



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología

**VIGOREXIA: ¿CÁRCEL EN EL
GIMNASIO?**

**Tesis que para obtener el Título de
Licenciados en Psicología**

P R E S E N T A N:

Liliana Yutsin Valdez Pérez

Irving López Leyva

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO

ASESORA METODOLÓGICA:

DRA. ALEJANDRA VALENCIA CRUZ

REVISORA DE TESIS:

MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO

MÉXICO, CIUDAD UNIVERSITARIA, 2015





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Dios, Gracias por estar conmigo siempre y por ayudarme a ser quien soy. Por ser mi fuerza y mi fortaleza. Por permitirme vivir este momento. Señor, ni las palabras ni mi vida serán suficientes para agradecerte por todas las cosas que misericordiosamente me das y por las personas con las que me bendices.

A mis Padres Lilia Pérez y Juan Carlos Valdez, por su apoyo. Los quiero.

Karla, Diana y Lupita las amodoro. Por y para ustedes siempre. Te Quiero Faty.

Irving, Gracias por ayudarme a que este sueño sea una realidad y por contribuir para que el camino haya sido de lo más a gusto. Gracias Colega, sabes que ahora te considero mi amigo. Ha sido un privilegio trabajar contigo.

Ccy, Hellen, Marianita y Vero, Gracias por estar conmigo en las buenas, en las malas y en las peores y por ayudarme a ser una mejor persona. Ha sido un privilegio tenerlas en mi vida. Las quiero.

Gracias especiales al comité de profesores, Dra. Alejandra Valencia Cruz, Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez, Mtra. Guadalupe Beatriz Santaella Hidalgo, Dra. Rocío Avendaño Sandoval y Mtro. Sotero Moreno Camacho, por sus consejos, su tiempo, sugerencias y en general por sus valiosos aportes a esta investigación.

Por supuesto a mi querida “escuelita”, la UNAM, un parte aguas en mi vida, definitivamente me ayudaste a ser otra persona.

A los profesores que tuve la fortuna de conocer a lo largo de toda mi vida académica que me enseñaron valores, disciplina y dedicación.

GRACIAS ETERNAS A TODOS USTEDES.

♥ Lily Valdez.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por haberme dado a unos padres excepcionales que las palabras no bastan para describir lo que siento por ellos. Por haberme permitido terminar mi carrera y llegar hasta este punto tan importante, y darme fortaleza en los momentos que más lo necesite.

A mis padres

A José G. López Nava y Guadalupe Leyva Sánchez por haberme brindado su apoyo incondicional en mis estudios, por inculcarme siempre los valores, por su confianza, cariño, dedicación en mi andar, por sus consejos y sobre todo por enseñarme a ser agradecido con Dios. Quiero decirles que los amo con todo mi corazón y que estoy muy orgulloso de ser su hijo. Por todo esto y más... ¡Muchas gracias!

A mis hermanos

A mi hermana Raquel Monserrat y a mi hermano Jesús quiero decirles... ¡Gracias por su afecto, por su paciencia, por su apoyo, por ser sinceros y por su amistad!

A mi director de tesis

Mtro. Sotero Moreno Camacho, gracias por sus enseñanzas, por su presencia incondicional, sus apreciados y relevantes aportes durante el desarrollo de la tesis.

A mi revisora de tesis

Mtra. Guadalupe Beatriz Santaella Hidalgo, gracias por sus apreciables consejos, por su perseverancia, comentarios y sugerencias durante el desarrollo de esta investigación.

A mis sinodales

Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez, Dra. Alejandra Valencia Cruz, y Dra. Rocío Avendaño Sandoval por sus valiosas sugerencias. Gracias por todo su tiempo invertido en la revisión de esta tesis y por enseñarnos a llevarla a cabo de manera eficiente.

A ti Vane

Por mostrarme tú cariño y confianza, por apoyarme en los momentos difíciles, por tu sinceridad, porque cuando estuve enfermo me apoyaste a salir adelante. Gracias por confiar en mí, gracias por mostrarte autentica conmigo. Por todo esto... ¡Muchas gracias!

A ti Liliana

Por aceptar formar parte de esta gran aventura, por permitirme finalizar mi servicio social, por tu compromiso y entrega. Fue un gusto haber realizado esta gran investigación contigo, me llena de mucha alegría que durante todo este tiempo fuimos un gran equipo; que la amistad que hicimos no se quede solo en la tesis, sino que siga por mucho tiempo. ¡Gracias, colega!

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Que a lo largo de mi vida ha sido un segundo hogar. Agradezco especialmente a la Facultad de Psicología por darme la oportunidad de aprender y darme las herramientas necesarias para tener una visión de éxito.

Atte. Irving López Leyva

| | |
|--|----------|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCION | 2 |
| ANTECEDENTES | 3 |
| | |
| CAPITULO I. VIGOREXIA | |
| 1.1 Vigorexia y Publicidad | 4 |
| 1.1.1 El culto al cuerpo | 4 |
| 1.1.2 El estereotipo somático masculino en la publicidad de estética | 6 |
| 1.1.3 Influencia del aspecto físico de los modelos publicitarios en el desarrollo de la vigorexia | 8 |
| 1.2. ¿QUE ES LA VIGOREXIA? | 12 |
| 1.2.1 Vigorexia y práctica deportiva | 15 |
| 1.2.2 Programa “Muévete y Metete en cintura” | 21 |
| 1.2.3 Prevalencia | 25 |
| 1.2.4 Género | 26 |
| 1.2.5 Sintomatología | 27 |
| 1.2.6 Vigorexia y consumo de sustancias | 27 |
| 1.3 VIGOREXIA Y TRASTORNOS RELACIONADOS | 34 |
| 1.3.1 Vigorexia y Anorexia Nerviosa | 34 |
| 1.3.1.1 Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para la Anorexia nerviosa | 36 |
| 1.3.2 Vigorexia y TOC | 37 |
| 1.3.2.1 Criterios diagnósticos DSM-IV TR para el Trastorno obsesivo-compulsivo | 39 |
| 1.3.3 Vigorexia y Ortorexia | 41 |
| 1.3.4 Vigorexia y TDC | 46 |
| 1.3.4.1 Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el Trastorno Dismórfico Corporal | 49 |

| | |
|--|----|
| CAPITULO II. IMAGEN CORPORAL | |
| 2.1 Definición de imagen corporal | 50 |
| 2.2 Imagen corporal y autoestima | 53 |
| 2.2.1 Autoestima alta | 55 |
| 2.2.2 Autoestima baja | 56 |
| 2.3 Imagen corporal positiva | 56 |
| 2.4 Imagen corporal negativa | 58 |
| 2.5 Formación de la imagen corporal negativa | 59 |
| | |
| CAPITULO III. MÉTODO | |
| 3.1 Justificación | 61 |
| 3.2 Pregunta de investigación | 61 |
| 3.3 Objetivos | 61 |
| 3.4 Definición de variables | 62 |
| 3.5 Tipo de estudio | 63 |
| 3.6 Diseño del estudio | 63 |
| 3.7 Participantes | 63 |
| 3.8 Criterios de inclusión | 64 |
| 3.9 Criterios de eliminación | 64 |
| 3.10 Instrumentos | 64 |
| 3.11 Procedimiento | 65 |
| | |
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS | 68 |
| | |
| DISCUSION Y CONCLUSIÓN | 74 |
| | |
| ALCANCES Y PROPUESTAS | 81 |
| | |
| REFERENCIAS | 82 |
| | |
| ANEXOS | 89 |

RESUMEN

La vigorexia es un trastorno que va a la alza debido a que hoy en día se da mucha importancia al aspecto físico, por lo general un buen cuerpo suele ser delgado. Los medios de comunicación insisten mucho en esta cuestión, en especial en los programas de moda. Otro medio por el cual puede desencadenarse el trastorno es por cuestiones psicológicas, siendo estas los insultos o burlas sufridas en la infancia o en la adolescencia. No solo los adolescentes pueden padecerla, personas ya adultas que bien por la influencia de cualquier medio de comunicación o por un complejo acerca de su cuerpo también pueden ser víctimas del trastorno. El objetivo de esta investigación fue evaluar de qué manera la imagen corporal se relaciona con los rasgos vigoréticos.

Se trabajó con una muestra no probabilística de 96 participantes, 61 usuarios de gimnasios del sur de la ciudad de México y 35 fueron usuarios que practican algún deporte dentro de las instalaciones de Ciudad Universitaria, con un rango de edad entre 18 y 40 años, a quienes se les aplicaron de manera individual las siguientes escalas: *Adicción General Ramón y Cajal*, *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)*, *Imagen Corporal para la Detección Temprana de Trastornos de la Conducta Alimentaria* y *Antecedentes psicológicos "burlas en la infancia"*.

Los resultados obtenidos mostraron que los participantes con rasgos vigoréticos están más insatisfechos con su imagen corporal ($71,53 \pm 9,60$) en comparación de los participantes sin rasgos vigoréticos ($66,39 \pm 8,05$). Asimismo, que la imagen corporal juega un papel importante en el desarrollo de rasgos vigoréticos, sin embargo, no es el único factor para que una persona presente dichos rasgos o padezca el trastorno.

Palabras clave: Rasgos vigoréticos, Rasgos no vigoréticos, Imagen corporal, Medios de comunicación.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de esta tesis se encontrará información teórica y estadística recopilada con la finalidad de indagar cuál es la relación que existe entre la imagen corporal y los rasgos vigoréticos.

El Marco Teórico está conformado por dos capítulos, en el primero de ellos se introduce el tópico central del texto, la Vigorexia, y el vínculo que tiene con la salud. Se relata el predominio que tienen los medios de comunicación en la creación de estereotipos referentes a la masculinidad, así como la influencia que tiene el aspecto físico de los modelos publicitarios en el desarrollo de rasgos vigoréticos en los hombres del siglo XXI. Hacia el final del capítulo se aborda la comorbilidad que pudiera desarrollar la vigorexia con otros trastornos incluidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión (DSM-IV).

En el segundo capítulo, se abordan las definiciones de dos conceptos que han sido asociados más frecuentemente con la vigorexia, es decir, la Imagen Corporal y la Autoestima.

En el capítulo tres, se plantean los objetivos de la investigación y el método que se siguió para elaborar el presente trabajo. Finalmente, en el capítulo cuatro se muestran y analizan los resultados obtenidos.

Posteriormente, se exponen los alcances y propuestas para futuras investigaciones.

Por último, en los anexos se muestran las encuestas utilizadas para llevar a cabo la presente investigación.

Vigorexia: ¿cárcel en el gimnasio?

Antecedentes

Desde nuestros antepasados, el modelo del hombre fuerte y musculoso fue establecido como el ideal para la sociedad. Así, los grandes guerreros reflejaban valentía, fuerza, poder, respeto y seguridad. Hoy en día este modelo estético es difundido por los medios de comunicación y se ha establecido en la sociedad como el ideal para el género masculino

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. En el caso de las mujeres se ha orientado hacia los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como la anorexia y la bulimia, mientras que en los hombres se refleja en Trastornos Dismórficos Corporales (TDC) como la vigorexia.

Las primeras referencias de esta patología datan de 1970, donde Baekeland hizo anotaciones sobre la dependencia al ejercicio en sus trabajos. En ellos, se estudiaba el efecto que producía la privación del ejercicio en patrones de sueño (Baekeland, 1970). Sin embargo, hasta 1993 fue descrito este trastorno cuando el Dr. Harrison Pope exploraba los efectos secundarios de los esteroides anabolizantes en personas que iban frecuentemente al gimnasio. Pope encontró que ciertos culturistas que consumían esteroides anabolizantes presentaban comportamientos psicóticos y se percibían pequeños y flacos cuando en realidad eran grandes y musculosos (Pope, Katz & Hudson, 1993).

La trascendencia de este tipo de trastornos nos ha llevado al desarrollo de este estudio, en especial sobre la vigorexia, debido a que en la actualidad el cuerpo se ha convertido para muchas personas en el referente más importante de la propia identidad, pues, al parecer, les ofrece seguridad y bienestar a las personas.

CAPITULO I. VIGOREXIA

1.1 La influencia de la Publicidad

1.1.1 El culto al cuerpo

Hoy en día, es más importante la visión de lo que se aparenta, lo que se ve externamente y sólo eso. Da la impresión que el interior de una persona no existe, o simplemente no se le quiere dar el valor que tiene. Siguiendo esta línea, cada vez se ven más casos de personas, habitualmente mujeres, que ambicionan tener un cuerpo perfecto o de una belleza similar al de algunas famosas. Sin embargo, también hay casos de hombres, quienes desean tener un cuerpo perfecto, a partir de ciertos modelos ya que da la impresión que lo exterior da “seguridad, belleza, poder y éxito”.

Se piensa que la belleza consiste en tener unos rasgos perfectos o unas medidas ideales, con esta intención, tanto hombres como mujeres se someten a operaciones y modificaciones del cuerpo, o bien, se dedican a la práctica de severos regímenes alimenticios y/o de intensos ejercicios gimnásticos o deportivos.

La exaltación de la estética, de la belleza física, del aspecto juvenil, cuando se convierte en una obsesión, ataca la capacidad de pensar y convierte a las personas en adictas al culto del cuerpo, a cuyo cuidado dedican tiempo y recursos. En contrapartida queda abandonada la actividad intelectual, cultural y, por supuesto, el pensamiento y la reflexión. También, es fácil, que se descuiden las relaciones afectivas y familiares con el consiguiente deterioro.

El cuerpo y la propia imagen ocupan un lugar central en el proceso de mediación de la experiencia humana, convirtiéndose en un medio y un valor tan fuerte que se ha transformado en sujeto de culto, en un bien de uso y consumo sobre el que recaen expresiones simbólicas y figurativas de la perfección y la felicidad. El cultivo del cuerpo ha sustituido al cultivo del espíritu, lo cual conduce al

relativismo, cuando importa más la imagen que aquello que la imagen representa (Featherstone, 1991; García García, 2003).

La manifestación de lo que un individuo es y/o lo que quiere ser se plasma principalmente a través del cuerpo, un modelo coherente e integrado de su identidad personal que se construye en un contexto relacional y abierto. La imagen corporal, y la propia imagen, es el resultado del sentido que se le concede a la existencia y de la manera en que la cultura mediatiza la experiencia. La realidad corporal se ha convertido en símbolo expresivo del posicionamiento del individuo dentro de la sociedad. Por tanto, el valor social que adquiere el cuerpo implica el ser un medio de realización y desarrollo personal con el objetivo de alcanzar un ideal imaginario (Burkitt, 1999; Soley-Beltrán, 2008).

La presentación del yo, de su imagen corporal, como instrumento fundamental de comunicación en las relaciones sociales, pasa a ser controlado desde el exterior. La forma corporal adecuada, y por tanto la aceptada, es impuesta socialmente (Damhorst, 2001; McPhail, 2002). Esta imagen corporal idealizada se construye basándose en el concepto de “el buen cuerpo”; un valor al que se puede y se debe aspirar, provocando que uno se sienta mejor consigo mismo, mientras más sano, más atractivo se ven, lo que pretende abrir de manera automática las puertas del éxito y el prestigio social.

1.1.2 El estereotipo somático masculino en la publicidad de estética

La preocupación por el aspecto físico, la autoimagen y la sobrevaloración del cuerpo afecta igualmente a hombres y mujeres. En los varones, el estereotipo culturalmente establecido y transmitido por los medios de comunicación ejerce una mayor presión social hacia un ejercicio físico que propicie una imagen de fuerza y potencia (mesomorfo), mientras que las modelos femeninas reflejarían más una actividad física dirigida a la consecución de una imagen corporal delgada y definida (ectomórfica) (Baca Lagos, 1993; De Gracia, Marcó, Fernández & Juan, 1999).

Hace tiempo que la exposición pública de la belleza dejó de ser una exclusiva femenina y el cuerpo del hombre se exhibe en la publicidad televisiva, en las revistas y en las pasarelas de moda. La belleza se ha convertido así en soporte del lenguaje de la moda, de los perfumes, de los productos de higiene corporal, de los coches y de cualquier otro producto (Sennett, 1980; Montesinos, 2002).

La representación de la belleza en publicidad es más compleja cuando se trata de productos o servicios de belleza, cosmética, perfumería o moda, es decir, cuando lo que se vende es, precisamente, estética en su totalidad. La mayor parte de estos anuncios presentan como modelo a una persona con unas determinadas medidas y proporciones que no solo pertenecen a un mínimo porcentaje de la población, sino que generan y transmiten un ideal estético casi irreal o inalcanzable.

El atractivo físico es un montaje social que varía según patrones de estética y tendencias que dicta la moda. El aspecto físico "ideal" influye sobre el establecimiento de las relaciones sociales y los juicios sobre la propia imagen corporal o la de los demás. Se ha demostrado la influencia negativa que la representación de un cuerpo perfecto tiene sobre la percepción personal (Harrison, 2000). La mayor o menor relación de nuestro cuerpo con los cánones

de belleza establecidos puede llegar a influir en la autoestima y el respeto por nuestro cuerpo. La publicidad y los medios contribuyen a la representación social del “cuerpo ideal” al proporcionar un referente con el cual compararse (Hassebrauck,1998), y una vez establecido el estándar de belleza masculina, se promulga como medio para alcanzar este ideal la realización de ejercicio y gimnasia, se forja un cuerpo masculino vigoroso y agradable que comienza a poseer connotaciones y significaciones más allá de la salud y de la higiene; se transforma en símbolo y estereotipo de valores como carácter, armonía, éxito y poder (Badinter, 1993; Mosse, 2001).

La aparición de los estereotipos masculinos en la publicidad se debe, principalmente, a los cambios sociales acaecidos durante la segunda mitad del siglo XX. La consolidación de la sociedad de consumo y de sus valores (hedonismo, materialismo e individualismo), la integración de la mujer al mundo laboral y la aceptación social de la homosexualidad constituyen las principales razones que ensalzan la figura del hombre publicitario (León, 2001; Quispe, 2002)

En el siglo XXI, el cuerpo físico masculino ha adquirido unas proporciones como jamás tuvo en la historia occidental. En nuestra época son deportistas, modelos y actores musculosos, que simbolizan la exageración consumista de nuestra sociedad. Los metrosexuales (hombres de apariencia afeminada pero heterosexuales, que se preocupan por su imagen, cuidado y aseo personal) y, más recientemente los ubersexuales (más varoniles, limpios, elegantes y atractivos) se convierten en modelos sociales imitados y deseados (Rey, 2008).

La publicidad ofrece al consumidor modelos momentáneos de identificación y proyección, es decir, continuamente le está proponiendo un sistema de modelos simbólicos a través del cual pueda satisfacer tanto el deseo de estar inmerso en un conjunto social como la tentación del cambio para obtener el triunfo. Esta idea inmensamente difundida por la publicidad de que el éxito se consigue a través de un cuerpo perfecto plantea un problema cuando se produce la disputa entre el

sueño y la realidad, cuando se produce una insatisfacción constante al no poder alcanzar el ideal sugerido y aparecen entonces sentimientos de culpa y frustración (Maciá, 2000; Pérez Gauli, 2000).

1.1.3 Influencia del aspecto físico de los modelos publicitarios en el desarrollo de la vigorexia

A finales del siglo XX queda consolidado el auge del prestigio, la juventud y la imagen como valores en las sociedades occidentales; la belleza, el atractivo físico y el culto al cuerpo se convierten en su estandarte, y terminaron de consolidarse durante el siglo XXI llegando al máximo la importancia del valor de un cuerpo musculoso, reflejado a través de una excesiva preocupación por el aspecto físico. Aunado a ello, aumentan cada vez más las creencias de los beneficios del cuerpo perfecto, lo que conlleva a tener ideales estéticos socialmente aceptados, a los que la gente desea imitar.

Gran parte de estos cambios son recogidos, reflejados y potenciados por la publicidad y los medios de comunicación, ya que ambos son poderosos agentes de socialización, y potentes instrumentos de aprendizaje de conductas y de creación de modelos directamente influenciados por la moda, como referente de lo que es “bello, atractivo y exitoso”

Hoy en día, la felicidad y el éxito se canalizan a través de lo estético, representando un factor de riesgo y potenciando diversas patologías que afectan la percepción de la imagen corporal, como los Trastornos Dismórficos en los hombres y Trastornos Alimentarios (Anorexia y Bulimia) en las mujeres. Además, el factor de riesgo es todavía mayor cuando se observa una relación entre un nivel alto de insatisfacción con la imagen corporal y la aprobación de las imágenes estereotipadas de mujeres y/u hombres en la publicidad.

De acuerdo con lo anterior, la influencia de la publicidad de estética y belleza en la potenciación de la vigorexia masculina puede radicar en la utilización de una estrategia que se dirige fundamentalmente hacia los miedos y temores del

hombre, pero que se presenta disfrazada como algo bello, gratificante y positivo. Esta publicidad muestra un cuerpo humano ahogado por una figuración metafórica y comercial de la perfección y la felicidad; una perfección simbolizada a través de hombres musculosos, depilados y esculóricos. Casi sin darse cuenta, el sentido de culpa (al no ajustarse al ideal representado) provoca en el hombre la decisión de comprar o invertir en la transformación de su cuerpo.

El estereotipo masculino en la Publicidad

La publicidad, como la información o cualquier otro producto mediático, se alimenta de las construcciones metafóricas sobre el cuerpo y la sexualidad que han sido consensuadas y estereotipadas en nuestro propio imaginario colectivo. La cultura de consumo, con su lógica de mercado, crea y ofrece ficciones de la corporeidad que modifica la experiencia que el individuo tiene de su propio cuerpo, generando en éste reacciones emocionales de incertidumbre y angustia que le inducen a comportamientos consumistas en busca de un ideal corpóreo simbolizado a través de hombres sofisticados, de cuerpos cuidados, esculpidos, viriles y musculosos (Goffman, 1979; Falk, 1994 en Fanjul, 2000)

Por tanto, la belleza es el arma clásica para quienes elaboran el anuncio. Hablar de publicidad es hablar de apariencias, de “lo que parece”, de lo que es agradable a la vista del consumidor. Las personas que crean la publicidad son conscientes de esta realidad humana y utilizan la belleza para cumplir su objetivo: posicionar una marca en la mente de la audiencia y venderla.

Se debe tomar en cuenta entonces, que la Publicidad no es el lenguaje de la verdad, sino de lo verosímil que pretende convertirse en modelo de comportamiento (Moles, 1975). Casi todo lo que contemplamos en el entorno de la publicidad es perfecto, pero en la realidad no lo es. De manera que nada de lo que constituye el mensaje es fruto del azar, todo está perfectamente controlado y elaborado de acuerdo con un determinado fin y es plasmado a través de imágenes simplificadas de la realidad para posicionar el producto en la mente de las personas (Goldman, 1992). Quienes se dedican a la publicidad acuden a los

estereotipos como un modo de facilitar la comprensión y asimilación de lo que quieren comunicar.

Por otro lado, la representación de la belleza en publicidad es más compleja cuando se trata de productos o servicios de belleza, cosmética, perfumería o moda, es decir, cuando lo que se vende es, precisamente, estética en estado puro. No se busca entonces la identificación con el consumidor del producto, sino plasmar la idealidad de la belleza.

“El Cuerpo Perfecto”

La preferencia sobre el cuerpo masculino en los anuncios de estética es el modelo denominado *fitness*: atlético y sin grasa. Algunos rasgos comunes del cuerpo *fitness* son:

- La forma en «V» del torso, es decir, hombros y pecho desarrollados y más anchos que la cintura
- Abdominales sin grasa y marcados (la denominada popularmente “tableta de chocolate”)
- Brazos fuertes con bíceps y tríceps bien definidos, y piernas bien formadas, fuertes y atléticas.

Los hombres que tienen esta apariencia son considerados bellos y eso los hace además ser considerados sexualmente deseables (Bruchon- Schweitzer, 1992; Fanjul, 2008).

El modelo “Fitness” y la Vigorexia

Los modelos *fitness*, apoyados principalmente en la publicidad de productos de estética, parecen consolidarse como un factor predisponente y, a su vez, mantenedor de la vigorexia. La publicidad de estética presenta el cuerpo como un

objeto que se puede modelar fácilmente y conseguir que se asemeje al ideal establecido. Ofrecen productos y servicios que abren las puertas a ese cambio deseado. Sin embargo, la realidad suele ser distinta. La idea de que el cuerpo, si se somete a estrictos controles de calidad, a rígidas dietas, a continuos esfuerzos físicos y a intervenciones quirúrgicas de todo tipo, no es sino la consecuencia de un mercado que se ha movlizado para crear verdaderas empresas de la ilusión (Fanjul, 2008; Soley-Beltrán, 2008).

En este contexto se consolida la época de los ejercicios aeróbicos para eliminar grasas, el levantamiento de pesas para la obtención de mayor masa muscular y el surgimiento de un nuevo mercado hasta entonces desconocido donde se comercializan todo tipo de productos tanto legales (suplementos alimenticios, complejos vitamínicos, etc.) como ilegales (esteroides anabolizantes). La obsesión por el cuerpo, los músculos y la moda (como forma de ensalzar la belleza y definir la silueta corporal) se imponen entre los hombres de la sociedad de consumo.

1.2 ¿Qué es la Vigorexia?

La vigorexia al ser un trastorno relativamente nuevo, se encuentra inmerso en una serie de definiciones que tratan de explicar a lo que se refiere y sus principales características, muchas de estas definiciones tienen gran relación.

A continuación se presentan algunas de ellas de acuerdo con las investigaciones que se han planteado. Hacia el final del capítulo se encuentra la definición óptima para los fines de este estudio.

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

Alteración de la salud caracterizada por una preocupación patológica de ser débil y no tener suficiente desarrollo muscular del cuerpo aun 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. (Exceso de ejercicio físico, dieta inapropiada, consumo de sustancias peligrosas) (Baile, 2005).

La vigorexia o “complejo de Adonis” es una psicopatología relativamente nueva. Se cree que se origina a partir del boom de los gimnasios en la década de los ochenta y que a lo largo de los últimos años ha ido en aumento, debido a los cánones estéticos dictaminados por los nuevos tiempos y potenciados a través de los medios de comunicación de masas y la publicidad, que muestran hombres con cuerpos prácticamente inalcanzables (Galdámez, 2005).

Es un fenómeno caracterizado por una imagen corporal alterada que lleva a los sujetos a sentirse demasiado delgados, independiente de la masa corporal que posean, situación que origina una práctica compulsiva de ejercicio, dietas

rigurosas e, incluso, uso de esteroides anabólicos androgénicos, con el fin de transformar su cuerpo. Su prevalencia es mayor en hombres que en mujeres y en sociedades occidentales más que en orientales (Yang, C.F; Gray; Meter; Pope, H. 2005).

La vigorexia se manifiesta en actitudes y comportamientos excesivos que van dirigidos hacia el desarrollo muscular. Los sujetos vigoréxicos buscan alcanzar el “cuerpo perfecto” a cualquier precio; no dudan en pasar horas y horas entrenando en el gimnasio, sacrifican su alimentación en pos de una comida monótona, baja en grasa y rica en proteínas, y para ellos el consumo de sustancias sintéticas (anabolizantes y esteroides) con el fin de obtener más músculo, es algo que aceptan como necesario para la obtención de la complexión física deseada (Castells, 2006; Fanjul, 2008).

La vigorexia generalmente se presenta en jóvenes de 17 a 35 años de edad. Este desorden afecta al individuo en diferentes aspectos de su vida, ya que el sujeto tiene sentimientos de frustración por no tener la apariencia corporal deseada (Gorab, 2005).

La vigorexia se puede definir de forma genérica como una psicopatología somática que se caracteriza, principalmente, por la percepción alterada de la propia constitución física, unida a una sobreestimación de los beneficios psicológicos y sociales de tener un cuerpo musculado. Los afectados son en su mayoría hombres, entre 18 y 35 años, con baja autoestima, muy exigentes consigo mismos y que piensan que tienen escaso atractivo debido a su aspecto físico. Cuando la patología ya es manifiesta, presentan un cuerpo con un exagerado desarrollo muscular, pero su distorsión de la imagen corporal hace que ellos se sigan viendo pequeños, delgados y débiles.

Como puede revisarse en las definiciones anteriores, a pesar de que éstas son diversas no se alejan mucho unas de otras, todas tienen puntos convergentes y otros que de acuerdo con la investigación en la que se utilizaron las enriquecen en mayor o menor medida. A continuación se presentan algunos puntos en los que

coinciden de acuerdo con la investigación. Se han agrupado en cuatro grupos generales para una fácil identificación, los cuales se presentan en el Cuadro 1:

Cuadro 1. Grupos Generales para una Fácil Identificación del Trastorno

| Masa Muscular | Imagen Corporal | Ejercicio | Alimentación |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Se perciben con poca masa muscular • Su objetivo es ganar masa muscular y perder grasa • Llegan a tener un exagerado desarrollo muscular | <ul style="list-style-type: none"> • Imagen corporal alterada • Incapacidad de ver con exactitud el tamaño del propio cuerpo • Preocupación patológica de ser débil • Sentimientos de frustración por no tener la apariencia corporal deseada • Comportamientos negativos relacionados con la apariencia. • Piensan que tienen escaso atractivo • Su fin es transformar su cuerpo • Buscan alcanzar el “cuerpo perfecto” a cualquier precio | <ul style="list-style-type: none"> • Práctica compulsiva de ejercicio • Pasan horas y horas entrenando en el gimnasio • Psicopatología relativamente nueva originada a partir del boom de los gimnasios | <ul style="list-style-type: none"> • Dietas rigurosas • Alimentación baja en grasa y rica en proteínas • Uso de esteroides anabólicos androgénicos |

Sin embargo, como se mencionó al inicio de este apartado, para los fines que persigue esta investigación se busca conformar una sola definición que englobe los aspectos más representativos, antes mencionados y sus principales características. De tal manera que se definirá a la vigorexia como:

“Trastorno recientemente investigado que afecta a hombres (en su mayoría) entre 17 y 35 años, y está caracterizado por una preocupación excesiva por la imagen corporal, ejercicio excesivo, una alimentación rigurosa baja en grasas y alta en proteínas, así como, el consumo de drogas legales e ilegales, suplementos alimenticios y energéticos con el fin de aumentar la masa muscular y tener la energía suficiente para pasar largas horas en el gimnasio a pesar de lesiones o enfermedades, ya que los hombres que padecen este trastorno se perciben débiles y su único fin es transformar su cuerpo para ser más atractivos, ganando masa muscular y perdiendo grasa”.

1.2.1 Vigorexia y práctica deportiva

La actividad física y la práctica deportiva en general, históricamente han sido vistas como un acontecimiento importante en la vida de los pueblos. En tiempos primitivos, el hombre debía sobrevivir en ambientes hostiles, donde imperaba la ley del más apto por lo cual debía desarrollarse y mantenerse en buen estado físico; con el correr de los tiempos esta necesidad de aptitud física fue perdiendo importancia y el ser humano se ha adaptado a prácticas, contrarias a su naturaleza, que le han conducido a mantenerse inactivo físicamente.

Posteriormente, la actividad física estuvo vinculada a las prácticas guerreras por las luchas de conquistas de territorios; en otros momentos, la actividad deportiva fue considerada como un privilegio del cual solo podía disfrutar la realeza y para el resto de las personas la actividad física se resumía a la actividad relacionada con sus actividades cotidianas. A finales del siglo XIX, había quienes consideraban a los practicantes de deportes como desocupados, que interferían con el desarrollo de otras actividades, y es a partir de los años 1913 y 1919 cuando comienza a

dársele cierta importancia al desarrollo del área psicomotora, con la incorporación de la Educación Física como asignatura al currículo escolar

Con el transcurrir de los años, se ha masificado la actividad física y la práctica de deportes con diversos fines: en lo individual, para el beneficio de la salud corporal y la estética, y en lo general, se ha extendido la práctica como espectáculo lucrativo impulsado por el avance tecnológico, los medios de comunicación y el marketing.

El Día de la Actividad Física se celebra cada 06 de abril desde el 2002, fecha institucionalizada por la Organización Mundial de la Salud planteándose como objetivo la necesidad de difundir los beneficios de la práctica de la actividad física por lo menos treinta minutos diarios.

El Ministerio de Salud siempre recomienda a la población, que la práctica de actividades físicas, junto con una buena alimentación, ayudan a evitar la manifestación de enfermedades cardiovasculares, diabetes, osteoporosis, cáncer de colon y complicaciones con el sobrepeso y obesidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. La actividad física potenciadora de la salud es cualquier actividad que, cuando se añade a la habitual, reporta beneficios para la salud. Algunos ejemplos son: caminar, trotar, bailar, saltar, nadar, hacer yoga, etc.

La actividad física ha sido uno de los elementos que ha formado parte de la vida del ser humano desde los inicios de su existencia, jugando un papel estimulante en nuestro organismo, y actualmente, el ejercicio se ha convertido en una de nuestras principales herramientas para promover y mantener nuestra salud. Sin embargo, la actividad física no debe confundirse con el ejercicio físico, una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras

actividades que implican movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

Actualmente en nuestro país el sedentarismo se considera un factor de riesgo para el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas como las cardiovasculares. El ritmo imperante en la sociedad actual nos lleva a un grado de inactividad cada vez mayor, consecuencia de un estilo de vida sedentario. Jornadas de trabajo prolongadas en las que pasamos la mayor parte del tiempo sentados, las grandes distancias de las ciudades en las que el uso del coche se hace indispensable para muchos, el aumento del ocio pasivo, y la falta de tiempo para dedicar parte de nuestra jornada a realizar algo de ejercicio físico, son ejemplos del porque nos movemos menos.

Junto a ello, la epidemia de sedentarismo que padecemos en la actualidad no sólo afecta a los adultos sino que los más jóvenes están adoptando desde la infancia patrones de vida estáticos donde la movilidad y el ejercicio tienen cada vez menor presencia en sus juegos y actividades cotidianas. De hecho, las cifras sobre el incremento de la obesidad entre los más jóvenes durante los últimos años hablan de un 30% de ellos que padecen sobrepeso y/u obesidad.

A raíz de esta tendencia, cada vez existe mayor conocimiento y consenso científico sobre los beneficios para la salud de la población derivados de la práctica regular de actividad física.

La práctica de una actividad física regular, estable y moderada ayuda a mejorar tanto la salud física como la psicológica, incrementando así la calidad de vida. La práctica de ejercicio regular contribuye a instaurar estilos de vida más saludables y a reducir o eliminar factores de riesgo asociados al sedentarismo (Dishman, 1985). Sin embargo, el ejercicio también puede convertirse en factor de riesgo para determinadas patologías (Pope, Katz & Hudson, 1993).

Quienes practican deporte con regularidad mejoran su estado de salud y su calidad de vida, porque la realización regular y sistemática de una actividad física adecuada para las circunstancias particulares de cada persona, es sumamente beneficiosa para la prevención de enfermedades y para el desarrollo y rehabilitación de la salud, además de un medio excelente para mejorar el equilibrio personal y reducir el estrés. Siguiendo esta línea, los beneficios de la práctica deportiva pueden observarse en el Cuadro 2.

Cuadro2. Beneficios de la práctica deportiva

| Beneficios físicos | Beneficios psicológicos |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> > Reduce la obesidad > Reduce la tasa de enfermedades del corazón > Favorece el crecimiento > Mejora el desarrollo muscular > Mejora la resistencia física > Mejora el perfil lipídico > Mejora la capacidad respiratoria | <ul style="list-style-type: none"> > Aporta sensación de bienestar > Elimina o reduce el estrés > Canaliza la agresividad > Previene el insomnio y regula el sueño > Favorece el autocontrol > Mejora la autoimagen > Disminución del aislamiento social |

Por otro lado, la inactividad física trae como consecuencias:

- El aumento de peso corporal por un desbalance entre el ingreso y el gasto de calorías, que puede alcanzar niveles catalogados como obesidad, disminución de la elasticidad y movilidad articular, disminución de la habilidad y capacidad de reacción
- Enlentecimiento de la circulación con la consiguiente sensación de pesadez y edemas, y desarrollo de dilataciones venosas (varices)
- Tendencia a enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes, cáncer de colon
- Sensación frecuente de cansancio, desanimo, poca autoestima relacionada con la imagen corporal

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), se relaciona directamente con el fisicoculturismo y el levantamiento de pesas. Disciplinas que se encuentran en 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, fitness, 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 en ausencia de grasas, dura, bien definida y vascularizada, mediante la utilización frecuente de grandes pesas y someterse a una dieta estricta. Según señalan Abrinaga y Caracuel (2003), se les atribuye a E. Desbonnet y E. Sandow 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. Asimismo, supone un trabajo multidisciplinario contando con la colaboración de médicos, psicólogos, profesores de educación física, instructores, etc.

Por otra parte, el ejercicio excesivo puede ocasionar un comportamiento adictivo que está recompensado psicológicamente de varias formas, por ejemplo, mejorando el estado de ánimo, mejorando la salud o proporcionando más ocasiones para relacionarse socialmente (reforzamiento positivo) y estas recompensas pueden fomentar un comportamiento de ejercicio continuo (Pierce, McGowan & Lynn, 1993).

La Adicción o dependencia al ejercicio representa una condición en la que una persona se involucra en la práctica de ejercicio excesivo. Los individuos con Adicción al Ejercicio tienden a no tomarse días de descanso, haciendo ejercicio voluntariamente por lo menos una vez al día o más, a pesar de lesiones o enfermedades potenciales; a menudo tienen pensamientos compulsivos sobre la práctica de ejercicio y experimentan síntomas físicos y psicológicos de retirada cuando están privados de hacer ejercicio (Gutiérrez & Ferreira, 2007).

Varios mecanismos fisiológicos han sido relacionados en la adicción a la práctica de ejercicio, como la Adicción al Ejercicio debido a las endorfinas que son neurotransmisores opioides que actúan principalmente como relajantes o como analgésicos endógenos (Kanamaya, Barry, Hudson & Pope 2006 y Kanamaya,

Brower, Wood, Hudson & Pope 2009). Cuando una persona practica deporte rutinariamente hasta cansarse el organismo empieza a producir estas sustancias para aliviar los síntomas y esto le permite poder continuar el trabajo por más tiempo cada día. A medida que pasa el tiempo, se requerirá una cantidad cada vez mayor para poder soportar el dolor, lo que acarreará serias consecuencias. Todo esto produce adicción a las endorfinas (Martínez *et al.*, 2008).

De todos modos, los estudios donde se ha sugerido que la dependencia de la práctica de ejercicio podría ser el resultado de la dependencia sobre los opioides endógenos estimulados por la gran intensidad del ejercicio no han sido concluyentes, ya que la mayoría de las evidencias de la conexión entre la endorfina y la adicción a la práctica de ejercicio se presentan como una teoría asociativa más que como una evidencia causal (Adams, Kirb& Robert, 2003).

1.2.2 Programa “Muévete y Metete en Cintura”

Por todo lo anterior y con el objetivo de erradicar la obesidad en la Ciudad de México, el Gobierno del Distrito Federal puso en marcha el Programa "Muévete y Métete en Cintura" que ha activado a un millón y medio de personas quienes se han puesto en movimiento, han recibido información sobre el plato del buen comer y se han ejercitado durante los fines de semana en los que los activadores físicos de la Secretaría de Salud del DF visitan explanadas, parques públicos, escuelas, oficinas y clínicas del sector salud en las Ferias de la Salud y las decenas de eventos masivos que se han realizado en las 16 delegaciones de la Ciudad de México.

Durante estos actos, nutriólogas y personal especializado realizan mediciones de Índice de Masa Corporal (talla y peso), además de ofrecer planes nutricionales.

Como consecuencia del sedentarismo en los centros de trabajo, que ha incrementado el índice de enfermedades crónico degenerativas, se puso en marcha la Campaña “Muévete y Métete en Cintura en la Oficina”, en la que hoy

participan todas las dependencias del Gobierno del DF y que permite a los trabajadores destinar al menos 10 minutos de su jornada laboral para hacer ejercicios ligeros.

El GDF precisó a través de un comunicado, que la subdirectora de Promoción de la Salud para Grupos de Mayor Riesgo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Mónica Hurtado, refirió que el sobrepeso y la obesidad son el principal problema de salud pública en México y uno de los primeros factores para desarrollar enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus y otros padecimientos cardiovasculares.

Además de una mala alimentación, pues la población carece de información sobre cómo combinar sus alimentos nutritivamente, el sedentarismo incrementa la posibilidad de padecer sobrepeso y obesidad por lo que hay que combatirlo, de ahí que 650 activadores voluntarios son los encargados de ejecutar rutinas de ejercicio.

Cabe destacar que el Programa "Muévete y Métete en Cintura", que forma parte de la "Campaña de Sobrepeso y obesidad, trastornos de la conducta alimentaria en el Distrito Federal" que el Gobierno de la ciudad puso en marcha en el 2008, lleva a empleados de 34 dependencias del Gobierno del DF rutinas de ejercicio con duración de 10 minutos; reciben un plan alimenticio y se someten a una revisión de peso y talla.

En escuelas primarias, secundarias, superiores y medio superiores de la capital padres y madres de familia reciben información de activadores físicos y nutriólogos, "*buscamos que los niños desde su familia tengan hábitos alimenticios correctos*", afirmó.

La Campaña "Muévete y Métete en Cintura", también contempla diversas acciones focalizadas en diferentes entornos sociales, desde niños a adultos mayores, con la finalidad de promover una cultura de la alimentación saludable y de la actividad física entre todos los sectores de la población.

La campaña se fundamenta en el desarrollo de seis estrategias cuyo propósito es lograr una cobertura más amplia de la población en sus entornos y actividades habituales, en cada una de las cuales se emplean diferentes acciones de acuerdo a las características del entorno:

- Muévete con los Grupos de Ayuda Mutua, se realizan actividades de promoción de alimentación correcta y fomento de actividad física en los 188 Grupos conformados en las 16 Jurisdicciones Sanitarias.
- Muévete en la Oficina, con la finalidad de disminuir el sobrepeso u obesidad en las oficinistas, se han capacitado a más de 600 “activadores voluntarios” pertenecientes a 36 dependencias del GDF, lo que da cumplimiento a la Ley para la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad y los Trastornos Alimentarios en el DF. Se realizan rutinas de ejercicios de 10 minutos y se difunden mensajes de alimentación correcta y manejo positivo del estrés; se apoya con un video con rutinas a tiempo real, carteles y folletos para las personas que laboran en oficinas.
- Muévete en la Ciudad, se cuenta ya con 3 puntos de reunión para realizar actividad física en Paseo de la Reforma, dentro del Programa Muévete en Bici.
- Muévete en la Escuela, apoyamos con pláticas de lonchera saludable, orientación con manteletas informativas del Plato del Bien Comer, así mismo se participa activamente con rutinas de ejercicios didácticos y dinámicos.
- Muévete en el Parque, con el apoyo de las diferentes Dependencias del GDF se participa en Jornadas y Ferias de Salud, promoviendo por medio de juegos la adopción de hábitos correctos de alimentación y la realización de actividad física.

El objetivo de la campaña es generar un amplio movimiento social informado y organizado para promover estilos de vida saludables que logren una desaceleración en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la población en

general, a través de acciones de orientación alimentaria y fomento de la actividad física.

Una de las acciones de la campaña para informar a la población, radica en la formación de redes o facilitadores capacitados para replicar la información en su comunidad.

Objetivos Específicos

- Incidir en la modificación de los determinantes del sobrepeso, obesidad y sedentarismo.
- Fomentar la incorporación de la actividad física en la vida cotidiana de la comunidad capitalina, enfatizando en niños y adolescentes.

Áreas de Intervención

- Muévete en la Ciudad
- Muévete en el Parque
- Muévete en tu Oficina
- Muévete en la Escuela
- Muévete en lo Cotidiano
- Muévete por tu Salud

Materiales de intervención

Dos tipos de materiales culturalmente adaptados se han generado de acuerdo a su fin en la Campaña, éstos son educativos y promocionales.

Entre los materiales educativos están dos tipos de trípticos de alimentación saludable, pósters de alimentación y actividad física, dietas por padecimiento y por contenido de energía, guía de activadores, manejo positivo del estrés, video “Muévete y Métete en Cintura” en la oficina y carteles con información de nutrición;

el objetivo principal de estos materiales es informar a los beneficiados en temas de nutrición y actividad física.

Los materiales promocionales son pulseras, playeras, ulaulas, cuerdas, manteletas con el plato del bien comer, pelotas anti-estrés, ligas, tapetes de yoga, entre otros; y su objetivo es dar a conocer la campaña al público en general de forma masiva. Estos materiales también contienen mensajes cortos de la campaña así como su imagen.

Principales Actividades:

- Sesiones de orientación alimentaria con temas como combinaciones saludables, lunch saludable, manejo higiénico de alimentos, entre otros.
- Distribución de material educativo y promocional.
- Detección de sobrepeso y obesidad mediante la determinación del Índice de Masa Corporal (IMC), y circunferencia de cintura.
- Referir a las personas con riesgo a los Centros de Salud para recibir tratamiento específico.
- Impartición de diversas rutinas, orientación sobre la manera adecuada de realizar ejercicio y sobre la actividad recomendable de acuerdo a la edad, sexo y condición física.

Como parte de las estrategias, la Campaña Muévete y Métete en Cintura tiene presencia permanente en un punto de convergencia de las principales avenidas de la entidad los fines de semana, como en el Paseo de la Reforma en las diferentes glorietas, cada fin de semana

1.2.3 Prevalencia

Se ha considerado que este trastorno podría afectar entre el 1 y el 10% de los usuarios habituales de gimnasios. En E.U.A se ha llegado a especular con la cifra de 500.000 a 1.000.000 de afectados, en relación con los diez millones de practicantes del levantamiento de pesas. Igualmente se ha estimado que el 9% de

los hombres que sufre de un trastorno dismórfico podría ser vigorexia, por lo que al menos 90.000 americanos diagnosticados con este trastorno realmente sufrirían de vigorexia (Olivardia, 2001).

En una investigación realizada por Baile, Monroy & Garay, (2003) en la ciudad de Guadalajara en México, el 10% de la muestra de usuarios de gimnasios mostraron una preocupación grave por su imagen corporal, sin embargo, en la primera fase de la investigación no se buscaba realizar diagnóstico de vigorexia.

Es interesante observar que conforme aumenta la conciencia sobre este problema se amplían las investigaciones, tanto en cantidad como en extensión geográfica ya que actualmente se informa la presencia de casos en culturas no occidentales, como en China (Ung, Fones & Ang, 2000) o Sudáfrica (Hitzerotzet *al.*, 2001). En un estudio encontró que el 53.6% de una muestra de culturistas de competición cumplía los criterios para un diagnóstico de Dismorfia muscular y/o vigorexia.

1.2.4 Género

Se cree que es un trastorno típicamente masculino. Prácticamente la totalidad de los trabajos con sujetos afectados se ha realizado con individuos varones. Existen pocos trabajos que hayan incluido población femenina, y los que lo han hecho, como es el caso del estudio de Hitzerotz, en Sudáfrica, ocho de cada diez sujetos diagnosticados son hombres, es decir, que probablemente las cifras estén en torno a un 80% de casos masculinos, frente a un 20% de femeninos.

Sin embargo, si se ha analizado si las mujeres culturistas tienen mejor o peor autoimagen, un estudio observó que el 84% de un grupo de mujeres culturistas estaba severamente preocupado por su imagen corporal y eso las afectaba de forma importante en su vida (Pope, Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997).

La vigorexia es un trastorno específicamente masculino, debido a que está relacionado con las presiones sociales predominantes sobre lo que es bello, que en el hombre es la imagen de un cuerpo musculoso y sin grasa.

1.2.5 Sintomatología

Baile (2005), menciona que las manifestaciones clínicas más importantes de la vigorexia serían:

- Preocupación por ser débil o poco musculoso.
- Incapacidad de ver con objetividad el propio cuerpo, aun teniendo un cuerpo grande y musculado, que deriva en insatisfacción corporal.
- Permanente autoobservación en el espejo para comprobar el tamaño de los músculos.
- Pensamientos obsesivos y permanentes sobre no ser suficientemente grande, ser demasiado pequeño o sobre cómo mejorar de aspecto.
- Pobre conciencia sobre su incapacidad de verse con objetividad.
- Ansiedad o depresión por sentimientos negativos hacia el cuerpo. Autoestima afectada.
- Conductas alteradas con respecto a la imagen corporal, evitación de sitios públicos donde se vea el cuerpo, llevar ropas especiales.
- Necesidad compulsiva de realizar ejercicio con pesas para incrementar el tamaño corporal.
- Afectación de la vida social, familiar y sentimental por el cuidado del cuerpo, el entrenamiento y/o la dieta.
- Excesivo control de la dieta.
- Abuso de esteroides anabolizantes y suplementos alimenticios.

1.2.6 Vigorexia y consumo de sustancias

Una de las tendencias patológicas que se observa en los sujetos vigoréticos, frente a los sujetos no vigoréticos, es su necesidad de incrementar su masa muscular, por lo que son proclives al consumo de hormonas esteroideas. 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, (2005) agrupa a dichas sustancias bajo los siguientes grupos:

- Suplementos alimenticios compuestos fundamentalmente por proteínas presentadas en polvo, barras 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.
- Hormonas del crecimiento humano.
- Diuréticos, insulina, cafeína.
- Esteroides anabolizantes.

Esta última sustancia también es conocida 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 & Grabowski, 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 (Wroblewska, 1997; Peters, Copelad & Dillon, 1999; Baile, 2005). 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, 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 Wroblewska, (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 (Wroblewska, 1997; Peters, Copelad & Dillon, 1999; Baile, 2005). Si en un primer momento el consumo se restringía a deportistas que buscaban superar su rendimiento físico, o culturistas (fisicoculturistas) quienes perseguían la meta de aumentar su musculatura, hoy en día el consumo de esteroides anabolizantes se ha extendido hacia quienes buscan mejorar su apariencia física. Según una investigación publicada por la Universidad de New South Wales, en Sydney, Australia, (Peters, Copelad & 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, (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.

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 (Worblewska, 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.

Debido a 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 satisfacción percibida frente al cuerpo muscularmente trabajado, por parte de un grupo, 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, metandrostenolona y estanozolol. En cambio mediante la vía inyectable se consumen la nandrolona-decanoato, nandrolona-fenpropionato, testosterona cionato y baldononaundecilato. Los dos programas, por su parte, son conocidos bajo los nombres de *stacking* (apilamiento) y *piramidal* (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, para volver a comenzar el mismo con bajas dosis de la sustancia utilizada (Wroblewska, 1997; Baile, 2005; Barlow & Durand, 2006).

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. 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, posee una considerable extensión, y las investigaciones continúan aportando datos a la misma (Wroblewska, 1997; Peters, Copelad & Dillon, 1999; Baile, 2005; Restrepo, Valencia, Rodríguez & Gempeler, 2007). En ambos sexos podemos identificar las siguientes consecuencias: dentro del ámbito cardiovascular se observa un aumento de la presión arterial, arteriosclerosis y vaso-espasmos. Cáncer de hígado, acné, aumento del riesgo de contraer SIDA y/o Hepatitis B y/o C al compartir jeringas, debilidad en los tendones, detención del crecimiento óseo; efectos psiquiátricos, tales como: tendencias suicidas, manía, delirios, agresividad, etc.

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 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).

Gen Kanamaya y sus colaboradores en el 2006 hicieron un estudio para comprobar si la Distorsión de la Imagen Corporal se debía al consumo de esteroides anabolizantes. Se compararon consumidores en la actualidad con personas que consumían en el pasado a corto y largo plazo.

Los hallazgos demostraron que los consumidores de esteroides anabolizantes a largo plazo mostraban una mayor sintomatología asociada a la Dismorfia Muscular, por ejemplo, no mostrar sus cuerpos en público o dejar de lado las actividades placenteras por preocupaciones sobre su cuerpo. Años más tarde, se hallaron evidencias que el consumo de esteroides androgénicos anabolizantes generaba dependencia como si de cualquier droga se tratase, tal vez porque incluye mecanismos opioides. El 30 % de los usuarios estudiados consumidores de estas sustancias desarrollaban una dependencia a dicha sustancia con consecuencias físicas y psicosociales (Kanamaya *et al*; 2009).

El abuso de esta sustancia está siendo ubicado como un tema de los estudios psicosociales significativo emergente, ya que los resultados se ven a corto plazo, por ello, un número de personas recurren a este método para ganar masa muscular de manera rápida desconociendo los efectos que conlleva el consumir

esta sustancia. De esta manera, en los últimos años el uso de estas sustancias se ha difundido tanto en deportistas profesionales como en los amateurs, además de personas tales como las que se dedican a ciertas actividades como el cine, la televisión, el modelaje, etc.

1.3 Vigorexia y trastornos relacionados

1.3.1 Vigorexia y Anorexia Nerviosa

La Anorexia Nerviosa se caracteriza por un “temor morboso a subir de peso y perder el control en la forma de comer” (Barlow & Durand, 2006).

La vigorexia ha sido propuesta en ocasiones como un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), pues los sujetos vigoréxicos tienden a una restricción alimentaria, al uso de fármacos y a la realización de ejercicio excesivo, igual que en la Anorexia Nerviosa (Sandoval Sheik, 2001).

El criterio general que se utiliza para incluir un problema de la salud como TCA es que la principal característica sea una “alteración grave de la conducta alimentaria”, acompañada de “alteraciones en la percepción de la forma y el peso corporales”. En el caso de la anorexia y la bulimia la motivación patológica está en el deseo de delgadez, en el caso de la vigorexia sería el deseo de vigor físico y tamaño muscular.

La vigorexia y la anorexia comparten además la preocupación desmedida por su aspecto físico, la distorsión del esquema corporal, la obsesión por pesar los alimentos, el interés por las comidas, calorías y composición de lo que se ingiere, la autoobservación, pesarse varias veces al día, la supresión de grasas... (De la Serna, 2004).

En ambos casos se busca el cuerpo perfecto con control de alimentos y con la realización de ejercicio. Asimismo, no logran percibir su cuerpo de manera ajustada a la realidad, de tal manera que lo minimizan, es decir, 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.

Un trabajo que comparó a culturistas con estudiantes no culturistas (Anderson, Zager, Hetzler, Nahikian & Syler, 1996) no encontró diferencias entre ambos

grupos en cuanto a sintomatología anoréxica, medida con un cuestionario de trastornos alimentarios, el Eating Disorder Inventory EDI.2, y concluían que los culturistas no presentaban los rasgos típicos de los TCA que presentan las chicas que los tienen. Parece derivarse la idea de que aunque tengan elementos similares, la anorexia y la vigorexia son verdaderamente trastornos diferentes y la vigorexia no puede considerarse un TCA, 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.

Como se mencionó anteriormente la vigorexia y la anorexia nerviosa comparten semejanzas y diferencias. A continuación se presentan en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y Anorexia

| Vigorexia | Anorexia |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> >Se ve delgado y débil (“pequeño”) >Intenta ganar peso >Gusto por la ingesta de proteínas >Más prevalente en hombres >Fármacos para ganar peso >La conducta fundamental es el exceso de ejercicio >Siempre se hace mucho ejercicio. | <ul style="list-style-type: none"> >Se ve gorda >Intenta perder peso >Rechazo por la ingesta de proteínas >Más prevalente en mujeres >Fármacos para perder peso >La conducta fundamental es el rechazo a los alimentos (no comer, vomitar, etc.) >No siempre se hace mucho ejercicio |

1.3.1.1 Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para la Anorexia Nerviosa

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p, ej., 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).

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

C. 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.

D. 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, p. ej., con la administración de estrógenos.

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., 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 atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

1.3.2 Vigorexia y Trastorno obsesivo compulsivo

Así como se relacionó a la Vigorexia con la Anorexia Nerviosa, ésta también ha sido pensada en relación con el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), principalmente por el vínculo directo que existe entre la creencia constante de no poseer el cuerpo deseado y la práctica deportiva, a fin de disminuir la carga afectiva de dicha creencia.

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 & Durand, 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 constantemente, más allá de los intentos de éste por desprenderse de ellas. Todo esto puede hacer pensar que estamos ante un TOC.

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, 2005).

Quienes se encuentran invadidos por las obsesiones propias de la Vigorexia llegan a dedicar 5 horas diarias al pensamiento sobre su estado muscular causando un daño en las áreas académicas, laboral y de relación (Seleri Marques Assunção, 2002).

Por todo esto, existen elementos similares entre la vigorexia y no solo la presencia de pensamientos y conductas recurrentes. Sin embargo, también aparecen diferencias como puede verse en el Cuadro 4.

Cuadro 4. Semejanzas y diferencias entre Vigorexia y TOC

| Vigorexia | TOC |
|--|--|
| <p>>Inicio en la adolescencia o en la juventud</p> <p>>El pensamiento y la conducta pueden variar con tal de tender al fin deseado.</p> <p>> No se acumulan objetos, no hay estilo avaro.</p> <p>>Los pensamientos se centran en el propio aspecto físico.</p> | <p>> Inicio típico en la edad adulta</p> <p>>El pensamiento y la conducta son rígidos, estereotipados y poco flexibles.</p> <p>>Se acumulan objetos y hay estilo avaro.</p> <p>> Los pensamientos se centran en la organización, el orden, la limpieza, etc.</p> |

1.3.2.1 Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el Trastorno obsesivo-compulsivo

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

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

- (1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
- (2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
- (3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
- (4) 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):

- (1) 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
- (2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o 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.

B. 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.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. 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 grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

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

Especificar sí:

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.

1.3.3 Vigorexia y Ortorexia

Bratman definió por primera vez el término en un libro publicado en el año 2000, en los Estados Unidos de Norteamérica, el cual lleva por título “HealthFoodJunkies”. La palabra ortorexia proviene del griego (*ortho*: justo, recto y *orexia*: apetencia) y vendría a significar “apetito justo o correcto”. Pero en realidad se entiende por ortorexia la obsesión por la comida sana, hasta un nivel que cabe considerarse como patológico (Muñoz y Martínez, 2007).

Bratman fue médico generalista y también miembro del movimiento de alimentos naturales de los Estados Unidos de Norteamérica durante 25 años. Fue un fiel seguidor de las dietas restrictivas para curar enfermedades con el propósito de obtener la salud (Muñoz y Martínez, 2007). Ese es el ideal que profesan vegetarianos, frutistas, crudistas, macrobióticos, etc. Muchos de estos seguidores de formas de comer restrictivas acaban suprimiendo grupos de alimentos básicos y pueden llegar al desequilibrio dietético y a la desnutrición.

En la década de los 70's Bratman fue cocinero y agricultor orgánico de una gran comunidad de Nueva York, él se autodenominaba como un “comedor de extremos” que se vio en un vivero de teorías alimentarias de la nueva era, disputadas por gente de diferentes campos dietéticos que poseían un conjunto de pronunciamientos contradictorios sobre lo constituía únicamente en vegetales acabados de recoger del huerto y que masticaba al menos 50 veces antes de tragarlos. Al igual que muchos ortorexicos, sus restricciones dietéticas se fueron volviendo cada vez más inflexibles y animaba a los demás a seguir su ejemplo y a castigarse cuando probaban una pequeña porción de algún alimento que él consideraba prohibido (Muñoz y Martínez, 2007).

Bratman necesitó varios años para lograr cambiar sus hábitos. Entre los acontecimientos que le ayudaron a recuperar una cierta cordura alimentaria se cuenta la aparición de un monje Benedicto que, contra la ley de no llenar el estómago jamás, le hizo ver en un restaurante de carretera la indecencia de dejar comida en el plato. Pero aún más le influyó el hecho de que un anciano pobre le

regalara una pieza de queso Krafft que por piedad no pudo rehusar y que inmediatamente después de haberlo ingerido se sintió curado de su resfriado (Bratman y Knight, 2001).

En la actualidad, Bratman es un profesional de las medicinas alternativas y está haciendo campaña en contra de lo que considera una dedicación excesiva a las dietas estrictas, que pueden impedir que el cuerpo se beneficie de la nutrición básica. Según Bratman (2001), la mayor parte de estas dietas, si se siguen rigurosamente, pueden conducir a la ortorexia que, como muchos de los trastornos alimentarios, parece guardar mayor relación con el control psicológico que con determinados alimentos. Comenta que presenta el problema con el propósito de que la gente reconsidere lo que está haciendo, no tanto como un problema médico.

La Ortorexia es un trastorno de la conducta alimentaria, que se caracteriza por la preocupación de qué comer y la transferencia de los principales valores hacia el acto de comer.

La sintomatología comienza cuando se “quiere mejorar la dieta”, la cual se va convirtiendo en una obsesión. La fijación de la gente por la comida sana les lleva a ingerir solo alimentos procedentes de agricultura ecológica, libres de transgénicos y se olvidan en la mayoría de los casos, incluir en su dieta, carnes o grasas de ningún tipo (Bratman y Knight, 2001). La fijación por lo sano puede producir en el organismo el efecto contrario al deseado, ya que dicha conducta puede acarrear carencias nutricionales.

Además de centrar sus restricciones de la conducta alimentaria en el menú, los ortorexicos también realizan una serie de manías relacionadas con las tareas de cocina, como son: el lavado exagerado de verduras y frutas, la casi nula cocción de los alimentos o la predilección por un determinado utensilio o recipiente, además de una serie de ritos obligados a los que se suma el análisis meticuloso del etiquetado antes de cada compra (Bratman y Knight, 2001).

Las personas adscritas a esta tendencia tienen una gran sensibilidad por evitar los alimentos que contienen o podrían tener colorantes, conservadores, pesticidas, ingredientes genéticamente modificados, grasas poco saludables o contenidos excesivos en sal, azúcares y otros componentes.

La forma de preparación (verduras cortadas de determinada manera) y los materiales utilizados (solo cerámica o sólo madera, etc.) también son parte del ritual obsesivo. Por el contrario, sienten una sensación confortable al configurar y hacer realidad un menú, una ración o un plato elaborado exclusivamente con productos orgánicos, ecológicos, *bio* o con determinados certificados de salubridad. Esta práctica puede conducir muchas veces a que se supriman las carnes, las grasas y algunos grupos de alimentos que, en ocasiones, no se reemplazan correctamente por otros que puedan aportarle los mismos complementos nutricionales (Bratman y Knight, 2001).

Así pues, la ortorexia suele manifestarse en personas con un comportamiento obsesivo-compulsivo. Se ha observado también, que muchas personas que han sufrido de anorexia nerviosa, al recuperarse optan por introducir en su dieta, solo alimentos de origen natural, sin grasa o sin sustancias artificiales. Por lo tanto, sufre esta enfermedad, quien vive con la obsesión de seguir una dieta basada en comida biológicamente pura.

Las personas con ortorexia, son personas muy estrictas, controladas y exigentes consigo mismas y con los demás. Las mujeres, la adolescencia y quienes se dedican a deportes tales como el culturismo, el atletismo y otros, son los grupos más vulnerables, ya que en general son muy sensibles frente al valor nutritivo de los alimentos y su repercusión sobre la figura o imagen corporal.

Siguiendo a Bratman (2001), las claves para identificar si una persona padece de ortorexia serían las siguientes:

- Preocupación excesiva por la calidad de lo que se come más que por el placer y la necesidad de comer.
- Aumento en la calidad de la dieta mientras disminuye la calidad de vida; el problema de la ortorexia es que los alimentos saludables no alimentan el alma, uno piensa más en lo que se mete en la boca que en dar más importancia al resto de facetas de su vida.
- Pensar durante más de tres horas al día en la dieta; en este tiempo se incluye cocinar, hacer la compra, leer acerca de dietas, pensar si un alimento es sano o no.
- Desplazarse grandes distancias para conseguir alimentos especiales: (ecológicos, de importación, puros, sin aditivos, etc)
- Planificación de las comidas de los días siguientes; los ortoréxicos tienden a planear los menús para los próximos días, semanas, etc.
- Ser cada vez más estricto con uno mismo; el ortoréxico se vuelve más rígido en sus hábitos alimentarios lo que le provoca un gran placer.
- Abandonar actividades cotidianas por mantener una dieta saludable; dejan de acudir a citas, de realizar trabajos ya que todo su tiempo lo ocupan con la comida.
- Aumento de la autoestima y la experimentación de un estado místico o de virtud mientras se sigue la dieta correcta. Sentimiento de superioridad hacia aquellos que no siguen esa dieta

Prestar atención a lo que se come y mostrar interés por una alimentación saludable es en general una medida que ayuda a mantener y a potenciar la salud y el bienestar. Sin embargo, cuando la obsesión por “comer sano” se lleva al extremo, cuando la “comida sana” se convierte en una obsesión, llegando a un punto en que todo gira en torno a la comida, en donde se preocupa más por la calidad de los alimentos que por el placer de comerlos, y todo conduce a

restricciones severas con las complicaciones que conlleva, ya sea, enfermedades de salud, como aislarse socialmente, es justamente cuando se puede hacer la diferencia entre, llevar una buena alimentación para tener un estado de salud óptimo, o padecer ortorexia.

La ortorexia y la vigorexia comparten similitudes en cuanto al cuidado de la alimentación, en saber qué es lo que se come y para que se come, sin embargo, existen también diferencias, ya que la persona que sufre ortorexia no está preocupada por el sobrepeso, no tiene una percepción errónea de su aspecto físico, sino que su preocupación se centra en mantener una dieta equilibrada y sana, caso contrario en la vigorexia, en donde hay una percepción alterada de la imagen corporal, concretamente en la masa muscular.

1.3.4 Vigorexia y Trastorno Dismórfico Corporal

Existe otro grupo de trastornos mentales que se ha considerado para la clasificación de la vigorexia; es el de los trastornos somatomorfos. Estos trastornos son aquellos en los cuales los sujetos que los padecen informan de ciertos síntomas físicos que podrían corresponder con alguna enfermedad médica, enfermedad que no existe realmente. Los sujetos no fingen o inventan los síntomas, sino que realmente lo sienten como tales y los creen padecer.

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” (Vallejo Ruiloba, 1991). Es decir, no se presentan evidencias médicas identificables frente al malestar que denuncia el sujeto.

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 Trastorno Dismórfico Corporal (TDC).

Los síntomas más usuales se refieren a defectos imaginarios o de poca importancia en la cara o la cabeza, como son delgadez del cabello, acné, arrugas, cicatrices, manchas vasculares, palidez o enrojecimiento del cutis, hinchazones, asimetría o desproporción facial y vello excesivo en la cara. Estos individuos pueden preocuparse también por la forma, el tamaño u otros aspectos de su nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, mandíbula, barbilla, mejillas y cabeza. Sin embargo, cualquier otra parte del cuerpo puede ser igualmente motivo de preocupación (genitales, pechos, nalgas, abdomen, brazos, manos, piernas, caderas, hombros, columna vertebral, tamaño general del cuerpo, constitución y musculatura). Debido al malestar que les ocasionan las preocupaciones, o bien por otras razones, los individuos con trastorno dismórfico corporal tienden a evitar describir con detalle sus “defectos” y se limitan a hablar siempre de su fealdad. La conciencia del defecto puede llevar a estos individuos a evitar las situaciones laborales y sociales.

Estos individuos pueden consumir gran cantidad de horas al día comprobando su “defecto” ante el espejo o ante cualquier superficie reflectante, como cristales delanteros de automóviles, relojes, etc. Sin embargo, hay sujetos que evitan mirarse al espejo y llegan a tapar los espejos o a retirarlos de su sitio. Otras conductas que tienen como objetivo mejorar el “defecto” incluyen el ejercicio (por ejemplo, levantamiento de pesas), la dieta y el cambio frecuente de ropa. Las personas con este trastorno buscan y reciben tratamientos médicos generales a menudo dermatológicos, odontológicos y quirúrgicos con el fin de corregir sus defectos imaginarios o leves.

La vigorexia ha sido propuesta como una variante del TDC, pues los sujetos manifiestan como síntoma central ver su cuerpo pequeño y débil (Lantz, Rhea& Cornelius, 2002). En esta línea, la vigorexia posee aceptación en la comunidad científica, sin embargo, aún no ha sido incorporada como tal por el principal manual estadístico y diagnósticos, es decir, al día de la fecha el Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) en su cuarta edición revisada del manual no cuenta con el Trastorno Dismórfico Muscular ente los Trastornos Somatoformes. Sin embargo, en esta edición 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.

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 acercar al sujeto al cuerpo deseado. 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.

La expresión del cuadro se asemeja a lo observado en las distintas manifestaciones fenomenológicas del TDC. 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 corregir el defecto percibido.

Lo cierto es que el trastorno de la propia imagen corporal es origen de múltiples problemas psicológicos (Cash & Pruzinsky, 2002).

Mientras no se considere la vigorexia como un trastorno con entidad propia y así sea considerado por la comunidad científica internacional, los sujetos que muestren esta sintomatología podrían ser clasificados en uno de los cuatro trastornos, en función de cuál sea el núcleo central de su trastorno: la conducta alimentaria, la obsesión por la comida sana, la afección de su imagen corporal o sus obsesiones-compulsiones.

Con la información disponible, quizá la vigorexia encaja mejor como una variante del TDC, dado que su excesiva preocupación por su imagen corporal parece ser el síntoma central de la patología, sobre la cual se desarrollan las demás.

En definitiva, parece que la vigorexia es un TDC y más concretamente un Trastorno Dismórfico Muscular (TDM).

1.3.4.1 Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el Trastorno Dismórfico Corporal

- A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.

- B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

Como se revisó en el primer capítulo, actualmente lo externo es lo que importa, el cuerpo ha adquirido un valor tan importante para las personas ya que les otorga diferentes aspectos, tales como “fuerza, poder, éxito, etc”.

Por otro lado, la vigorexia es un trastorno en donde existe una preocupación por ser débil o poco musculoso, una incapacidad de ver con objetividad el propio cuerpo, en donde los sujetos se ven demasiados delgados lo que origina una práctica de ejercicio excesivo. Asimismo, ha sido relacionada con diferentes patologías, sin embargo, encaja más como una variante del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), siendo la imagen corporal un factor relevante en la vigorexia. Por ello, en el siguiente capítulo se explicara esta variable psicológica tan importante para conocer en que consiste y de que aspectos se compone.

CAPITULO II. IMAGEN CORPORAL

2.1 Definición de imagen corporal

El concepto de imagen corporal es un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría, la medicina en general o incluso la sociología. Es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria.

Bruch (1962) proponiendo los rasgos psicopatológicos de las pacientes anoréxicas, puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno, a partir de ese momento se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para detenerla.

Existen numerosos términos utilizados actualmente en este campo, que son cercanos conceptualmente, similares en algunos aspectos, o incluso sinónimos, pero que no han sido consensuados por la comunidad científica. Por ejemplo: Imagen Corporal, Esquema Corporal, Satisfacción Corporal, Estima Corporal, Apariencia, Apariencia corporal, y dentro de las alteraciones se habla de Trastorno de la Imagen Corporal, Alteración de la Imagen Corporal, Insatisfacción Corporal, Dismorfia Corporal, Insatisfacción Corporal o Distorsión perceptiva corporal.

Thompson, Heinberg, Altabe&Tantleff-Dunn (1998), recogen una serie de definiciones de imagen corporal y términos cercanos, como “satisfacción corporal”, “exactitud de la percepción del tamaño”, “satisfacción con la apariencia”, etc, intentando definir más precisamente cada término. El uso de una expresión u otra depende más de la orientación científica del investigador, o del aspecto concreto de la imagen corporal que se va a investigar.

La imagen corporal es definida por Raich (2000) como un “constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.”

La imagen corporal es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (Rosen, 1995).

Otros autores como Slade (1994), centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, la define así: “la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”

Es importante mencionar que no se dispone de una definición rotunda de imagen corporal, ya que se está hablando de un constructo multidimensional, sin embargo, se puede hacer una definición integradora de ésta: “la imagen corporal, es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas”.

La imagen corporal se compone de diversas variables Cash &Pruzinsky (1990):

- Aspectos perceptivos: precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.
- Aspectos cognitivos-afectivos: incluye pensamientos, actitudes, sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.
- Aspectos conductuales: incluye las conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, etc.

Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene porqué haber un buen correlato con la realidad. Este concepto amplio de imagen corporal, tiene las siguientes características:

1.- Es un concepto multifacético.

2.- La imagen corporal esta interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia.

“Cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente con cómo nos percibimos a nosotros mismos”

3.- La imagen corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.

4.- La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.

5.- La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.

6.- La imagen corporal influye en el comportamiento.

La imagen corporal va construyéndose evolutivamente. Así, en diferentes etapas de la vida vamos interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo. Inicialmente en función de su ubicación en el espacio y a partir de su relación con los demás.

Los bebés hacia los 4-5 meses empiezan a distinguir entre ellos, los objetos externos y sus cuidadores, hacia los 12 meses comienzan a andar y explorar el entorno. Los niños entre el año y los 3 años experimentan la relación entre el cuerpo y el ambiente, con el desarrollo de habilidades motoras y el control de esfínteres. A partir de los 4-5 años, los niños comienzan a utilizar el cuerpo para describirse a sí mismos y vivenciarlo en sus fantasías, se integran así los sentidos de la vista, el tacto, el sistema motor y sensorial. En la adolescencia se vive el cuerpo como fuente de identidad, de auto-concepto y autoestima. Es la etapa de la introspección y el auto-escrutinio, de la comparación social y de la autoconciencia de la propia imagen física y del desenvolvimiento social, que podrá dar lugar a la mayor o menor insatisfacción con el cuerpo.

2.2 Imagen corporal y autoestima

La imagen corporal está relacionada con la autoestima, que es la capacidad de tener confianza y respeto por sí mismo. La autoestima es una importante variable psicológica, por lo cual, ha sido definida por diversos autores. Wilber (1995), señala que la autoestima está vinculada con las características propias del individuo, el cual hace una valoración de sus atributos y configura una autoestima

positiva o negativa, dependiendo de los niveles de consciencia que exprese sobre sí mismo. El autor indica que la autoestima es base para el desarrollo humano. Indica que el avance en el nivel de consciencia no sólo permite nuevas miradas del mundo y de sí mismos, sino que impulsa a realizar acciones creativas y transformadoras, impulso que para ser eficaz exige saber cómo enfrentar las amenazas que acechan, así como realizar las aspiraciones que nos motivan.

Coopersmith (1995), sostiene que la autoestima es la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a si mismo. Esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno. Por tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo. Por su parte, Rosemberg (1996), señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia uno mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

Es en el núcleo familiar donde el niño y la niña adquieren las bases para construir una adecuada o inadecuada autoestima. Las actitudes de la madre y el padre son las que permitirán a los hijos el desarrollo de la confianza en sí mismos, la capacidad de valorarse y valorar a los demás y, por lo tanto, una adecuada autoestima.

Los padres actúan como "espejos" que reflejan las cualidades y defectos de sus hijos. Este mirarse en el espejo de los padres dará como resultado la seguridad personal; así, si los padres reflejan sólo las cualidades o sólo los defectos, promoverán en sus hijos, una imagen escindida, insegura y temerosa para dar y recibir.

En el inicio de la adolescencia, es común que exista preocupación por los cambios físicos e incertidumbre acerca de la propia apariencia física. Así, los hombres

pueden estar preocupados por el tamaño del pene, la presencia del bello en el pecho y en el pubis, la aparición del bigote, la complexión del tórax, el cambio de la voz y la primera eyaculación, mientras que las mujeres pueden sentir vergüenza por el tamaño de los senos o preocuparse por el tamaño de las piernas, la acumulación de grasa en el cuerpo y el inicio temprano o tardío de la menstruación.

A ambos sexos les puede incomodar la aparición de espinillas, la sudoración, la desproporción de sus cuerpos y las diferencias corporales entre ellos. Tal vez se sientan menos por ser más bajitos que sus compañeros o muy altos, o si son delgados o gordos, o si tienen diferentes tonalidades de piel.

Conforme el adolescente se acostumbra a los cambios empieza la preocupación por su apariencia, el deseo de poseer un cuerpo más atractivo y la fascinación por la moda. Al finalizar la adolescencia deberá existir una aceptación del cuerpo y por lo tanto una imagen corporal satisfactoria y una adecuada autoestima.

Una adecuada autoestima permite a los adolescentes crecer, sentirse orgullosos de sí mismos, reconocer sus cualidades y defectos e internalizar una imagen corporal positiva y sin culpas.

2.2.1 Autoestima alta

Una persona con autoestima alta, vive, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor; siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias decisiones y en que ella misma significa su mejor recurso. Al apreciar debidamente su propio valer está dispuesta a valorar y respetar el valer de los demás; por ello solicita su ayuda, irradia confianza y se acepta totalmente a sí misma como ser humano (Rodríguez, 1988).

La autoestima alta no significa un estado de éxito total y constante; es también reconocer las propias limitaciones y debilidades y sentir orgullo sano por las habilidades y capacidades.

Todo ser humano tiene momentos difíciles, cuando el cansancio le abruma, los problemas se acumulan y el mundo y la vida le parecen entonces insostenibles. Una persona con autoestima alta toma estos momentos de depresión o crisis como un reto que pronto superará para salir adelante con éxito y más fortalecida que antes, ya que lo ve como una oportunidad para conocerse aún más y promover cambios (Rodríguez, 1988).

2.2.2 Autoestima baja

Las personas que pasan la mayor parte de su vida con una autoestima baja, piensan que no valen nada o muy poco. Estas personas esperan ser engañadas, pisoteadas, menospreciadas por los demás, y como se anticipan a lo peor, lo atraen y por lo general les sucede. Como defensa se ocultan tras un muro de desconfianza y se hunden en la soledad y el aislamiento. Así, aisladas de los demás se vuelven apáticas, indiferentes hacia mismas y hacia las personas que las rodean. Les resulta difícil ver, oír y pensar con claridad. El temor es un compañero natural de esta desconfianza y aislamiento (Rodríguez, 1988).

Los sentimientos de inseguridad e inferioridad que sufren las personas con autoestima baja, las llevan a sentir envidia y celos de los que otros poseen, lo que difícilmente aceptan, manifestándose con actitudes de tristeza, depresión, renuncia y aparente abnegación, o bien con actitudes de ansiedad, miedo, agresividad y rencor (Rodríguez, 1988).

2.3 Imagen corporal positiva

Tener una imagen corporal positiva significa, en la mayoría de los casos, verse a sí mismo de manera precisa, sentirse cómodo con el propio cuerpo y sentirse bien con la apariencia, aunque también es común luchar con la imagen corporal, sin

importar quién se es, es decir, las personas que aceptan su apariencia y se sienten bien con su cuerpo tienen una imagen corporal positiva en la mayoría de los casos. Quizá su apariencia no coincide con los ideales de la familia o de los medios de comunicación. Sin embargo, han aprendido a sentirse satisfechos de su apariencia.

No es necesario ser delgado o alto o tener alguna otra característica física específica para tener una imagen corporal positiva. No importa cómo sea el aspecto físico. Tener una imagen corporal positiva consiste en pensar cómo las personas se sienten físicamente. Muchas personas con una imagen corporal positiva saben que no tienen el cuerpo que quisieran tener. Sin embargo, lo aceptan, y se aprecian como son.

Las personas con una imagen corporal positiva también entienden que su apariencia no determina su autoestima.

Se tiene una imagen corporal positiva si:

- Existe una percepción clara y “verdadera” del cuerpo.
- Se está a gusto con el cuerpo y se entiende que el aspecto físico de una persona dice muy poco sobre su carácter y valor personal
- No se pierde el tiempo preocupándose en torno a la comida, el peso y las calorías.

La formación de la imagen corporal es un proceso que va cambiando, a lo largo de la vida esta imagen puede ir modificándose hacia una mayor aceptación, o al contrario, hacia un rechazo total.

2.4 Imagen corporal negativa

Se crea una imagen corporal negativa cuando alguien piensa que su cuerpo no está a la altura de los ideales de la familia, de la sociedad o de los medios de comunicación. Muchas personas consideran que no cumplen con las expectativas, sobre todo cuando se comparan con los estereotipos de belleza que se ven comúnmente en los medios de comunicación.

A diferencia de las personas con una imagen corporal positiva que se sienten satisfechas con su imagen, las personas con una imagen corporal negativa suelen sentirse insatisfechas. Incluso, es probable que no se vean como realmente son. Las personas con una imagen corporal negativa se miran en el espejo y se ven a ellas mismas o a ciertas partes del cuerpo más grandes o más pequeñas o de algún modo diferente de cómo son en la realidad.

Se tiene una imagen corporal negativa cuando:

- Se valoran de una manera equivocada las formas corporales y se ven las partes del cuerpo como no son realmente.
- Se esté convencido de que solamente otras personas son atractivas, y se consideran estas medidas como éxito y valía personal
- Exista vergüenza y ansiedad por el cuerpo.
- Se sienten incómodos y raros en el propio cuerpo.
- No se aceptan como son. Se sienten enajenados

2.5 Formación de la imagen corporal negativa

En la formación de la imagen corporal existen dos variables importantes, la importancia de la imagen corporal para la autoestima y la satisfacción o insatisfacción con la misma.

En la formación de una imagen corporal negativa confluyen factores históricos o predisponentes, siendo estos:

a) Sociales y culturales: proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración de la delgadez, la estigmatización de la gordura, la falacia sobre la manipulación del peso y del cuerpo). Toro (1988) señala la presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad como factor predisponente.

b) Modelos familiares y amistades: El modelado de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo y prestando una excesiva atención hace que un niño (a) aprenda esas actitudes. Por otro lado, ser criticado o sufrir burlas hacia el cuerpo por parte del grupo de iguales hace a una persona más vulnerable.

c) Características personales: la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos.

d) Desarrollo físico: los cambios de la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las características del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad.

e) Otros factores: la obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, haber fracasado en deportes, las experiencias dolorosas con el cuerpo, etc. sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente a una persona sobre su apariencia física.

Todos estos factores dan lugar a la construcción de la imagen corporal, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen latentes hasta la aparición de un suceso. Influirá asimismo cómo nos respondan los demás (Feedback positivo o negativo)

Pero la imagen corporal no es inamovible, sino que puede cambiar a lo largo de la vida, tiene un fuerte anclaje en la infancia y adolescencia, pero está mantenida por diversas circunstancias y maneras de interpretarlas del momento actual.

Como se revisó en el capítulo 2, la imagen corporal es crucial para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos (vigorexia) y de la conducta alimentaria. Es un concepto multifacético que se compone de diversas variables, que cambia a lo largo del tiempo en función de las influencias sociales y de las propias experiencias. De igual manera, está relacionada con la autoestima.

Ahora bien, una vez que se ha expuesto a la vigorexia y a la imagen corporal, en el capítulo siguiente se abordará lo referente a la metodología que se llevó a cabo para la presente investigación.

CAPÍTULO III. MÉTODO

3.1 Justificación

Si bien, la vigorexia es un trastorno poco estudiado en México, y podría tornarse de poca importancia en una población que tiene el primer lugar mundial en obesidad, la población es bombardeada con imágenes estéticas idealistas que llevan a crear insatisfacción con el cuerpo, aumentando la tendencia de que hombres jóvenes posiblemente desarrollen un trastorno como la vigorexia, sin conocer las causas y deterioros en la salud que contrae a largo plazo, y bajo el pretexto de combatir el problema de obesidad que aqueja al país, la importancia de hacer ejercicio ha aumentado haciendo que las personas acudan con mayor frecuencia a los gimnasios. Así como la obesidad es un asunto de salud preocupante, también debería serlo el desarrollo de este trastorno dismórfico corporal; por lo tanto, con este estudio se pretende observar la insatisfacción y satisfacción con la imagen corporal en hombres, asociada con los rasgos vigoréxicos.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo se relaciona la imagen corporal con los rasgos vigoréxicos en hombres de 18 a 40 años?

3.3 Objetivos

Los objetivos de la investigación son:

Objetivo general:

- Evaluar de qué manera la imagen corporal se relaciona con los rasgos vigoréxicos.

Objetivos específicos:

- Explorar la presencia de insatisfacción y satisfacción en la imagen corporal en hombres con rasgos vigoréticos y sin rasgos vigoréticos.
- Conocer cómo se relaciona la imagen corporal con los rasgos vigoréticos
- Indagar de qué manera se relaciona el sufrir burlas en la infancia con la insatisfacción de la imagen corporal y el desarrollo de rasgos vigoréticos

3.4 Definición de variables

- Vigorexia

Conceptual: Trastorno recientemente investigado que afecta a hombres (en su mayoría) de entre 17 y 35 años, y está caracterizado por una preocupación excesiva por la imagen corporal, ejercicio excesivo, una alimentación rigurosa baja en grasas y alta en proteínas, así como, el consumo de drogas legales e ilegales, suplementos alimenticios y energéticos con el fin de aumentar la masa muscular y tener la energía suficiente para pasar largas horas en el gimnasio a pesar de lesiones o enfermedades, ya que los hombres que padecen este trastorno se perciben débiles y su único fin es transformar su cuerpo para ser más atractivos, ganando masa muscular y perdiendo grasa.

Operacional Escala de Adicción General Ramón y Cajal. Los rasgos vigoréticos dentro del estudio, se determinaron de acuerdo con los puntajes obtenidos en dicha escala. Puntajes de 0-16 indican rasgos no vigoréticos. Puntajes por arriba de los 23 indican rasgos vigoréticos.

Cabe mencionar, que en nuestro estudio no hablamos de vigorexia como tal; ninguno de los participantes de nuestra investigación está diagnosticado con el trastorno, solo se habla de rasgos vigoréticos ya que no hay un conocimiento

social acerca de su existencia, es decir, no es considerado por la comunidad científica internacional. Asimismo, porque aún no ha sido incorporado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión (DSM-IV) y no cuenta con una entidad nosológica propia.

- Imagen corporal

Conceptual: la imagen corporal es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas”.

Operacional: Puntuación obtenida en cada uno de los siguientes instrumentos:
Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)
(modificada para fines del estudio)
Cuestionario de Imagen Corporal para la Detección Temprana de Trastornos de la Conducta Alimentaria (modificada para fines del estudio)

3.5 Tipo de estudio

Descriptivo-correlacional

3.6 Diseño del estudio

Diseño no experimental transversal correlacional.

3.7 Participantes

Para la presente investigación, fue considerada una muestra no probabilística de 96 hombres con una edad entre 18 y 40 años.

61 de los participantes son usuarios de gimnasios del sur de la ciudad de México.

35 de los participantes practican algún deporte dentro de las instalaciones de Ciudad Universitaria.

3.8 Criterios de inclusión

Hombres con una edad entre 18 y 40 años que fueran usuarios de gimnasios del sur de la ciudad de México, y que pasaran en ellos por lo menos cinco horas a la semana dedicadas al entrenamiento.

Hombres con una edad entre 18 y 40 años que practicaran algún deporte dentro de las instalaciones de Ciudad Universitaria y que dediquen por lo menos cuatro horas a la semana al entrenamiento.

3.9 Criterios de eliminación

Que los instrumentos aplicados se encuentren incompletos porque faltaron reactivos por responder

3.10 Instrumentos

- Cuestionario de datos sociodemográficos: edad, peso, horas de entrenamiento y dieta.
- Para evaluar rasgos vigoréticos se utilizó la Escala tipo Likert Adicción General Ramón y Cajal. Esta prueba se estructura sobre la base de 11 ítems que valoran cuatro dimensiones relacionadas con la adicción: abstinencia, tolerancia, carencia de control y ansiedad. Es una escala de carácter general que puede resultar factible adaptarla a diversas adicciones, entre ellas la del deporte.
- Para evaluar la insatisfacción de la Imagen corporal se utilizó la escala tipo Likert Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). La escala en su versión inicial estaba compuesta por 41 ítems que evalúan tres aspectos somáticos: apariencia, forma física y salud/enfermedad, sin embargo, fue modificada y ajustada para fines del presente estudio ya que había ítems que no estaban enfocados al concepto de imagen corporal manejado en la investigación, por ejemplo: presto atención al cuidado de mi pelo, Debido a esto, fueron excluidos los ítems relacionados con el aspecto “apariencia”.

- Para evaluar la satisfacción con la imagen corporal se empleó el Cuestionario de Imagen Corporal para la Detección Temprana de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Esta escala permite identificar la percepción de dicha imagen corporal en Trastornos de la Conducta Alimentaria y en otros nuevos trastornos que tienen en la base una percepción desajustada de la imagen corporal. La escala en su versión inicial estaba compuesta por 28 ítems, sin embargo, fue modificada y ajustada para fines del presente estudio con el propósito de que estuviera situada a la imagen corporal ya que la vigorexia es un trastorno dismórfico corporal y no un trastorno de la conducta alimentaria. Por lo tanto, los ítems que correspondían a la anorexia y ortorexia fueron excluidos por lo antes mencionado.
- Cuestionario de Antecedentes. Como se menciona en la literatura, el trastorno de la Imagen corporal tiene su origen en múltiples factores psicológicos. Con base en esto, se decidió aplicar un cuestionario denominado “Burlas en la Infancia” para conocer si dicho factor se relaciona con la presencia de rasgos vigoréxicos.
Está compuesto por 9 ítems tipo Likert que evalúan antecedentes de la infancia relacionados con burlas que pudieran influir en la percepción de su imagen corporal.

3.11 Procedimiento

1. Se estructuró la batería aplicada.
2. Se observó a los candidatos (usuarios de gimnasio y deportistas) más afines a los criterios de inclusión dentro de los gimnasios del sur de la Ciudad de México.
3. Se explicó de manera breve los fines de la investigación y la manera en la que los participantes debían contestar el instrumento.
4. Una vez obtenida su autorización verbal se procedió a proporcionarles el material en el que se encontraban impresos un pequeño apartado de datos

sociodemográficos y los cuatro cuestionarios correspondientes (dos evaluando imagen corporal, uno rasgos vigoréticos y uno más de antecedentes).

5. Se aclararon dudas de los participantes que lo requerían y se agradeció su colaboración.
6. Una vez recabados los datos tanto de usuarios de gimnasios como deportistas, fueron capturados para su análisis estadístico dentro del programa SPSS versión 20.
7. Para la confiabilidad de las escalas se realizó el análisis estadístico Alpha de Cronbach's. Todas las escalas tuvieron una confiabilidad aceptable, excepto la de satisfacción de la imagen corporal. Los resultados se muestran en la **Tabla 1**.
8. Con el total de la muestra se diseñaron dos grupos de contraste, quedando de la siguiente manera: 37 CON rasgos vigoréticos, 21 SIN rasgos vigoréticos y 38 se localizaron en "puntajes medios", obtenidos de la Escala de Adicción General Ramón y Cajal (0-16 puntos SIN rasgos vigoréticos, 17-22 puntajes medios y de 23 puntos en adelante CON rasgos vigoréticos).
9. Se procedió a analizar la variables sociodemográficas (edad, peso, horas de entrenamiento, dieta y tipo de deporte) de acuerdo con los grupos de contraste antes mencionados.
10. Se aplicó la prueba estadística t de Student para comparar los grupos conformados en las variables de imagen corporal y antecedentes de "Burlas en la Infancia".
11. Por último, se decidió hacer un análisis estadístico de ji cuadrada con el propósito de observar en qué tipo de deporte se presentaban más individuos con rasgos vigoréticos, dado que la literatura menciona que el ejercicio también puede convertirse en factor de riesgo para determinadas patologías. De manera que, de los 37 participantes con rasgos vigoréticos, 12 practican algún deporte y de los 21 participantes sin rasgos vigoréticos, 4 practican algún deporte.

TABLA 1. CONFIABILIDAD DE LAS CUATRO ESCALAS APLICADAS.

| Escala | Alfa de Cronbach | Cantidad de reactivos |
|---------------------------------------|------------------|-----------------------|
| Insatisfacción de la imagen corporal | .77 | 38 |
| Satisfacción de la imagen corporal | .65 | 11 |
| Vigorexia | .74 | 11 |
| Antecedentes de burlas en la infancia | .89 | 9 |

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En primer lugar, la muestra se dividió en dos grupos: con y sin rasgos vigoréticos, cuyos tamaños fueron 37 y 21, respectivamente, el resto se ubicó en “puntajes medios”. La división de los grupos se realizó de acuerdo con los puntajes especificados en la Escala de Adicción General Ramón y Cajal

En cuanto a las características sociodemográficas, se puede ver en la tabla 2, que los participantes con y sin rasgos vigoréticos son, en su mayoría, adultos jóvenes cuya edad oscila alrededor de los 23-24 años. También se puede ver que hay un mayor porcentaje de individuos con más peso en el grupo con presencia de rasgos vigoréticos. Asimismo, en este mismo grupo se observa que un poco más del 50% llevan un régimen alimenticio más controlado que aquellos sin rasgos vigoréticos. En cuanto a las horas de entrenamiento se observa que no hay diferencia entre los grupos con y sin rasgos vigoréticos.

Al hacer un análisis para determinar si había diferencias entre estos grupos respecto a las variables sociodemográficas, se encontró que sólo las diferencias en peso y dieta fueron significativas (véase tabla 3).

Por último, en la tabla 4 se observa que, de los 35 deportistas participantes, el fútbol americano y el box son los deportes predominantes dentro de la muestra.

TABLA 2. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PARTICIPANTES CON Y SIN RASGOS VIGORÉXICOS

| Variable | Presencia de rasgos vigoréxicos | | | |
|---|---------------------------------|------------|-----|------------|
| | Con | | Sin | |
| | f | Porcentaje | f | Porcentaje |
| Edad (años) | 24 | 13.8 | 23 | 20.7 |
| Peso (kgs) | 75 | 17.2 | 70 | 13.8 |
| Horas de entrenamiento (horas x semana) | 10 | 51.7 | 10 | 44.8 |
| Hace dieta | 18 | 31.0 | 10 | 17.2 |
| N | 37 | 38.5 | 21 | 21.8 |

Nota: las frecuencias absolutas presentadas corresponden a la moda en cada variable, excepto en Hace dieta en donde se presenta, en ambos grupos, el porcentaje de los que respondieron Sí a esta pregunta.

TABLA 3. DIFERENCIAS ENTRE LOS PARTICIPANTES CON Y SIN RASGOS VIGOREXICOS EN LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

| Variables Sociodemográficas | Presencia de rasgos vigoréticos | | | | t | p |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|-------|---------------------|----------------|------|
| | Con | | Sin | | | |
| | Media | Desviación estándar | Media | Desviación estándar | | |
| Edad | 26.59 | 7.70 | 25.86 | 7.01 | 0.37 | .710 |
| Peso | 81.10 | 12.09 | 73.37 | 10.62 | 2.58 | .012 |
| Horas de entrenamiento | 2.38 | 0.86 | 2.24 | 0.78 | 0.63 | .532 |
| | f | Porcentaje | f | Porcentaje | X ² | p |
| Hace dieta | 18 | 31.0 | 10 | 17.2 | 4.41 | .036 |

TABLA 4. TIPOS DE DEPORTE QUE PRACTICABAN LOS 35 DEPORTISTAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.

| DEPORTE | PORCENTAJE |
|------------------|------------|
| Box | 25.7 |
| Futbol americano | 25.7 |
| Futbol soccer | 14.3 |
| Artes marciales | 34.3 |

Posteriormente, se aplicó la prueba estadística t de student para comparar las puntuaciones promedio de los grupos con y sin rasgos vigoréticos, en las variables de imagen corporal. Los resultados se muestran en la tabla 5.

TABLA 5. DIFERENCIAS EN SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL ENTRE LOS GRUPOS CON Y SIN RASGOS VIGORÉTICOS.

| Escala | Presencia de rasgos vigoréticos | | | | t | p |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------|-------|---------------------|-------|------|
| | Con | | Sin | | | |
| | Media | Desviación estándar | Media | Desviación estándar | | |
| Insatisfacción de la imagen corporal | 71.53 | 9.60 | 66.39 | 8.05 | -2.13 | .037 |
| Satisfacción de la imagen corporal | 14.84 | 2.47 | 12.44 | 1.80 | -4.00 | .000 |

El análisis mostró que existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la escala de insatisfacción de la imagen corporal y la escala de satisfacción de la imagen corporal. Por lo tanto, los participantes con rasgos vigoréticos tienen mayor insatisfacción con su imagen corporal ($71,53 \pm 9,60$), al analizar la primera escala. En la segunda escala se puede observar que quien tiene rasgos vigoréticos está más satisfecho con su imagen corporal ($14,84 \pm 2,47$).

Por otra parte, los participantes sin rasgos vigoréticos tienen menor insatisfacción con su imagen corporal ($66,39 \pm 8,05$), analizando la primera escala. En la segunda escala observamos que los participantes sin rasgos vigoréticos están menos satisfechos con su imagen corporal ($12,44 \pm 1,80$).

A continuación se muestran los resultados obtenidos de la escala “Burlas en la Infancia”.

TABLA 6. DIFERENCIAS EN LA ESCALA DE “BURLAS EN LA INFANCIA” ENTRE LOS GRUPOS CON Y SIN RASGOS VIGORÉXICOS.

| Escala | Presencia de rasgos vigoréxicos | | | | t | p |
|-------------------------|---------------------------------|---------------------|-------|---------------------|-------|------|
| | Con | | Sin | | | |
| | Media | Desviación estándar | Media | Desviación estándar | | |
| “Burlas de la infancia” | 15.13 | 5.99 | 12.06 | 6.28 | -1.90 | .062 |

El análisis mostró que la diferencia entre los grupos en la escala “burlas en la infancia” no es estadísticamente significativa. Por lo tanto, estos antecedentes no influyen en el desarrollo de rasgos vigoréxicos.

Finalmente, se presenta la tabla 7 que muestra la relación entre el tipo de deporte y los rasgos vigoréxicos y no vigoréxicos. La finalidad de incluir este análisis estadístico es porque la literatura menciona que el ejercicio puede convertirse en un factor de riesgo para determinadas patologías.

TABLA 7. RASGOS VIGORÉXICOS/NO VIGORÉXICOS Y TIPO DE DEPORTE

| Deporte | Presencia de rasgos vigoréticos | | | |
|-----------------|---------------------------------|------------|-----|------------|
| | Con | | Sin | |
| | f | Porcentaje | f | Porcentaje |
| Box | 6 | 37.5 | 0 | 0.0 |
| Americano | 3 | 18.8 | 1 | 6.2 |
| Artes marciales | 1 | 6.2 | 3 | 18.8 |
| Futbol | 2 | 12.5 | 0 | 0.0 |
| Total | 12 | 75.0 | 4 | 25.0 |

$$X^2 = 8.000, \text{ gl} = 3, p = .046$$

Como se observa en la tabla anterior, el deporte que presenta más participantes con rasgos vigoréticos es el box. Mientras que las artes marciales, es el deporte que incluye a más participantes sin rasgos vigoréticos. El valor significativo de X^2 indica que hay una dependencia entre el tipo de deporte y la presencia de rasgos vigoréticos.

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en el presente trabajo señalan que:

Respecto a la edad de los participantes, la media entre los dos grupos de comparación (con rasgos vigoréticos y sin rasgos vigoréticos) no representa una diferencia estadísticamente significativa, pues se encuentran ambas medias dentro del parámetro de edad que marca la literatura.

En cuanto a la variable peso, se observa una diferencia estadísticamente significativa en los participantes con rasgos vigoréticos, lo que puede indicar que efectivamente presentan un mayor desarrollo en su musculatura en comparación con aquellos que no presentan rasgos vigoréticos, pues estos participantes pueden no preocuparse por aumentar su masa muscular.

En cuanto a las horas que los participantes de cada grupo (con rasgos vigoréticos y sin rasgos vigoréticos) dedican a su entrenamiento, se observa que no hay diferencias significativas, por lo tanto las horas de entrenamiento no son proporcionales a la masa muscular de cada participante.

Por otra parte, la diferencia que existe entre los grupos respecto a la dieta es estadísticamente significativa. Los participantes con rasgos vigoréticos efectivamente se apegan a un régimen de alimentación más estricto que los participantes que no presentan rasgos vigoréticos. Esto podría reflejar lo que menciona Baile (2005) en cuanto al excesivo control de la dieta que llevan a cabo los vigoréticos.

Finalmente, en las variables sociodemográficas tipo de deporte, se observa que la mayoría de la muestra se encuentra entre los que practican box y fútbol americano. Este dato será de gran utilidad más adelante al momento de retomar los rasgos vigoréticos y tipo de deporte, y ayudará al análisis que se hará posteriormente.

Antes de tocar lo referente a la correlación central de esta investigación es importante recordar que previamente se ha mencionado que los participantes se

han separado en dos grupos: con rasgos vigoréticos y sin rasgos vigoréticos, de acuerdo con los puntajes previamente establecidos por los propios instrumentos. Ahora bien, habiendo hecho la aclaración anterior, se observa que con base en los resultados obtenidos, en cuanto a *insatisfacción de la imagen corporal*, los sujetos con rasgos vigoréticos están más insatisfechos con su esquema corporal y los sujetos sin rasgos vigoréticos parecen estar menos insatisfechos.

Por otro lado, en cuanto a *satisfacción de la imagen corporal*, los sujetos con rasgos vigoréticos están más satisfechos con su esquema corporal y los sujetos sin rasgos vigoréticos parecen estar menos satisfechos.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, la imagen corporal juega un papel muy importante para el desarrollo de la vigorexia, ya que al haber insatisfacción del esquema corporal el sujeto no percibirá su cuerpo de manera ajustada a la realidad dando lugar a que existan subestimaciones sobre el aspecto físico. Esto orillará al sujeto a llevar a cabo diferentes comportamientos para que su apariencia cambie, de tal manera que se sienta bien consigo mismo, en cuanto a su cuerpo. Una de las conductas primordiales será la realización de ejercicio, ya sea mediante el levantamiento de pesas o mediante la práctica de algún deporte.

Pope, Katz y Hudson (1993) mencionaron que el ejercicio también puede convertirse en factor de riesgo para determinadas patologías. Con base en esto, se encuestaron a usuarios que practicaran algún deporte, con la finalidad de observar si efectivamente el deporte podría ser un factor de riesgo para desarrollar rasgos vigoréticos. El resultado fue sorprendente, ya que se esperaba que el deporte que arrojara un mayor número de participantes con rasgos vigoréticos fuera el fútbol americano debido a que es uno de los deportes de contacto más competitivos en donde se requiere de una gran disciplina y entrenamiento físico. Sin embargo, en el estudio, el deporte que arrojó un mayor número de participantes con rasgos vigoréticos fue el box. Se cree que este deporte guarda una mayor relación con la vigorexia debido a la preparación que lleva a cabo un boxeador, la cual es una tarea muy ardua, en donde existe un acondicionamiento físico muy riguroso, un adiestramiento técnico estricto, una alimentación extrema y

un inflexible límite de peso, el cual varía de acuerdo con la división a la que el boxeador pertenece.

Si se compara con el entrenamiento de un vigorético se encuentran elementos similares en cuanto a la cultura física, el entrenamiento extremo y la alimentación. Estos aspectos serán de suma importancia tanto para el boxeador como para el vigorético, pues serán el pilar por el cual deberán someterse constantemente si desean mantener una “buena salud y una condición física perfecta”.

De acuerdo con lo antes señalado, se dice que la imagen corporal no determina en su totalidad que una persona desarrolle rasgos vigoréticos o padezca el trastorno como tal, es decir, no es el único factor para que una persona sea víctima del trastorno.

Si bien es cierto, la vigorexia se relaciona íntimamente con el fisicoculturismo y con el fitness, está también se relaciona con el box. Con base en esto, la vigorexia no precisamente se encuentra en el gimnasio, es decir, la vigorexia no es sinónimo de levantamiento de pesas, de fisicoculturismo o fitness, también se puede encontrar en cualquier tipo de deporte, ya que como menciona Gutiérrez & Ferreira en el 2007 la adicción o dependencia al ejercicio representa una condición en la cual un individuo se involucra en la práctica de ejercicio excesivo, por ello, la vigorexia no solamente es un trastorno de la imagen corporal, sino también es una adicción al ejercicio.

En el 2002 Cash y Pruzinsky mencionaron que el trastorno de la propia imagen corporal es origen de múltiples factores psicológicos. En el estudio se decidió aplicar un cuestionario sobre antecedentes, denominado “burlas de la infancia”. La finalidad de incluir este breve cuestionario es justamente para saber si los factores psicológicos son relevantes para desarrollar un trastorno de la imagen corporal. En la investigación se encontró que los sujetos con rasgos vigoréticos son más proclives a sufrir burlas en la infancia que los sujetos sin rasgos vigoréticos siendo algunas de ellas: ser criticado debido a la talla o peso, ser criticado debido a una apariencia cómica, sufrir burlas debido a ser poco ágil en el deporte, sufrir apodos

debido al tamaño o peso, etc. Dichos aspectos son importantes, pero no determinantes para que el individuo desarrolle el trastorno.

Por otro lado, se piensa que los factores psicológicos son un foco importante para cualquier tipo de trastorno, no solamente para el de la imagen corporal, también para los trastornos de la conducta alimentaria o del estado de ánimo, etc. debido a que marcan una pauta importante en el desarrollo de una persona, ya sea en la infancia o en la adolescencia, es decir, cualquier tipo de trastorno no nace por casualidad sino se hace o se va moldeando de acuerdo a las condiciones en las cuales se encuentra el individuo. Si una persona nace en un círculo en donde hay agresiones tanto físicas como verbales, probablemente el sujeto se verá afectado psicológicamente, dando lugar a un trastorno pero no necesariamente de la imagen corporal. De lo contrario, si una persona nace en un núcleo donde se fomenten las emociones positivas siendo estas los valores, significado de vida, logros y la medida en la que nos relacionemos con los demás, quizá el sujeto no desarrolle una alteración.

Ahora bien, si la vigorexia también es una adicción al ejercicio y no precisamente se encuentra en el gimnasio, al igual que no necesariamente es un trastorno en donde esté alterada la imagen corporal como no es un trastorno en donde forzosamente la autoestima esta alterada ¿Por qué los sujetos ajenos al gimnasio realizan ejercicio en demasía? La respuesta tiene varias aristas. Se cree que uno de los motivos es por estética, más que por estar sano. Como dice el dicho “verse bien para sentirse mejor” Se parte de la premisa que lo exterior es lo que importa, ya que es lo que se ve y porque en la actualidad el cuerpo se ha convertido en un aspecto esencial para el ser humano, ya que otorga “seguridad, belleza, poder, éxito, etc.”

Otro aspecto es por presión de los padres y/o entrenadores. En el caso de los padres, al ser muy exigentes, les imponen a sus hijos que el ejercicio es una forma saludable y segura de controlar el peso corporal. Asimismo, porque al hacer ejercicio pueden mejorar la apariencia física y este les ayudara a abrir las “puertas del triunfo”. En el caso de los entrenadores, serán los que exijan cada día un

mayor rendimiento en sus deportistas, argumentando que si entrenan más y más, obtendrán mejores resultados. La presión por rendir al máximo puede llevar a esas personas a hacer más ejercicio del saludable.

Otra razón es por la influencia de los medios de comunicación. Constantemente los anuncios publicitarios bombardean imágenes del cuerpo ideal: joven y delgado para la mujer; fuerte y musculoso para el hombre. Para intentar alcanzar ese ideal irracional, las personas realizan ejercicio de manera excesiva. Esto refleja lo que menciona Toro (1988) sobre la presión cultural, argumentando la delgadez hacia la mujer y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad como factor predisponente.

CONCLUSIONES

La vigorexia es un trastorno que crece día con día debido a la trascendencia que se le da al cuerpo, que en pleno siglo XXI representa “éxito, belleza, seguridad, poder y prestigio social”.

Es un trastorno que debe ser tomado con la debida importancia, ya que al haber poca información sobre la patología, las personas desconocen sus consecuencias y los efectos contraproducentes que pueda acarrear. Asimismo, porque no hay un conocimiento social acerca de su existencia, es decir, no es considerado por la comunidad científica internacional y no cuenta con una entidad nosológica propia.

La imagen corporal es una variable psicológica muy importante en los rasgos vigoréticos ya que la insatisfacción y satisfacción de la imagen será fundamental para que el sujeto desarrolle rasgos vigoréticos, sin embargo, no será el único factor por el cual el individuo desarrolle dichos rasgos, también intervendrán factores socioculturales y psicológicos. En cuanto a los factores socioculturales están los medios de comunicación y las familias preocupadas excesivamente por el cuerpo y el atractivo. En cuanto a los factores psicológicos destacan las personas con baja autoestima y con una historia de una niñez conflictiva, en donde hayan sufrido burlas debido al sobrepeso, talla, por ser débil, etc.

La vigorexia no solamente involucra a la imagen corporal, sino también a la realización excesiva de ejercicio. No es un trastorno que se encuentre específicamente en el gimnasio, así como no es un trastorno que necesariamente este alterada la imagen corporal, es decir, un sujeto vigorético o con rasgos vigoréticos no puede tener una percepción errónea de su esquema corporal, inclusive su autoestima no puede estar afectada.

Por lo antes mencionado, el presente estudio demuestra que la vigorexia se trata de una alteración que no solo afecta a las personas que acuden obsesivamente al gimnasio sino también a personas que practican deporte. Con base en esto, podemos decir que existen dos tipos de vigorexia:

1) La que afecta a personas que tienen una importante *alteración de la imagen corporal* que cada vez quieren estar más fuertes

2) La que se da en personas que *se encuentran bien haciendo ejercicio*, que se someten a entrenamientos diarios y que no conciben su vida sin estar continuamente haciendo ejercicio.

ALCANCES Y PROPUESTAS

Como alcances podemos mencionar que se ha extendido la investigación más allá de los objetivos inicialmente planteados, ya que por un lado se relacionó la imagen corporal con los rasgos vigoréticos, por el otro, nos dimos a la tarea de evaluar qué deporte presentaba rasgos vigoréticos, reiterando que no solamente es un trastorno que se encuentra típicamente en el gimnasio.

La primer propuesta que se hace es ampliar el tamaño de la muestra, ya que es pequeña en cuanto a los participantes que practican algún deporte, con la finalidad de que sea más representativa. Esto permitirá tener un panorama más amplio para saber que deporte presenta rasgos vigoréticos.

Otra propuesta es que para futuras investigaciones, es conveniente realizar un cuestionario para saber más a fondo si los medios de comunicación son un factor importante en el desarrollo de la vigorexia y que comiencen a realizarse cuestionarios más específicos para poder delimitar el trastorno de manera más específica, sin que necesariamente se encuentre dentro de los trastornos alimenticios o como un trastorno obsesivo compulsivo.

REFERENCIAS

Adams, J., Kirb & Robert J. (2003). El exceso de ejercicio como adicción. Una revisión, *Revista de toxicomanías*, 34, 10- 22.

American Psychiatric Association (2006). *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales-DSM-IV*. Madrid: Masson (6º edición).

Anderson, S. L.; Zager, K.; Hetzler, R. K.; Nahikian-Nelms, M. & Syler, G. (1996): "Comparison of Eating Disorder Inventory (EDI2) scores of male bodybuilders to the male college student subgroup" *International Journal of Sport Nutrition*, 6: 255-262.

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>

Baca Lagos, V. (1993). *Las representaciones de los hombres y las mujeres en la televisión*. Tesis doctoral presentada en la Universidad Complutense de Madrid.

Badinter, E. (1993). *XY: La identidad masculina*. Madrid: Alianza.

Baekeland, P. (1970). Exercise Deprivation. *Archives of General Psychiatry*, 22, 365- 369.

Baile, J.I. (2005). *Vigorexia: Cómo reconocerla y evitarla*. Madrid: Síntesis

Baile, J.I; Monroy, E. Garay, F. (2005): "Evaluación de la alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios". *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10: 161-169.

- Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2006). *Psicología anormal: Un enfoque integral*. Barcelona: Thomson.
- Bratman, S. & Knight, D. (2001). *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York: Broadway Publisher.
- Bruch, H. (1962): "Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nerviosa". *Psychosomatic Medicine*, nº 24, pp. 187-194.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Burkitt, I. (1999). *Bodies of thought. Embodiment, identity and modernity*. Londres: Sage Ltd.
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (2002), *Body image: A handbook of theory, Research, and Clinical Practic.*; New York: The Guilford Press.
- Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva york. GuilfordPress.
- Castells, M. (2006). *Vigorexia: obsesión por un cuerpo musculoso*. [en línea].
- Coopersmith, S. (1995). *The Antecedents of Self Esteem Consulting*. USA: Psychologist Press.
- Damhorst, M. L. (2001). *Body, Physical Attractiveness and the Self in Society*.
Recuperado de:
www.fcs.iastate.edu/classeweb/fall2002/tc165/lessons_spr02/attractiveness.pdf
- De Gracia, M.; Marcó, M.; Fernández, M. J.; Juan, J. (1999). «Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes». *Psiquis*, núm. 20 (1), pág. 27-38.

- De la Serna, I. (2004). *Alteraciones de la imagen corporal: Anorexia, Vigorexia, Bulimia, Dismorfofobia y cuadros relacionados*. Monografías de Psiquiatría, 2 (16), 32-40.
- Dishman, R. K. (1985). *The determinants of physical activity and exercise*. Public Health Reports, 100, 158-171
- Falk, P. (1994). *The consuming body*. Londres: Sage Publications.
- Fanjul, C. (2008). *Vigorexia: una mirada desde la publicidad*. Madrid: Fragua.
- Featherstone, M. (1991). *Cultura de consumo y postmodernismo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gáldamez, J.J (2005). *La vigorexia: una mente enferma tras un cuerpo sano* [en línea]
- García, G F. (2003). «*Homo iconicus*». *Icono*, núm. 14 (1), pág. 6-15.
- Goffman, E. (1979). *Gender Advertisements*. EE.UU: MacMillan Press, Ltd.
- Goldman, R. (1992). *Reading ads socially*. Londres: Routledge.
- Gorab, A. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria*. México: Edición Universum.
- Gutiérrez C. F. & Ferreira R; (2007). *Estudio sobre la Adicción al Ejercicio: Un Enfoque de la Problemática actual*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Harrison, K. (2000). «TV viewing, fat stereotyping, body shape standards and Eating disorder symptomatology in grade school children». *Communication Research*, núm. 27(5), pág. 617-640.
- Hassebrauck, M. (1998). «The visual process method: A new method to study physical attractiveness». *Evolution and Human Behavior*, núm. 19 (2), pág. 111-123.

- Hitzeroth, V.; Wessels, Ch.; Zungu-Dirwayi, N.; Oosthuizen, P. & Stein D. J. (2001): "Muscle dysmorphia: A south african simple". *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55:521-523.
- Kanayama G., Barry S., Hudson J. I. & Pope H. G. (2006). Body image, selfesteem, and attitudes towards male roles in anabolic-androgenic steroid users. *Am J Psychiatry*, 163, 697–703.
- Kanamaya G., Brower K. J., Wood R. I; Hudson J. I. & Pope H. G (2009). Anabolic-Androgenic Steroid Dependence: An Emerging Disorder. *Addiction*, 104, 1966- 1978.
- Lantz, C. D., Rhea, D. J. & Cornelius, A. E. (2002). Muscle Dysmorphia in elite level power lifters and body builders: a test of differences whitin a conceptual model, *Journal of Strength and Conditioning Research*, 16; 649-655.
- León, J. L. (2001). *Mitoanálisis de la publicidad*. Barcelona: Ariel.
- Macía, M. J. (2000). *Comunicación persuasiva para la sociedad de la información*. Madrid: Universitas.
- Martín, M. A; Fenollar, F. M; Rico, J. M; Carricajo, M. P; García C; Piñol, F.B; Reinante, G. & López-Higes, J. (2008). *Vigorexia, complejo de Adonis o Dismorfia Muscular*. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis.
- McPhail, E. (2002). «Cuerpo y cultura». *Razón y Palabra*, núm. 25.
- Moles, A. (1975). *La comunicación y los mass media*. Bilbao: Mensajero.
- Montesinos, R. (2002). *Las rutas de la masculinidad*. México: Gedisa.
- Mosse, G. L. (2001). *La imagen del hombre. La creación de la moderna masculinidad*. Madrid: Talasa.

- Muñoz, R. & Martínez, A. (2007). Ortorexia y vigorexia: ¿Nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la conducta alimentaria*. Vol. 5, pp. 457-485.
- Olivardia, R. (2001): "Mirror on the Wall, whos the largest of them all? The feactures and phenomenology of muscle dysmorphia". *Harvard Rev. Psychiatry*, 9: 254-259.
- Pérez Gaudi, J. C. (2000). *El cuerpo en venta*. Madrid: Cátedra.
- 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](http://www.anabolicfitness.net)
- Pierce, E.F., McGowan, R.W. & Lynn, T.D. (1993). Exercise dependence in relation to competitive orientation in runners. *J Sport MedPhysFit*, 33, 189-193.
- Pinel, J. P. (2001). *Biopsicología*. 4ta edición. Madrid: Pearson Educación.
- Pope H.G., Katz D. L. & Hudson, J. L. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders, *Compr. Psychiatry*, 34 (6).
- Pope, H. G.; Gruber, A. J.; Choi, P.; Olivardia, R.; & Phillips, K. (1997) "Muscle dysmorphia, an underrecognized form of body dismorphic disorder" *Psychosomatics*, 38: 548-557.
- Quispe, A. (2002). *Estereotipos masculinos en la publicidad*. Recuperado de: www.europrofem.org/02.info/22contri/2.05.es/2es.masc/66es_mas.htm

- Raich, R. (2000): *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Raich, R., Torras, J. & Figueras, M. (1996): “*Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios*”. *Análisis y Modificación de Conducta*, nº 85, pp. 604-624. Recuperado de: www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/anteriores/n25/emcphail.html
- Rey, J. (2008). «Bello sin alma: nuevos modelos masculinos para el nuevo siglo». *Publicidad y sociedad*. Sevilla: Comunicación Social, pág. 214-231.
- Rosemberg, M. (1996) *Counseling The Self*. Basic Book. New York.
- Rosen, J.C. (1995). “The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166.
- Sandoval Shaik, O. (2001). *Trastornos de la conducta Alimentaria: Anorexia, Bulimia y vigorexia*.
- Seleri Marques Assunção, S. (2002). Dismorfia Muscular. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3): 80- 84. Brasil.
- Sennett, R. (1980). *Narcisismo y cultura moderna*. Barcelona: Cairos.
- Slade, P. (1994): “*What is body image?*”. *Behaviour Research and Therapy*, nº 32, pp. 497-502.
- Soley-Beltrán, P. (2008). «Erotismo, cuerpo y consumo». En: J. Rey (ed.). *Publicidad y sociedad*. Sevilla: Comunicación Social, pág. 83-108.
- Thompson, J; Heinberg, L; Altabe, M. & Tantleff-dunn, S. (1998): *Exacting Beauty. Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington, D.C., American Psychological Association.
- Toro, J. (1988). “Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta”. *Anuario de Psicología*, 38, 25-47.

- Tortora, G.J. & Grabowski, S.R. (2004). *Principios de anatomía y fisiología*. México D.F.: Oxford University Press.
- Ung, E.K.; Fones, C. S. L. & Ang, A. W. K. (2000): "Muscle dsymorpha in a Young chinese male". *Ann. Acad. Med. Singapore*, 29: 135-137.
- Vallejo Ruiloba, J. (1991). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. 3er Edición. Barcelona: Masson.
- Wilber, K. (1995). *El proyecto Atman*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Wroblewska, A.M. (1997). Androgenic-anabolic steroids and body dysmorphia in young men. *Journal of Psychosomatic Research*, 3 (42): 225-234.
- Yang, Chi-Fu; Gray, Meter; Pope, H. (2005). "Male body image in Taiwan versus the west: Yanggang Zhiqui meets the adonis complex". *The American Journal of Psychiatry* (162): 263-269

ANEXOS

ANEXO 1



CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad:
Ocupación:
Peso:

¿Cuántas horas pasas en el gimnasio?
(Pregunta exclusiva para usuarios de gimnasios)

¿Cuántas horas dedicas a tu entrenamiento?
(Pregunta realizada a usuarios de gimnasios y a deportistas)

¿Sigues alguna dieta?
(Pregunta realizada a usuarios de gimnasios y a deportistas)

ESCALAS EN SU VERSIÓN INICIAL

“MULTIDIMENSIONAL BODY SELF RELATIONS QUESTIONNAIRE (MBSRQ)”

Utilice la escala que se encuentra al inicio del cuestionario para puntuar sus afirmaciones, tachando el valor correspondiente en la columna de la derecha.

Por favor sea lo más sincero posible

| | | | |
|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 1.TOTALMENTE EN DESACUERDO | 2.BASTANTE EN DESACUERDO | 3.BASTANTE DE ACUERDO | 4.TOTALMENTE DE ACUERDO |
|---|---|----------------------------------|------------------------------------|

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| Antes de estar en público, siempre compruebo mi aspecto | | | | |
| Procuro comprar ropa que haga mejorar mi aspecto | | | | |
| Para mí es importante tener mucha fuerza | | | | |
| Mi cuerpo es sexualmente atractivo | | | | |
| Controlo mi salud | | | | |
| He adoptado deliberadamente un estilo de vida saludable | | | | |
| Me preocupa constantemente poder estar gordo (a) | | | | |
| Me gusta mi aspecto tal como es | | | | |
| Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo | | | | |
| Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme | | | | |
| * Frecuentemente acudo al médico por lesiones físicas y/o musculares | | | | |
| Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mí | | | | |
| Soy muy consciente de los cambios en mi peso aunque sean pequeños | | | | |
| Casi todo el mundo me considera guapo (a) | | | | |
| Es importante para mí que mi aspecto sea siempre bueno | | | | |
| *A menudo leo libros y revistas de salud | | | | |
| Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa | | | | |
| Soy muy consciente de cuándo no voy bien arreglado (a) | | | | |
| Me esfuerzo por mejorar mi resistencia física | | | | |
| No me preocupo de llevar una dieta equilibrada | | | | |
| Me gusta cómo me sienta la ropa | | | | |
| No me importa lo que opine la gente sobre mi apariencia | | | | |
| *Presto atención al cuidado de mi pelo | | | | |
| No me gusta mi físico | | | | |
| Trato de estar físicamente activo | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Si me encuentro mal por un resfriado o gripe, lo ignoro y trato de seguir igual | | | | |
| No soy físicamente atractivo (a) | | | | |
| Nunca pienso en mi aspecto | | | | |
| Siempre trato de mejorar mi aspecto físico | | | | |
| Se mucho sobre cómo estar bien físicamente | | | | |
| Estoy a dieta para perder peso | | | | |
| Hago deporte regularmente a lo largo del año | | | | |

Nota: Los ítems con (*) fueron descartados

Marca el grado de satisfacción o insatisfacción con cada una de las partes de tu cuerpo que aparecen enlistadas a continuación:

| | | | |
|---------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| 1.MUY INSATISFECHO (A) | 2.BASTANTE INSATISFECHO (A) | 3.BASTANTE SATISFECHO (A) | 4. MUY SATISFECHO (A) |
|---------------------------------------|--|--|--------------------------------------|

| | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cara | | | | |
| Pelo | | | | |
| Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies) | | | | |
| Parte media del cuerpo (abdomen y estómago) | | | | |
| Parte superior del cuerpo (pecho, hombros brazos) | | | | |
| Tono muscular | | | | |
| Peso | | | | |
| Altura | | | | |
| Aspecto general | | | | |

“CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA”

Marca CIERTO O FALSO en cada una de las afirmaciones enlistadas. Trata de ser lo más honesto posible, recuerda que los datos serán utilizados solo con fines estadísticos.

| | CIERTO | FALSO |
|---|---------------|--------------|
| Creo que estoy demasiado escuálido | | |
| *Creo que las proporciones de mis caderas son las justas | | |
| Creo que mis músculos son demasiado gruesos | | |
| *Estoy preocupado por comer demasiado | | |
| *He pensado en vomitar para perder peso | | |
| *Limito el tipo de alimentos que ingiero | | |
| *Me gusta la forma de mi trasero | | |
| *Me siento culpable cuando me salto mis convicciones dietéticas | | |
| *Mi dieta se caracteriza por una elevada ingesta excesivas de proteínas e hidratos de carbono, y escasas grasas | | |
| *Mi estómago tiene el tamaño adecuado | | |
| *Mi trasero es demasiado grande | | |
| *Mis muslos tienen el tamaño justo | | |
| *Paso más de tres horas al día pensando en comida saludable | | |
| *Pienso que mi estómago es demasiado grande | | |
| *Pienso que mis caderas son demasiado anchas | | |
| *Planifico con antelación el menú de cada día | | |
| *Trato de comer únicamente comida biológicamente pura | | |
| *Utilizo anabolizantes, testosterona, esteroides o aminoácidos | | |
| Me siento satisfecho con mi físico | | |
| La gente atractiva lo tiene todo. | | |
| La gente se da cuenta de lo erróneo de mi apariencia en primer lugar. | | |
| La apariencia física es signo de cómo soy interiormente. | | |
| Si pudiera cambiarme como deseo, mi vida sería mucho mejor. | | |
| *Si la gente supiera como soy realmente a ellos no les gustaría. | | |
| Si controlo mi apariencia, podré controlar mi vida social y emocional. | | |
| Mi apariencia es responsable de muchas cosas que ocurren en mi vida. | | |
| Debería saber siempre cómo parecer atractivo. | | |
| El único modo en el que me podría gustar mi apariencia es modificándola. | | |

Nota: Los ítems con (*) fueron descartados

“ESCALA DE ADICCIÓN GENERAL RAMÓN Y CAJAL”

Utilice la escala que se encuentra al inicio del cuestionario para puntuar sus afirmaciones, tachando el valor correspondiente en la columna de la derecha.

Por favor sea lo más sincero posible

| | | | |
|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 1.TOTALMENTE EN DESACUERDO | 2.BASTANTE EN DESACUERDO | 3.BASTANTE DE ACUERDO | 4.TOTALMENTE DE ACUERDO |
|---|---|----------------------------------|------------------------------------|

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|----------|----------|----------|----------|
| He dejado de entrenar, sin problemas, cada vez que he querido. | | | | |
| No puedo dejar de entrenar por más que lo intente. | | | | |
| Puedo resistir las ganas de entrenar todo el tiempo que quiera. | | | | |
| Necesito entrenar cada vez con más frecuencia. | | | | |
| Entrenar me relaja y/o me tranquiliza. | | | | |
| He notado que necesito entrenar en más cantidad que antes. | | | | |
| Si tengo ganas de entrenar tengo que hacerlo inmediatamente. | | | | |
| Una vez empezado, no puedo parar de entrenar hasta que algo exterior me lo impide. | | | | |
| Cuando estoy un tiempo sin entrenar siento inquietud o nerviosismo. | | | | |
| Si algo me impide entrenar no siento ninguna molestia y noto tranquilidad. | | | | |
| Siento placer al entrenar. | | | | |

ANTECEDENTES “BURLAS DE LA INFANCIA”

Utilice la escala que se encuentra al inicio del cuestionario para puntuar sus afirmaciones, tachando el valor correspondiente en la columna de la derecha.

Por favor sea lo más sincero posible

| | | | |
|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 1.TOTALMENTE EN DESACUERDO | 2.BASTANTE EN DESACUERDO | 3.BASTANTE DE ACUERDO | 4.TOTALMENTE DE ACUERDO |
|---|---|----------------------------------|------------------------------------|

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| ¿Sufriste burlas por sobrepeso cuando eras pequeño/a? | | | | |
| ¿Te señalaron de entre tu grupo debido a tu peso? | | | | |
| ¿Te pusieron apodos, otros niños o niñas, debido a tu tamaño o peso? | | | | |
| ¿Se reían de ti tus amigos/as porque llevabas ropa que no te caía bien o era pasada de moda? | | | | |
| ¿Crees que había gente que se reía de ti por tu peso? | | | | |
| ¿Cuando eras pequeño/a se burlaron de ti por débil? | | | | |
| ¿Se rieron de ti cuando intentabas hacer deporte, porque eras poco ágil? | | | | |
| ¿Sentiste que te señalaban debido a tu talla o peso? | | | | |
| ¿Los otros niños te decían que tenías una apariencia cómica? | | | | |

ANEXO 2

ESCALAS MODIFICADAS

“MULTIDIMENSIONAL BODY SELF RELATIONS QUESTIONNAIRE (MBSRQ)”

Utilice la escala que se encuentra al inicio del cuestionario para puntuar sus afirmaciones, tachando el valor correspondiente en la columna de la derecha.

Por favor sea lo más sincero posible

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 1.TOTALMENTE EN DESACUERDO | 2.BASTANTE EN DESACUERDO | 3.BASTANTE DE ACUERDO | 4.TOTALMENTE DE ACUERDO |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| Antes de estar en público, siempre compruebo mi aspecto | | | | |
| Procuro comprar ropa que haga mejorar mi aspecto | | | | |
| Para mí es importante tener mucha fuerza | | | | |
| Mi cuerpo es sexualmente atractivo | | | | |
| Controlo mi salud | | | | |
| He adoptado deliberadamente un estilo de vida saludable | | | | |
| Me preocupa constantemente poder estar gordo (a) | | | | |
| Me gusta mi aspecto tal como es | | | | |
| Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo | | | | |
| Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme | | | | |
| Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mí | | | | |
| Soy muy consciente de los cambios en mi peso aunque sean pequeños | | | | |
| Casi todo el mundo me considera guapo (a) | | | | |
| Es importante para mí que mi aspecto sea siempre bueno | | | | |
| Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa | | | | |
| Soy muy consciente de cuándo no voy bien arreglado (a) | | | | |
| Me esfuerzo por mejorar mi resistencia física | | | | |
| No me preocupo de llevar una dieta equilibrada | | | | |
| Me gusta cómo me sienta la ropa | | | | |
| No me importa lo que opine la gente sobre mi apariencia | | | | |
| No me gusta mi físico | | | | |
| Trato de estar físicamente activo | | | | |
| Si me encuentro mal por un resfriado o gripe, lo ignoro y trato de seguir igual | | | | |
| No soy físicamente atractivo | | | | |
| Nunca pienso en mi aspecto | | | | |
| Siempre trato de mejorar mi aspecto físico | | | | |
| Se mucho sobre cómo estar bien físicamente | | | | |
| Estoy a dieta para perder peso | | | | |
| Hago deporte regularmente a lo largo del año | | | | |

**“CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL PARA LA DETECCIÓN
TEMPRANA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA”**

Marca CIERTO O FALSO en cada una de las afirmaciones enlistadas. Trata de ser lo más honesto posible, recuerda que los datos serán utilizados solo con fines estadísticos.

| | CIERTO | FALSO |
|--|---------------|--------------|
| Creo que estoy demasiado escuálido | | |
| Creo que mis músculos son demasiado gruesos | | |
| Me siento satisfecho con mi físico | | |
| La gente atractiva lo tiene todo. | | |
| La gente se da cuenta de lo erróneo de mi apariencia en primer lugar. | | |
| La apariencia física es signo de cómo soy interiormente. | | |
| Si pudiera cambiarme como deseo, mi vida sería mucho mejor. | | |
| Si controlo mi apariencia, podré controlar mi vida social y emocional. | | |
| Mi apariencia es responsable de muchas cosas que ocurren en mi vida. | | |
| Debería saber siempre cómo parecer atractivo. | | |
| El único modo en el que me podría gustar mi apariencia es modificándola. | | |