
VIGOREXIA: DE LA ADICCIÓN AL EJERCICIO A ENTIDAD NOSOLÓGICA INDEPENDIENTE.

José Miguel Rodríguez Molina y María Frenzi Rabito Alcón
Universidad Autónoma de Madrid.

(Received/Recibido: 10/09/2010 Accepted/Aceptado: 06/11/2010)

RESUMEN

En los últimos años se ha llegado a un culto excesivo a la belleza corporal y a una auténtica obsesión por la salud (hasta el extremo de producir enfermedad), como símbolo de perfección. Los objetivos de este estudio son: hacer una revisión del constructo de Vigorexia, establecer un diagnóstico diferencial con la Adicción al ejercicio y otros trastornos, así como establecer la relación que mantienen con la Distorsión de la Imagen Corporal y la posible comorbilidad de dicho trastorno con otros Trastornos de Personalidad. Igualmente se pone a prueba un modelo teórico de Vigorexia a través de un análisis de regresión jerárquica múltiple. Para ello se realizó un estudio transversal en el que se estudian a 85 sujetos usuarios de los gimnasios, con un rango de edad de entre los 15 y 54 años. Estos sujetos fueron evaluados con una entrevista semiestructurada de datos sociodemográficos y los siguientes cuestionarios: TBV, TOC, ACQ y MCMI II. Se puso a prueba del modelo teórico propuesto a través de un análisis de regresión jerárquica múltiple, dónde la variable dependiente se midió de dos formas distintas. Como resultados la Vigorexia parece ser una entidad nosológica independiente. Se verifica en el modelo teórico propuesto y parece haber comorbilidad entre ciertos rasgos psicopatológicos de personalidad (hipomanía, narcisismo y com-

Correspondencia

jm.rodriguez@uam.es

pulsividad) y la Vigorexia, no siendo significativa la comorbilidad con tendencias obsesivas.

Palabras clave: Vigorexia, Dependencia al Ejercicio, Imagen corporal, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Dismorfia Muscular.

ABSTRACT

In the last few years an excessive concern for the corporal beauty and an authentic obsession for the health have risen to the point of a cult as a symbol of perfection (even to the point of managing to fall ill). The aim of this study is to review of Bigorexia's construct, to establish a differential diagnosis with Exercise Dependecy and others disorders, as well as the relationship that supports Body Image Disorder and the possible comorbidity of the above mentioned disorder with other Personality Disorders. We tested the theoretical model proposed across an analysis of hierarchical multiple .A cross-sectional study based on self-report was used to screen people who go usually to the gym and have high-risk to develop Bigorexia. The sample size was of 85 people from Spain between the ages of 15 and 54 years. The instruments included: TBV, TOC, ACQ and MCMI- II. Later we tested the theoretical model proposed across an analysis of hierarchical multiple regression, where the dependent variable measured up to two different forms. Bigorexia seems to be an independent entity. It is approved in the theoretical proposed model and seems to have comorbidity between certain psychopathological characteristics of personality (hypomania, narcissism and compulsivity) and the Bigorexia. The comorbidity is not being significant with obsessive trends.

Keywords: Bigorexia, Exercise Dependence, Body Image, Obsessive Compulsive Disorder, Muscular Dystrophy.

INTRODUCCIÓN

Aunque los cánones de belleza corporal son un hecho que se remonta tiempo atrás en la historia de la humanidad, desde principios del siglo XXI el culto al cuerpo cobra una nueva dimensión. Se trata de una moderna obsesión por la perfección del cuerpo que tiene distintas formas de manifestarse y comparten sintomatología común bajo el deseo

de una imagen corporal perfecta. La Vigorexia sería una de estas formas manifiestas de obsesión por la perfección corporal definida según Baile (2005) como “una alteración de la salud caracterizada por una preocupación patológica de ser débil y no tener suficiente desarrollo muscular del cuerpo –aun teniéndolo- y que se manifiesta en la incapacidad de ver con exactitud el tamaño del propio cuerpo, con comportamientos obsesivos y negativos relacionados con al apariencia”.

Las primeras referencias que encontramos de esta patología datan del 1970, dónde Baekeland hizo anotaciones sobre la dependencia al ejercicio en sus trabajos. En ellos, se estudiaba el efecto que producía la privación del ejercicio en patrones de sueño (Baekeland, 1970). Sin embargo, hasta 1993 no se sacó a la luz este trastorno cuando el Dr. Harrison Pope exploraba los efectos secundarios de los esteroides anabolizantes en personas que iban asiduamente al gimnasio. Pope encontró que ciertos culturistas consumidores de esteroides anabolizantes presentaban comportamientos psicóticos y se percibían pequeños y flacos cuando en realidad eran grandes y musculosos (Pope, Katz y Hudson, 1993).

Por otro lado, los Trastornos de la Conducta Alimentaria, y los problemas con la propia imagen corporal se consideraban como típicos de género femenino. Sin embargo, en la última década del siglo pasado se puso de manifiesto que el hombre también recibía presión sobre su imagen corporal, la de fitness o desarrollo muscular sin grasa.

Por tanto, nos encontramos que mientras que las mujeres desean adelgazar, los hombres quieren ganar peso a través de la masa muscular (Wagner, Musher- Eizenman, Neufeld y Hauser 2009), en un contexto de culto excesivo a la belleza corporal, llegándose a una auténtica obsesión por la salud como símbolo de perfección (“incluso hasta llegar a enfermar”).

El ideal masculino en los medios de comunicación ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Federico, Fessler y Hasselton en el año 2005 apuntaron que el ideal masculino cada vez es más musculado, sobrepasando incluso lo preferido por las mujeres. Se ha demostrado que la exposición a los ideales de belleza masculinos incrementan la insatisfacción muscular frente a los anuncios publicitarios que no contenían este tipo de imágenes (Hargreaves y Tiggemann 2009., Hobza y Rochlen 2009). Estos cambios del ideal masculino no solo han ocurrido en los medios de comunicación, si no que también las figuras de acción de los juguetes han

ido cambiando y se presentan ahora mucho más musculados que hace 25 años (Baghrust y Kissinger 2009., Pope, Olivardía, Gruber y Borowiecki 1999). Que un niño juegue con este tipo de juguetes no implica que vaya a desarrollar Vigorexia, pero sí que éstos van a contribuir a que se forme desde pequeño una imagen sobre cual es el ideal de belleza masculino.

Las personas que desean ser más delgadas que su talla percibida sufrirán a un impulso hacia la delgadez (mayoritariamente se producirá en el género femenino), mientras que las personas que desean tener una mayor musculatura que su volumen percibido tenderán a hacia un impulso hacia la musculatura, lo cual se producirá mayoritariamente en el género masculino (Kelley, Neufeld y Musher- Eizenman 2010., Xiao-yan, Mellor, Kiehne, Ricciardelly, McCabe y Yangang 2010).

La interiorización de los ideales de belleza, bien de delgadez o de fitness, predispone a que estas personas sientan insatisfacción corporal. Esta insatisfacción corporal puede ser generada por y generar a la vez una distorsión de la imagen corporal o incapacidad de percibirse con las dimensiones corporales que uno realmente tiene (Greenberg, Delinsky, Reese, Buhlmann y Wilhelm 2010).

La Vigorexia tiene un influencia multifactorial, dónde habría una distorsión de la imagen corporal influida por el descontento corporal de otras personas, por el grado de interiorización del ideal de belleza, baja autoestima y esquema perfeccionista, afectos negativos, la presión de los medios de comunicación y por la ansiedad físico social, SPA (por sus siglas en inglés "Social Physique Anxiety"). SPA ocurre cuando un individuo espera o prevé que los demás lo están evaluando negativamente por su apariencia física (Brunet, Sabiston, Dorsch y McCreary, 2010; Chandler, 2009).

En un artículo anterior (Rodríguez, 2007) se intentó una aproximación al concepto de Vigorexia, así como definir diferencialmente con respecto a otros trastornos como la anorexia nerviosa, adicción al ejercicio, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno dismórfico corporal (TDC) o muscular (TDM).

Por otra parte, el ejercicio excesivo puede ocasionar un comportamiento adictivo que está recompensado psicológicamente de varias formas, por ejemplo, mejorando el estado de ánimo, mejorando la salud o proporcionando más ocasiones para relacionarse socialmente (reforzamiento positivo) y estas recompensas pueden fomentar un comportamiento

de ejercicio continuado (Pierce, McGowan y Lynn, 1993). La Adicción o dependencia al ejercicio representa una condición en la que una persona se involucra en la práctica de ejercicio excesivo. Los individuos con Adicción al Ejercicio tienden a no tomarse días de descanso, haciendo ejercicio voluntariamente por lo menos una vez al día o más, a pesar de lesiones o enfermedades potenciales; a menudo tienen pensamientos compulsivos sobre la práctica de ejercicio y experimentan síntomas físicos y psicológicos de retirada cuando están privados de hacer ejercicio (Gutiérrez y Ferreira, 2007).

La Vigorexia se relaciona con factores socioculturales (Baker 2009., Goldfield 2009., Grieve 2007), pero también con déficits serotoninérgicos (Martínez, Fenoller, Rico, Carricajo, García, Piñol, Reinante y López-Higes 2008) y personalidad de tipo obsesiva (Hollander 1997), entre otros.

Varios mecanismos fisiológicos han sido relacionados en la adicción a la práctica de ejercicio, como la Adicción al Ejercicio debido a las endorfinas que son neurotransmisores opioides que actúan principalmente como relajantes o como analgésicos endógenos (Kanamaya, Barry, Hudson y Pope 2006 y Kanamaya, Brower, Wood, Hudson y Pope 2009).

Cuando una persona practica deportes rutinariamente hasta extenuarse el organismo empieza a producir estas sustancias para aliviar los síntomas y esto le permite poder continuar el trabajo por más tiempo cada día.

A medida que pasa el tiempo, se requerirá una cantidad cada vez mayor para poder soportar el dolor, lo que acarreará serias consecuencias. Todo esto produce adicción a las endorfinas (Martínez et al., 2008).

De todos modos, los estudios donde se ha sugerido que la dependencia de la práctica de ejercicio podría ser el resultado de la dependencia sobre los opioides endógenos estimulados por la gran intensidad del ejercicio no han sido concluyentes ya que la mayoría de las evidencias de la conexión entre la endorfina y la adicción a la práctica de ejercicio se presentan como una teoría asociativa más que como una evidencia causal (Adams, Kirb y Robert, 2003).

Aparentemente esta autoadicción a las endorfinas podría relacionarse con el consumo de sustancias exógenas. Los vigoréxicos, que generalmente realizan mucho ejercicio físico, con cierta frecuencia suelen consumir esteroides anabolizantes. Los AAS (por sus siglas en inglés "Ana-

bolic Androgenic Steroids”), son sustancias sintéticas relacionadas con las hormonas sexuales masculinas (testosterona). Ingeriendo altas dosis de estas hormonas, junto con un levantamiento de peso intenso y una alimentación adecuada, los consumidores de AAS pueden incrementar su masa muscular de manera espectacular, a menudo, más allá de lo que se podría alcanzar por métodos naturales (Kouri et al; 1995 citado en Kanamaya et al; 2009).

Sin embargo, la Vigorexia no es una adicción a los AAS. El consumo de AAS se diferencia de la adicción a las drogas (véase tabla 1).

Gen Kanamaya y sus colaboradores en el 2006 hicieron un estudio para comprobar si la Distorsión de la Imagen Corporal se debía al consumo de esteroides anabolizantes. Se compararon consumidores en la actualidad con personas que consumían en el pasado a corto y largo plazo. Los hallazgos demostraron que los consumidores de esteroides anabolizantes a largo plazo mostraban una mayor sintomatología asociada a la Dismorfia Muscular, por ejemplo, no mostrar sus cuerpos en público o dejar de lado las actividades placenteras por preocupaciones sobre su cuerpo). Años más tarde, se hallaron evidencias de el consumo de AAS generaba dependencia como si de cualquier droga se tratase, tal vez porque incluye mecanismos opioides. El 30 % de los usuarios estudiados consumidores de AAS desarrollaban una dependencia a dicha sustancia con consecuencias físicas y psicosociales (Kanamaya et al; 2009).

Algunos hombres están tan preocupados por su desarrollo muscular que eluden eventos sociales, pierden su trabajo e incluso siguen un programa de entrenamiento aunque estén lesionados. Como no consiguen el cuerpo ideal, son capaces de gastar grandes cantidades de dinero en suplementos alimenticios e incluso experimentar con AAS. Estos producen un incremento rápido de la masa muscular, a cambio de unos pequeños efectos secundarios a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo el consumo de AAS se asocia con calvicie, elevado colesterol, acné, ginecomastia y atrofia testicular.

Tabla 1. Semejanzas y diferencias entre el consumo AAS y una adicción clásica a las drogas (Tomado de Kanamaya et al; 2009).

Drogas clásicas	AAS
Semejanzas	
Administración de drogas clásicas a animales.	Administración de AAS a hámsteres.
Síndrome de abstinencia tras un consumo prolongado.	Síndrome de abstinencia característico tras el consumo prolongado.
Algunos individuos siguen consumiendo a pesar de efectos médicos y psicológicos negativos.	Consumo aunque tengan consecuencias adversas.
Diferentes subculturas en torno al consumo de drogas.	En la subcultura está bien visto ir al gimnasio y de moda la imagen corporal
Es común el consumo de varias drogas.	Frecuente consumo de otras drogas además de AAS.
Diferencias	
Reforzador inmediato tras el consumo.	No hay reforzador inmediato tras el consumo; pero puede causar un incremento de energía, libido y autoconfianza.
Con frecuencia hay efectos residuales por el consumo (resaca, insomnio, depresión, etc).	Pocos efectos adversos inmediatos.
Perjudica el funcionamiento diario del consumidor (trabajo, conducción, etc).	Daño en el funcionamiento diario mínimo aunque incrementa la irritabilidad y la agresión en las relaciones sociales.
Se desarrolla tolerancia física.	Evidencia limitada sobre la tolerancia, ya que suben la dosis incrementan los efectos.
Tiempo de consumo (obtención de la droga, intoxicación, recuperación de la Intoxicación).	No hay intoxicación aguda.

La retirada de un ciclo de esteroides puede conducir a la depresión y ha sido relacionado con el suicidio (Pope, Gruber, Mangweth, Benjamin, De Col, Jouvent y Hudson, 2000).

Hay más actitudes y conductas alimentarias de tipo patológico y una pobre imagen corporal cuando los individuos practican ejercicio para evitar sentirse mal (afectos negativos), en comparación con la gente que lo practica por otros motivos. Estos grupos no difieren en la frecuencia o en la intensidad del ejercicio (Young y Anderson, 2010).

Como ya establecimos en un artículo anterior (Rodríguez, 2007), la Vigorexia no sería una adicción al ejercicio, ya que muestra diferencias con respecto a éstos. Los adictos realizan el ejercicio como fin en sí mismo, para disminuir el malestar (por ejemplo la abstinencia) y conseguir un estado interno agradable, con lo cual, habría un proceso de reforzamiento positivo, ya que la práctica deportiva produce placer. Este reforzamiento positivo no parece darse en los vigoréxicos, verdaderamente no disfrutan haciendo ejercicio, solo evitan el malestar que le produce. Así mismo, en dicho artículo, la Vigorexia no se engloba dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, ya que, aunque comparta la percepción errónea del propio cuerpo y ciertas alteraciones de la alimentación, ésta no es el elemento definitorio del trastorno.

También se estableció la relación entre la Vigorexia y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), en cuanto a que tales individuos se obsesionan con la idea de si están lo suficientemente musculados. Las compulsiones se manifiestan pasando muchas más horas en el gimnasio, malgastando grandes cantidades de dinero en suplementos deportivos inútiles, tienen un ingesta de alimentos anormal e incluso recurren al abuso de sustancias. Sin embargo, la Vigorexia parece originarse en emociones negativas, por disgusto o por vergüenza, en lugar de en una excesiva ansiedad como es el caso del TOC. En el TOC, la compulsión se repite de forma idéntica, su objetivo es disminuir los efectos negativos de la ansiedad asociada a la no realización. En la Vigorexia, la persona podría sustituir perfectamente sus ejercicios por otros que pensase como más eficaces para ganar más masa muscular (Rodríguez, 2007).

En último lugar, también se trató la relación de la Vigorexia con el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) en el artículo precedente a éste. El TDC se trata de una preocupación excesiva por un defecto imaginado del cuerpo/ apariencia. Sí existiese, sería una reacción excesiva a ese defecto. Las personas que padecen un TDC se centran en un defecto subjetivo concreto, acorde o no con las normas sociales estéticas actuales, mientras que en Vigorexia la insatisfacción corporal es general por no ajustarse a los cánones de belleza imperantes.

En la misma línea, estudios posteriores apuntan a la Vigorexia como una entidad nosológica independiente, una patología derivada de lo que serían los "trastornos de la imagen corporal" (Wolke y Sapouna, 2008.,

Xiaoyan et al., 2010), o “Vigorexia como una expresión de una patología común cómo los TCA” (Mosley, 2009), como en nuestro modelo.

No hay un modelo universalmente aceptado ni etiológico ni de mantenimiento de la Vigorexia, ni ninguno de los modelos estudiados explica el elemento clave: por qué el sujeto (a partir de un determinado momento y no antes) se percibe de forma errónea (Rodríguez, 2007). Desafortunadamente, hoy día el tener un físico imperfecto puede llevar a problemas de índole social, como el ser aceptado o ser motivo de burla, muchas de las veces sin tener en cuenta ninguna característica personal más. Se realiza una inferencia de más cualidades positivas o deseables de la persona si esta tiene un físico adecuado. De la misma forma, en la persona que no se considera perfecta (en términos de ideales sociales) en sus cualidades físicas, también se establece la inferencia de que personalmente también tendrá cualidades no muy deseadas. Pero aunque puede ser coherente pensar que si un joven es rechazado por una chica y cree que se debe a su escasa musculatura tome la decisión de pasar largas horas en el gimnasio, esto no explica que empiece a percibirse como menos musculoso de lo que realmente es, incluso con diferencias muy notables con la realidad.

Dado que la Vigorexia presenta diferencias significativas con todos los trastornos en los que se ha intentado incluir (Rodríguez, 2007), se cuestiona la idoneidad de incluirlo en alguno de ellos y por ello, hemos desarrollado un modelo tentativo dónde se define a la Vigorexia como un trastorno de la imagen corporal, como lo serían los TCA (véase Figura 1).

Habría una serie de factores, como haber tenido experiencias negativas relevantes para el sujeto relacionados con su apariencia física, la internalización de los ideales de belleza, la insatisfacción corporal, la importancia de la apariencia... y ciertas características de personalidad que actuarían como factores de riesgo al ser predisponentes de padecer Vigorexia, por lo que sería necesario evaluar el grado de preocupación que tiene un hombre con su imagen corporal. Como desencadenante, parece haber una constante discrepancia percibida por el sujeto entre cómo percibe su figura y como realmente es, lo cual genera un tremendo malestar psicológico al establecer una permanente autoevaluación que deriva en una insatisfacción corporal.

Generalmente esta insatisfacción corporal es distinta entre géneros, ya que, entre otros factores, la presión social que se ejerce entre unos y otros es distinta. En el caso de los hombres, la presión sería hacia la muscula-

tura, pudiendo llegar a desarrollar algunas personas Vigorexia. Cada conducta que se realiza para conseguir estar cada vez más musculados causa y a la vez mantiene la percepción errónea del propio cuerpo o distorsión de la imagen corporal. Se pierden los límites, acaban por no discriminar entre conductas saludables y conductas potencialmente perjudiciales para la salud y cada vez quieren objetivos más ambiciosos como forma de estar más cercanos a la perfección (se produce el fenómeno de escalada en el que no solo se va a incrementar la cantidad de ejercicio sin límites, sino que también se va alterando la percepción, y también cada vez más la ansiedad ante su imagen). Todas estas conductas mantienen la distorsión de la imagen corporal, y a la vez la reforzarían negativamente al disminuir momentáneamente el malestar que le produce la insatisfacción corporal por no percibir su silueta como el ideal de belleza.

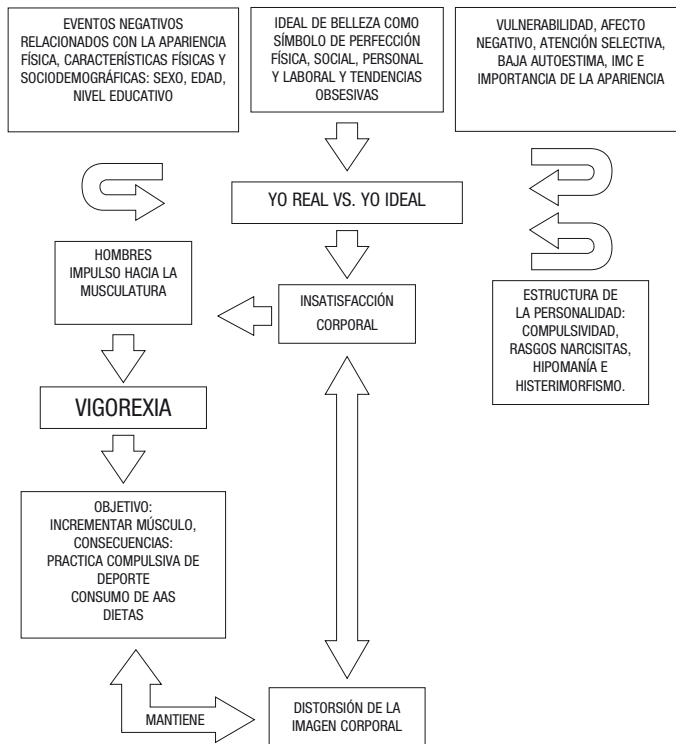


Figura 1. Modelo tentativo de Vigorexia como Trastorno de la Imagen Corporal.

Los objetivos de este estudio, por tanto son, en primer lugar, hacer una revisión del constructo de Vigorexia. En segundo lugar, establecer un diagnóstico diferencial con el Trastorno Obsesivo Compulsivo, los Trastornos de la Conducta Alimentaria, el Trastorno Dismórfico Corporal y con la Dependencia al Ejercicio, y finalmente poner a prueba un modelo teórico a través de un análisis de regresión jerárquica múltiple.

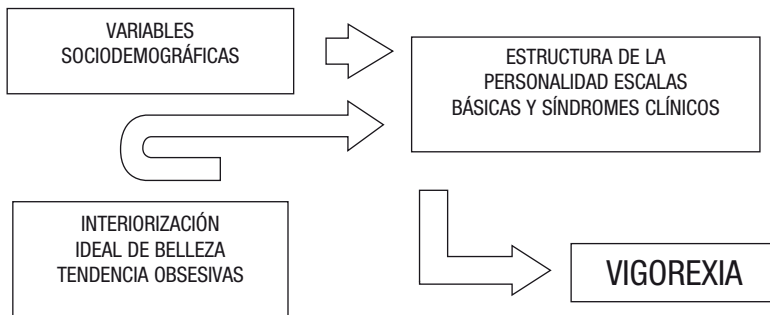


Figura 2. Estructura de la hipótesis que sustenta el estudio.

MÉTODO

En la figura 1, se puede ver la relación entre las distintas variables que hemos incluido en este estudio, que corresponden al modelo teórico anteriormente expuesto (véase figura 2). La variable dependiente es Vigorexia, que se mide de dos formas distintas a través del Test Breve de Vigorexia y a través de la evaluación de expertos. La variable Vigorexia se pone a prueba a través de una secuencia en tres pasos de variables independientes (variables sociodemográficas, variables comportamentales y variables de personalidad) que se describirán más detalladamente en el apartado método.

Con la intención de poner a prueba nuestro modelo se llevó a cabo el siguiente estudio.

PARTICIPANTES

La muestra estaba formada por 85 participantes voluntarios usuarios habituales de gimnasios, de la muestra 60 eran varones y 25 mujeres entre 15 y 54 años de edad, siendo la edad media 28 años. La mayor parte de la muestra tenía un nivel de estudios por encima del bachillerato (60 sujetos) y 19 de ellos poseían una titulación deportiva. De los 85 participantes, 25 (29. 41% de los sujetos) fueron señalados como Vigoréticos según la evaluación de expertos.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

A cada uno de los sujetos que compone la muestra se le administro una batería de test bajo el nombre de estudios sobre "Aspectos Psicológicos del Ejercicio Físico", la cual está compuesta, en primer lugar, por un cuestionario de datos sociodemográficos elaborado específicamente para este estudio en el que se recogían variables como la edad, el sexo, los estudios finalizados, si tenía titulación deportiva, estudios actuales, deporte que practican y horas a la semana que dedican a la práctica deportiva. El ideal de belleza se midió con el Adonis Complex Questionnaire (Pope, 2002). La tendencias obsesivo-compulsivas con un nuevo instrumento llamado TOC (Rodríguez y Ávila, 2006), elaborado para medir específicamente pensamientos y conductas obsesivo compulsivas en la práctica deportiva y que es una adaptación de la Escala de Yale-Brown (Goodman, Price y Rasmussen, 1989). Por último, las variables de personalidad se midieron a través del MCMI II (Millon, 1986).

La variable dependiente Vigorexia se midió de dos formas distintas. En primer lugar, a través del Test Breve de Vigorexia (TBV) (Baile, 2005). En segundo lugar, a través del juicio de expertos. Los expertos fueron entrenadores instruidos previamente sobre Vigorexia encargados de administrar la batería de test a la muestra. Estos colaboradores señalaban con una "X" la batería de test de los sujetos de la muestra que según a su juicio podría padecer Vigorexia.

PROCEDIMIENTO

El diseño del estudio fue transversal descriptivo con mediciones simultáneas de todas las variables en un periodo de cuatro meses. Los centros deportivos y los colaboradores que participaron en el estudio lo hicieron de manera voluntaria. Los colaboradores eran las personas encargadas

de administrar los cuestionarios y aunque sabían que era una investigación sobre vigorexia, no conocían las hipótesis de estudio (método de doble ciego). Los sujetos de la muestra se eligieron de forma aleatoria y se les presentó como un estudio de “aspectos psicológicos de la práctica deportiva”.

Por lo que respecta al análisis de datos, se calculó en primer lugar la fiabilidad del nuevo instrumento para medir pensamientos y comportamientos de tipo obsesivo en la práctica deportiva (TOC). Al tratarse de un instrumento nuevo el estudio previo de la fiabilidad del mismo es un paso necesario. A continuación, se realizaron dos análisis de regresión jerárquica múltiple, uno para cada forma de medición de la variable dependiente, siendo las variables independientes las mismas en ambos casos. Se eligió este tipo de análisis en concordancia con el modelo teórico que se pone a prueba, que es un modelo que incluye la influencia de sucesivos conjuntos de variables. En el primer paso de dicho análisis se incluyeron las variables sociodemográficas de los sujetos: sexo, edad, estudios realizados, deporte y horas a la semana de práctica deportiva. En el segundo paso se incluyeron las puntuaciones totales del ACQ y del TOC. Por último, en el tercer paso se incluyeron las variables de personalidad medidas a través del MCMI II: compulsividad, narcisismo, hipomanía y la variable histeriforme.

Todo ello se analizó con el programa estadístico SPSS V. 15.0.

RESULTADOS

En nuestra muestra se sigue cumpliendo el perfil del “vigorético” descrito por Baile en 2005 de hombre con edad comprendidas entre los 18 y los 35 años que practican alrededor de 3 horas diarias de deporte. Dentro de las variables sociodemográficas el nivel educativo aparece como variable significativa en ambos análisis, por lo que se podría considerar un factor de riesgo.

Se analizó la fiabilidad del TOC, ya que el instrumento para medirlo era nuevo. Este instrumento es una adaptación de la Escala Yale-Brown (Goodman et al., 1989), que evalúa específicamente comportamientos obsesivos compulsivos en personas que realizan práctica deportiva. Es una escala tipo likert, que consta por lo tanto de 5 opciones de respuesta. Se calculó la fiabilidad de la escala aplicándola a los 85 participantes de

la muestra del estudio. La correlación Alfa de Cronbach resultó ser alta (alfa = ,705) lo que equivale a decir que el instrumento tiene una buena fiabilidad. Dado que la escala consta de 10 ítems no tiene sentido seguir haciendo más análisis psicométricos (pares- impares, dos mitades, etc.).

La hipótesis principal se puso a prueba utilizando para ello dos análisis de regresión jerárquica múltiple. La diferencia entre ambos análisis fue que la variable dependiente vigorexia se midió de dos formas distintas. En el primer caso, a través de la puntuación en el TBV. En segundo lugar, a través de la evaluación por expertos. En ambos análisis se establecieron tres pasos, en concordancia de nuestro modelo teórico (véase figura 1).

Respecto a las tendencias obsesivas, no resultó significativa la correlación con la VD cuando ésta se midió a través del juicio de expertos (alfa = ,198). Sin embargo cuando se midió a través del TBV se obtuvo un alfa significativo de ,769.

En cuanto a los datos referidos al Ideal de belleza, medido con el ACQ, en ambos análisis se obtiene una significación muy alta (alfas: ,003 y ,000 respectivamente), lo que indicaría una importancia de la interiorización del ideal de belleza, de la preocupación excesiva de la autoimagen y de las áreas relacionadas con la imagen corporal como factores de influencia en el desarrollo y mantenimiento de la Vigorexia. Efectivamente, puede observarse una alta significación del ACQ en los dos análisis, con un cambio en R2 de .188 a .556 cuando la variable dependiente esta medida por el TBV.

Así mismo, también hubo un incremento en R2 cuando se añadieron las variables de personalidad en el tercer paso de .336 a .441 en el análisis dónde la variable dependiente fue medida por expertos y en el análisis de la variable dependiente a través del TBV el incremento de significación estadística al añadir las variables de personalidad paso de .556 a .609.

Respecto a las diferencias en las formas de medición, en las tablas 2 y 3 se puede observar como los resultados cambian sustancialmente de una forma de medición a otra. Por un lado, los cambios en R2 de los 3 pasos de la primera forma de medida fueron: en el primer paso .296, en el segundo se incrementó a .364 y en el tercero a .441, explicando en total poco más del 40% de la significación estadística total. Sin embargo, en la segunda forma de medición el cambio en R2 del primer al segundo paso se incrementó de un .188 a .556, y del segundo al tercero a .609, es decir,

en el segundo modelo de regresión jerárquica medido a través de TBV se explica un 20% más de la varianza, lo que supone un total del 60% de la varianza total explicada.

Los resultados de ambos análisis se pueden observar en las tablas 2 y 3.

Tabla 2. Análisis de Regresión Múltiple Jerárquica.

Pasos del Modelo y variable		Vigorexia evaluada por expertos		
Betas Estandarizadas.		Paso 1	Paso 2	Paso 3
Variables Sociodemográficas				
	Estudios	.001*	.002*	.000*
	Sexo	.038**	.166	.069
	Edad	.815	.512	.418
	Deporte	.001*	.002*	.002*
	Horas	.238	.668	.581
Resultados totales del TOC y el ACQ				
	TOCtotal		.198	.204
	ACQtotal		.005*	.003*
Escala Básica de Personalidad y Síndromes Clínicos				
	Narcisista			.188
	Compulsiva			.195
	Hipomanía			.017**
	Histeriforme			.162
R ² corregida		.252	.306	.356
Δ R ²		.296	.364	.441
* p<.05; ** p<.01; *** p<.001				

Tabla 3. Análisis de Regresión Múltiple Jerárquica.

Pasos del Modelo y variable		Vigorexia medida por el Test Breve de Vigorexia		
Betas Estandarizadas.		Paso 1	Paso 2	Paso 3
Variables Sociodemográficas				
	Estudios	.045**	.059	.039**
	Sexo	.016**	.000*	.000*
	Edad	.089	.011*	.018**
	Deporte	.373	.863	.948
	Horas	.141	.433	.476
Resultados totales del TOC y el ACQ				
	TOCtotal		.769	.517
	ACQtotal		.000*	.000*
Escala Básica de Personalidad y Síndromes Clínicos				
	Narcisista			.466
	Compulsiva			.023**
	Hipomanía			.493
	Histeriforme			.299
R ² corregida		.137	.515	.550
Δ R ²		.188	.556	.609
* p<.05; ** p<.01; *** p<.001				

DISCUSIÓN

Hoy día muchas mujeres y hombres jóvenes hacen dieta y ejercicio pero solo una parte pequeña de ellos desarrollan comportamientos y síntomas serios que indiquen una Distorsión de la Imagen Corporal. Posiblemente el fuerte deseo de estar delgadas o de estar musculados sea uno de los factores que más influencia tienen en la diferenciación del grupo de mujeres y hombres que hacen dieta y ejercicio y no llegan a desarrollar ni TCA ni Vigorexia, de los que sí los acaban desarrollándola. Actualmente, estos trastornos están haciendo sufrir y matando a miles de personas.

Por su importancia y para poder desarrollar una buena prevención y un tratamiento efectivo en estos trastornos es necesario, primeramente delimitar sus características propias y no encasillarlos junto a otros porque compartan sintomatología similar. Por ello, como primera hipótesis de nuestro estudio, se planteó la Vigorexia como una entidad nosológica independiente. Para ello, uno de nuestros objetivos era establecer un diagnóstico diferencial de los trastornos con los que se ha ido mezclando según su sintomatología predominante, como la Adicción al Ejercicio, los TCA, el TOC y el TDC.

Se puede considerar que el modelo que se pone a prueba queda confirmado (véase figuras 1 y 2), y por tanto la Vigorexia sería un trastorno que actuaría como solución a una percepción errónea de la propia imagen (Distorsión de la Imagen Corporal) y a la vez el resultado de una serie de factores psicológicos y sociodemográficos predisponentes, con la presencia de ciertas características de personalidad. Hay que resaltar dentro del modelo el peso de factores de riesgo significativos e influyentes en la Vigorexia: el ideal de belleza y las variables de personalidad.

No esperábamos diferencias significativas en las dos formas de medir la variable dependiente Vigorexia (una a través del juicio de expertos y otra a través de la puntuación total obtenida del TBV), sin embargo, los resultados indicaron lo contrario. En general parece más fiable utilizar un instrumento de medida estandarizado que la simple opinión de expertos. Y por otro lado, estos resultados nos plantean posibles limitaciones del estudio: la fiabilidad de las mediciones realizadas a través del juicio de expertos y la heterogeneidad de los participantes.

Se verifica el modelo teórico propuesto, dónde la imagen corporal juega un papel muy importante en dicho trastorno y además parece haber comorbilidad entre rasgos psicopatológicos de personalidad (hipomanía, narcisismo y compulsividad) y la Vigorexia, no siendo significativa la comorbilidad con tendencias obsesivas.

REFERENCIAS

Adams, J., Kirb y Robert J. (2003). El exceso de ejercicio como adicción. Una revisión, *Revista de toxicomanías*, 34, 10- 22.

American Psychiatric Association (2006). *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales-DSM-IV*. Madrid: Masson (6º edición).

- Baekeland, P. (1970). Exercise Deprivation. *Archives of General Psychiatry*, 22, 365-369.
- Baghurst T. y Kissinger D. B. (2009). Perspectives on Muscle Dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 8(1), 82- 89.
- Baile, J. I. (2005). *Vigorexia: Cómo reconocerla y evitarla*. Madrid: Síntesis.
- Baker J. H., Maes H. H., Lisner L., Aggen S. H., Lichtenstein P. y Kendler K. S. (2009). Genetic risk factors for disordered eating in adolescent males and females. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 576- 586.
- Brunet, J., Sabiston C. M., Dorsch K. D. y McCreary D. R. (2010). Exploring a model linking social physique anxiety drive for muscularity drive for thinness and self- esteem among adolescent boys and girls. *Body image*, 7, 137- 42.
- Chandler, E. G. (2009). Are Anxiety and Obsessive- Compulsive Symptoms related to Muscle Dysmorphia? *International Journal of Men's Health*, 8(2), 143- 154.
- Goldfield G. S. (2009). Body Image, Disordered Eating and Anabolic Steroid Use in Female Bodybuilders. *Eating Disorders*, 17, 200- 210.
- Greenberg J. L., Delinsky S. S., Reese H. E., Buhlmann U. y Wilhelm S. (2010) Body image. *Young adult mental health*. London: Oxford University Press, 126-142.
- Grieve, F. G. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders*, 15, 63-80.
- Goodman, W. K., Price, L. H. y Rasmussen, S. A. (1989). The Yale- Brown obsessive- compulsive scale. I: development, use, and reliability. *Achieves of General Psychiatry*, 46, 1006- 1011.
- Gutiérrez C. F. y Ferreira R; (2007). *Estudio sobre la Adicción al Ejercicio: Un Enfoque de la Problemática actual*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Hargreaves D. A. y Tiggemann M. (2009). Muscular Ideal Media Images and Men's Body Image: Social Comparison Processing and Individual Vulnerability. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(2), 109- 119.
- Hobza C. L. y Rochlen A. B; (2009). Gender role conflict, drive for muscularity, and the impact of the ideal media portrayals on men. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(2), 120- 130.
- Hollander, E. (1997). Obsessive-compulsive-spectrum-disorders: an overview. *Psychiat Ann*, 23, 355-358.
- Kanayama G., Barry S., Hudson J. I. y Pope H. G. (2006). Body image, self-esteem, and attitudes towards male roles in anabolic-androgenic steroid users. *Am J Psychiatry*, 163, 697-703.

- Kanamaya G., Brower K. J., Wood R. I; Hudson J. I. y Pope H. G (2009). Anabolic- Androgenic Steroid Dependence: An Emerging Disorder. *Addiction*, 104, 1966- 1978.
- Kelley C. C., Neufeld J.M. y Musher-Eizenman D. R. (2010). Drive for thinness and drive for muscularity opposite ends for the continuum or separate constructs? *Body Image*, 7(1), 74-77.
- Martín Martínez, A. B., Fenollar Iváñez F. M., Rico Gomis J. M., Carricajo Lobato M. P., García Núñez C., Piñol Ferrer B., Reinante G. y López-Higes J. (2008). *Vigorexia, complejo de Adonis o Dismorfia Muscular*. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis.
- Millon, T. (1986). Personality prototypes and their diagnostic criteria. En T. Millon y G. L. Klerman (comps.). *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSMIV*. Nueva York: Guilford.
- Mosley P. E. (2009). Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia. *Eur. Eating Disorders R*, 17, 191-198.
- Pierce, E.F., McGowan, R.W. y Lynn, T.D. (1993). Exercise dependence in relation to competitive orientation in runners. *J Sport Med Phys Fit*, 33, 189-193.
- Pope, H. G. (2002). *Adonis Complex: How to Identify Treat and Prevent Body Obsession in Men and Boys*. Boston: Touchstone Books.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Benjamin, B., De Col, C, Jouvent, R. y Hudson, J. I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry* 157, 1297-1301.
- Pope H.G., Katz D. L. y Hudson, J. L. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders, *Compr. Psychiatry*, 34(6), 406-409.
- Pope HG Jr, Olivardia R., Gruber A. y Borowiecki J. (1996). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *Int J Eat Disord*, 26, 65-72.
- Rodríguez Molina, J. M. (2007). Vigorexia: Adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y Drogas*, 7(2), 289-308.
- Rodríguez Molina, J. M. y Ávila Muñoz, A. M. (2006). *Vigorexia: Hacia un modelo explicativo y de intervención*. Comunicación presentada en el I Congreso Internacional: Intervención en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid, 12-14 de Octubre. (Libro de Actas).
- Wagner Oehlhof, M. E., Musher-Eizenman, D. R., Neufeld, J. M. y Hauser, J. C. (2009). Self-objectification and ideal body shape for men and women. *Body Image*, 6(4), 308- 310.

- Wolke D. y Sapouna M. (2008). Big men feeling small: childhood bullying experience, muscle dysmorphia and other mental health problems in bodybuilders. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 595- 604.
- Xiaoyan, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P. y Yanggang X.(2010). Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image*, 7(2), 156- 164.
- Young K. P. y Anderson D. A. (2010). The importance of the function of exercise in the relationship between obligatory exercise and eating and body image concerns. *Eating behaviors*, 11, 62- 64.