



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

# Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Humanidades  
Licenciatura en Psicología**

**Vigorexia. Aproximaciones teórico clínicas**

Nº 358

Emilio Juan Compte

Tutor: Alexis Kasanzew

**Departamento de Investigaciones**  
Setiembre 2009



“El cuerpo goza, el cuerpo habla, el cuerpo duele, el cuerpo grita.”  
(Rother Hornstein, p.124, 2006)

## Índice

Introducción.....	4
Capítulo 1	
1.1 Cultura y Vigorexia .....	5
1.2 Vigorexia y Práctica Deportiva.....	6
1.3 Modelos de Explicación Multicausal.....	6
Capítulo 2	
2.1 ¿Qué es la Vigorexia? .....	7
2.2 Vigorexia y Consumo de Sustancias .....	8
2.2.1 Niveles de Participación.....	8
2.2.2 Esteroides Anabolizantes.....	9
2.2.3 Criterios Diagnósticos DSM-IV-R para la Dependencia de Sustancias .....	12
2.3 Vigorexia y otros Trastornos relacionados.....	12
2.3.1 Imagen corporal y compromiso masculino.....	13
2.3.2 Vigorexia y Anorexia Nerviosa .....	16
2.3.2.1 Criterios Diagnósticos DSM-IV-R para la Anorexia Nerviosa.....	18
2.3.3 Vigorexia y TOC .....	19
2.3.3.1 Criterios Diagnósticos DSM-IV-R para el Trastorno Obsesivo Compulsivo .....	19
2.3.3.2 Vigorexia y Fenómenos Obsesivos.....	20
2.3.4 Vigorexia y TDC .....	21
2.3.4.1 Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR para el Trastorno Dismórfico Corporal.....	22
Capítulo 3	
3.1 Diagnóstico y Evaluación .....	22
3.1.1 Diagnóstico .....	23
3.1.2 Evaluación.....	24
3.1.2.1 Evaluación de la Imagen Corporal .....	24
3.1.2.2 Evaluación de la percepción del desarrollo muscular .....	26
3.1.2.3 Evaluación de la Vigorexia.....	27
3.2 Tratamiento.....	28
3.2.1 Consideraciones generales.....	28
3.2.2 Modelos Cognitivos-Conductuales aplicados al tratamiento de la Vigorexia .....	29
3.2.3 Modelo Psicodinámico aplicado al tratamiento de la Vigorexia .....	31
3.2.4 Intervenciones Psicofarmacológicas.....	32
Consideraciones Finales .....	33
Bibliografía.....	34

## Introducción

Durante los últimos años se ha observado un aumento en la prevalencia de algunos trastornos mentales en los cuales el peso de ciertas exigencias sociales es determinante para su desarrollo. Los mismos, a pesar de la modalidad de expresión que le es propia a cada uno de ellos, reúnen características que parecieran unificarlos. En primer lugar, todos estos trastornos se inician a partir de lo que en apariencia son decisiones individuales. Es decir, la mirada de un observador externo se sorprendería de la aparente voluntad del individuo a desarrollar tal o cual trastorno. En segundo término, se atribuye un gran peso a las presiones sociales patógenas en su etiología y curso. Y, principalmente, estos cuadros presentan manifestaciones novedosas, lo que complica el diagnóstico y dificulta su tratamiento (Baile, 2005).

Uno de estos casos es el de un trastorno identificado por H. G. Pope en 1993, el cual recibe el nombre de *Vigorexia*. El mismo ha acuñado otros términos, como Complejo de Adonis y Anorexia Inversa, a partir de los desarrollos teóricos del propio Pope, o Dismorfia Muscular, por aquellos autores que ubican al trastorno dentro del espectro Dismórfico Corporal (Arbinaga y Caracuel, 2003; Baile, 2005; Barlow y Durand, 2006; Leone, Sedory y Gray, 2005; Pope, Olivardía *et al*, 2004; Restepo *et al* 2007; Seleri Marques Assunção, 2002).

A partir de la publicación de H. G. Pope de "The Adonis Complex" en 1993, se abrió un debate que, si bien aún no reconoce la autonomía clínica del trastorno, puja por identificar los principales procesos psicológicos de base que lo sustentan. Es decir, ¿es la Vigorexia una manifestación del espectro obsesivo compulsivo? ¿Es la manifestación masculina de la Anorexia Nerviosa (denominada *Anorexia Inversa* por los síntomas opuestos a los presentes en la anorexia en mujeres)? ¿Es, acaso, un subtipo de Dismorfia Corporal (identificado como Dismorfia Muscular)? (Arbinaga y Caracuel, 2003; Baile, 2005; Restepo *et al*, 2007; Seleri Marques Assunção, 2002). A pesar del debate en sí, distintos autores parecen coincidir en la existencia autónoma del trastorno, como de la prevalencia del género masculino en desarrollo del mismo.

De esta manera, la preocupación excesiva por la apariencia física, la sobrevaloración de la misma, una distorsión de la imagen corporal, la presencia permanente de pensamientos obsesivos en relación al cuerpo, síntomas de ansiedad y depresión, conductas alteradas de la vida social y laboral, entre otras, parecen ser las manifestaciones fenomenológicas que permitirán desarrollar un diagnóstico de Vigorexia.

En el presente trabajo nos concentraremos, en un primer momento, en analizar brevemente el contexto social y cultural que propició, sin quererlo, la aparición del Complejo de Adonis. Los factores ambientales y culturales que fomentan el desarrollo del cuadro serán revisados una y otra vez a lo largo del trabajo según se relacione a la Vigorexia con trastornos asociados. Una vez presentado el marco cultural, nos adentraremos en los principales desarrollos teóricos del tema. Gracias a las diferentes investigaciones inspiradas en la problemática que aquí se plantean, podremos también analizar la prevalencia de los hombres por sobre las mujeres en el desarrollo del trastorno; la relación entre el trastorno y el abuso de esteroides; las motivaciones que llevan a los individuos a la utilización de anabólicos en el ejercicio físico; la evolución del ideal de belleza masculino a través de los juguetes de acción; la relación entre la musculatura y la autoestima, la depresión y los desórdenes alimentarios; la percepción de la imagen corporal; la diferencia entre hombres heterosexuales y hombres homosexuales en relación a la imagen corporal; etc. (Baile, 2005; Peters, Copelad y Dillon, 1999; Pope, Hausmann, Mangweth *et al* 2004; Pope, Olivardía, Gruber y Borowiecki, 1998; Pope, Olivardía *et al*, 2004; Restepo, Valencia, Rodríguez y Gempeler, 2007; Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007; Worblewska, 1996).

Los diferentes trabajos citados con anterioridad se enmarcan en posiciones teóricas distintas. Por ejemplo, algunos autores abrazan la posibilidad de que la Vigorexia sea un trastorno de la alimentación, mientras que otros lo consideran como un subtipo del Trastorno Dismórfico Corporal. En consecuencia, también abordaremos el debate acerca de la clasificación del Complejo de Adonis, ya sea dentro de una concepción categorial fenomenológica de los trastornos mentales o bajo la concepción dimensional de los mismos (debate que excede a la Vigorexia y podría aplicarse a un sinnúmero de trastornos mentales). En relación a concebir la Vigorexia como un subtipo tanto del Trastorno Dismórfico Corporal, perteneciente al espectro Obsesivo Compulsivo, o a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, desarrollaremos aquellas similitudes y diferencias entre el Complejo de Adonis y los trastornos mencionados. Para finalizar, ilustraremos sobre los aportes que la teoría y las investigaciones han hecho a la clínica psicológica en relación al diagnóstico, tratamiento y prevención de la Vigorexia.

## Capítulo 1

### 1.1 Cultura y Vigorexia

“*Vivimos en una sociedad del culto al cuerpo [...]*” (Baile, p.20, 2005). Si bien se encuentran registros sobre casos de Anorexia Nerviosa en religiosas de la Edad Media (quienes ayunaban de forma extrema), la preocupación por la imagen corporal, como sinónimo de éxito, es una característica propia de las sociedades modernas (Baile, Monroy Martines *et al*, 2005). En las últimas décadas hemos sido testigos de un pacto morboso donde hablar de belleza, éxito y delgadez, es como girar sobre un mismo eje. En consecuencia, la sobrevaloración de la imagen corporal, en relación a dichos estándares de belleza, funciona como un regulador de la autoestima (Barlow y Durand, 2006; Toro, 1996).

Según Toro (citado en Baile, 2005) existen trastornos que están ligados específicamente al contexto social en el que se desenvuelve el sujeto, a su cultura. Los mismos son reconocidos como “Trastornos Étnicos” y tienen como característica manifestar grotescamente los aspectos más valorados de determinada sociedad y presentarse frecuentemente en el medio social en el que el individuo se encuentra. De esta manera, determinados trastornos serán la vía de escape común en un sistema de normas y valores en particular, donde los agentes de salud se encuentran ante la difícil tarea de identificar como trastorno la exageración en la manifestación de conductas y actitudes que la sociedad valora como positivas. Por lo tanto, determinados cuadros se esconderán bajo el lema de la búsqueda de la salud, siendo, en definitiva, una expresión de lo contrario. El autor desarrolla una adaptación de los criterios diagnósticos que se resumen de la siguiente manera:

El trastorno ocurre frecuentemente en la cultura en cuestión, especialmente si es comparado con otros trastornos psiquiátricos.

A causa de la continuidad de sus síntomas y de la dinámica subyacente con elementos normales de la cultura, el trastorno se expresa mediante grado de intensidad y a través de un espectro que incluye formas limítrofes, subclínicas.

El trastorno expresa conflictos esenciales y tensiones psicológicas generalizadas en la cultura, pero son tan agudos que el sujeto que desarrolla los síntomas cursando con ansiedad y moviliza sus defensas psicológicas.

El trastorno es una vía final común para expresar una gran variedad de problemas personales idiosincrásicos y de malestar psicológico.

Los síntomas de trastorno son extensiones y exageraciones directas de las conductas y actitudes normales dentro de la cultura, incluyendo a menudo comportamientos que suelen ser muy bien valorados.

El trastorno constituye un modelo para la expresión del estrés muy estructurado y ampliamente imitado.

Puesto que el trastorno incluye conductas valoradas positivamente, pero, por otro lado, es una expresión de anormalidad, suscita en los otros respuestas muy ambivalentes. (Baile, 2005)

Hacia 1972, según aportan Baile, Monroy Martines y colaboradores (Baile, Monroy Martines *et al.*, 2005), una de cada cuatro mujeres estaba insatisfecha con su imagen corporal.

*Para muchas mujeres occidentales jóvenes, verse bien es más importante que estar sanas. De hecho, para las jóvenes de ambientes competitivos de clase media a alta, la valía personal, la felicidad y el éxito están determinados en gran medida por las medidas corporales y el porcentaje de grasa en el cuerpo* (Barlow y Durand, p.270, 2006).

Entre los años 1980 y 1992 se realizaron en Estados Unidos una serie de investigaciones (Agras y Kirkley, 1986; Garner, Garfinkel, Shwartz y Thompson, 1980; Wiseman, Gray, Mosimann y Ahres, 1992; citadas en Barlow y Durand, 2006) tendientes a evidenciar el énfasis moderno en la delgadez de las mujeres. En ellas se concluyó que, tanto participantes de Miss América como modelos de la revista Playboy, se volcaron hacia figuras más delgadas después de 1960. Hacia 1992, estas investigaciones arrojaron importantes datos a tener en cuenta: “*el 69% de las modelos de los despleables centrales de Playboy y el 60% de las concursantes de Miss America pesaron un 15% o más por debajo de lo normal para su edad y estatura*” (Barlow y Durand, p.271, 2006).

Para 1972, en comparación con los datos previamente aportados (Baile, Monroy Martínez *et al*, 2005), quince de cada cien hombres estaban insatisfechos con su imagen corporal. Los mismos autores señalan que hacia 1997, 25 años más tarde, la cifra ascendía a una relación de 45 a 100 de varones que se encontraban afligidos frente a la imagen que les devolvía el espejo. Éstos deseaban verse más fornidos, con los músculos definidos y marcados, dignos de apreciación externa. De esta manera, recurrían a rituales relacionados como la práctica de ejercicio físico con un objetivo estético, y no en búsqueda de un mejor estado de salud. Estos rituales, que si bien serán descritos en profundidad más adelante, se caracterizaban por una obsesión enfermiza por desarrollar masa muscular en detrimento de su vida social, laboral y emocional, además de implicaciones de tipo médica.

## 1.2 Vigorexia y la Práctica Deportiva

La actividad deportiva característica de aquellos sujetos que buscan mejorar su aspecto físico de manera obsesiva devaluando su vida de relación, emocional y profesional (a quienes identificaremos como afectados por la vigorexia o la dismorfia muscular según el autor de referencia), se relaciona directamente con el fisicoculturismo y el levantamiento de pesas. Disciplinas que se encuentran cobijadas en las paredes de los gimnasios, que tanta proliferación han tenido en los últimos años. A través del siglo XX estas prácticas han sido identificadas bajo el nombre de culturismo, fisicoculturismo (bodybuilding), fitness, complementos, musculación, modelaje, etc. La diferencia residiría en los objetivos perseguidos por los practicantes.

Los fisicoculturistas se caracterizan por la búsqueda de un desarrollo de la musculatura (magra) en ausencia de grasas, dura, bien definida y vascularizada, mediante la utilización frecuente de grandes pesas y la subordinación hacia una dieta estricta. Según señalan Abrinaga y Caracuel (Abrinaga y Caracuel, 2003), se le atribuye a E. Desbonnet (1865–1953) y E. Sandow (1867-1923) la creación del movimiento culturista. Desbonnet fue el encargado de desarrollar la técnica que se sirve del uso de las series, las repeticiones de los ejercicios y la correcta visualización de la práctica frente al espejo. En cambio, fue Sandow quien introdujo las poses plásticas en las cuales se desarrollan los ejercicios. Fue a partir de los trabajos de Desbonnet y Sandow que el fisicoculturismo se dividió en dos escuelas bien diferenciadas, la francesa y la americana. La primera de ellas buscaba el desarrollo integral del hombre, la misma estaba formada principalmente por agentes de salud. En cambio, la escuela americana, formada por atletas, perseguía como objetivo el desarrollo de la musculatura.

El Fitness, por su parte, surge hacia 1980 con la proliferación de gimnasios y clubes deportivos, buscando diferenciarse del movimiento culturista. Se caracteriza por la utilización de pesas pequeñas, barras con pesas fijas y la utilización de maquinaria especializada. La idea principal es que el peso pueda complementarse al ejercicio aeróbico. A sí mismo, supone un trabajo multidisciplinario contando con la colaboración de agentes de salud (médicos, psicólogos, deportólogos, etc.) como con la solidaridad de profesionales de la práctica deportiva (profesores de educación física, instructores, etc.). El objetivo será diseñar planes de trabajo físico de acuerdo a las necesidades personales y a las posibilidades demostradas por el sujeto en evaluaciones previamente realizadas. Comprender la relación entre nutrición, falta de estrés y entrenamiento es también una de las metas del fitness.

Pace y Jones en 2001 (citado en Abrinaga y Caracuel, 2003) realizan un trabajo donde desarrollan la doble vertiente del estar en forma. Es decir, una doble dimensión que contemple tanto aspectos físicos como psíquicos. La primera de estas dimensiones, la física, comprenderá la resistencia cardiovascular, la forma y el estado muscular y un correcto estado nutricional. La dimensión psíquica por su parte se concentrará en la capacidad que el sujeto posea para enfrentar al estrés, buscando que ésta llegue a niveles aceptables.

Es sin lugar a dudas el abuso en el consumo de esteroides anabolizantes lo que ha contribuido, de manera más significativa, a la mala imagen que poseen quienes practican el culturismo. *“Si bien, y en honor a la buena práctica, hay que reconocer el esfuerzo que muchos culturistas llevan a cabo para mantener y desarrollar la actividad física dentro de los cánones del esfuerzo natural, diferenciándose el culturismo natural del no natural”* (Abrinaga y Caracuel, p.11, 2003).

Fue entonces, a partir de una investigación sobre el uso de esteroides anabolizantes que hacia 1993 desarrollaba el equipo de H. G. Pope en el Laboratorio de Psiquiatría Biológica del Hospital McLean, donde se observó que un importante número de los varones reclutados manifestaban percibirse como débiles, pequeños y delgados, siendo en realidad fuertes, grandes y musculosos (Abrinaga y Caracuel, 2003; Baile, 2005; Baile, Monroy Martines *et al.*, 2005; Barlow y Durand, 2006). El nombre de “anorexia inversa” es resultado de la característica que identifica al trastorno donde, a la inversa de lo que sucede en la Anorexia Nerviosa, el sujeto se percibe pequeño y débil, siendo grande y fuerte.

## 1.3 Modelos de Explicación Multicausal

En su libro, *Vigorexia, cómo reconocerla y evitarla*, J.I. Baile (Baile, 2005) expone dos modelos de explicación de causa múltiple. Uno propio, inspirado en desarrollos teóricos de Toro (citado en Vallejo Ruiloba, 1991), y el modelo de Lantz, Rhea y Mayhew. Ambos se caracterizan por la concepción multicausal en el desarrollo de la Vigorexia. Es decir, y en contraposición de los modelos médicos tradicionales, existe más de un factor que interactúa en el desarrollo de determinado cuadro. No se responsabiliza, por ejemplo, a las propiedades de un agente a ser la causa directa de determinada enfermedad, sino que se busca la relación que existe entre las características de la persona en particular y las del ambiente donde ésta se desarrolla.

El modelo hipotético de factores implicados en el desarrollo de la Vigorexia (Baile, 2005), fue concebido a partir de los trabajos de Toro sobre la Anorexia Nerviosa. Los mismos serán desarrollados en detalle una vez llegado el capítulo que trabaje la relación entre la Vigorexia y la Anorexia Nerviosa (capítulo 2). A modo de introducción en el tema, el modelo supone la interacción entre factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores.

El primero de ellos hace referencia a los factores genéticos del sujeto, como a los factores del ambiente en que se desarrolla y a las experiencias pasadas. De tal manera, facilitarán o favorecerán el desarrollo del cuadro si hace su entrada a escena algún factor que lo desencadene. En cuanto a los factores desencadenantes, éstos serán aquellos aspectos individuales, ambientales y sociales que propician la aparición de determinado trastorno, principalmente en aquellos sujetos con los factores predisponentes necesarios. Por su parte, serán factores mantenedores aquellos que sean, o bien, consecuencia directa del trastorno, o que ocurran paralelamente a éste, ejerciendo sobre el cuadro un efecto reforzador provocando que el mismo se mantenga o, en el peor de los casos, se agrave.

Por su parte, el modelo de Lantz, Rhea y Mayhew, desarrollado sobre la presunción de que la Vigorexia es un subtipo de Trastorno Dismórfico Corporal llamado Trastorno Dismórfico Muscular, supone la interacción de factores agrupados en tres categorías: factores precipitantes, características conductuales y consecuencias del trastorno.

Los factores precipitantes guardan relación directa con la autoestima y la insatisfacción corporal. A su vez, las características conductuales hacen referencia a los comportamientos que interactúan con el trastorno. Dentro de los mismos se pueden resaltar conductas del tipo restrictivas (principalmente en lo referente a la alimentación), abuso de sustancias (esteroides anabolizantes), dependencia de la actividad física, etc. Por su parte, las consecuencias del trastorno serán el narcisismo, la aceptación del trastorno como un modo de vida y la alienación.

Durante el desarrollo del presente trabajo se revisarán los conceptos aquí expuestos a partir de la relación que la Vigorexia guarda con las diferentes variables que la componen, a partir de las investigaciones que se vienen llevando a cabo sobre el tema alrededor del globo en los últimos años.

## Capítulo 2

### 2.1 ¿Qué es la Vigorexia?

J. I. Baile se animó a definir a la Vigorexia de la siguiente manera:

*Alteración de la salud caracterizada por una preocupación patológica de ser débil y no tener suficiente desarrollo muscular del cuerpo - aún teniéndolo -, y que se manifiesta en la incapacidad de ver con exactitud el tamaño del propio cuerpo, con pensamientos obsesivos, así como comportamientos negativos relacionados con la apariencia, como excesos de ejercicio físico, dieta inapropiada y consumo de sustancias peligrosas (Baile, p.20, 2005).*

Si bien el término goza de gran aceptación convive con otras denominaciones según la comprensión que se haga sobre los procesos psicológicos que subyacen a la expresión clínica (tema que se desarrollará ampliamente en las páginas siguientes). Por ejemplo, se la conocerá también como Trastorno Dismórfico Muscular (Abrinaga y Caracuel, 2003; Leone, Sedory y Gray, 2005; Seleri Marques Assunção, 2002;), a partir de la relación con el Trastorno Dismórfico Corporal.

Desde la ya citada investigación que en 1993 llevó a H. G. Pope y colaboradores a la descripción del cuadro y posterior publicación de "The Adonis Complex", se fue conociendo y construyendo la nosografía clínica y la evolución del trastorno (Abrinaga y Caracuel, 2003; Baile, 2005; Baile, Monroy Martines *et al*, 2005; Barlow y Durand 2006; Peters, Copelad y Dillon, 1999; Seleri Marques Assunção, 2002). Se observó como principal característica la preocupación crónica acerca de la insuficiencia que sufre el propio cuerpo en relación con la musculatura deseada para él mismo, llegando a percibirse como delgados y débiles, sin necesariamente serlo. Es decir, al igual que en la Anorexia Nerviosa, la Vigorexia presentaría una alteración en la percepción de la imagen corporal. Aunque en lugar de apreciarse como excedidos de peso siendo extremadamente delgados, se perciben como delgados, poseyendo un cuerpo formado y muscularmente desarrollado. Es en consecuencia de tal observación que el equipo de H.G. Pope identificó al trastorno en su primer momento como Anorexia Inversa. En sintonía con dicha observación, quienes desarrollan el cuadro, y a la inversa de aquellos afectados por la Anorexia Nerviosa, comienzan con una fuerte disciplina y rutina de ejercicio físico, virando posteriormente hacia patrones patológicos en la conducta alimentaria. En la Anorexia Nerviosa el ejercicio físico excesivo es secundario a la restricción alimentaria y un complemento punitivo de la misma.

El consumo y abuso de esteroides anabolizantes también guardan estrecha relación con el trastorno. Las diferentes investigaciones consultadas, tanto en relación a la alteración de la imagen corporal en usuario de gimnasios (Baile, 2005; Baile, Monroy Martines *et al*, 2005;) como en la relación entre Biceps e Imagen corporal (Pope, Olivardia, Borowiecki y Geoffrey, 2004), entre otras (Peters, Copeland y Dillon, 1999; Pope, Hausmann, Mangweth *et al* 2004; Restrepo, Valencia, Rodríguez y Gempeler, 2007; Wroblewska, 1997) estudiaron las diferentes variables que intervienen en el consumo sostenido en el tiempo de dichas sustancias. Las mismas manifestaron que la inmensa mayoría de las personas afectadas por la Vigorexia consumen o han consumido esteroides anabolizantes como catalizador del proceso de desarrollo físico, en búsqueda de una mejora en su apariencia. Si bien, la cifra no resulta igual al contemplar las totalidades de las muestras estudiadas a la hora de definir las variables intervinientes en el consumo de esteroides anabolizantes (Peters, Copeland y Dillon, 1999; Pope, Hausmann, Mangweth *et al* 2004; Wroblewska, 1997). Es decir, no todos los consumidores de dichas sustancias padecen o han padecido de Vigorexia, Anorexia Inversa o Trastorno Dismórfico Muscular.

El estudio del cuadro identifica otros trastornos asociados al desarrollo de la Vigorexia, tal es el caso de los trastornos obsesivos compulsivos que, bajo la forma de pensamientos intrusivos, influyen negativamente en el desarrollo de la autoestima del sujeto (Seleri Marques Assunção, 2002). Según Seleri Marques Assunção, los levantadores de pesas que no se encuentran identificados con el trastorno dedican 40 minutos al día preocupándose por el desarrollo de su musculatura, a diferencia de las 5 horas que dedican quienes sí están identificados con la Vigorexia, o Trastorno Dismórfico Muscular, a costa de su rendimiento académico y laboral. Los rituales, propios del Trastorno Obsesivo Compulsivo, guardarán relación con disminuir la ansiedad producida por la idea, convicción, en relación a la debilidad del cuerpo delgadoamente percibido; y tomarán la forma de ejercicio físico excesivo y consumo de esteroides anabolizantes (Abrinaga y Caracuel, 2003; Barlow y Durand, 2006; Seleri Marques Assunção, 2002).

Según una investigación desarrollada por Pope, Olivardia, Borowiecki y Geoffrey (Pope, Olivardia, Borowiecki y Geoffrey, 2004) el desarrollo de la Vigorexia se relaciona directamente con trastornos del estado del ánimo. Tal es el caso de Trastorno Depresivo Mayor y Trastornos Bipolares. Según la citada investigación el 58% de las personas afectadas por el trastorno desarrollaban al menos un Episodio Depresivo Mayor a lo largo de su vida, siendo el 20% del total de los voluntarios quienes cursaban con algún tipo de Trastorno Bipolar.

## 2.2 Vigorexia y Consumo de Sustancias

Como se ha mencionado anteriormente, la Vigorexia convive con el consumo de sustancias psicoactivas tanto de curso legal, bajo la forma de complejos vitamínicos por ejemplo, como también de curso ilegal, como los esteroides anabolizantes fuera de prescripción médica. Baile (Baile, 2005) agrupa a dichas sustancias bajo los siguientes grupos:

- Suplementos alimentarios compuestos fundamentalmente por proteínas extraídas del suero de la leche o del huevo (en algunos casos al 90% de concentración), en presentación en polvo, barritas o batidos.
- Complejos vitamínicos, a veces acompañados con minerales y electrolitos.
- Sustancias existentes en el propio organismo como la carnitina o la creatina, que favorecen el aumento del volumen muscular y/o hacen aprovechar al máximo la energía muscular.
- Esteroides anabolizantes. Productos farmacológicos utilizados para aumentar la masa muscular y perder grasa; su comercio y consumo fuera del sistema sanitario no está permitido.
- Hormonas del crecimiento humano.
- Diuréticos, insulina, cafeína.

Será importante definir en las páginas siguientes las distintas variables que participan en el consumo de éstas sustancias, en particular de los esteroides anabolizantes. En consecuencia las mismas se dedicaran a definir los niveles de participación en relación con la sustancia, las características propias de los esteroides anabolizantes, la historia del consumo de dichas sustancias, las motivaciones que llevan al consumo, las metas y objetivos buscados y alcanzados, como también de los efectos y consecuencias del consumo. De la misma manera, se buscará ilustrar sobre el perfil del consumidor a partir de los datos demográficos obtenidos en la revisión de investigaciones previamente realizadas en Escocia (Wroblewska, 1996), Australia (Peters, Copeland y Dillon, 1999) y Colombia (Restrepo, Valencia, Rodríguez y Gempeler, 2007).

### 2.2.1 Niveles de Participación

Como señalan Barlow y Durand “*el término sustancia alude a compuestos químicos que se ingieren y alteran el estado de ánimo o el comportamiento*” (Barlow y Durand, p.360, 2006). Los autores expanden

el concepto más allá de las sustancias de corte ilegal como la cocaína y la heroína, hacia sustancias de curso legal como el alcohol, el chocolate, la cafeína, etc. Lo que habrá que tener en cuenta es la relación que el individuo guarda con la sustancia en particular. Lo que permite introducir el concepto de *niveles de participación*. Los mismos se dividen entre consumo, intoxicación, abuso y dependencia, según la frecuencia, cantidad, tolerancia desarrollada, presencia de síndromes de abstinencia, afectación de las áreas académicas, laborales y de relación de la persona, etc.

**Consumo:** hace referencia a la ingestión de sustancias en cantidades moderadas, de modo que éstas no interfieran significativamente en el funcionamiento social, laboral, académico y demás áreas de la vida de relación del sujeto, devenido en consumidor.

**Intoxicación:** respuesta fisiológica como consecuencia de la ingestión de sustancias. Dependerá de la sustancia ingerida, la cantidad de la misma y la metabolización, propia a cada sujeto, que el organismo realice. La intoxicación será experimentada por el individuo bajo la forma de cambios en el estado de ánimo, pérdida de la habilidad motriz e impedimentos en el juicio.

**Abuso:** según el DSM IV-R (APA, 2002) el abuso de determinada sustancia se definirá a partir de la interferencia que la misma tenga en la vida del sujeto. De esta manera será abuso cuando la vida de relación, el desempeño académico y el rendimiento laboral se vean afectados. En sintonía, será considerado abuso cuando el sujeto se vea expuesto a situaciones de riesgo que atenten contra su propia vida (e.g., conducir un auto en estado de ebriedad) o de terceros. Los problemas legales derivados de la ingesta de determinada sustancia también serán considerados como consecuencia del abuso desde esta perspectiva.

**Dependencia:** la relación de dependencia con una sustancia es también conocida como adicción. La persona dependiente o adicta a una sustancia desarrolla necesariamente fenómenos de tolerancia y abstinencia frente a la misma. El primero de estos fenómenos alude a la necesidad de aumentar la dosis de la sustancia ingerida a fin de obtener el mismo resultado. De esta manera consumirá cantidades mayores de la droga para conseguir el mismo efecto. La abstinencia hace referencia a la respuesta física negativa, expresada a través de escalofríos, fiebre, diarrea, náuseas, vómitos, etc., como también en cambios del estado del ánimo, ira, irritabilidad, etc., a consecuencia de la privación del consumo de la sustancia con la que se guarda tan estrecha relación. Barlow y Durand señalan que una característica importante en los sujetos adictos son las *conductas de búsqueda*. Mediante las cuales el sujeto llega a realizar actos ajenos a su comportamiento cotidiano a fin de suministrarse el dinero necesario para sostener el consumo; o bien soportar condiciones extraordinarias con el objetivo de ingerir la sustancia (e.g., tolerar bajas temperaturas a fin de fumar un cigarrillo). Lo que hablaría de la dependencia psicológica que se guarda con la sustancia. (Barlow y Durand, 2006)

### 2.2.2 Esteroides Anabolizantes

Los esteroides anabolizantes, conocidos también bajo el nombre de anabólicos androgénicos, son productos derivados o sintetizados de la testosterona. La misma es producida naturalmente por los testículos y es el principal andrógeno del varón. Esta *“hormona regula la producción de espermatozoides y estimula el desarrollo y conservación de las características sexuales secundarias del hombre”* (Tortora y Grabowski, p.296, 2004). Posee dos funciones de suma importancia en el desarrollo adulto. La función androgénica se caracteriza por favorecer el desarrollo de los caracteres sexuales del hombre, entendiéndose por éstos la maduración de los genitales, el crecimiento del vello corporal, el agrandamiento de la laringe, entre otras; además de colaborar en la espermatogénesis y de regular el comportamiento sexual. Por su parte, la función anabolizante será aquella que, mediante la regulación del metabolismo de las grasas, participará en el desarrollo muscular (Pinel, 2001).

Hacia 1930 se sintetizaron los primeros derivados de la testosterona para uso medicinal (Baile, 2005; Peters, Copelad y Dillon, 1999; Wroblewska, 1997). Los mismos formaban parte de los tratamientos para cáncer de mama, déficit en el desarrollo (retraso en el desarrollo puberal en varones), anemia, etc. En la actualidad, se han sumado como indicación para tratar disfunciones sexuales, como la impotencia, síndrome de Turner en mujeres y las distrofias producidas por el SIDA, entre otras enfermedades. Pero no fue hasta la década del 50 que fueron utilizados por los deportistas como un método para desarrollar musculatura y ganar fuerza más allá de las posibilidades que el entrenamiento les aportaba. Según Wroblewka (Wroblewka, 1997), en las Olimpiadas de 1956 los esteroides anabolizantes eran utilizados por una considerable proporción de los atletas participantes, y no fue hasta los Juegos de Verano de 1976 que dichas sustancias fueron prohibidas por el Comité Olímpico Internacional.

En las últimas décadas, la utilización de esteroides anabolizantes se ha expandido hacia un sector de la población ajeno a la práctica deportiva (Baile, 2005; Peters, Copelad y Dillon, 1999; Wroblewska, 1997). Si en un primer momento el consumo se restringía a deportistas que buscaban superar su rendimiento físico, o culturistas (bodybuilders) quienes perseguía la meta de aumentar su musculatura, hoy en día el

consumo de esteroides anabolizantes se ha extendido hacia quienes buscan mejorar su apariencia física, y, principalmente en Estados Unidos, estudiantes secundarios que aspiran a obtener becas deportivas en las universidades más renombradas. Según una investigación publicada por la Universidad de New South Wales, en Sydney, Australia, (Peters, Copelad y Dillon, 1999) sobre un total de 100 participantes, dentro de los cuales el 94% eran hombres, el 61% consumía esteroides anabolizantes como medio para conseguir una mejora en su imagen física. El 22% era culturistas de competición, el 11% pertenecían al grupo de atletas de alto rendimiento y el 6% asociaban el consumo de dicha sustancia con las necesidades propias de su desarrollo laboral, tal es el caso de los guardias de seguridad, policías, bomberos, etc. En consecuencia, habrá que dividir a los consumidores entre aquellos quienes persiguen metas deportivas, atletas de alto rendimiento y culturistas de competición, y aquellos que buscan mejorar su apariencia física.

Según desarrolla Anna Wroblewska (Wroblewska, 1997), del Departamento de Psicología Clínica del Hospital Stobhill Trust en Glasgow, Escocia, existen motivaciones internas y motivaciones externas que conducen al consumo de esteroides anabolizantes por parte de varones jóvenes. Las primeras de ellas hacen referencia al cuerpo como fuente de identidad. Durante la adolescencia el joven formará una nueva identidad a partir de la aceptación positiva que reciba de su cuerpo desarrollado, a partir de las expectativas que ha alcanzado con él mismo y de la tolerancia de su entorno. En consecuencia, los varones con un desarrollo muscular pobre, o un retraso en el mismo, verán afectada la autoimagen que tengan de sí mismos e, inevitablemente, su autoestima. *“Se ha sugerido que los adolescentes varones de bajo peso (con bajo desarrollo muscular) poseen una imagen negativa de sí mismos al mismo tiempo que un desenvolvimiento social pobre” [It has been suggested that underweight males have a negative self-image and poor social adjustment]* (Wroblewska, p.230, 1997).

Las motivaciones externas, por su parte, guardan relación con la fijación social sobre los ganadores, los triunfadores y la apariencia física. La expectativa de la cultura es distinta para los dos géneros. Por un lado se espera, como ideal de belleza, una mujer delgada, mientras que en el varón la sociedad presiona sobre el desarrollo físico, y un cuerpo formado y musculado (Wroblewska, 1997). Los medios refuerzan este ideal de belleza a través de las publicidades, el cine, la televisión, y los contratos millonarios que los representantes de dicho modelo reciben a cambio de sostener estos cánones de belleza.

Es a consecuencia de la presión psicológica resultante de las motivaciones internas y externas que el individuo se encontrará seducido por la solución que los esteroides anabolizantes presentan. La posibilidad de adquirir el cuerpo deseado a corto plazo, la aceptación del otro significativo, la satisfacción percibida frente al cuerpo muscularmente trabajado, la aceptación del grupo de pares principalmente durante la adolescencia, la sensación subjetiva de bienestar, entre otras, pesarán más a la hora de contemplar los riesgos que conviven con dichas sustancias y los efectos secundarios de las mismas.

Existen dos formas principales de administración de la droga, vía oral e inyectables, y son también dos los programas que organizan el consumo. Las drogas administradas oralmente son la oximetolona, oxandrolona, metandrostenoilona y estanozolol. En cambio mediante la vía inyectable se consumen la nandrolona-decanoato, nandrolona-fenpropionato, testosterona cionato y baldonona undecilato. Los dos programas, por su parte, son conocidos bajo los nombres de *stacking* (apilamiento) y *pyramidal* (piramidal). El programa de apilamiento combina la utilización de dos o más fármacos diferentes según su vía de administración, oral e inyectable. Por su parte el programa piramidal refiere a una estrategia de administración donde el sujeto comienza utilizando pequeñas dosis de la sustancia, la cual irá aumentando paulatinamente durante un ciclo que comprende entre 4 y 12 semanas. Una vez completado el ciclo se realiza una pausa en el consumo de similar duración, para volver a comenzar el mismo con bajas dosis de la sustancia utilizada (Baile, 2005; Barlow y Durand, 2006; Wroblewska, 1997).

Los efectos producidos por los esteroides anabolizantes pueden dividirse en físicos, psicológicos, del estado de ánimo y la conducta, y efectos adversos o no deseados. Los efectos físicos, principal fuente de inspiración en el uso de dichas sustancias, son el aumento de la síntesis de proteínas que dará como resultado un crecimiento y desarrollo de la masa muscular del cuerpo, lo cual traerá una complicación. Si bien la masa muscular aumenta, los huesos y los tendones no se ven afectados por los esteroides, de modo que éstos pueden verse resentidos durante el proceso buscado. Otros efectos físicos se relacionan con el aumento del impulso sexual y un descenso en el umbral de tolerancia al dolor (Wroblewska, 1997). Por su parte, los efectos psicológicos se relacionan con un aumento de la agresión y un descenso en la tolerancia a la frustración. En situaciones de crisis agudas pueden hacer su entrada síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios. Al hablar de efectos en el estado de ánimo y la conducta, el abuso de esteroides anabolizantes puede llegar a producir hipomanía, euforia, irritabilidad, manía, etc. Y, durante los períodos de abstinencia pueden apreciarse síntomas depresivos.

La lista de efectos adversos, o no deseados, goza de una considerable extensión, y las investigaciones continúan aportando datos a la misma (Baile, 2005; Peters, Copelad y Dillon, 1999; Restrepo, Valencia,

Rodriguez y Gempeler, 2007; Wroblewska, 1997). En ambos sexos podemos identificar las siguientes consecuencias: dentro del ámbito cardiovascular se observa un aumento de la presión arterial, hipertrofia ventricular izquierda concéntrica, arteriosclerosis y vaso-espasmos; cáncer de hígado; acné; aumento del riesgo de contraer SIDA y/o Hepatitis B y/o C al compartir jeringas; infecciones en los lugares repetitivos de inyección; debilidad en los tendones; detención del crecimiento óseo; efectos psiquiátricos tales como: tendencias suicidas, manía, delirios, agresividad, etc.; en el hígado se observan hematomas, adenomas y adenocarcinomas; disminución del flujo urinario total; disminución del colesterol HDL.

Los efectos adversos en el hombre pueden resumirse de la siguiente manera: ginecomastia (desarrollo de las mamas); infertilidad; atrofia testicular; aumento del volumen prostático; aumento de la micción nocturna; calvicie, etc. Por su parte, la mujer manifestará: crecimiento del vello facial; hipertrofia del clítoris; redistribución de la grasa corporal hacia formas masculinas; reducción del tamaño de las mamas; pérdida de cabello; cambios en la voz, etc.

Desafortunadamente, informar a los individuos sobre los efectos no deseados del consumo sostenido en el tiempo de esteroides anabolizantes no es suficiente para prevenir el uso de los mismos. La expectativa de cambio es mayor a la posibilidad de contemplar los riesgos del consumo, y los usuarios de dichas sustancias tienen la tendencia de esperar que los efectos adversos emerjan antes de producir una detención en la autoadministración de la droga (Peters, Copelad y Dillon, 1999).

A partir de la ya mencionada investigación que realizaron Peters, Copeland y Dillon (Peters, Copelad y Dillon, 1999) de la Universidad de New South Wales, Australia, podemos comenzar a identificar el perfil del consumidor de esteroides anabolizantes. Sobre un total de 100 voluntarios (94 hombres y 6 mujeres) el 89% de los participantes era de origen australiano. La edad de los sujetos oscilaba entre los 18 y los 50 años, con una media de 27 años. Cerca de un tercio de la muestra (30%) se reconocía como homosexual o bisexual. Más de un tercio de la misma (35%) había completado o estaba cursando su formación universitaria, el 33% poseía título terciario de algún tipo y el 2% estaban actualmente completando su formación secundaria. La mayoría de la muestra (73%) tenía un trabajo de tiempo completo, siendo el 13% quienes desempeñaban sus responsabilidades laborales part-time, al tiempo que el 5% permanecía desocupado. El 38% de la muestra se desempeñaba laboralmente dentro del área gerencial, management y profesional, el 12% desarrollaba tareas administrativas, el 9% trabajos físicos y el 8% en ventas. Del total, el 42% afirmaba que la apariencia física era un aspecto fundamental en su desarrollo profesional. Es importante remarcar que la muestra poseía un ingreso superior a la media del resto de la población australiana, con solo el 27% que declarara un ingreso inferior a u\$ 19.800 por año y un 36% declaraba un ingreso mayor a u\$ 26.400 por año.

En referencia a la edad de inicio en el consumo de esteroides anabolizantes la media se ubicaba en los 25,1 años, con 3,6 años de uso en promedio. El 68% eran no fumadores. En lo que respecta al consumo de alcohol, el 21% no consumía alcohol en ninguna oportunidad, el 29% raramente consumía, con frecuencia mensual el 22%, semanalmente el 21% y el 1% reconocía un consumo diario de alcohol.

La investigación también identificó diferentes patrones en el uso de otras drogas (policonsumo) entre los heterosexuales y los homosexuales y bisexuales. En comparación con los heterosexuales, la población homosexual y bisexual de la muestra tenía una tendencia 10 veces mayor a la utilización de anfetaminas, 7 veces mayor al uso de cocaína, 15 veces mayor al consumo de éxtasis, 7 veces mayor en uso de la marihuana y 14 veces mayor en la utilización de inhalantes.

Los sujetos habían realizado entrenamiento físico entre 6 y 27 años, con una media de 5.8 años. Y previamente al consumo de esteroides anabolizantes, habían desarrollado actividad física con una media de 2 años.

En consecuencia, el consumo de esteroides anabolizantes parece dividirse entre aquellos quienes los utilizan con fines médicos (tratamientos para el cáncer de mama, retraso en el desarrollo puberal en varones, anemia, impotencia, síndrome de Turner, SIDA, etc.) y los consumidores ilegales. En éstos últimos, a su vez, se destacan dos grupos, los deportistas de alto rendimiento y los culturistas (bodybuilders) por un lado, y aquellos quienes persiguen metas estéticas por el otro. De una u otra manera, los consumidores ilegales de los esteroides anabolizantes parecen ubicarse en aquel sector de la sociedad que percibe mayores ingresos, que posee estabilidad laboral, como también niveles educativos superiores. El consumo sostenido en el tiempo de dichas sustancias no es sencillo de mantener económicamente. El gasto estimado anual per cápita hacia 1996 oscilaba entre los u\$ 90 y los u\$ 6780 en los Estados Unidos (Wroblewska, 1997). De tal manera, la problemática queda asociada a aquel sector de la población que es capaz de financiarla, ya que además habrá que tener en cuenta el gasto que se produce en indumentaria deportiva, accesorios y las cuotas de los gimnasios y clubes deportivos a los que asisten. El cuadro que nos reúne se esconde tras la fachada de una práctica saludable, donde el ejercicio físico es sinónimo de buena salud, donde las dietas restrictivas y los complementos proteínicos son cataliza-

dores de dicho proceso. Habrá que evaluar, llegado el momento, las áreas de desempeño social, laboral y académica del sujeto que se vean afectadas en cada caso en particular para contemplar el tipo de intervención necesaria. Como hemos mencionado con anterioridad, no necesariamente quien abuse de esteroides anabolizantes posee una distorsión de la imagen corporal que lo lleve a percibirse como débil y delgado. En la ya citada investigación de Peters, Copeland y Dillon (Peters, Copeland y Dillon, 1999) donde del 29% que se reconocía como pequeño y débil, solo uno, de los cien voluntarios, afirmó sentirse en condición física por debajo de la media.

### 2.2.3 Criterios Diagnósticos DSM-IV-R para la Dependencia de Sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

Una necesidad de cantidades marcadamente creciente de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

Abstinencia definida por cualquiera de los siguientes ítems:

El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo visitar varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

Reducción de actividades sociales, laborales, o recreativas importantes debido al consumo de la sustancia.

Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parezcan causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuar la ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

#### Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

- 0 Remisión total temprana
- 0 Remisión parcial temprana
- 0 Remisión total sostenida
- 0 Remisión parcial sostenida
- 2 En terapéutica con agonistas
- 1 En entorno controlado
- 4 Leve/moderada/grave

#### Especificar si:

**Con dependencia fisiológica:** signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo si se cumplen con cualquiera de los puntos 1 o 2).

**Sin dependencia fisiológica:** no hay signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo si no se cumplen los puntos 1 y 2).

(DSM-IV-R, APA, 2002)

### 2.3 Vigorexia y otros Trastornos relacionados

Distintos autores debaten acerca de ubicar a la Vigorexia dentro de los Trastornos Dismórficos (como un subtipo de éstos llamado Trastorno Dismórfico Muscular), dentro del espectro Obsesivo Compulsivo, o como un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Lo cierto es que la Vigorexia comparte manifestaciones clínicas con dichos cuadros, como también procesos psicológicos de base. Las siguientes páginas se dedicaran a contemplar las similitudes y diferencias entre las manifestaciones fenomenológicas del Complejo de Adonis y los Trastornos Somatomorfos, Obsesivo Compulsivo y de la Conducta Alimentaria, como de los procesos cognitivos que subyacen a tales expresiones clínicas.

### 2.3.1 Imagen corporal y compromiso masculino

En un primer momento, previo al desarrollo planteado, creemos oportuno reflexionar sobre el concepto de “distorsión de la imagen corporal”. En un trabajo del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Chile desarrollaron claramente cuál es la diferencia entre cuerpo y corporalidad. Mientras que “*cuerpo se define como una realidad objetiva que, a la manera de un objeto, posee una forma definida*” (Montenegro Medina, Ornstein Letelier y Tapia Ilabaca, p.166, 2006), la corporalidad hará referencia a la realidad subjetiva, al vivenciar del cuerpo. Mientras que uno, el cuerpo, representa la vida exterior (supeditada al desgaste del paso del tiempo), la corporalidad hace referencia al mundo interno del sujeto y “*no se limita al volumen del cuerpo, es capaz de extenderse e incluso tomar posesión de los objetos del espacio*” (Montenegro Medina, Ornstein Letelier y Tapia Ilabaca, p.166, 2006). La imagen corporal nos hablará de la representación interna que el sujeto posee del cuerpo, es decir, cómo subjetivamente aprecia y percibe al propio cuerpo. “*El modelo teórico que representa a las cosas sin serlas propiamente pertenece al orden de la imagen*” (Montenegro Medina, Ornstein Letelier y Tapia Ilabaca, p.167, 2006). En consecuencia será prácticamente improbable alcanzar una representación exacta de la imagen del cuerpo; ésta podrá aproximarse los más ajustadamente posible a la realidad. “*La autoimagen es un constructo a partir de la percepción de sí mismo, a lo que se agregan las atribuciones, explícitas o tácitas, de otros respecto de ese sí mismo*” (Montenegro Medina, Ornstein Letelier y Tapia Ilabaca, p.167, 2006).

De esta manera la imagen corporal estará compuesta por variables perceptivas, cognitivas-afectivas, y conductuales (Salaberria, Rodriguez y Cruz, 2007). Las variables perceptivas hacen referencia a la precisión con la que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, parcial o totalmente. Por su parte los aspectos cognitivo-afectivos serán las actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que se desprendan de la percepción de una parte o de la totalidad del cuerpo. Incorporando experiencias de placer, displacer, impotencia, rabia, aceptación, etc. En cuanto a las variables conductuales estas derivan de la percepción y los sentimientos asociados con el cuerpo. Serán, en consecuencia, conductas de evitación, exhibición, distintos tipos de rituales, etc.

*La percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico [...] la imagen corporal es el modo en que uno se percibe, imagina, siente, y actúa respecto a su propio cuerpo.*

*La imagen corporal va construyéndose evolutivamente. Así en las diferentes etapas de la vida vamos interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo [...] (Salaberria, Rodriguez y Cruz, p. 172, 2007).*

La alteración de la imagen corporal puede representarse en dos aspectos principalmente. Las alteraciones cognitivo-afectivas y las alteraciones perceptuales. Las primeras de ellas se desprenden de los sentimientos negativos que nuestro cuerpo nos despierta, insatisfacción con el cuerpo mismo. Las alteraciones perceptuales por su parte conducirán a la distorsión de la imagen corporal a partir de la inexactitud en que se estime el cuerpo, su tamaño y forma.

Desde una perspectiva fenomenológica, la alteración de la imagen corporal se expresa a través de cuatro niveles de síntomas (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007):

- Nivel psicofisiológico: todas las respuestas de activación propias del sistema nervioso simpático.
- Nivel conductual: en el presente nivel se incluyen las conductas de evitación, y los diferentes rituales dirigidos a reducir la carga afectiva producto de la distorsión de la imagen corporal.
- Nivel cognitivo: distorsiones perceptivas tales como la subestimación y la sobrevaloración del propio cuerpo, creencias irracionales, preocupación constante e intensa.
- Nivel emocional: bajo la forma de tristeza, insatisfacción, vergüenza, asco, etc.

Los estudios e investigaciones sobre distorsión de la imagen corporal, como sobre ideales irreales de la apariencia física (unrealistic body ideal), se concentraron principalmente en la descripción del vivenciar femenino (Pope, Hausmann, Mangweth *et al.*, 2004; Pope, Olivardía *et al.*, 2004). Afortunadamente, en los últimos años han aumentado la cantidad de trabajos en los que se busca conocer la versión masculina de los trastornos relacionados con la percepción de la imagen corporal, como con aquellos ideales inalcanzables en relación a la belleza del cuerpo. “*El hombre moderno tiende a estar insatisfecho con su propia apariencia física posiblemente porque la sociedad moderna y las presiones de los medios le han presentado constantemente un ideal irreal de la forma en que debería verse*” [Modern men tend to be dissatisfied with their own body appearance, possibly because modern societal and media pressures have constantly presented them with unrealistic ideal of what they should look like] (Pope, Olivardía *et al.*, p.114, 2004). Según se desprende de estos trabajos, los varones han jugado en su niñez con ideales de belleza inalcanzables. Así como las niñas se divertieron con las muñecas Barbie, los niños hicieron lo propio con los muñecos de G.I. Joe (Pope, Olivarida, Gruber & Borowiecki, 1999; Pope, Olivardía *et al.*, 2004).

En una investigación llevada a cabo por el equipo de Harrison Pope, del Hospital McLean, la Universidad de Harvard y la Universidad de Massachusetts, buscaron confirmar la hipótesis que planteaba que “*los muñecos de acción ilustrarían la evolución del ideal del cuerpo masculino en los Estados Unidos*” (*action toys would illustrate evolving ideals of male body image in the United States*) (Pope, Olivarida, Gruber & Borowiecki, p. 70, 1999). El presente trabajo se desarrolló a partir del estudio de las distintas líneas de muñecos que se sostuvieron en el mercado comercial por 20 años, o más, ubicándose entre los 10 más vendidos según la revista *playthings*. En la selección de las mismas buscaron limitarse a aquellos muñecos que representaran figuras masculinas humanas reales o de ficción, dejando fuera de la muestra figuras antropomórficas. Dentro de la selección final se destacaron dos líneas, la representada por los muñecos G. I. Joe desarrollados por la compañía Hasbro Toy desde 1964 y los muñecos de la Guerra de las Galaxias (Star Wars) manufacturados a partir de 1978 por la compañía Kenner Toy.

En referencia a los muñecos G. I. Joe el equipo de investigadores recogió muestras de productos comercializados en los años 1964, 1975, 1982, 1994 y 1998. La conclusión a la que arribaron, a partir del estudio comparativo de dichos muñecos, hacía referencia al aumento significativo que la línea presentaba en cuanto al desarrollo muscular, mostrándose los muñecos más definidos en cuanto se acercaban a la fecha de publicación del estudio. A modo ilustrativo, la muestra de 1964 no presentaba en su fisionomía los músculos abdominales marcados, detalle que era posible observar en los diseños de 1975 en adelante. Por su parte las figuras comercializadas a partir de 1994 presentaban un desarrollo muscular que era la viva imagen de cuerpo logrado por fisicoculturistas (bodybuilders) avanzados.

Una impresión similar se desprende del análisis de la línea Luke Skywalker y Hans Solo de la Guerra de las Galaxias (Star Wars). Con una muestra compuesta por diseños de 1978 y 1998, los investigadores arribaron a conclusiones similares. Con 20 años de diferencia, los muñecos comercializados en 1998 poseían un desarrollo muscular significativamente mayor a aquellos representantes del año 1978.

Los muñecos con los que juegan los niños no son los responsables directos de las expectativas que éstos generen en relación a su apariencia física. Pero sí forman parte de una cultura que alienta a los varones, principalmente en los Estados Unidos, a seguir ideales de belleza que en muchos casos van más allá de lo alcanzable con el entrenamiento físico ordinario. Desde la televisión, las historietas (comics), el cine, los juguetes, etc., los niños se ven influenciados hacia un modelo de ideal de belleza. El modelo físico que se desarrolla en la Vigorexia contempla una práctica deportiva constante en detrimento de distintas áreas de relación del sujeto, como también la utilización de esteroides anabolizantes y una alteración en la conducta alimentaria, como modo de aliviar la carga afectiva producto del pensamiento constante en la apariencia física.

En otro estudio desarrollado por Pope, Olivardía y colaboradores (Pope, Olivardía *et al.*, 2004) del Hospital McLean y la Escuela de Medicina de Harvard se realizó un trabajo en el que se describió la relación que existe entre la percepción de la imagen corporal y la musculatura, la autoestima, la depresión y los síntomas propios de desórdenes alimentarios en varones. La mencionada investigación partió, en un primer momento, del supuesto de un conjunto de hipótesis a demostrar:

Los hombres se perciben a sí mismos menos musculosos y más gordos de lo que realmente son.

Los hombres poseen un ideal corporal más musculoso y delgado en comparación con su cuerpo actual y a la imagen percibida de éste.

Los hombres suponen que las mujeres poseen un ideal corporal masculino significativamente más musculoso y delgado de lo que realmente ellas elegirían.

La musculatura y el peso corporal del ideal de belleza masculino elegido por los hombres, no difiere significativamente de lo que éstos suponen es el ideal femenino del cuerpo del hombre.

La musculatura y el peso corporal del ideal de belleza masculino elegido por los hombres, es significativamente más musculoso y más delgado de los que los hombres juzgan es el cuerpo del varón promedio para su misma edad.

La depresión está relacionada con el menosprecio muscular y la gordura exagerada.

Los desórdenes alimentarios están relacionados con el menosprecio muscular y la gordura exagerada.

La autoestima está relacionada con el menosprecio muscular y la gordura exagerada.

Se reclutaron un total de 154 voluntarios de entre 18 y 30 años, heterosexuales católicos (57%) y caucásicos (77%) en su mayoría. Los mismos pertenecían al área universitaria de Boston, Massachusetts. De la misma manera, se reclutaron 77 mujeres heterosexuales de entre 18 y 30 años, pertenecientes a la misma área geográfica, para poder comprar los datos aportados por los dos grupos (hombres y mujeres heterosexuales) sobre los ideales que cada uno de ellos poseía sobre el ideal del cuerpo masculino. Para la presente investigación se consignaron la altura, el peso y la grasa corporal de cada uno de los voluntarios, así como también se consignó la percepción de la propia imagen corporal en cada uno de

ellos. A los participantes se les formularon cuatro indicaciones luego de presentarles 100 dibujos que representaban 10 niveles de diferentes de desarrollo muscular y de grasa corporal: (a) Elige la imagen que mejor representa tu propio cuerpo (percepción de la imagen corporal); (b) Elige la imagen que representa el ideal corporal que desearías tener (imagen ideal); (c) Elige la imagen que mejor represente al cuerpo promedio de un varón de tu misma edad (imagen promedio); (d) Elige la imagen que represente el cuerpo más deseado por el sexo opuesto (ideal femenino del cuerpo masculino percibido).

Los resultados obtenidos pueden resumirse de la siguiente manera: los hombres tendían a percibirse más musculosos y ligeramente más gordos de lo que realmente son. El ideal corporal que eligieron era significativamente más musculoso y con menos grasa corporal que lo que era su cuerpo actual y su cuerpo percibido. El ideal femenino percibido, por parte de los participantes varones, en relación al cuerpo masculino era significativamente más musculoso que el ideal corporal masculino promulgado por las 77 participantes mujeres. El ideal elegido en relación a la media de los varones de su misma edad era más musculoso y delgado de lo que realmente era.

En cuanto a la relación entre la percepción de la imagen corporal y la autoestima, esta última se veía afectada por las diferentes variables resultantes de la insatisfacción que se guardaba con la percepción negativa de la imagen del propio cuerpo: menosprecio muscular, insatisfacción corporal, insatisfacción con la proporción del propio cuerpo, sentimientos de no estar en forma, insatisfacción con el propio cuerpo en general. Según se desprendió del análisis de los datos, para los hombres era de mayor relevancia la relación que existe entre su cuerpo y el desarrollo muscular, que aquella existente entre su cuerpo y la grasa corporal.

En la presente investigación sólo el 27% de los participantes admitió utilizar suplementos alimentarios y drogas de curso ilegal, tales como la creatina, efedrina y esteroides anabolizantes, con el objetivo de perder peso y/o desarrollar musculatura con el fin de mejorar su imagen corporal.

Para sorpresa de los investigadores, y contradiciendo la hipótesis que planteaba que *Los hombres se perciben a sí mismos menos musculosos y más gordos de lo que realmente son*, los datos analizados concluyeron que los voluntarios respondieron percibirse más musculosos de lo que realmente eran, aunque coincidiendo con la hipótesis planteada en cuanto a encontrarse más gordos de lo que realmente estaban. Según los mismos datos, el ideal corporal propuesto por los voluntarios poseía 25 libras (11,3 kg) más de masa muscular y 8 libras (3,6 kg) menos de grasa corporal que su cuerpo actual. En cuanto al ideal femenino percibido, según los voluntarios las mujeres preferían un cuerpo masculino con mayor musculatura y más atlético al ideal femenino construido a partir de las respuestas aportadas por las 77 voluntarias.

Como se ha mencionado anteriormente, en lo que respecta a la autoestima, esta guardaba una estrecha relación con la imagen corporal percibida y las variables de insatisfacción resultantes de una percepción negativa del propio cuerpo (menosprecio muscular, insatisfacción corporal, insatisfacción con la proporción del propio cuerpo, sentimientos de no estar en forma, insatisfacción con el propio cuerpo en general). No estaba claro, según los autores, si una autoestima elevada tendía a percibir a un cuerpo con más desarrollo muscular que el realmente poseía, o si, por el contrario, percibirse a uno mismo con un cuerpo desarrollado aumentaba la autoestima. Aún así, concluyen en que tanto la autoestima, como el autoconcepto, se relacionaban más con la satisfacción resultante del desarrollo muscular que con el grado de aumento y pérdida de peso en varones.

Según señala el equipo de investigadores de la Universidad de Harvard, el aumento en la insatisfacción de la imagen corporal que presenta la población masculina (como resultado de las presiones sociales y de los medios masivos de comunicación) lleva a éstos a contemplar un ideal irreal de lo que debería ser el propio cuerpo. Como consecuencia de ello se aprecian efectos indeseables en la salud de la población bajo la forma de aumento en las prácticas quirúrgicas cosméticas, trastornos de la alimentación, trastornos ortopédicos (a causa del exceso de la práctica deportiva), abuso de esteroides anabolizantes y demás drogas psicoactivas de curso ilegal, etc. De todas maneras, dichos cuadros pueden pasar desapercibidamente frente a nuestros ojos, ya sea por suponer una práctica saludable o por temor, por parte de quien padece dichos síntomas, de ser rotulado socialmente como *femenino* u *homosexual* (Olivardía, Pope *et al.*, 2004).

[...] además de la compulsión por lograr niveles imaginados y deseados de mayor masa muscular y masa magra, los pacientes suelen verse interferidos severamente en su funcionamiento social, aislarse para evitar exponerse al escrutinio de la mirada y la crítica respecto de su apariencia física y terminar presentando algún nivel de depresión asociada (Restrepo, Valencia, Rodríguez y Gempeler, p. 156, 2007).

La escasa literatura científica existente sobre insatisfacción de la imagen corporal en hombres, tendía a suponer que la población de varones homosexuales era más susceptible de verse negativamente afectado frente a la imagen que el espejo les devuelve del propio cuerpo, que la población de varones

heterosexuales. Es decir, hasta hace no mucho tiempo se tendía a pensar que los homosexuales varones eran más propensos a la hora de sufrir insatisfacciones con respecto a la apariencia física.

En una investigación desarrollada conjuntamente entre la Universidad de Harvard (Estados Unidos) y la Universidad de Innsbruck (Austria) (Pope, Hausmann, Mangweth *et al.*, 2004) se analizaron datos pertenecientes a 2 grupos de varones heterosexuales, un grupo de estudiantes universitarios y una muestra de una determinada población clínica, para poder compararlos con un grupo de homosexuales reclutados en la comunidad. La investigación propiamente dicha se llevó a cabo en Austria, y buscó responder la pregunta acerca de la supuesta diferencia que presentan los homosexuales varones y los heterosexuales varones a la hora de sentirse satisfechos, o no, con la propia imagen corporal. La hipótesis de base que condujo el presente trabajo afirmaba que los homosexuales varones difieren de los heterosexuales varones tanto en la percepción de la imagen corporal (sobreestimando la grasa corporal y desvalorizando la musculatura), como también en el ideal corporal deseado (siendo éste más delgado y muscularmente desarrollado entre quienes eligen compañeros sexuales del propio género). Es decir, los homosexuales varones, según dicha hipótesis, perciben su cuerpo más gordo y con menor musculatura, y poseen un ideal corporal más atlético y delgado que el ideal propio de los varones heterosexuales.

Fueron reclutados 37 varones homosexuales, a partir de los 18 años, en la comunidad de Innsbruck, Austria. Los datos aportados por dichos voluntarios fueron comparados, en un primer momento, con una muestra de 24 varones heterosexuales de la población clínica del Departamento de Enfermedades Psicosomáticas del Hospital de la Universidad de Innsbruck previamente seleccionada (14 de ellos con Anorexia Nerviosa y 10 con Bulimia Nerviosa). En un segundo momento, fueron comparados con un tercer grupo de participantes compuesto por 49 heterosexuales varones estudiantes universitarios de la misma región. Los 3 grupos eran similares en edad, con una media de 28,2 años para el grupo de homosexuales, 28,6 representaba la media de la muestra clínica con trastornos de la alimentación (heterosexuales) y el grupo de heterosexuales estudiantes universitarios con 27,2 años en promedio. En comparación con los otros dos grupos, los participantes con trastornos de la alimentación eran considerablemente más delgados y menos desarrollados muscularmente, y con una marcada distorsión de la imagen corporal. Por lo tanto, los otros dos grupos restantes no diferían significativamente en cuanto a talla, peso y desarrollo muscular.

Como en la investigación previamente mencionada, se consignó la altura, el peso y la grasa corporal de cada uno de los voluntarios, y, repitiendo la experiencia llevada a cabo en Boston, se le presentaron 100 imágenes distintas con 10 niveles diferentes de desarrollo muscular y de grasa corporal a cada uno de los participantes. Una vez terminada dicha presentación se consultó sobre cuál de aquellas imágenes representaba mejor (a) su propio cuerpo, (b) el cuerpo ideal que le gustaría tener, (c) el cuerpo promedio de un hombre de su edad, y (d) cuál es el cuerpo que más despierta interés en otro hombre (en el caso de los voluntarios homosexuales) y cuál es el cuerpo que más despierta interés en una mujer (en el caso de los participantes heterosexuales).

Frente a la hipótesis planteada de antemano, los investigadores encontraron que el grupo de homosexuales no presentaba una diferencia significativa con el grupo de heterosexuales seleccionados dentro de la población de estudiantes universitarios, en referencia a la percepción del propio cuerpo. De la misma manera, tampoco lo hacían frente al ideal corporal. Si bien los homosexuales aspiraban a poseer un cuerpo más delgado y muscularmente desarrollado del que poseían, a la hora de definir un ideal lo hacían en sintonía con lo expresado por el grupo de voluntarios dentro de la población universitaria (Pope, Hausmann, Mangweth *et al.*, 2004).

A partir de las citadas investigaciones podemos concluir que no es privativo de la orientación sexual el peso que la sociedad y los medios masivos de comunicación imponen sobre los hombros de los varones. Como sucede con las mujeres, los hombres se ven ante la posición de cumplir con modelos corporales de éxito, que en éste caso supone un aspecto atlético y delgado a niveles inalcanzables. Desde pequeños los niños juegan con muñecos que presentan un desarrollo muscular que ellos difícilmente alcanzarán en estadios superiores de desarrollo, y, en consecuencia, las expectativas sociales hacia su propio vivir físico se verán sobreexigidas, conduciéndolos hacia una distorsión de la propia imagen corporal (Montenegro Medina, Ornstein Letelier y Tapia Ilabaca, 2006; Pope, Hausmann, Mangweth *et al.* 2004; Pope, Olivardía *et al.*, 2004).

### 2.3.2 Vigorexia y Anorexia Nerviosa

La relación entre los trastornos del estado del ánimo y de la conducta alimentaria, como también de síntomas obsesivo compulsivos con la percepción y distorsión de la imagen corporal, llevó a pensar en un primer momento a la Vigorexia como el correlato masculino de la Anorexia Nerviosa (observada mayoritariamente en mujeres) (Baile, 2005; Pope, Olivardía, *et al.* 2004). Se observaron en el Complejo de Adonis conductas, expectativas y rituales similares y complementarios a la expresión fenomenológica del cuadro restrictivo.

Tanto en la Vigorexia como en la Anorexia Nerviosa, la sobrevaloración del cuerpo actúa como factor común. Quienes se vean afectados por cualquiera de los dos cuadros no tendrán reparo en argumentar que un cuerpo bello, acorde a las expectativas sociales, es sinónimo de popularidad y éxito (Abrinaga y Caracuel, 2003; Baile, 2005; Barlow y Durand, 2006; Pope, Olivardia *et al.*, 2004; Pinel, 2001; Vallejo Ruiloba, 1991). Las presiones sociales llevan a las mujeres a sostener el estandarte de la delgadez, mientras que los varones irán en búsqueda del desarrollo muscular en ausencia de grasa corporal. Los modelos presentados desde pequeños, bajo la forma de muñecas Barbie o muñecos G. I. Joe, en conjunto con aquellos sostenidos a lo largo del tiempo por los medios masivos de comunicación, refuerzan incansablemente ideales de belleza utópicos.

La Anorexia Nerviosa se caracteriza por un “*temor morboso a subir de peso y perder el control en la forma de comer*” (Barlow y Durand, p.264, 2006). La fuerza de las expectativas de la cultura sobre quien padece un cuadro de Anorexia Nerviosa es tan fuerte que logra vencer al hambre; privándola de la ingesta de comida hasta alcanzar niveles tan bajos en el peso corporal que ponen en riesgo la vida de la persona. Como se ha mencionado anteriormente, el peso que la sociedad occidental impone al cuerpo lleva a que el sujeto sienta como propia la necesidad de acceder a un ideal impuesto de belleza corporal que en general es inalcanzable. Según se desprende de diferentes desarrollos teóricos (Barlow y Durand, 2006; Pinel, 2001; Vallejo Ruiloba, 1991), la Anorexia Nerviosa es un cuadro que se expresa mayoritariamente en sectores medio-altos y altos de la sociedad occidental, ambientes competitivos donde la felicidad, la valía personal y el éxito “*están determinados por las medidas corporales y el porcentaje de grasa en el cuerpo*” (Barlow y Durand, p.270, 2006). Como se puede apreciar, estas afirmaciones son similares a lo que anteriormente hemos desarrollado en cuanto al consumo de esteroides anabolizantes y la percepción y la alteración de la imagen corporal en hombres.

No podemos pensar el desarrollo de un trastorno como la Anorexia Nerviosa, o la Vigorexia, sólo desde un punto de vista etiopatogénico sin caer en un reduccionismo. “[...] *los estudios epidemiológicos, genéticos, neuroquímicos, psicopatológicos, sociogenéticos, etc., realizados en las últimas dos décadas, han permitido comprobar que las formulaciones biologicistas, psicodinámicas o sociogenéticas no pueden explicar de forma aislada el inicio, el desarrollo y la perpetuación del proceso*” (Vallejo Ruiloba, p.279, 1991). Toro (citado en Vallejo Ruiloba, 1991) propone pensar la aparición del cuadro desde la interacción de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. Según menciona el autor, los diferentes factores son:

**Factores Predisponentes:** Factores genéticos; Edad 13 – 20 años; Sexo Femenino; Trastorno afectivo; Introversión/inestabilidad; Obesidad; Nivel social medio-alto; Familiares con trastorno afectivo; Familiares con adicciones; Familiares con trastornos de la ingesta; Obesidad materna; Valores estéticos dominantes.

**Factores Precipitantes:** Cambios corporales adolescentes; Separaciones y pérdidas; Rupturas conyugales del padre; Contactos sexuales; Incremento rápido de peso; Críticas sobre el cuerpo; Enfermedad adelgazante; Incremento de la actividad física; Acontecimientos Vitales.

**Factores de Mantenimiento:** Consecuencia de la inanición; Interacción familiar; Cogniciones anoréxicas; Aislamiento social; Actividad física excesiva; Iatrogenia.

A partir de lo recientemente expuesto, Baile (Baile, 2005) propone reflexionar como se aplicaría el mismo esquema en el contexto de la Vigorexia. De tal manera, respeta el modelo propuesto por Toro, en cuanto a los factores que interactúan en el desarrollo y mantenimiento del cuadro:

**Factores Predisponentes:** Ser hombre entre 18 y 35 años; Vivir en una sociedad de culto al cuerpo: el hombre es bello si está delgado y musculad; Tendencias obsesivas compulsivas; Tendencias adictivas; Experiencias negativas con el cuerpo o apariencia, por su escaso tamaño o fuerza; Baja autoestima.

**Factores Precipitantes:** Experiencia traumática estresante relacionada con el cuerpo; Consumo de ciertas sustancias.

**Factores de Mantenimiento:** Refuerzo y reconocimiento social por esfuerzo-voluntad; Evitación de sensaciones negativas por la imagen corporal; Escape de los pensamientos obsesivos; Reducción de ansiedad por la necesidad compulsiva de hacer ejercicio; Ambiente social favorecedor; Sub-cultura del culturismo.

Tanto en la Anorexia Nerviosa como en la Vigorexia, el sujeto buscará tener control sobre su cuerpo hasta que la imagen que le devuelva el espejo se asemeje a la representación que él mismo tenga del ideal de belleza. Por lo que los dos cuadros están caracterizados por una alteración de la imagen corporal en la que los supuestos logros (alcanzados con dietas restrictivas, purgas, prácticas deportivas, consumo de diuréticos, laxantes, etc.) sean insuficientes e imperceptibles para ellos mismos. La Anorexia Nerviosa expresa la distorsión de la imagen corporal impidiendo que se aprecie al delgadez extrema alcanzada, por su parte la Vigorexia no permitirá que el sujeto aprecie el desarrollo muscular obtenido a causa de la práctica deportiva.

En el caso de la Anorexia Nerviosa, el sujeto tiene un intenso temor a la obesidad (APA, 2002; Barlow y Durand, 2006) por lo que buscará permanecer delgado a toda costa. El cuadro comienza a expresarse en un primer momento restringiendo aquellos alimentos que engorden (hidratos de carbono y grasas) de la dieta diaria. Paulatinamente, esta restricción va migrando hacia la totalidad de las comidas logrando vencer al hambre, si bien *“pueden aparecer episodios de descontrol bulímico que las culpabilizan y que pueden ir seguidos o no de vómitos autoinducidos, y característicamente de una intensificación de las medidas restrictivas”* (Vallejo Ruiloba, p.283, 1991). Secundario al cuadro alimentario, quienes padecen de Anorexia Nerviosa (en su mayoría mujeres a partir de los 13 años) incrementan su actividad académica y laboral a modo de estrategia cognitiva para evitar rumear durante todo el día la problemática del hambre, como también para mantener fuera del centro de la escena familiar la conducta alimentaria alterada. La práctica deportiva se desarrolla como complemento punitivo en el trastorno. La ingesta de determinado alimento prohibido será seguida inmediatamente con una rutina deportiva a fin de evitar la temida repercusión en el cuerpo de las propiedades de dicho alimento. Se verá afectada el área social del sujeto, ya que éste evitará toda situación donde pueda ser blanco de comentarios a causa de su sobrepeso temido, o su delgadez percibida. Por lo que llegarán tardes a las reuniones sociales afirmando ya haberse alimentado. El cuadro se desarrolla bajo una estricta rutina a fin lograr vencer al hambre. El día estará bien repartido en actividades y siempre habrá algo para hacer. Es notable la rigidez que presentan quienes padecen de Anorexia Nerviosa, rigidez que se expresa en altos grados de irritabilidad. En todos los casos, el trastorno está caracterizado por un temor extremo a la obesidad y una sobre valoración de los cánones de belleza socialmente impuestos, bajo la forma de delgadez. (Barlow y Durand, 2006; Vallejo Ruiloba, 1991).

En la Vigorexia, el temor central pasa por carecer del desarrollo muscular apropiado y no poseer la fuerza, o vigor, resultante de dicho desarrollo muscular. Razón por la cual el cuadro quedaría excluido de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, ya que no es la alimentación necesariamente lo que se ve afectado. Es decir, no es la alteración de la conducta alimentaria el signo patognomónico de la Vigorexia. Frente a la percepción subjetiva de la imagen corporal, quien padece de un cuadro de Vigorexia desplegará todas las estrategias posibles para enfrentar la distorsión cognitiva existente entre el cuerpo que se posee y aquel que se desea. La práctica deportiva será la primera opción, a la que se le agregarán distintos catalizadores que agilicen el proceso. Estos mismos, como ya hemos visto, aparecen bajo la forma de esteroides anabolizantes, complejos vitamínicos, y dietas restrictivas (grasas principalmente). Como se puede apreciar, a diferencia de la Anorexia Nerviosa, el interés hacia la comida es de orden secundario, donde ésta sirve principalmente como complemento de la práctica deportiva. En la Anorexia Nerviosa, la práctica deportiva es el complemento punitivo del trastorno de la conducta alimentaria (Baile, 2005; Barlow y Durand, 2006).

Hay que admitir que existen signos comunes en ambos trastornos. Principalmente en ambos cuadros se comparte una sobrevaloración del ideal de belleza que identifica al hombre como muscularmente desarrollado y a la mujer delgada en cada uno de ellos. En ambos casos, quienes padecen dichos cuadros no logran percibir su cuerpo de manera ajustada a la realidad, infravalorándose en relación al ideal de belleza. Es así que la mujer con Anorexia Nerviosa nunca será lo suficientemente delgada para ella misma, como el varón con Vigorexia nunca afirmará estar lo suficientemente musculado. También será evidente el deterioro social producido por la idea intrusiva en referencia al ideal de belleza. Las actividades sociales donde se crea que su discapacidad pueda ser apreciada serán evitadas, y la práctica deportiva en la Vigorexia, como la conducta alimentaria en la anorexia, serán el eje principal por donde gire su vida de relación (Baile, 2005; Barlow y Durand, 2006; Vallejo Ruiloba, 1991). El centro de su vida pasará por buscar achicar la brecha que existe entre el cuerpo del espejo, y el cuerpo del ideal.

### 2.3.2.1 Criterios Diagnósticos DSM-IV-R para la Anorexia Nerviosa

Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación, o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo

**Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a co-

milonas o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

**Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a comilonas o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). (DSM-IV-TR, APA 2002)

### 2.3.3 Vigorexia y TOC

Así como se relacionó a la Vigorexia con la Anorexia Nerviosa, ésta también ha sido pensada en relación al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), principalmente por el vínculo directo que existe entre la convicción constante de no poseer el cuerpo deseado y la práctica deportiva, y sus complementos, a fin de disminuir la carga afectiva de dicha convicción. De la misma manera que quienes padecen un TOC, las personas que cursan un cuadro de Vigorexia no pueden escapar de las ideas y pensamientos en relación a su imagen corporal, y están constantemente atendiéndolas ya sea evitando comer determinado alimento por que interfiere con su dieta, o quitándole tiempo a sus áreas de relación, académicas y laborales para aumentar su frecuencia deportiva en los gimnasios.

*A los vigoréxicos les invaden pensamientos obsesivos y recurrentes sobre su imagen, su escasa musculatura y sobre qué deberían hacer para mejorarla, y estos sujetos se lanzan de forma compulsiva a realizar ejercicio físico para compensar ese defecto de su cuerpo, que es la falta de suficiente tamaño muscular (Baile, p.52, 2005).*

Según indican Barlow y Durand *“las obsesiones son pensamientos, imágenes o necesidades intrusivas y generalmente sin sentido a los que el individuo trata de resistirse o intenta eliminar. Las compulsiones son los pensamientos o las acciones utilizadas para suprimir las obsesiones y que proporcionan alivio”* (Barlow y Durand, p.151, 2006). En cuanto a la Vigorexia, serán obsesiones todos los pensamientos constantes de los que el sujeto no pueda desentenderse y le provoquen malestar significativo, estos guardan relación con la percepción de su imagen corporal y la falta subjetiva de desarrollo muscular. Las obsesiones son ideas que siguen al sujeto cual sombra, más allá de los intentos de éste por desprenderse de ellas. Como se ha mencionado anteriormente, quienes se encuentran invadidos por las obsesiones propias de la Vigorexia llegan a dedicar 5 horas diarias al pensamiento sobre su estado muscular en detrimento de sus áreas académicas, laboral y de relación (Seleri Marques Assunção, 2002). Las compulsiones que intentarán disminuir el sufrimiento producido por las ideas intrusivas se representan bajo la forma de una práctica deportiva excesiva, una alimentación restrictiva, y la utilización de sustancias psicoactivas de curso ilegal, como también bajo la forma de la rumiación mental de nuevas estrategias para ganar desarrollo muscular. Es decir, el objetivo principal de la conducta estará dirigido a disminuir el malestar producto de las ideas, tal como ocurre en el TOC (Baile, 2005; Barlow y Durand, 2006; Vallejo Ruiloba, 1991).

Las obsesiones más frecuentes, en el TOC, son aquellas cuyo contenido guarda relación con la contaminación, los impulsos agresivos, el contenido sexual, las preocupaciones somáticas y la necesidad de simetría. Por su parte la mayoría de los pacientes que cursan con un TOC presentan compulsiones bajo la forma de rituales de lavado, limpieza o revisión, dividiéndose entre *cleaners* (limpiadores) y los *checkers* (controladores) (Barlow y Durand, 2006).

Según se desprende de los criterios diagnósticos del DSM-IV-R (APA, 2002) quien cursa un cuadro de TOC por lo general reconoce lo irracional de la idea intrusiva, de la misma manera que la pobre relación que existe entre ésta y el ritual que tiende aliviar el malestar, *“las compulsiones a menudo son mágicas en el sentido de que muchas veces no guardan relación lógica con la obsesión”* (Barlow y Durand, p.152, 2006). En la Vigorexia no se reconoce bajo ningún punto de vista lo irracional de la convicción. Tanto la percepción de la imagen corporal deficiente, como la sobre valoración de un modelo de belleza impuesto por la cultura, son vividos como datos objetivos y reales, que no presentan lugar para segundas lecturas (Baile, 2005; Barlow y Durand, 2006; Pope, Olivardia et al 2004; Worblewska, 1997).

#### 2.3.3.1 Criterios Diagnósticos DSM-IV-R para el Trastorno Obsesivo Compulsivo

Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

Pensamientos impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusivos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

*Las compulsiones se definen por 1 y 2:*

Comportamientos (por ejemplo lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (por ejemplo rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. **NOTA:** este punto no es aplicable a los niños.

Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de una hora por día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (por ejemplo, preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una enfermedad grave en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

El trastorno no se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

*Especificar si:*

**Con poca conciencia de enfermedad:** si durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. (DSM-IV-R, APA, 2002)

### 2.3.3.2 Vigorexia y Fenómenos Obsesivos

Dentro de la clasificación propuesta por Costa (citado en Vallejo Ruiloba, 1991) se destacan diferentes grados del compromiso en los trastornos obsesivos. Es así que el autor distingue entre:

**Fenómenos obsesivos de la normalidad:** propios de circunstancias especiales de la vida. Tales expresiones, como repetir frases, contar objetos, etc., desaparecen frente al agotamiento, el conflicto o la situación de tensión que los origina.

**Personalidad obsesiva:** se ocupa de describir rasgos de personalidad obsesiva más que manifestaciones clínicas aisladas y/o circunscriptas.

**Neurosis obsesiva:** "...se inicia generalmente en la infancia y se caracteriza por su origen psicogénico [...], la benignidad sintomática y la conservación de gran parte de la personalidad, lo cual permite al sujeto mantener una aceptable adaptación familiar y social" (Vallejo Ruiloba, p. 390, 1991)

**Enfermedad obsesiva:** de mayor compromiso en la vida del sujeto, presenta una considerable gravedad clínica con repercusiones en la vida social y laboral, restringiendo a la persona es sus ámbitos laborales y sociales.

**Síntomas obsesivos:** en este caso los síntomas se presentan secundarios a otra enfermedad psiquiátrica, como en la depresión y la esquizofrenia por ejemplo, o enfermedad neurológica, tal es el caso de la enfermedad de Gilles de la Tourette, encefalitis, demencias, etc. (Vallejo Ruiloba, 1991)

En caso de la enfermedad obsesiva, la vida del sujeto se encuentra restringida como consecuencia de la gravedad de los síntomas de la enfermedad propiamente dicha, por lo que estaremos hablando de un trastorno primario donde la persona manifiesta fenomenológicamente las expresiones clínicas propias del cuadro. De tal manera, la Vigorexia sería el nombre que reciben tales manifestaciones clínicas enmarcadas dentro de un espectro obsesivo. Un síndrome vigorexico que reuniría determinadas expresiones clínicas de la enfermedad obsesiva. Por su parte, los síntomas obsesivos que se presentan secundariamente permiten pensar que dicho síndrome vigorexico no sería más que la forma particular que tiene para manifestarse otro cuadro clínico de base. De esta manera las expresiones no manifestarían un cuadro obsesivo sino que representarían otra condición clínica. En el contexto que aquí nos reúne, diferentes autores (Abrinaga y Caracuel, 2003; Baile, 2005; Baile, Monroy Martines *et al*, 2005; Leone, Sedory y Gray, 2005; Pope, Olivardia, Borowiecki y Geoffrey, 2004; Restrepo, Valencia, Rodríguez y Gempeler, 2007) se animan a pensar que la Vigorexia pertenece a un subtipo de Dismorfia Corporal, dentro de los Trastornos Somatoformes, llamado Trastorno Dismórfico Muscular, el cual posee una modalidad obsesiva en su expresión clínica.

### 2.3.4 Vigorexia y TDC

Según los define Vallejo Ruiloba, los Trastornos Somatoformes son *“síndromes clínicos con entidad nosológica propia, que parecen ligados a factores o conflictos psicológicos más que a estados psicopatológicos y que no se explican por los hallazgos biológicos objetivos”* (Vallejo Ruiloba, p. 522, 1991). Es decir, no se presentan evidencias médicas identificables frente al malestar que denuncia el sujeto.

En la actualidad el DSM-IV-R (APA, 2002) identifica 7 trastornos somatoformes entre los que se encuentran la Hipocondría, Trastorno Somatomorfo Indiferenciado, el Trastorno de Somatización, el Trastorno de Conversión, el Trastorno de Dolor, Trastorno Somatomorfo no Especificado y el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). Es el último de ellos quien concentrará nuestra atención, ya que, según se ha mencionado, existe un gran consenso a la hora de considerar a la Vigorexia como un subtipo del mismo.

La preocupación constante por algún defecto inexistente en la apariencia física, cuando en realidad se presenta un aspecto físico normal, es la principal característica del TDC. En consecuencia la persona estará constantemente preocupada por un detalle de su cuerpo que aprecia como anormal y le impide relacionarse con los demás por miedo de que éstos lo juzguen a causa de su supuesta diferencia. Ya sea el tamaño de sus orejas, lo pronunciado de su nariz o un pene, o senos, pequeños, tal percepción inadecuada no le permitirá desarrollarse normalmente y afectará sus áreas de relación, académica y laboral. A causa de esta constante preocupación, los sujetos afectados adquieren una fijación por los espejos a modo de control sobre su deficiencia apreciada. Buscarán cambios en la misma durante todo el tiempo. Pasar frente a un espejo será oportunidad obligada para revisar el estado de su supuesta deformidad. Por el contrario, habrá quienes desarrollen una fobia a los mismos con el fin de evitar el reflejo de aquello que les produce malestar. El defecto físico funcionará como idea de referencia, es decir, será el origen de todos sus pesares. Todo pase en suerte en la vida de la persona será a causa de su defecto imaginario, ya sea por rechazo o compasión (Barlow y Durand, 2006).

A causa del aparente origen físico, los sujetos con TDC buscarán al profesional de la salud relacionado con el sector del cuerpo comprometido, siendo muy frecuente la visita al cirujano plástico. Quienes se ven afectados por el TDC poseen un alto índice tentativas de suicidio, entre el 21% y el 29%, como también un grado de estrés y sufrimiento psicológico superior a pacientes con depresión, diabetes o con recientes ataques cardíacos (Barlow y Durand, 2006).

La preocupación constante de poseer un defecto físico, como de poseer deformaciones de carácter imaginario, interfieren en la vida psíquica del sujeto como una verdadera obsesión. La persona no podrá escapar de la convicción de que su vida social, laboral o académica sería muy diferente de no contar con tal deformación. La intrusión de la idea nimia deteriorará el desarrollo del sujeto y lo conducirá a desplegar rituales con el fin de reducir la carga afectiva producto de la idea en sí. Estos rituales guardarán una relación directa con el sector del cuerpo percibido como inapropiado. Como describe Phillips y colaboradores (Citado en Barlow y Durand, 2006) las principales preocupaciones que se aprecian entre quienes desarrollan un TDC se relacionan con el cabello, la nariz, la piel, los ojos, el rostro, la estructura ósea, los labios, el mentón, la cintura, los dientes, las piernas, los pechos y músculos pectorales, las orejas, etc.

Son los determinantes sociales y culturales los que definen que es inapropiado, como también, como hemos visto, que es bello y cuáles serán los ideales de belleza a perseguir. A través de distintos canales de comunicación, el cine, la televisión, los juguetes de los niños, las historietas (comics), etc., la cultura formará expectativas en el vivenciar del cuerpo de cada individuo desde muy temprana edad. En relación con el estandarte que la cultura sostenga como modelo de belleza, la persona buscará identificar qué aspectos de su composición física lo separan del ideal y en consecuencia de lo que la cultura espera de sí.

Si bien la Vigorexia como un subtipo del TDC goza de gran aceptación en la comunidad científica, aún no ha sido incorporada como tal por el principal manual estadístico y diagnóstico de referencia en las investigaciones desarrolladas sobre el tema. Es decir, al día de la fecha el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* en su cuarta edición no cuenta con el Trastorno Dismórfico Muscular entre los Trastornos Somatoformes. En la revisión del mismo realizada en el año 2002 dentro de *“la información que se acompaña a los criterios diagnósticos del TDC, se recogen como síntomas y trastornos asociados, los problemas con la visión de la masa muscular que tienen ciertos deportistas, información que hasta ahora no había sido incluida”* (Baile, p.51, 2005).

La percepción de un cuerpo escasamente musculado cuando en realidad se posee un aspecto atlético y desarrollado, llevará al sujeto a la implementación de rituales y estrategias a fin de reducir la distancia entre el cuerpo percibido y el cuerpo deseado. Estas conductas estarán dirigidas no sólo a desarrollar musculatura a través de la práctica deportiva y la utilización de esteroides anabolizantes, sino que también se buscará modificar la apariencia física a través de intervenciones quirúrgicas, alteraciones en la conducta alimentaria y demás estrategias que permitan aproximar al sujeto al cuerpo de la representación. Como característica del cuadro, la persona dedicará un tiempo significativo a los pensamientos asociados a la

percepción (Seleri Marques Assunção, 2002). Por su parte, las conductas estarán dirigidas a reducir la carga afectiva que se desprende de tales pensamientos. De la misma manera que el TDC, la Vigorexia convive con trastornos en la conducta alimentaria, expresiones obsesivo-compulsivas, consumo de sustancias y trastornos del estado de ánimo.

Pareciera correcto pensar a la Vigorexia como un Trastorno Dismórfico Muscular, hasta tanto no se cuente con la evidencia suficiente que sustente su entidad clínica propia. La expresión del cuadro se asemeja a lo observado en las distintas manifestaciones fenomenológicas del TDC. En sintonía, los procesos psicológicos que subyacen a dichas expresiones son similares en los dos trastornos. La percepción inadecuada de un defecto físico imaginario, o la exageración de una leve diferencia, transformará la vida del sujeto. Ahora todo pasará por la convicción de poseer un defecto que interfiere en su desenvolvimiento social. Es decir, en ambos cuadros los pensamientos asociados a la percepción inadecuada actuarán como idea de referencia, y se buscará a toda costa subsanar el defecto percibido. En cuanto a la etiología, los diferentes desarrollos teóricos expuestos especulan sobre las presiones que los modelos culturales de belleza ejercen sobre las personas afectadas por la Vigorexia y el TDC. Sin desestimar la vulnerabilidad biológica a desarrollar dichos trastornos, los mandatos culturales que determinan que es lo esperado en cuanto a la apariencia física actuarán como desencadenantes de la expresión de dicha vulnerabilidad, siguiendo el modelo diátesis-estrés de interacción entre los efectos genéticos y ambientales (Arbinaga y Caracuel, 2003; Baile, 2005; Barlow y Durand, 2006; Seleri Marques Assunção, 2002).

#### **2.3.4.1 Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR para el Trastorno Dismórfico Corporal**

Preocupación por un defecto imaginario en el aspecto. Si existe una ligera anomalía física, la preocupación de la persona es marcadamente exagerada.

La causa una ansiedad o un perjuicio significativo en el ámbito social, labora, y demás áreas importantes de la vida.

La preocupación no se explica por otro trastorno mental (por ejemplo, insatisfacción con la forma o el tamaño corporal en la anorexia nerviosa). (DSM-IV-R, APA, 2002)

## Capítulo 3

### **3.1 Diagnóstico y Evaluación**

Como se ha mencionado anteriormente, la Vigorexia se esconde tras un mascara que supone una práctica saludable. La identificación con cánones de belleza socialmente aceptados, al mismo tiempo que la práctica deportiva y la alimentación saludable, son conductas valoradas en nuestra cultura (Baile, 2005; Barlow y Durand, 2006; Leone, Sedory y Gray, 2005). Razón por la cual la persona con Vigorexia pasará por los consultorios de los nutricionistas y los cirujanos plásticos, entre otros, antes de realizar una consulta con un profesional de la salud mental. La cual se dará cuando el deterioro social sea de un compromiso significativo.

La falta de conocimiento sobre el cuadro, por parte de los profesionales de la salud en general, lleva inevitablemente al tratamiento de los trastornos secundarios como principal estrategia terapéutica. De esta manera los sujetos serán tratados por su trastorno alimentario, por su adicción y/o abuso de los esteroides anabolizantes, o por sus manifestaciones obsesivo-compulsivas. En el mejor de los casos se diagnosticará un Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), y se tratará a la Vigorexia como un subtipo de estos, a pesar de que dicha consideración es actualmente una especulación, que si bien goza de gran aceptación entre los principales investigadores del tema, no parece explicitado en los principales manuales estadísticos y diagnósticos.

*Hasta que el manual (DSM-IV-R) no recoge un trastorno, lo define y propone los criterios para su diagnóstico, dicho trastorno no tiene el marchamo a nivel científico de su existencia, aún cuando la evidencia clínica y científica aparente mostrar lo contrario. Ocurre que el manual suele tardar un tiempo en reconocer nuevos trastornos, hasta que la evidencia científica apoye su inclusión y el mundo científico reclame su consideración como trastorno mental (Baile, p.42, 2005)*

A continuación se revisarán los criterios diagnósticos y distintos métodos de evaluación que se han desarrollado sobre el tema, para poder considerar, finalmente, cual será la estrategia terapéutica más adecuada para el tratamiento de la Vigorexia.

### 3.1.1 Diagnóstico

Los diferentes trabajos consultados limitan el diagnóstico de la Vigorexia a un conjunto de signos y síntomas observables. Es decir, siguiendo los lineamientos del principal manual diagnóstico y de estadístico de referencia para las mencionadas investigaciones (DSM-IV), será vigorexico quien reúna determinadas condiciones fenomenológicas. De esta manera, y en un primer momento, el equipo de investigadores liderado por Harrison Pope (Pope, Katz y Houdson, 1993) consideraba que un sujeto afectado por el trastorno debía reunir los siguientes criterios:

El sujeto muestra una persistente y una creencia claramente irreal de que es demasiado pequeño y demasiado débil.

Esta creencia concretamente está afectando a sus actividades diarias (por ejemplo: evitar ser visto en público o cubrir su cuerpo en público con amplias ropas para ocultar su imaginaria pequeñez).

Las investigaciones que siguieron a los primeros desarrollos teóricos del tema fueron ampliando dichos criterios según aumentaba el conocimiento sobre el cuadro. Considerado como un subtipo del TDC, el mencionado equipo de la Universidad de Harvard (Baile, 2005; Pope, Olivardia, Gruber y Borowiecki, 1999) revisó los criterios diagnósticos para concluir de la siguiente manera:

El sujeto dedica más de 30 minutos al día preocupado con pensamientos sobre ser demasiado pequeño o insuficientemente musculado

Estas preocupaciones afectan a su funcionamiento social (por ejemplo, evitando situaciones sociales por miedo a aparentar ser demasiado pequeño o evitando quitarse la camiseta en público).

Abandonar actividades placenteras por estas preocupaciones.

Los 3 criterios debían cumplirse para ser diagnosticado con Vigorexia, ya que abandonar actividades placenteras para concurrir al gimnasio sin cumplir con los dos criterios anteriores no es suficiente para desarrollar el cuadro. Muchas personas resignan parte de su tiempo libre para asistir a los gimnasios sin por ellos poseer preocupaciones tan marcadas, y deteriorantes, respecto a su imagen corporal.

Hacia 2002 el mismo equipo ensaya un modelo diagnóstico siguiendo los criterios DSM-IV, en búsqueda de una aceptación mayor en el reconocimiento de la autonomía clínica del trastorno (Baile, 2005).

### **Traducción experimental de los criterios diagnósticos de dismorfia muscular en formato DSM, propuesto por Pope et al. 2002**

Preocupación con la idea de que el propio cuerpo no es lo suficientemente magro y musculoso. Conductas características asociadas, como largas horas en actividades de levantamiento de pesas y excesiva atención a la dieta

La preocupación es manifestada por al menos dos de los siguientes criterios:

El individuo con frecuencia deja de hacer importantes actividades sociales, laborales, o recreativas por la necesidad compulsiva de mantener su entrenamiento o su régimen dietético.

El individuo evita situaciones sociales donde su cuerpo puede ser expuesto a otros o afronta dichas situaciones con elevado estrés o intensa ansiedad.

La preocupación acerca del inadecuado tamaño del cuerpo o sobre el desarrollo muscular provoca estrés clínicamente significativo o perjudica socialmente, laboralmente a otras áreas del funcionamiento.

El individuo continúa con el entrenamiento, la dieta o el uso de sustancias ergogénicas (para desarrollar y agrandar el cuerpo) obviando el conocimiento de la existencia de consecuencias físicas y psicológicas negativas.

El foco principal de la preocupación y de las conductas es el ser demasiado pequeño o inadecuadamente musculoso, distinguiéndose del miedo a ser gordo como en la anorexia nerviosa, o de una principal preocupación sólo con otros aspectos de la apariencia como en otras formas del trastorno dismórfico corporal. (Baile, p.46, 2005)

Por su parte, J.F. Morgan en el año 2000 (citado en Baile, 2005) propone que lo que caracteriza a la Dismorfia Muscular son los siguientes criterios, a modo de descripción de la sintomatología que acompaña a la Vigorexia:

Preocupación por el conjunto de la masa muscular del cuerpo.

Deseo de ganar peso, pero sin ganar grasa.

Varias alteraciones en el ámbito biológico, psicológico y social como son:

Alteraciones cognitivas de la imagen corporal.

Actitudes alimentarias alteradas.

Pensamientos obsesivos sobre el desarrollo muscular.

Abuso en el consumo de hormonas esteroideas.

Ejercicio físico excesivo.

Evitación de situaciones sociales.

Alteración de la actividad laboral.

Un trabajo de la Asociación Colombiana de Psiquiatría sobre un caso de dismorfia muscular y abuso de esteroides (Restrepo, Valencia, Rodríguez y Gempeler, 2007) presenta el diagnóstico del caso propiamente dicho de tal manera que la pena mencionar. El paciente, de 43 años de edad y licenciado en Educación Física, recibe el siguiente diagnóstico multiaxial:

Eje I: Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno Depresivo Mayor, Dismorfia Corporal.

Eje II: Personalidad Dependiente

Eje III: Compromiso del metabolismo de los azúcares, leve aumento de la creatina y quiste hepático de apariencia benigna.

### 3.1.2 Evaluación

El siguiente es un resumen de los principales métodos de evaluación de la Vigorexia, Complejo de Adonis, o Dismorfia Muscular. Las diferencias entre los mismos acompaña la falta de consenso firme a la hora de concebir al cuadro como un subtipo de los trastornos previamente mencionados u orientarse hacia la autonomía clínica del mismo. A razón de lo cual, pedagógicamente las técnicas están divididas entre aquellas que evalúan la imagen corporal, la dismorfia muscular y la vigorexia (comprendida ésta como un trastorno con identidad clínica propia). Es importante remarcar que la elección de dichos métodos de evaluación se desprende de las investigaciones consultadas para el presente trabajo (Baile, Monroy Martines *et al.*, 2005; Pope, Hausmann, Mangweth *et al.*, 2004; Pope, Olivardía *et al.*, 2004).

#### 3.1.2.1 Evaluación de la Imagen Corporal

##### The Adonis Complex Questionnaire (ACQ)

El mencionado equipo de la Universidad de Harvard, que conduce Harrison G. Pope, desarrolló un cuestionario que intenta evaluar el grado de preocupación que representa la imagen corporal en varones. No es un cuestionario que busque identificar específicamente un cuadro de Vigorexia, o Dismorfia Muscular, sino los diversos indicadores pertenecientes al Complejo de Adonis. Entendiendo por ello al conjunto de alteraciones de la imagen corporal que afecta a los varones en la actualidad. En consecuencia, las áreas exploradas, en el cuestionario en sí, son las relacionadas con la imagen corporal y no exclusivamente las relacionadas con la preocupación desmedida por el desarrollo muscular (Baile, 2005).

##### Traducción experimental del ACQ

¿Cuánto tiempo dedicas cada día preocupándote por algún aspecto de tu apariencia (no simplemente pensando sino preocupándote)?

Menos de 30 minutos.

De 30 a 60 minutos.

Más de 60 minutos.

¿Con qué frecuencia estás mal por alguna cuestión relacionada con tu apariencia (preocupado, ansioso, deprimido...)?

Nunca o raramente.

Algunas veces.

Frecuentemente.

¿Con qué frecuencia evitas que partes de tu cuerpo o tu cuerpo entero sea visto por otros? Por ejemplo, ¿con qué frecuencia evitas ir a vestuarios, piscinas o situaciones donde debas quitarte la ropa? O también, ¿con qué frecuencia llevas ropa que alteran u ocultan tu apariencia corporal, como por ejemplo intentar ocultar tu cabello o llevar ropas holgadas para esconder tu cuerpo?

Nunca o raramente.

Algunas veces.

Frecuentemente.

¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades de aseo para mejorar tu apariencia?

Menos de 30 minutos.

De 30 a 60 minutos.

Más de 60 minutos.

¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades físicas para mejorar tu apariencia física, tales como levantamiento de pesas, *jogging*, máquina de caminar? (Nos referimos sólo a esas actividades deportivas cuyo objetivo principal es mejorar la apariencia física).

Menos de 60 minutos.

De 60 a 120 minutos.

Más de 120 minutos.

¿Con qué frecuencia sigues dietas comiendo alimentos especiales (por ejemplo, alto grado proteínico

o comidas bajas en grasas) o ingieres suplementos nutricionales para mejorar tu apariencia?

Nunca o raramente.

Algunas veces.

Frecuentemente.

¿Qué parte de tus ingresos económicos los empleas en cuestiones dedicadas a mejorar tu apariencia (por ejemplo, comidas especiales de dieta, suplementos nutricionales, productos para el pelo, cosméticos, técnicas cosméticas, equipamiento deportivo, cuotas de gimnasios...)?

Una cantidad insignificante.

Una cantidad sustancial, pero nunca hasta el punto de que me cree problemas económicos.

Una cantidad suficiente hasta el punto de crearme problemas económicos.

¿Con qué frecuencia tus actividades relacionadas con tu apariencia física afectan tus relaciones sociales (por ejemplo, el tener que dedicar tiempo a entrenamientos, prácticas alimentarias especiales o cualquier otra actividad relacionada con tu apariencia que terminan afectando a tus relaciones con otras personas)?

Nunca o raramente.

Algunas veces.

Frecuentemente.

¿Con qué frecuencia tu vida sexual se ha visto afectada por tus preocupaciones relacionadas con la apariencia?

Nunca o raramente.

Algunas veces.

Frecuentemente.

¿Con qué frecuencia tus preocupaciones con la apariencia o actividades relacionadas con ella han comprometido tu trabajo o carrera (o tus actividades académicas si eres estudiante) (por ejemplo, llegando tarde, perdiendo horas de trabajo o de clase, trabajando por debajo de tu capacidad o perdiendo oportunidades de mejora o ascenso por preocupaciones y/o actividades con la imagen corporal)?

Nunca o raramente.

Algunas veces.

Frecuentemente.

¿Con qué frecuencia has evitado ser visto por otra gente debido a tus preocupaciones con tu apariencia (por ejemplo, no yendo a la escuela, al trabajo, a eventos sociales, o a estar en público)?

Nunca o raramente.

Algunas veces.

Frecuentemente.

¿Has consumido algún tipo de droga, legal o ilegal, para ganar músculo, perder peso o cualquier intento de mejorar tu apariencia?

Nunca.

Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.

He usado esteroides ilegales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias.

¿Con qué frecuencia has tomado medidas extremas (que no sean el uso de drogas) para cambiar tu apariencia, tales como hacer ejercicio excesivo, entrenar incluso estando adolorido, hacer dietas extremas, vomitar, usar laxantes u otros métodos de purga, usar técnicas no convencionales de desarrollo muscular, crecimiento del pelo, alargamiento del pene, etc.?

Nunca o raramente.

Algunas veces.

Frecuentemente.

(Baile, Monroy Martines *et al.*, p.168, 2005)

### Corrección del ACQ

Respuestas **a**: 0 puntos.

Respuestas **b**: 1 punto.

Respuestas **c**: 3 puntos

### Interpretación:

0 a 9 puntos: preocupación menor acerca de la imagen corporal, sin verse afectada la vida social, académica y laboral.

10 a 19 puntos: grado medio a moderado del Complejo de Adonis. Puede no haber compromiso de las diferentes áreas de relación y desempeño del sujeto, pero si estar siendo afectado por presiones psicológicas y/o sociales en relación a la imagen corporal.

20 a 29 puntos: grado comprometido del Complejos de Adonis. Se recomienda consulta y tratamiento psicológico

30 a 39 puntos: serio compromiso con la imagen corporal, donde las áreas social, laboral y académica se observan muy afectadas. Urge la consulta y tratamiento con un profesional de la salud mental.

### Modelo de Escala de Siluetas

erie de figuras de hombre, o mujer según corresponda, de diferente tamaño corporal y desarrollo muscular. Las figuras están diseñadas en escala, partiendo de imágenes delgadas y de apariencia débil, pasando por figuras muscularmente desarrolladas y concluyendo en imágenes obesas. Frente a los dibujos que representan modelos del mismo sexo que el participante le solicita a la persona que identifique entre ellas:

La imagen que mejor representa tu propio cuerpo (percepción de la imagen corporal);

La imagen que representa el ideal corporal que desearías tener (imagen ideal)

La imagen que mejor represente al cuerpo promedio de un varón de tu misma edad (imagen promedio)

La imagen que represente el cuerpo más deseado por el sexo opuesto (ideal femenino o masculino, según corresponda, del cuerpo del sexo opuesto percibido).

La distancia que se aprecia entre las respuestas del cuerpo percibido y del cuerpo deseado indicará el grado de insatisfacción corporal del sujeto. Resultados de la utilización de este modelo ya han sido mencionadas en el presente trabajo, más precisamente en un trabajo en el que se describe la relación que existe entre la percepción de la imagen corporal, la musculatura, la autoestima, la depresión y los síntomas propios de desórdenes alimentarios en varones (Pope, Olivardía *et al.*, 2004) y en la investigación que buscó responder la pregunta acerca de la supuesta diferencia que presentan los homosexuales varones y los heterosexuales varones frente a la percepción de la propia imagen corporal (Pope, Hausmann, Mangweth *et al.*, 2004).

### 3.1.2.2 Evaluación de la percepción del desarrollo muscular

En el mencionado texto de J.I. Baile, *Vigorexia, cómo reconocerla y evitarla* (Baile, 2005), el autor destaca dos modelos de evaluación que se concentran en la percepción subjetiva del desarrollo muscular. Ambas buscan identificar la relación que existe entre la alteración en la percepción de la imagen corporal y la apreciación de la propia musculatura.

#### Muscle Dismorphia Scale (MDS)

Desarrollada en las universidades del Estado de Truman y del Estado de Iowa, en los Estados Unidos, se destaca por ser un método de evaluación específico de Dismorfia Muscular. A partir de las respuestas del evaluado, la misma recorre, a través 46 preguntas y frases, seis áreas diferentes:

Insatisfacción corporal.

Dependencia del ejercicio.

Deseo de tamaño.

Comportamiento alimentario.

Tendencia a disimular u ocultar el cuerpo.

Uso farmacológico.

#### Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS)

Diseñada por Mayville, Williamson, White, Netemeyer y Drab de la Universidad de Estado de Luisiana (citado en Baile, 2005) consta de 19 ítems entre los que se incluyen factores diferentes:

Dependencia del culturismo: extrema implicación en dicha práctica y necesidad compulsiva de practicarla.

Automonitoreo: tendencia constante al análisis del cuerpo y la apariencia física, privilegiando sobre estos al desarrollo muscular.

Uso de sustancias.

Sufrimiento: el desarrollo muscular se consigue a través del dolor y daño físico.

Satisfacción muscular: agrado con el tamaño del propio cuerpo y forma de éste.

#### Escala de satisfacción con la apariencia muscular. Adaptación de la MASS de Mayville, Williamson, White, Netemeyer y Drab (Baile, p.72-73, 2005).

Cuando miro mis músculos en el espejo, yo me siento satisfecho a menudo con mi tamaño muscular actual.

Si mi agenda me obliga a perder un día de entrenamiento en el gimnasio, me hace sentir muy mal.

A menudo pregunto a amigos u otras personas si aparento ser grande.  
 Estoy satisfecho con el tamaño de mis músculos.  
 A menudo gasto dinero en suplementos para el desarrollo muscular.  
 Está bien el uso de hormonas esteroideas para el desarrollo muscular.  
 A menudo siento que tengo una adicción a entrenar con pesas.  
 Si he tenido problemas en el entrenamiento, es habitual que tenga un efecto negativo el resto de mi día.  
 Estaría dispuesto a probar cualquier cosa con tal de hacer crecer mis músculos.  
 Yo a menudo mantengo el entrenamiento incluso cuando mis músculos o articulaciones están doloridas por entrenamientos anteriores.  
 Suelo gastar mucho tiempo mirando mis músculos en el espejo.  
 Suelo emplear más tiempo en el gimnasio entrenando que la mayoría de los que suelen estar entrenando.  
 Para conseguir ser grande, uno debe ser capaz de ignorar altos niveles de dolor.  
 Estoy satisfecho con mi tono muscular y mi definición.  
 Mi autovaloración como persona está muy centrada en mi apariencia muscular.  
 A menudo ignoro gran cantidad de dolor físico mientras estoy entrenando con pesas para ser más grande.  
 Debo conseguir tener músculos más grandes poniendo los medios que sean necesarios.  
 A menudo solicito a los demás que me aseguren que mis músculos son suficientemente grandes.  
 A menudo encuentro difícil resistirme a estar comprobando el tamaño de mis músculos.

### 3.1.2.3 Evaluación de la Vigorexia

#### Test Breve de Vigorexia (TBV)

J.I. Baile (Baile, 2005), a pesar de la falta de un consenso en la comunidad científica que suponga una entidad clínica propia, confeccionó un test básico de Vigorexia. El mismo intenta demostrar hasta qué punto el sujeto es vulnerable de padecer el cuadro que aquí nos reúne. Según las palabras del propio autor *"de ningún modo puede considerarse como una técnica de diagnóstico profesional, fundamentalmente porque la conclusión del test no puede ser una entidad nosológica propia, pues, como ya se ha indicado, ésta no existe por el momento"* (Baile, p.80, 2005).

La administración de la técnica consta de dos partes. La primera de ella consiste en la autoadministración del test propiamente dicho, mientras que la segunda implica la participación de un tercero, quien responde suponiendo lo que haría el interesado en las situaciones planteadas. El autor recomienda que quien colabore con el sujeto evaluado pertenezca al círculo íntimo de éste, para poder expresar fehacientemente lo percibido de las conductas y actitudes que manifiesta últimamente la persona. El objetivo es comparar los resultados obtenidos por ambos participantes. Por lo que se analizarán los resultados obtenidos por el interesado, los puntajes que se desprenden de la participación de un tercero, como también las coincidencias y discrepancias entre ambos.

#### Test Breve de Vigorexia (TBV)

Cuando te miras en el espejo, te ves  
 Grande y fuerte.  
 Pequeño y débil.  
 Tengo el tamaño adecuado.  
 El tamaño de tu cuerpo te genera...:  
 Me gusta el tamaño que tengo.  
 Gran satisfacción.  
 Gran insatisfacción.  
 Debido al tamaño y forma de tu cuerpo:  
 Evito que se vea mi cuerpo y/o lo oculto con ropas holgadas porque no es lo suficientemente grande.  
 Me gusta exhibir mi cuerpo en cualquier ocasión y/o llevo ropas ajustadas.  
 No me importa que se vea mi cuerpo.  
 Con respecto a mi cuerpo:  
 Tengo pensamientos constantes e inevitables sobre cómo agrandarlo (más de 1 hs al día).  
 Pienso de vez en cuando sobre cómo mejorarlo.  
 Rara vez dedico tiempo a pensar en mi cuerpo.  
 Para aumentar el tamaño de mi cuerpo:  
 Hago ejercicio físico dos o tres veces a la semana.  
 Voy todos los días al gimnasio varias horas.

Hago poco ejercicio físico.  
Para aumentar mi masa muscular:  
No modificaría mi dieta y jamás consumiría fármacos especiales.  
Estoy dispuesto a consumir los fármacos que haga falta y/o cambiar mi dieta.  
Alguna vez he consumido algún producto alimenticio especial.  
Por mi poco tamaño muscular:  
Tengo alguna preocupación pasajera.  
Nunca he tenido sentimientos negativos.  
A menudo estoy deprimido, irritable y/o ansioso.  
Por mi dedicación a tener más masa muscular:  
Jamás he tenido problemas de ningún tipo por mi deseo de mejorar mi cuerpo.  
He tenido frecuentemente problemas familiares, laborales o sentimentales.  
Alguna vez he tenido algún pequeño problema familiar, laboral o sentimental.  
Creo que los efectos secundarios de mi dieta especial, o de mis largas horas en el gimnasio o de los fármacos que empleo:  
Son necesarios para conseguir aumentar mi tamaño, porque el que algo quiere debe sufrir.  
No creo que haya que soportar cualquier cosa para conseguir el fin de crecer.  
No acepto de ninguna manera que para mejorar mi físico pase por tener otros problemas.  
Si un compromiso con alguien, una lesión, o un incidente imprevisto me impide ir al gimnasio durante unos días:  
Me adapto y considero que todo es compatible en la vida.  
El cuidado de mi cuerpo es secundario a otras facetas de mi vida.  
Me enfado muchísimo.  
(Baile, p.81-83, 2005)

### Corrección del TBV

Se computa +1 punto a las siguientes respuestas: 1-B, 2-C, 3-A, 4-A, 5-B, 6-B, 7-C, 8-B, 9-A y 10-C.  
Se computa -1 punto a las siguientes respuestas: 1-A, 2-B, 3-B, 4-C, 5-C, 6-A, 7-B, 8-A, 9-C y 10-B.  
Se computa 0 punto a las siguientes respuestas: 1-C, 2-A, 3-C-, 4-B, 5-A, 6-C, 7-A, 8-C, 9-B y 10-A

### Interpretación:

Se le pide al evaluador que sume todos los puntos positivos y reste la totalidad de los puntos negativos obtenidos. A partir del resultado obtenido considerar:

Entre 5 y 10 puntos: presenta alto riesgo de sufrir de un cuadro de Vigorexia. Se recomienda consulta profesional a causa de la relación que existe con su imagen corporal.

Entre 3 y 4 puntos: presenta un riesgo moderado de sufrir de Vigorexia. Si bien la preocupación acerca de la apariencia no es grave, puede manifestar síntomas aislados propios del cuadro. Buscar el punto medio entre el desarrollo muscular y conservar la salud física general y la estabilidad psicológica es la recomendación para este nivel de compromiso.

Puntuación negativa, y 1 o 2 puntos: el riesgo de sufrir Vigorexia es menor. No presenta síntomas de comprometer su salud física y emocional en vías de desarrollar un cuerpo muscularmente trabajado.

## 3.2 Tratamiento

### 3.2.1 Consideraciones generales

Tal como sucede en trastornos alimentarios como la Anorexia Nerviosa, los sujetos con Vigorexia difícilmente busquen ayuda profesional. Ya sea por carecer de conciencia de enfermedad o porque, como se ha mencionado anteriormente, las expresiones clínicas del trastorno en gran parte simulan una práctica saludable. Por lo tanto, será uno de los principales objetivos terapéuticos ayudar a los sujetos afectados por el trastorno a desarrollar la capacidad necesaria que les permita contemplar lo problemático de su situación. Es decir, habrá que buscar que dichas personas reconozcan lo comprometidos que se encuentran al sostener un modelo de vida que lejos de satisfacerles, afectando su desarrollo social, académico y laboral (Leone, Sedory y Gray, 2005; Seleri Marques Assunção, 2002).

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

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

Las páginas siguientes se dedicarán al desarrollo de las diferentes estrategias clínicas que se desprenden de las investigaciones consultadas sobre el tema. El objetivo es compartir los desarrollos elaborados por investigadores en la materia, como también las experiencias clínicas de los mismos en diferentes modelos, conginitivo-comportamentales, psicodinámicos y psicofarmacológicos.

### 3.2.2 Modelos Cognitivos-Conductuales aplicados al tratamiento de la Vigorexia

Los modelos cognitivos-conductuales son, sin lugar a duda, los que se utilizan con mayor frecuencia en intervenciones clínicas para la Vigorexia. Los mismos son citados por la totalidad de los autores consultados como los más apropiados y eficaces en el tratamiento del trastorno (Arbinaga y Caracuel, 2003; Baile, 2005; Barlow y Durand, 2006; Leone, Sedory y Gray, 2005; Restrepo, Valencia, Rodríguez y Gempeler, 2007; Seleri Marques Assunção, 2002;).

La perspectiva cognitiva aporta además un modelo que ayuda a comprender el desarrollo del cuadro:

*[...] el núcleo de la mayoría de los trastornos psicológicos se halla en la tendencia humana al pensamiento irracional, de forma que los acontecimientos (A) se interpretan de acuerdo con un conjunto de **creencias irracionales** (B) basadas en imperativos absolutistas o dogmáticos. Las consecuencias (C) de estos pensamientos (p.ej. trastornos emocionales, conductas desadaptadas) dependen del grado de racionalidad de las creencias que median en los acontecimientos. Tales creencias son proposiciones cognitivas arraigadas en la estructura cognitiva del sujeto* (Feixas y Miró, p. 216, 2007).

Las estructuras cognitivas son aquellas que organizan internamente la información a partir de la experiencia previa, estableciendo prioridades en el procesamiento de la información. Éstas actúan como esquemas responsables de los mecanismos que guían la atención selectiva y la percepción. [...] *coexisten varios esquemas distintos, el procesamiento de la información depende del esquema que se haya activado* (Feixas y Miró, p. 214, 2007). De tal manera a partir de la mencionada activación será posible identificar estímulos velozmente, al igual que categorizar los acontecimientos y seleccionar cuales serán las estrategias apropiadas para obtener nueva información, resolver problemas y alcanzar los objetivos propuestos.

En el modelo de Beck (Beck et al., 1983) para el tratamiento de la depresión, el autor identifica en los pacientes depresivos una forma particular de operación cognitiva llamada pensamiento automático. El término automático refiere a una cualidad del procesamiento donde el mismo no se da de forma deliberada, es decir, donde la persona no elige atender necesariamente determinada información del medio, desestimando el resto. El modelo infiere, por lo tanto, que *"[...] la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato"* (Beck et al., p. 21, 1983).

Ya sean consideradas como creencias irracionales, pensamientos automáticos o errores cognitivos, dichas convicciones definen la identidad de la persona y dan sentido a los acontecimientos. Sirviéndose del repertorio de técnicas existentes, las terapias cognitivas, en general, actuarán sobre los mencionados errores cognitivos, identificándolos en un primer momento, para luego someterlos a comprobación empírica de ser necesario, a fin de lograr una reestructuración cognitiva que modifique la forma de procesar e interpretar la información.

Según el desarrollo teórico de J. I. Baile (Baile, 2005) los principales errores cognitivos presentes en la Vigorexia son:

**Bella o Bestia:** pensamiento en términos dicotómicos de "todo o nada", donde ser bello es igual a ser fuerte y musculoso, a diferencia de quien es delgado y débil como modelo de persona poco atractiva. De esta manera se es totalmente atractivo o totalmente feo.

**Ideal imposible:** Los modelos de belleza a alcanzar presentan un desarrollo muscular imposible de imitar hasta para culturistas avanzados e implican la utilización de estrategias que ponen en riesgo la salud del sujeto.

**Comparación selectiva:** solo se observa y atiende a aquellas personas que poseen un cuerpo más musculoso y grande que el de uno, apreciándose como pequeño en comparación.

**La lupa:** se caracteriza por concentrar la atención en un aspecto determinado de la apariencia física.

**La mente ciega:** imposibilidad de apreciar y valorar aquellos aspectos positivos de la propia imagen.

**Generalización excesiva:** creencia que lleva al sujeto a desvalorizarse como persona por carecer de la virtud deseada. De esta manera, carecer de la musculatura anhelada implicará para el sujeto un déficit global en su desarrollo social, laboral y académico.

Por su parte, los modelos conductuales suponen que la mayor parte de la conducta es el resultado del aprendizaje, incluso aquella considerada como desadaptada. Principio que también es aplicable a la práctica clínica. De esta manera, las terapias conductistas ubicarán el foco en la modificación de la conducta observable. Las diferentes teorías del aprendizaje harán su aporte a la práctica clínica obteniendo de esta manera diferentes modelos de intervención terapéutica dentro del paradigma conductual. Entre las principales escuelas se destacan *el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el modelado o aprendizaje observacional* principalmente. Cada una de estas escuelas dará una explicación de cómo se produce el aprendizaje, ya sea por el apareamiento entre estímulos condicionados e incondicionados que genera la aparición de una respuesta condicionada en el modelo de condicionamiento clásico; el reforzamiento de una conducta esperable bajo ciertos programas prediseñados en el paradigma del condicionamiento operante; o mediante la imitación de un modelo que supone el modelo observacional. Se obtendrá así un modelo explicativo acerca de la manera en que determinada conducta, identificada como inadaptada, fue incorporada. Por lo que, la modificación de la mencionada conducta inadaptada será el principal objetivo de los tratamientos conductuales (Feixas y Miró, 2007).

En el caso de la Vigorexia, según afirma Baile (Baile, 2005) sobre la terapia cognitivo-conductual:

*El objetivo es que el sujeto cambie la forma de relacionarse con su cuerpo, de tal forma que supere su "preocupación patológica" que le hace ver un defecto general en su cuerpo, que es la falta de musculación, y le hace tener pensamientos, sentimientos y comportamientos incompatibles con una vida sana y feliz. Sustituyendo las conductas negativas por conductas sanas a nivel personal y social (p.166-1667).*

En la actualidad no existe un programa estandarizado para el tratamiento de la Vigorexia (o Dismorfia Muscular, según se entienda el cuadro) como si lo hay para tratamientos de la Depresión, Fobia Social, etc. (Baile, 2005; Leone, Sedory y Gray, 2005). Los modelos presentados en los trabajos consultados refieren a estrategias cognitivo-conductuales en general o bien a trabajos realizados sobre la imagen corporal. De esta manera el modelo de Raich (citado en Baile, 2005) propone un tratamiento para los trastornos de la imagen corporal diseñado en 6 fases.

#### **Modelo de Raich - Terapia cognitivo-conductual aplicada al ámbito de la imagen corporal**

**Fase 1 "Informativa-Formativa"**: será el principal objetivo de la primer fase aportar al sujeto la información y formación disponibles sobre el tema de la imagen corporal. Es decir, como se forma la misma, de qué manera nos relacionamos con nuestro propio cuerpo, como también cuales son las limitaciones fisiológicas que el mismo tiene. Al mismo tiempo se le pedirá al sujeto que comience con alguna técnica de autorregistro para consignar sus pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas con su apariencia, en diferentes ámbitos de su vida diaria.

**Fase 2 "Ajustar la autopercepción"**: se buscará que la persona desarrolle una visión realista del propio cuerpo. Por lo que será apropiado utilizar técnicas de autoobservación y comparación social con otras personas. En lo particular de la Vigorexia habrá que contemplar la convicción propia del cuadro que supone que la belleza va acompañada necesariamente de un cuerpo muscularmente trabajado y que el propio no es tal, según se desprende de la imagen que devuelve el espejo.

**Fase 3 "Pensamientos sobre el cuerpo"**: la tercera fase se caracteriza por concentrarse en identificar los pensamientos y creencias en relación al cuerpo y a la propia imagen. Una vez identificados se evaluará hasta qué punto son perjudiciales para el desarrollo del sujeto.

**Fase 4 "Sentimientos sobre el cuerpo"**: se buscará sacara la luz los sentimientos negativos (bajo la forma de dolor, tristeza, asco, etc.) que se desprenden de la percepción del propio cuerpo, o del defecto que el mismo supuestamente presenta. En el caso de la Vigorexia el defecto percibido guarda relación con la falta de desarrollo muscular que el cuerpo manifiesta.

**Fase 5 "Comportamientos referentes al cuerpo"**: identificar las conductas desadaptativas relacionadas con el cuerpo y la deficiencia imaginada será el principal objetivo de la quinta fase. Se entiende por conductas desadaptativas aquellas que frustren el desarrollo social, académico y laboral del sujeto. Por ejemplo, la evitación de reuniones sociales a modo de evitar ser apreciado como poco musculoso, de la misma manera que vestir con ropas holgadas que disimulen la supuesta falta de desarrollo muscular. Practicar deporte de forma compulsiva y excesivamente también será una conducta a identificar. Una vez identificadas las mencionadas conductas se buscarán estrategias de cambio que pueden incluir la utilización de técnicas tales como *economía de fichas, contratos conductuales, manejo de refuerzos, de exposición, etc.* El ámbito terapéutico puede funcionar como sitio propicio para ensayar nuevas conductas que se pondrán a prueba en la vida cotidiana del sujeto.

**Fase 6 "Prevención de recaídas"**: Una vez superada la etapa aguda del trastorno, cuando el sujeto se encuentra desarrollando su vida normalmente, será importante estudiar cómo se podrán evitar las

recaídas. Identificar situaciones de riesgo, indicadores que señalen la vuelta a un proceso negativo, serán algunas de las estrategias empleadas para cumplir el objetivo de la última fase del tratamiento. (Baile, 2005)

Para el caso particular de la Vigorexia, cualquier intervención que se suponga oportuna deberá contemplar, además de la problemática asociada a la imagen corporal, el consumo de sustancias como los esteroides anabolizantes, los trastornos alimentarios, las expresiones obsesivo-compulsivas, como cualquier otra manifestación secundaria al cuadro.

### 3.2.3 Modelo Psicodinámico aplicado al tratamiento de la Vigorexia

Desafortunadamente, la bibliografía de perspectiva psicodinámica sobre la Vigorexia es muy escasa, o prácticamente inexistente. Probablemente el predominio de modelos cognitivo- conductuales en países como Estados Unidos, donde se ha llevado a cabo el mayor número de investigaciones sobre el tema, responde un poco a esta deficiencia. En los trabajos consultados, como hemos mencionado con anterioridad, se sugieren dos estrategias de intervención. Principalmente aquella que guarda relación con el modelo teórico previamente desarrollado, y en segundo término estrategias psicofarmacológicas. De la misma manera, se han, injustamente, desestimado los modelos psicodinámicos para la comprensión de la etiología del cuadro. Reduciendo a las personas a factores de riesgo contemplados bajo la forma de datos demográficos.

Desde el paradigma psicoanalítico podemos intentar comprender un poco más de la Vigorexia que los datos estadísticos obtenidos en las investigaciones consultadas. Es decir, sin desmerecer lo oportuno de los mismos, la investigación psicoanalítica colaborará en la comprensión del desarrollo del trastorno en el sujeto en particular. ¿Por qué determinada persona termina desarrollando un cuadro de Vigorexia? Según señala Freud en la conferencia 17ª *El sentido de los síntomas, "el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del paciente"* (Freud, P.235, 1978). Alejándonos de una perspectiva universal, el modelo psicodinámico buscará comprender en la historia del sujeto particular los conflictos que lo llevaron al desarrollo de los síntomas que componen el trastorno. "[...] para una idea sin sentido y una acción carente de fin, descubrir aquella situación del pasado en que la idea estaba justificada y la acción respondía a un fin" (Freud, P.247, 1978).

El síntoma será, desde esta concepción, el representante de un conflicto de dos fuerzas enemistadas que se reconcilian gracias a la formación del mismo. Tal como señala Freud en la conferencia 23ª *Los caminos de la formación del síntoma*:

*Ya sabemos que los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que se libra en torno de una nueva modalidad de satisfacción pulsional. Las dos fuerzas que se han enemistado vuelven a coincidir en el síntoma; se reconcilian, por así decir, gracias al compromiso de la formación del síntoma. Por eso el síntoma es tan resistente; está sostenido desde ambos lados. Sabemos también que una de las dos partes envueltas en el conflicto es la libido insatisfecha, rechazada por la realidad, que ahora tiene que buscar otros caminos para su satisfacción. Si a pesar de que la libido está dispuesta a aceptar otro objeto en lugar del denegado (frustrado) la realidad permanece inexorable, aquella se verá finalmente precisada a emprender el camino de la regresión y a aspirar a satisfacerse dentro de una de las organizaciones ya superadas o por medio de uno de los objetos que resignó antes. En el camino de la regresión, la libido es cautivada por la fijación que ella ha dejado tras sí en esos lugares de su desarrollo* (Freud, p.326-327, 1978)

Afortunadamente, la Asociación Colombiana de Psiquiatría en 2007 publicó un trabajo sobre el diagnóstico y tratamiento de un caso de dismorfia muscular y abuso de esteroides (Restrepo, Valencia, Rodríguez y Gempeler, 2007) donde se incluyen como estrategias terapéuticas intervenciones de corte psicodinámico. El tratamiento psicoterapéutico estaba diseñado de la siguiente manera: manejo dual con terapia cognoscitivo-conductual y terapia de enfoque psicodinámico. Desde la primera de estas perspectivas se trabajó sobre la imagen corporal, buscando identificar la manera en que los pensamientos del sujeto distorsionaban la forma en que su cuerpo era percibido, entre otras estrategias cognitivas. Por su parte:

*Los objetivos terapéuticos de la psicoterapia psicodinámica se construyeron con base en hipótesis derivadas de su historia vital. Se buscó facilitar la catarsis de los contenidos internos y la reproducción de dichos conflictos en sus relaciones actuales y en la misma relación transferencial, buscando un proceso más sano y adaptativo de individuación y autonomía. Se identificaron los conflictos intrapsíquicos correlacionados, como temores a la sexualidad adulta y el placer, ansiedades básicas, culpa, control-autonomía, dificultades en la separación-individuación, el temor a defraudar a los demás, temor de enfrentarse a nuevos retos, el manejo de la incertidumbre y la rigidez, el temor de no sentirse amado y la pérdida de un sentido de pertenencia* (Restrepo, Valencia, Rodríguez y Gempeler, p. 160, 2007).

### 3.2.4 Intervenciones Psicofarmacológicas

La psicofarmacología pertenece, junto a la Psicología Fisiológica, la Neuropsicología, la Psicofisiología, la Neuro Ciencia Cognitiva y la Psicología Comparada, a la Biopsicología. La misma se define como el estudio como el estudio científico de la biología del comportamiento, es decir, supone una perspectiva biológica del estudio de la psicología más que un enfoque psicológico del estudio de la biología (Pinel, 2001).

En particular, la psicofarmacología será *“el estudio de los mecanismos del comportamiento a través de la manipulación de la actividad nerviosa superior por medio de fármacos en experimentos controlados”* (Ferrali, p.1, 2004). De esta manera, los psicofármacos (resultantes de la disciplina citada) se utilizan en el tratamiento de los trastornos mentales. Si bien la aplicación de los mismos dentro de una estrategia terapéutica implica responsabilidad y criterio clínico:

*Sabemos que medicar no es administrar simplemente fármacos, es parte de un proceso terapéutico global y constituye una intervención de enorme complejidad, a veces no contemplada. El acto de medicar se produce a través de una relación fundada en la palabra* (Ferrali, p.2, 2004).

La falta de un criterio común con respecto a la autonomía clínica de la Vigorexia, como también las diferentes concepciones que se hacen de la misma relacionándola con trastornos de la conducta alimentaria, trastornos somatoformes, el abuso de sustancias, o trastornos de ansiedad tales como el TOC, complican las estrategias psicofarmacológicas en la clínica del cuadro. Es decir, al no contar con una herramienta diagnóstica precisa (ya que no se cuenta con un cuadro autónomo con nosología propia) la Vigorexia es, en muchos casos, tratada por su manifestación fenomenológica, secundaria al trastorno de base. De esta manera, si no nos inclinamos hacia la autonomía del cuadro, se tratará un trastorno alimentario, un TDC, un TOC, o el abuso de sustancias, en lugar de la Vigorexia que supone tales manifestaciones clínicas.

Los trabajos consultados se refieren al tratamiento psicofarmacológico de la dismorfia muscular (inclinándose en su mayoría en la concepción de cuadro como subtipo del TDC) de manera muy general. En consecuencia, en algunos trabajos recomiendan superficialmente la utilización de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para controlar el componente obsesivo compulsivo del cuadro (Seleri Marques Assunção, 2002). Por otro lado, en otros desarrollos también se sugiere la utilización de medicación antidepresiva como la fluoxetina, u otros ISRS, en combinación con terapia cognitivo-conductual, para actuar sobre el componente emocional (Leone, Sedory y Gray, 2005). La utilización de dicha medicación colaborará en que el paciente contemple una visión más realista de la situación, al mismo tiempo que la idea obsesiva, el malestar producto de la misma y los rituales tendientes a aliviar la carga afectiva de la idea nimia, disminuirían considerablemente. El mencionado trabajo de Restrepo y colaboradores (Restrepo, Valencia, Rodríguez y Gempeler, 2007) de la Asociación Colombiana de Psiquiatría se utilizaron (en el tratamiento de un caso de dismorfia muscular y abuso de esteroides) 50 mg por día de fluvoxamina (ISRS) (medicamento comúnmente utilizado en el tratamiento del TOC) con un aumento paulatino de 50 mg por semana hasta llegar a los 150 mg por día. Si bien, tal como señalan los autores:

*Lamentablemente aún existe mucho desconocimiento y poca experiencia clínica y terapéutica con este tipo de pacientes que rara vez consultan. El presente caso ilustra la utilidad de complementar de manera simultánea varias herramientas terapéuticas como la farmacoterapia y la combinación de dos modalidades de psicoterapia impartida por dos terapeutas diferentes. Es preciso profundizar en futuros estudios el papel de otras especialidades médicas que deben integrarse al trabajo en equipo en estos casos* (Restrepo, Valencia, Rodríguez y Gempeler, p. 163, 2007).

## Consideraciones Finales

El desarrollo previamente expuesto ha intentado otorgarle al lector las herramientas suficientes para la comprensión global del trastorno identificado como Vigorexia. Para ello, hemos recorrido por los progresos que se desprenden de la investigación científica, identificando y desarrollando las variables que comprenden al cuadro en sí mismo. En todo momento se ha intentado evidenciar el debate que actualmente gira en torno a la concepción de la Vigorexia como un trastorno mental con nosología clínica propia, o perteneciente a otro cuadro clínico. Es decir, ¿Es la Vigorexia un trastorno mental con autonomía clínica? ¿Pertenece, como subtipo de los mismos, a un trastorno somatoforme, de la conducta alimentaria, o del espectro obsesivo compulsivo?

El debate no es menor. La clasificación de los trastornos mentales persigue determinados objetivos. De esta manera se buscará, mediante la misma, favorecer y agilizar la comunicación dentro de una ciencia, como también facilitar el trabajo con los objetos de estudio. Del mismo modo, constituirá una fuente de conceptos para desarrollos teóricos posteriores. En lo referente a la investigación, además de facilitar dicha práctica, una adecuada clasificación disminuirá la carga cognitiva de los conocimientos y permitirá una transmisión eficiente de la información (Ferrali, 2004).

Considerar a la Vigorexia como un subtipo del Trastorno Dismórfico Corporal, o como subtipo de cualquiera de los otros trastornos asociados, no sólo orientará la estrategia terapéutica a desarrollar, sino que también delinearán las concepciones etiológicas del cuadro. Es en este último punto donde las investigaciones consultadas hacen agua. Las mismas, han trabajado en las variables que componen al trastorno de manera objetiva, buscando datos a partir de la experiencia empírica. Éstos han ayudado a conocer los factores de riesgo que suponen el desarrollo del cuadro. Dichos factores nos permiten identificar a los sujetos vulnerables de sufrir de Vigorexia, al mismo tiempo que nos guían a la hora de desarrollar estrategias preventivas. Lo que intento decir es, los datos que se desprenden de la investigación científica son oportunos y permitirán, en un futuro no muy lejano, poder hablar del trastorno, ya sea como cuadro clínico independiente o no, de manera consensuada. Se podrá trabajar, a partir de dicho consenso, sobre planes preventivos para evitar un aumento en la incidencia de la Vigorexia en la población adolescente, por ejemplo, como también en el desarrollo de tratamientos estandarizados, etc.

Sabemos que en la Vigorexia el sujeto se percibe como débil y carente del desarrollo muscular deseado. A partir de la sobrevaloración del cuerpo, dicha percepción genera un malestar clínico significativo, por lo que desplegará un repertorio de conductas tendientes a aliviar dicho malestar. La percepción, desencadenante del sufrimiento psíquico, se ve directamente influida por los modelos inalcanzables de belleza que se sostienen en la cultura occidental. Ya sea en los juguetes de los niños, la televisión, el cine, o en los medios de comunicación en general, los sujetos pertenecientes a dicha cultura se ven expuestos a ideales inalcanzables de belleza. En referencia a los rituales mencionados, los mismos tienden a frustrar el desarrollo emocional, laboral, académico y social del sujeto, así como a poner en riesgo la salud física de la persona, exponiéndola a la práctica deportiva excesiva y al consumo de sustancias ilegales sostenido en el tiempo. Si bien la descripción clínica parece obvia, la particularidad más relevante del cuadro es que éste se esconde bajo lo que se supone una práctica saludable. Como se ha mencionado previamente, la práctica deportiva, el cuidado del cuerpo, la alimentación libre de grasas, etc. son aspectos muy valorados en el contexto social y cultural donde se desarrolla la Vigorexia.

Gracias a la investigación desarrollada en los últimos años hemos podido conocer y comprender las variables que conforman el trastorno de manera objetiva y universal. Se han logrado identificar los datos demográficos que refieren al perfil de las personas con riesgo de cursar con un cuadro de Vigorexia. Según se desprende del modelo del principal manual diagnóstico y estadístico de referencia, el DSM-IV, la manifestación fenomenológica de tales variables supondría el padecimiento del trastorno. De tal manera, lo que se intenta decir es que, la investigación nos ha aportado las herramientas suficientes para desarrollar un diagnóstico apropiado de Vigorexia. Los desarrollos científicos consultados pertenecen a países como Estados Unidos, Brasil, Chile, Escocia, Australia, Austria, México, España y Colombia, lo que nos permite pensar en una expresión universal del cuadro, dentro de patrones occidentales.

Creo oportuno pensar que, de aquí en adelante las diferentes escuelas psicológicas se deberán expresar en relación a lo que éstas crean son los determinantes necesarios y suficientes para el desarrollo de un cuadro de Vigorexia. Como hemos revisado, los aportes teóricos dedican su producción a la comprensión global del trastorno, en lugar de considerar las posibilidades etiológicas singulares en el desarrollo del mismo. Teniendo en cuenta que éstas últimas nos permitirán comprender por qué determinada persona, en determinado momento, manifiesta un síndrome vigorexico. Es decir, de la misma manera que las investigaciones científicas nos aportaron los datos para comprender el carácter universal de la Vigorexia, las diferentes escuelas teóricas, como el psicoanálisis, la corriente sistémica, los modelos humanísticos

existenciales y los constructivistas, entre otros, nos permitirán conocer el aspecto particular y subjetivo del desarrollo del trastorno. Nos darán una mirada teórica del cuadro según como éstas comprendan se desarrolla el psiquismo de la persona.

A modo de ejemplo, el trabajo de Rother Hornstein acerca de las características de la adolescencia nos puede servir como modelo de cómo desde el psicoanálisis contemporáneo se piensa la relación entre el sujeto y la cultura en esta fase esencial del ciclo vital, enmarcado en la problemática planteada en el presente trabajo:

En la clínica actual nos encontramos con cierta sobreinversión del cuerpo y una creciente desinversión de la representación. Los cuerpos toman la delantera, requieren esfuerzo y dedicación en lo que respecta al perfeccionamiento de la imagen corporal ideal, y producen sufrimiento ante las discordancias entre el cuerpo anticipado y propuesto desde el imaginario social y el cuerpo real, a veces rebelde frente a la violencia secundaria de la que es objeto.

[...] *El cuerpo es la primera organización que sirve de referencia para que el niño tenga algún sentido de sí mismo. Su coherencia, sus acciones, sus estados internos y el recuerdo de todo esto llevan al aprendizaje de la relación entre las diversas experiencias sensoriales, relación que contribuye a la emergencia de un sí mismo.*

*Las zonas erógenas – cuerpo psíquico – condensan un mundo de afectos, de discursos, de mandatos identificatorios que la madre transmite en sus anhelos conscientes, sus deseos inconscientes, sus represiones, sus defensas, sus rasgos de carácter. Todo esto se entrelaza para configurar la historia de un devenir niño, púber, adolescente, adulto, anciano (Rother Hornstein, p.124, 2006).*

Frente al padecer del otro, tenemos la responsabilidad de encarar la práctica psicoterapéutica responsablemente. La dinámica que los trastornos mentales presentan implica un desafío para los profesionales de la salud mental. De esta manera la formación constante, la investigación clínica, la interconsulta y la actualización serán aliados confiables en el ejercicio de la profesión.

El cuadro descrito a lo largo del presente trabajo es un ejemplo de cómo los problemas de las personas varían según lo hacen los objetos valorados por la cultura que les es propia. Pensar al individuo fuera de una concepción bio-psico-social es hoy en día un detalle que no nos está permitido pasar por alto. El sujeto, con su potencialidad biológica, vive y se desarrolla en una cultura determinada y en relación con sus pares. La Vigorexia, en tanto, es hija de su época. La sobrevaloración de modelos de belleza inalcanzables ha llevado a una cantidad considerable de sujetos a buscar dicho ideal con el fin de ser aceptado por sí mismos, sus pares y la cultura en general. Desestimando, cada uno de ellos, las consecuencias que pudiera tener sobre su cuerpo, y sobre su propia estabilidad psíquica. Formarnos sobre los modos de expresión de la Vigorexia y sus trastornos asociados; investigar sobre el desarrollo, evolución y curso, y demás variables del trastorno; consultar con los profesionales de la salud y disciplinas complementarias que tengan competencia; y actualizarnos constantemente sobre los desarrollos llevados a cabo alrededor del globo sobre el tema, nos permitirá encarar aquella práctica responsable que nos proponemos cumplir en un primer momento.

Emilio Juan Compte

Buenos Aires, febrero de 2009.

## Bibliografía

- APA. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, IV edición revisada*. Barcelona: Masson.
- Arbinaga, F. & Caracuel, F.C. (2003). Aproximación a la Dismorfia Muscular. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 65: 7-15 Recuperado de: <http://www.editorialmedica.com>
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión. 5ta Edición*. España: Desclee De Brouwer.
- Baile, J.I. (2005). *Vigorexia, cómo reconocerla y evitarla*. Madrid: Síntesis.
- Baile, J.I., Monroy Martínez, K.E. & Garay Rancel, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1 (10): 161-169. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx>
- Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2003). *Psicopatología*. Barcelona: Thomson.
- Feixas, G. & Miró, M.T. (2007). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. 15ª Edición*. Barcelona: Paidós.
- Ferrali, J.C. 2004. Psicofarmacología para el Equipo de Salud Mental. Generalidades. *Hojas Clínicas de Salud Mental*, 1 (1): 1-4.
- Ferrali, J.C. 2004. Consideraciones introductorias en Clínica, Psicopatología, Nomenclatura y Clasifi-

- cación. *Hojas Clínicas de Salud Mental*, 1 (1): 5-13.
- Freud, S. (1976). 17ª conferencia: *El sentido de los síntomas*. *Sigmund Freud Obras Completas, Tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu.
  - Freud, S. (1976). 23ª conferencia: *El camino de la formación de los síntomas*. *Sigmund Freud Obras Completas, Tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu.
  - Leone, J.E., Sedory, E.J. & Gray, K.A. (2005). Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders. *Journal of Athletic Training*, 40 (4): 352-359. Recuperado de: [www.journalofathletictraining.org](http://www.journalofathletictraining.org)
  - Montenegro Medina, M.A., Ornstein Letelier, C. & Tapia Ilabaca, P.A. (2006). Cuerpo y corporalidad desde el vivenciar femenino. *Acta de Bioethica*, 12 (2): 165-168.
  - Pérez Restrepo, V., Valencia, M.N., Rodríguez G.M. & Gempeler R.J. (2007). Acerca de un caso de Dismorfia Muscular y Abuso de Esteroides. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1 (26): 154-164. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/>
  - Peters, R., Copeland, J. & Dillon, P. (1999). Anabolic-Androgenic Steroids: User Characteristics, Motivations and Deterrents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 3 (13): 232-242. Recuperado de: <http://www.anabolicfitness.net>
  - Pinel, J. P. (2001). *Biopsicología*. 4ta Edición. Madrid: Pearson Educación.
  - Pope, H.G., Hausmann, A., Mangweth, B., Walch, T. & Rupp, C.I. (2004). Body-Image Dissatisfaction in gay versus heterosexual men: is there really a difference? *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (11): 1555-1558. Recuperado de: <http://www.i-med.ac.at>
  - Pope, H.G., Katz, D.L., & Hudson, J.I. (1993). Anorexia Nervosa and Reverse Anorexia among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34: 548-557
  - Pope, H.G., Olivardia, R., Borowiecki III, J.J. & Cohane, G.H. (2004). Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms. *Psychology of men and masculinity*, 2 (5): 112-120. Recuperado de: <http://www.apa.org>
  - Pope, H.G., Olivardia, R., Gruber, A. & Borowiecki III, J.J. (1999). Evolving Ideals of Male Image as Seen Through Action Toys. *International Journal of Eating Disorders* 26: 65-72, 1999.
  - Rother Hornstein, M.C., compiladora. (2006). *Adolescencias: trayectorias turbulentas*. Buenos Aires: Paidós Psicología Profunda.
  - Salaberria, K., Rodríguez, S. & Cruz, S. (2007). Percepción de la Imagen Corporal. *Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Fac. de Psicología. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. 8: 171-183, 2007. Recuperado de: <http://www.euskomedia.org>
  - Seleri Marques Assunção, S. (2002). Dismorfia Muscular. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3): 80-84. Brasil. Recuperado de: <http://www.scielo.br>
  - Tortora, G.J. & Grabowski, S.R. (2004). *Principios de anatomía y fisiología*. México D.F.: Oxford University Press.
  - Vallejo Ruiloba, J. (1991). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. 3er Edición. Barcelona: Masson.
  - Wroblewska, A.M. (1997). Androgenic-anabolic steroids and body dysmorphia in young men. *Journal of Psychosomatic Research*, 3 (42): 225-234.

