



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa de educación para la prevención de la
vigorexia en adolescentes

Education program for the prevention of vigorexia in
adolescents

Autora

Maribel Manga González

Director

José Raúl Pérez Sanz

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado de Enfermería

2019 - 2020

Abreviaturas:

TDC: Trastorno dismórfico corporal

TDM: Trastorno dismórfico muscular

DC: Dismorfia corporal

DM: Dismorfia muscular

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo

TCA: Trastorno de la conducta alimentaria

OMS: Organización mundial de la salud

DSM: Diagnostic and statistical manual of mental disorders

IMC: Índice de masa corporal

CDR: Cantidad diaria recomendada

SM: Salud mental

ÍNDICE

1. Resumen / Abstract.....	3 - 4
2. Introducción.....	5 - 7
3. Objetivos del trabajo.....	8
4. Metodología.....	9 - 10
5. Desarrollo.....	11
5.1. Análisis y priorización.....	11
5.2. Planificación.....	11
5.2.1 Población diana.....	11
5.2.2 Recursos.....	12
5.2.3 Estrategias de captación.....	13
5.2.4 Actividades/ejecución.....	13 - 18
5.2.5 Cronograma.....	19
5.3. Evaluación.....	19
6. Conclusiones.....	20
7. Bibliografía.....	21 - 24
8. Anexos.....	25 - 33

1. RESUMEN

Introducción: Los medios de comunicación tienen gran peso en nuestra sociedad, influenciándola con la imagen de una figura inalcanzable y aumentando la insatisfacción corporal, esto se exagera aun más en los adolescentes, aumentando las cifras año a año de los trastornos mentales como la vigorexia. Es de suma importancia la educación sanitaria, siendo la base para la prevención de estos tipos de trastornos.

Objetivos: el objetivo es diseñar un programa educativo para intentar prevenir el incremento actual de la vigorexia, dirigido a los adolescentes por ser el grupo con una imagen corporal más vulnerable.

Metodología: se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la afectación aproximada de la vigorexia con el fin de resaltar su trascendencia actual en la sociedad. Para ello, se han utilizado páginas web, bases de datos, buscadores, revistas médicas y de psicología.

Desarrollo: el programa educativo para la prevención de la vigorexia se centra en proporcionar conocimientos, potenciar la autoestima y aumentar la aceptación del cuerpo adolescente, ofreciéndoles así herramientas para mejorar su salud mental y por ende su salud física.

Conclusiones: la forma más eficaz para la prevención de la vigorexia es a través de la información. Este programa de educación proporciona los conocimientos mínimos sobre la vigorexia y sus efectos, tanto fisiológicos como mentales, protegiéndoles de manera indirecta ante situaciones de riesgo.

Palabras clave: Vigorexia, dismorfia muscular, prevención, imagen corporal.

ABSTRACT

Introduction: the media carry a big weight in our society, influencing it with the image of an unachievable figure and increasing corporal dissatisfaction, even more so in adolescents, raising the numbers of mental disorders such as vigorexia each and every year. Sanitary education is of paramount importance, being the base for the prevention of this kind of disorder.

Objectives: the objective is to design an educational program to prevent the current increase of vigorexia, aimed at adolescents due to their most vulnerable corporal image as a group.

Methodology: a bibliographic review about the estimated affect ratio of vigorexia has been carried out in order to highlight its present transcendence in society. For that, they were used websites, databases, search engines, medical and psychological journals.

Development: the educational program for the prevention of vigorexia is focused on providing knowledge, strengthening self-esteem and increasing acceptance of the adolescent body, offering them tools to improve their mental health and thus their physical health.

Conclusions: the most effective way to prevent vigorexia is through information. This educational program provides the basic knowledge about vigorexia and its effects, both physiological and mental, indirectly protecting them from risky situations.

Key words: Vigorexia, muscle dysmorphia, prevention, corporal image.

2. INTRODUCCIÓN

Los adolescentes son el grupo poblacional en el que se observa mayor prevalencia de insatisfacción corporal, afectando a más del 50%^{1,2}. Esto se debe a los cambios en el cuerpo del adolescente, la constante comparación y el deseo de ser aceptado, siendo la imagen corporal uno de los factores más influyentes en su autoestima³. Por todo ello, la predisposición de sufrir trastornos relacionados con esta insatisfacción, es muy elevada, pudiendo influir en gran medida los medios de comunicación y la imposición social^{4, 5}.

La publicidad y las redes sociales relacionan la felicidad, el éxito y la popularidad con una imagen idealizada del cuerpo humano⁶, distorsionando así la imagen corporal del adolescente e influyendo en el desarrollo de trastornos de la imagen como la vigorexia⁷. El físico en la adolescencia puede implicar en ciertos ámbitos la exclusión social, añadiendo preocupación al adolescente sobre su propio esquema corporal⁸.

El concepto de DM proviene de un concepto más amplio, la DC. Actualmente popularizado como vigorexia en la población⁹.

La vigorexia o DM se define como la preocupación patológica de la imagen corporal, caracterizada por el aumento desproporcionado de la masa muscular mediante el ejercicio de musculación de forma compulsiva y la insatisfacción constante con el tono y masa muscular del cuerpo^{5, 6, 10, 11}. La DM es más común en el género masculino pero la preocupación por el aspecto físico, la autoimagen y la sobrevaloración del cuerpo afecta por igual en hombres y mujeres^{9, 12}. El inicio de esta enfermedad mental se da entre la adolescencia tardía y edad adulta temprana¹³.

Anteriormente la DM se denominó como "anorexia reversa" por su similitud en ciertos componentes de la anorexia nerviosa⁹, sin embargo este término se quedó en desuso ya que los individuos que sufren de DM presentan una adicción al ejercicio como característica primaria y en la anorexia nerviosa la característica primaria son comportamientos alimentarios patológicos teniendo como objetivo la disminución de peso corporal¹⁴.

En 1997, año en el que ingresó al léxico psiquiátrico¹⁵, se propusieron los primeros cuestionarios para el diagnóstico de la DM. En la revisión del DSM-

IV de 2009 no figuraba la enfermedad en el manual y no fue clasificada como desorden mental hasta la publicación del DSM-V en 2013 en la que aparece dentro del capítulo de los TOC y otros trastornos relacionados, concretamente del TDC y con nuevos criterios diagnósticos propuestos^{8, 11, 16, 17, 18} (Anexo I). Debido a la falta de homogeneidad del uso de herramientas para el diagnóstico y sus criterios propuestos por diversos investigadores y referencias del DSM-V, no se han establecido criterios centrales, periféricos y mínimos obligatorios para el diagnóstico, ni tampoco periodo de tiempo^{6, 7, 19}.

La característica más recurrente de la DM es la realización de un entrenamiento excesivo (alrededor de 3 horas diarias), siendo muy común el levantamiento de pesas. Algunos recurren a suplementos o esteroides anabólicos para mejorar el rendimiento físico, desarrollar más rápido masa muscular y exceder su volumen natural^{16, 20}. En ciertos casos buscan la perfección a través de tratamientos cosméticos^{6, 14, 21}. Para conseguir la cantidad de masa muscular deseada realizan una dieta estricta por encima de la CDR en proteínas e hidratos de carbono y pobre en grasas^{6, 8, 22}.

La desinformación en el uso de esteroides anabolizantes por recomendaciones de amigos o personas no cualificadas conlleva un serio problema público, muchos de ellos consumen productos veterinarios o importados por el ahorro económico de estos¹².

La conciencia de los individuos sobre su enfermedad es escasa, asociándose creencias delirantes a un tercio o más de los dismórficos, aumentando las ideas suicidas, relacionando esto con una morbilidad notable y siendo también común la alteración renal como afectación metabólica^{21, 23}. La DM se asocia con niveles elevados de ansiedad, depresión y perfeccionismo, entre otros, produciendo aislamiento social del individuo y desestabilizando sus relaciones familiares, sociales y afectando también a su ámbito laboral, debido a la necesidad de seguir su programa de entrenamiento y plan nutricional para llegar a los objetivos marcados^{10, 14, 21}.

Los datos internacionales sobre la prevalencia de la DM en asistentes a gimnasios son de un 10%, nacionalmente son similares con un 10,1% y en fisicoculturistas de un 20%, considerándoles uno de los colectivos más

afectados por esta enfermedad^{24, 25}. También se realizó la prevalencia internacional de esta enfermedad sobre pacientes de cirugía estética siendo del 3 al 16%²¹. Estos datos no son 100% cuantificables ya que se considera una enfermedad infradiagnóstica e infravalorada, de la que aún queda mucho por conocer y estudiar^{6, 7}.

La educación sanitaria es la base para la prevención de estos tipos de trastornos⁶, se debe concienciar a la población sobre un modelo estético saludable, criticando los extremos impuestos socialmente, como el modelo hiper-musculado y potenciar la alfabetización de medios (capacidad para utilizar las tecnologías de información y comunicaciones respondiendo con una actitud crítica ante la información obtenida a través de los medios de comunicación) propuesto por la OMS. Informar sobre el desarrollo corporal, una dieta equilibrada y analizar el consumo de esteroides-anabolizantes, ya que no son sustancias inocuas^{26,27}.

Para una correcta educación se debe formar de manera específica a los profesionales sanitarios en salud mental, fomentando nuevas líneas de investigación^{6,28}.

La identificación de este trastorno por parte de los profesionales sanitarios ayuda a evitar futuros problemas anteriormente expuestos, obteniendo una mejor calidad de vida de estos pacientes^{1,29}.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Diseñar un programa educativo para intentar prevenir el incremento de casos de vigorexia en la sociedad, dirigido a adolescentes.

Objetivos específicos:

-) Aumentar conocimientos sobre vigorexia.
-) Proporcionar recursos a los adolescentes para manejar e identificar situaciones de riesgo de vigorexia.
-) Conocer el crecimiento corporal adolescente, aceptando su cuerpo y mejorando su autoestima.
-) Desmitificar vigorexia como logro de imagen corporal.

4. METODOLOGÍA

Tabla 1. Diagrama de Gantt. Elaboración del trabajo. (Elaboración propia)

Evolución	Febrero				Marzo				Abril					Mayo	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2
Planteamiento del programa y contactos	█														
Búsqueda de artículos	█														
Análisis y selección de artículos	█														
Redacción de la introducción				█											
Desarrollo de objetivos y metodología						█									
Desarrollo de las sesiones								█							
Conclusiones y resumen del trabajo											█				
Revisión final del trabajo y power point													█		

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la afectación de la vigorexia, con el fin de resaltar su trascendencia actual en la sociedad. Para ello, se han utilizado páginas webs, bases de datos, buscadores y revistas.

Para seleccionar los artículos más adecuados se han aplicado filtros de antigüedad e idioma. Así, se han incluido los artículos en español, inglés y portugués publicados desde el año 2010 principalmente y usando estudios de años anteriores para poder hacer un seguimiento de la evolución de la enfermedad.

La dismorfia muscular no tiene asignados Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), ni Medical Subject Headings (MeSH) y por ello se ha realizado la estrategia de búsquedas a partir de palabras claves.

Tabla 2. Bases de datos, buscadores y criterios de inclusión, utilizados en la revisión bibliográfica. (Elaboración propia)

Fuentes de información	Criterios de inclusión	Artículos encontrados	Artículos leídos	Artículos usados
DIALNET	Vigorexia	88	16	10
PUBMED CENTRAL	Vigorexia, Publicado entre 1993 y 2020	28	9	6
SCIELO	Dismorfia muscular OR vigorexia, Publicado desde el 2010	11	9	8
IBECES	Dismorfia muscular AND vigorexia	5	5	2
GOOGLE ACADEMICO	Imagen corporal en adolescentes, desde 2019, español	107	4	2

También se utilizó la última actualización del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®) y se ha trabajado teniendo en cuenta algunos de los objetivos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo esta de referencia en el marco Europeo y por ende en España.

Se ha establecido contacto con cruz roja juventud, con enfermeras de la sección de psicología del Hospital Provincial de Nuestra Señora de Gracia, residentes de enfermería de salud mental y la asociación de enfermeras especialistas de salud mental de Aragón (AENESMA) para proporcionar ideas a este proyecto educativo.

Toda la información recogida de la búsqueda bibliográfica y de profesionales sanitarios, ha permitido elaborar el siguiente programa de salud. En base a los objetivos planteados, se han realizado cuatro sesiones explicando la vigorexia y otras enfermedades mentales, se ha mostrando la influencia de los medios de comunicación en la imagen corporal e incrementado los recursos individuales de los jóvenes.

5. DESARROLLO

5.1 Análisis y priorización

Debido al aumento del culto al cuerpo y la presión social mediante los medios de comunicación, idealizando una figura perfecta e inalcanzable, la población se puede ver influenciada, disminuyendo su autoestima e imagen corporal y adoptando costumbres de riesgo. Los adolescentes son el grupo social con el autoestima más vulnerable, por ello se les debe educar en el cuidado del cuerpo, y así, fomentar la salud mental y corporal de los adolescentes.

La mayoría de dismórficos musculares exceden la CDR de ingesta proteica, esto unido a un exceso del consumo de colesterol puede conducir a futuros problemas de salud.

Tras la búsqueda bibliográfica y la experiencia profesional sanitaria actual, se considera la prevención como la mejor estrategia para detener el incremento de casos de vigorexia, elaborando así, un programa de educación para la salud destinado a los jóvenes, permitiendo el aprendizaje de conocimientos y comportamientos.

5.2 Planificación

5.2.1 Población diana

El programa va dirigido a adolescentes entre 14 y 16 años de la CCAA de Aragón, este es el rango de edad más común del inicio de síntomas del TDC²¹.

5.2.2 Recursos

Tabla 3. Tabla de presupuesto I. (Elaboración propia)

RECURSOS HUMANOS		
PERSONAL SANITARIO	HORAS	PRESUPUESTO
Enfermero encargado	8 h. x 55€/h ^(:)	440€
Enfermero especialista de SM	4 h. x 50€/h	200€
Dietista	2 h. x 45€/h	90€
Entrenador personal	2 h. x 40€/h	80€
		810 €

(:) El enfermero encargado del programa se le abonarán las horas que invierta en el manejo de RRSS y recopilación de datos de los formularios.

Tabla 4. Tabla de presupuesto II. (Elaboración propia)

RECURSOS MATERIALES		
MATERIAL	PRESUPUESTO	TOTAL
Fotocopias (Tarjetas rol playing)	Fotocopia (4 unidades x 0,08€)	1,16€
	Plastificación(4 unidades x 0,3€)	1,20€
		2,36€

El requerimiento de recursos materiales en este programa es mínimo, se ahorrará en gran medida por el uso de ordenadores y teléfonos móviles, realizando encuestas a través de aplicaciones gratuitas, usando papel como última opción.

En el formulario de inscripción se deberá indicar, si el participante tiene teléfono móvil y si no dispone de uno, se realizará la impresión de las encuestas que sean necesarias.

Tabla 5. Tabla de presupuesto III. (Elaboración propia)

RECURSOS ESPACIALES	
ESPACIO	PRESUPUESTO
Sala de conferencias (COEZ); incluyendo el material necesario: sillas, mesas, altavoces, ordenador y proyector.	Espacio cedido por el COEZ
GRATUITO	

Se iniciará la sesión con la presentación de los profesionales sanitarios que intervienen en el proyecto, después se explicará brevemente las sesiones, su contenido y horario.

Se realizará una breve exposición sobre las enfermedades mentales (se incidirá en la vigorexia y se introducirán: anorexia, bulimia, ortorexia, etc.), debido a la estrecha relación que hay entre ellas. Se expondrán los resultados de la inscripción a la pregunta: "¿qué enfermedades mentales conoces?", también se hablará del desarrollo corporal adolescente, sus etapas y se responderá a las dudas que realizaron de manera anónima.

Por último, se expondrán los datos extraídos de las escalas (a través de diagramas de barras 1º en conjunto y luego separadas por sexo), se abrirá un pequeño debate conforme a los resultados obtenidos y se finalizará la sesión con un "juego" de imágenes, a través de la APP kahoot³⁰, de manera que se pueda observar si los adolescentes reconocen un cuerpo sano y uno con la patología explicada durante la sesión, observando así los aciertos y los fallos de cada imagen en la pantalla a través del proyector.

2º SESIÓN: AUTOCRÍTICA Y AUTOESTIMA SANA

Duración: 60 minutos.

Objetivos de la sesión:

- o Aceptar el cuerpo ajeno y propio.
- o Meditar sobre la influencia de RRSS y medios de comunicación en la aceptación corporal.
- o Reconocer situaciones de riesgo de vigorexia.
- o Trabajar una actitud crítica ante los medios de comunicación.

Se empezará la sesión mostrando anuncios actuales, en los que se vende un objeto, a través de la imagen de un cuerpo perfecto, se les enseñará los métodos que se aplican en medios de comunicación, como el Photoshop® y así puedan valorar el uso abusivo de estos en campañas publicitarias y revistas de moda. Seguidamente se les expondrán imágenes retocadas de personajes famosos y comunicados de estos, donde el uso de su imagen se

modifica sin su consentimiento. También los retoques que no admiten sobre su contenido en RRSS (fotos modificadas y operaciones estéticas).

Por último se les hablará sobre la alfabetización de medios y la necesidad de una actitud crítica ante la información que se obtiene de estos. Se realizará una breve encuesta indagando sobre qué medios ven más influyentes en su imagen corporal, esta se realizará a través del móvil y se verán los resultados en directo. Para concluir con la sesión, se abrirá un pequeño debate en el que actuará como moderador el enfermero encargado y poder reflexionar de lo aprendido (Anexo IV, V).

En esta sesión se pretende reforzar los recursos individuales de cada uno de los participantes fomentando una actitud crítica con los medios de comunicación y que ellos mismos reconozcan en su entorno lo que es cierto y lo que no.

3º SESIÓN: EMPATÍA Y SALUD MENTAL

Duración: 60 minutos.

Objetivos de la sesión:

- Desarrollar las aptitudes y los recursos individuales de los jóvenes.
- Fomentar la creación de un entorno que favorezca la salud mental.

Comenzará la tercera sesión presentándose el enfermero de salud mental y hablará de su labor diaria con jóvenes afectados por anorexia, bulimia o vigorexia, entre otros, y como trabaja con ellos su enfermedad; al exponer sus vivencias personales y casos reales facilitará la empatía de los jóvenes creando una conexión más cercana con ellos.

Dará información de cómo estas enfermedades no solo afectan a la mente, sino que también conllevan una afectación fisiológica. Se informará a los participantes de forma actualizada, de los lugares dónde pueden acudir si conocen un caso cercano y a quien deben avisar para un rápido diagnóstico, pudiendo así intervenir los profesionales sanitarios de forma eficaz y temprana.

Se incidirá en la importancia de acudir al psicólogo, siendo igual de necesario que acudir al médico, ya que es una cuestión de salud física y mental. Se les informará de las opciones gratuitas de apoyo psicológico para jóvenes que les ofrece el ayuntamiento de Zaragoza y el gobierno de Aragón: consultas psicológicas, meditación, yoga, mindfulness; estas ayudan a mejorar el estrés y la ansiedad y se ofrecen a través de las asociaciones de juventud que se ofertan en el CIPAJ³¹, estas actividades son para grupos así que también se les informará de canales en plataformas como youtube® o instagram® para poder realizarlas de forma individual.

Se hablará de la existencia y eficacia de grupos de apoyo. Se dividirá la clase en dos grupos para realizar una representación escénica (rol playing) de una de las enfermedades mentales explicadas en la primera sesión y los problemas individuales que pueda acarrear la enfermedad (se les dará por escrito el nombre y el problema que deben exponer). El enfermero hará de psicólogo y el otro grupo tendrán que adivinar qué enfermedades están representando sus compañeros, que consejos darían y donde acudirían si estuvieran en su situación. De esta forma entenderán mejor la metodología que se usa en los grupos de apoyo y reforzarán los conocimientos aprendidos anteriormente.

4º SESIÓN: EMPODERA CUERPO Y MENTE

Duración: 90 minutos.

Objetivos de la sesión:

- o Reencontrar a los jóvenes con su cuerpo.
- o Enseñar una dieta equilibrada y la realización de ejercicio de forma saludable.
- o Mostrar el daño mental y fisiológico ante: dietas agresivas, anabolizantes y ejercitar el cuerpo de forma compulsiva.

Esta última sesión se dividirá en 2 partes de 40 minutos cada una, la primera estará dirigida por un dietista y la última por un entrenador personal titulado, esta se realizará en un espacio abierto, por cercanía al COEZ, se llevará a cabo en el parque de enfrente de la facultad de derecho.

(Se les comunicará por correo electrónico que deben llevar ropa deportiva para esta actividad).

El dietista hará hincapié en lo comentado en la primera sesión, sobre dieta equilibrada; se explicará a los presentes cómo afecta al cuerpo una dieta agresiva y por encima de las CDR y la afectación fisiológica del uso de anabolizantes. Se expondrá como las dietas milagro han ido cada vez teniendo más presencia en nuestra sociedad, sin ningún tipo de sustento científico y sin control de profesionales cualificados. También recalcará que los adolescentes están en proceso de desarrollo y que los varones tienen un crecimiento más tardío, para concluir con su sesión resolverá dudas.

El entrenador personal pondrá en práctica una tabla de ejercicios básicos y sus posibles variantes, para entrenar de forma saludable a diario en casa o al aire libre, no siendo necesario exclusivamente el gimnasio para realizar deporte y resolverá las preguntas de los adolescentes.

En los últimos 10 minutos se realizará el cuestionario planteado en la inscripción para comprobar la evolución de los conocimientos adquiridos y una encuesta de satisfacción.

Se les agradecerá la participación en este programa educativo y se les ofrecerá proseguir en contacto con los profesionales a través de las RRSS y correo electrónico.

Tabla 6. Carta Descriptiva de las sesiones. (Elaboración propia)

SESIONES	OBJETIVOS	METODOLOGIA Y DESCRIPCIÓN	DURACIÓN	RECURSOS
1º SESIÓN: DESCUBRIENDO LA VIGOREXIA	+Aumentar los conocimientos sobre la vigorexia. +Conocer el crecimiento corporal adolescente y sus etapas. +Desmitificar la vigorexia y otras enfermedades mentales como logro de imagen corporal. + Descubrir el grado de insatisfacción corporal y autoestima.	Presentación del equipo de trabajo.	5 minutos	-2 enfermeros -Aula -Proyector -Power point
		Exposición de power point: -resultados de la pregunta "¿Qué enfermedades mentales conoces?" - información básica de las enfermedades mentales	30 minutos	
		Resultados de los participantes (escalas de valoración) y debate.	15 minutos	
		Juego de imágenes.	10 minutos	
2º SESIÓN: AUTOCRÍTICA Y AUTOESTIMA SANA	+Aceptar el cuerpo ajeno y propio. +Meditar sobre la influencia de RRSS y medios de comunicación en la aceptación corporal. +Reconocer situaciones de riesgo de vigorexia. +Trabajar una actitud crítica ante los medios de comunicación.	Exposición de power point: - anuncios/videos - perfiles en RRSS - alfabetización de medios	35 minutos	-1 enfermero -Aula -Proyector -Power point
		Encuesta y debate grupal.	25 minutos	
3º SESIÓN: EMPATÍA Y SALUD MENTAL	+ Desarrollar las aptitudes y los recursos individuales de los jóvenes. +Fomentar la creación de un entorno que favorezca la salud mental.	Exposición de power point: - Recursos gratuitos - Meditación con música	30 minutos	-1 enfermero -Aula -Proyector -Power point
		Rol playing grupo de apoyo - 12 alumnos psicólogo moderador – enfermero grupo ayudante – 13 alumnos	30 minutos	
4º SESIÓN: EMPODERA CUERPO Y MENTE	+ Reencontrar a los jóvenes con su cuerpo. +Enseñar una dieta equilibrada y la realización de ejercicio de forma saludable. +Mostrar el daño mental y fisiológico ante: dietas agresivas, anabolizantes y realizar ejercicio de forma compulsiva.	Exposición de power point: - dietas milagro - anabolizantes	40 minutos	-1 dietista -1 entrenador personal -Aula -Proyector -Power point -Espacio al aire libre (parque)
		Realización de ejercicios con la supervisión de un especialista.	40 minutos	
		Encuesta de satisfacción.	10 minutos	

5.2.5 Cronograma

Tabla 7. Diagrama de Gantt. Desarrollo del programa (Elaboración propia)

Meses	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Cuestionario e inscripción	ROJO															
Sesión 1			AZUL	ROJO												
Sesión 2						AZUL	ROJO									
Sesión 3									AZUL	ROJO						
Sesión 4												AZUL	ROJO			

5.3 Evaluación

Para la inscripción al programa se realizará un cuestionario de conocimientos iniciales por internet, contará con un apartado para dudas (resolviéndose estas en la primera sesión, de forma anónima) y dos escalas de valoración para los participantes.

Se llevará una evaluación continua por parte de enfermería en las sesiones, cuantificando el porcentaje de asistencia (dando porcentaje final real), participación, atención y la organización de las sesiones por el profesional (Anexo VI).

En la última sesión se realizará una encuesta de satisfacción y recomendaciones, para ayudar a mejorar futuras sesiones y el programa en general (Anexo VII), también se reevaluarán los conocimientos a través de las preguntas del cuestionario inicial, observando así su evolución.

Sería recomendable obtener un nuevo resultado de las dos escalas de valoración 6 meses después de finalizar el programa, adquiriendo información objetiva acerca de los participantes y observar si ha mejorado su autoestima y su concepto personal a través de las actividades propuestas en este programa.

6. CONCLUSIONES

A través de la realización del programa y la revisión bibliográfica, conforme a los objetivos descritos, se ha podido constatar:

PRIMERA Este programa de educación proporciona a los jóvenes, conocimientos suficientes sobre vigorexia, informándoles sobre sus síntomas y su desarrollo. Refuerza la autocrítica y les ayuda a reflexionar sobre como la sociedad acaba aceptando unos cuerpos desnaturalizados.

SEGUNDA Da a conocer los recursos gratuitos que ofrece la CCAA para manejar el estrés y la ansiedad, ayuda a protegerles a sí mismos ante una situación de riesgo y de manera indirecta a sus semejantes.

TERCERA Informa sobre el proceso de crecimiento corporal, ayudando a los adolescentes a reconocerlo en ellos mismos y los demás. A través de las sesiones se aumenta la autoestima y la aceptación de su cuerpo, haciéndoles partícipes de su bienestar y fomentando un pensamiento responsable hacia ellos mismos.

CUARTA La prevención más eficaz ante la vigorexia es el conocimiento. Los jóvenes al descubrir las afectaciones mentales y fisiológicas que acarrea, son conscientes que se trata de una enfermedad, ya que por desconocimiento socialmente se normaliza e incluso se considera un logro personal.

Las mejoras de futuro en prevención de la vigorexia, deben centrarse en aumentar los conocimientos en la población general, pudiendo garantizar así una promoción y prevención de la salud a largo plazo.

También se debería aumentar el seguimiento en consulta de atención primaria a los adolescentes, pudiendo realizar así, una detección precoz de estas enfermedades y promocionar actividades, manejando las actitudes que deben trabajar a lo largo de la vida. El valor de la educación sanitaria es incalculable, por ello se debería potenciar más.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Petroski EL, Pelegrini A, Glaner MF. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. Cienc e Saude Coletiva. 2012;17(4):1071-7.
2. Pelegrini A, Coqueiro R da S, Beck CC, Ghedin KD, Lopes A da S, Petroski EL. insatisfação com a imagem corporal entre adolescentes estudantes: Associação com fatores sociodemográficos e estado nutricional. Cienc e Saude Coletiva. 2014;19(4):1201-8.
3. López Sánchez GF, Suárez AD, Smith L. Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de stunkard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. An Psicol. 2018;34(1):167-72.
4. Behar R, Arancibia M, Heitzer C, Meza N. Body dysmorphic disorder: Clinical aspects, nosological dimensions and controversies with anorexia nervosa. Rev Med Chil. 2016;144(5):626-33.
5. Ortiz Valencia JC, Lopera N, Gonzalez Motatto N, Klimenko O. Inaba koshi & matsumoto takahiro za besuto : Pianosoro. Psicoespacios Rev virtual la Inst Univ Envigado, ISSN-e 2145-2776, Vol 11, No 19, 2017 (Ejemplar Dedic a Publicación Anticip págs 24-45 [Internet]. 2008;11(19):24-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6109870>
6. Martinez Perez E, Fernandez Navarro B, Cadena Gómez S. Systematic review about Muscular Dysmorphia (2006-2016): prevalence, diagnostic tools and prevention. Nure. 2017;14(90):1-16.
7. Hernández Rodríguez J, Emiliano M, Puig L. Algunos aspectos de interés sobre la vigorexia Some aspects of interest on vigorexia. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2016;32(3):1-12. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>

8. López-Barajas DM, Castro-López R, Zagalaz-Sánchez ML. Autoconcepto y ansiedad: Detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física. *Cuad Psicol del Deport.* 2012; 12(2): 91-100.
9. Pope HG, Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and «reverse anorexia» among 108 male bodybuilders. *Compr Psychiatry.* 1993; 34(6): 406-9.
10. 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.* 2015; 31(3): 1246-53.
11. Sepúlveda AR, Rica R, Moreno A, Román FJ, Compte EJ. Assessing the male body image: Spanish validation of two instruments. *Psychiatry Res [Internet].* 2019; 272(September 2018): 483-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.125>
12. Contesini N, Adami F, Blake M, Monteiro CBM, Abreu LC, Valenti VE, et al. Nutritional strategies of physically active subjects with muscle dysmorphia. 2013; 1-6.
13. Longobardi C, Prino LE, Fabris MA, Settanni M. Muscle dysmorphia and psychopathology: Findings from an Italian sample of male bodybuilders. *Psychiatry Res [Internet].* 2017; 256(March): 231-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.065>
14. Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 9(5), 254-259
15. Tod D, Edwards C, Cranswick I. Muscle dysmorphia: Current insights. *Psychol Res Behav Manag.* 2016; 9: 179-88.

16. Lopez-Cuautle C, Vazquez-Arevalo R, Mancilla-Diaz JM. Evaluación diagnóstica de la Dismorfia Muscular: Una revisión sistemática. *An Psicol.* 2016;32(2):405-16.
17. González-Martí I, Bustos JGF, Jordán ORC. Contribución para el criterio diagnóstico de la Dismorfia Muscular (Vigorexia). *Rev Psicol del Deport.* 2012;21(2):351-8.
18. Hernández-Martínez A, González-Martí I, Contreras Jordán OR. La Dismorfia Muscular en diferentes deportes: Fútbol, gimnasia, halterofilia, natación y triatlón. *Rev Psicol del Deport.* 2017;26(2):123-30.
19. Baile JI, Monroy EK, Garay F. Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasio. *Enseñanza e Investigación en Psicología.* 2005. Vol.10, N° 1: 161-169.
20. García-Rodríguez J, Álvarez-Rayón G, Camacho-Ruíz J, Amaya-Hernández A, Mancilla-Díaz JM. Dismorfia muscular y uso de sustancias ergogénicas. Una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2017;46(3):168-77.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5.ª ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
22. Segura AM, Castell EC, Mercedes M, Baeza R, Guillén FG. Dismorfia muscular (vigorexia). 2015;32(1):324-9.
23. Leone JE, Sedory EJ, Gray KA. Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders. 2005;40(4):352-9.
24. Juárez C, Nemorio Barrientos Martínez /, Escoto Ponce de León M, Bosques L, Enríquez J. Interiorización de ideales estéticos y preocupación corporal en hombres y mujeres usuarios de gimnasio. 2014;5:29-38.

25. Behar R, Molinari D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Rev Med Chil.* 2010;138(11):1386-94.
26. Castro-López R, Molero D, Cachón-Zagalaz J, Zagalaz-Sánchez ML. Factores de la personalidad y fisicoculturismo: Indicadores asociados a la vigorexia. *Rev Psicol del Deport.* 2014;23(2):295-300.
27. Martí MC, D'Agostino MJ, Veiga de Cabo J, Sanz-Valero J. Alfabetización Digital: un peldaño hacia la sociedad de la información. *Med Segur Trab (Madr).* 2008;54(210):11-5.
28. Escoto Ponce de León M, Camacho Ruiz E, Álvarez Rayón G, Díaz Reséndiz F, Morales Ramírez A. Relationship between self-esteem and symptoms of muscle dysmorphia in male bodybuilders. *Rev Mex Trastor Aliment J Eat Disord.* 2012;3(1):11-8.
29. Fernandes Bezerra D, Alves Sampaio LV, Dos Santos Raposo Landim LA. Diagnosis of vigorexia and muscular dysmorphia in university of the health area. *Nutr Clin y Diet Hosp.* 2018;38(4):179-82.
30. Kahoot!. [Internet]. Kahoot!. Disponible en: <https://kahoot.com/business/presentations/> (último acceso 18 abril 2020)
31. Ayuntamiento de Zaragoza. [Internet]. Boletín del CIPAJ. [Consultado el 18 de abril del 2020]. Disponible en: https://www.zaragoza.es/ciudad/sectores/jovenes/cipaj/form_Cipaj

8. ANEXOS

Anexo 8.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TDM

Trastorno dismórfico corporal

- 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, averse 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 de la conducta alimentaria.

Fuente: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5.ª ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.

Anexo 8.II FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (Elaboración propia)

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE*:

E-MAIL*:

APELLIDOS*:

TELEFONO MOVIL:

FECHA DE NACIMIENTO*:

PESO (KG)*:

DNI:

ALTURA (CM)*:

Si no dispone de teléfono móvil. marque esta casilla.

Responda a las siguientes preguntas:

) ¿Habías oído hablar de la vigorexia? ¿Cuánto dirías que sabes sobre éste tema?

) ¿Cuántas enfermedades mentales conoces?

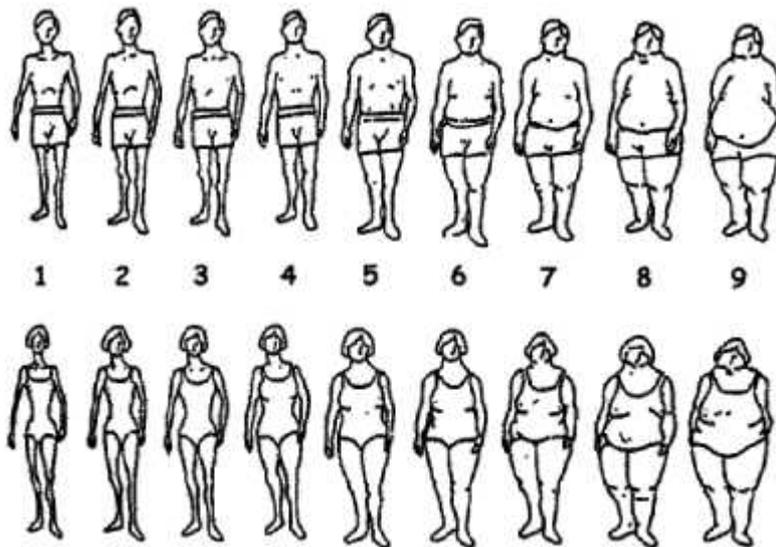
) ¿Qué edad crees que es la más prevalente en este tipo de enfermedades?

) ¿Conoces a alguien con una enfermedad mental? ¿Sabrías recomendarle a quien o donde acudir?

J) ¿Crees que en los medios de comunicación (revistas, programas de tv, etc.) trabajan con gente con enfermedades mentales? ¿crees que esto te puede influir en tu imagen corporal?

A continuación deberá rellenar los 2 cuestionarios siguientes para validar la inscripción al programa educativo.

1. Señale con que figura se identifica a sí mismo:



Fuente: López Sánchez GF, Suárez AD, Smith L. Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de stunkard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. An Psicol. 2018; 34(1):167-72.

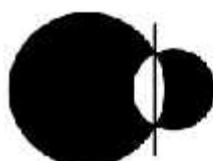
2. Rellene con A,B,C y D según considere la respuesta más apropiada:

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos [Internet] Consejo general de la psicología de España. [Consultado el 3 de marzo del 2020]. Disponible en: <https://www.cop.es/colegiados/pv00520/escala%20rosenberg.pdf>

Escribe posibles dudas y preguntas para responder y trabajar en las sesiones (Se responderán sin nombrar a la persona que las realizó, garantizando así su anonimato):



VIGHHELP

PROGRAMA VIGHHELP

Teléfono de contacto: 606080824

Correo electrónico: vighelp@gmail.com



Anexo 8.III CORREO RECORDATORIO (Elaboración propia)

Hola (nombre con el que se ha inscrito en el programa),

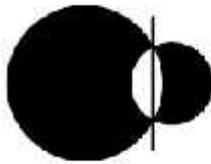
no te olvides del taller que tienes hoy en _____.

Te esperamos

__-__-2020 a las __:__ - Taller de _____

Ven, aprende y descubre con nosotros.

[Ver dirección en el mapa.](#) 



VIGHELP

PROGRAMA VIGHELP

Teléfono de contacto: 606080824

Correo electrónico: vighelp@gmail.com



@VigHelp

Anexo 8.IV DESARROLLO "ALFABETIZACION DE MEDIOS" - SESIÓN 2

El concepto «Alfabetización Digital» se comenzó a utilizar en los años 90 para designar al conjunto de destrezas, conocimientos y actitudes que necesita una persona para poder desenvolverse funcionalmente dentro de la Sociedad de la Información.

La tendencia actual ha llevado a los expertos en el tema a agrupar las alfabetizaciones por destrezas, definiendo la alfabetización de medios como: "Los usuarios capaces de responder con una actitud crítica en la evaluación de la información obtenida a través de los medios de comunicación de masas: televisión, diarios, revistas, radio e Internet. Su objetivo principal es que la gente pueda «comprender, producir y negociar significados, en una cultura hecha de imágenes, palabras y sonidos poderosos», al alcanzar la competencia en medios una persona puede «decodificar, evaluar, analizar y producir medios, tanto impresos como electrónicos»."

Fuente: Martí MC, D´Agostino MJ, Veiga de Cabo J, Sanz-Valero J. Alfabetización Digital: un peldaño hacia la sociedad de la información. Med Segur Trab (Madr). 2008;54(210):11-5.

Anexo 8.V ENCUESTA SESIÓN 2 (Elaboración propia)

Conteste de forma objetiva la siguiente encuesta, valorando del 1 al 5 siendo:

1: En desacuerdo y 5: Totalmente de acuerdo

Considero que me puede influenciar los medios de comunicación y RRSS.	1	2	3	4	5
Considero que los medios de comunicación y RRSS nos venden vidas perfectas y cuerpos perfectos.	1	2	3	4	5
Debemos de tener una actitud crítica ante la publicidad (tanto en los medios de comunicación, como en las RRSS).	1	2	3	4	5
De las RRSS y medios de comunicación, la más influyente para mi es: 1- RRSS (Instagram, facebook, ...) 2- Televisión (a través de anuncios, series, películas...) 3- Revistas (moda, coches, ...) 4- Me influyen todas las anteriores por igual 5- No me siento influido por ninguno	1	2	3	4	5
Creo que nos deberían de enseñar a través de la alfabetización de medios.	1	2	3	4	5

Anexo 8.VI EVALUACIÓN DE LA SESIÓN (Elaboración propia)

SESIÓN/GRUPO:

FECHA DE LA SESIÓN: __ / __ / ____

DIRIGIDA POR:

Nº DE JOVENES QUE ACUDIÓ A LA SESIÓN:

PARTICIPACIÓN (valora del 1 al 10 - las siguientes cuestiones sobre la sesión de manera objetiva, siendo "1" ninguno de los presentes y "10" todos los presentes):

INTERÉS GENERAL

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

INTERACCIÓN

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿REALIZAN PREGUNTAS A LO LARGO DE LA SESIÓN?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿ESCUCHAN DE MANERA ACTIVA AL PROFESIONAL?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SI HA REALIZADO DEBATE EN SU SESIÓN, ¿HAN INTERVENIDO CORRECTAMENTE?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**¿CONSIDERA QUE SE HA REALIZADO LA SESIÓN DE FORMA ORDENADA?
¿QUE CAMBIARÍA DESPUÉS DE DESARROLLARLA CON LOS PARTICIPANTES?**



Anexo 8.VII ENCUESTA DE SATISFACCIÓN (Elaboración propia)

Conteste de forma objetiva la siguiente encuesta de satisfacción con el programa de salud valorando del 1 al 5 siendo:

1: En desacuerdo y 5: Totalmente de acuerdo

La duración de las sesiones ha sido la adecuada.	1	2	3	4	5
La comunicación de los profesionales en las charlas con los participantes ha sido correcta.	1	2	3	4	5
El material didáctico con el que han dado las sesiones era actual e innovador.	1	2	3	4	5
Las sesiones se han adecuado a las expectativas que tenía del programa.	1	2	3	4	5
Siento que estoy en mejor situación para prevenir y, llegado el caso, reconocer una situación de riesgo de una enfermedad mental.	1	2	3	4	5
El espacio físico donde ha tenido lugar las sesiones ha sido el adecuado.	1	2	3	4	5
Sus dudas han sido resueltas satisfactoriamente.	1	2	3	4	5
Recomendaría el programa a un amigo/a.	1	2	3	4	5

Indique que aspectos cree que se podrían mejorar del programa de salud: _____
