

EL PROCESO DE EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA VIGOREXIA COMO UNA ADICCIÓN COMPORTAMENTAL

Darly Tatiana Morales Granados

Luisa Fernanda Montoya Osorio

Pedro Pablo Gallego Ríos

María Paula Bohórquez Agudelo¹

INTRODUCCIÓN

La apariencia física se ha considerado un factor importante en la sociedad desde tiempos antiguos, donde el deporte comienza a formar parte del estilo de vida de las personas considerándose como una actividad que mejora la salud y la apariencia física, pero en ocasiones el deporte pasa de ser un hábito saludable o lúdico para convertirse en una actividad excesiva o compulsiva que tiene como consecuencia la dependencia y otros riesgos para la salud, como sucede en la vigorexia.

En el presente texto se abordará el concepto de adicciones comportamentales, centrándose específicamente, en la vigorexia que hace parte de esta y abordando, sus características y la forma en cómo se evalúa, diagnostica e interviene esta, desde la psicología cognitiva.

Palabras clave: Adicción comportamental, vigorexia, evaluación, diagnóstico, tratamiento.

¹ Estudiantes de Psicología FUNLAM

DEFINICIONES DE ADICCIÓN COMPORTAMENTAL Y VIGOREXIA.

Sobrino, Milas, Gómez, García, Sala y Ballesteros (2006), definen las adicciones comportamentales como trastornos de dependencia ligados a actividades cotidianas que no implican el consumo de sustancias tóxicas, usualmente se le denominan “drogas sin drogas”, donde el sujeto practica actividades que le generan placer de manera reiterada hasta que se convierten en un hábito por más irracional que este parezca y sin importar las implicaciones que pueda traer consigo, es decir, se convierte en una dependencia psíquica; las adicciones comportamentales son la muestra de un deficiente autocontrol de la conducta de los sujetos.

Estos autores describieron cinco dimensiones predisponentes de las adicciones comportamentales como lo son la vulnerabilidad biológica, el fracaso en la socialización, la deficiente adquisición de habilidades relacionales y desarrollo de actitudes y conductas competitivas en lugar de colaboradoras, el contacto con situaciones o eventos estresantes durante las primeras etapas de la vida, ciertos rasgos de personalidad y posibles trastornos de la misma y el contacto reciente con situaciones estresantes.

Por su parte, Baile (2005) definió la vigorexia como una alteración de la salud, que se caracteriza por una preocupación excesiva de ser débil y no tener suficiente desarrollo del músculo en el cuerpo, aunque realmente sí lo tenga, y es manifestado en la inadecuada percepción del tamaño del propio cuerpo, pensamientos obsesivos, comportamientos negativos relacionados con la apariencia, excesos de ejercicio físico, dieta inapropiada y consumo de sustancias que comprometen la salud de quienes las consumen. Así mismo, propone los factores predisponentes de la vigorexia, ser hombre

entre 18 y 35 años, vivir en una sociedad de culto al cuerpo, tendencias obsesivas compulsivas y adictivas, experiencias negativas con el cuerpo o apariencia, baja autoestima, son los factores propuestos por este autor.

Por otro lado, García y Toledo (2005) plantean que el término de vigorexia fue acuñado por el psiquiatra Harrison G Pope que lo utilizó para denominar una muestra de sujetos que se caracterizaban por una obsesión con la musculatura que les impedía verse como eran realmente, sintiéndose débiles y carentes de atractivo físico, la vigorexia también se ha denominado anorexia inversa, complejo de Adonis y dismorfia muscular.

Según Martínez (2009) la vigorexia es un trastorno mental, no necesariamente alimentario, pero comparte la preocupación obsesiva por la figura y distorsión de ella con el trastorno alimenticio, es una adicción que trata de ganar masa muscular en el cuerpo por medio de ejercicio físico excesivo y otras prácticas como ingerir anabolizantes o esteroides. Rodríguez (2007) expresa que la vigorexia consiste en una adicción al ejercicio, considerando esta adicción como nueva, aunque algunos autores piensan que no se debería hablar de ella, menciona que el trastorno obsesivo compulsivo tiene lugar dentro de la vigorexia debido a que la persona tiene pensamientos constantes acerca de la necesidad de ejercitarse siendo la actividad física la compulsión, asegura que es un trastorno de la conducta alimentaria, y dismórfico corporal, específicamente, muscular.

Asimismo, Castro y Ferreira (2007) definen que en el momento en que el ejercicio cumple el objetivo de conseguir el crecimiento de la masa muscular, las personas vigoréxicas no lo ven de esta manera, y no es algo suficiente para sentirse bien con su cuerpo, siguen con la creencia e idea irracional sobre su debilidad, es allí cuando recurren a una alimentación balanceada libre de grasa, con porcentajes altos de

proteínas, carbohidratos, y en ocasiones al consumo de sustancias complementarias como las hormonas de crecimiento, anabólicos, y esteroides.

Adicionalmente, Muñoz y Martínez (2007) expresan que los esteroides anabolizantes son productos farmacológicos utilizados para aumentar la masa muscular y perder grasa, pero su comercio y consumo no está permitido y la hormona del crecimiento humano hace referencia a diuréticos, insulina y cafeína. Estos autores mencionan un informe de la Comisión Europea que revela que un 6% de las personas que acuden a un gimnasio se dopan.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA VIGOREXIA DESDE LA PSICOLOGÍA COGNITIVA.

Según Castro y Ferreira (2007), desde la psicología cognitiva en el proceso de evaluación de personas con vigorexia, se identifican distorsiones cognitivas y creencias irracionales en dichas personas sobre su imagen corporal como pensamientos sobre debilidad, tener poca masa muscular y que son poco atractivos físicamente llevándolos a creer que no podrán ser queridos o apreciados por los demás. De esta manera, Bonet (2005) menciona que la baja autoestima es un factor importante en el diagnóstico de vigorexícos, pues las personas sienten inconformidad con su cuerpo y fracaso al ver que no consiguen los resultados esperados.

Una herramienta importante en el proceso de evaluación es el uso de pruebas psicológicas, Compte (2009) menciona instrumentos que evalúan la imagen corporal, la dismorfia muscular y la vigorexia.

Según el autor, para la evaluación de la imagen corporal, se encuentran: el test de The Adonis Complex Questionnaire (ACQ) que intenta evaluar el grado de preocupación que representa la imagen corporal en varones; también se encuentra el Modelo de Escala de Siluetas que se trata de una serie de figuras de diferente tamaño corporal y desarrollo muscular. Las figuras están diseñadas en escala, comenzando con imágenes delgadas y de apariencia débil, pasando por figuras muscularmente desarrolladas y finalizando en imágenes obesas. De acuerdo a estos dibujos se le solicita a la persona que identifique entre ellas: la percepción de su imagen corporal, la imagen ideal, la imagen promedio de otras personas de su mismo sexo y el ideal femenino o masculino, según corresponda, del cuerpo del sexo opuesto percibido.

En la evaluación de la percepción del desarrollo muscular donde se busca identificar la relación que existe entre la alteración en la percepción de la imagen corporal y la apreciación de la propia musculatura, se utilizan test como: Muscle Dysmorphia Scale (MDS) que es un método específico para la evaluación de la Dismorfia Muscular, teniendo en cuenta Insatisfacción corporal, la dependencia del ejercicio, el deseo de tamaño, el comportamiento alimentario, la tendencia a disimular u ocultar el cuerpo y el uso farmacológico; también se utiliza el Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS) que evalúa la dependencia del culturismo: extrema implicación en dicha práctica y necesidad compulsiva de practicarla, el automonitoreo: tendencia constante al análisis del cuerpo y la apariencia física, privilegiando sobre estos al desarrollo muscular, el uso de sustancias, el sufrimiento: el desarrollo muscular se consigue a través del dolor y daño físico y la satisfacción muscular: agrado con el tamaño del propio cuerpo y forma de éste y por último la Escala de satisfacción con la apariencia muscular. Adaptación de la MASS de Mayville, Williamson, White, Netemeyer y Drab.

Para evaluar la vigorexia se utiliza el Test Breve de Vigorexia (TBV) el cual intenta demostrar hasta qué punto el sujeto es vulnerable de padecer la vigorexia, según Baile (2005) Esta técnica consta de dos aplicaciones, en donde una primera aplicación debe ser realizada para la persona que se sospecha que tiene vigorexia y la segunda aplicación es realizada a un tercero que debe pertenecer al círculo íntimo de esta persona, para evaluar lo percibido de las conductas y actitudes que manifiesta últimamente la persona, teniendo en cuenta las coincidencias y diferencias entre ambos.

Asimismo, Bonet (2005) plantea aspectos para el diagnóstico de la vigorexia donde se observa la preocupación excesiva que tiene el sujeto sobre la falta de músculo que tiene su propio cuerpo, pensando en ello gran parte del tiempo, lo cual se complementa con una dependencia al ejercicio físico, con insistencia permanente de practicar deporte de tres a cuatro horas y media de manera diaria, de no ser de esta manera, la persona presenta irritabilidad, depresión y ansiedad.

Además, se presta atención a la dieta excesivamente enfocada al desarrollo y crecimiento muscular, donde se intenta la reducción del consumo de grasas, complementar con sustancias para favorecer el aumento de la masa muscular con suplementos proteínicos, uso de complejos vitamínicos y minerales, consumo en grandes cantidades de agua y cafeína, o incluso con sustancias que tienen prohibida su venta, como los esteroides anabolizantes; toda la dieta se acompaña con el control continuo del peso inclusive varias veces al día, también con la medición del grosor de los músculos.

INTERVENCIÓN COGNITIVA DE LA VIGOREXIA.

Leone, Sedory y Gray (2005) mencionan que uno de los principales objetivos terapéuticos en personas con problemas de vigorexia es ayudar al desarrollo de la capacidad de contemplar lo problemático de su situación. Es decir, que las personas reconozcan las implicaciones de su situación en el ámbito social, académico y laboral.

Por otro lado, Compte y Sepúlveda (2014) citan a Olivardia quien propone la terapia cognitivo conductual para hacer frente a la vigorexia. Con el uso de técnicas cognitivas (diálogo socrático y re-estructuración cognitiva) y conductuales (desensibilización sistemática y uso de autorregistros) los pacientes podrán identificar distorsiones cognitivas y creencias irracionales, y así, confrontar dichas creencias. Asimismo, el autor destaca el papel de la psicoeducación en el tratamiento de la vigorexia.

Además, Compte (2009), en su trabajo sobre Vigorexia, aproximaciones teórico clínicas, argumenta sobre la no existencia de un programa de intervención estandarizado para el tratamiento de la vigorexia o la dismorfia muscular, sin embargo, para abordar la temática sobre intervención se recurre a trabajos realizados sobre la imagen corporal, uno de estos es el modelo de Reich (citado en Baile, 2005), el cual propone un tratamiento estructurado en seis fases para los trastornos de la imagen corporal, desde una perspectiva cognitivo conductual.

La fase uno es la “informativa-formativa” donde se le brinda al sujeto información existente sobre la temática de imagen corporal, cómo se forma la misma, maneras de relacionarse con el propio cuerpo y limitaciones fisiológicas que este tiene, además se le pide al sujeto que emprenda una técnica de autorregistro que le servirá para copiar pensamientos, sentimientos y conductas sobre su apariencia.

En la fase dos se realiza un ajuste de la autopercepción que pretende que la persona desarrolle visiones realistas sobre el propio cuerpo, se utilizan técnicas de auto observación y comparación social con los otros sujetos que lo rodean en la vida cotidiana.

La tercera fase es pensamientos sobre el cuerpo, aquí se realiza una focalización para lograr identificar las creencias y pensamientos referentes a la imagen propia y al cuerpo, lo cual servirá para identificar que tan perjudiciales son para el desarrollo del sujeto.

Sentimientos sobre el cuerpo es la fase cuatro del tratamiento, su objetivo es sacar a luz los sentimientos negativos como tristeza, asco o dolor que tiene el sujeto sobre la percepción de su propio cuerpo, esta fase se complementa con el número cinco, la cual se refiere a los comportamientos referentes al cuerpo, donde se logran identificar las conductas desadaptativas que están relacionadas directamente con el cuerpo y que frustran el desarrollo social, académico y laboral del sujeto. Cuando se identifican dichas conductas se comenzará a buscar estrategias que proporcionen cambios, tales como la utilización de técnicas como contratos conductuales, manejo de refuerzos o economía de fichas.

Finalmente, en la fase seis “prevención de recaídas” cuando el sujeto está desarrollando su vida de manera normal y ya se ha superado la etapa aguda del trastorno, es importante tener en cuenta cómo se puede evitar las recaídas, reconociendo situaciones de riesgo que se convierten en un retorno para el trastorno.

Adicionalmente, Baile (2005) resalta la importancia de contemplar en la intervención, el consumo de sustancias como esteroides, anabolizantes, expresiones obsesivo-compulsivas y los trastornos alimentarios, para implementar y complementar con otro tipo de intervención que abarque estas temáticas relacionadas con la vigorexia.

RECOMENDACIONES

Las adicciones comportamentales son poco conocidas y carecen de estudios investigativos en el ámbito social y clínico, se hace necesario la indagación sobre estas problemáticas para abordarlas de una manera adecuada y profesional. Por lo tanto, se identifica la existencia de un vacío investigativo en la psicología sobre el tema de vigorexia, son pocos los autores que han abordado la temática para realizar procesos de evaluación e intervención psicológica y se establece dos obstáculos para la psicología: ausencia de demanda por parte de quien padece el trastorno y la falta de conocimiento por parte de los profesionales.

Se presenta una falta de criterio común a la hora de diagnosticar vigorexia, como también la falta de un consenso a la hora de reconocerla como componente dentro de trastornos como Obsesivo-Compulsivo, Trastorno de la Alimentación o Trastorno Dismórfico Corporal.

Con la realización del artículo surge la pregunta ¿por qué no se ha pensado y abordado este tema desde otras corrientes de la psicología?

CONCLUSIONES

Las adicciones comportamentales son trastornos de dependencia a actividades que se realizan en la vida diaria, uno de ellos es la vigorexia, que consiste en el exceso de ejercicio con una obsesión por el desarrollo de los músculos, donde el sujeto no está satisfecho con su figura y desarrollo de la masa corporal, presentándose el consumo de hormonas de crecimiento, anabólicos y esteroides. El proceso de evaluación y diagnóstico tiene diferentes formas de realizarse, una de ellas es la aplicación de diferentes test que ayudan a comprobar o rechazar la hipótesis de tener vigorexia; en estos test se evalúa la percepción de la imagen corporal, la dismorfia muscular y la vigorexia como tal, debido a que las dos primeras son componentes de la misma. Para realizar la intervención de la vigorexia se recomienda el uso de técnicas cognitivas-conductuales, incluyendo el diálogo socrático y el uso de autorregistros, para que los pacientes logren identificar y confrontar creencias irracionales y distorsiones cognitivas.

BIBLIOGRAFÍA

- Baile, J.I. (2005). *Vigorexia, cómo reconocerla y evitarla*. Madrid: Síntesis.
- Bonet, N. (2005). *Vigorexia. El síndrome del culturista*. Protomédicos. com, 1(1).
- Castro & Ferreira. (2007). *Vigorexia: estudio sobre la adicción al ejercicio. Un enfoque de la problemática actual*. Monografía de Especialização. Instituto Universitário de Educación Física, Universidad de Antioquia, Medellín.
- Compte, E & Sepúlveda, A. (2014). *Dismorfia muscular: perspectiva histórica y actualización en su diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Vol. 22, N° 2, 2014.
- Compte, E. J. (2009). *Vigorexia. Aproximaciones teórico clínicas*, Universidad de Belgrano, Buenos Aires
- Gómez, M & Toledo, F (2005) *Nuevas adicciones: anorexia, bulimia y vigorexia*, Colegio Oficial de Farmacéuticos.

- Leone, J, Sedory E. & Gray K. (2005). Reconocimiento y *tratamiento de la dismorfia muscular y trastornos de la imagen corporal Relacionados*.
- Martínez, F (2009). *Trastornos de conducta alimentaria: intervención desde el ámbito educativo*. ISSN 1988-6047, N. 16 - Marzo del 2009.
- Muñoz & Martínez, (2007). *Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria*, *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 5 (2007) 457-482
- Rodríguez (2007) *Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación*. *Salud y drogas*, vol. 7, núm. 2, 2007, pp. 289-308.
- Sobrino, O, de CosMilas, A., Gómez, V, García, C, Sala, R, & Ballesteros, M. (2006). *Adicciones comportamentales*. *Conductas socioculturales*