

Aproximación a la Dismorfia Muscular

F. Arbinaga¹, J.C. Caracuel²

Resumen

En este trabajo se presenta un breve repaso a los orígenes y desarrollo que la investigación sobre Dismorfia Muscular ha tenido en los últimos años. No es hasta el año 1993 cuando el Dr. H.G. Pope, y su grupo de investigación del Hospital McLean, pudieron observar de manera incidental, que un grupo importante de fisioculturistas se veían y describían como pequeños, flacos y poco musculosos, a pesar del extraordinario grado de desarrollo muscular alcanzado. No tardó mucho en interesarse por dicho fenómeno y sentó las bases de lo que denominó “anorexia reversa”, ya que inicialmente lo asociaba como una forma inversa a la anorexia. Posteriormente, se decidió renombrarla como “vigorexia”, término éste que alcanzó la mayor popularidad, para referirnos a ella en la actualidad como Dismorfia Muscular. Esta alteración tiene la pretensión de ser considerada como un trastorno cuya base principal es la alteración de la imagen corporal y podría encuadrarse nosológicamente entre los Trastornos Dismórficos Corporales; aun existiendo divergencias a la hora de considerarlo como parte de los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo o del espectro afectivo.

Palabras clave: Dismorfia Muscular. Imagen Corporal. Fisioculturismo.

Summary

This paper presents a brief review of the origins and development which the research into Muscle Dysmorphia has had in recent years. It was not until 1993 that Dr. H.G. Pope, and his research team at the McLean Hospital, were able to observe by chance, that an important group of bodybuilders saw and described themselves as skinny and not very muscular in spite of the extraordinary degree of muscular development they had achieved. It was not long before he became interested in that phenomenon and it set the basis for what would be known as “reverse anorexia”, since it was originally associated with an inverse form of anorexia. Afterwards it was decided to rename it “vigorexia”, a term which reached maximum popularity, and nowadays it is known as Muscle Dysmorphia. This alteration can be considered as a disorder whose principal base is the alteration of the body image and could be nosologically fitted into the Body Dysmorphic Disorders; although differences do exist when it comes to considering it as part of the obsessive-compulsive or the affective spectrum.

Key words: Muscle Dysmorphia. Body Image. Bodybuilding.

¹Centro de Psicología Clínica (Huelva)

²Universidad de Sevilla

Correspondencia: Félix Arbinaga Ibarzábal

Avda. José Fariña 56-5º C

21006 Huelva

arbinaga@wanadoo.es

INTRODUCCIÓN

Los cánones de belleza corporal son un hecho que se remontan tiempo atrás en la historia de la humanidad. Sin embargo, es quizás hoy en día donde el culto al cuerpo cobra una nueva dimensión con relevante implicación social, económica, sanitaria etc... Tanto es así, que en este último aspecto, se llega a considerar sus consecuencias sobre el organismo como un grave problema de salud pública. No es raro observar como se establecen unos cánones estéticos como símbolo de triunfo social, más allá de cualquier otra cualidad personal, y en muchos casos contra natura; pudiendo llevar a consecuencias graves e irreversibles para alguno de los sujetos que se ven envueltos en tales mecanismos de presión (Toro, Salamero y Martínez, 1995; Martínez, Toro y Salamero, 1996; Guerra-Prado, Barjau y Chinchilla, 2001). Si bien los valores estéticos han ido evolucionando a lo largo de la historia y han prevalecido tanto para los hombres como para las mujeres, es cierto que hasta hace poco la mayor presión se focalizaba principalmente sobre la mujer, aunque en los últimos años el hombre comienza a no ser ajeno a tales circunstancias, ya incluso desde muy niño (Pope, Olivardia, Gruber y Borowiecki, 1999).

Esta presión, a la que hacemos referencia, se manifiesta en un aumento de la oferta en planes de adelgazamiento, incremento de la actividad deportiva desmesurada y sin supervisión, proliferación de gimnasios, incremento de dietas estrictas y restrictivas a edades cada vez menores, etc... Todo vale con tal perder unos centímetros y/o unos kilos y ajustarnos a lo que “los otros esperan de nosotros para sentirnos triunfadores”. Todo ello, sin tener presente las consecuencias que, sobre la salud, pueden acarrear tales actividades; entre las que destacamos las graves alteraciones del comportamiento alimentario, especialmente en la población femenina y en determinados tipos de deportes (Pope, Katz y Hudson, 1993).

Como decimos, una de las consecuencias de tal situación es el importante incremento en el número de personas que han tomado la decisión de practicar algún tipo de deporte. No resulta extraño observar la gran afluencia diaria de usua-

rios a los gimnasios y la espectacular proliferación de éstos a lo largo de los últimos años en nuestro país. Sin embargo, no todas aquellas personas que deciden realizar una práctica deportiva lo hacen bajo los mismos criterios motivacionales. Así, sin ánimo de ser exhaustivo y sólo como aproximación o primera orientación, podríamos considerar los datos aportados en las páginas especializadas de la red (www.zonamuscular.com) por entidades relacionadas con actividades físicas llevadas a cabo en los gimnasios, y siendo conscientes de las limitaciones y, consecuentemente, mostrando toda la cautela necesaria por el rigor metodológico utilizado. Dicha información nos indica que a la pregunta –¿cuál es la prioridad para llevar a cabo el fisioculturismo?– sobre 1.593 registros, la gente responde en el 38,36% que lo practica para “ganar masa muscular”, el 29,76% para “verme y sentirme mejor”, el 9,73% para “estar en forma (hombre)”, el 6,78% para “mejorar mi condición (hombre)”, el 5,15% para “perder peso”, el 3,39% para “ganar seguridad y motivación”, el 3,14% para “estar en forma (mujer)”, el 1,95% para “comer mejor” y el 1,76% para “mejorar mi condición”. De igual forma, las consecuencias derivadas de la actividad deportiva no resultan iguales para todos los practicantes; en ello se verán implicados mecanismos específicos que actuarían como factores de vulnerabilidad o predisposición, y que no siempre están presentes en todos los sujetos.

Algunas de las respuestas anteriores, podrían llevarnos a pensar que los trastornos de la imagen corporal se manifiestan en el transcurso de ellas. La insatisfacción con la imagen que uno presenta, o para ser más exactos, con la que uno se percibe e interpreta, puede hacer que el sujeto recurra a una amplia gama de actividades, como por ejemplo la realización de una actividad deportiva de forma obsesiva, no ajustada a las necesidades y posibilidades reales, etc., con una intención de solucionar un problema que, lejos de encontrar una salida, pudiera terminar presentando una mayor resistencia. Siendo la lógica que subyace, en estos procesos desadaptativos, que la única forma para encontrarse bien es verse con un aspecto físico mejorado (Rosen, 1997; Raich, 2000).

La alteración de la imagen corporal es el

componente principal de los Trastornos Dismórficos Corporales (F.45.2 y 300.7) (T.D.C), también conocidos con el término Dismorfofobia, e incluidos entre los Trastornos Somatoformes. En 1987 se eliminó el sufijo “fobia” al introducirse como un tipo de categoría diagnóstica en el D.S.M (A.P.A., 1987). La principal característica es una preocupación por algún defecto del aspecto físico, siendo tal preocupación excesiva en relación con el defecto o posible defecto presentado. Dichas preocupaciones conllevan un malestar clínico y un deterioro social, laboral etc. Rosen (1992) considera que la imagen corporal es un concepto referido a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su cuerpo. Ya Thompson (1990, citado en Raich, 2000) la concebía en sus tres dimensiones: perceptual, cognitivo-afectivo y conductual.

Si bien las alteraciones de la imagen corporal se habían relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria, no es hasta los últimos años del siglo XX cuando se constata que dicha alteración podía presentarse relacionada con determinadas actividades deportivas y la forma en que éstas se practican (Furnham, Titman y Sleeman, 1994; Raich, Torras y Figueras, 1996).

Es en este contexto, de relación entre imagen corporal y actividad deportiva, donde se enmarca la Dismorfia Muscular. El objetivo que nos planteamos en este informe, es realizar una aproximación a la breve historia en la investigación sobre la Dismorfia Muscular, como posible nuevo trastorno asociado a la imagen corporal. Que con cierta seguridad, en un futuro próximo, en muchos casos ya presente, se hará actualidad en la literatura clínica tanto de la psicología como de la psiquiatría.

ORIGEN Y CARACTERÍSTICAS

Hablar de Dismorfia Muscular (D.M.) es inevitablemente hacerlo de fisioculturismo y aquellos deportes basados en el entrenamiento con pesas. Por esto, y como forma de ubicarnos en estas actividades, haremos un breve repaso sobre la disciplina de la musculación antes de centrarnos en los aspectos más clínicos del problema que tratamos.

En la actualidad, el desarrollo de la actividad

física basada en la utilización de pesas como forma de mejorar la fuerza, la potencia, la velocidad y el desarrollo muscular armonioso ha sido parejo a la proliferación de los gimnasios. A dicha actividad se la ha denominando mediante una gran variedad de etiquetas a lo largo de su historia. Así, quizás la más tradicional ha sido el uso del término culturismo, teniendo también su relevancia el término fisioculturismo (bodybuilding), y posteriormente, en las dos últimas décadas del siglo XX, han hecho aparición una amplia diversidad de nombres para referirse a dicha actividad (fitness, musculación, máquinas, modelaje o aparatos etc); existiendo sobre éste último aspecto una controversia, en la cual no entraremos aquí si no brevemente para dejarla apuntada. Los practicantes de fisioculturismo tienen como su objetivo principal, mediante la utilización de grandes pesos y el establecimiento de una estricta dieta, la mejora de su aspecto físico y el desarrollo de una musculatura libre de grasas, dura, bien definida y vascularizada; llegando a una armoniosa conformación de sus cuerpos que serán exhibidos en competición ante un jurado.

Establecer el origen de un acontecimiento no puntual siempre es difícil, si bien algunos sitúan los principios del fisioculturismo en cuatro personajes claves como son Amorós (1769-1848), Desbonnet (1865-1953), Sandow (1867-1925) y Marcel Rouet (¿-¿), (Hernández, 1999). Este autor también reconoce como precursor de estos antecedentes al pedagogo, Pestalozzi (1764-1827), de quien Amorós tomó la idea de buscar “*hombres completos, no solamente fuertes físicamente y resistentes a la fatiga sino al mismo tiempo animosos y audaces, a la par que en posesión de un sentido justo del bien, del deber y de la abnegación... La gimnasia es para mí la ciencia que consiste en conocer las leyes de nuestros movimientos y sacar de ellos el mayor partido posible para el bien de nuestros semejantes...*” (citado en Hernández, 1999 pg.11). Sin embargo, el mérito de ser el creador del movimiento fisioculturista moderno se le atribuye a E. Desbonnet y Eugenio Sandow. El primero de ellos fue el que inició la “gimnasia de los órganos” y fue el que introdujo el uso de las series y las repeticiones a los ejercicios, así como las visualizaciones de la ejecución correcta delante del espejo. Por su parte, a

Sandow se le atribuyen las poses plásticas. A partir de estos dos pioneros el fisioculturismo se dividió en dos ramas bien diferenciadas: la francesa y la americana. La escuela francesa, formada principalmente por médicos, partía de la búsqueda del desarrollo integral del hombre; frente a la americana, formada principalmente por halterófilos, que se basaba en el desarrollo de la musculatura. Por último, el establecimiento de una metodología del entrenamiento se debe, a Marcel Rouet, quien la basaba en los conocimientos científicos de su época y fue quien consideró, por primera vez, el término culturismo para referirse a esta práctica deportiva.

Como decimos, en los últimos años del siglo XX aparecieron una serie de términos para referirse a la actividad física basada en el uso de pesas y con el objetivo de la musculación. Para unos, la aparición de estos nuevos términos se debió a la falta de popularidad que el culturismo padece desde sus inicios, por muy diversos motivos (Llucía, 2001). Con los años 80, se produce un auge espectacular en el uso de las pesas, un incremento notable en el número de gimnasios y clubes deportivos que ofrecían, entre sus muchos servicios, salas de musculación. Sin embargo, debido a la mala fama que de los culturistas se tenía, y tiene en general, hubo que buscar un nuevo término que pudiera satisfacer los intereses y las necesidades del usuario medio, evitando cualquier connotación que relacionase las pesas con el culturismo y la imagen que de él se tenía. Así nació el fitness (término anglosajón que podría traducirse como eficiencia) que curiosamente retoma la idea original del culturismo de principios del siglo XX (Llucía, 2001).

Para otros, las diferencias existentes entre el fitness y el fisioculturismo básicamente son de grado o de intensidad, y consecuentemente de objetivos. Sin embargo, el fitness, entendido como el entrenamiento con pesas, consiste en ejercicios con pesas pequeñas, barras con pesos fijos y aquellos que proporcionan máquinas especializadas; que oponen una determinada resistencia a los músculos empleados en la rutina de ejercicios, donde el peso puede aplicarse para que ofrezca tanto un ejercicio aeróbico, con la exigencia de un constante aporte de oxígeno, como anaeróbico (Taylor, 1993).

Otros, por su parte, consideran al fitness como surgido, en los años 90, de la colaboración entre preparadores, médicos deportivos, dietólogos y psicólogos, como una actividad multidisciplinaria y flexible, pudiéndose diseñarse planes de trabajo de acuerdo a las necesidades personales y basadas en las pruebas de evaluación previamente realizadas (Cianti, 1993). Para este autor, el fitness nació directamente, y debido a necesidades objetivas, de la filosofía de un deporte muy especial: el bodybuilding o culturismo. Estos deportistas, gracias a la búsqueda continua de la estrecha relación entre mente y cuerpo, comprendieron rápidamente la relación existente entre nutrición, entrenamiento y falta de estrés. Podría decirse que el culturista es un atleta las veinticuatro horas del día, tanto en su estilo de vida como en su forma de ser. Se trata de un enfoque global en el problema de la eficiencia y de la estética. De aquí nacería el fitness, manteniendo igual filosofía de la eficiencia físico-psíquica, pero con una mayor flexibilidad en su aplicación y no tan sujeta a las reglas “espartanas” del culturismo. El fitness podría entenderse como la capacidad de la totalidad del organismo para adaptarse a las demandas físicas y psíquicas procedentes del ambiente que le circunda (Cianti, 1993).

Sea como fuere, de la exposición realizada, podemos entender que las diferencias mantenidas entre un concepto y otro son meramente de grado, o motivacionales como ya habíamos referido con anterioridad. Así, parece derivarse que cuando se habla de culturismo se hace referencia al aspecto más estricto y competitivo, mientras que cuando se habla de fitness, uno tiende a referirse a las cuestiones de mantenimiento físico y perfilación muscular; subyaciendo en ambos una filosofía común e integral de la actividad física como medio eficiente de controlar el bienestar físico-psíquico y afrontar las demandas externas al sujeto. Sin embargo, todos están de acuerdo en la multidimensionalidad de la actividad física a la que nos referimos; tanto en sus aspectos físicos como psíquicos. Esta multidimensionalidad se basa en el objetivo que se pueda perseguir con la actividad física. Así se diferencia entre fitness anatómico, fitness fisiológico y fitness psicológico (Cianti, 1993). Pace y Jones (2001) entien-

den que para estar en forma hay que considerar una doble vertiente: la física y la psíquica. Dentro de la dimensión física, los factores que deben solventarse para alcanzar una forma física adecuada son la resistencia cardiovascular, la forma y estado muscular (que permitan una adecuada fuerza muscular, una resistencia muscular y una flexibilidad muscular) y un buen estado nutricional. Y dentro del estado psíquico, el trabajo ha de centrarse en lograr que exista una capacidad aceptable para responder al estrés al que el sujeto se ve expuesto y una actitud saludable ante la vida.

Entre los factores que han podido contribuir al desarrollo de la mala imagen que de los culturistas se tiene, destacaríamos el reconocimiento abierto y explícito, por parte de muchos practicantes, del uso de esteroides anabolizantes como forma de apoyar y potenciar el desarrollo muscular. Si bien, y en honor a la buena práctica, hay que reconocer el esfuerzo que muchos culturistas llevan a cabo para mantener y desarrollar la actividad física dentro de los cánones del esfuerzo natural, diferenciándose el “culturismo natural” del “no natural”.

Es en 1993 cuando Harrison G. Pope, y su grupo de colaboradores en el Laboratorio de Psiquiatría Biológica del Hospital McLean, realizando una investigación sobre el uso de esteroides anabolizantes por parte de varones reclutados en diversos gimnasios de halterofilia de Boston, observan que un número importante de ellos se percibían como pequeños y flacos, cuando de hecho eran grandes y musculosos (Pope y Katz, 1994); a este fenómeno lo denominaron inicialmente como “anorexia reversa” ya que presentaba características similares, pero inversas, a la anorexia (Pope, Katz y Hudson, 1993), popularizándose posteriormente el término de vigorexia. Aunque ya en 1985 Taylor se refería con el término de “bigamerexia” al fenómeno por el cual las mujeres, con trastornos de la imagen corporal, tendían a percibirse como más grandes de lo que eran en la actualidad y los hombres como más pequeños.

En 1997 aparece un primer trabajo en la revista *Psychosomatic* (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997) y una carta al director en la revista *Journal Clinical Psychiatric* (Phillips, O`Sullivan y Pope, 1997) bajo el título de “Dismorfia Muscular”.

En el primero de ellos, se presentan las principales características observadas sobre el trastorno que ellos proponen, mientras en el segundo se deja constancia del caso de un chico de 23 años, que no siendo usuario de esteroides anabolizantes, desarrolla una distorsión de la imagen corporal.

El rasgo esencial de la dismorfia muscular es una preocupación crónica sobre el hecho de que uno esta insuficientemente musculado y, algunas veces, especialmente en el caso de las mujeres, también se perciben como delgadas. Si bien, algunos sujetos son conscientes de su problema, ellos se reconocen como personas musculosas, también manifiestan no estar tranquilos aun sabiéndolo. Otros no manifiestan tal conocimiento y están convencidos de que son pequeños y flacos (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997). En muchos casos, esta situación les lleva a desarrollar conductas de evitación ante el hecho de que puedan mostrar su cuerpo en situaciones sociales, plantear estrategias de entrenamiento y dietas muy estrictas, altas en proteínas, bajas en grasas y muy controladas en calorías diarias. Este fenómeno era mucho más evidente en las mujeres que participaban en competiciones. Derivado de esta situación se podía observar que muchos de ellos desarrollaban alteraciones de ansiedad que a su vez eran compensadas con nuevas sesiones de entrenamiento.

Pope y cols (1994) pronto observaron que los sujetos que así se percibían podían presentar una gran cantidad de patologías asociadas. Buena parte de ellos habían manifestado con anterioridad trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa), otros se habían iniciado en la toma de esteroides como forma de “tratamiento” para su problema derivado de la alteración en la imagen corporal, mientras otros habían desarrollado la anorexia reversa tras la utilización de los esteroides. Los sujetos que manifestaban dismorfia muscular podían presentar otras formas de dismorfias corporales; sin embargo la preocupación central era su tamaño corporal y la musculatura desarrollada. Así el 31% de las mujeres competidoras en fisiculturismo describían la preexistencia de preocupaciones por otras partes de su cuerpo, y en el 16% de los casos la inaceptación de su cuerpo era tan evidente que les llevaba a someterse a cirugía estética. Otros trastornos que

podían asociarse se relacionaban con los desórdenes alimenticios, si bien los sujetos con anorexia nerviosa tienden a desarrollar primariamente patrones patológicos de comida y posteriormente de ejercicios excesivos, frente al caso que nos ocupa, donde se invierte la prioridad. Así, podía observarse que el 13% describían historia de anorexia nerviosa (Pope y Katz, 1994) y este porcentaje aumentaba en el caso de las mujeres, llegando al 47% de las mujeres con historia de desórdenes de comida -con anorexia nerviosa el 9,4%, el 28,13% bulimia nerviosa y otro 9,4% otros trastornos-.

El uso-abuso de esteroides también puede verse relacionado con la dismorfia muscular, de hecho inicialmente se pensó que sólo en ellos se desarrollaba (Pope y Katz, 1994; Ung, Fones y Ang, 2000; Pope, Gruber, Mangweth, Bureau, deCol, Jouvent y Hudson, 2000). En este sentido, el 100% de los sujetos con las características de anorexia reversa informaban haber abusado de ellos (Pope y Katz, 1994), aunque posteriormente el dato se rebaja al 40% y en el caso de las mujeres, este porcentaje se situaría en torno al 38% de ellas (Kouri, Pope y Katz 1995).

De igual forma, los trastornos obsesivos compulsivos, que suelen relacionarse con las alteraciones o las dismorfias corporales (Phillips, McElroy, Hudson y Pope, 1995), se han visto en porcentajes que varían desde el 28% al 60% en varones y el 3% en mujeres que practican fisiculturismo y presentan el trastorno del que hablamos (Kouri, Pope y Katz 1995).

Otros trastornos psicopatológicos que se han manifestado en los sujetos con dismorfia muscular, se relacionan con las alteraciones en el estado de ánimo a lo largo de la vida, como son la depresión mayor (58%), trastornos bipolares (20%) y 29% desórdenes de ansiedad. Así mismo, también se podía observar que los varones con dismorfia muscular referían relaciones menos satisfactorias con las madres durante la infancia; el (29%) refería la existencia de violencia doméstica entre el padre y la madre; y en el 33% de los casos la violencia era entre la madre y el hijo (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997; Olivardia, Pope y Hudson, 2000; Mangweth, Pope, Kemmler, Ebenbichler, Hausman, deCol, Kreutner, Kinzl y Biebl, 2001).

Aún no existe un modelo etiológico que permita describir su aparición, más bien de lo que se dispone son de especulaciones sobre diversas posibilidades. Sin embargo, se busca ajustar las hipótesis etiológicas al modelo biopsicosocial (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997; Olivardia, Pope y Hudson, 2000; Pope, Phillips y Olivardia, 2000). La Dismorfia Muscular ha sido encuadrada oficiosamente entre los Trastornos Somatoformes, y en la categoría de Dismorfias Corporales. Si bien, ha sido conceptualizada, en algunos casos, como parte del espectro de los desórdenes obsesivo-compulsivos, tanto por su historia como por su clínica (Chung, 2001); y bajo la creencia de que las condiciones que le subyacen a los trastornos obsesivo-compulsivos, el Síndrome de Tourette y la dismorfia muscular se asemejan en sus características biológicas, como respuesta a los tratamientos farmacológicos y de predisposición genética (Phillips, McElroy, Hudson, y Pope, 1995). Una alternativa a la etiología obsesivo-compulsiva, ha sido la de que pudiera ser considerado como un conjunto de síntomas relacionados con los desórdenes del espectro afectivo, dada la comorbilidad existente entre la dismorfia muscular y otras alteraciones como serían los desórdenes de la alimentación, los trastornos obsesivo-compulsivos, desórdenes del estado de ánimo, etc. (Hudson y Pope, 1990).

Una segunda posibilidad se centra en el papel que los factores socioculturales puedan ejercer. La existencia de una importante presión social por los cuerpos fuertes y musculosos en los varones, puede hacer que éstos se vean implicados a edades muy tempranas ante modelos que les incitan directamente a imitarles (Pope, Olivardia, Gruber y Borowiecki, 1999; Pope, Phillips y Olivardia, 2000). Así también, el boom del culturismo podría haber desarrollado una "subcultura" de los gimnasios, donde la auto-consciencia y el distress, podrían verse reforzados en estos sujetos cuando se comparan con otros de su entorno (Klein, 1993). Algunos aspectos etiológicos podrían ser específicos a la identidad sexual o a la preferencia sexual de los sujetos; así, algunas mujeres habían reconocido que de niñas preferían juguetes de chicos y en los varones fisiculturistas la existencia de miedo a la pérdida de masa muscular (femiphobia) (Klein, 1993).

Por otra parte, la disponibilidad y el cada día mayor uso de esteroides anabolizantes han podido contribuir al incremento de la dismorfia muscular, ya que ha sido visto con mayor frecuencia en aquellos sujetos que hacen uso de tales sustancias y en muchos casos la insatisfacción ha surgido tras la toma de las mismas (Pope y Katz, 1994).

Por último, quisiéramos hacer notar que no ha de confundirse el interés o la motivación por practicar una actividad física, como es el fisio-culturismo o la musculación, con lo que podría ser la dismorfia muscular como trastorno. Dicho interés busca principalmente el desarrollo corporal, la superación de sí mismo, la superación de objetivos en competición, etc, y consecuentemente, lleva asociado una dedicación ordinaria que puede resultar importante en la vida del sujeto. Sin embargo, esta dedicación a la actividad deportiva no va asociada a una insatisfacción corporal, que llega a interferir en la vida cotidiana del sujeto, a un malestar o distrés significativo en su forma clínica. Esta afirmación podría observarse derivada de la incidencia y/o prevalencia del trastorno.

Si bien no existen estudios epidemiológicos que aporten datos concluyentes sobre la prevalencia del trastorno, la información de la que disponemos (se limita a grupos relativamente pequeños y con procesos de selección que dificultan la posibilidad de hacer una generalización al conjunto de la población), sí nos puede permitir obtener una primera visión de la problemática. Hasta la fecha, se ha considerado que, aproximadamente entre el 9,3% y el 10% de los varones que practican fisio-culturismo, podrían clasificarse en tal categoría; porcentaje que aumentaría entre los sujetos que participan en competiciones (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997).

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE DISMORFIA MUSCULAR

El grupo de Pope, pronto buscó establecer unos criterios diagnósticos para la Dismorfia Muscular. Es cierto que al considerarse como un aspecto específico o subtipo dentro de los Trastornos Dismórfico Corporales, los criterios establecidos en el DSM IV para dicha categoría, podrían observarse en buena parte de los sujetos:

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

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

3.- La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. anorexia nerviosa).

Sin embargo tales consideraciones tenderían a ser válidas como criterios clínicos, pero haría falta, consideran los autores, operacionalizar los criterios para el desarrollo de la investigación y la posterior comunicación entre investigadores. Así, proponen los siguientes criterios, aunque no estarían exentos de un mayor refinamiento futuro (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997; Olivardia, 2001):

1.- La persona está preocupada con la idea de que su cuerpo no está suficientemente desarrollado y musculoso. Como característica asociada, el sujeto pasa gran cantidad de horas levantando pesas y con una excesiva atención a la dieta.

2.- La preocupación causa malestar clínico, interfiriendo las actividades sociales, ocupacionales o en otras áreas importantes del funcionamiento del sujeto, por al menos dos de los siguientes criterios: **a.**- el individuo reduce su actividad social u ocupacional por la necesidad compulsiva de entrenar o mantener la dieta, **b.**- el individuo evita situaciones donde ha de mostrar su cuerpo o si se enfrenta a ellas le producen malestar o intensa ansiedad, **c.**- la preocupación por la inadecuación de su cuerpo causa malestar clínico significativo, interfiere su vida social, ocupacional u otras áreas importantes de su funcionamiento, **d.**- el sujeto sigue con el entrenamiento, la dieta o el uso de sustancias a pesar de saber las consecuencias adversas, tanto físicas como psicológicas, que le producen.

3.- El primer foco de atención, es la conducta y preocupación por verse pequeño e inadecuadamente musculoso, distinguiéndose del miedo a verse gordo, en la anorexia nerviosa, como primera preocupación o como preocupación prima-

ria frente a otros aspectos de su apariencia en otros Trastornos Dismórficos Corporales.

A MODO DE CONCLUSIÓN Y PERSPECTIVAS FUTURAS

La Dismorfia Muscular, parece ser una entidad diagnóstica válida, posiblemente relacionada con una gran variedad de otros desórdenes (Olivardia, Pope y Hudson, 2000). A pesar de esta afirmación, el trabajo futuro, como podría deducirse de la breve historia que presenta el trastorno, es amplio y en una gran variedad de aspectos. Para nosotros, en nuestro país, habría simplemente que iniciarse con lo que podríamos reconocer como primeras observaciones, dada la carencia de cualquier dato en nuestro entorno próximo; y comprobar así que lo visto en otros contextos también se refleja en el nuestro, determinando la posible existencia de especificidades culturales.

De forma genérica, podríamos decir que las líneas de investigación podrían organizarse sobre dos amplios campos. El primero de ellos, sería consolidar los datos, para llegar a considerar lo que hoy es una propuesta de trastorno como una entidad nosológica bien avalada diagnóstica y clínicamente; aclarando su carácter clasificatorio como subtipo de los Trastornos Dismórficos Corporales, como síndrome del espectro Obsesivo-compulsivo etc., en este sentido sería deseable que para próximas ediciones de los manuales de diagnóstico fuera considerado, al menos, como patología a estudiar y profundizar. Y la segunda línea de investigación, íntimamente relacionada con la anterior, se encargaría de determinar los perfiles etiológicos y epidemiológicos con los que se presenta.

Por tanto, consideramos que se ha de refinar aún más el conocimiento que se tiene de la patología. Mediante estudios controlados llegar a establecer el tipo de relación causal manifestada entre ésta y la actividad deportiva, el papel que los factores culturales y el uso de esteroides anabolizantes pueden desempeñar en su aparición y mantenimiento, la influencia que la predisposición o vulnerabilidad biológica pudiera tener, la comorbilidad y las relaciones con otras alteraciones clínicas etc. En este sentido, también sería

oportuno, la realización de estudios longitudinales que nos permitan conocer la evolución temporal con la que cursa el cuadro, y el posible pronóstico establecido sobre la base de las condiciones de partida. Así mismo, habrían de diseñarse instrumentos, con valor psicométrico adecuado, que nos permitan, no sólo discriminar entre sujetos con y sin problemas, sino localizar aquéllos que se situarían en un riesgo real de padecer el trastorno; considerando el amplio espectro dimensional con el que se presenta el problema en sus vertientes perceptuales, afectivas, cognitiva motora, etc. Por otra parte, habrían de realizarse estudios epidemiológicos, tanto sobre la población general como sobre poblaciones específicas, que a medio y/o largo plazo nos permitan definir con mayor claridad, la incidencia y los factores de riesgo que en la práctica deportiva propician la aparición del mismo; así como las posibles diferencias interculturales existentes. Por último, sería menester discriminar aquellas técnicas y elementos factibles de ser utilizados en los sujetos que ya han desarrollado el trastorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. **A.P.A.:** Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders III-R American Psychiatric association of Washintong, 1987.
2. **Chung B.:** Muscle dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2001; 44, 4: 565-574.
3. **Cianti G.:** Manual Tutor del Fitness. Edit. Tutor. S.A. Madrid, 1993.
4. **Furnham A, Titaman P, Sleeman E.:** Perception for female body shapes as a function exercise. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1994; 2: 335-352.
5. **Guerro-Prado D, Barjau JM, Chinchilla, A.:** Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2001; 29 (6) 403-410.
6. **Hernández C.:** El libro completo del culturismo. Hispano Europea Tarragona, 1999.
7. **Hudson JI, Pope HG.:** Affective spectrum disorder: does antidepressant report identify a family of disorders with a common pathophysiology? *American Journal of Psychiatry*. 1990; 147: 552-564.
8. **Klein AM.:** Little Big Men. Albany, NY State University of N.Y Press, 1993.

-
9. **Kouri EM, Pope HG, Katz DL.:** Fat-free mass index in users and nonusers of anabolic-androgenic steroids. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 1995; 5: 223-228.
 10. **Llucía Q.:** La vigorexia, ¿el nuevo mal del culturismo? *Vituarlfitness*, s.l. http://www.musculoysalud.com/desc1.php?new_id; 2001.
 11. **Mangweth B, Pope HG, Kemmler G, Ebenbichler C, Hausman A, deCol C, Kreutner B, Kinzl J, Biebl W.:** Body imagen and psychopathology in male bodybuilders. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2001; 70,38-43
 12. **Martínez E, Toro J, Salamero E.:** Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 23: 125-133.
 13. **Olivardia R, Pope HG, Hudson JL.:** Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157:8, 1291-1296.
 14. **Olivardia R.:** Mirror, mirror on the wall, Who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*. 2001; 9, 5: 254-259.
 15. **Pace A, Jones M.:** *The Busy Executive's Guide To Total Fitness*. Prentice Hall, Career and Personal Development Englewood Cliffs. Nueva Jersey, 2001.
 16. **Phillips KA, McElroy SL, Hudson JI, Pope HG.:** Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both?. *Journal Clinical Psychiatry*. 1995; 56 (suple. 43): 41-51.
 17. **Phillips KA, O'Sullivan R, Pope HG.:** Muscle Dysmorphia. *Journal Clinical Psychiatry*. 1997; 58. 8, August.
 18. **Pope HG, Katz DL, Hudson JL.:** Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*. 1993; 34, 6: 406-409.
 19. **Pope HG, Katz DL.:** Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroids: a controlled study of 160 athletes. *Archives General Psychiatry*. 1994; 51: 375-382.
 20. **Pope HG, Gruber A, Choi P, Olivardia R, Phillips KA.:** Muscle Dysmorphia: an underrecognized form of Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*. 1997; 38: 548-557.
 21. **Pope HG, Olivardia R, Gruber A, Borowiecki J.:** Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders*. 1999; jul 26 (1) 65-72.
 22. **Pope HG, Phillips K, Olivardia R.:** The Adonis complex: the secret crisis of male body obsession. N.Y. Free Press, 2000.
 23. **Pope HG, Gruber A, Mangweth B, Bureau B, deCol CH, Jouvent R, Hudson JL.:** Body image perception among men in the three countries. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157, 8: 1297-1301.
 24. **Raich RM.:** *Imagen Corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Pirámide Madrid, 2000.
 25. **Raich RM, Torras T, Figueras M.:** Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1996; 22, 85: 603-626.
 26. **Rosen JC.:** Cognitive behavior therapy for Body Dysmorphic Disorder. Comunicación presentada en el simposio de la Association Advancement of Behavior Therapy. Boston, 1992.
 27. **Rosen JC.:** Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal. En V. Caballo (ed): *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (vol.1)*. Siglo XIX Madrid, 1997.
 28. **Taylor E.:** *Fitness para mujeres: Plan progresivo de ejercicios con aparatos y pesas*. Edit. Tutor. S.A. Madrid, 1993.
 29. **Taylor WN.:** *Hormonal manipulations: A new era of monstrous athletes*. Jefferson. N.C. McFarland, 1985.
 30. **Toro J, Salamero E, Martínez E.:** Evaluación de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal en la anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 1995; 22, 7: 205-214.
 31. **Ung EK, Fones CS, Ang AW.:** Muscle dysmorphia in a young Chinese male. *Annales of the Academy Medicine Singapore*. 2000; 29, 1: 135-137.