve gorda/o. - Intenta perder peso - Rechazo por la ingesta de proteínas. - Más prevalente en mujeres - Fármacos para perder peso. - A veces antecedentes de agresión sexual - La conducta fundamental es el rechazo a los alimentos y/o conductas purgativas (no comer, vomitar, entre otras) - No siempre se hace mucho ejercicio

ADICCIÓN AL EJERCICIO

Algunos investigadores asocian las conductas de los sujetos vigoréticos con las adicciones no químicas como juego, dinero, poder, trabajo, comida o deporte. La práctica compulsiva del deporte proporciona placer, es decir, ejerce un papel de refuerzo. Disminuye la ansiedad y el estrés, aumenta la autoestima y mejora las relaciones en el trabajo (14).

Los sentimientos negativos que perciben los adictos al deporte cuando no pueden practicarlo resultan similares a los de abstinencia (14).

Por tanto, la vigorexia podría ser una adicción al ejercicio. Pero los vigoréticos muestran diferencias con los adictos al ejercicio. Los adictos realizan ejercicio buscando no solo disminuir un estado previo desagradable, por ejemplo, la abstinencia, sino intentando conseguir un estado interno agradable. La práctica produce un efecto placentero, hay un proceso de reforzamiento positivo (14).

Este reforzamiento positivo no parece darse en los vigoréticos, verdaderamente no disfrutan haciendo ejercicio, solo evitan el malestar que le produce no hacerlo (15).

El adicto al ejercicio o a la práctica deportiva es aquel que se encuentra a gusto mientras realiza sus ejercicios y que consideraríamos un adicto confuso, en tanto que al dedicarse tanto tiempo a hacerlo perjudique su adaptación psicológica, social y laboral (15).

En esta misma línea, se concluyó que las características que presentaban aquellos primeros “corredores obligados” o “corredores obsesivos” estarían dentro de los parámetros de las compulsiones más que de los de las adicciones ya que la experiencia de estos corredores es más displacentera o dolorosa que placentera (14).

Se afirmó que los sujetos adictos muestran rasgos de tipo egosintónico, ya que no quieren parar o detener la realización de la actividad, obteniendo básicamente placer con su comportamiento, pero los sujetos obsesivo-compulsivos serían egodistónicos, ya que no es realmente placer lo obtenido ni lo buscado, sino que encontrándose con un cierto malestar previo usarían la actividad física como reductora de dicho malestar (14).

Está claro que hay un perfil diferente entre deportistas que hacen y que no hacen competición. En esta línea, otro concepto que se ha encontrado es el de adicción a las marcas u obsesión por las marcas. Se trata de deportistas que hacen esfuerzos enormes, perjudicando a veces su salud y sacrificando sus estudios, su tiempo de ocio, su tiempo de pareja, para conseguir batir una marca, por ejemplo, correr una distancia por debajo de un tiempo dado. A veces perjudican su vida privada para conseguir estos objetivos e incluso llegan a administrarse sustancias estimulantes para lograr dichas metas. El objetivo se convierte en algo positivo. Sin embargo, también este problema presenta pautas diferenciadas respecto a la vigorexia (Tabla 2) (16).

Tabla 2. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y adicción al ejercicio (16).

Vigorexia	Adicción al ejercicio
<p>No hay un objetivo externo, el objetivo es el propio cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto no quiere dejar de hacer nunca tanto ejercicio. - Sobre todo se presenta en culturistas y en corredores. - Predomina el ejercicio anaeróbico 	<p>Hay un objetivo externo que lo motiva todo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto anhela el momento en que pueda dejar tanto esfuerzo (aunque luego reincida). -Se encuentra con frecuencia en nadadores. - Ejercicio aeróbico y anaeróbico.

PREVALENCIA DE LA VIGOREXIA

Aunque no existen datos exactos sobre la prevalencia de la vigorexia a nivel mundial, se considera que esta afección es mucho más común en varones que en mujeres, debido a factores culturales y sociales que promueven ideales de masculinidad relacionados con la fuerza y la musculatura. Además, los hombres suelen estar más expuestos a la presión de los medios para tener cuerpos musculosos, lo que puede llevar a una búsqueda excesiva de masa muscular y a la distorsión de la imagen corporal (19).

Pope en 2002, estimó que un 10% de los usuarios habituales de gimnasios padecían este trastorno, lo que confirma sus propios datos de 1993. Olivardia en 2001 estimó, 90.000 el número de norteamericanos con problemas graves de vigorexia, por otro lado, el mismo porcentaje se ha encontrado en México (19). El Consejo General de Farmacéuticos habla de 700.000 casos en España, aunque es una estimación “clínica”. Un estudio situó el número de vigoréxicos en España entre 20.000 y 30.000 (19). La Unión Europea estimó en el 6% los usuarios habituales de gimnasios con este problema (19).

En Chile, se realizó una investigación que incluyó 200 sujetos y señaló prevalencia de Vigorexia de nivel leve en el 55% de los estudiantes que asisten al Coliseo de la Universidad Autónoma de Chile, mientras 45% alcanza el nivel moderado. Por otra parte, la carrera de Pedagogía en Educación Física presenta mayor prevalencia de vigorexia con un total de 48 casos y en referencia al género, las mujeres obtuvieron un 53,4% para la vigorexia de nivel leve, mientras los varones lograron un 56,3% para la misma categoría (19).

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE VIGOREXIA

Hay un factor importante de riesgo para el desarrollo de vigorexia, tal como la insatisfacción corporal, debido a las presiones en cuanto a la alimentación y/o al peso por motivos de rendimiento deportivo. Algunos deportistas relacionan de forma errónea delgadez con rendimiento, especialmente en los deportes de resistencia como el running donde cualquier exceso de peso se considera como una “carga” que hay que llevar. También la existencia de un “canon” estético para ciertas modalidades deportivas en la que los deportistas obedecen a un cierto estereotipo (22).

La especialización en disciplinas deportivas es cada vez más precoz, desde edades muy tempranas generan una presión que va aumentando con la edad y puede llegar a producir un alto grado

de insatisfacción corporal ya que hay disciplinas deportivas en las que el peso juega un papel importante por diferentes motivos. El nivel de competición, cuanto más se aproxima a la elite, mayor es el riesgo, pueden existir acontecimientos traumáticos como la pérdida del entrenador, lesión o una enfermedad determinada. Puede haber comentarios despectivos por alguien de su entorno deportivo, comentarios referentes a su peso o figura. La personalidad del deportista, la vulnerabilidad puede verse incrementada por sus propias características psicológicas, baja autoestima, perfeccionismo, grado del ideal de belleza (22).

El entorno del deportista, el contexto en el cual se involucra el deportista es crucial. El entorno familiar (padres que influyen negativamente en aspectos como la alimentación y el peso); el entorno deportivo (entrenadores, compañeros con influencias similares a las familiares) (22).

COMPLICACIONES DE LA VIGOREXIA

La vigorexia genera como consecuencia problemas psíquicos, físicos, metabólicos y estéticos, emocionales (22).

Dentro de los emocionales podemos encontrar nerviosismo, irritabilidad, depresión y ansiedad, pérdida de los vínculos afectivos y aislamiento. Dentro de los psíquicos- estéticos encontramos obsesión, compulsión, depresión, falta de confianza, deterioro de la imagen corporal, sentimiento de inferioridad. Dentro de los físicos tenemos, alteración del ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial, fatiga generalizada, dolor aumentado de músculos y articulaciones, dolores de cabeza. En algunos casos se detecta temblor en las manos y otras partes del cuerpo, mayor nerviosismo e irritabilidad, disminución del apetito, graves trastornos del sueño (22).

Dentro de los problemas metabólicos encontramos la reducción del impulso sexual, carencias nutricionales, osteoporosis, exceso de proteínas que se convierten en ácido úrico, producto tóxico que afecta a la absorción del calcio, ya que se elimina en grandes cantidades por la orina (22).

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA VIGOREXIA

Baile, establece una relación de las manifestaciones clínicas, en algunos casos el entrenamiento se continúa aun estando lesionado y sufriendo gran dolor, existe una preocupación por ser débil o poco musculoso e incapacidad de ver con objetividad el propio cuerpo, aun teniendo un cuerpo grande y musculado, que deriva en insatisfacción corporal. Hay una permanente autoobservación en el espejo para comprobar el tamaño de los músculos. Puede haber pensamientos obsesivos y permanentes, en ocasiones durante 3 o más horas al día, sobre no ser suficientemente grande, ser demasiado pequeño o sobre cómo mejorar el aspecto. Tener una conciencia pobre sobre su incapacidad de verse con objetividad, nada puede convencerles de que ellos no son pequeños (14).

También se ha identificado que los síntomas de la vigorexia suelen iniciar en la adolescencia. Lo cual es atribuido por algunos profesionales a la insatisfacción corporal generada por la presión que ejercen los medios de comunicación al establecer como estereotipo social una figura perfecta e inalcanzable (19).

TRATAMIENTO Y ABORDAJE

La vigorexia se puede prevenir trabajando con cada uno de los puntos de riesgo identificados anteriormente como son, el ejercicio excesivo obsesivo, dietas estrictas, suplementos, anabólicos y en especial trabajar con el contexto que rodea a la persona. Esto debe acompañarse de constantes investigaciones que profundicen el tema y su etiología. Es fundamental que las personas que componen el entorno del deportista tomen conciencia del valor de sus acciones y omisiones y las consecuencias que pueden derivarse de las mismas, sobre todo en lo relacionado a la actividad. El entrenador debe ser atento y debe estar lo suficientemente informado para revisar los valores y actitudes en relación con el peso, la dieta, la imagen corporal. Es importante conocer aquellas figuras de referencia y trabajar en su modificación, cambiando actitudes, conocimiento y trabajando también con las familias que muchas veces tienen un papel importante en cuanto su opinión sobre el peso, figura, entre otros (23).

Siempre se recomienda que sea un tratamiento multidisciplinario, conocer los signos y síntomas de la enfermedad, para su detección precoz, debiéndose evitar prácticas inadecuadas y evaluar aspectos como la mejora en la fuerza, en la condición física y/o mental (23).

Con relación a los familiares, la mejor forma de prevenir estos trastornos es lograr un ambiente seguro familiar más integral (23).

Ante un signo certero de enfermedad informar de forma positiva, evitando aspectos que son desfavorables para evitar alarmar a la persona.

El tratamiento a nivel farmacológico abarca a aquellos relacionados a trastornos de compulsión y obsesión como los inhibidores de la recaptación de serotonina, fármacos que ayudarían a controlar los síntomas obsesivos compulsivos de la vigorexia. En cuanto a las sustancias utilizadas en el tratamiento del TDC, los investigadores se han decantado por la fluvoxamina y la clomipramina, inhibidor no selectivo.

Con respecto al tratamiento psicológico, primero se trabaja en una etapa informativa-formativa, mayormente focalizada en la imagen corporal, cómo se forma, como nos relacionamos con nuestro cuerpo, cuáles son las limitaciones fisiológicas (24).

Luego se busca ajustar la auto-perfección, refiriéndose a adquirir visión realista del cuerpo y para ello se pueden utilizar técnicas de auto-observación y comparación social con otras personas. Se debe entrenar al sujeto en cómo identificar situaciones de riesgo y cómo poner en práctica las estrategias aprendidas en la terapia, analizando y reeducando sobre dietas adecuadas, libres de productos artificiales e identificando si el sujeto utiliza algún fármaco (24).

Se debe educar sobre un plan alimentario saludable adaptado al paciente, según los requerimientos nutricionales, hábitos, gustos y contexto de cada paciente, esto juega un papel fundamental ya que contribuye a que el paciente modifique sus actitudes y rutinas en relación con la alimentación, pierda miedos y restablezca su patrón de alimentación a uno saludable, favoreciendo de este modo su recuperación nutricional. El abordaje debe ser individual ya que, si bien los síntomas son los mismos, las causas son únicas del individuo y de su propio contexto. El nutricionista es un miembro clave del equipo interdisciplinario en el tratamiento de la vigorexia, debe trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud mental para abordar los aspectos emocionales y psicológicos del trastorno. En conjunto se puede ayudar al paciente de manera integral y mejorar su calidad de vida (24).

HIPOTESIS

Los corredores presentan una preocupación por su imagen corporal de diferente grado, alcanzando en algunos casos una preocupación patológica.

VARIABLES

- Trastorno de la conducta alimentaria
 - Vigorexia

- Edad
- Sexo
 - Femenino
 - Masculino

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. Los datos se recolectan en un solo momento describiendo variables en un tiempo determinado.

Este estudio tiene un diseño de tipo descriptivo ya que se centra en describir y entender un fenómeno tal cual es, sin hacer inferencias estadísticas ni establecer relaciones entre variables en términos numéricos.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de la investigación estuvo representado por todos los corredores de ambos sexos entre 20 y 64 años de edad de la Localidad de Castelar.

Mientras que la muestra intencional, seleccionada al azar y no probabilística, estuvo conformada por 100 corredores de la localidad de Castelar, Buenos Aires, aceptando participar del presente estudio a través de la firma del consentimiento informado (ANEXO 1) en el año 2024.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Corredores de ambos sexos entre 20 a 64 años de edad que realicen running en la localidad de Castelar y que firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Menor de 20 años.

Mayor de 64 años.

No realizar running.

No residir en la localidad de Castelar.

Quienes no acepten participar

ASPECTOS ÉTICOS

Se tuvieron en cuenta los principios éticos de la Declaración de Helsinki para esta investigación.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

EDAD

Definición conceptual: Tiempo vivido en que se considera dividida la vida humana (25).

Definición operacional: años.

SEXO

Definición conceptual: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas (26).

Definición operacional: Femenino-Masculino.

VIGOREXIA

Definición conceptual: dismorfia muscular, un trastorno que se caracteriza por la preocupación obsesiva por el físico y la distorsión del esquema corporal (27).

Definición operacional: cuestionario de complejo de Adonis (CA) (28). Las respuestas se dividen en tres opciones “a” cuyo valor es de 0 puntos, “b” cuyo valor es de 1 punto y “c” cuyo valor es de 3 puntos. De 0-9 puntos=preocupación leve no patológica. De 10-19 puntos=grado moderado. De 19-29 puntos= grave. De 30-39 puntos=preocupación posiblemente patológica de la imagen corporal (28).

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron recolectados por una alumna de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad ISALUD de la provincia de Buenos Aires, que llevó a cabo la investigación.

Se recolectaron 100 encuestas, se utilizó el cuestionario Adonis creado por Pope, Phillips y Olivardia, en el año 2000 (ANEXO 2). El cuestionario evalúa el grado de preocupación por la imagen corporal, no diagnostica fehacientemente la vigorexia en los corredores de ambos sexos entre 25 y 50 años de edad de la localidad de Castelar. Por su sencillez y rapidez en la administración, fue enviado por el investigador a través de un formulario Google Forms para realizarse en forma voluntaria, anónima, y autoadministrada. Se utilizó este instrumento por su validez, ya que muestra adecuadas características psicométricas y es útil para la valoración del dimorfismo muscular o vigorexia en deportistas.

Antes de comenzar con la encuesta, se solicitó la lectura y firma del consentimiento informado (ANEXO 1) a cada participante.

PLAN DE TRATAMIENTO ESTADÍSTICOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de la población en estudio el cual incluye información sobre las características sociodemográficas de los sujetos participantes.

Se confeccionaron gráficos ilustrativos y cálculos de medidas resumen, según la naturaleza de cada variable a partir de la base de datos confeccionada en Microsoft Excel.

RESULTADOS

La muestra final estuvo constituida por 100 corredores de la localidad de Castelar provincia de Buenos Aires. La edad promedio de la población es de 39 años +/- 8,47 años, con un mínimo de 20 años y un máximo de 63 años (Tabla 1). En cuanto al sexo de la población el 74% es femenino y el 26% masculino (Figura 1).

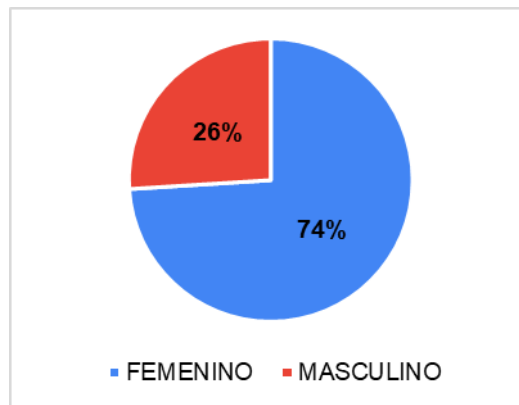
➤ DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD

TABLA 1. Medidas resumen según edad de la población estudiada.

Variable	Media	DE	Min	Max
Edad (años)	39,37	8,47	20	63

➤ DISTRIBUCION SEGÚN SEXO

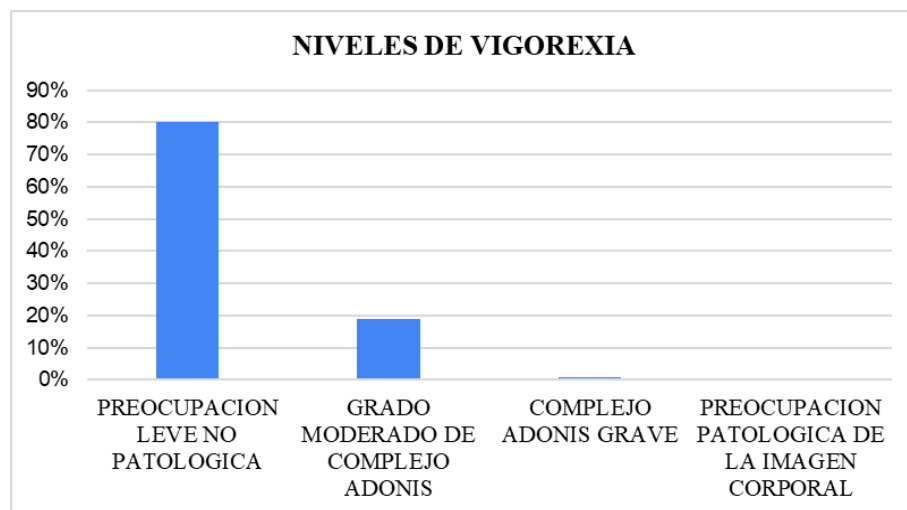
Figura 1: Distribución porcentual según sexo de la población estudiada.



➤ **DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE VIGOREXIA**

En cuanto a la descripción de la variable vigorexia se puede observar que el 80% de la población estudiada tiene una preocupación leve no patológica, el 19% tiene un grado moderado de Complejo de Adonis, solo un 1% tiene Complejo de Adonis grave y no se observa en la población estudiada preocupación patológica de la imagen corporal (Figura 2).

Figura 2: Distribución porcentual de la población estudiada según el nivel de vigorexia.



DISCUSIONES

La vigorexia es un trastorno psicológico, una conducta adictiva que implica una distorsión de la imagen corporal, relacionado con la obsesión por lograr una disminución de la masa grasa y un aumento de la masa muscular (8).

De esta manera, el presente trabajo tuvo como objetivo determinar la prevalencia y grado de vigorexia, en corredores de ambos sexos entre 20 y 64 años, del partido de Castelar provincia de Buenos Aires en el año 2024, considerando factores como edad, sexo y nivel de preocupación corporal.

En la muestra estudiada, la edad promedio fue de 39 años ($\pm 8,47$), lo que sitúa a la mayoría de los participantes en la adultez media, una etapa en la que la salud física y la preocupación por mantener un buen estado físico tienden a ser prioritarias. El cual el 80% dio una preocupación leve por la imagen corporal; y el 19% un grado moderado de “complejo de Adonis”; y el 1% tiene un complejo grave. En contraste, el estudio realizado por la Universidad Autónoma de Chile abarcó una población más joven, comprendida entre los 15 y 54 años. En este último, los resultados indicaron que el 55% de la muestra alcanzó un diagnóstico de vigorexia en nivel leve, mientras que el 45% presentó un nivel moderado (32).

Es relevante destacar que los tramos de edad con mayor concentración de casos en este estudio correspondieron a los 20 y 21 años, con 46 sujetos diagnosticados en el nivel leve y 30 en el nivel moderado. Estas diferencias en los resultados pueden estar relacionadas con el rango etario y las dinámicas asociadas a las etapas de vida. Mientras que en la adultez temprana las presiones sociales y culturales pueden influir más en la imagen corporal, en la adultez media los esfuerzos físicos y la preocupación por la salud tienden a ser de otra naturaleza. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la edad como un factor clave al estudiar la vigorexia y su impacto en distintas poblaciones (32).

La prevalencia de vigorexia, como lo señala el estudio de Mazón Ávila, Atiencia Tapia y Cabrera (2016-2017), muestra que un 65% de los casos corresponde a hombres y un 35% a mujeres en usuarios de gimnasios. Según González et al., 2012 y Martínez et al., 2015, establecen que los hombres suelen ser más propensos a desarrollar vigorexia debido a factores socioculturales que enfatizan la importancia de la musculatura masculina como símbolo de éxito y atractivo físico (33).

Sin embargo, en el contexto de nuestra investigación, se observa una tendencia inversa: el 74% de la muestra fue femenina y solo el 26% masculina. Este resultado podría estar influenciado por varios factores específicos del entorno de estudio. Una posible explicación es que las mujeres en este contexto muestren mayor predisposición a participar en estudios relacionados con el cuerpo.

Los estudios sobre vigorexia suelen centrarse en deportes como el fisicoculturismo o el levantamiento de pesas, disciplinas en las que la prevalencia tiende a ser significativamente mayor debido a su enfoque en el desarrollo muscular. De acuerdo con Olivardia en el año 2000, la vigorexia o dismorfia muscular es más común en deportes donde la apariencia muscular es esencial, alcanzando prevalencias de hasta un 38% en fisicoculturistas. En contraste, en esta investigación se encontró que solo el 1% de los corredores en Castelar presentan un grado grave de preocupación por la imagen corporal (29).

Los resultados obtenidos en este estudio sobre la prevalencia de la vigorexia en corredores muestran una distribución interesante en relación con los niveles de preocupación por la imagen corporal. Un 80% de los participantes presenta una preocupación leve por su imagen, lo que sugiere que, aunque los corredores de la muestra son conscientes de su físico, esta preocupación no alcanza a ser patológica. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas que señalan que una alta proporción de personas físicamente activas presentan inquietudes sobre su apariencia sin que esto implique un trastorno. Según un estudio de *Griffiths*, aproximadamente el 70% de los individuos en poblaciones activas muestran algún tipo de preocupación sobre su imagen, pero solo un pequeño porcentaje cumple con los criterios diagnósticos para la vigorexia. En este sentido, la preocupación leve podría verse como una respuesta normal a la actividad física regular (34).

Por otro lado, un 19% de los encuestados muestra un grado moderado de "Complejo de Adonis". Este resultado refleja una preocupación más intensificada por el físico, lo que podría estar vinculado con la presión cultural y mediática para alcanzar ciertos estándares de belleza y rendimiento físico. En su estudio sobre el "Complejo de Adonis", *Pope et al.* argumentaron que este fenómeno es común en poblaciones activas, especialmente en atletas, quienes se ven influenciados por ideales corporales socialmente construidos, lo que puede generar insatisfacción con el cuerpo incluso sin llegar a trastornos graves. La prevalencia de este complejo en la muestra refleja una conciencia corporal más crítica, aunque no necesariamente patológica (29).

Finalmente, solo un 1% de la muestra presenta un complejo grave, lo que resulta en una baja prevalencia de vigorexia en esta población específica. Este dato es coherente con otros estudios que

han encontrado que los trastornos graves relacionados con la imagen corporal son poco comunes en corredores. *Rosen*, en su revisión sobre la dismorfia muscular, reportó que solo alrededor del 1-2% de la población muestra características de vigorexia severa, lo que coincide con los resultados de este estudio. Además, no se observó preocupación patológica en el resto de los participantes, lo que refuerza la idea de que la mayoría de los corredores en el estudio no experimentan dificultades psicológicas graves relacionadas con la imagen corporal. Esto podría indicar que, en general, los corredores en el partido de Castelar se mantienen dentro de rangos saludables de preocupación corporal, lo que es un hallazgo positivo (35).

LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones de este trabajo de investigación está relacionada con el tiempo disponible para su realización. El periodo en el cual se llevó a cabo fue relativamente corto, en comparación con otras investigaciones que se desarrollan a lo largo de varios años. Esto no solo permite analizar muestras en distintos momentos del año, sino también observar cambios o patrones estacionales que podrían influir en los resultados. La limitación temporal restringe, por tanto, la posibilidad de captar una mayor variabilidad en los datos recolectados.

Otra limitación significativa radica en la composición de la muestra por sexo. En este caso, un 74% de los participantes fueron mujeres, frente a un 26% de hombres. Esta desproporción representa una restricción importante, ya que la literatura científica señala que la vigorexia tiende a presentarse con mayor frecuencia en el sexo masculino. Este desequilibrio en la muestra afecta directamente la hipótesis planteada: “Prevalencia de vigorexia en corredores de ambos sexos entre 20 y 64 años de edad, de la localidad de Castelar, Provincia de Buenos Aires, en el año 2024”, la cual se ve parcialmente refutada debido a la sobre-representación de la población femenina.

Estas limitaciones subrayan la necesidad de futuras investigaciones con un diseño metodológico que contemple un mayor equilibrio de género y una temporalidad más extensa para obtener conclusiones más representativas y precisas.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación se planteó como objetivo determinar la prevalencia y el grado de prevalencia de vigorexia en corredores. Para responder a dicho objetivo se planteó la hipótesis de que los corredores presentan una preocupación por su imagen corporal de diferente grado, alcanzando en algunos casos una preocupación patológica.

Se obtuvo como resultado que la probabilidad de desarrollar vigorexia fue baja, ya que el 80% de los corredores refiere una preocupación leve no patológica por su imagen corporal. Sin embargo, menos del 20% presenta un grado moderado de complejo de Adonis, lo cual los convierte en personas potencialmente susceptibles de desarrollar una preocupación patológica que podría prevenirse. Por lo tanto, se acepta parcialmente la hipótesis de la investigación.

Este porcentaje sugiere la existencia de una subpoblación con mayores niveles de insatisfacción respecto a su imagen. La exposición a estándares de belleza y musculatura a través de medios de comunicación y redes sociales pueden intensificar esta preocupación en ciertos individuos, especialmente en entornos con una fuerte presencia de la cultura fitness. Este grupo podría ser más propenso a adoptar prácticas y rutinas que reflejen una preocupación estética que va más allá de los beneficios funcionales del ejercicio.

Como interrogantes para futuras investigaciones propongo que se estudie y relacione la prevalencia de vigorexia y el apoyo social del corredor, como también si ciertos estilos de entrenamiento o niveles de rendimiento influyen en cómo los corredores perciben su cuerpo. Otra propuesta puede ser investigar qué factores específicos protegen a los corredores de desarrollar vigorexia en comparación con otros grupos de atletas.

Por otro lado, es importante que los corredores sean conscientes de la línea entre una vida activa saludable y una obsesión insana. Promover el equilibrio, la escucha del cuerpo y la importancia del bienestar integral, tanto físico como mental, es clave para que el "running" siga siendo una actividad que promueva salud en lugar de convertirse en un detonante de trastornos.

El rol del licenciado en nutrición es crucial en el abordaje de la vigorexia, un trastorno que no solo impacta la salud física sino también el bienestar psicológico de quienes lo padecen. Hoy más que nunca, la figura del nutricionista es esencial para prevenir, diagnosticar y tratar esta problemática, debido a que la obsesión por la ganancia muscular y la imagen física está en aumento, reflejando una realidad preocupante en el ámbito de la salud.

En el sistema de salud actual, la atención a trastornos como la vigorexia suele estar fragmentada y, en muchos casos, es abordada de forma aislada o insuficiente. A menudo, los pacientes con este perfil reciben información superficial o contradictoria sobre nutrición, lo que los deja vulnerables a creencias erróneas y dietas extremas que sólo profundizan el problema. Además, las redes sociales y el acceso a contenidos de fuentes no especializadas generan confusión y fomentan una relación obsesiva con la dieta y el ejercicio, lo cual contribuye al aumento de la vigorexia y otros trastornos de la conducta alimentaria.

Mi propuesta consiste en una intervención completa y personalizada que va más allá de la simple recomendación dietética. Mi enfoque se basa en una reeducación alimentaria integral, trabajando mano a mano con un equipo interdisciplinario para redirigir los objetivos del paciente hacia una relación sana con el cuerpo y la alimentación. Propongo sesiones en las que, además de diseñar un plan de alimentación equilibrado y adaptado a sus necesidades, se fomenten conocimientos reales sobre el impacto de los nutrientes, la importancia de la variación en la dieta y el balance adecuado entre ejercicio y nutrición.

Además, considero fundamental trabajar en la psicología de la alimentación. Mi intervención incluye ayudar a los pacientes a reconocer y gestionar las emociones vinculadas a su percepción corporal, derribando mitos y aclarando conceptos en torno al consumo de proteínas, la necesidad de descanso, y los efectos del entrenamiento excesivo. De esta manera, no solo guiamos al paciente en la elección de alimentos, sino que reconfiguramos su relación con la comida y el ejercicio, apuntando a un bienestar integral y sostenible.

Para los corredores, en particular, una intervención de este tipo ofrece múltiples beneficios como mayor rendimiento y resistencia ya que una dieta balanceada y adecuada a sus requerimientos energéticos permitirá a los corredores mejorar su desempeño sin caer en extremos ni deficiencias.

Permitirá la reducción de lesiones y tiempo de recuperación ya que, al entender la importancia de cada nutriente y el descanso, los corredores optimizarán sus tiempos de recuperación y reducirán el riesgo de lesiones derivadas del sobre entrenamiento o la desnutrición. Favorece al bienestar general ya que al comprender que la alimentación y el ejercicio no son solo herramientas para la apariencia física, los corredores adoptan un estilo de vida saludable y sostenible, en el que la salud y el rendimiento son los objetivos principales.

En conclusión, mi enfoque como licenciada en nutrición no solo atiende la dimensión física de la vigorexia y sus implicaciones, sino que interviene en el aspecto emocional y educativo. Implementar este modelo de nutrición integral ayudará a los corredores y otros deportistas a alcanzar sus metas de forma saludable y a largo plazo, preservando su bienestar mental y físico para una vida plena y equilibrada.

“La salud no es todo, pero sin ella, todo lo demás es nada”.

Arthur Schopenhauer

BIBLIOGRAFÍA

1. Benitez AE. El fenómeno del running. Análisis desde la mirada de la Educación Corporal; 2021 [citado 2024 may 18]. Disponible en: <https://unlp.edu.ar/14-congreso>
2. Márquez S, de la Vega R. La adicción al ejercicio: un trastorno emergente de la conducta; 2015 [citado 2024 may 18]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n6/06revision05.pdf>
3. Sundgot y Borgen. La prevalencia de trastornos alimentarios en deportistas de élite es mayor que en la población general; 2000 [citado 2024 jun 11]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
4. Tomás Benlloch MC. A propósito de la vigorexia: más allá de un trastorno dismórfico. Delimitación diagnóstica y causas de este trastorno; 2022 [citado 2024 jun 11]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org>
5. Giesenow C. Trastornos de la alimentación en el deporte; 2015 [citado 2024 jun 11]. Disponible en: <https://www.psicodeportes.com>
6. Dosil J, Díaz I. Trastornos de la alimentación en deportistas de alto rendimiento; 2012 [citado 2024 jun 11]. Disponible en: <https://deporteparatodos.es>
7. Flores Yunga BA. Diferencia entre AF, EF y Deporte (Pato LLL); 2017 [citado 2024 jun 11]. Disponible en: <https://es.scribd.com>
8. García Gómez M, Toledo Romero F. Nuevas adicciones: Anorexia, bulimia y vigorexia. Conferencia en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia; 2005 [citado 2024 jun 18]. Disponible en: <https://www.cofrm.com>
9. Vargas Baldares MJ. Trastornos de la conducta alimentaria. Rev Med Costa Rica Cent; 2013 [citado 2024 nov 18]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com>
10. Arbinaga F. Dependencia del ejercicio. Med Pcosom Psiquiatr Enlace. 2004;71/72:24-32 [citado 2024 jun 18]. Disponible en: <https://www.researchgate.net>
11. Muñoz Marrón E, Gómez Campelo P. Adicción al deporte y déficit de atención selectiva. Encuentros Psicol Soc. 2003;1:74-76 [citado 2024 jun 18]. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx>
12. De la Serna I. Alteraciones de la imagen corporal: Anorexia, Vigorexia, Bulimia, Dismorfofobia y cuadros relacionados. Monogr Psiquiatr. 2004;2(16):32-40 [citado 2024 jul 10]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>

13. Rodríguez Molina JM. Vigorexia, adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación; 2007 [citado 2024 jul 12]. Disponible en: <https://www.researchgate.net>
14. Adams J, Kirby RJ. El exceso de ejercicio como adicción. Rev Toxicomanías. 2003;34:10-22 [citado 2024 jul 12]. Disponible en: <https://www.cat-barcelona.com>
15. Remor E. Dependencia Adicción del ejercicio físico: ¿hecho o ficción? Psicol Conductual. 2005;13(3):395-404 [citado 2024 jul 12]. Disponible en: <https://www.behavioralpsycho.com>
16. Arbinaga F, Caracuel JC. Aproximación a la Dismorfia Muscular. Cuadernos Med Psicossom Psiquiatr Enlace. 2003;65(5):7-15 [citado 2024 jul 12]. Disponible en: <https://www.researchgate.net>
17. Cash TF, Pruzinsky T. Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. New York: The Guilford Press; 2021 [citado 2024 jul 12]. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx>
18. Fanjul C. La apariencia y características físicas de los modelos publicitarios: Códigos no verbales de la realidad en el discurso publicitario como factor de influencia social mediática en la vigorexia masculina. Castellón: Universidad Jaume I; 2006 [citado 2024 jul 12]. Disponible en: <https://repositori.uji.es>
19. Hernández Rodríguez J, Licea Puig ME. Algunos aspectos de interés sobre la vigorexia. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2016 [citado 2024 jul 12]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
20. Guerola E, Pejenaute M. Vigorexia. Form Méd Cont Aten Prim. 2018;25(5):262-269 [citado 2024 sep 4]. Disponible en: <https://fmc.es>
21. Herrero E, Sainz de Medrano M, Marín E, Jimeno C, Muñoz A. Vigorexia. Rev Sanit Invest. 2021;2 [citado 2024 sep 4]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>
22. De la Paz F. Vigorexia: un nuevo trastorno mental que afecta especialmente a hombres; 2002 [citado 2024 nov 18]. Disponible en: <https://www.cnnenespanol.com>
23. Díaz Ceballos I. Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores. Cuad Psicol Dep. 2005;5(1-2) [citado 2024 oct 18].
24. Latorre-Román PA, 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. 2015;31:1246-53 [citado 2024 nov 18]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es>
25. ASALE, RAE. Diccionario de la lengua española. Edad; 2024 [citado 2024 oct 18]. Disponible en: <https://dle.rae.es>
26. ASALE, RAE. Diccionario de la lengua española. Sexo; 2024 [citado 2024 oct 18]. Disponible en: <https://dle.rae.es>

27. Pérez Porto J, Merino M. Vigorexia: definición, causas y consecuencias; 2023 [citado 2024 oct 18]. Disponible en: <https://definicion.de>
28. Latorre-Román PA, Garrido-Ruiz A, García-Pinillos F. Versión española del cuestionario del complejo de Adonis. *Nutr Hosp.* 2015;31(3):1246-53 [citado 2024 oct 18]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.8292>
29. Pope HG, Phillips KA, Olivardia R. El complejo de Adonis, el secreto de la crisis de la obsesión masculina por el cuerpo. 2000.
30. Blouin AG, Goldfield GS. Imagen corporal y uso de esteroides en culturistas masculinos. *Rev Psicol.* 1995;12(4):37-44.
31. Olivardia R. Espejo, espejo en la pared: El impulso de la musculatura en los hombres. *Rev Psiquiatr.* 2001;15(3):255-59.
32. Valdés Badilla P, Lagos Hernández R, Gedda Muñoz R, Cárcamo Cárcamo E, Millapi Suárez C, Webar Celedón M. Prevalencia de vigorexia en estudiantes universitarios de Temuco. *Rev Cienc Act Fís UCM.* 2013;14(2):7-13.
33. González A, Fernández L, Contreras B, et al. Influencia de la vigorexia en adolescentes. *Rev Electr Psicol Iztacala.* 2017;20(3):134-35 [citado 2024 nov 18]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com>
34. Griffiths S, Murray SB, Touyz S. El papel de la imagen corporal y los trastornos alimentarios en los atletas. *Med Deportiva.* 2016;46(1):1-12.
35. Rosen JC. Trastorno dismórfico corporal: una visión integral. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2002

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto Final Integrador- 4to año- Lic. en Nutrición - Universidad Isalud- Sede Ramos Mejía- 2024.

Usted está siendo invitado a participar de un proyecto de investigación denominado **“Prevalencia de vigorexia en corredores de ambos sexos entre 25 y 50 años de edad, de la localidad de Castelar, Provincia de Buenos Aires, en el año 2024”** llevado a cabo por Victoria Bermejo alumna de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Isalud y es coordinado por la Lic. Micaela De la Iglesia.

No firme el consentimiento a menos que esté dispuesto a participar. En caso contrario desestime la encuesta.

Al firmar expreso mi conformidad para participar de una investigación que me ha sido claramente explicada. Tengo conocimiento que mi participación es libre y voluntaria y que puedo retirarme sin perjuicio.

La encuesta es totalmente anónima y completarla solo le tomará 10-15 minutos.

Doy mi consentimiento para participar y completar el cuestionario que se detalla a continuación.

- Si

ANEXO 2: CUESTIONARIO DEL COMPLEJO ADONIS

EDAD:

SEXO:

1. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día preocupándote por algún aspecto de tu apariencia (no simplemente pensándolo sino preocupándote)?

a) Menos de 30 minutos.

b) De 30 a 60 minutos.

c) Más de 30 minutos.

2. ¿Con qué frecuencia estás mal por alguna cuestión relacionada con tu apariencia (preocupado, ansioso, deprimido)?

- a) Nunca o raramente.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente.

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

- a) Nunca o raramente
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente

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

- a) Menos de 30 minutos.
- b) De 30 a 60 minutos.
- c) Más de 60 minutos.

5. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades físicas para mejorar tu apariencia física, tales como levantamiento de pesas, jogging, máquina de caminar? (Nos referimos sólo a esas actividades deportivas cuyo objetivo principal sea mejorar la apariencia física).

- a) Menos de 60 minutos.
- b) De 60 a 120 minutos.
- c) Más de 120 minutos.

6. ¿Con qué frecuencia sigues dietas comiendo alimentos especiales (por ejemplo, de alto grado proteínico o comidas bajas en grasas) o ingieren suplementos nutricionales para mejorar tu apariencia?

- a) Nunca o raramente.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente.

7. ¿Qué parte de tus ingresos económicos los empleas en cuestiones dedicadas a mejorar tu apariencia (por ejemplo, comidas especiales de dieta, suplementos nutricionales, productos para el pelo, cosméticos, técnicas cosméticas, equipamiento deportivo, cuotas de gimnasio)?

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

8. ¿Con qué frecuencia tus actividades relacionadas con tu apariencia física afectan a tus relaciones sociales (por ejemplo, el tener que dedicar tiempo a entrenamientos, prácticas alimentarias especiales o cualquier otra actividad relacionada con tu apariencia que terminan afectando a tus relaciones con otras personas)?

- a) Nunca o raramente.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente.

9. ¿Con qué frecuencia tu vida sexual se ha visto afectada por tus preocupaciones relacionadas con tu apariencia?

- a) Nunca o raramente.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente.

10. ¿Con qué frecuencia tus preocupaciones con la apariencia o actividades relacionadas con ella han comprometido tu trabajo o carrera (o tus actividades académicas si eres estudiante) (por ejemplo, llegando tarde, perdiendo horas de trabajo o clase, trabajando por debajo de tu capacidad o perdiendo oportunidades de mejora o ascenso por preocupaciones y/o actividades con la imagen corporal)?

- a) Nunca o raramente.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente.

11. ¿Con qué frecuencia has evitado ser visto por otra gente debido a tus preocupaciones con tu apariencia (por ejemplo, no yendo a la escuela, al trabajo, a eventos sociales o a estar en público)?

- a) Nunca o raramente
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente.

12. ¿Has consumido algún tipo de droga, legal o ilegal, para ganar músculo, perder peso o para cualquier intento de mejorar tu apariencia?

- a) Nunca.
- b) Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.
- c) He usado esteroides legales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias.

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

- a) Nunca o raramente.
- b) Algunas veces.

c) Frecuentemente.

ANEXO 3: SISTEMA DE CATEGORIZACION Y PUNTUACION DE ACQ

El cuestionario consta de 13 ítems con 3 opciones de respuesta (opción no patológica puntúa 0 puntos, la opción intermedia 1 punto y la opción patológica 3 puntos) y valora el grado de preocupación que un sujeto siente por su apariencia física y hasta qué punto puede influir negativamente en su vida, pasando a ser dichas conductas patológicas. Establece que si la puntuación está entre 0-9 se puede interpretar que el sujeto presenta una preocupación leve no patológica; si la puntuación obtenida se encuentra entre 10 y 19 puntos supone un grado moderado de Complejo de Adonis. Cuando la puntuación total se encuentra entre 20 y 29 puntos el sujeto posee un Complejo de Adonis grave; y por último, la puntuación entre 30 y 39 puntos nos señala una preocupación posiblemente patológica con la imagen corporal (28).