LA VIGOREXIA

Dr. Miguel Ángel Gallo Vallejo
Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte. Director del Centro de Medicina Deportiva del Patronato Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Granada.

Dra. Mª Luz Galán Rodríguez
Centro Médico Analepsis (concertado por la M.G.D.).

La **vigorexia** o **dismorfia muscular** se encuadraría dentro de un grupo de trastornos denominados dismorfias corporales, y los sufren aquellas personas que no se sienten a gusto con su propio cuerpo y se obsesionan con la mejora de ciertos defectos físicos. Otros autores la clasifican como un trastorno obsesivo – compulsivo. La vigorexia fue descrita por el psiquiatra Harrison G. Pope, del Hospital McLean, dependiente de la Universidad de Harvard, en Boston (Estados Unidos), para identificar a sujetos en los que se produce una alteración del comportamiento que les lleva a trabajar durante horas en los gimnasios. Aparece cuando el deporte se convierte en una actividad descontrolada y no tiene un objetivo claro, salvo la obsesión por el cuerpo. Se trata de una alteración muy relacionada con la autoestima que en ocasiones se asocia a problemas nutricionales. Es entonces cuando denota algunos problemas psicológicos. No se da en personas que participan en una actividad con unas reglas claras, como podría ser un deporte colectivo, sino en las que hacen ejercicio por su cuenta.

Características comunes y diferencias básicas entre la anorexia nerviosa y la vigorexia

Para algunos expertos, la vigorexia constituye el reverso de la anorexia nerviosa. El mismo Dr. HG Pope la bautizó como anorexia reversa, pero en sus últimos artículos prefirió usar el término "Complejo de Adonis".

Mientras que la anorexia nerviosa suele aparecer entre chicas jóvenes, que por más que adelgazan nunca llegan a verse lo suficientemente delgadas, la vigorexia afecta principalmente a hombres que se desviven por alcanzar un cuerpo cada vez más musculado. La persona afectada de vigorexia siempre se ve débil, enclenque, nunca está lo bastante musculado, a pesar de tener una complexión física más fornida que el resto de la población. Esta autoimagen distorsionada le lleva a realizar varias horas al día ejercicio físico con pesas de forma compulsiva sin perseguir otra meta que no sea aumentar la masa muscular, hasta que su cuerpo alcanza desproporciones grotescas (desproporción entre cuerpo y cabeza). Además, lleva una dieta inadecuada que prescinde de la grasa en beneficio de una mayor cantidad de proteínas, lo que provoca que el hígado realice un trabajo extra, e ingiere, a veces, esteroides anabolizantes. El consumo de estos aumenta el riesgo de padecer en-

fermedades cardiovasculares, lesiones hepáticas, disfunciones eréctiles, disminución del tamaño de los testículos y mayor propensión a padecer cáncer de próstata.

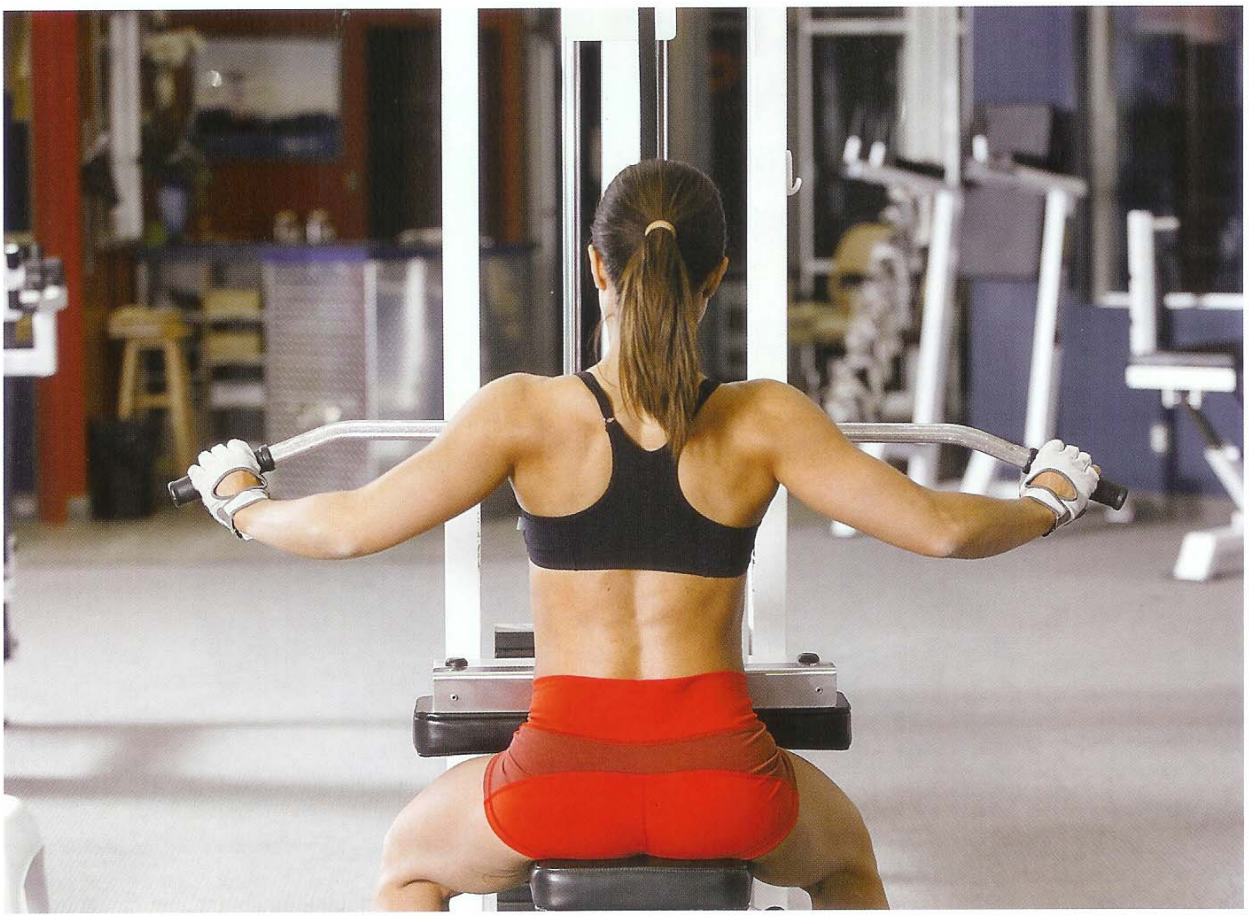
Además de los **problemas estéticos, la vigorexia causa problemas físicos:** problemas óseos y articulares debido al peso extra que tiene que soportar el esqueleto, acortamiento de músculos y tendones y falta de agilidad. La vigorexia se observa principalmente entre adolescentes. Precisamente los adolescentes que pasan muchas horas en el gimnasio suelen desarrollar un perfil agresivo que les conduce a demostrar su fuerza física durante los fines de semana participando en peleas.

Características comunes de la anorexia nerviosa y la vigorexia

- Preocupación por la figura (la vida pendiente de la báscula)
- Baja autoestima / Introvertidos
- Autoimagen distorsionada
- Tendencia a la automedicación
- Modificaciones de la dieta
- Edad de aparición

Diferencias básicas entre la anorexia nerviosa y la vigorexia

	Anorexia nerviosa	Vigorexia
Sexo del paciente	Más frecuente mujer	Más frecuente hombre
Autoimagen	Obesa	Débil
Automedicación	Laxantes, diuréticos	Anabolizantes



La vigorexia deriva de una confusión entre medios y fines. El problema surge cuando no se utiliza el ejercicio físico como un medio para llevar una vida más saludable, lograr un estado de forma óptimo o entrenar para rendir en una competición. La consecución de un cuerpo musculado se convierte en un fin en sí mismo, y esta obsesión puede acarrear la adopción de hábitos no saludables.

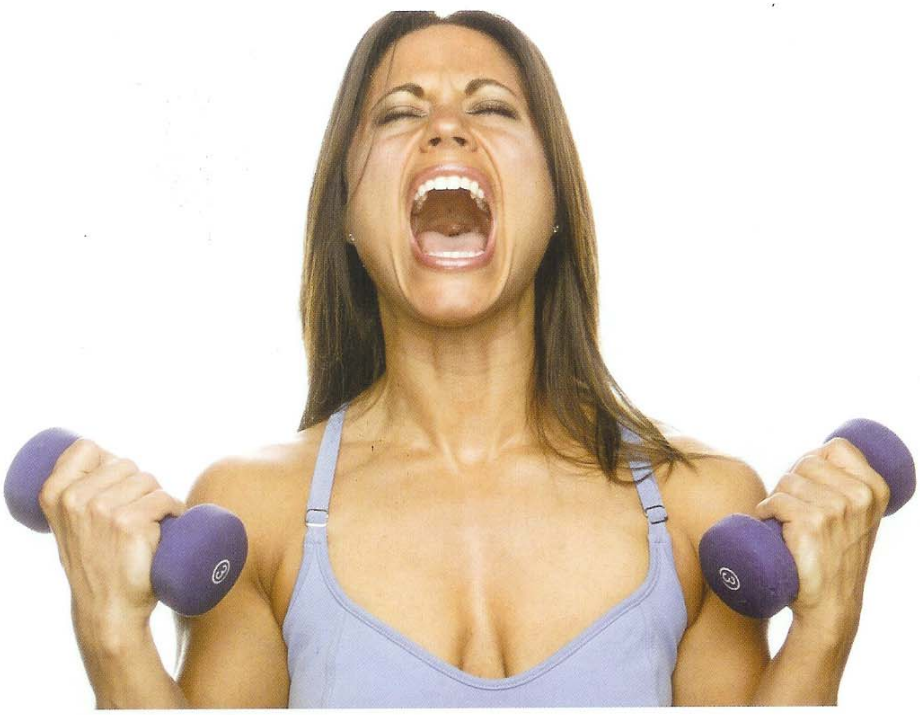
Los medios de comunicación han ayudado a su extensión

La presión de los medios de comunicación ha desempeñado un papel esencial en la extensión de esta patología. Desde el cine y la publicidad se difunde el modelo de hombre fuerte y atlético como prototipo de salud y éxito, lo cual puede causar una obsesión por el culto al cuerpo y una frustración en los adolescentes cuya complexión no se adapte a estos cánones. Las principales razones por las que se cae en la vigorexia son de tipo estético. Algunas personas cuya constitución no se corresponda al modelo de cuerpo fuerte pueden tener problemas de integración en un medio donde se valora en gran medida el aspecto físico. Los vigoréxicos suelen ser personas **poco maduras**, **introvertidas**, con **problemas de integración** y **seguridad** y **baja autoestima**, que piensan que tienen poco atractivo en el sexo opuesto debido a su aspecto físico. La vigorexia puede ir acompañada de otras **alteraciones psicológicas**, como la ansiedad, la depresión y los trastornos obsesivos compulsivos. Vivir para el propio cuerpo deteriora seriamente las relaciones humanas.

Pero **la vigorexia no reside sólo en los gimnasios**, sino que se puede dar en otras actividades donde el músculo no es protagonista. Vigorexia no es sólo la obsesión del culturista por desarrollar sus músculos, sino también el afán de los que cada día salen a correr porque es la única manera que encuentran de mantener la línea. Eso demuestra que el fenómeno no es exclusivo de los gimnasios.

Tratamiento de la vigorexia

Las principales armas para luchar contra la vigorexia son las terapias psicológicas habituales de modificación de la conducta. El objetivo es modificar la



conducta del sujeto, recuperando su autoestima y superando el miedo al fracaso. Aunque será difícil acabar con la vigorexia mientras desde el cine, las revistas y la publicidad se preconicen valores sociales basados en una cultura de la imagen. Dado que también está relacionada con desequilibrios de diversos neurotransmisores del sistema nervioso central, y más concretamente de la serotonina, algunos autores sugieren que el tratamiento con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina puede resultar efectivo en pacientes con dismorfia muscular. ■

BIBLIOGRAFíA

1. *CAFRI G, BLEVINS N, THOMPSON JK. The drive for muscle leanness: a complex case with features of muscle dysmorphia and eating disorder not otherwise specified. Eat Weight Disord. 2006;11(4):117-8.*

2. *CHOI PY, POPE HG Jr, OLIVARDIA R. Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. Br J Sports Med. 2002; 36(5): 375-6.*

3. *CHUNG B. Muscle dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. Perspect Biol Med 2001; 44 (4): 565 – 574.*

4. *CHUNG B. Muscle dysmorphia in weightlifters. Br J Sports Med. 2003; 37 (3): 280 – 1.*

5. *GRIEVE FG. A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. Eat Disord. 2007;15(1):63-80.*

6. *HILDEBRANDT T, SCHLUNDT D, LANGENBUCHER J, CHUNG T. Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters. Compr Psychiatry. 2006; 47(2):127-35.*

7. *LANTZ CD, RHEA DJ, CORNELIUS AE. Muscle dysmorphia in elite-level power lifters and bodybuilders: a test of differences within a conceptual model. J Strength Cond Res. 2002;16(4):649-55.*

8. *LEIT RA, GRAY JJ, POPE HG Jr. The media's representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia? Int J Eat Disord. 2002; 31(3):334-8.*

9. *LEONE JE, SEDORY EJ, GRAY KA. Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. J Athl Train. 2005;40(4):352-9.*

10. *MORGAN JF. From Charles Atlas to Adonis complex. Lancet 2000; 356: 1372 – 3.*

11. *OLIVARDIA R, POPEHG Jr, HUDSON JI. Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. Am J Psychiatry. 2000;157(8):1291-6.*

12. *PHILLIPS KA, O`SULLIVAN RL, POPE HG Jr. Muscle dysmorphia. J Clin Psychiatry. 1997; 58(8):361.*

13. *POPE HG Jr, GRUBER AJ, CHOI P, OLIVARDIA R, PHILLIPS KA. Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. Psychosomatics. 1997; 38(6):548-57.*

14. *POPE HG Jr, KATZ DL. Bodybuilder´s psychosis. Lancet 1987; 1: 863.*

15. *POPE CG, POPE HG, MENARD W, FAY C, OLIVARDIA R, PHILLIPS KA. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. Body image. 2005; 2 (4): 395 – 400.*

16. *RHEA DJ, LANTZ CD, CORNELIUS AE. Development of the Muscle Dysmorphia Inventory (MDI). J Sports Med Phys Fitness. 2004; 44(4):428-35.*

prevenir.

LA REVISTA DE LA **MUTUALIDAD GENERAL DEPORTIVA**

www.fundacionmgd.org

6 euros. Año 11. Mayo - Junio 2008. Número 34

PREMIO MUTUALIDAD GENERAL DEPORTIVA A LA INVESTIGACIÓN 2008

Trabajos inéditos de investigación relacionados con los accidentes deportivos, tanto en la prevención como en la asistencia.

www.fundacionmgd.org/premios.htm

El Consejo Interterritorial del SNS apoya la propuesta de Real Decreto sobre el uso de desfibriladores fuera del ámbito sanitario. Noticias MGD. Prevención del Dopaje. Pekín, los corredores y el asma. A vueltas con el casco en el fútbol. La Vigorexia. Beneficios del deporte en adultos mayores. Gimnasios de hoy: del Fitness al Wellness. Agorafobia en el deportista. Agenda.

Fundación de la Mutualidad General Deportiva - C/ Evaristo San Miguel, 8 - 28008 Madrid - Teléfono: 91 559 59 57 - E-mail: fundacionmgd@yahoo.es - www.fundacionmgd.org