INTRODUCCIÓN

La extensión de nuevos ideales de belleza corporal y la presión social y cultural han dado lugar a la aparición de trastornos ligados a la percepción de la propia imagen y a la alimentación, así, en general, las mujeres se creen con mayor peso del que tienen en realidad, por el contrario, los hombres con normopeso se autoperciben más delgados de lo que son.(1) Así, la dismorfia muscular (DM), descrita por primera vez por Pope en 1993 y catalogada dentro del resto de dismorfias corporales en el DSM-V [ICD-10CM: 3007.7 (F45.22)],(2) se define como aquel trastorno en el que el paciente se ve pequeño a pesar de presentar un cuerpo musculado.(3,4)

Estos pacientes tienen un doble componente, exceso de ejercicio para aumentar la musculatura y una dieta restrictiva, generalmente desequilibrada y con alto porcentaje de proteínas,(5) además del consumo de sustancias ergogénicas, como esteroides anabolizantes,(6-8) sin ningún control profesional ni evidencias científicas en humanos,(9-11) con sus consecuencias de daño renal, hepático, colestasis y trastornos cardiovasculares.(12-16)

El diagnóstico según el DSM-V debe basarse en los siguientes criterios: (1) auto preocupación sobre uno o más defectos físicos, no percibidos por otros; comportamientos repetitivos como respuesta a estas preocupaciones (uso excesivo de espejos, comparación con sus semejantes, etc.); angustia o impedimento en situaciones sociales u/y ocupacionales; y la preocupación por su apariencia física no está justificada por su grasa corporal o peso.(2)

En 2002, se desarrolló un cuestionario para indicar los síntomas de DM, la Escala de Satisfacción Muscular, adaptada a partir de la versión americana (MASS-Muscle Appearance Sartisfaction Scale).(17,18) Dicho test contiene 19 ítems de tipo Likert que evalúan aspectos cognitivos, conductuales y afectivos. Se considera que un sujeto experimenta síntomas de DM cuando el valor es igual o mayor a 52 puntos (2-6 último artículo). Recientemente nuestro grupo ha propuesto una escala de riesgo como posible prueba de cribado de DM, utilizable por los profesionales de gimnasios e incluso por el propio paciente, que puede indicar la necesidad de un diagnóstico de certeza, pues no hay que olvidar que todas las escalas utilizadas y nuestra prueba de cribado sólo son útiles para detectar algunos síntomas, el diagnóstico final de esta enfermedad mental debe ser realizado por un psicólogo o psiquiatra.

La prevalencia de la enfermedad, debido a las dificultades actuales en el diagnostico está seguramente subestimada y es poco conocida su relación con factores sociales, económicos, familiares, etc. Así, por ejemplo, entre universitarios varones su prevalencia está alrededor del 7%,(19) porcentaje que se incrementa entre usuarios de gimnasios.(20-22)

Es necesario tener en cuenta que al igual que en todas las enfermedades adictivas, la DM da lugar a una adicción al ejercicio físico excesivo, la prevención y el diagnóstico precoz son claves en la prevención de los trastornos asociados. Por ello es importante conocer si existen factores socio demográficos asociados (familiares, culturales, económicos). Por ello, es objetivo del presente trabajo estudiar si alguno de dichos factores está relacionado con la presencia de síntomas de DM.

MATERIAL Y MÉTODOS

*Población.* Varones que practicaban ejercicio en gimnasios de la provincia de Alicante con el objetivo de aumentar su masa muscular.

*Diseño del estudio y participantes*

Se trata de un estudio observacional transversal en hombres que acuden al gimnasio. Se seleccionaron 5 gimnasios en entornos urbanos de diferentes niveles socioeconómicos (bajo, medio y alto) de las ciudades de Alicante y San Vicente del Raspeig, con el fin de obtener gimnastas con diferentes características sociodemográficas. Se recogieron los datos en los años 2103 y 2014, con los criterios de inclusión de ser hombres entre 16 y 45 años, usuarios de salas de musculación, que acudían al menos 4 días a la semana, durante al menos 6 meses previos al estudio, que realizaran al menos 1 hora de ejercicio por día y que firmaran el consentimiento informado. Se excluyeron todos los sujetos que tenían una enfermedad crónica que pudiera afectar su composición corporal (diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Crohn o enfermedad celíaca).

*Variables y medidas*

Como variable principal se utilizó la presencia o no de alto riesgo de síntomas de DM usando la Escala de Satisfacción Muscular, validada en una población española y adaptada de la MASS.6,16. Esta escala consta de 19 ítems, con respuesta tipo Likert, con una puntuación de 1 a 5 puntos (1= totalmente en desacuerdo y 5=totalmente de acuerdo) (los valores de los ítems 1, 4 y 14 se califican de forma inversa). Una puntuación igual o superior a 52 puntos se clasifica como de alto riesgo para DM.(17,18)

Las variables secundarias se obtuvieron por entrevista personal: edad, convivencia (padres, pareja, amigos y solo), tiene hijos (no, sí), nivel educativo (primaria, secundaria, vocacional o universidad) e ingreso mensual (0, 1161, $ 1161 euros).

*Cálculo del tamaño de la muestra*

La muestra se recolectó sin un cálculo de tamaño de muestra previo, realizándose el estudio a todos los gimnastas que cumplían los requisitos marcados en los criterios de inclusión y exclusión, por lo que el cálculo del tamaño de la muestra se realizó a posteriori; es decir, determinar si la muestra utilizada fue adecuada para los objetivos propuestos (Ver si las condiciones sociales y económicas son factores de riesgo de DM). Un total de 140 hombres participaron en el estudio, de los cuales 44 tenían alto riego de DM.

*Análisis estadístico*

Las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas con los valores medios y desviaciones estándar (DE). Se realizó análisis bivariante de las variables cualitativas mediante el test de Chi cuadrado y de las cuantitativas mediante el test t-student para eliminar posibles factores de confusión se construyó un modelo de regresión logística binaria (presencia o ausencia de alto riesgo de síntomas de DM). Debido a que teníamos un total de 44 gimnastas con un alto riesgo de tener síntomas de DM (sólo pueden incluirse en análisis multivariante por regresión logística 1 variable por cada diez eventos), se realizó el análisis únicamente con las variables con niveles de significación p<0,250 en el análisis bivariante (variables que pueden ser confusoras). Se determinó la probabilidad de presencia de alto riesgo de DM.

Los análisis estadísticos han sido realizados mediante el programa IBM Statitics SPSS 25.0. Se ha utilizado como nivel de significación p < 0.05.

*Cuestiones éticas*

El estudio fue aprobado por la Comisión de Bioética de la Universidad de Alicante (ref. UA-2015-11-09). Previamente a la toma de datos se obtuvo permiso de los responsables de los gimnasios y la firma del consentimiento informado de cada uno de los participantes. Los datos fueron tratados en todo momento de forma confidencial, anonimizados y no filiables.

RESULTADOS

Se han estudiado un total de 140 varones que asistían regularmente al gimnasio para musculación. Los valores descriptivos están expresados en la segunda columna de la Tabla 1, resaltando una edad media de 26,1 (DS=7,1) años; que la mayoría viven con los padres (56,4%); no tienen hijos (89,3%); con un equilibrio entre estudios secundarios (32,1%), formación profesional (28,6%) y universitarios (34,3%); y con unos ingresos económicos en su mayoría bajos y medios (<1161 €/mes).

En la misma tabla, tercera y cuarta columna se presentan los valores del análisis bivariante, destacando que los usuarios de gimnasio con riesgo de DM son más jóvenes (p=0,027) y parece que tienen también mayor riesgo los que viven con los padres y menor los que lo hacen solos, en el límite de la significación. No se observa una influencia significativa ni de tener o no hijos (p=0,674), del nivel de estudios (p=0,758), ni del nivel de ingresos económicos (p=0,503).

En la Tabla 2 están expresados los valores de la regresión logística binaria, y aunque no hay diferencias estadísticas, al calcular la probabilidad se observa en su representación gráfica como la edad parece ser un factor de riesgo, modulado por la convivencia, siendo por orden el riesgo mayor respecto a vivir solos, de vivir con amigos, padres y el mayor cuando se vive con la pareja (Figura 1).

DISCUSIÓN

*Comparación con bibliografía*

No se han encontrado claramente factores socioeconómicos de riesgo para la Dismorfia muscular (DM). Sin embargo, menor edad y convivencia con los padres y pareja parecen ser factores de mayor riesgo entre los usuarios habituales de gimnasios con la finalidad de muscularse. Si se comparan estos resultados con otros estudios coincide que a menor edad mayor es el riesgo de sufrir DM. 23

El hecho de que la convivencia en pareja sea un factor de riesgo para el desarrollo de DM puede venir determinado por la búsqueda de la aprobación física de la misma y viene reforzado en muchas ocasiones por el hecho de que usuarios de sala de musculación a menudo tienen parejas que se dedican también a la musculación y comparten una misma afición por el culto al cuerpo.

Por otro lado, el mayor riesgo de los que viven con los padres podría estar relacionado con menor grado de responsabilidades, traducido en mayor disponibilidad de tiempo para la realización de actividades físicas.

El nivel de estudios según nuestro trabajo no es un factor de riesgo para el desarrollo de DM. No se han encontrado referencias bibliográficas sobre estos datos, nos siendo posible establecer una comparación.

*Fortalezas y limitaciones*

Como fortalezas cabe destacar que es el primer estudio en el que se afronta la investigación de los factores de riesgo sociales y económicos para presentar esta enfermedad entre los usuarios de gimnasios y que este análisis se ha realizado mediante un estudio multivariante, que puede eliminar factores confusores. También hay que destacar que se han escogido gimnasios de diferentes entornos con el fin de tener una muestra de entornos sociales, económicos y culturales diversos, lo cual se muestra en la distribución bastante equilibrada en el nivel de estudios.

Como limitaciones caben destacar el posible sesgo de la información al ser esta autorreportada, aunque las preguntas son muy sencillas y de fácil evaluación. La única variable complicada es la valoración en la Escala de Satisfacción Muscular y ésta ha sido previamente validada en España. Otra limitación es el tamaño muestral, existen indicios en este trabajo de que si aumentásemos el tamaño de la muestra podríamos llegar a niveles de significación adecuados.

*Implicaciones para el futuro*

Con una visión de futuro, se hace necesario profundizar en estos estudios, pues todavía existen incógnitas importantes sobre las causas que conducen a este trastorno, pues su conocimiento puede dar herramientas para su prevención. En este sentido creemos que la utilización de un test sencillo y validado que pueda establecer la diferencia entre gimnastas que realizan el ejercicio físico de una manera saludable y aquellos que lo hacen con peligro de entrar en una situación patológica, puede ayudar a un reclutamiento mayor entre personas habituales de gimnasios, con el fin de analizar con mayor fiabilidad todos los posibles factores sociales, culturales y económicos. 5

Es difícil realizar una comparación con la bibliografía previa, pues ésta se ha inclinado más en estudiar tipos de actividades físicas realizadas y el uso de sustancias anabolizantes, que en los factores sociales y económicos como posibles riesgos de padecer DM. 22,24-26

*Conclusión*

Por tanto, podemos concluir que es un riesgo para presentar Dismorfia muscular (DM) en hombres la asistencia habitual al gimnasio para musculación, tener menor edad, convivir en pareja o con los padres, no mostrando repercusión el nivel educativo ni el de ingresos económicos.