A propósito de la vigorexia: más allá de un trastorno dismórfico. Delimitación diagnóstica y causas de este trastorno

About bigorexia: beyond a dysmorphic disorder. Diagnostic delimitation and causes of this disorder

M. Consuelo Tomás Benlloch

Psicóloga, Fundadora y Directora del Instituto Valenciano de Ludopatía y Adicciones no Tóxicas

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2098-6343

Recibido: 11/07/2021 · Aceptado: 22/03/2022

Cómo citar este artículo/citation: Tomás Benlloch, M. C., (2022). A propósito de la vigorexia: más allá de un trastorno dismórfico. Delimitación diagnóstica y causas de este trastorno. *Revista Española de Drogodependencias*, *47*(2), 73-83. https://doi.org/10.54108/10019

Resumen

La vigorexia es un trastorno psicológico complejo y no siempre bien delimitado. Pese a estar incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2013), dentro de los trastornos obsesivos compulsivos y trastornos relacionados, comparte síntomas que podrían incorporarlo en la categoría de trastornos alimentarios o trastornos adictivos. En este último sentido, son muchos los estudios que plantean que la necesidad de practicar deporte, llevar a cabo dietas estrictas y el consumo de sustancias como los Esteroides Anabolizantes Androgénicos (EAA) con la finalidad de incrementar la musculatura, reúnen condiciones propias de una adicción. En este artículo se plantea la posibilidad de considerar la vigorexia como un trastorno con una entidad nosológica independiente y se analizan los factores que hacen más vulnerables a las personas a padecer vigorexia junto con la necesidad de llevar a cabo campañas de prevención en la sociedad.

Palabras clave

Vigorexia, efectos adversos, trastorno dismórfico muscular, imagen corporal, esteroides anabolizantes andrógenicos, adicción al ejercicio.

– Correspondencia:
M. Consuelo Tomás
Email: info@adiccionesvalencia.es

Abstract

Bigorexia is a complex psychological disorder and not always well defined. Despite being included in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (APA, 2013), within obsessive compulsive disorders and related disorders, it shares symptoms that could be included in the category of eating disorders or addictive disorders. In this last sense, there are many studies that suggest that the need to practice sports, carry out strict diets and the consumption of substances such as Androgenic Anabolic Steroids (AAS) in order to increase muscle, meet the conditions of an addiction. This article raises the possibility of considering vigorexia as a disorder with an independent nosological entity and analyzes the factors that make people more vulnerable to suffer from bigorexia together with the need to carry out prevention campaigns in society.

Keywords

Bigorexia, adverse effects, muscle dysmorphic disorder, body image, anabolic androgen steroids, exercise addiction.

INTRODUCCIÓN

La vigorexia es un trastorno que ha despertado el interés desde el siglo pasado y cuya delimitación diagnóstica no goza del consenso de todos los investigadores del tema. Diferentes autores sugieren que la vigorexia se considere un trastorno obsesivo, alimentario o adicción comportamental (adicción sin sustancia o no tóxicas), según el énfasis que ponen en cada uno de estos aspectos. Realmente la vigorexia comparte muchos de los elementos que podrían hacer que se incluyera en cada una de estas categorías. Sin embargo, no es fácil su conceptualización como veremos a continuación e incluso se plantea la necesidad de considerar la vigorexia como un trastorno con entidad propia.

La vigorexia es un problema que pone en grave en riesgo la salud no solo física sino también la emocional y genera problemas en todas las áreas de vida, provocando incluso, en algunos casos, la muerte en las personas que la padecen. Dietas estrictas, suplementos y consumo descontrolado de esteroides anabolizantes androgénicos (EAA) producen graves alteraciones en diferentes órganos y funciones del organismo. Así mimo, trastornos en la esfera emocional son frecuentes y el cambio de hábitos relacionados con la necesidad de tener un cuerpo musculado genera conflictos en las relaciones familiares y sociales e interferencias negativas en su entorno.

Este trastorno afecta cada vez a un mayor número de personas, fundamentalmente hombres jóvenes, y por ello, es esencial indagar en las causas que contribuyen al origen y mantenimiento de este problema desde un modelo Bio-Psico-Social para poder prevenir e intervenir terapéuticamente con programas de prevención y tratamientos integrales que tengan en cuenta todos los factores que favorecen la aparición de este problema, siempre adaptándose a las necesidades, por un lado, de diferentes colectivos o sectores (colegios, institutos, asociaciones y equipos deportivos, gimnasios, etc.) y, por otro, a los de cada persona en particular.

DELIMITACIÓN DIAGNÓSTICA

La vigorexia es un trastorno de creciente actualidad, descrito por primera vez en 1993 por el psiquiatra del Hospital de Boston, Harrison Pope. Pope, Katz y Hudson (1993) denominaron dicho trastorno como reverse anorexia (anorexia inversa) debido a la necesidad de conseguir el cuerpo deseado pero a base dietas basadas en carbohidratos y proteínas y uso de sustancias para ganar peso junto con la necesidad de llevar a cabo mucho ejercicio, mientras que en la anorexia se busca el cuerpo deseado restringiendo radicalmente cualquier tipo de alimentos para perder peso utilizando purgas como vómitos autoinducidos.

La vigorexia se caracteriza por distorsiones en la imagen corporal, viéndose frecuentemente los sujetos con este trastorno como personas enclenques y débiles, pese a la opinión de su entorno y nunca sienten que están lo suficientemente musculados. Esta idea acaba convirtiéndose en pensamientos obsesivos y permanentes. Siempre se quiere ir más allá con tal de poseer un cuerpo "perfecto" acorde a unos ideales idiosincráticos que no se ajustan a la realidad. Motivo por el que llevan a cabo dietas ricas en proteínas y carbohidratos, ejercicio desmesurado, consumo de sustancias como esteroides anabolizantes androgénicos (EAA) u otros suplementos, interés desmesurado sobre material o revistas en torno a la musculación a pesar de todos de las interferencias negativas en todas las áreas de vida poniendo en serio peligro su salud física y mental (Baile, 2005).

La vigorexia actualmente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, APA, 2013) se considera un Trastorno Dismórfico Corporal —conocido anteriormente como dismorfofobia— se caracteriza por:

1. Una preocupación por uno o más defectos o imperfecciones de su aspecto el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas
2. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej. mirarse en el espejo, asearse en exceso, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej. comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
3. La preocupación causa malestar clínicamente significativo deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
4. La preocupación por el aspecto físico no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno de la conducta alimentaria.

Siguiendo el DSM-5 (APA, 2013) dentro del Trastorno Dismórfico Corporal (TDM) habría que especificar si con dismorfia muscular, conocida también como vigorexia, cuando al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa, incluso cuando el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia con diferentes grados de introspección sobre las creencias que se mantienen: desde una introspección buena o aceptable, poca introspección a una ausencia de introspección/con creencia delirante.

La vigorexia engloba elementos relacionados con comportamientos adictivos,

obsesiones o problemas de la conducta alimentaria. En este sentido, Rodríguez Molina en 2007 consideraba que en la vigorexia hay un predominio de variables que se relacionan con un trastorno dismórfico corporal. Trastorno dismórfico corporal que en ese momento según la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-IV (APA, 2006) estaba incluido dentro de los trastornos somatoformes y señala que si bien es cierto que en la vigorexia implica una enorme cantidad de ejercicio, no es una simple adicción porque no se busca ante todo hacer ejercicio sino aumentar la masa muscular y no existe o es muy poco el reforzamiento positivo. De igual forma este autor plantea que a diferencia de un trastorno obsesivo-compulsivo, el pensamiento de las personas con vigorexia acepta cambios para lograr su objetivo (nuevas dietas, ejercicios…) y los rituales no son sin sentido sino que tienen el propósito de aumentar la musculatura y, en cuanto, a los trastornos de la conducta alimentaria comenta que, aunque la vigorexia comparte la percepción errónea del cuerpo y alteraciones de alimentación, la alteración de la alimentación no es el criterio más definitorio de la vigorexia mientras sí lo es la elevada cantidad de ejercicio.

Más allá de considerar la vigorexia como un trastorno dismórfico corporal, podemos observar que comparte muchos de los criterios que definen los problemas adictivos. La necesidad extrema de musculación va asociada no solo al hecho de hacer deporte y llevar dietas estrictas, sino también al consumo de sustancias, en este caso esteroides anabolizantes androgénicos (EAA). Desde mi experiencia clínica, existen similitudes entre los criterios que caracterizan los trastornos adictivos con o sin sustancia (adicciones tóxicas o no tóxicas) y la vigorexia. Autores como Muñoz y Gómez (2003), consideran la vigorexia como una adicción atendiendo a factores genéticos o biológicos. El hecho de que a través del ejercicio se produzcan opioides endógenos también nos ayuda a entender la vigorexia como adicción. Y por supuesto, si nos centramos en los aspectos psicológicos que caracterizan a una adicción, la vigorexia comparte muchos de ellos, tal y como hemos podido comprobar en los pacientes atendidos en nuestro centro desde hace décadas. En estos casos, observamos que tanto las personas con trastornos adictivos como con vigorexia comparten un patrón patológico de comportamiento asociado al consumo de sustancias y necesidad de ejercicio:

- En el caso de la vigorexia, se hace ejercicio y se consumen grandes cantidades de esteroides anabolizantes andrógenicos durante un tiempo más prologando del previsto.
- En la vigorexia, en caso de querer dejar de hacer ejercicio o de consumir EAA, los intentos son fallidos.
- Las personas con vigorexia invierten gran cantidad de tiempo y dinero para conseguir y consumir EAA para poder llevar a cabo sus prácticas de ejercicio para conseguir sentirse bien (fenómeno de tolerancia).
- La práctica de ejercicio junto con el consumo de sustancias para incrementar la musculación se convierten en el eje central de la vida de las personas con vigorexia.
- En la vigorexia también se da un deseo intenso e irrefrenable para hacer ejercicio y consumir EAA u otros suplementos.
- Debido a la necesidad de llevar a cabo el ejercicio, controlar la alimentación y consumo de EAA, se desatienden obliga-

ciones o se produce una bajada de rendimiento en diferentes áreas (laborales, académicas, domésticas…).

- Se produce aislamiento social o cambio de amistades. Se dejan de lado las relaciones sociales y se establecen amistades, prácticamente en exclusividad, con personas que comparten pensamientos, creencias y hábitos que subyacen a la vigorexia.
- Se produce una pérdida de interés en otras actividades que antes si eran satisfactorias.
- Se llevan a cabo dietas estrictas, ejercicio desmesurado y se consumen EEA a pesar de poner en riesgo la salud física sin poder abandonar dicho consumo.
- Síndrome de abstinencia caracterizado por el malestar físico y psicológico que se producen si no se puede llevar a cabo la práctica deportiva, dietas o consumo de esteroides anabolizantes androgénicos.
- Suprimen días de descanso a pesar de enfermedades o lesiones derivadas de las dietas estrictas, práctica de ejercicio y consumo de EAA.

Como podemos observar, estamos ante un trastorno muy complejo que comparte similitudes con otro tipo de trastornos y como nos sugieren Rodríguez-Molina y Rabito (2011) sería incluso necesario considerar la vigorexia como un trastorno con entidad propia. Postura que también defendemos desde nuestro centro, el Instituto Valenciano de Ludopatía y Adicciones No Tóxicas. Pese a que las personas con vigorexia presentan muchos de los síntomas que caracterizan los trastornos adictivos en relación a la necesidad de hacer deporte y del consumo incontrolado de EEA, su sintomatología no se limita exclusivamente a ellos. Somos conscientes de la dificultad que entraña dicha propuesta y que deja el debate abierto.

FACTORES QUE INFLUYEN EL ORIGEN Y MANTENIMIENTO DE LA VIGOREXIA

Son múltiples los factores que hacen que una persona sea más vulnerable a padecer vigorexia. Cuantos más factores se den en una misma persona, mayor riesgo tendrá de desarrollar este trastorno. Como en el resto de conducta adictivas, como por ejemplo la adicción al tarot (Tomás, 2019), no todas las variables se tienen que dar en todas las personas ni su impacto les influye de la misma manera. En líneas generales, podemos agrupar los factores en las siguientes categorías dentro de un modelo Bio-Psico-Social que nos ayuda a entender mejor este trastorno.

Factores personales

Como en otras adicciones tóxicas o no tóxicas, el consumo de sustancias o utilización de determinadas conductas, se convierten en una válvula de escape o evitación de determinados estados emocionales negativos (ansiedad, depresión, sensaciones negativas con el propio cuerpo, etc). Es lo que conocemos en psicología como refuerzo negativo. Es decir, la conducta no se inicia y mantiene únicamente por el refuerzo positivo que representa tener un cuerpo musculoso en las personas con vigorexia, sino por la necesidad de hacer frente a emociones y situaciones difíciles para el individuo mediante el consumo sustancias o conductas (en el caso de la vigorexia, ingesta de esteroides anabolizantes androgénicos, realización de ejercicio y dietas estrictas) que les alejen de dicha realidad.

En relación al género, la vigorexia es más frecuente en hombres aunque también hay

mujeres que la padecen. No obstante, los cánones de belleza están más asociados con la delgadez en la mujer y, por ello, es más frecuente que las mujeres padezcan anorexia, mientras que en los hombres se valoran más las proporciones grandes y la musculatura siendo más propensos a padecer vigorexia. Además, la presión social para que los hombres mantengan un cuerpo musculado ha aumentado (Lamanna, Grieve, Derryberry, Hakman y McClure, 2010; Granero-Gallegos, Martín-Albo, Sicilia, Medina-Casaubón y Alcaraz-Ibáñez, 2018), dando lugar a niveles elevados de ansiedad al creer que los demás les están valorando negativamente por su apariencia física (Brunet, Sabiston, Dorsch y McCreary, 2010 y Chandler, 2009). Pese a que afecta a más hombres que mujeres y la mayor parte de estudios se refiere a población masculina (Tovt y Kajanová, 2021), sería interesante realizar estudios de este tema con muestras de mujeres.

En cuanto a la edad, es más fácil la aparición de la vigorexia entre los 18 y 35 años. La adolescencia es una etapa de cambios en la que el cuerpo sufre grandes transformaciones y en la que es muy importante sentirse aceptado por el grupo de iguales cobrando especial relevancia el aspecto físico. Importancia del aspecto físico que potencia la aparición de creencias en torno a la necesidad de tener un buen cuerpo para lograr el éxito personal y social. Todo ello acompañado de la sobrevaloración de la juventud, de rasgos viriles en el caso de los hombres, de cuerpos publicitarios como objetos de deseo, etc.

Otras variables a tener en cuenta desde nuestra experiencia clínica es el hecho de que las personas con vigorexia son muy perfeccionistas con altos niveles de exigencia sustentados por pensamientos obsesivos en torno a la imagen y valoración personal y/o social. Como Morgan (2000) señala el perfeccionismo, miedo al fracaso y al ridículo o posibles conflictos en la niñez, introversión, etc. son variables psicológicas que pueden estar a la base de la vigorexia.

También cobra especial relevancia el pobre autoconcepto de si mismo e imagen corporal. Es frecuente que las personas con vigorexia presenten una alteración de la imagen corporal, sintiéndose débiles y enclenques, con una pobre percepción de su atractivo físico (Rodríguez Molina, 2007; Baile, González, Ramírez, y Suárez, 2011; González-Martí, 2011; Harmancı y Okray, 2020; Hernández, Guillén y Hernández, 2005; González-Martí, Fernández y Contreras, 2012) junto con la incapacidad de ver su cuerpo de forma objetiva (Baile, 2005) y la posibilidad de sentir miedo de lo que otras personas puedan opinar de ellas (De la Serna, 2004).

En relación a la autoestima, se encuentran resultados dispares en los estudios. Unos relacionan la vigorexia con una baja autoestima como en los trabajos de Olivardia, Pope y Borowiecki (2004), mientras que en otros (por ejemplo, Molero, Castro y Zagalaz, 2012), la autoestima no es predictor de la vigorexia.

Por último, otros factores como la impulsividad, niveles elevados neuroticismo, bajo control emocional, consumo de otras sustancias o pérdida de control en otras conductas, haber sufrido burlas en relación a la apariencia física, otros trastornos psicológicos, etc. pueden predisponer a las personas a padecer vigorexia (Orrit, 2019; Soler, Harada Ferreira, y da Silva Novaes, 2018, entre otros) o convertirse en variables mediadoras.

Factores físicos

Es fundamental que no olvidemos los factores físicos u orgánicos si queremos tener

una visión completa de las posibles causas que explican la vigorexia. En este sentido, algunas de las teorías que explican la necesidad de realizar ejercicio pese al dolor y esfuerzo que ello representa, tienen que ver la liberación de opioides endógenos como las endorfinas, dinorfinas y encefalinas (Berczik, Szabo, Griffiths, Kurimay, Kun, Urban et ál., 2001; Kraemer, Fragala, van Henegouwen, Gordon, Bush, Voleki. et ál., 2013) Como es sabido, los opioides endógenos los genera el propio organismo proporcionando sensaciones de bienestar pero al igual que sucede con los opioides externos se da el fenómeno de tolerancia que lleva al sujeto a necesitar realizar cada vez más ejercicio y con mayor intensidad con la finalidad de sentir placer contrarrestando el dolor y cansancio extremo provocados por el ejercicio desmesurado.

Otras líneas de investigación sobre las causas de la vigorexia apuntan a desequilibrios en diferentes neurotransmisores como descenso de niveles de serotonina, el gaba o aumento de la dopamina. Sin embargo, los resultados no son concluyentes y como señala Rodríguez en 2007, no queda claro si tales desequilibrios son causa o consecuencia de la vigorexia.

Factores familiares

Tal y como expone Morgan (2000) entre múltiples factores causales en la vigorexia, destaca el pertenecer a una familia disfuncional ya que al no existir patrones adecuados de conducta a seguir junto con una necesidad de subsistencia, los miembros más jóvenes creen que deben ser fuertes y respetados por el medio. Desde mi experiencia, considero que al igual que ocurre con otras conductas adictivas como la ludopatía, la integración y cohesión familiar se convierten tanto en un factor protector como de riesgo de la vigorexia: alta integración familiar protege a sus miembros, sobre todo a los más jóvenes de todo tipo de conductas incluidas las adicciones (fracaso escolar, consumo de sustancias, comportamientos antisociales, riesgo de suicidio, pérdida de control en conductas con potencial adictivo, otros trastornos psiquiátricos, etc.) mientras que bajos niveles de integración familiar son un factor de riesgo para desarrollar adicciones. Diferentes autores como Arcaya, Martina, Gutiérrez y Romero (2012) respaldan en sus estudios la importancia de la familia como un factor protector para la presencia de adicciones entre sus miembros. Como dicen Arcaya et. ál. "la integración familiar es un aspecto importante dentro de la dinámica familiar que se refleja en los vínculos emocionales que los miembros de una familia establecen entre sí, favoreciendo la cohesión y la identificación física y emocional así como el establecimiento de sólidos vínculos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto" y sus hallazgos confirman que la familia juega un rol protector importante para prevenir y evitar adicciones.

Entre los factores familiares, el hecho de que otros miembros de la familia realicen dietas estrictas, ejercicio desmesurado, den una importancia capital a la imagen corporal… hace que se conviertan en "modelos" a seguir y copiar a través del aprendizaje vicario. Por tanto, tal y como Bandura (1987) en su teoría del aprendizaje social u observacional, los sujetos también aprenden observando e imitando a los demás y tenderán a imitar dichas conductas.

Factores socio-ambientales y culturales

Es innegable el papel primordial que la mayor parte de personas conceden a la apariencia física invirtiendo tiempo, energía y gastando grandes sumas de dinero en productos de cosmética, intervenciones de estética, artículos y prácticas de todo tipo (aparatos para hacer ejercicio o tonificar el cuerpo, asistencia a gimnasios, suplementos nutricionales, etc.) con la finalidad de mantener la juventud, belleza y cuerpo envidiable. Es tal la importancia de la apariencia física que se asocia con el éxito personal y social no solo por parte del individuo sino también por parte de la sociedad que refuerza y valora el tener un cuerpo tonificado (Rashid, Ormerod y Day, 2007). constituyendo un factor determinante en el origen y mantenimiento de la vigorexia.

En este sentido, otros aspectos como son la publicidad a través de diferentes medios (pancartas publicitarias, revistas, canales de televisión…) y los modelos expuestos en anuncios de todo tipo pueden influir en el origen y mantenimiento de la vigorexia, tal y como señalan Fajul y González en su estudio de 2011 en una población adolescente. Las conductas de los consumidores se relacionan más con el valor simbólico de los productos que se adquieren. Por tanto, podemos afirmar que lo que caracteriza a las adicciones no tóxicas o adicciones sin sustancia no es el tipo de conducta implicada, sino la forma de relación que el sujeto establece con la conducta como ya en 1996 nos avanzaban autores como Alonso-Fernández y De la Gándara.

No solo los modelos publicitarios se acercan como estereotipos de belleza con cuerpos esculturales, sino también llama la atención que muñecos y muñecas en la infancia, nos ofrezcan cada vez con mayor frecuencia, cuerpos más desarrollados, musculosos y mejor definidos. Situación similar a lo que ocurre con los protagonistas de películas y series.

Así mismo, asistimos a la gran aceptación por parte de la sociedad en relación a la práctica deportiva. Practicar deporte se ha convertido en sinónimo de salud. Evidentemente, hacer deporte es sano pero si no somos capaces de controlarnos y poner límites se daña seriamente la salud física y emocional como sucede en el caso de las personas con vigorexia. En tal caso, el deporte deja de ser una actividad saludable para convertirse en una fuente de problemas.

Además de la gran aceptación social en relación a la práctica deportiva, la inmensa oferta y promoción de artículos y proliferación de centros relacionados con la estética y el deporte, favorecen la facilidad para hacer deporte y para conseguir productos de lo más variado (algunos de ellos prohibidos sin prescripción médica como los EAA). No solo se accede a nivel presencial, sino el auge de las nuevas tecnologías posibilita que cualquier persona en cualquier momento de forma anónima pueda comprar online productos, visualizar tutoriales de prácticas deportivas, dejarse aconsejar por influencers… con la finalidad de conseguir un cuerpo musculado.

No olvidemos también que en ocasiones, los altos niveles de exigencia por parte de entrenadores promueven el deseo de llegar cada vez más lejos, superar marcas y aumentar la musculatura o rendimiento deportivo. Todo ello, en un ambiente en el que los propios entrenadores u otros compañeros de gimnasio también pueden compartir la necesidad de tener un cuerpo musculado y se convierten en referentes a seguir.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La vigorexia es un trastorno de creciente actualidad que acarrea graves problemas en la esfera física y emocional de las personas que la padecen siendo un problema de salud pública. Las consecuencias negativas están estrechamente relacionadas con la necesidad de practicar ejercicio de forma desmesurada, basar la alimentación en dietas estrictas en proteínas y carbohidratos y en el consumo de suplementos y de EAA. Todo ello, genera graves complicaciones en todos los ámbitos y consideramos necesario intervenir en todos aquellos factores que, directa o indirectamente, son causa o consecuencia de este problema.

La vigorexia es un trastorno que comparte muchas similitudes con otros trastornos e incluso sería conveniente considerarla con un trastorno con una entidad nosológica independiente, siendo fundamental la formación y profesionales especializados para tratar este problema desde una perspectiva comprensiva y global abordando todos los aspectos (cogniciones, emociones y conductas, entre otros), que influyen tanto en el origen como en el mantenimiento de la la vigorexia y siempre adaptando el tratamiento a las necesidades de cada persona en particular.

Es crucial informar la población y llevar a cabo campañas de prevención y sensibilización para identificar y reconocer precozmente el problema de la vigorexia. Es necesaria la creación de planes de prevención que se implementen en diferentes colectivos y sectores, en los que deberían incluirse equipos multidisciplinares que contarán con médicos, psicólogos, psicólogos, profesores, deportistas y entrenadores, entre otros. Practicar deporte es sano pero siempre y cuando la salud física y emocional no se vea comprometida.

Una posible solución para erradicar o evitar la evidente propagación de esta problemática podría ir orientada a aportar información dirigida a la prevención en relación a los "ideales" estéticos, modelos publicitarios, efectos nocivos de EEA o de otro tipo de dietas y productos con la finalidad de incrementar la masa muscular. Todo ello, sin olvidar aspectos que tienen que ver el fortalecimiento de la autoestima, aceptación del propio cuerpo, fomento de actividades saludables, uso adecuado del deporte, mejora de la comunicación familiar… y, por supuesto, sin olvidar la creación e implementación de medidas legislativas y sanitarias pertinentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso-Fernández, F. (1996). *Las otras drogas*. Madrid: Temas de Hoy.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th. Edition (DSM-5). Washington, DC.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th. Edition (DSM-IV). Washington, DC.: American Psychiatric Association.

Arcaya, M., Martina, M., Gutiérrez, C. y Romero, Y. (2012). Práctica de juegos de azar y su relación con la integración familiar en la población peruana. *Revista Peruana de Epidemiología*, *16*(1), 1-7.

Baile, J.I. (Ed.). (2005). *Vigorexia. Cómo Reconocerla y Evitarla*. Madrid: Síntesis.

Baile, J. I., González, A., Ramírez, C., y Suárez, P. (2011). Imagen corporal, hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios no

usuarios. *Revista de Psicologia del Deporte*, *20*(2), 353-366.

Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Editorial Espasa Universitaria, PP. 32-45.

Berczik, K., Szabo, A., Griffiths, M., Kurimay, T., Kun, B., Urban, R., et al. (2001). Exercise addition: Symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology. *Subst Use & Misuse,* 47, 403-417. https://doi.org/10.3109/10826084.2011.639120

Brunet, J., Sabiston C.J., Dorsch K.D. y McCreary D.R. (2010). Exploring a model linking social physique anxiety drive for muscularity drive for thinness and self-esteem among adolescent boys and girls. *Body image*, 7, 137-142. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.11.004

De la Gándara (1996). *Comprar por comprar*. Cauce Editorial.

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

Fajul, C y González, C (2011). La influencia de los somáticos publicitarios en la vigorexia masculina: un estudio experimental en adolescentes. *Zer*,*16*(31), 265-284.

González-Martí, I. (2011). *Elementos que integran el perfil de la persona afectada por Dismorfia Muscular (Vigorexia)*. *Prevalencia del trastorno en fisicoculturistas y usuarios de la sala de musculación* (Tesis doctoral). Universidad de Castilla-La Mancha.

González-Martí, I., Fernández-Bustos, J.G. y Contreras, O.R (2012). Contribución para el criterio diagnóstico de la Dismorfia Muscular (Vigorexia). *Revista de psicología del deporte*, *21*(2), 351-358.

Granero-Gallegos, A., Martín-Albo, J., Sicilia, A. Medina-Casaubón, J. y Alcaraz-Ibáñez, M. (2018). Análisis de los estereotipos socioculturales hacia cuerpo delgado y cuerpo musculoso: diferencia en función de sexo y discrepancia con el peso. *Revista de Psicodidáctica*, *23*(1), 23-32. https://doi.org/10.1016/j.psicod.2017.02.002

Harmancı, B. y Okray, Z. (2020). Body Image, Muscle Dysmorphia and Narcissistic Characteristics of Bodybuilder Males in TRNC. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology, 3*(2). https://doi.org/10.35365/ctjpp.21.2.09

Hernández, M., Guillem, G. y Hernández, J. V. (2005). Dismorfia Muscular; vigorexia o complejo de Adonis: a propósito de un caso. *Psiquiatría y Biología, 12*(3), 133-135.

Kraemer, W.J., Fragala, M.S., van Henegouwen, W.R., Gordon, S.E., Bush, J.A., Volek, J.S., et ál. (2013). Responses of proenkephalin Peptide F to aerobic exercise stress in the plasma and white blood cell biocompartments. *Peptides,* 42, 118-124. https://doi.org/10.1016/j.peptides.2013.01.013

Lamanna, J., Grieve, F.G., Derryberry, W.P., Hakman, M. y McClure, A. (2010). Antecedents of eating disorders and muscle dysmorphia in a non-clinical sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *15*(1-2), 23-33. https://doi.org/10.1007/BF033 25277

Molero, D., Castro, C. y Zagalaz, M.L. (2012). Autoconcepto y ansiedad: detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción

a la actividad física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, *12*(2), 91-100.

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

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

Olivardia, R.; Pope, H.G. y Borowiecki, J. (2004), Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms. *Psychology of Men and Masculinity, 5*(2), 112-120. https://doi.org/10.1037/1524-9220.5.2.112

Orrit, G. (2019). Muscle Dysmorphia: predictive and protective factors in adolescents. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, *19*(3), 1-11. https://doi.org/10.6018/cpd.347981

Pope H.G., Katz D.L. y Hudson, J.L . (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry, 3*(6), 406-409. https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90066-D

Rashid, H.; Ormerod, S. y Day, E. (2007). Anabolic androgenic steroids: what the psychiatrist needs to know. *Advances in Psychiatric Treatment,* 13, 203-211. https://doi.org/10.1192/apt.bp.105.000935

Rodríguez Molina, J.M. (2007). Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y drogas*, *7*(2), 289-308.

Rodríguez-Molina, J.M. y Rabito, M.F.(2011). Vigorexia: de la adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente. *Health and Adicctions*, *11*(1), 95-114.

Soler, P. T., Harada Ferreira, C. M., & da Silva Novaes, J. F. H. (2018). *Body Dysmorphic Disorder: Characteristics, Psychopathology, Clinical Associations, and Influencing Factors*. Published: May 30th, 10. http/dx.doi.org/105772/intechopen.76446

Tomás, M. del C, (2019). Adicción al tarot: ¿mito o realidad? Consecuencias y factores de riesgo. *Revista Española de Drogodependencias*, *44*(2), 13-25.

Tovt, Š. y Kajanová, A. (2021). Introduction to bigorexia. *Kontakt*, *23*(2), 133-137. https://doi.org/10.32725/kont.2021.014