Salud y drogas
ISSN: 1578-5319
Copyright © 2007 Salud y drogas
www.saludydrogas.com
ISSN edición electrónica: 1988-205X

VIGOREXIA: ADICCIÓN, OBSESIÓN O DISMORFIA; UN INTENTO DE APROXIMACIÓN

José Miguel Rodríguez Molina
Universidad Autónoma de Madrid, España

Recibido: 24-07-07. Aceptado: 01-09-07

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es un intento de aproximación al concepto de vigorexia. Se realiza una breve aproximación histórica y se incide en la prevalencia del problema. Se intenta definir adecuadamente el concepto. Posteriormente se realiza una definición diferencial con respecto a otros trastornos como la anorexia nerviosa, la adicción al ejercicio, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) o Muscular (TDM) y otros. Se estudia la posible etiología y algunos modelos actuales. Se concluye la conveniencia de realizar estudios empíricos diferenciales con respecto a otros conceptos relacionados.

Palabras clave: adicción al ejercicio, anorexia nerviosa, dismorfia muscular, trastorno obsesivo compulsivo, Vigorexia.

ABSTRACT

The aim of this study is an attempt of approach to the concept of vigorexia. A brief historical approach is made and it is affected the prevalence of the problem. It is tried to define the concept suitably. Later a

Correspondencia
José Miguel Rodríguez Molina
Facultad de Psicología, despacho 11
Universidad Autónoma de Madrid
Campus de Cantoblanco
28049 Madrid
E-mail: jm.rodriguez@uam.es

definition is made differential with respect to other disorders like the nervous anorexia, the exercise addiction, the obsessive-compulsive disorder (OCD), the muscle dysmorphia disorder (MDD) and others. One studies the possible etiology and some present models. The convenience concludes of making empirical studies differentials with respect to other related concepts.

Keywords: exercise addition, muscle dysmorphia, nervous anorexia, obsessive-compulsive disorder, vigorexia

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Consideraciones Iniciales

La sociedad ha ido evolucionando de forma paulatina a lo largo de la historia, pero la actual sufre tal influencia de los medios de comunicación, que cualquier patrón social puede haberse extendido a todos los estratos de la sociedad en un breve periodo de tiempo (Cardona y García, 1999). Entre estos rápidos cambios interesa en este trabajo destaca por un lado la gran proliferación, sobre todo en las sociedades más avanzadas, de las denominadas 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 (Muñoz Marrón y Gómez Campelo, 2003).

Además, es de destacar la existencia de un culto excesivo a la belleza corporal y una obsesión por la salud entendida como perfección. El cuerpo se ha convertido para muchas personas en el referente más importante de la propia identidad que homogeneiza valores a falta de otros de diferente naturaleza. Los medios de comunicación a través de películas y publicidad, relacionan la felicidad con la imagen del cuerpo, asociando entre si los conceptos de hermosura, bienestar y salud. Según Olivardia *et al.*, (2004) la mayoría de los norteamericanos 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 (Yaryura-Tóbias, 2003).

Está cada día mejor documentado que la práctica regular de una actividad física reporta múltiples beneficios para la salud física y psicológica (Petruzzello *et al.*, 1991). Sin embargo, también puede convertirse en

un problema si *"se realiza a intensidades, frecuencias o condiciones que causan deterioro y/o (…)"* (Arbinaga y Caracuel, 2003).

1.2. Prevalencia

Aunque no hay datos definitivos, (no hemos encontrado ningún estudio de campo sobre prevalencia en España) podemos citar varios datos alarmantes al respecto:

1. Pope (2002) estimó que un 10% de los usuarios habituales de gimnasios padecían este trastorno, lo que confirma sus propios datos de 1993.
2. Olivardia (2001) estimó en 90.000 el número de norteamericanos con problemas graves de vigorexia.
3. El mismo porcentaje se ha encontrado en Méjico (Baile, 2005).
4. El Consejo General de Farmacéuticos habla de 700.000 casos en España, aunque es una estimación "clínica" (García Gómez y Toledo, 2005).
5. Un estudio situó el número de vigoréxicos 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 vigoréxicos (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).

Así pues, no hay datos homogéneos ni estudios de prevalencia que demuestren cuántos vigoréxicos hay en España, oscilando la cifra estimada entre 10.500 como mínimo y 700.000 como máximo. A esto contribuye la indefinición del concepto, ya que dependiendo cómo se defina se encontrarán más o menos casos.

1.3. Breve historia del trastorno y su terminología

Las primeras anotaciones sobre la dependencia al ejercicio aparecen en los trabajos de Baekeland en 1970 (citado en Arbinaga, 2004), en los que se estudiaba el efecto que la privación del ejercicio producía en los patrones del sueño.

Se realizaron diversos estudios sobre lo que Glasser denomina "**adicción positiva**", siendo muchos los autores que investigaron sobre ello y

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". Las primeras referencias las encontramos en el grupo de investigación del psiquiatra Harrison Pope en Estados Unidos, quién describió la "enfermedad" por primera vez en 1993 mientras investigaba el uso y abuso de esteroides (Pope, 1993, Muñoz Marrón y Gómez Campelo, 2003). En realidad Pope ya había estudiado antes este trastorno que en principio consideró una forma de psicosis (Pope, 1987).

Dicho trastorno que el grupo denominó "**Anorexia Nerviosa Inversa**" (Reverse Anorexia) o incluso "**Big-orexia**", ha evolucionado hasta el término más actual de "**Dismorfia Muscular**" o "**dismorfofobia**". También se habla a veces (Morgan, 2000) de "**Complejo de Adonis**". En la actualidad se denomina sobre todo "**Vigorexia**".

Se han utilizado otros muchos nombres como: síndrome del hombre de hierro, síndrome del culturista, ortotexia, megarexia,…

Por tanto nos movemos en un campo confuso donde coexisten los nombres de: Anorexia inversa, Dismorfia muscular o dismorfofobia, Complejo de Adonis y Vigorexia. En la actualidad, según un estudio realizado por Baile (2003) parece que los términos "Anorexia Nerviosa Inversa" o "Dismorfia Muscular", pueden ser los más utilizados en el ámbito científico internacional, siendo "Vigorexia" el término más extendido en los textos en castellano.

1.4. Concepto

El problema no es solo ponerle nombre sino sobre determinar en qué consiste:

1. Se trata de una **Adicción al Ejercicio**, una de las nuevas adicciones gran incidencia, como la adicción a Internet o a las compras. Algunos autores piensan que ni se debería hablar de vigorexia (Remor, 2005).
2. Se trata de un de **Trastorno Obsesivo Compulsivo**, con pensamientos constantes acerca de la necesidad de ejercitarse y cuya compulsión es la propia de actividad física.
3. Es un trastorno de la conducta alimentaria (**TCA**).
4. Se trata de un trastorno de tipo cognitivo, en que el sujeto percibe incorrectamente su propia imagen (**Dismorfia Muscular**).

1.5. Elementos de la vigorexia

Veamos qué sabemos a ciencia cierta respecto a este trastorno:

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 (hacerlo o pensar en hacerlo) entorpece su adaptación social, laboral, académica e incluso familiar y de pareja. (De la Serna, 2004).
3. Los afectados presentan una alteración de la imagen corporal, por lo que se creen más débiles y delgados de lo que son (Baile, 2005, Pope, 1993).
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.

II . CONCEPTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIALES

2.1. Anorexia

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 (Sandoval Sheik, 2001). Como hemos comentado a la vigorexia cuando se detectaron los primeros casos se la denominó "anorexia nerviosa inversa", (*reverse anorexia*), debido a las características comunes que en ciertos aspectos componen estos trastornos, aunque en sentido opuesto.

La vigorexia y la anorexia comparten además la preocupación desmedida por su aspecto físico, la distorsión del esquema corporal, la obsesión por pesar los alimentos, el interés por las comidas, calorías y composición de lo que se ingiere, la autoobservación, pesarse varias veces al día, la supresión de grasas… (De la Serna, 2004).

En ambos casos se busca el cuerpo perfecto con control de alimentos y con la realización de ejercicio. Sin embargo hay grandes diferencias entre la vigorexia y los TCA. De esta parece derivarse la idea de que aunque tengan elementos similares, la anorexia y la vigorexia son verdadera-

mente dos trastornos diferentes y la vigorexia no puede considerarse un TCA. Pueden verse las diferencias la Tabla 1.

Tabla 1. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y Anorexia

Vigorexia	Anorexia
- Se ve delgado y débil ("pequeño")	- Se ve gorda.
- Intenta ganar peso.	- Intenta perder peso
- Gusto por la ingesta de proteínas.	- Rechazo por la ingesta de proteínas.
- Más prevalente en hombres.	- Más prevalente en mujeres
- Fármacos para ganar peso.	- Fármacos para perder peso.
- No antecedentes de agresión sexual.	- A veces antecedentes de agresión sexual
- La conducta fundamental es el exceso de ejercicio.	- La conducta fundamental es el rechazo a los alimentos (no comer, vomitar,…)
- Siempre se hace mucho ejercicio.	- No siempre se hace mucho ejercicio

2.2. Trastorno Obsesivo Compulsivo

En la vigorexia 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 (Baile, 2005). Por ello se puede pensar que estamos ante un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Este se caracteriza por la aparición de pensamientos intrusivos y recurrentes y por conductas o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza con el objetivo de reducir su malestar o prevenir acontecimientos negativos (Andrés *et al.*, 2002).

Hay elementos similares entre la vigorexia y el TOC y no solo la presencia de pensamientos y conductas recurrentes. Por ejemplo, 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. Véase el Cuadro 1. Sin embargo también aparecen diferencias, como puede verse en la Tabla 2.

De todas formas, se estima que el 15% de las personas con TDC, sufre además un TOC (Frare et al., 2004). Incluso hay autores que consideran que los TDC son una variantes de las obsesiones (Yaryura-Tóbias *et al.*, 2003).

Cuadro 1. Secuencia de conducta en el TOC y en la Vigorexia

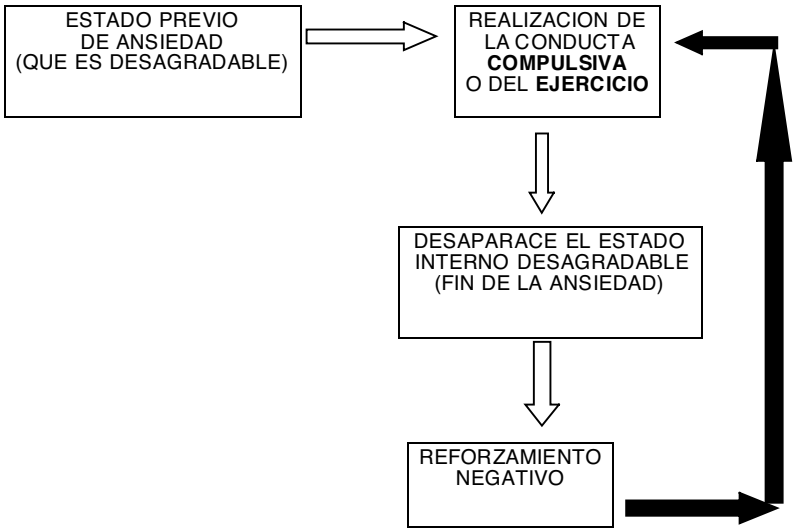


Tabla 2. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y TOC

Vigorexia	TOC
- Inicio en la adolescencia o en la juventud.	- Inicio típico en la edad adulta.
- El pensamiento y la conducta pueden variar con tal de tender al fin deseado.	- El pensamiento y la conducta son rígidos, estereotipados y poco flexibles.
- Capacidad para delegar, no se acumulan objetos, ni dinero, no hay estilo avaro.	- Alteraciones por acumulación.
- No hay rituales sin objetivo.	- Incapacidad para delegar y estilo avaro.
- Los pensamientos se centran en el propio aspecto físico.	- Hay rituales sin objetivo.
	- Los pensamientos se centran en la organización, el orden, la limpieza,…

2.3. Adicciones

Algunos estudiosos asocian las conductas de los sujetos vigoréxicos 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.

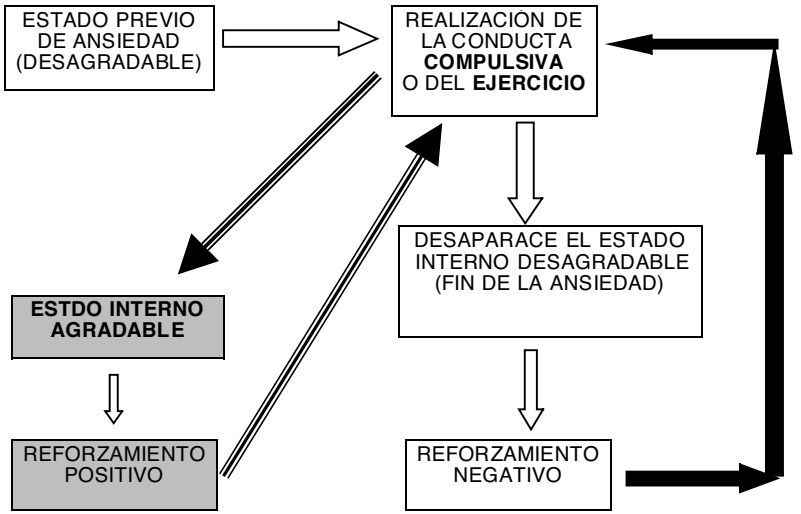
Las investigaciones que se han realizado sobre los síntomas de retirada del ejercicio, expresados por personas que practican ejercicio excesivo con regularidad cuando se ven privadas del mismo, ha proporcionado un apoyo sustancial al concepto de que la práctica de ejercicio es un proceso potencialmente adictivo. Los investigadores han informado de que tanto en las investigaciones anecdóticas como en las empíricas, los individuos dependientes del ejercicio han notificado síntomas de retirada cuando no han podido hacer ejercicio, similares a los síntomas explicados por otras personas con otros tipos de adicción (Adams y Kirby, 2003). Por tanto la vigorexia sería **adicción al ejercicio**.

Pero los vigoréxicos muestran diferencias con los adictos al ejercicio. Los adictos realizan ejercicio buscando no solo disminuir un estado previo desagradable (por ejemplo la abstinencia) sino intentando conseguir un estado interno agradable. La práctica produce un efecto placentero, esto es hay un proceso de reforzamiento positivo. Este reforzamiento positivo no parece darse en los vigoréxicos, verdaderamente no disfrutan haciendo ejercicio, solo evitan el malestar que le produce no hacerlo.

El adicto al ejercicio o a la práctica deportiva sería aquel que se encontraría a gusto mientras realizase sus ejercicios y que consideraríamos un adicto en tanto dedicase tanto tiempo a hacerlo que perjudicase su adaptación psicológica, social y laboral (véase el Cuadro 2).

En esta misma línea, ya el propio Yates (1991) concluyó que las características que presentaban aquellos primeros "**corredores obligados**" o "**corredores obsesivos**" estarían dentro de los parámetros de las compulsiones más que de los de las adicciones ya que la experiencia de estos corredores es más displacentera o dolorosa que placentera. Afirmó que para los sujetos adictos muestran rasgos de tipo egosintónico, ya que no quieren parar o detener la realización de la actividad, obteniendo básicamente placer con su comportamiento, pero los sujetos obsesivo-compulsivos serían egodistónicos, ya que no es realmente placer lo obtenido ni

Cuadro 2. Secuencia de una conducta de adicción al ejercicio, con reforzamientos negativo y positivo (estado interno agradable).



lo buscado, sino que encontrándose con un cierto malestar previo usarían la actividad física como reductora de dicho malestar.

Está claro que hay un perfil diferente entre deportistas que hacen y que no hacen competición (Arbinaga y Caracuel, 2006). En esta línea, otro concepto que hemos encontrado durante la realización de este estudio, **mencionado espontáneamente** por entrenadores y monitores, sobre todo de natación y de culturismo es el de **adicción a las marcas u obsesión por las marcas**. Se trata de deportistas que hacen esfuerzos enormes, perjudicando a veces su salud y sacrificando sus estudios, su tiempo de ocio, su tiempo de pareja,… para conseguir batir una marca, por ejemplo nadar una distancia por debajo de un tiempo dado. Algo similar relató un monitor respecto a jóvenes que se entrenan para presentarse a las **oposiciones** de bombero y que hacen grandes sacrificios para conseguirlo. A veces perjudican su vida privada para conseguir estos objetivos e incluso llegan a doparse para lograr dichas metas. El objetivo se convierte en algo positivo (véase Cuadro 3). Sin embargo, también este problema presenta pautas diferenciadas respecto a la vigo-

Cuadro 3. Secuencia de una conducta de adicción a las marcas.

La meta es el reforzador sin necesidad de otro estado interno agradable.

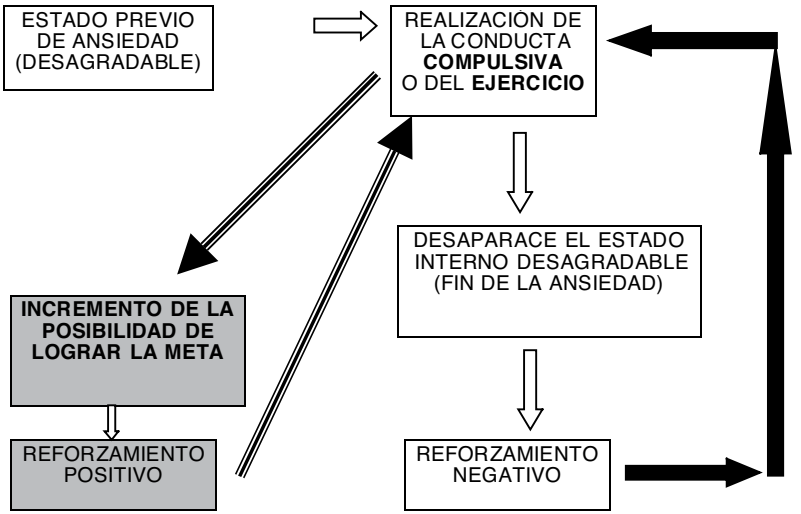


Tabla 3. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y adicción al ejercicio o a las marcas

Vigorexia	Adicción al ejercicio o las marcas
- No hay un objetivo externo, el objetivo es el propio cuerpo.	- Hay un objetivo externo que lo motiva todo.
- El sujeto no quiere dejar de hacer nunca tanto ejercicio.	- El sujeto anhela el momento en que pueda dejar tanto esfuerzo (aunque luego reincida).
- Sobre todo se presenta en culturistas (que a veces hacen también otros deportes).	- Se encuentra con frecuencia en nadadores, y opositores y tal vez en atletas.
- Predomina el ejercicio anaeróbico.	- Ejercicio aeróbico y anaeróbico.

rexia, como hemos resumido en la Tabla 3. Está claro que hay un perfil diferente entre deportistas que hacen y que no hacen competición (Arbinaga y Caracuel, 2006).

2.4. Trastorno Dismórfico Corporal o Muscular (TDC/TDM):

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**, o si realmente existe, por una reacción excesiva hacia él. Véanse las definiciones correspondientes en el DSM-IV (APA, 2006) y en el CIE-10 (OMS, 2004). 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 (Lantz *et al.*, 2002) Podemos decir que dentro de la información que se acompaña a los criterios diagnóstico del TDC, se recogen como síntomas y trastornos asociados, los problemas relacionados con la propia visión de la masa muscular que tienen ciertos deportistas, información que hasta ahora no había sido incluida. Puede interpretarse como un intento por parte de estos sistemas de clasificación, de introducir y por lo tanto diagnosticar la Vigorexia como un TDC. En esta línea, Kanayama et al. (2006) han encontrado que la principal diferencia entre culturistas que toman y que no toman anabolizantes es la dismorfia muscular (TDM) de los primeros.

Lo cierto es que el trastorno de la propia imagen corporal es origen de múltiples problemas psicológicos (Cash y Pruzinsky, 2002)

Tras reflexionar sobre ello no nos parece que se pueda rebatir que la vigorexia sea un TDC ya que el sujeto se percibe como peor (más pequeño, débil,…) de lo que es. Esto sucede con los demás TDC: los sujetos perciben mal su cuerpo y esta es otra diferencia entre la vigorexia los TOC y las adicciones. Véase la Tabla 4. A veces se habla de Trastorno Dismórfico Muscular (TDM). El **TDM**, un subtipo de TDC, vendría a ser **sinónimo de vigorexia**.

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

III. ETIOLOGÍA

Se sabe poco de la etiología de la vigorexia. La explicación etiológica se ha llevado a cabo generalmente desde modelos multicausales, en los cuales se suele hablar de factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de la adicción, que se encuentran en constante interacción. Estos factores pueden ser socioculturales, psicológicos y biológicos (Adams, y Kirby, 1998).

Tabla 4. Diferencias de Percepción del propio cuerpo en Vigorexia, TDM, TOC y Adicción

Vigorexia	TDM	TOC	Adicción al ejercicio o a las marcas
Siempre perciben su cuerpo como más débil o más pequeño.		Generalmente perciben bien su cuerpo.	

Las **variables socioculturales** pueden tener un papel fundamental como desencadenante. Por ejemplo, la influencia de los medios de comunicación, (anuncios, series de televisión, concursos, revistas,...), fomentan unos valores sobre el físico, que van influyendo desde una temprana edad y se inculca la relación entre el aspecto y el éxito, las chicas guapas, el trabajo, el coche que quieren,... a que éste les llevará. Para conseguir todo esto es imprescindible tener es un cuerpo fornido y musculado, que además "es fácil de conseguir en el gimnasio" (Fanjul, 2006).

Una vez que llegan a este, se dan cuenta de que no es tan fácil cómo 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, (normalmente excesivo), poniendo en muchas ocasiones en peligro el resto de sus responsabilidades y la vida que tiene fuera del gimnasio, cada ves más reducida.

Sin embargo, el deseo de tener un cuerpo perfecto, no es una explicación suficiente, porque no hace que todos los sujetos terminen siendo vigoréxicos: hay gente que hace mucho ejercicio o que toma batidos de proteínas, sin por ello desarrollar este trastorno, por ejemplo sin que su vida privada se vea afectada.

Otros autores han propuesto una **tendencia genética o biológica** a este tratstorno que ellos consideran adicción (Muñoz y Gómez, 2004). Parece que el bajo rendimiento del sistema serotoninérgico acompaña a este trastorno (Alonso, 1996), 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 (Martell, 2006). Otra línea de investigación, prometedora pero incipiente es la que sugiere que este trastorno (que sería entonces una adicción) podría ser el resultado de un déficit de opioides endógenos, estimulados por el ejercicio. Aunque en nuestra revisión se encontraron diversos estudios, estos no son concluyentes, ya que, además de tratarse de estudios anecdóticos (meras hipótesis de autores de este campo en páginas de Internet) la mayoría de las evidencias de la conexión entre endorfina y vigorexia se presentan como una teoría asociativa más que como una evidencia causal.

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

En cuanto a la influencia de **variables individuales** se puede destacar la importancia de ciertos problemas psicológicos (De la Paz, 2002; García, 2002). Los sujetos suelen presentar una historia de burlas sobre su apariencia, fracasos, relaciones interpersonales negativas,…de forma similar a lo que sucede en la Anorexia. Los sujetos realizan cogniciones equivocadas sobre su propia imagen, aparecen pensamientos obsesivos relacionados con experiencias previas. El perfeccionismo, la baja autoestima, el miedo al ridículo y al fracaso y la opinión de los otros sobre ellos, juegan un importante papel (De la Serna, 2004). Esto es similar los TOC.

IV. MODELOS DE VIGOREXIA

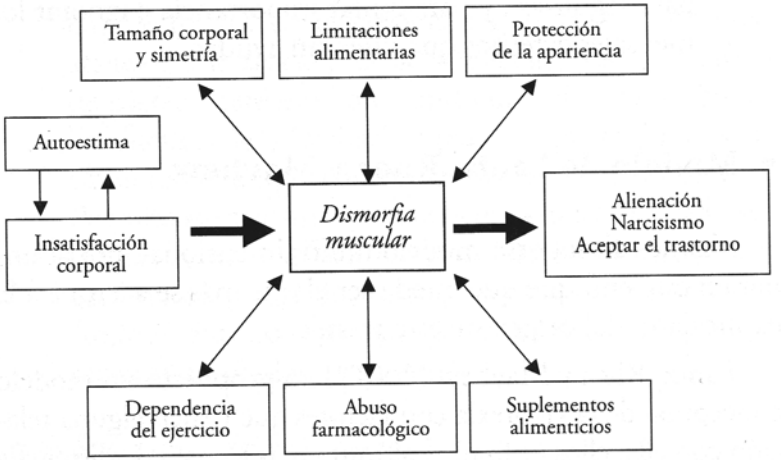
Entre los modelos revisados queremos destacar estos dos:

4.1. Modelo conceptual de dismorfia muscular (TDM).

Este modelo de dismorfia muscular (Lantz *et al.*, 2001 y Rojas Bonet, 2004) es multidimensional. Los autores proponen la clasificación de los factores implicados en la vigorexia en tres categorías (ver Cuadro 4):

1. **Factores precipitantes.** La autoestima y la insatisfacción corporal.

Cuadro 4. Modelo de la Vigorexia – Dismorfia Muscular de Lanz, Rhea y Mayhew (2002)



2. **Características conductuales** que interactúan con el trastorno siendo consecuencia negativas (objetivas) y reforzantes (subjetivas) a la vez: 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 y alienación.

4.2. Modelo de Baile

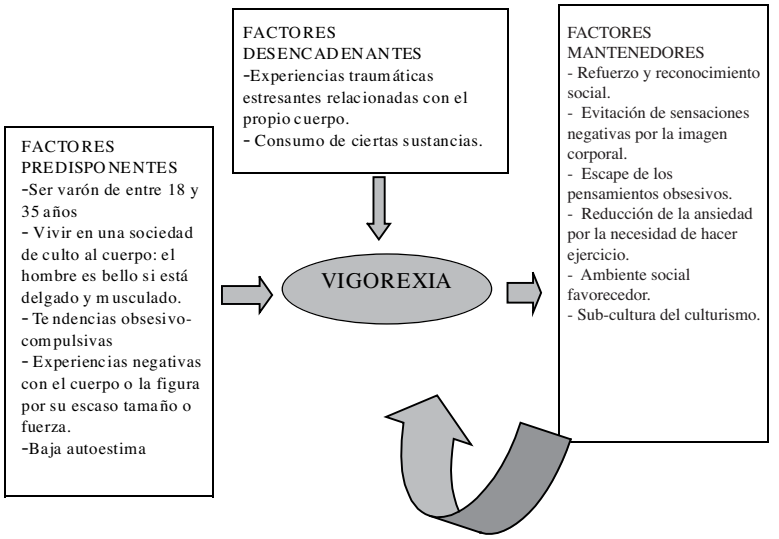
Baile (2005) Está construyendo un modelo de vigorexia. Por el momento su modelo sería así: (Ver Cuadro 5)

Se clasifican los factores etiológicos en tres grandes grupos:

- **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. Por ejemplo la baja autoestima (Olivardia *et al.*, 2004).

• **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 (lo que es cierta), y para los dependientes del ejercicio, todo su mundo (el gimnasio) les reconoce y felicita por lo que están logrando y el esfuerzo que están realizando. A esto es a lo que se refiere Baile con "sub-cultura del culturismo", el mundo en el que se mueve es el gimnasio, y la mayoría de las personas con las que se relaciona persiguen objetivos parecidos a los suyos (aunque sin necesidad de que lleguen a ser vigoréxicos). De hecho el vigoréxico suele evitar el contacto social (Coles *et al* 2006). Además mediante la realización de todo el ejercicio que creen necesari,o evitan la sensación de no estar haciendo lo suficiente para conseguir su meta (reforzamiento negativo), y en el gimnasio pueden estar constantemente mirándose al espejo, y viendo los cambios que están produciendo en su propio cuerpo, cambios que aunque no les parecerán lo suficientemente buenos (no hay reforzamiento positivo apreciable).

Cuadro 5. Modelo de Vigorexia (tomado de Baile, 2005).



VI. CONCLUSIONES

Este trabajo tiene como objetivo inicial esclarecer un poco el concepto de vigorexia, mediante la revisión bibliográfica de los artículos relacionados con el tema para en un segundo momento realizar una investigación empírica al respecto. Para empezar no hay un término unívoco: Anorexia Inversa, Vigorexia y Complejo de Adonis son muy utilizados, si bien otros como adicción al ejercicio también lo son.

No hay tampoco una definición universalmente aceptada de vigorexia. De hecho algunos la identifican con una adicción (al ejercicio o a las marcas,…), otros a una obsesión y otros a una dismorfia muscular. Incluso algunos médicos siguen abordándolo con un trastorno de la conducta alimentaria.

Por lo que sabemos, la vigorexia 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 (o a penas) reforzamiento positivo, a diferencia de las adicciones.

La vigorexia tampoco es un TOC. Existe un componente obsesivo (al igual que en las adicciones), 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 (nuevas dietas, ejercicios,…).
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:

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.

Por todo ello, parece que es acertado clasificar la vigorexia dentro de la dismorfia muscular, si bien como un trastorno con elementos específicos. La vigorexia no sería, pero sí compartiría elementos con: las adicciones, las obsesiones y los TCA.

No tampoco hay un modelo universalmente aceptado ni etiológico ni de mantenimiento de la vigorexia. Además 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**. 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. Es coherente pensar que si un joven es rechazado por una chica y lo achaca a su escasa musculatura tome la decisión de pasar largas horas en el gimnasio. Pero esto no explica que empiece a percibirse como menos musculoso de lo que realmente es, incluso con diferencias muy notables con la realidad.

Otra cuestión importante es que la vigorexia podría ser resultado u origen (o ambas cosas) de deterioros psicopatológicos de la personalidad. Esto está muy poco estudiado. En Argentina Rutsztein et al (2004) está iniciando un estudio en esta línea.

En definitiva sería conveniente establecer ciertas líneas de investigación. Y para empezar habría que comparar a vigoréxicos con deportistas no vigoréxicos en diversas áreas: 1.- Dismorfia muscular, 2.- Adicción al ejercicio, 3.- Obsesión por el ejercicio y 4.- Presencia de rasgos psicopatológicos de personalidad. A este fin se está desarrollando una investigación empírica, cuyos datos esperamos que ayuden a aclarar un poco estos conceptos.

VII. REFERENCIAS

Andrés, S., Lázaro, L., Canalda, G. y Boget, T. (2002) Aspectos neuropsicológicos del trastorno obsesivo compulsivo. Artículo disponible en la URL http://www.psiquiatria.com/boletin/revista/107/10093/?++interactivo

Adams, J.; Kirby, Robert J. (2003). El exceso de ejercicio como adicción. Una revisió,. *Revista de toxicomanías*, 34, 10-22.

Alonso, J. M, (2006), *La adicción al gimnasio: Vigorexia o Complejo de Adonis*. Artículo disponible en URL: *http//www.mifarmacia.es/contenido/articulos/articulo_ef_vifgorexia.htm*

American Psychiatric Association. (2066). *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales*-DSM-IV; 6º edición; (primera edición de esta versión, 1994) Madrid: Masson;.

Arbinaga, F. (2004). Dependencia del ejercicio. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 71/72, 24-32.

Arbinaga, F. y Caracuel, J. C. (2006). Perfil Socio-Deportivo de Físicoculturistas Competidores Versus no Competidores. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. 6(1), 7-20.

Arbinaga, F. y Caracuel, J. C, (2003). Aproximación a la Dismorfia Muscular, *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*., 65 (5), 7-15

Baile, J. I. (2005). Vigorexia: Cómo reconocerla y evitarla. Síntesis. Madrid.

Bonet Rojas, N. (2005). Vigorexia. El síndrome del culturista. *Protomédicos.com*. 1 (1).

Cardona, E. y García, A., (1999). Vigorexia: La búsqueda del cuerpo perfecto, Actas del *VII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte*; Murcia, 19 al 22 de octubre.

Cash, T. F. y Pruzinsky, T, (2002), *Body image: A handbook of theory, Research, and Clinical Practic.*; New York: The Guilford Press.

Choi, P. L.; Pope, H. G. y Olivardia, R. (2002). Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 36, 5.

Coles M.E., Phillips, K. A., Menard W., Pagano, M. E., Fay, C. y Weisberg, R. B., (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data, *Depress Anxiety*; 23 (1); 26-33.

De la Paz, F. (2002), Vigorexia: un nuevo trastorno mental que afecta especialmente a hombres, Artículo disponible en la URL: *www.cnnenespañol.com/2000/salud/09/15/vigorexia/*

De la Serna, I. (2004). Alteraciones de la imagen corporal: Anorexia, Vigorexia, Bulimia, Dismorfofobia y cuadros relacionados. *Monografías de Psiquiatría*, 2 (16), 32-40.

Fanjul, C., (2006), *La apariencia y características físicas de los modelos publicitarios: Códigos no verbales de la realidad en el discurso publicitario como factor de influencia social mediática en la vigorexia masculina*. Tesis Doctoral, Universidad Jaume I, Castellón.

Fernández Casas, I. (2003). La nueva epidemia del culto al cuerpo: Anorexia, Vigorexia, Bulimia y otros trastornos. Prevención desde la familia y escuela. . Artículo disponible en URL: www.cfnavarra.es/webgn/instituí/bv/actividades/ponencia.htm

Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G. Y Toni, C., (2004), Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Europ. Psychiatry*, 19 (5), 292-8.

Garcia Gómez, M. y Toledo Romero, F. (2005). Nuevas adicciones: Anorexia, bullimia y vigorexia; Conferencia en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia.

Kanayama, G., Barry, S., Hudson, J. I. Y Pope, H. G, (2006). Body Image and Attitudes Toward Male Roles in Anabolic-Androgenic Steroid Users. *The American Journal of Psychiatry*.163 (4), 697-707

Lanzt, C. D., Rhea, D. J. y Cornelius, A. E. (2002). Muscle Dysmorphia in elite-level power lifters and body builders: a test of differences whitin a conceptual model, *Journal of Strength and Conditioning Research*, 16; 649-655.

Lanzt, C. D., Rhea, D. J. y Mayhew, J. L. (2001). The drive for size: A psycho-behavioral model of muscle dysmorphia, *International Sports Journal*, Winter, 71-86.

Martell, C. A. (2006).Vigorexia: enfermedad o adaptación, *Revista Digital de Deportes*, año 11, nº 99. Artículo disponible en URL: http://www.efdeportes.com/

Méndez, R. (2002). Dopaje en el gimnasio, *El País*, 16-09-2002.

Morgan, J. F. (2000). From Charles Atlas to Adonis complex, *Lancet*, 356 (9239): 1372-3.

Muñoz Marrón, E y Gómez Campelo, P. (2003). Adicción al deporte y déficit de atención selectiva, *Encuentros en Psicología Social*, 1, 74-76.

Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of therm all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Journal of Psychiatry*, 9; 254-294.

Olivardia, R.; Pope, H. G. y Borowiecki, J. , (2004), Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms, *Psychology of Men and Masculinity*, 5(2), 112-120.

O.M.S. (2004). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10. 2ª edición (1ª edición: 1989)., Madrid: Meditor;.

Petruzzello, S. J., Landers, D., Hatfield, B.D., Kubitz, K.A. y Salazar, W. (1991), A meta analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sports Medicine*, 11 (3), 143-188.

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. y Katz D. L. (1987). Bodybuilder's psychosis. *Lancet*, 1 (8537): 863-870

Pope H.G., Katz D. L. y Hudson, J. L .(1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders, *Compr. Psychiatry*, 34 (6); 406-9

Remor, E. (2005). Dependencia ("Adicción") del ejercicio físico: ¿hecho o ficción?. *Psicología Conductual*, 13 (3). 395-404.

Rojas Bonet, N. (2004). Anorexia, Bullimia, Vigorexia: Guía de Orientación. Alicante: Excma. Diputación de Alicante.

Rutsztein, G.; Casquet, A.; Leonardelli, E.; López, P.; Macchi, M.; Marola, M. E. y Redondo, G. (2004). Imagen corporal en hombres y su relación con la dismorfia muscular. *Revista argentina de clínica psicológica*. 13(2); 119-131

Sandoval Shaik, O. (2001). *Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia, Bulimia y Vigorexia*. Artículo disponible en la Web de Psicocentro, URL: www.psicocentro.com

Yaryura-Tóbias, J. A., Neziroglu, F. y Pérez Rivera, R, (2003). *Obsesiones corporales*. Buenos Aires: Editorial Polemos.