

APROXIMACION TEÓRICA A UNA DE LAS AFECCIONES PSICOPATOLÓGICAS DEL S.XXI: LA VIGOREXIA

R. Castro López¹, S. Iglesias Parro²

¹*Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal*

²*Departamento de Psicología*

Campus Las Lagunillas, s/n. Universidad de Jaén. E-23071 Jaén (Spain).

charicl10@hotmail.com

Resumen

En el presente artículo se pretende abordar diferentes cuestiones con el fin de ubicar, o familiarizar al lector sobre la problemática de la Vigorexia, patología psicológica que ha ido cobrando protagonismo en los últimos años debido a la cada vez más creciente importancia del aspecto físico. Se comenzará con conceptos básicos sobre apariencia física e imagen corporal, derivando ésta a alteraciones de la misma en el que se presta especial atención en la aparición de la Dismorfia Muscular, también conocida como Vigorexia. Presentada la vigorexia, se abordarán varios aspectos sobre el origen de la misma y su concepto, describiendo posteriormente sus principales manifestaciones adversas y consecuencias. Es por ello, que el presente artículo tiene una finalidad informativa, ya que la actualidad de este trastorno psicológico provoca un desconocimiento general que puede originar efectos nocivos sobre la salud del deportista.

INTRODUCCIÓN

El aspecto físico, como apariencia, es el conjunto de características físicas y estéticas que nos hacen ser percibidos diferentes unos de otros y que resulta externo a la autopercepción. Por su parte, la imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000; *Imagen corporal*. Madrid. Pirámide). Esta doble visión del sujeto en la sociedad, tanto interna (autopercepción) como externa, no necesariamente están enlazados y correlacionan de acuerdo con la realidad. En ocasiones se produce una discordancia entre ambas puesto que personas cuya imagen no se encuentra dentro de esos cánones idealizados poseen una imagen corporal adecuada así como personas con apariencia física dentro del estereotipo “perfecto”, o socialmente deseable, perciben una imagen corporal totalmente distinta a la real, llegando a producir sesgos en su autopercepción.

La importancia de la apariencia física (y por consiguiente, en cuanto a la psique del individuo, la imagen corporal) es un aspecto que ha ido cobrando protagonismo con el paso del tiempo debido fundamentalmente a la sociedad actual en que vivimos. Una sociedad globalizada y manejada por los medios de comunicación que nos muestran constantemente cuerpos esculturales y figuras impecables, implicando en el ciudadano una preocupación corporal, , hecho que puede provocar la aparición de un trastorno de su imagen alterando de esta manera su propio esquema corporal. El término empleado para hacer referencia a la alteración de la imagen corporal ha cambiado históricamente. Así, a finales del siglo XIX, Enrico Morselli (1852-1929), propuso el término “Dismorfofobia” (miedo a la propia forma); posteriormente, en 1903, Janet hace lo denomina como “la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo” (Raich, 2000; *Imagen corporal*. Madrid. Pirámide) y actualmente es conocido como Trastorno Dismórfico Corporal.

Con respecto a su incidencia, ésta va en aumento a medida que pasan los años. Concretamente, en la sociedad occidental se estima que un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres presentan insatisfacción corporal (Grant y Cash, 1995; Cognitive-behavioral body image therapy: comparative efficacy of groups and modest-contact treatment, *Behaviour Therapy* 26:69-84). Dicha insatisfacción origina un trastorno en un 4% de las mujeres, y en menos de 1% en hombres (Rosen, Reiter y Orosan, 1995; Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63:263-269). En la siguiente figura (ver **Fig. 1**), se presenta dicha evolución en ambos sexos en una macroencuesta estadounidense que abarca tres décadas (Garner, 1997; The 1997 body image survey results, *Psychology Today* 30:30-84).

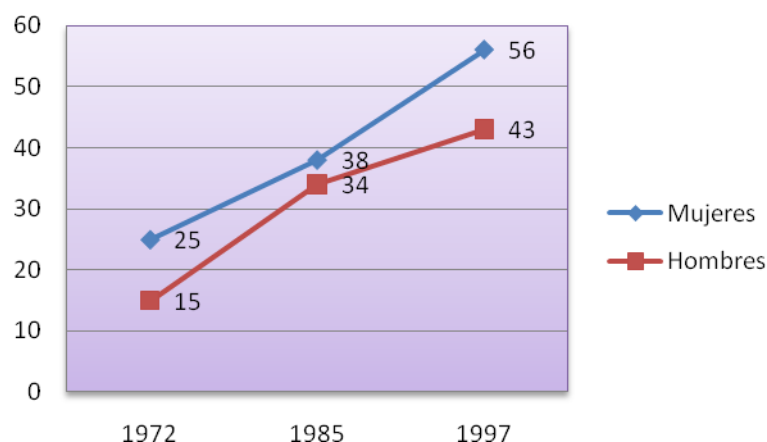


Figura 1. Evolución de la insatisfacción corporal con la apariencia (Fuente: Garner, 1997).

Como se desprende del gráfico, en 1972 quince de cada cien hombres expresaban insatisfacción corporal, mientras que un cuarto de la población de las mujeres ya lo hacía. Poco más de una década después se observa que las mujeres siguen incrementando sus niveles de insatisfacción alcanzando un 38% de la población, aunque el dato significativo lo protagoniza el sexo masculino ya que experimentan una subida que duplica ampliamente los niveles iniciales llegando a ser casi tan numeroso como el de las mujeres.

El último dato de la muestra, recogido 25 años después de la primera encuesta evidencia esta preocupación progresiva mostrando un porcentaje casi tres veces superior de hombres insatisfechos, llegando casi a la mitad de la población (43%) y alcanzando el 56% entre las mujeres. Al amparo de estos datos, no es de extrañar que el hombre haya iniciado una serie de conductas para enriquecer dicho aspecto; dietas, ejercicio físico, moda y otros. La práctica del ejercicio físico, sin fin exclusivamente saludable y sí con intención estética es cada vez más usual en hombres, provocando la aparición de nuevos trastornos, como es el caso de la conocida y cada vez más común vigorexia masculina.

DEFINICIÓN DE VIGOREXIA

Es el psiquiatra Harrison G. Pope y su grupo de colaboradores, quienes en 1993, descubren este trastorno, al estudiar el uso de esteroides anabolizantes en varones reclutados en gimnasios de halterofilia de Boston y encontrar que un gran número de ellos se percibían como pequeños y flacos, cuando de hecho eran grandes y musculosos (Pope y Katz, 1994; Psychiatric and medical effects of

anabolic-androgenic steroids: a controlled study of 160 athletes, *Archives General Psychiatry* 51:375-382). Este fenómeno fue denominado inicialmente como “Anorexia Reversa” puesto que compartía características similares a la anorexia nerviosa pero con síntomas inversos a ésta, que describiremos a continuación (Pope, Katz y Hudson, 1993; Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders, *Comprehensive Psychiatry* 34(6):406-409). Las principales diferencias entre ambas alteraciones se concretan en las siguientes:

En la vigorexia el sujeto se ve delgado y débil y en la anorexia gordo. Unos intentan ganar peso y los anoréxicos intentan perder peso. El gusto por la ingesta de proteínas caracteriza a los vigoréxicos mientras que en la anorexia se produce un rechazo por la ingesta de proteínas, acompañada de fármacos para perder peso (por su parte los vigoréxicos ingieren fármacos para ganar peso).

Muchos han sido los estudios que desde entonces Pope ha llevado a cabo, variando este término inicial y popularizando la denominación de “Complejo de Adonis”, la cual ha utilizado para titular varias obras, haciendo referencia según la mitología griega a un hombre extremadamente atractivo, como símbolo de belleza masculina. Entre sus trabajos a destacar hemos de hacer mención a la declaración sobre que de los 9 millones de usuarios de gimnasios de EE.UU, algo más del 10% podría estar afectado por este trastorno. Ésta cifra varía mucho en función del estado o país en el que se pretenda estudiar, ya que en otra de sus investigaciones ratificaron como los hombres de países del Este gozaban de una mayor satisfacción corporal que los hombres occidentales. (Jeffrey, Gray y Pope, 2005; *Male Body Image in Taiwan Versus the West: Yanggang Zhiqi Meets the Adonis Complex*, *Am J Psychiatry* 162:263–269).

Autores como Muñoz y Martínez (Muñoz y Martínez, 2007; Ortorexia y Vigorexia: ¿Nuevos Trastornos de la Conducta Alimentaria?, *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 5:457-482) han ido matizando el término, como un trastorno somatomorfo, sugiriendo también términos como dismorfia muscular o vigorexia, por lo que nos movemos en un campo en el que coexisten diferentes nomenclaturas. Aunque éste no es uno de los aspectos que más controversia produce, ya que el problema no es ponerle nombre, sino determinar de qué se trata. A continuación abordaremos el concepto de este trastorno, adoptando a partir de este momento el término vigorexia, para evitar posibles confusiones terminológicas.

La vigorexia puede definirse como un trastorno que se caracteriza por una preocupación extrema por verse con poca masa muscular, cuando en realidad se es musculoso, renunciando a oportunidades sociales y ocupacionales a causa de la necesidad de ejercitarse. Pope (1993) lo define como un trastorno mental caracterizado por una obsesión exagerada por ganar masa muscular y perder grasa.

Habitualmente, es común que las personas vigoréxicas pasen muchas horas en el gimnasio, muestren alteraciones en sus hábitos de alimentación, consumiendo exageradamente suplementos proteicos con componentes quemadores de grasas y/o abusen de sustancias, principalmente esteroides anabolizantes para lograr de manera rápida un mayor desarrollo muscular, con la posibilidad de múltiples complicaciones médicas e incluso letales (Pérez et al., 2007; Acerca de un caso de dismorfia muscular y abuso de esteroides. *Bogotá: Revista Colombiana de Psiquiatría* vol. 36 nº 1).

Esta preocupación obsesiva por la figura y búsqueda incesante de la belleza física acompaña a una distorsión del esquema corporal, llevándolos a una continua práctica deportiva sin límites, desestimando los riesgos que conlleva para su salud.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A continuación realizaremos una aproximación diferencial a la variable de estudio, es decir intentaremos caracterizar qué es la vigorexia masculina. ¿Se puede considerar una Adicción al ejercicio físico? Para ratificar esta premisa algunos autores incluso afirman que no se debería hablar de vigorexia (Remor, 2005; Dependencia (“Adicción”) del ejercicio físico: ¿hecho o ficción?, *Psicología Conductual* 13(3):395-404). ¿Estamos ante un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), en el que el sujeto posee una obsesiva persecución hacia su belleza física?. ¿Podríamos ubicarla dentro de los Trastornos Dimórficos Corporales (TDC), como un trastorno cognitivo en los que el sujeto percibe incorrectamente su propia imagen? ¿O deberíamos categorizarla como un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)?

Numerosos estudios relacionan los comportamientos de tipo vigorético con las adicciones no químicas como juego, poder, dinero, sexo o deporte. La práctica del ejercicio físico provoca la liberación de opiáceos endógenos, como la endorfina, generando una sensación de placer natural. Estas hormonas fisiológicas que ocasionan analgesia y una sensación de felicidad y relajación se liberan a la circulación con el fin contrarrestar el dolor o la sensación de cansancio extremo que el ejercicio físico y prolongado produce en el deportista. Todo esto sin sumarle los sentimientos negativos que experimentan los adictos al deporte cuando no pueden practicarlo, considerándolo como un sentimiento similar al de la abstinencia. Quizás esta sea una de las explicaciones que nos lleve a pensar que se trata de una adicción al ejercicio físico, puesto que cuanto más ejercicio físico realizan, mayor es la cantidad de endorfinas que liberan a sangre, y por tanto, mejor se sienten.

Pero no sólo existen aspectos similares entre Vigorexia y Adicción, ya que los vigoréticos muestran diferencias con respecto a los adictos al deporte. El adicto a la práctica deportiva realiza ejercicio físico buscando disminuir ese estado previo desagradable (abstinencia), pero también consigue un estado interno agradable, por lo que se produce en este caso un reforzamiento positivo. Aspecto que no ocurre en el sujeto vigorético ya que realmente solo evita el malestar que le produce no hacer ejercicio físico; obteniendo un reforzamiento negativo que le lleva a la realización de nuevo de esta conducta reiterada del ejercicio (ver **Fig. 2**).

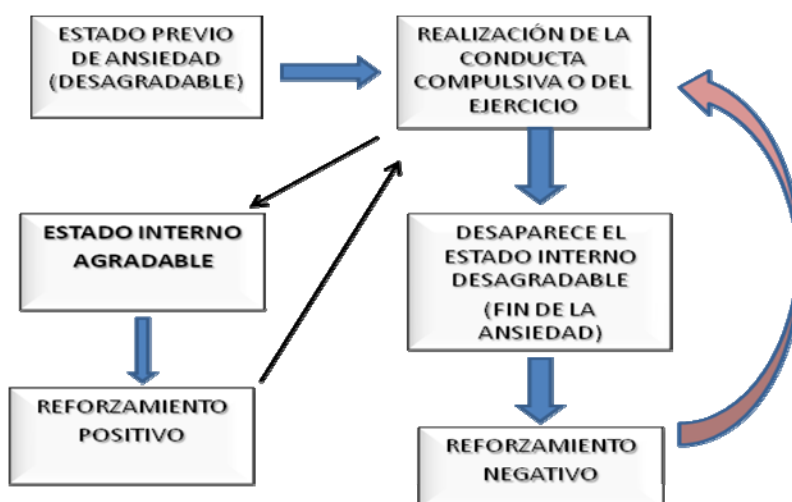


Figura 2. Secuencia de una conducta de adicción al ejercicio, con reforzamientos negativo y positivo (estado interno agradable)

En cuanto al TOC, éste 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). Por su parte, los sujetos vigoréticos muestran pensamientos recurrentes sobre su imagen, su escasa musculatura y sobre qué hacer para mejorarla, y se lanzan de forma “compulsiva” a realizar ejercicio físico para compensar ese “defecto” de su cuerpo (Baile, 2005; *Vigorexia Cómo Reconocerla y Evitarla*. Madrid: Síntesis).

No obstante, también encontramos diferencias entre TOC y vigorexia, puesto que el sujeto vigorético tiene pensamientos y conductas poco rígidas aceptando cambios en sus rutinas de trabajo con el fin de mejorar su aspecto (dietas, ejercicios,...), a diferencia del TOC, en los que el pensamiento y la conducta son rígidos, estereotipados y poco flexibles.

A pesar de las diferencias entre ambas, se ha establecido una vinculación entre los dos constructos estimándose que el 15% de los sujetos vigoréticos, sufre además un TOC (Frare et al., 2004; Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features, *Europ Psychiatry* 19(5):292-298).

Por su parte, los Trastornos Dismórficos Corporales se caracterizan por una preocupación excesiva y patológica por un defecto imaginado del cuerpo, o si realmente existe, por una reacción excesiva hacia él. La vigorexia en este caso, sí ha sido propuesta como una variable del TDC, ya que manifiestan como síntoma central ver su cuerpo pequeño y débil (Lantz, Rhea y Cornelius, 2002; Muscle Dysmorphia in elite-level power lifters and body builders: a test of differences whitening a conceptual model, *Journal of Strength and Conditioning Research* 16:649-655). Esta manifestación afecta a la vida del individuo ocasionando malestar y alterando sus relaciones sociales, laborales, familiares, etc.

En la revisión de la cuarta edición del manual de diagnóstico DSM IV-R 2002 (Criterios *diagnósticos. Trastornos de alimentación. Trastornos obsesivos compulsivos*. España: Ed. Masson); como criterios diagnósticos del TDC, aparecen como síntomas y trastornos asociados, los problemas con la visión de la masa muscular que padecen ciertos deportistas, hecho que no aparecía en revisiones anteriores, y que nos conduce a la hipótesis de que la vigorexia pueda ser diagnosticada como un TDC. A veces se habla de trastorno dismórfico muscular (TDM) como un subtipo de TDC, el cual podríamos considerarlo como sinónimo de vigorexia, por lo que se podría concluir afirmando que la vigorexia es un TDC y más concretamente, un TDM.

En lo referente a los TCA, es cierto que la vigorexia se ha propuesto en ocasiones como una tipología de estos, pues comparten la preocupación desmedida por su aspecto físico, la distorsión del esquema corporal, el interés por las comidas, calorías y composición de lo que se ingiere, la autoobservación, la supresión de grasas y otros. (De la Serna, 2004; Alteraciones de la imagen corporal: Anorexia, Vigorexia, Bulimia, Dismorfofobia y cuadros relacionados, *Monografías de Psiquiatría* 2(16):32-40). Sin embargo no se ha comprobado que los sujetos vigoréticos tengan una conducta alimentaria patológica, y ningún autor ha considerado este hecho como elemento definitorio.

Es cierto que los sujetos vigoréticos tienden a una restricción alimentaria y al uso de fármacos (suplementos proteicos y abuso de esteroides anabolizantes) para incrementar su masa muscular. Este hecho nos lleva a la existencia de todo un mundo de productos alimenticios, complejos vitamínicos, sustancias orgánicas y sintéticas, denominadas también ergogénicas, o que ayudan a crecer, que rodean el mundo de los gimnasios.

Entre los tipos de productos cabe destacar:

- Suplementos alimentarios compuestos en mayor medida por proteínas extraídas del suero de la leche o del huevo en presentación de 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 favorece el aumento del volumen muscular y/o hacen aprovechar al máximo la energía muscular.
- Esteroides anabolizantes derivados de la testosterona. Son productos farmacológicos utilizados para aumentar la masa muscular y perder grasa. En 1940 se introdujo por primera vez en la práctica deportiva y en 1975 fue prohibido su uso no médico.
- Hormona del crecimiento humano.
- Diuréticos, a fin de deshidratar el cuerpo, produciendo mayor definición muscular, disminución de volumen y peso.
- Hormonas peptídicas como la insulina para aumentar el tamaño del músculo y mejorar la fuerza.
- Estimulantes como la efedrina, la cafeína o la teína.

Obviamente, la ingesta de estos productos conlleva unos efectos negativos para la propia salud del deportista de carácter multidimensional, ya que se ven afectados todos los ámbitos de la persona (físico, biológico, psicológico, social). Entre las consecuencias más significativas distinguimos (Pérez et al., 2007):

- Desproporción en las partes corporales (cabeza-cuello).
- Deterioro del sistema osteo-articular y sus componentes de unión ligamentos, tendones, músculos debido a la sobrecarga de pesos provocando frecuentemente lesiones como desgarros, esguinces y dolores permanentes.
- El abuso de esteroides conlleva efectos adversos en el hígado (hematomas, adenomas, y adenocarcinomas), la disminución del colesterol HDL y el aumento de lipoproteínas de baja intensidad.
- Disminución del tamaño testicular (ginecomastia), disminución de espermatogénesis e infertilidad. En ocasiones produciendo síndrome convulsivo, aumento del volumen prostático, aumento de la micción nocturna y disminución del flujo urinario total.
- En el ámbito cardiovascular, el abuso de esteroides propicia aumento de la presión sanguínea, hipertrofia ventricular izquierda concéntrica, arterioesclerosis y vaso espasmos.
- También se presentan cambios como el aumento del impulso sexual, cefalea, acné, aumento del vello corporal, estasis biliar y retención de líquidos.
- El aumento de endorfinas influye en el estado anímico produciendo bienestar, pero a su vez propician sensaciones opuestas al dejar de hacer ejercicio continuo como depresión, ansiedad.

Todo esto sin mencionar el deterioro en el ámbito sociocultural, pues se producen problemas en las relaciones interpersonales, aislamiento y enajenación al dedicar tanto tiempo en el gimnasio.

CONCLUSIONES

A través del presente artículo se ha pretendido realizar una aproximación teórica a una de las cada vez más comunes enfermedades del s. XIX, la vigorexia. Para ello se ha justificado previamente el porqué de la aparición de este tipo de trastornos, hecho que nos lleva a lanzar la hipótesis del papel de la influencia social y mediática como factor protagonista, dado que teniendo en cuenta los datos revisados (Garner, 1997), esta disconformidad en cuanto a la apariencia física sufre un constante aumento, tanto en varones como en mujeres.

Aproximado el concepto de vigorexia, su evolución histórica, así como sus manifestaciones principales, nos generamos una duda sobre el origen de éstas. En este sentido, el TDC parece ser el más adecuado para ubicar a la vigorexia, frente al TOC, Adicción o TCA, aunque como se ha expresado, tenga rasgos similares a todos los trastornos descritos. Este tipo de comportamientos implica en el deportista una multitud de efectos adversos para la salud, según los estudios revisados, llamando la atención muchas de ellas, ya que algunos de ellos llegan a ser letales, hecho que resulta al menos preocupante, debido al desconocimiento que aun se posee sobre esta patología.

Es por tanto, una labor importante informar sobre las principales manifestaciones y consecuencias que acarrea el lado no saludable del ejercicio físico, con el fin de prevenir la aparición de este trastorno, puesto que actividad física y salud no siempre correlacionan de manera positiva.