

Estudio del perfil psicológico del vigoréxico en el deporte

Enrique Cantón Chirivella*, Francisco Revert Ferrero** y Alfonso Chávez Valdés***

*Universidad de Valencia

**Centro Psicología TESEO

***Escuela Libre de Psicología a.c (México)

Correo electrónico: canton@uv.es

resumen/abstract:

Se ha llevado a cabo un estudio empírico preliminar, de tipo descriptivo-correlacional, con el objetivo de aproximarse al perfil psicológico del adicto a la práctica deportiva, en concreto al entrenamiento de musculación con pesas. Esta adicción se caracteriza por que dedican un elevado número de horas al entrenamiento, mantienen una alimentación desequilibrada con exceso de proteínas y, en muchos casos, se recurre al dopaje, abusando de sustancias como los anabolizantes y similares. A esta alteración del comportamiento, es lo que se conoce como el trastorno de vigorexia.

Con el fin de conocer mejor su perfil psicológico, se han evaluado a deportistas que cumplían ciertos requisitos de tipo y cantidad de entrenamiento. Se analizan variables como la autoestima, las habilidades sociales o la imagen corporal, mediante una batería que incluye una anamnesis de elaboración propia y dos cuestionarios: la *Escala de Habilidades Sociales* (Gismero, 2000) y el *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria* (Garner, 1998). Los resultados obtenidos van en la misma línea de las conclusiones de trabajos previos, como encontrar en estos deportistas un bajo nivel de autoestima o de insatisfacción con su imagen corporal. Esta información puede permitirnos realizar un mejor asesoramiento a los deportistas y a los entrenadores o responsables de gimnasios, para frenar en lo posible alguna de estas prácticas que tan problemáticos efectos para la salud comporta. Asimismo, se indican las dificultades para obtener esta información y las posibles limitaciones de este tipo de investigación.

An empirical preliminary study, of descriptive- correlational type has been carried out. The aim is to come closer to the psychological profile of those addicted to sports practice, specially, those training musculation with weight. This addiction is characterized for the high number of hours on training; they support an unbalanced diet with excess of proteins and, in many cases, linked to doping, abusing substances like steroid and similar substances. This behavioral alteration is known as vigorexia's disorder.

In the study, athletes who were fulfilling certain requirements of type and quantity of training, have been evaluated in order to know better their psychological profile. Variables such as autoesteem, social skills or corporal image are evaluated, by a procedure that includes a self-elaboration anamnesis and two questionnaires: Scale of Social Skills (Gismero, E., 2000) and the Inventory of Disorders of the Food Conduct (Garner, D.M., 1998). Results go alongside conclusions obtained in previous works, as low levels of autoesteem or corporal dissatisfaction of these sportsmen. This information may help us to give better advice to these sportsmen and to trainers or gymnastic directors in order to stop as much as possible someone going on these unhealthy practices. Likewise, difficulties to obtain this information and possible limitations of this type of field study are indicated.

palabras clave/keywords:

Psicología del Deporte; adicción, vigorexia// Sport Psychology; addiction, vigorexia.

Introducción

En las sociedades más desarrolladas se plantea la práctica del deporte como un pilar básico para llevar una vida sana, tal y como reconoce desde hace tiempo la Organización Mundial de la Salud. Existen razones de índole humana -la búsqueda de relaciones sociales o divertirse en el tiempo de ocio- como sociopolíticas -volumen de negocio asociado al deporte o el “beneficio” político de su promoción y gestión pública- que actúan como factores favorecedores de que cada vez mas personas decidan llevar a cabo diversas prácticas físico-deportivas. Otra razón de su expansión está vinculada con las modas y tendencias estéticas actuales -seguramente ancladas en factores psicológicos más profundos -como es la búsqueda de mejora ininterrumpida de la imagen corporal, conduciendo desde estas últimas décadas a que muchas personas estén muy preocupadas por su físico, llegando en algunos casos extremos a comportamientos nada compatibles con el desarrollo personal y la propia salud.

A este fenómeno de exacerbación del interés por la constante mejora de la imagen corporal y su insatisfacción, se le suma el interés en ocasiones desmedido e inadecuado por controlar el peso recurriendo a distintas dietas, buscando no solo perder peso sino, sobre todo, reducir la proporción de grasa corporal, aumentando y definiendo la masa muscular, muchas veces sin considerar en el efecto global sobre las necesidades de alimentación de la persona. Esto puede llevar a distorsionar lo que podrían ser unos hábitos saludables y equilibrados, tanto en la práctica de ejercicio, como en la forma de alimentarse y en el sentido de cuidado de la salud (Pope, Phillips y Olivardia, 2000). Esta problemática lo es todavía ma-

yor por la extensión de su práctica, ya que ha habido un gran aumento de los gimnasios y centros deportivos donde realizarlas, estando presentes en casi cualquier lugar que se encuentre mínimamente urbanizado (Furnham, Badmin y Sneade, 2002).

Los actuales cánones de estética corporal y de belleza no sólo fijan pautas sobre el perfil o figura que tendría una persona sana, sino que incluyen también indicaciones sobre “cuál” imagen corporal concreta es la ideal, asociada a éxito social. Sin embargo, estos modelos por lo común se salen fuera de la “realidad”, en cuanto que se presentan cuerpos o bien muy delgados, caso de las modelos femeninas, o bien en el caso de los modelos de belleza para hombres, excesivamente hipertrofiados (mucha masa muscular), sobre todo cuando el reclamo se destina a los jóvenes que practican deporte. Este reclamo pone en contradicción el objetivo de mejorar la salud y el de obtener una imagen corporal determinada, habitualmente de forma rápida y sin un límite de aumento. Asimismo, es sabido que muchas de las personas que aparecen como supuestos ideales de belleza física, han recurrido a prácticas que no son sanas, como el uso de drogas para el incremento de la masa muscular, el uso de suplementos dietéticos de una forma excesiva, un exceso de horas de práctica de ejercicio, o llevar a cabo dietas restrictivas (Hurst, Hale, Smith y Collins, 2000; Cantón, 2007)

La obsesión por el desarrollo constante de una imagen corporal, una forma de “culto al cuerpo”, puede llegar a convertirse en una obsesión catalogable como un trastorno psicológico. La vigorexia es una patología descrita hace apenas un par de décadas y que hace referencia a aquellos adictos a la musculación que nunca se consideran lo

suficientemente fornidos, que se pesan varias veces al día, que experimentan síndrome de abstinencia cuando no pueden practicar y que, en suma, hacen del gimnasio su "segunda casa". Se encuadraría dentro de un grupo de trastornos denominados dismorfias corporales, sufridos por aquellas personas que no se sienten a gusto con su propio cuerpo y se obsesionan con la mejora de lo que consideran defectos físicos. Así pues, como planteaba el pionero en definir esta alteración (Pope, 1997), la vigorexia se caracteriza por una serie de procesos y síntomas como que la persona practica pesas con la obsesión de muscularse cada vez más, percibiéndose de forma distorsionada recurriendo en muchas ocasiones a prácticas insanas de alimentación e incluso a la utilización de sustancias dopantes.

Para algunos expertos, la vigorexia constituye el reverso de la anorexia nerviosa (Caracuel, Arbinaga y Montero, 2003; Pope, 1997). De hecho, disponemos de datos del Ministerio de Sanidad español que en el 2005, cifra en un 10% estos casos de reversión. Sin embargo, mientras que la anorexia suele aparecer entre mujeres jóvenes, que por más que pierden peso nunca llegan a verse lo suficientemente delgadas, la vigorexia afecta fundamentalmente a hombres, entre los 18 y 35 años, que se desviven por alcanzar un cuerpo cada vez más musculado, que dedican demasiado tiempo a los gimnasios, entre tres y cuatro horas diarias, que restan de su tiempo laboral u ocupaciones cotidianas. En algún estudio pionero con muestra norteamericana (Pope, 1997), se menciona que este trastorno puede afectar alrededor del 10 por ciento de los clientes habituales de gimnasios e ir en aumento. En España aún no disponemos de suficiente investigación o de datos

sociológicos, aunque se empieza a ver la importancia del fenómeno y su extensión, especialmente entre los jóvenes (Caracuel, Arbinaga y Montero, 2003; Ramos, Pérez, Liberal y Latorre, 2003).

A nivel psicológico, los estudios realizados señalan que los vigoréxicos presentan un perfil de persona poco madura, introvertida, con problemas de integración y seguridad y con baja autoestima. También puede ir acompañada de alteraciones psicológicas como la ansiedad, la depresión y los trastornos obsesivos compulsivos (Pope, 1997; Pope, Phillips y Olivardia, 2000; Kanayama, Pope, Cohane y Hudson, 2003).

Esta alteración puede tener importantes consecuencias añadidas entre quienes la padecen. Junto a los problemas estrictamente físicos que el abuso de esteroides anabólicos -sustancias que favorecen la formación rápida de masa muscular- y una dieta inadecuada que prescinde de la grasa en beneficio de una mayor cantidad de proteínas, puede producir un aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, lesiones hepáticas, disfunciones eréctiles, disminución del tamaño de los testículos, una mayor propensión a padecer cáncer de próstata, etc. Son también previsibles la aparición de problemas psicológicos importantes, desde el deterioro y empobrecimiento de las relaciones personales, hasta una irritabilidad emocional que facilita las respuestas agresivas.

El presente estudio se planteó con el objetivo de realizar una aproximación psicológica al perfil del vigoréxico en el deporte en nuestro país, mediante la evaluación de características deportivas, sociales y psicológicas, ya que la relevancia que este fenómeno está adquiriendo en España y la creciente cantidad de personas que se ven

afectadas no tiene sin embargo reflejo directo en la importancia o dedicación profesional desde la investigación o la intervención. Precisamente, desde un punto de vista profesional y a la vista de los resultados obtenidos, no hay duda que se trata de un campo de trabajo que requiere el abordaje psicológico, tanto para su prevención como para su tratamiento, ya que como cualquier adicción, el apoyo farmacológico o médico es útil y necesario, pero es claramente insuficiente.

Metodología

Procedimiento

En primer lugar se hizo una búsqueda de gimnasios o centros deportivos donde se realizase una practica deportiva de musculación con pesas, con el fin de comprobar si sus usuarios tenían las características físicas e imagen corporal habitual de quienes padecen este trastorno, para posteriormente comprobar si también cumplían otras características de dedicación semanal y de valoración expresa de su deseo de aumento constante de volumen muscular.

Una vez realizada la búsqueda de los gimnasios y centros deportivos y habiendo observado las características de los usuarios, pasamos a elaborar un escrito por parte de la Universidad de Valencia en la que explicaba la finalidad de nuestra investigación, pidiendo en ella la colaboración de dichos centros y ahondando en el anonimato de las personas –y los propios centros- sobre los datos facilitados. Esta carta fue dirigida a la dirección de todos los centros. Con su acuerdo, pasamos a abordar a la muestra obtenida, con el fin de pedirles su colaboración explicándoles que los objetivos de la investigación se centraban en conocer el

perfil psicológico de quienes se esfuerzan mucho en el ejercicio físico, sin mencionar explícitamente a su posible consideración como actividad adictiva o patológica. También se resaltó el hecho de que la información recogida y su manejo se tratarían con total anonimato y sin posibilidad de identificación, ni personal ni del centro deportivo. La respuesta por parte de la muestra fue positiva, recogiéndose la información por parte del personal investigador, desplazada a tal fin en los propios lugares de entrenamiento en los momentos en que el deportista descansaba o se recuperaba de su actividad.

Muestra

En el estudio participaron 27 sujetos (todos hombres), cuya edad media se sitúa en 24.7 años y siendo usuarios continuos de las instalaciones deportivas mencionadas. Las personas que componen esta muestra cumplen con las características de la persona vigoréxica: diariamente utilizaba el gimnasio, dedicaba muchas horas al entrenamiento con pesas y maquinas de musculación, y mostraban preocupación constante e insatisfacción pese a lo evidentemente musculosos que estaban desarrollados. Metodológicamente, al tratarse de una muestra para un estudio piloto, se han tenido en cuenta las características de selección (*screening*) necesarias para su inclusión muestral, buscando comprobar así tanto la adecuación del instrumento (claridad, comprensión, amplitud,...) como las variables fundamentales implicadas.

Instrumentos de evaluación

En primer lugar, se ha empleado una anamnesis desarrollada por el equipo de investigación, en la que se recoge información de tipo socioeconómico y deportivo, así

como algunos datos sobre el consumo de sustancias o los motivos de prácticas. Se compone de diferentes cuestiones como las referidas al tiempo real que dedicaban al entrenamiento y lo que consideraban que sería necesario; a qué objetivos esperaban alcanzar realizando dicho ejercicio; a si habían observado cambios de ánimo al ir a entrenar; sobre el tipo de alimentación y sus distribución de materias nutrientes; acerca de cómo veían su cuerpo al mirarse frente el espejo; o si utilizaban aportes biomédicos y suplementos alimentarios para aumentar su musculatura.

Se emplearon también dos instrumentos estandarizados. La Escala de Habilidades Sociales (Gismero, 2000), compuesta de 33 ítems que se contestan con una escala de cuatro alternativas (aprox.: “No me identifico”, “Alguna vez”, “Muchas, pero no siempre” y “Muy de acuerdo y actuaría así en la mayoría de casos”). Esta escala evalúa seis dimensiones: autoexpresión en situaciones sociales; defensa de los propios derechos como consumidor; expresión de enfado o disconformidad; decir no; cortar interacciones; hacer peticiones; e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

La otra escala aplicada fue el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Garner, 1998). Está compuesto por 91 ítems contestables en una escala Likert de cinco alternativas (desde “Nunca” hasta “Siempre”). Se estructura en once dimensiones: obsesión por la delgadez; bulimia; insatisfacción corporal; ineficacia; perfeccionismo; desconfianza interpersonal; conciencia introceptiva; miedo a la madurez; ascetismo; impulsividad e inseguridad social.

Una vez obtenidos los cuestionarios, se pasaron los datos a una base de datos in-

formatizada para su posterior tratamiento estadístico. Se analizaron usando el paquete estadístico SPSS versión 14, extrayendo básicamente los datos descriptivos y las correlaciones significativas, objetivo básico de este estudio preliminar exploratorio.

Resultados

Los análisis estadísticos realizados fueron, como se ha señalado, de carácter descriptivo-correlacional, estudiando detenidamente las relaciones que superaron el criterio de significación estadística en la prueba de correlación de Pearson ($p < 0,001$).

Comenzando por los datos descriptivos, podemos observar en el gráfico de edades (Gráfica 1), como nos encontramos frente a una muestra con predominio de deportistas en el rango de edad 15-20 años (46% de la muestra). El grupo más pequeño, que representa el 8% del total, es el de personas con más edad, entre los 35 y 40 años.

Por otra parte, en la Tabla 1 se muestran los principales motivos por los que los deportistas empezaron a realizar estos entrenamientos intensivos de musculación con pesas. Los señalados con mayor frecuencia fueron: “mejorar las habilidades físicas y técnicas”, “mejorar la salud” y “mejorar el aspecto físico”. Por el contrario, los menos relevantes fueron el “agradar a familiares o parejas” y el “competir con otros deportistas”.

En cuanto a los motivos por los cuales los deportistas seguían realizando estas actividades deportivas con pesas (Tabla 2), podemos ver como las razones con mayor importancia en el conjunto de la muestra son: “mejorar su condición física general”, “aumentar la musculatura” y “mejorar la imagen corporal”, frente a las razones menos

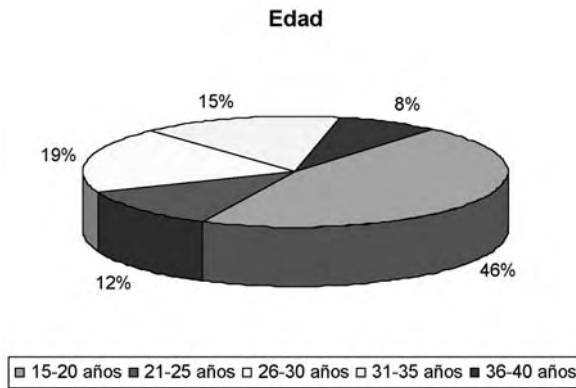
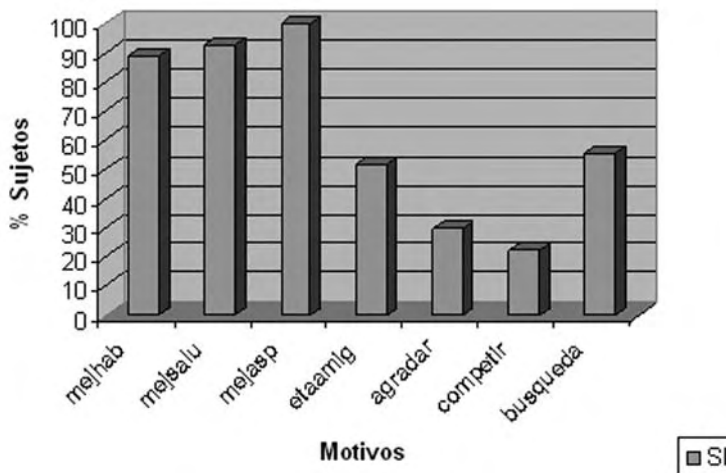


Tabla 1: Motivos de Inicio de la Práctica



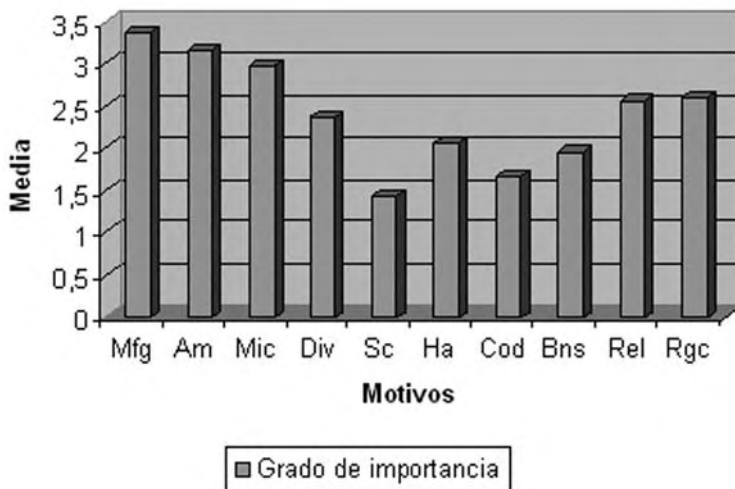
	MOTIVO DE INICIO	%
Mejhab	Mejorar las habilidades físicas y técnicas	88,8
Mejsalu	Mejorar la salud	92,5
Mejasp	Mejorar el aspecto físico	100
Etaamig	Estar con amigos y/o conocer gente	51,8
Agradar	Agradar a familiares, pareja, etc.	29,6
Competir	Competir con otros deportistas	22,2
Búsqueda	Buscar nuevas sensaciones y experiencias	55,5

importantes como “ser conocido”, “competir con otros deportistas” o “buscar nuevas sensaciones”.

Mediante la Anamnesis hemos obtenido también valoraciones en cuanto a las aportaciones biomédicas y suplementos alimentarios que utilizan los sujetos para aumentar la musculatura. Los suplementos más empleados son proteínas y complejos vitamínicos. Asimismo, cabe señalar, que a

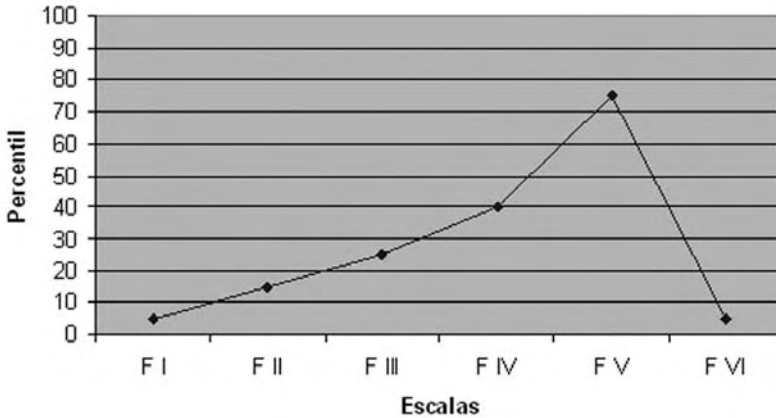
pesar de las dificultades inherentes a la obtención de respuestas en algunas preguntas socialmente mal consideradas, hemos obtenido algunos datos afirmativos acerca del consumo de alguna sustancia considerada dopante, fundamentalmente anabolizantes (derivados de la testosterona), cafeína y glucocorticoides, aunque dada la cuantía de la muestra solo cabe indicarlo sin poder hacer afirmaciones de carácter general.

Tabla 2: Motivos de Continuidad de la Práctica



	MOTIVO DE CONTINUIDAD	Media	Sx
Mfg	Mejorar mi condición física general	3,37	,629
Am	Aumentar mi musculatura	3,15	,818
Mlc	Mejorar mi imagen corporal	2,96	,808
Dlv	Divertirme	2,37	,688
Sc	Ser conocido	1,44	,847
Ha	Hacer amistades	2,07	,675
Cod	Competir con otros deportistas	1,67	1,038
Bns	Buscar nuevas sensaciones	1,96	,898
Rel	Relajarme	2,56	1,013
Rgc	Reducir grasa corporal	2,59	1,083

Tabla 3: EHS (Escala de Habilidades Sociales)



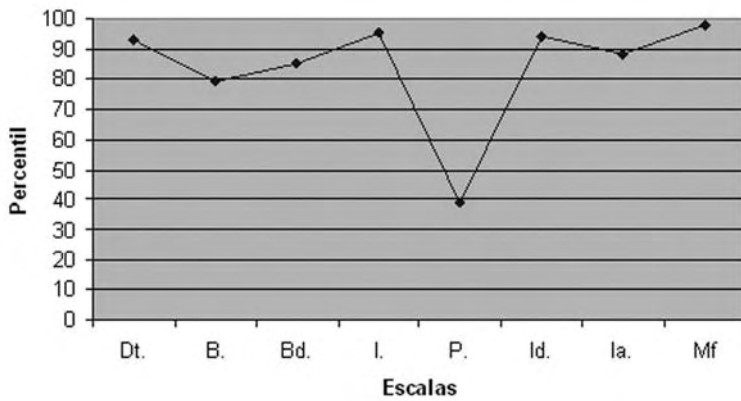
	DIMENSIONES E.H.S.	PD Media	PC
F I	Auto expresión en situaciones sociales.	13,36	5
F II	Defensa de los propios derechos como consumidor.	10,59	15
F III	Expresión de enfado o disconformidad.	8,42	25
F IV	Decir no y cortar interacciones	13,52	40
F V	Hacer peticiones	14,88	75
F VI	Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	9,48	5

Observando los resultados obtenidos en la Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Tabla 3) y comparados con los baremos de población general, comprobamos que estos deportistas obtienen puntuaciones bajas en las escalas F I, F II, F III y F VI. Así, es un grupo que presenta una gran dificultad para las interacciones en diferentes contextos y para expresar sus propias opiniones y sentimientos (F I), una expresión de conductas no asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo (F II), una dificultad para

expresar discrepancias y preferir callarse lo que a uno le molesta con tal de evitar conflictos con los demás (F III) y una dificultad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad la iniciación de interacciones con el sexo opuesto y poder realizar un cumplido o un halago (F VI).

En cuanto al Factor IV, podemos decir que el promedio de puntuaciones entra dentro de los baremos de normalidad, por lo que nos encontraríamos con una muestra que refleja la habilidad para cortar interacciones que no desea mantener. Se trata de un

Tabla 4: EDI (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentación)_(Universitarios)



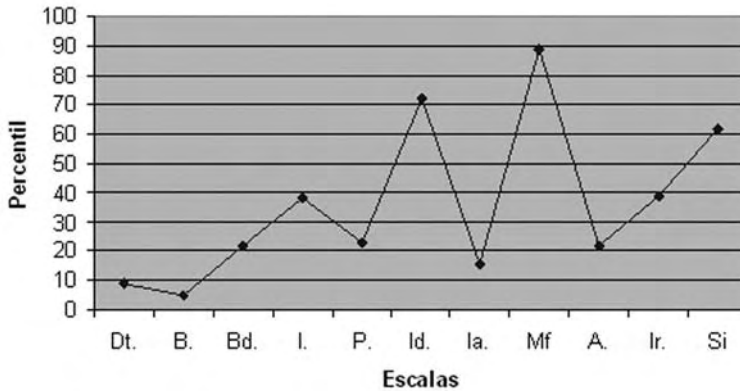
	DIMENSIONES E.D.I.	PD Media	PC
Dt	Obsesión por la delgadez	4,63	93
B	Bulimia	1,15	79
Bd	Insatisfacción corporal	8,21	85
I	Ineficacia	6,54	95
P	Perfeccionismo	3,62	39
Id	Desconfianza interpersonal	8,12	94
Ia	Conciencia introceptiva	3,17	88
Mf	Miedo a la madurez	9,59	98
A	Ascetismo	4,04	--
Ir	Impulsividad	3,08	--
Si	Inseguridad social	9,32	--

aspecto de la aserción en que lo crucial es poder decir “no” a otras personas, y cortar las interacciones. Por el contrario, en conjunto obtuvieron una puntuación elevada en la escala F V, lo que indica que los sujetos son capaces de realizar peticiones a otras

personas de algo que desean, sea a un amigo o en situaciones de consumo.

Analizando los datos obtenidos en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI) (Tabla, 4), comparados con el baremo de una población de universitarios,

Tabla 5: EDI (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentación) (*Pacientes con Trastornos Alimentarios*)



	DIMENSIONES E.D.I.	PD Media	PC
Dt	Obsesión por la delgadez	4,63	9
B	Bulimia	1,15	5
Bd	Insatisfacción corporal	8,21	22
I	Ineficacia	6,54	38
P	Perfeccionismo	3,62	23
Id	Desconfianza interpersonal	8,12	72
Ia	Conciencia introceptiva	3,17	16
Mf	Miedo a la madurez	9,59	89
A	Ascetismo	4,04	22
Ir	Impulsividad	3,08	39
Si	Inseguridad social	9,32	62

observamos que en todas las dimensiones menos la que hace referencia a “Perfeccionismo”, obtienen una puntuación centil muy alta. Hay que recordar que buscamos una muestra de sujetos que cumpliera las características del vigorexico, por lo que

podríamos decir que el hecho de que sus puntuaciones sean altas en dichas variables sería comprensible, pero el hecho de que la preocupación por estos temas sea “normal” en determinadas situaciones no impide reconocer el significado potencial de estas al-

tas puntuaciones como síntoma de desajuste (Baile, Monroy y Garay, 2005; Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted, 1987). Las puntuaciones altas nos indican que estos deportistas, en conjunto, tienen una elevada preocupación por la alimentación y la forma de su cuerpo.

Por otra parte, si comparamos los resultados obtenidos en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI) con el baremo de población de pacientes con trastornos alimentarios americanos (Tabla, 5), obtenemos que los resultados varían en relación con los baremos anteriores, obteniendo este colectivo unas puntuaciones bajas en las escalas de Obsesión por la Delgadez (Dt.), Bulimia (B.) y Conciencia Introceptiva (Ia.), lo que nos lleva a pensar que nos encontramos frente a un grupo de sujetos que no se incluiría en el grupo de personas con trastorno de la alimentación, sino que se encontraría en una situación próxima a padecerlo. De hecho, comparados con el grupo de pacientes con trastornos de la alimentación, nuestra muestra también obtiene puntuaciones altas en las escalas de Desconfianza Interpersonal (Id.), Miedo a la Madurez (Mf.) e Inseguridad Social (Si.)

Por otro lado, mediante el análisis de correlaciones hemos obtenido algunos resultados interesantes de las relaciones entre las principales variables de estudio. A continuación se indican las principales correlaciones estadísticamente significativas (Tabla 6)

Encontramos una correlación positiva entre el “uso de anabolizantes” con un aumento de los “problemas con el peso” ($r=0.693$, $p<0,001$), un aumento de hábitos deportivos como las “horas de entrenamiento”

($r=0.646$, $p<0,001$), con motivos como el “llamar la atención” ($r=0.648$, $p<0,001$) y la variable “Inmadurez” del Inventario de Trastornos de la Conducta (EDI), que implica evitar enfrentarse con la madurez psicobiológica para desembocar en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberales. Es decir, se sienten más jóvenes cuando experimentan pérdidas de peso extremas), ($r=0.449$, $p<0,005$)

También obtenemos una correlación positiva entre el “aumento de las horas semanales de entrenamiento” con el motivo de “querer ser conocido” ($r=0.590$, $p<0,001$) y con la variable “Inseguridad en la relación personal” del EDI, que refleja la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad) ($r=0.414$, $p<0,005$)

Por otro lado encontramos una correlación positiva entre el motivo de “mejora de la imagen corporal” con el de búsqueda de “aumento de la masa muscular” ($r=0.416$, $p<0,005$) y con la variable “Desconfianza interpersonal” del EDI, que recoge el sentimiento general de alienación y el desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos ($r=0.410$, $p<0,005$)

Asimismo, encontramos correlaciones positivas entre “cambio del estado de ánimo por entrenar” con las variables del EDI: “Obsesión por la delgadez”, que se refiere a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar ($r=0.425$, $p<0,005$) y la “Inseguridad en las relaciones personales” ($r=0.469$, $p<0,005$)

Por otro lado, también encontramos una correlación positiva entre la importancia

Tabla 6: Principales Correlaciones (estadísticamente significativas)

Uso de anabolizantes	Problemas con el peso	(r = .693, p< 0.001)
	Horas de entrenamiento	(r = .646, p< 0.001)
	Llamar la atención	(r = .648, p< 0.001)
	Inmadurez	(r = .449, p< 0.005)
Aumento de las horas semanales de entrenamiento	Querer ser conocido	(r = .590, p< 0.001)
	Inseguridad en la relación personal	(r = .414, p< 0.005)
Motivo de mejora de la imagen corporal	Aumento de la masa muscular	(r = .416, p< 0.005)
	Desconfianza interpersonal	(r = .410, p< 0.005)
Cambio del estado de ánimo por entrenar	Obsesión por la delgadez	(r = .425, p< 0.005)
	Inseguridad en relación personal	(r = .469, p< 0.005)
Obsesión por la delgadez	Mejora de la imagen corporal	(r = .469, p< 0.005)
	Bulimia	(r = .543, p< 0.001)
Seguir una dieta	Capacidad de expresarse	(r = .610, p< 0.001)
	Obsesión por la delgadez	(r = .410, p< 0.005)
	Inseguridad en la relación personal	(r = .513, p< 0.001)
Tener otros hobbies	Uso de anabolizantes	(r = -.476, p< 0.005)
	Glucocorticoides	(r = -.476, p< 0.005)
	Uso de proteínas	(r = -.434, p< 0.005)
Motivo de práctica por mejorar habilidades	Motivo de mejorar el aspecto físico	(r = -.555, p< 0.001)

del motivo de práctica referido a la “obsesión por la delgadez” con la importancia del motivo por la “mejora de la imagen corporal” (r=0.469, p<0,005), así como con puntuaciones elevadas en la variable “Bulimia”, obtenida de la escala EDI (r=0.543, p<0,001), que señala la tendencia a tener

pensamientos y a darse atracones de comida incontrolables.

Siguiendo con la relación entre variables, obtenemos correlaciones positivas entre la variable de hábitos de entrenamiento y de alimentación “seguir una dieta”, con la variable del Escala de Habilidades Sociales

(EHS) denominada “Capacidad de expresarse” ($r=0.610$, $p<0,001$), y las variables “Inseguridad en las relaciones personales” ($r=0.513$, $p<0,001$) y “Obsesión por la delgadez” ($r=0.410$, $p<0,005$) obtenidas en el EDI.

En síntesis, encontramos unas correlaciones negativas estadísticamente significativas entre variables sociodemográficas como el “Tener otros hobbies” con el consumo de algunas sustancias como los anabolizantes ($r=-0.476$, $p<0,005$), los glucocorticoides ($r=-0.476$, $p<0,005$) y las proteínas” ($r=-0.434$, $p<0,005$). Igualmente y como cabía esperar, obtuvimos correlaciones negativas entre el motivo de práctica por “Mejorar habilidades” y la razón para entrenar de “Mejorar el aspecto físico” ($r=-0.555$, $p<0,001$)

Conclusiones

En conjunto, los datos indican que nos encontramos con un grupo de personas que encajarían en el perfil del vigoréxico que se ha venido comentando, ya que cumplen en gran medida las características de éstos, aunque hay que tomar estos resultados como lo que son, preliminares, debido al reducido número de muestra con la que hemos trabajado y la dificultad de conseguir información sin sesgos en las respuestas. La muestra se compone por un grupo de personas cuya media de edad se sitúa en los 24.73 años, por lo que estaríamos hablando de un grupo de deportistas jóvenes, todos ellos varones, dato que coincidiría con las características de los grupos de gente que padece vigorexia.

Podemos destacar la importancia de los datos referidos a los principales motivos por lo que realizan un entrenamiento intensivo

de musculación con pesas. Los deportistas señalan como las razones más importantes, que destacan en relación con cualesquiera otros motivos: el mejorar las habilidades físicas y técnicas, mejorar la imagen corporal y aumentar la musculatura, motivos que encajan en el perfil del vigoréxico, como se señala en la literatura especializada, de personas que no se sienten satisfechos con su propio cuerpo y se obsesionan con la mejora de aquello que ellos consideran deficiencias.

En relación con los resultados obtenidos mediante la Escala de Habilidades Sociales, encontramos puntuaciones bajas en la gran mayoría de sus dimensiones, tales como: dificultad con las interacciones en diferentes contextos, expresión de conductas no asertivas frente a desconocidos, dificultad para expresar discrepancias y dificultad para llevar a cabo interacciones con el sexo contrario. Estos resultados encajan igualmente en las conclusiones obtenidas en diferentes estudios (Caracuel, Arbinaga y Montero, 2003; Furnham, Badmin y Sneade, 2002), que señalan como el perfil del vigoréxico a nivel psicológico se caracterizaría por ser el de una persona poco madura, introvertida, con problemas de integración y seguridad, y con baja autoestima.

En cuanto al Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Garner, 1998), comparando la muestra de nuestros deportistas con los baremos de dos poblaciones distintas (universitarios y pacientes norteamericanos con trastornos de la alimentación), observamos que nuestro grupo podríamos situarlo en el límite de padecer un trastorno de alimentación, ya que en relación con el primer grupo sus puntuaciones indican una excesiva preocupación por la alimentación y por la forma de sus cuerpos, mientras que

cotejadas sus puntuaciones con la población que sufre trastornos de la alimentación, aunque cercanas, no alcanzaría los del colectivo con trastornos ya desarrollados. También apoyaría esta conclusión el hecho de que presentan consolidadas algunas alteraciones en variables psicológicas características de estos trastornos: desconfianza interpersonal, miedo a la madurez e inseguridad ante las relaciones sociales.

Los datos sobre los motivos de práctica de estos deportistas, señalan que los más relevantes son los de mejora de la imagen corporal, el aumento de la masa corporal y el mejorar las habilidades. Es interesante, reseñar que los dos primeros correlacionan negativamente con el tercero, lo que nos permite pensar que entre estos deportistas que entrenan intensivamente con pesas, podríamos encontrar a dos grupos diferenciados de sujetos, aquellos cuyas motivaciones se centran en el aumento de su masa muscular y la modificación de su imagen, que coincidiría con aquellos que padecen vigorexia, y un segundo grupo más interesado por la mejora de habilidades para el rendimiento deportivo. Por ello, sería conveniente que en otros estudios se evaluara si practican otros deportes, ya que en algunos casos puede que el entrenamiento de musculación sea para mejorar sus logros deportivos en éstos.

En cuanto a los factores emocionales observamos que existe una relación entre los cambios del estado de ánimo por el hecho de no poder entrenar –reacción habitual de las dependencias- con un aumento de la obsesión por la delgadez y con la falta de seguridad en las relaciones personales. Estos resultados coinciden con aquellos obtenidos en otras investigaciones (Caracuel, Ar-

binaga y Montero, 2003; Furnham, Badmin y Sneade, 2002, Hurst, Hale, Smith y Collins, 2000), donde ya señalan que el perfil del vigoréxico se caracteriza por estos factores psicológicos relacionados con problemas de integración y seguridad, acompañados de otras alteraciones como trastornos obsesivos compulsivos.

También si nos centramos en los datos sobre hábitos y conductas de nuestros deportistas, encontramos gran similitud con la información existente sobre el perfil del vigoréxico (Caracuel, Arbinaga y Montero, 2003; Furnham, Badmin y Sneade, 2002, Hurst, Hale, Smith y Collins, 2000; Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997). Se observa que el consumo de anabolizantes se asocia con la percepción de tener problemas con el peso y con reacciones de inmadurez; mientras que el aumento de las horas de entrenamiento se asocia con la inseguridad en las relaciones personales. Seguir una dieta también sería un factor que se relaciona directamente con un aumento de la obsesión por la delgadez e inseguridad en las relaciones personales.

Como conclusión final y pese a las limitaciones inherentes al tamaño de la muestra y los posibles sesgos a la hora de la obtención de datos, podemos señalar que la información obtenida nos permite señalar la coincidencia con otros estudios en cuanto a la existencia de un perfil psicológico que junto con hábitos inadecuados de entrenamiento y alimentación confirmarían el trastorno de vigorexia, con la gravedad y prevalencia que ya se va progresivamente detectando.

Considerando las variables psicológicas y los hábitos de conducta que delimitan el

perfil, estaremos en condición de avanzar propuestas que reduzcan los factores de riesgo y que potencien los de protección. Otra conclusión evidente es que en esta labor de investigación y actuación profesional, el papel del psicólogo es del todo imprescindible.

Bibliografía

- Arbinaga, F. y Caracuel, J.C. (2003). Aproximación a la Dismorfia Muscular. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Vol. 65 (5), 7-15.
- Baile, J. I., Monroy, K. E. y Garay, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 10 (001), 161-169.
- Cantón, E. (2007). Ámbitos de aplicación de la Psicología del Deporte en la salud. Un caso concreto: las adicciones. Actas del I Congreso Latinoamericano de Estudiantes de Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima (Perú), 10 de Abril.
- Caracuel, J. C., Arbinaga, F. y Montero, J. A. (2003). Perfil socio-deportivo de dos tipos de usuarios de gimnasio: un estudio piloto. Edupsykhé, Revista de Psicología y Psicopedagogía, Vol. 2 (2), 273-308.
- Furnham, A., Badmin, N. y Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self esteem, and reasons for exercise. The Journal of Psychology, 136, 581-596.
- Garner, D.M. (1998). Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: TEA Ediciones.
- Gismero, E. (2000). Escala de Habilidades Sociales. Madrid: TEA Ediciones.
- Hurst, R., Hale, B., Smith, D. y Collins, D. (2000). Exercise dependence, social physique anxiety, and social support in experienced and inexperienced bodybuilders and weightlifters. British Journal of Sports Medicine, 34, 431-435.
- Kanayama, G., Pope, H.G., Cohane, G. y Hudson, J.I. (2003). Risk factors for anabolic-androgenic steroid use among weightlifters: a case control study. Drug and Alcohol Dependence, 7 (1), 77-86.
- Pope, H. G., Phillips, K. A. y Olivardia, R. (2000). The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession. New York: Free Press.
- Pope, H.G. (1997). Reverse anorexia "vigorexia" in weight lifters. American Psychiatry Association: Psychosomatics Journal.
- Pope, H.G., Gruber, A.J., Choi, P., Olivardia, R. y Phillips, K.E. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. Psychosomatics, 38, 548-557.
- Ramos, P. Pérez, L., Liberal, S. y Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. Revista de Psicodidáctica.

Fecha de recepción: 11/10/2007
Fecha de aceptación: 20/01/2008