

## **VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?**

María José Gordillo Montaña, Elena Guillén Guillén, Carmen González Macías, María Dolores Gordillo Gordillo

[margormon@gmail.com](mailto:margormon@gmail.com)

### **RESUMEN**

En las últimas décadas se ha generado un cambio cultural en la imagen masculina y su cuidado, un culto excesivo a la belleza corporal y una obsesión por la salud entendida como perfección. La necesidad de un cuerpo o una imagen perfectos resultan muchas veces en diversos trastornos psicológicos.

Aparece también la gran proliferación de nuevas adicciones. Estas "adicciones sin droga" surgen como una actividad, aparentemente inocua, que realiza el sujeto de manera repetitiva y que le produce satisfacción, consecución de algún objetivo y una gran sensación de control.

En este contexto surge la dismorfia muscular. Un trastorno no reconocido por la APA en el que los pacientes exhiben preocupación y conductas focalizadas en ser pequeño o insuficientemente musculoso, causando malestar o deterioro clínicamente relevante en la vida cotidiana. Practican largas horas de levantamiento de pesas y colocan excesiva atención a la dieta para lograrlo, abandonando frecuentemente importantes actividades sociales, ocupacionales o recreacionales por la necesidad compulsiva de mantener su horario de entrenamiento y dieta. El individuo continúa entrenando, haciendo dieta o consumiendo sustancias ergogénicas pese a conocer las consecuencias físicas y psicológicas adversas.

En esta comunicación nos disponemos a aclarar el término de Vigorexia, realizando un amplio diagnóstico diferencial y extrayendo sus respectivas conclusiones.

## **VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?**

*"El cuerpo goza, el cuerpo habla, el cuerpo duele, el cuerpo grita." (Rother Hornstein)*

### **CONSIDERACIONES INICIALES: ¿POR QUÉ ESTE TEMA?**

En las últimas décadas se ha generado un cambio cultural en la imagen masculina y su cuidado, un culto excesivo a la belleza corporal y una obsesión por la salud entendida como perfección. Los medios de comunicación a través de películas y publicidad, relacionan la felicidad con la imagen del cuerpo, asociando entre sí los conceptos de hermosura, bienestar y salud. Están descontentos con su cuerpo y esto genera riesgo de baja autoestima, de consumo de sustancias peligrosas, de alteraciones de la alimentación y de depresión. La necesidad de un cuerpo o una imagen perfectos resultan muchas veces en diversos trastornos psicológicos.

Aparece también la gran proliferación de nuevas adicciones. Estas "adicciones sin droga" surgen como una actividad, aparentemente inocua, que realiza el sujeto de manera repetitiva y que le produce satisfacción, consecución de algún objetivo y una gran sensación de control.

En este contexto surge la dismorfia muscular. Un trastorno no reconocido por la APA en el que los pacientes exhiben preocupación y conductas focalizadas en ser pequeño o insuficientemente musculoso, causando malestar o deterioro clínicamente relevante en la vida cotidiana. Practican largas horas de levantamiento de pesas y colocan excesiva atención a la dieta para lograrlo, abandonando frecuentemente importantes actividades sociales, ocupacionales o recreacionales por la necesidad compulsiva de mantener su horario de entrenamiento y dieta. El individuo continúa entrenando, haciendo dieta o consumiendo sustancias ergogénicas pese a conocer las consecuencias físicas y psicológicas adversas.

### **HISTORIA**

Las primeras anotaciones sobre la dependencia al ejercicio aparecen en los trabajos de Baekeland en 1970, en los que se estudiaba el efecto que la privación del ejercicio producía en los patrones del sueño.

Glasser denomina "adicción positiva", se acuñó el término "adicción al correr". En los años noventa se comienza a estudiar el fenómeno por el cual la práctica deportiva se convierte en una "obsesión".

Harrison Pope en Estados Unidos describió este síndrome por primera vez en 1993 mientras investigaba el uso y abuso de esteroides y lo bautizó como anorexia inversa o vigorexia por sus características algunas comunes y otras contrarias a la anorexia nerviosa (perturbación en la imagen corporal similar a la que se da en la anorexia, sólo que de forma inversa, el sujeto se percibe pequeño y débil, siendo grande y fuerte).

## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?

En trabajos posteriores utiliza el término de "complejo de Adonis", haciendo alusión al personaje de la mitología griega del mismo nombre, Adonis, paradigma de modelo de belleza ideal masculina, de quien Afrodita quedó enamorada al verlo dormir desnudo.

Este síndrome también ha sido denominado "Big-orexia" y ha evolucionado hasta el término más actual de "Dismorfia Muscular" o "dismorfofobia", Llegando a coexistir los nombres de: Anorexia inversa, Dismorfia muscular, Complejo de Adonis y Vigorexia.

### CONCEPTO: ¿QUÉ ES LA VIGOREXIA?

Podríamos definirla como la preocupación excesiva por la apariencia física, la sobrevaloración de la misma, una distorsión de la imagen corporal, la presencia permanente de pensamientos obsesivos en relación al cuerpo, síntomas de ansiedad y depresión, conductas alteradas de la vida social y laboral.

Baile en 2005 la definió con estas palabras:

*Alteración de la salud caracterizada por una preocupación patológica de ser débil y no tener suficiente desarrollo muscular del cuerpo, aún teniéndolo, y que 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, como excesos de ejercicio físico, dieta inapropiada y consumo de sustancias peligrosas (Baile, 2005).*

Elementos de la vigorexia:

1. Son personas que hacen mucho ejercicio físico, con el objetivo declarado de alcanzar una determinada masa muscular mayor que la que poseen.
2. La cantidad de tiempo que dedican al ejercicio entorpece su adaptación social, laboral, académica e incluso familiar y de pareja.
3. Los afectados presentan una alteración de la imagen corporal, por lo que se creen más débiles y delgados de lo que son.
4. La mayoría son hombres de edades entre los 18 y los 25 años.
5. Con una frecuencia mayor que en la población general, aparecen otras conductas desadaptativas, como una alimentación inadecuada o consumo de fármacos peligrosos para la salud.

Se observó como principal característica la preocupación crónica acerca de la insuficiencia que sufre el propio cuerpo en relación con la musculatura deseada para él mismo, llegando a percibirse como delgados y débiles, sin necesariamente serlo. Presentaría una alteración en la

## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?

percepción de la imagen corporal. Comienzan con una fuerte disciplina y rutina de ejercicio físico, virando posteriormente hacia patrones patológicos en la conducta alimentaria. Dedicar un gran número de horas al ejercicio físico en el gimnasio e incluso consumen sustancias, como esteroides anabolizantes, para favorecer la formación de masa muscular.

El consumo y abuso de esteroides anabolizantes también guardan estrecha relación con el trastorno. La inmensa mayoría consumen o han consumido esteroides anabolizantes como catalizador del proceso de desarrollo físico, en búsqueda de una mejora en su apariencia, con el riesgo consiguiente para la salud.

Es un trastorno mental distinto, no es estrictamente alimentario, comparte la patología de la preocupación obsesiva por la figura y una distorsión de la imagen corporal:

1. Se trata de una Adicción al Ejercicio, una de las nuevas adicciones.
2. Se trata de un Trastorno Obsesivo Compulsivo, con pensamientos constantes acerca de la necesidad de ejercitarse y cuya compulsión es la propia de actividad física.
3. TCA.
4. Se trata de un trastorno de tipo cognitivo, en que el sujeto percibe incorrectamente su propia imagen (Dismorfia Muscular).

Suelen ser personas preocupadas por su aspecto físico, con una auto-imagen distorsionada, introvertidas, con problemas de integración y baja autoestima, que consideran que tienen poco atractivo para el sexo opuesto debido a su aspecto físico. Por ello, el desarrollo de la Vigorexia se relaciona directamente con otras alteraciones psicológicas, como ansiedad y depresión.

### PREVALENCIA

No existen estudios de campo sobre la prevalencia en España

1. Pope (2002) estimó que un 10% de los usuarios habituales de gimnasios padecían este trastorno.
2. Olivardia (2001) estimó en 90.000 el número de norteamericanos con problemas graves de vigorexia.
3. El mismo porcentaje se ha encontrado en México (Baile, 2005).
4. El Consejo General de Farmacéuticos habla de 700.000 casos en España, aunque es una estimación "clínica".

## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?

5. Un estudio situó el número de vigoréticos en España entre 20.000 y 30.000 (Alonso, 2002).
6. Otro estudio estima, trasponiendo datos de EE.UU. que en España debe haber 10.500 vigoréticos (Baile, 2005).
7. La Unión Europea estimó en el 6% los usuarios habituales de gimnasios con este problema (Méndez, 2002).
8. Este problema se encuentra en numerosas culturas (Pope *et al.*, 2000).

No hay datos homogéneos ni estudios de prevalencia que demuestren cuántos vigoréticos hay en España, oscilando la cifra estimada entre 10.500 como mínimo y 700.000 como máximo. A esto contribuye la indefinición del concepto.

### SEÑALES DE ALARMA

1. *Halterofilia y ejercicio compulsivo.* La búsqueda de un cuerpo más muscular puede convertirse en una prioridad, sacrificando relaciones sociales y otros aspectos del desarrollo físico y emocional de la persona.
2. *Trastorno dismórfico corporal.* Las personas con problemas con su imagen física pueden fijarse obsesivamente en detalles que otros no consideran de importancia. Sentimientos de insatisfacción, baja autoestima y depresión son frecuentes.
3. *Trastornos de la alimentación.* Varones con problemas de bulimia o anorexia y otras formas menores que mantienen una preocupación acerca de estar obesos cuando realmente están delgados.
4. *Abuso de esteroides.* Intentan conseguir una imagen física idealizada a través del uso de estas sustancias.

### ETIOLOGÍA

Existe más de un factor que interactúa en el desarrollo del cuadro, es un modelo multicausal. Se busca la relación que existe entre las características de la persona en particular y las del ambiente donde ésta se desarrolla.

En los modelos multicausales, se suele hablar de factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de la adicción, que se encuentran en constante interacción.

Las variables socioculturales pueden tener un papel fundamental como desencadenante. La influencia de los medios de comunicación, fomentan unos valores sobre el físico, que van influyendo desde una temprana edad y se inculca la relación entre el aspecto y el éxito.

## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?

Se dan cuenta de que no es tan fácil como se lo vendieron, pero sí que hay productos que lo harán más fácil o rápido, o por lo menos le animará a entrenar todo el tiempo que sea necesario, poniendo en muchas ocasiones en peligro el resto de sus responsabilidades y la vida que tiene fuera del gimnasio, cada vez más reducida.

Tendencia genética o biológica a este trastorno que ellos consideran adicción. Parece 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 adicción). Otra explicación biológica implica al sistema nervioso simpático y una dependencia de los niveles aumentados de catecolaminas que acompañan a la práctica regular de ejercicio. Otra línea sugiere que este trastorno podría ser el resultado de un déficit de opioides endógenos, estimulados por el ejercicio.

Los resultados no son concluyentes y no aclaran si las alteraciones en la neurotransmisión son la causa o el resultado de la vigorexia.

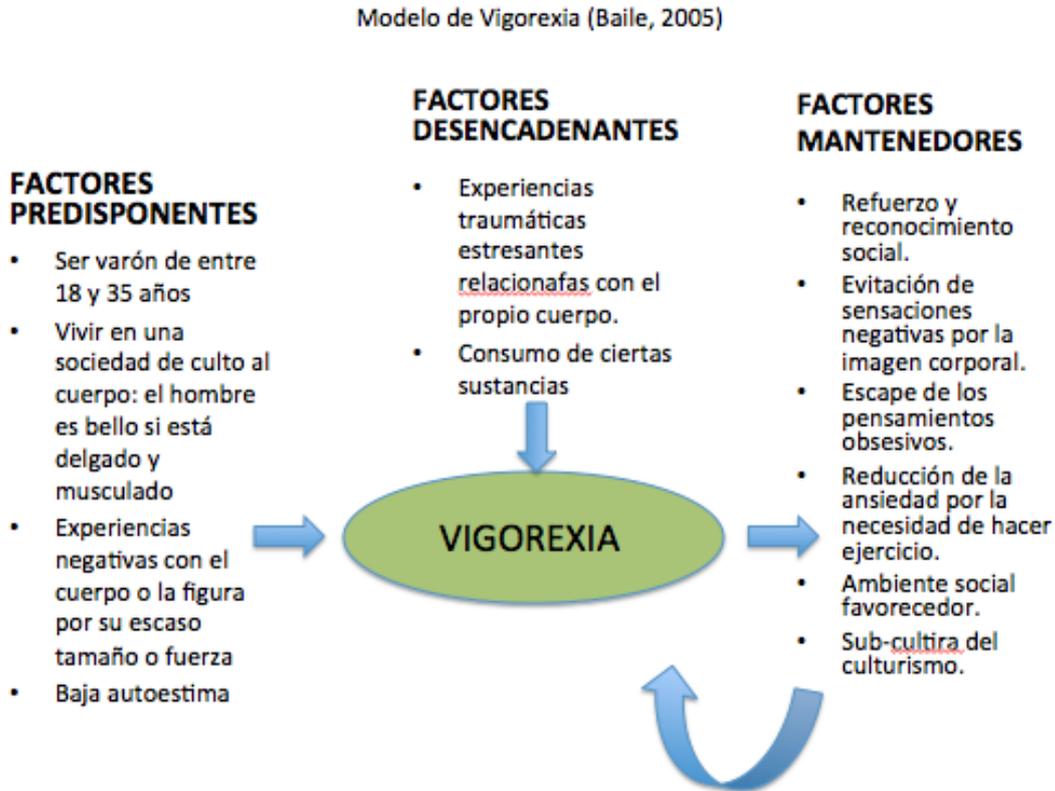
Variables individuales se puede destacar la importancia de ciertos problemas psicológicos. Los sujetos suelen presentar una historia de burlas sobre su apariencia, fracasos, relaciones interpersonales negativas,...de forma similar a lo que sucede en la Anorexia. Los sujetos realizan cogniciones equivocadas 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.

Baile sugiere la existencia de:

- Factores predisponentes: factores genéticos, factores del entorno ambiental y social, experiencias previas..., que predisponen pero no causan el desarrollo del trastorno, salvo si hay un factor desencadenante.
- Factores desencadenantes: factores individuales y ambientales, que provocan el inicio del trastorno.
- Factores mantenedores: factores que son consecuencia del trastorno o que ocurren paralelamente y que tienen un efecto de reforzamiento sobre el mismo, provocando que se mantenga y agrave. Entre estos tenemos refuerzo y reconocimiento social, ya que cuando se comienza a hacer ejercicio esto se ve como una actividad saludable, y para los dependientes del ejercicio, todo su mundo les reconoce y felicita por lo que están logrando y el esfuerzo. Mediante la realización de todo el ejercicio que creen necesario evitan la sensación de no estar haciendo lo suficiente para conseguir su meta, y en el gimnasio pueden estar constantemente mirándose al espejo, y viendo los cambios que están

## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?

produciendo en su propio cuerpo, cambios que aunque no les parecerán lo suficientemente



Lantz , idea el modelo conceptual de dismorfia muscular: agrupa a los factores en tres categorías:

1. Factores precipitantes: guardan relación directa con la autoestima y la insatisfacción corporal.
2. Características conductuales hacen referencia a los comportamientos que interactúan con el trastorno siendo consecuencia negativas (objetivas) y reforzantes (subjetivas) a la vez: dentro de los mismos se pueden resaltar restricciones alimentarias, abuso farmacológico, dependencia física. El tamaño corporal y la simetría se considera el objetivo para ellos, por esto deben realizar restricciones alimenticias, que se complementarán con los suplementos y la realización de ejercicio.
3. Consecuencias del trastorno: narcisismo, la aceptación del trastorno como un modo de vida y alienación.

## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?



### VIGOREXIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

La Vigorexia convive con el consumo de sustancias psicoactivas tanto de curso legal, bajo la forma de complejos vitamínicos por ejemplo, como también de curso ilegal, como los esteroides anabolizantes fuera de prescripción médica. Baile agrupa a dichas sustancias bajo los siguientes grupos:

- Suplementos alimentarios compuestos fundamentalmente por proteínas extraídas del suero de la leche o del huevo, en presentación en polvo, barritas o batidos.
- Complejos vitamínicos, a veces acompañados con minerales y electrolitos.
- Sustancias existentes en el propio organismo como la carnitina o la creatina, que favorecen el aumento del volumen muscular y/o hacen aprovechar al máximo la energía muscular.
- Esteroides anabolizantes. Productos farmacológicos utilizados para aumentar la masa muscular y perder grasa; su comercio y consumo fuera del sistema sanitario no está permitido.
- Hormonas del crecimiento humano.
- Diuréticos, insulina, cafeína.

*“El término sustancia alude a compuestos químicos que se ingieren y alteran el estado de ánimo o el comportamiento” (Barlow y Durand, 2006).*

## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?

### **Esteroides Anabolizantes**

Son productos derivados o sintetizados de la testosterona. En la década de los 50 fueron utilizados por los deportistas como un método para desarrollar musculatura y ganar fuerza más allá de las posibilidades que el entrenamiento les aportaba. No fue hasta los Juegos de Verano de 1976 que dichas sustancias fueron prohibidas por el Comité Olímpico Internacional. En las últimas décadas, la utilización de esteroides anabolizantes se ha expandido hacia un sector de la población ajeno a la práctica deportiva.

Existen dos formas principales de administración de la droga, vía oral e inyectables, y son también dos los programas que organizan el consumo. Las drogas administradas oralmente son la oximetolona, oxandrolona, metandrostenolona y estanozolol. En cambio mediante la vía inyectable se consumen la nandrolona-decanoato, nandrolona-fenpropionato, testosterona cionato y baldonona undecilato. El programa de apilamiento combina la utilización de dos o más fármacos diferentes según su vía de administración, oral e inyectable. Por su parte el programa piramidal refiere a una estrategia de administración donde el sujeto comienza utilizando pequeñas dosis de la sustancia, la cual irá aumentando paulatinamente durante un ciclo que comprende entre 4 y 12 semanas.

Los efectos producidos por los esteroides anabolizantes pueden dividirse en físicos, psicológicos, del estado de ánimo y la conducta, y efectos adversos o no deseados. Los efectos físicos, principal fuente de inspiración en el uso de dichas sustancias, son el aumento de la síntesis de proteínas que dará como resultado un crecimiento y desarrollo de la masa muscular del cuerpo, lo cual traerá una complicación. Si bien la masa muscular aumenta, los huesos y los tendones no se ven afectados por los esteroides, de modo que éstos pueden verse resentidos durante el proceso buscado. Otros efectos físicos se relacionan con el aumento del impulso sexual y un descenso e el umbral de tolerancia al dolor. Por su parte, los efectos psicológicos se relacionan con un aumento de la agresión y un descenso en la tolerancia a la frustración. En situaciones de crisis agudas pueden hacer su entrada síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios. Al hablar de efectos en el estado de ánimo y la conducta, el abuso de esteroides anabolizantes puede llegar a producir hipomanía, euforia, irritabilidad, manía, etc. Y, durante los períodos de abstinencia pueden apreciarse síntomas depresivos.

En ambos sexos: dentro del ámbito cardiovascular se observa un aumento de la presión arterial, hipertrofia ventricular izquierda concéntrica, arteriosclerosis y vaso-espasmos; cáncer de hígado; acné; aumento del riesgo de contraer SIDA y /o Hepatitis B y/o C a compartir jeringas; infecciones en los lugares repetitivos de inyección; debilidad en los tendones; detención del crecimiento óseo; efectos psiquiátricos tales como: tendencias suicidas, manía, delirios, agresividad, etc; en el hígado se observan hematomas, adenomas y adenocarcinomas; disminución del flujo urinario total; disminución del colesterol HDL.

## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?

En el hombre: ginecomastia; infertilidad; atrofia testicular; aumento del volumen prostático; aumento de la micción nocturna; calvicie; etc. En la mujer: crecimiento del vello facial; hipertrofia del clítoris; redistribución de la grasa corporal hacia formas masculinas; reducción del tamaño de las mamas; pérdida de cabello; cambios en la voz, etc.

Informar sobre los efectos no deseados no es suficiente para prevenir el uso de los mismos. La expectativa de cambio es mayor a la posibilidad de contemplar los riesgos del consumo.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Vigorexia y otros Trastornos relacionados

ANOREXIA: ¿Es la manifestación masculina de la Anorexia Nerviosa

La vigorexia ha sido propuesta en ocasiones como un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), pues 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. Características comunes que en ciertos aspectos componen estos trastornos, aunque en sentido opuesto.

Comparten 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, la supresión de grasas...

Se busca el cuerpo perfecto con control de alimentos y con la realización de ejercicio.

### **Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y Anorexia**

#### **Vigorexia**

- Se ve delgado y débil ("pequeño")
- Intenta ganar peso
- 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

#### **Anorexia**

- Se ve gorda
- 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 (no comer, vomitar,...)
- No siempre se hace mucho ejercicio

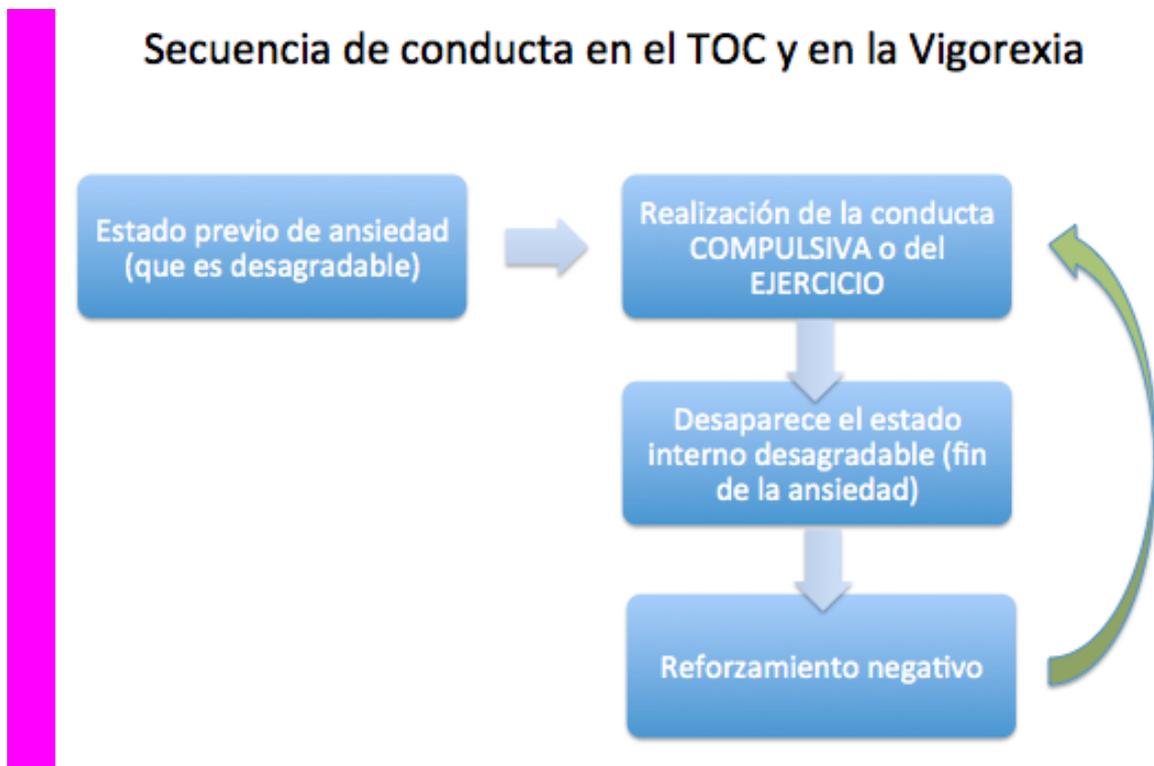
## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: ¿Es la Vigorexia una manifestación del espectro obsesivo compulsivo?

Los sujetos muestran pensamientos recurrentes sobre su imagen, su escasa musculatura y sobre qué hacer para mejorarlas, y se lanzan de forma "compulsiva" a realizar ejercicio físico para compensar ese "defecto" de su cuerpo.

Elementos similares, la realización de la conducta no es propiamente placentera para el sujeto en ninguno de ambos trastornos, si bien existe un efecto de reforzamiento negativo por lo terrible que sería (imaginariamente) no hacer dicha conducta.

Se estima que el 15% de las personas con TDC, sufre además un TOC



### Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y TOC

#### Vigorexia

- Inicio en la adolescencia o en la juventud
- El pensamiento y la conducta pueden variar con tal de tender al fin deseado
- Capacidad para delegar, no se acumulan objetos, ni dinero, no hay estilo avaro
- No hay rituales sin objetivo
- Los pensamientos se centran en el propio aspecto físico

#### TOC

- Inicio típico en la edad adulta
- El pensamiento y la conducta son estereotipados y poco flexibles
- Alteraciones por acumulación
- Incapacidad para delegar y estilo avaro
- Hay rituales sin objetivo
- Los pensamientos se centran en la organización, el orden, la limpieza,...

#### Adicciones

Algunos estudiosos asocian las conductas de los sujetos vigorexícos con las adicciones no químicas como juego, dinero, poder, trabajo, comida, sexo 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. Los sentimientos negativos que perciben los adictos al deporte cuando no pueden practicarlo resultan similares a los de abstinencia.

En los vigorexícos, verdaderamente no disfrutan haciendo ejercicio, solo evitan el malestar que le produce no hacerlo.

## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?

### Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y Adicción al ejercicio o a las marcas

<u>Vigorexia</u>	<u>Adicción al ejercicio o a las marcas</u>
<ul style="list-style-type: none"><li>• No hay un objetivo externo, el objetivo es el propio cuerpo.</li><li>• El sujeto no quiere dejar de hacer nunca tanto ejercicio</li><li>• Sobre todo se presenta en culturistas (que a veces hacen también otros deportes)</li><li>• Predomina el ejercicio anaeróbico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hay un objetivo externo que lo motiva todo</li><li>• El sujeto anhela el momento en que pueda dejar tanto esfuerzo (aunque luego reincida)</li><li>• Se encuentra con frecuencia en nadadores, y opositores y tal vez en atletas</li><li>• Ejercicio aeróbico y anaeróbico</li></ul>

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL O MUSCULAR (TDC/TDM): ¿Es, acaso, un subtipo de Dismorfia Corporal?

Los trastornos somatomorfos son aquellos en los cuales los sujetos informan de ciertos síntomas físicos de enfermedad médica que no existe objetivamente, si bien no los fingen, sino que realmente los sienten. Se caracteriza por una preocupación excesiva y patológica por un defecto imaginado del cuerpo o la apariencia. El TDC es, dentro de los trastornos somatomorfos, una de las alteraciones de la imagen corporal más grave que una persona puede sufrir.

La vigorexia ha sido propuesta como una variante del TDC, pues los sujetos manifiestan como síntoma central ver su cuerpo pequeño y débil.

El trastorno de la propia imagen corporal es origen de múltiples problemas psicológicos.

En definitiva parece que la Vigorexia es un TDC y más concretamente un TDM.

### DIAGNÓSTICO

Pope propone que existe un tipo de anorexia inversa que se caracteriza por:

- Miedo a ser demasiado pequeño. □
- Autopercepción como pequeño y débil, incluso cuando se es grande y musculoso. □
- Comorbilidad asociada: abuso de esteroides.

Morgan (2000) matiza los criterios diagnósticos en este sentido:

## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?

- Preocupación por su masa muscular global.
- Deseo de incremento de peso, sin ganar grasa.
- Patologías biopsicosociales asociadas: alteraciones cognitivas de la imagen corporal, alteraciones en el comportamiento alimentario, pensamientos obsesivos sobre el desarrollo muscular, abuso de esteroides anabolizantes, abuso del ejercicio excesivo, evitación de situaciones sociales y afectación del mundo laboral.

Criterios:

- El sujeto muestra una persistente y una creencia claramente irreal de que es demasiado pequeño y demasiado débil.
- Esta creencia concretamente está afectando a sus actividades diarias.
- El sujeto dedica más de 30 minutos al día preocupado con pensamientos sobre ser demasiado pequeño o insuficientemente musculado.
- Estas preocupaciones afectan a su funcionamiento social.
- Abandonar actividades placenteras por estas preocupaciones.

### TRATAMIENTO

Los sujetos con Vigorexia difícilmente busquen ayuda profesional. Ya sea por carecer de conciencia de enfermedad o porque, como se ha mencionado anteriormente, las expresiones clínicas del trastorno en gran parte simulan una práctica saludable. Será uno de los principales objetivos terapéuticos ayudar a los sujetos afectados por el trastorno a desarrollar la capacidad necesaria que les permita contemplar lo problemático de su situación. La consulta con un profesional de la salud mental se dará cuando el deterioro social sea de un compromiso significativo.

La falta de un criterio común a la hora de diagnosticar un cuadro de Vigorexia, como también la falta de un consenso científico a la hora de reconocerla como componente del espectro Obsesivo-Compulsivo, como un Trastorno de la Alimentación, como un subtipo de Trastorno Dismórfico Corporal, o, en definitiva, como un trastorno con entidad clínica propia, dificultan, el reconocimiento por parte de los profesionales de la salud en general del padecimiento del cuadro.

La falta de conocimiento sobre el cuadro, por parte de los profesionales de la salud en general, lleva inevitablemente al tratamiento de los trastornos secundarios como principal estrategia terapéutica. De esta manera los sujetos serán tratados por su trastorno alimentario, por su adicción y/o abuso de los esteroides anabolizantes, o por sus manifestaciones obsesivo-compulsivas. En el mejor de los casos se diagnosticará un Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), y se tratará a la Vigorexia como un subtipo de estos.

## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?

Los dos principales obstáculos de clínica de la Vigorexia serán la ausencia de demanda por parte de quien padece el trastorno y la falta de conocimiento y, en el mejor de los casos, de criterio unificado en los profesionales de la salud responsables del diagnóstico y tratamiento.

Para el tratamiento podremos utilizar:

- *Modelos Cognitivos-Conductuales aplicados al tratamiento de la Vigorexia.* Los modelos cognitivos-conductuales son, sin lugar a duda, los que se utilizan con mayor frecuencia en intervenciones clínicas para la Vigorexia.
- *Modelo Psicodinámico aplicado al tratamiento de la Vigorexia*

### *Intervenciones Psicofarmacológicas*

La Vigorexia es, en muchos casos, tratada por su manifestación fenomenológica, secundaria al trastorno de base.

Recomiendan superficialmente la utilización de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para controlar el componente obsesivo compulsivo del cuadro. También se sugiere la utilización de medicación antidepressiva como la fluoxetina, u otros ISRS, en combinación con terapia cognitivo-conductual, para actuar sobre el componente emocional.

## **CONCLUSIONES**

No hay una definición universalmente aceptada de vigorexia. Algunos la identifican con una adicción , otros a una obsesión y otros a una dismorfia muscular. Incluso algunos con un trastorno de la conducta alimentaria.

Implica una gran cantidad de ejercicio pero no es una simple adicción. Y ello sobre todo por dos causas:

1. El vigoréxico no busca ante todo hacer ejercicio sino aumentar su masa muscular.
2. No conlleva reforzamiento positivo, a diferencia de las adicciones.

La vigorexia tampoco es un TOC. Existe un componente obsesivo pero a diferencia del TOC el vigoréxico:

1. Tiene un pensamiento y una conducta poco rígidos aceptando siempre cambios que le conduzcan a su objetivo.
2. No existen rituales sin sentido sino que tienden al fin de fortalecerse.

La vigorexia no es un TCA, aunque comparta la percepción errónea del propio cuerpo y ciertas alteraciones de la alimentación, fundamentalmente porque:

## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?

1. La alteración de la alimentación, aunque puede darse no es el elemento más definitorio del trastorno.
2. La elevada cantidad de ejercicio sí lo es.

El concepto de dismorfia muscular o Trastorno Dismórfico Muscular (TDC) es el que parece más próximo. Es un TDC concreto, llamado también TDM en que el sujeto se percibe como débil, flaco o pequeño.

La vigorexia no sería, pero sí compartiría elementos con: las adicciones, las obsesiones y los TCA.

No hay tampoco un modelo universalmente aceptado ni etiológico ni de mantenimiento de la vigorexia. Casi todos los estudios se centran en establecer relaciones, pero no causales, con lo que la mayoría de las veces no sabemos si estamos ante causas o efectos.

La vigorexia podría ser resultado u origen (o ambas cosas) de deterioros psicopatológicos de la personalidad.

*A través de la historia, el ideal de belleza ha sido formado por el contexto social y cada vez ha sido más difícil de alcanzar. El fuerte impacto que ejercen los medios masivos de comunicación, la promoción del ideal de belleza y de éxito como el equivalente a estar delgado apoya la cultura de la delgadez.* T. MORRISON, 2004.

### BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders — Text revision* (Fifth edition) Washington, D.C.: Author. 2013.
2. Arbinaga F, Caracuel J. Aproximación a la dismorfia muscular. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace 2003; 65: 7-15.
3. Azevedo AMP, Ferreira ACD, Silva PPC, Silva EAPC, Caminha IO. Muscle dysmorphia: features food and nutritional supplementation. *ConScientia e Saúde*. 2011;10:129–137. doi: 10.5585/ConScientiaeSaude/2011/v10n1/2560.
4. Baghurst T, Lirgg C. Characteristics of muscle dysmorphia in male football, weight training, and competitive natural and non-natural bodybuilding samples *Body Image* 2009, 6: 221-7.
5. Baile, J. I. Vigorexia: Cómo reconocerla y evitarla. Síntesis. Madrid. 2005.
6. Behar R, Molinari D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias em dos poblaciones masculinas. *Revista de Medicina del Chile*. 2010;138:1386–1394

## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?

7. Brunet, J., Sabiston C. M., Dorsch K. D. y McCreary D. R. Exploring a model linking social physique anxiety drive for muscularity drive for thinness and self-esteem among adolescent boys and girls. *Body image*. 2010; 7, 137- 42.
8. Cafri G, Olivardia R, Thompson J. Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Compr Psychiatry* 2008; 49: 374-9.
9. Camacho R, Escoto M, Cedillo G, Díaz C. Correlatos antropométricos de la obsesión por la musculatura. *Rev Mex Trast Alim* 2010; 1: 125-31
10. Chandler, E. G. Are Anxiety and Obsessive- Compulsive Symptoms related to Muscle Dysmorphia? *International Journal of Men's Health* 2009; 8(2), 143- 154.
11. Correa J, Weil K, Fracchia C, Pastén J. Dismorfia muscular en hombres levantadores de pesas y fisicoculturistas en Santiago: Un estudio descriptivo. *Rev Chil Neuro- Psiquiat* 2006; 44 (1): 64. (Resumen de trabajo presentado en el 61o Congreso SONEPSYN).
12. Foster, A. C., Shorter, G. W. & Griffiths, M. D. Muscle dysmorphia: Could it be classified as an addiction to body image? *Journal of Behavioral Addictions* 2014; 4, 1- 5.10.1556/JBA.3.2014.001
13. Goldfield G. S. Body Image, Disordered Eating and Anabolic Steroid Use in Female Bodybuilders. *Eating Disorders* 2009;17, 200- 210.
14. Greenberg J. L., Delinsky S. S., Reese H. E., Buhlmann U. y Wilhelm S. Body image. *Young adult mental health*. London: Oxford University Press 2010; 126- 142.
15. Hargreaves D. A. y Tiggemann M. Muscular Ideal Media Images and Men's Body Image: Social Comparison Processing and Individual Vulnerability. *Psychology of Men & Masculinity*. 2009; 10(2), 109- 119.
16. Hobza C. L. y Rochlen A. B. Gender role conflict, drive for muscularity, and the impact of the ideal media portrayals on men. *Psychology of Men & Masculinity*. 2009; 10(2), 120- 130.
17. Hrabosky, J. I., Cash, T. F., Veale, D., Neziroglu, F., Soll, E. A., Garner, D. M., Strachan-Kinser, M., Bakke, B., Clauss, L. J. & Phillips, K. A. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body Image* 2009, 6, 155-163.10.1016/j.bodyim.2009.03.001
18. Martínez Segura A, Cortés Castell E, Martínez-Amorós N, Rizo Baeza MM. Factores de riesgo nutricionales para dismorfia muscular en usuarios de sala de musculación. *Nutr Hosp* 2015; 31(4): 1739-43.
19. McFarland M, Kaminski P. Men, muscles, and mood: The relationship between self-concept, dysphoria, and body image disturbances. *Eating Behaviors* 2009; 10: 68-70.

## VIGOREXIA. ¿EL IDEAL DE BELLEZA?

20. Mosley P. E. Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia. *Eur. Eating Disorders R* 2009, 17, 191-198.
21. Murray SB, Rieger E, Touyz SW, De la Garza García Lic Y. Muscle Dysmorphia and the DSM-V Conundrum: Where Does It Belong? A Review Paper. *Int J Eat Disord* 2010; 43:483-91
22. Nieuwoudt J, Zhou S, Coutts R, Booker R. Muscle dysmorphia: Current reserach and potencial classification as a disor- der. *Psychology of Sport and Excercise* 2012; 13: 569-577.