

DISMORFIA MUSCULAR: PERSPECTIVA HISTÓRICA Y ACTUALIZACIÓN EN SU DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Emilio J. Compte^{1,2,3} y Ana R. Sepúlveda³

¹Universidad Favaloro; ²Fundación Foro (Argentina); ³Universidad Autónoma de Madrid (España)

Resumen

La creciente producción científica relacionada con la dismorfia muscular (DM) deja en evidencia que los varones también sufren presiones sobre su imagen corporal. En el presente trabajo se describen los antecedentes históricos y los estudios recientes que clarifican su conceptualización diagnóstica, se describen los distintos modelos etiológicos, se actualiza los instrumentos de evaluación y el tratamiento. Según el DSM-5, la DM representa un tipo específico del trastorno dismórfico corporal. Sin embargo, los nuevos hallazgos científicos la relacionan más estrechamente con los trastornos alimentarios, tanto en el perfil clínico como en la propuesta en el tratamiento. A su vez, los modelos etiológicos subrayan la importancia de la valoración de la imagen corporal en el desarrollo de la DM, la cual se encuentra modulada por factores psicosociales. Asimismo, en los últimos años se han desarrollado instrumentos específicos orientados a evaluar la insatisfacción corporal masculina y la DM. Sin embargo, la falta de un consenso sobre su clasificación dificulta su evaluación y comprensión y la descripción que actualmente realiza el DSM-5 continua siendo insuficiente.

PALABRAS CLAVE: *dismorfia muscular, DSM-5, imagen corporal, varones.*

Abstract

The growing scientific production related to Muscular dysmorphia (MD) makes it clear that men also suffer body image pressures. This article aims to describe the historical background and recent studies that clarify its diagnostic conceptualization and different etiological models; also, an update on the assessment tools and treatment is presented. According to the DSM- 5, the MD represents a specific type of body dysmorphic disorder. However, the new scientific findings relate MD more closely to eating disorders, both in the clinical profile and the proposed treatment. In turn, the etiological models underscore the importance of assessing body image in the development of MD, which is modulated by psychosocial factors. Also, in recent years specific instruments have been developed to assess male body dissatisfaction and DM. However, the lack of

Este trabajo tiene el apoyo del Ministerio de Economía y Competitividad a través de un contrato Ramón y Cajal (RYC-2009-05092).

Correspondencia: Emilio J. Compte, Fundación Foro, Malasia 857, Buenos Aires (Argentina).
E-mail:emiliocompte@fundacionforo.com

consensus on its classification hinders evaluation and understanding, and the description provided by DSM-5 is still insufficient.

KEY WORDS: *muscle dysmorphia, DSM-5, body image, men.*

Introducción

La dismorfia muscular (DM) se describe como una alteración de la imagen corporal, principalmente caracterizada por la subestimación del tamaño y fuerza del cuerpo y el desarrollo de conductas compensatorias desadaptativas (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997). La aparición de la nueva versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* [DSM-5]; *American Psychiatric Association* [APA], 2013) ha actualizado el debate sobre su clasificación (Murray, Rieger, Touyz y de la Garza García, 2010). De acuerdo a lo previsto, la DM ha sido conceptualizada como un tipo específico del trastorno dismórfico corporal (González-Martí, Fernández-Bustos y Contreras-Jordán, 2012; Phillips *et al.*, 2010; Pope *et al.*, 1997). Sin embargo, son crecientes las pruebas que la relacionan con los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) (Murray, Maguire, Russell y Touyz, 2011; Murray, Maguire, Russell y Touyz, 2012; Murray *et al.*, 2012b). Si se tienen en cuenta que una categoría diagnóstica tiene por objetivo proporcionar una guía útil en la práctica clínica (APA, 1994; Walsh, 2007), la descripción que actualmente realiza el DSM-5 parece insuficiente.

Este trabajo tiene como objetivo: a) hacer una conceptualización histórica del trastorno, b) revisar los estudios que clarifiquen el diagnóstico, c) describir los modelos etiológicos y los factores psicosociales que los influyen, d) describir los diferentes métodos de evaluación y, por último, e) revisar las propuestas actuales para su tratamiento.

Conceptualización histórica

El estudio de la DM tiene sus antecedentes en la investigación sobre los efectos psiquiátricos del consumo de esteroides anabólicos en culturistas que los consumían para mejorar su rendimiento (Annitto y Layman, 1980; Freinhar y Álvarez, 1985). En ese contexto, Pope y Katz (1987) describen un síndrome al que originalmente llaman *psicosis de los culturistas*, que era consecuencia de los síntomas psiquiátricos derivados del consumo de esteroides.

Intrigados por estas observaciones, Pope y Katz (1988) entrevistaron a usuarios de gimnasios que consumían esteroides, quienes presentaban síntomas psicóticos (clínicos y subclínicos) y del estado del ánimo (episodios depresivos y maníacos) como consecuencia del consumo. A pesar de hallarse síntomas psiquiátricos durante los períodos de retirada y abstinencia, los síntomas afectivos y psicóticos fueron significativamente más frecuentes durante los períodos de consumo de estas sustancias.

En un emblemático estudio de Pope, Katz y Hudson (1993), los autores describen un síndrome al que denominan *anorexia inversa* (AI). Este se

caracterizaba por: (i) presentar una creencia persistente y poco realista en relación al tamaño y fuerza del cuerpo y (ii) que dicha creencia afectara concretamente las actividades diarias. La alteración de la imagen corporal implicaba que los participantes se percibieran débiles y pequeños siendo en realidad grandes y musculosos. Según los autores, la AI se asemejaba a la anorexia nerviosa (AN) con la excepción de que los síntomas se invertían. Una explicación posible de este hecho, fue considerar la AI como una respuesta análoga en hombres, que se ven influidos por presiones sociales de ser más grandes y musculosos, en contraste a la presión social dirigida a la extrema delgadez para las mujeres y que imitan las mujeres con AN.

A finales de la década de los 90, la AI pasó a denominarse dismorfia muscular (DM) como consecuencia de un cambio en la conceptualización teórica (Pope *et al.*, 1997). A partir de este momento y hasta la actualidad, la DM ha sido académicamente conceptualizada como un sub-tipo de trastorno dismórfico corporal. A diferencia de los pacientes típicos con este trastorno, que se encuentran preocupados con una parte específica del cuerpo, las personas con DM están patológicamente preocupadas por la composición muscular del cuerpo, donde sus actividades diarias suelen ser, entre otras conductas asociadas, el levantamiento de pesas, las restricciones alimentarias, unido al consumo de suplementos.

En conclusión, encontrar un término que describa la patología correctamente parece confuso ya que coexisten varios en la literatura científica. Baile (2005) señala que los términos AI o DM pueden ser los más utilizados en el ámbito científico internacional, siendo la "vigorexia", el término más extendido en estudios en español. Otros autores, utilizan indistintamente los términos obsesión por la musculatura y la DM. Sin embargo, Parent (2013) señala que la obsesión por la musculatura representa la búsqueda del ideal corporal masculino que en sus formas extremas implicaría la DM.

Clarificación diagnóstica

En el artículo original de Pope *et al.* (1997) enumeran nueve características clínicas que lo distinguen: i) preocupación crónica con la musculatura, ii) malestar y el deterioro significativo, iii) evitación de la exposición, iv) deterioro en las relaciones interpersonales debido a los sentimientos de inadecuación corporal, v) estilo de vida en torno al programa de ejercicios y dieta meticulosa, vi) estados de extrema ansiedad si se les priva del levantamiento de pesas en su patrón habitual, vii) adhesión estricta a dietas de alto contenido en proteínas, baja en grasas y con una ingesta específica de calorías por día, viii) uso combinado de drogas, dieta estricta y ejercicio a un extremo perjudicial para la salud y, por último, ix) comportamientos asociados (comparación física, conductas de verificación frente al espejo y/o pesarse constantemente).

La presencia de una preocupación exagerada por el cuerpo traslada a un segundo plano otros aspectos de la vida de mayor relevancia (educación, salud, trabajo, etc.) Esto hace que la valoración de la imagen corporal no solamente influya en los pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas con el cuerpo

idealizado, sino que también impacte en las relaciones interpersonales, siendo frecuente la evitación de actividades sociales como forma de modular el malestar psicológico (Pope *et al.*, 2000).

Posteriormente, diferentes investigaciones han realizado contribuciones que permiten describir de forma más precisa el perfil sintomático de la DM. Al ser comparados con pacientes con trastornos dismórfico corporal, las personas con DM presentaban mayor probabilidad de levantar pesas excesivamente, practicar ejercicio físico de forma compulsiva, restricciones alimentarias, peor calidad de vida, mayor probabilidad de cometer intentos suicidas, de consumir de esteroides y mayor prevalencia en trastornos por consumo de sustancias (Pope *et al.*, 2005). Resultados similares se observaron en usuarios de gimnasio con DM, al ser comparados con levantadores de pesas sin DM (Cafri, Olivardia y Thompson (2008). Sin embargo, usuarios de gimnasio con y sin DM no difirieron en cuanto a TCA, trastornos dismórfico corporal no relacionado a la musculatura, consumo de esteroides y trastornos de consumo de sustancias. Llama la atención que ambos grupos no difirieran en el uso de esteroides, que hasta la fecha era considerado como un rasgo característico de la DM. Baghurst y Lirgg (2009) también cuestionan el consumo de esteroides como un rasgo asociado a la DM al comparar culturistas que se sometían al control farmacológico con culturistas que no se sometían a dichos controles.

A partir de la presencia de pensamientos intrusivos y conductas de compensación, la DM ha sido relacionada con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Rodríguez, 2007). Sin embargo, existe una baja comorbilidad entre personas con DM y TOC (Cafri, 2008). La relación entre la DM y el TOC parece darse dentro de trastornos asociados al espectro obsesivo compulsivo (Chung, 2001; Maida y Armstrong, 2005), entre los cuáles se incluyen a la AN y el trastorno dismórfico corporal (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

Por su parte, en un estudio reciente de Murray *et al.* (2012b), se analizaron una muestra de varones compuesta por pacientes con DM, anorexia nerviosa y un grupo control de usuarios de gimnasios. Entre los resultados se observó que los participantes con DM y anorexia nerviosa no diferían en cuanto a preocupaciones con el peso y la figura y el ejercicio físico compulsivo. Sin embargo, el grupo de participantes con DM presentaba mayores niveles de restricción alimentaria.

Diagnóstico y sus problemas en la clasificación actual

Previo a la aparición del DSM-5 (APA, 2013), los principales manuales diagnósticos, DSM-IV (APA, 1994) y CIE-10 (WHO, 1992), no incluían a la DM entre sus categorías. En parte, esto se debió a una cuestión temporal. Las ediciones de los manuales son anteriores a la descripción de la DM (Pope, 1997). Sin embargo, los manuales tampoco describen criterios diagnósticos en sus versiones revisadas y actualizaciones (APA, 2000; WHO, 2010). En el particular caso del DSM, esto pudo haber sido consecuencia de la escasa producción científica relacionada con la DM en el momento de la revisión, impidiendo que se cumplan los criterios propuestos por Blashfield, Sprock y Fuller (1990) para la inclusión de un trastorno en dicho sistema de clasificación.

La nueva edición del DSM ha actualizado el debate sobre la clasificación diagnóstica. Entre quienes sostienen la posición de la conceptualización diagnóstica dentro del trastorno dismórfico corporal señalan que la DM, comparte características similares con otras formas del trastorno dismórfico corporal (características sociodemográficas, gravedad sintomática, ideas delirantes típicas del trastorno dismórfico corporal y preocupaciones relacionadas con otras áreas del cuerpo diferentes a la musculatura) (Pope et al., 2005). Por su parte, González-Martí et al., (2012) aportan pruebas empíricas a la clasificación diagnóstica de la DM dentro del trastorno dismórfico corporal. Mediante el uso del método de clasificación árbol de decisión de minería de datos, los autores concluyen: “Los resultados hallados con este método de clasificación informan sobre el predominio de las variables relacionadas con un trastorno dismórfico corporal” (p.356). Sin embargo, entre los instrumentos utilizados no fueron incluidas medidas estandarizadas para evaluar el trastorno alimentario o el trastorno obsesivo compulsivo. Las conclusiones de los autores se encuentran limitadas al uso de medidas estandarizadas de la imagen corporal.

Por su parte, según Murray et al. (2012b) los hombres con DM presentan un perfil patológico similar a los pacientes con TCA en cuanto al perfeccionismo, presencia de obsesiones, rasgos anhedónicos y preocupaciones sostenidas y relacionadas significativamente con la imagen corporal, la dieta y el ejercicio físico. Asimismo, los autores cuestionan el carácter secundario de la conducta alimentaria alterada en pacientes con DM. La adhesión a planes dietéticos estrictos se presenta como una característica del comportamiento alimentario de las personas con DM. La desviación de un estricto plan alimentario con frecuencia implica un marcado aumento de la ansiedad y el desarrollo de conductas de compensación tales como el ejercicio extremo (Grave, Calugi y Marchesini, 2008; Mossley, 2009). La tabla 1 nos muestra que tanto los TCA como la DM se relacionan con presiones sociales específicas para cada sexo y alteraciones en la percepción de la imagen corporal correspondientes a tales influencias. En ambos casos existen conductas de manipulación del peso y la figura similares y el aislamiento social como consecuencia indeseada. A su vez, es probable que el poco conocimiento que se tenga sobre la DM esté relacionado con su reciente descripción.

Desde una tercera perspectiva, la DM es considerada como parte de un espectro obsesivo compulsivo, entendiendo como problemático el comportamiento crónico motivado por una obsesión. Asimismo, la ventaja teórica de conceptualizar a la DM como un trastorno del espectro obsesivo compulsivo permite al tratamiento centrarse en el ejercicio patológico, en lugar de patologizar el sentimiento de inadecuación del propio cuerpo, que es un sentimiento común entre la población general (Chung, 2001). Similarmente, Maida y Armstron (2005) observaron que los síntomas de la DM están más relacionados con los síntomas de este espectro que a los de un trastorno somatomorfo.

Tabla 1

Comparación entre los trastornos del comportamiento alimentario y la dismorfia muscular

	Trastornos del comportamiento alimentario	Dismorfia muscular
Primeras propuestas Diagnósticas	AN = Feighner <i>et al.</i> , 1972; BN = Russell, 1979; TA = Spizter <i>et al.</i> , 1991	DM = Pope <i>et al.</i> , 1997
Prevalencia	Mayoritariamente en mujeres	Mayoritariamente en hombres
Influencias socioculturales	Presión por la delgadez	Presión por la musculatura
Alteración de la imagen corporal	En AN, percepción de gordura cuando en realidad se es delgado o con normo peso	Percepción de debilidad y pobre desarrollo muscular, cuando se es fuerte y musculoso
Patrones alimentarios	Restricción alimentaria (cantidad y grupo de alimentos) y atracones	Restricción (limitan su alimentación a alimentos ricos en proteínas)
Conductas compensatorias	Purgas y ejercicio físico excesivo	Dependencia del ejercicio físico
Fármacos	Laxantes, diuréticos, anfetaminas	Suplementos (ej. creatina), anabólicos esteroides
Consecuencias	Aislamiento social	Aislamiento social

Nota: AN= anorexia nerviosa; BN= bulimia nerviosa; TA= trastorno por atracón; DM= dismorfia muscular.

Con relación a la reciente edición del DSM-5 (2013) y de acuerdo con lo previsto por Chung (2001), Maida y Armstrong (2005) y Phillips *et al.* (2010), la DM es considerada un subtipo de trastorno dismórfico corporal, dentro de los trastornos relacionados con el trastorno obsesivo compulsivo. Su descripción se limita a la preocupación central en relación al tamaño y la musculatura corporal.

Al comparar las dos propuestas diagnósticas presentadas en la tabla 2, se observan más similitudes que diferencias. Los criterios diagnósticos para la DM (Pope, 1997) ha quedado desactualizados en cuanto a los avances en el estudio de los patrones alimentarios de las personas con DM (Murray, 2012b), los cuales son de particular interés dada la reconceptualización de la DM como otro subtipo de TCA (AI) a un trastorno dismórfico específico (DM) (Pope, 1993; Pope *et al.*, 1997) y se presentan como la primera prueba empírica en demostrar que conductas y actitudes alimentarias alteradas en DM son igualmente graves (o incluso más) que las observadas en anorexia nerviosa. En consecuencia ambas propuestas fallan en delimitar un perfil claro de las personas con DM.

Tabla 2

Comparación criterios diagnósticos del trastorno dismórfico corporal, según el DSM 5 (APA, 2013) y la dismorfia muscular (Pope *et al.*, 1997)

Trastorno dismórfico corporal (DSM-5)	Dismorfia muscular
<p>A. Preocupación por uno o más defectos percibidos o imperfecciones en la apariencia física que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.</p> <p>B. En algún momento durante el curso del trastorno, la persona ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, acicalarse excesivamente, pellizcarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar la propia apariencia con la de los demás) repetitivos como respuesta a las preocupaciones sobre la apariencia.</p> <p>C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>D. La preocupación por la apariencia no se explica mejor por la preocupación por el tejido adiposo o el peso corporal de un individuo cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Con dismorfia muscular: El individuo está preocupado por la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o no suficientemente musculosa. Este especificador se utiliza incluso si la persona está preocupada con otras áreas del cuerpo, lo cual es a menudo el caso.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., “estoy feo” o “estoy deforme”).</p> <p>Con buena introspección: El individuo reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente falsas o que pueden ser ciertas o no.</p> <p>Con poca introspección: el individuo piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.</p> <p>Sin introspección/con creencias delirantes: El individuo está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.</p>	<p>1. La persona tiene una preocupación con la idea de que su cuerpo no es lo suficientemente libre de grasas y musculoso.</p> <p>2. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento, como lo demuestra al menos dos de los cuatro criterios siguientes:</p> <p>a) Con frecuencia el individuo renuncia a importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido a una necesidad compulsiva de mantener su entrenamiento y programa de dieta.</p> <p>b) El individuo evita situaciones en las que su cuerpo está expuesto a los demás, o sufre este tipo de situaciones con marcada angustia o ansiedad intensa.</p> <p>c) La preocupación por la insuficiencia de tamaño del cuerpo o de la musculatura provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.</p> <p>d) El individuo continúa con patrones rígidos de ejercicio y dieta, o utilizando sustancias para mejorar su rendimiento a pesar del conocimiento de las consecuencias físicas y psicológicas adversas.</p> <p>3. El foco principal de la preocupación y los comportamientos es el ser demasiado pequeño o inadecuadamente musculoso, y no sobre la gordura como en la anorexia nerviosa, u otros aspectos de la apariencia, como en otras formas de trastorno dismórfico corporal.</p>

Etiología

Desde la primera descripción del síndrome se han desarrollado diferentes modelos etiológicos que intentan explicar el origen de la DM (Baile, 2005; Grieve, 2007; Lantz, Rhea y Cornelius, 2002; Lantz, Rhea y Mayhew, 2001; Pope *et al.*, 1997; Rodríguez Molina y Rabito Alarcón, 2011). A continuación se resumen los modelos:

- El modelo biopsicosocial (Pope *et al.*, 1997) postula tres posibles explicaciones en el desarrollo de la DM. En primer lugar, se cree que el trastorno obsesivo compulsivo, la DM, el síndrome de Tourette, entre otras condiciones clínicas, comparten la misma predisposición genética y biológica subyacente bajo el espectro de trastornos afectivos. En segundo término, los hombres reciben presiones culturales similares a las que se vieron expuestas las mujeres durante décadas hacia la imagen corporal (Pope, Olivardia, Gruber y Borowiecki, 1999; Pope *et al.*, 2000). En tercer término, el fácil acceso que en los últimos años se tiene a los esteroides ha podido también favorecer al desarrollo de DM. La insatisfacción con la imagen corporal puede llevar a algunos hombres al consumo de esteroides anabólicos (Brower, Blow y Hill, 1994), en otros el consumo de esteroides se da posteriormente al desarrollo de DM (Pope y Katz, 1994). Sin embargo, el uso de esteroides no implica necesariamente un aumento en la satisfacción corporal (Pope *et al.*, 1997).
- De mayor desarrollo conceptual y empírico, el modelo cognitivo conductual (Lantz *et al.*, 2001) supone la interacción de factores predisponentes (autoestima e insatisfacción corporal), características psicológicas y conductuales (preocupación por el tamaño y la simetría del cuerpo, restricciones dietéticas, uso de suplementos alimentarios, abuso farmacológico, dependencia del ejercicio físico y conductas de protección de la apariencia física) y consecuencias negativas (alienación, narcisismo y desviación positiva). Posteriormente el modelo fue reformulado (Lantz *et al.*, 2002), de modo que las características psicológicas y de comportamiento pueden ser divididas en dos categorías: preocupaciones nutricionales y físicas. Cada una de ellas está compuesta por tres componentes (figura 1). Según este modelo, la baja autoestima y la insatisfacción corporal actúan como variables precipitantes. A causa de ellas, las personas se involucran en rutinas rígidas de ejercicio físico y conductas alimentarias con el objetivo de mejorar su apariencia física. Los refuerzos positivos basados en el desarrollo muscular generan un cambio en la autoestima.
- Según el modelo hipotético de factores implicados en el desarrollo de la vigorexia (Baile, 2005), la aparición de la DM, se debe a la interacción de 3 factores: predisponentes, precipitantes y de mantenimiento (figura 2). El primero de ellos implica cuestiones sociodemográficas, ambientales y psicopatológicas. Entre los factores precipitantes se incluyen experiencias traumáticas con el cuerpo y consumo de sustancias. Los factores de mantenimiento por su parte se pueden dividir en conductas evitativas y refuerzos positivos. El modelo carece de pruebas empíricas.

Figura 1
Integración de los modelos cognitivo conductuales de la dismorfia muscular

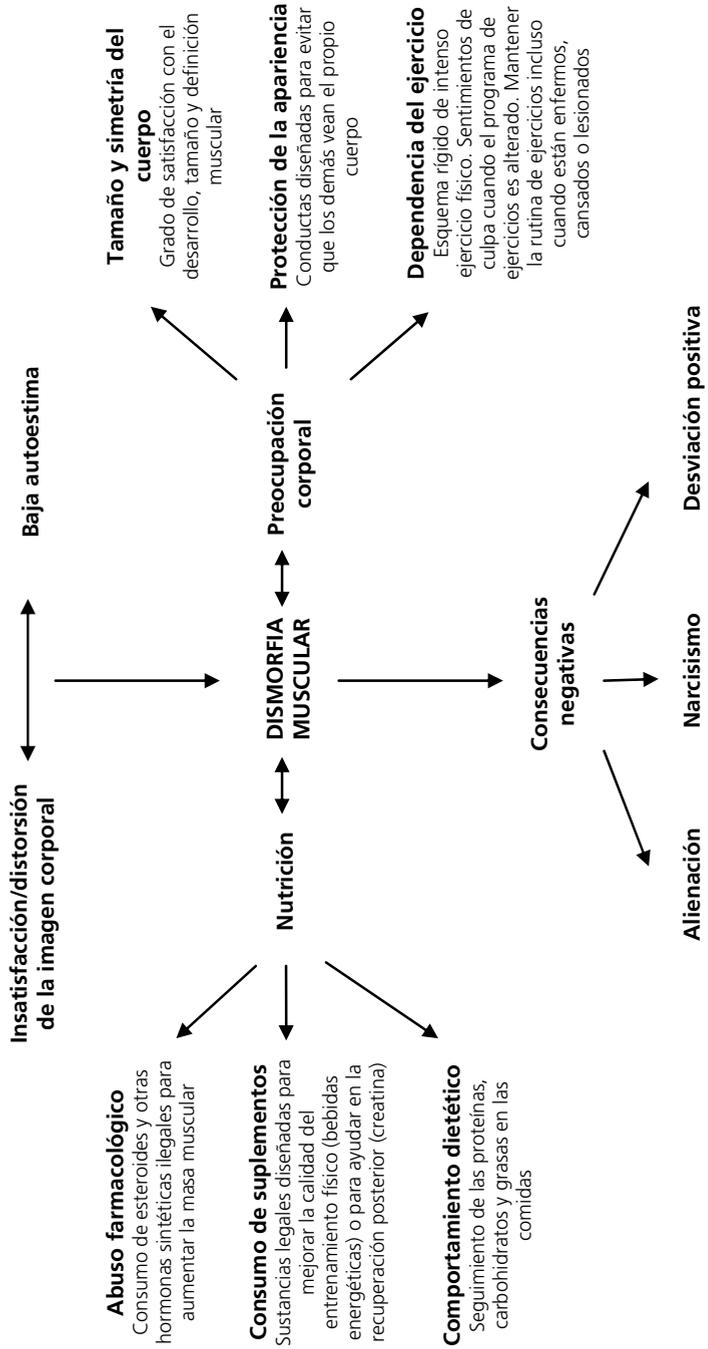
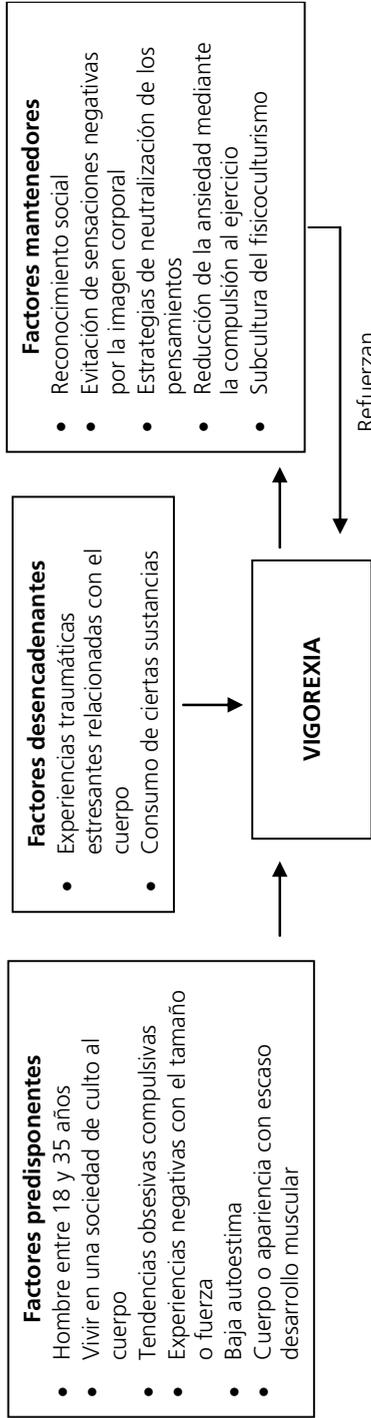


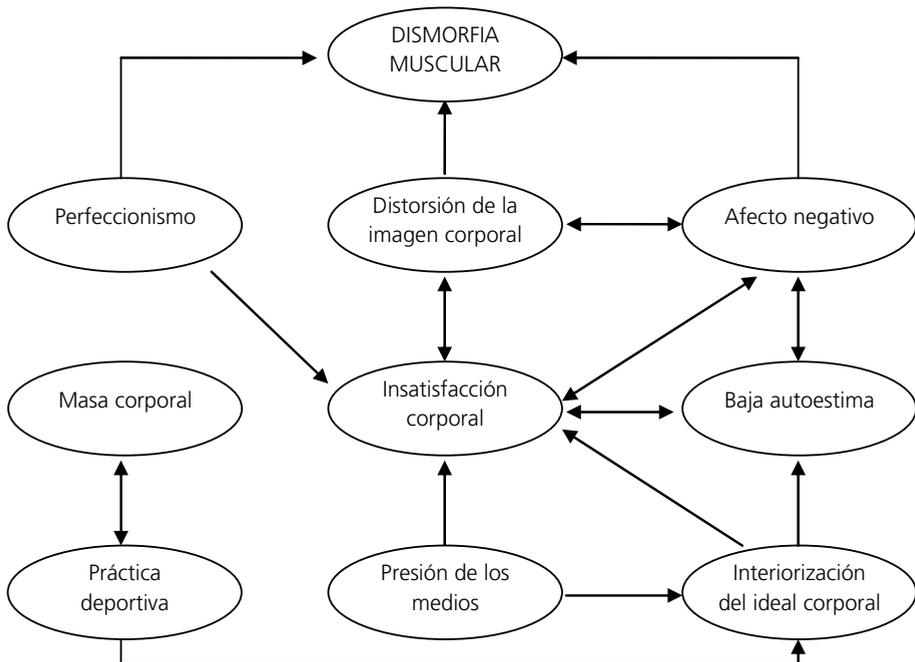
Figura 2
Modelo hipotético de factores implicados en el desarrollo de la vigorexia



- El modelo conceptual de factores que contribuyen al desarrollo de la DM (Grieve, 2007) supone la interacción de factores socioambientales (influencias de los medios, práctica deportiva), emocionales (afecto negativo), psicológicos (insatisfacción corporal, interiorización del ideal corporal, autoestima, alteración corporal y perfeccionismo) y fisiológicos (masa corporal). Se destaca a la insatisfacción corporal como un componente central en el desarrollo de la DM, recibiendo influencias (directas y recíprocas) de otros factores que componen el presente modelo. Asimismo, supone que el perfeccionismo, la alteración de la imagen corporal y el afecto negativo son factores fundamentales en el desarrollo de la DM (figura 3).

Figura 3

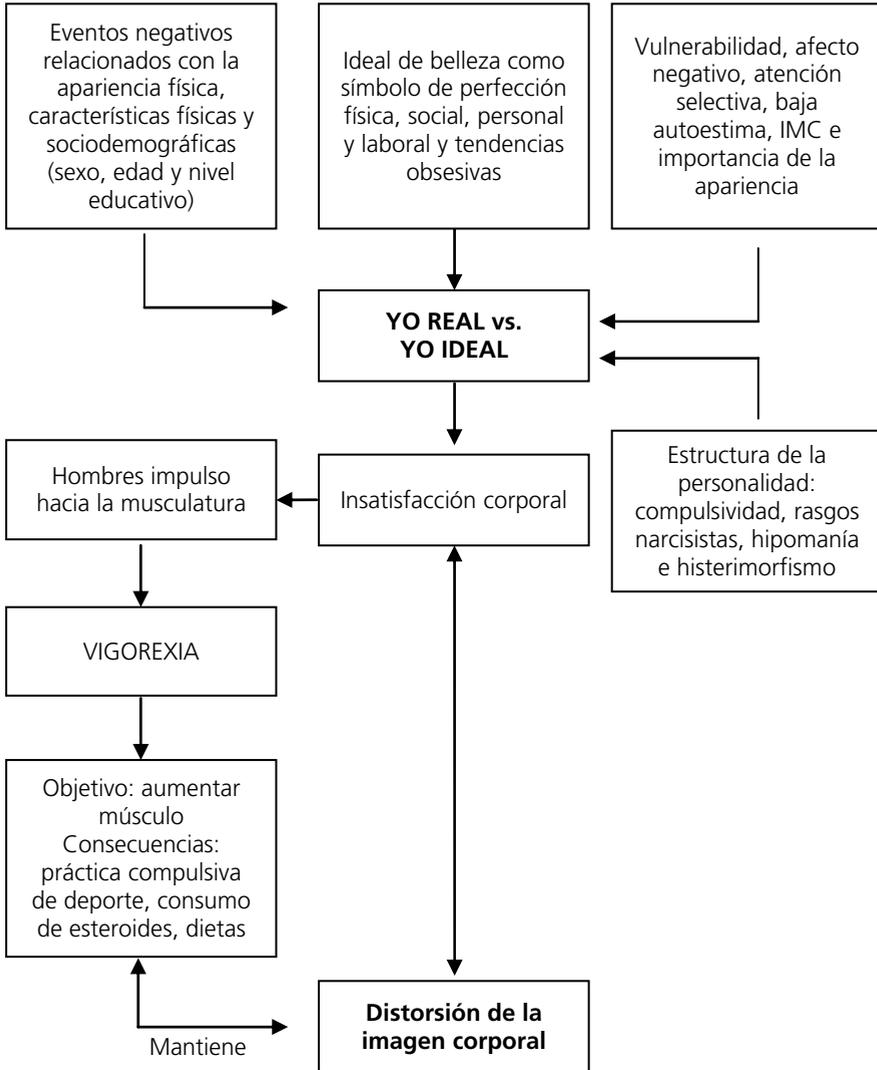
El modelo conceptual de factores que contribuyen al desarrollo de la dismorfia muscular



- Rodríguez-Molina y Rabito-Alacrón (2011) (figura 4), proponen un modelo tentativo de la vigorexia como un trastorno de la imagen corporal. El mismo implica la interacción de factores predisponentes (experiencias negativas relacionadas con la imagen corporal, interiorización de ideales de belleza, insatisfacción corporal, importancia de la apariencia y características de personalidad), desencadenantes (insatisfacción corporal) y conductas de mantenimiento (comportamientos orientados a aumentar la musculatura). El modelo pone especial énfasis en la distorsión e insatisfacción corporal en el

desarrollo de la DM. Asimismo, las conductas orientadas al desarrollo muscular mantienen el trastorno y favorecen la alteración de la imagen corporal, lo que cierra un círculo al influenciar sobre la insatisfacción corporal. El modelo ha sido probado en usuarios de gimnasios.

Figura 4
Modelo tentativo de vigorexia como trastorno de la imagen corporal



El valor de los factores socioculturales en los distintos modelos etiológicos

El papel de la presión social sobre la imagen corporal en hombres ha sido estudiado sobre la base de investigaciones realizadas previamente en mujeres (Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson, 1980). En particular, en un estudio realizado por Leit, Pope y Gray (2000) se analizó la evolución del cuerpo físico de los modelos masculinos de la revista *Playgirl*, los cuáles se volvieron más sólidos y musculosos a través del tiempo. Contemporáneamente, en un trabajo de Pope *et al.* (1999) se analizó la evolución de la figura y forma de los juguetes de acción más populares en los 20 años previos al desarrollo del estudio. Se compararon las figuras originales con las actuales. A través del tiempo, los muñecos de acción fueron reflejando el cambio en la expectativa cultural sobre el cuerpo masculino. Muchas de las figuras modernas representaban físicos de culturistas, algunas de ellas incluso con un grado de desarrollo muscular fuera de los límites posibles en seres humanos. Resultados similares fueron hallados por Baghurst *et al.* (2006), con una muestra más amplia de líneas comerciales de muñecos de acción. Posteriormente, dicha muestra fue utilizada en otro estudio con varones de entre 9 y 13 años (Baghurst, Carlston, Wood y Wyatt, 2007), con el objetivo de comprender como los preadolescentes respondían a los cambios físicos que presentan las figuras actuales con respecto a las originales. Los participantes percibieron de forma significativa a los muñecos actuales como más musculosos, saludables y a quienes más les gustaría parecerse. Por el contrario, el aspecto físico de los muñecos originales fue percibido significativamente más normal.

Por otra parte, la exposición a imágenes presentadas en los medios de comunicación parece influir en las actitudes de los hombres hacia su apariencia corporal. Leit, Gray y Pope (2002) encontraron que cuando los varones son expuestos a imágenes de hombres musculosos, tendían a percibirse con menos masa muscular que antes de la intervención. Similarmente, el impacto a la exposición de imágenes de modelos musculosos varía según estén los hombres intentando cambiar activamente la fuerza y composición muscular de sus propios cuerpos (Halliwell, Dittmar y Orsborn, 2007). Asimismo, la DM parece modular los efectos de episodios de acoso escolar sobre la psicopatología y la autoestima personal. Las personas que fueron víctimas de acoso escolar eran más propensas a desarrollar DM y esto, en parte, moduló el efecto de la victimización en la psicopatología global, según un estudio de Wolke y Sapouna (2008).

Evaluación

Desde la primera descripción del síndrome como AI a la actualidad, se han desarrollado instrumentos orientados a evaluar DM y las características asociadas. Según una revisión sistemática desarrollada recientemente (Parks y Sepulveda, 2013), existen 30 instrumentos orientados a evaluar imagen corporal que son aptos para evaluar preocupaciones masculinas. Entre los más utilizados en las investigaciones se destacan los siguientes: (a) la "Escala de obsesión por la musculatura" (*Drive for Muscularity Scale*, DMS; McCreary y Sasse, 2000), cuenta con 15 ítems con seis alternativas de respuesta en una escala tipo Likert. Evalúa en

qué medida las personas desean tener un cuerpo más musculoso mediante dos escalas: actitudes orientadas a la imagen corporal ($\alpha= 0,84$) y conductas orientadas a la musculación ($\alpha= 0,90$). La escala cuenta con una fiabilidad aceptable ($\alpha= 0,84$); (b) la "Escala de satisfacción con la apariencia muscular" (*Muscle Appearance Satisfaction Scale*, MASS; Mayville, Williamson, White, Netemeyer y Drab, 2002), que fue desarrollada a partir de características asociadas al trastorno dismórfico corporal según DSM-IV (APA, 1994) y a los criterios diagnósticos para DM (Pope *et al.*, 1997). Consta de 19 ítems divididos en 5 subescalas: dependencia al culturismo ($\alpha= 0,80$), comprobación ($\alpha= 0,79$), uso de sustancias ($\alpha= 0,75$), lesiones ($\alpha= 0,76$) y satisfacción muscular ($\alpha= 0,73$). En su totalidad la escala cuenta con buena fiabilidad ($\alpha= 0,82$); (c) el "Inventario de dismorfia muscular" (*Muscle Dysmorphia Inventory*, MDI; Lantz *et al.*, 2002; Rhea, Lantz y Cornelius, 2004), que está basado en el modelo etiológico propuesto por los mismos autores y expuesto previamente. Cuenta con 27 ítems divididos en seis subescalas (tamaño y simetría del cuerpo, protección de la apariencia, dependencia del ejercicio, consumo de suplementos, abuso farmacológico y comportamiento dietético), se ha estimado su fiabilidad en un rango entre 0,72 a 0,94 (alfa de Cronbach);(d) el "Inventario de trastorno dismórfico muscular" (*Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*, MDDI; Hildebrandt, Langenbucher y Schlundt, 2004), que está basado en los criterios diagnósticos para DM propuestos por Pope *et al.* (1997). Es un cuestionario que consta de 13 ítems que evalúan el impulso por el tamaño ($\alpha= 0,85$), intolerancia a la apariencia ($\alpha= 0,77$) y el deterioro funcional ($\alpha= 0,80$), mediante una escala Likert de 5 alternativas de respuesta; (e) la "Escala de actitudes masculinas hacia el cuerpo" (*Male Body Attitudes Scale*, MBAS; Tylka, Bergeron y Schwartz, 2005), que evalúa actitudes y satisfacción corporal mediante 24 ítems ($\alpha= 0,91$), que se contestan en una escala tipo Likert de 7 puntos y están distribuidos en tres dimensiones: musculatura ($\alpha= 0,90$), grasa corporal ($\alpha= 0,93$) y altura ($\alpha= 0,88$); (f) la "Escala de insatisfacción corporal masculina" (*Male Body Dissatisfaction Scale*, MBDS; Ochner, Gray y Brickner, 2009), que consta de 25 ítems que evalúan insatisfacción corporal. Los ítems se contestan en una escala Likert de 5 puntos, que van desde 1="siempre" o "muy de acuerdo" a 5="nunca" o "muy en desacuerdo". Cada uno de ellos es también clasificado según su importancia en una escala de 1="sin importancia para usted" a 10="muy importante". La escala cuenta con una fiabilidad aceptable ($\alpha= 0,91$).

En población española se han probado algunas propiedades psicométricas de algunos de estos instrumentos: i) la MASS (González-Martí *et al.*, 2012b), con buena fiabilidad total de la escala ($\alpha= 0,94$); ii) la MBAS (Sepúlveda, Anastasiadou *et al.*, en prensa), mediante los análisis estadísticos correspondientes ajustan el modelo inicial de tres factores, a un modelo bifactorial (eliminando la subescala de la altura). La versión final de 22 ítems presenta fiabilidad interna adecuada ($\alpha= 0,85$); y iii) la DMS (Sepúlveda, Parks *et al.*, en prensa), que mostró una buena fiabilidad interna de ambas escalas, actitudes ($\alpha= 0,92$) y conductas ($\alpha= 0,87$), en estudiantes de Educación Secundaria.

Adicionalmente, la evaluación de la DM se puede complementar con instrumentos que evalúan el TCA y el trastorno dismórfico corporal. Al utilizar

medidas validadas en poblaciones femeninas es frecuente su modificación. Por ejemplo, Murray *et al.* (2012b) utilizan una versión modificada del "Cuestionario de evaluación de los trastornos alimentarios" (*Eating Disorders Examination-Questionnaire*, EDE-Q; Fairburn y Beglin, 1994) con el objetivo de recoger preocupaciones masculinas (p. ej., el ítem "¿Has sentido un claro temor de engordar o de convertirte en obeso?" fue modificado por "¿Has sentido un claro temor de perder peso o no ser lo suficientemente musculoso?"). De igual manera, estudios previos han trabajado con una versión transformada del "Inventario de trastornos alimentarios" (*Eating Disorder Inventory*, EDI; Garner, Olmsted y Polivy, 1983), en la cual la subescala Impulso por la delgadez fue modificada por Impulso por el tamaño al invertir los términos "demasiado grande" a "demasiado pequeño" (Blouin y Goldfield, 1995; Hildebrandt *et al.*, 2004; Hildebrandt *et al.*, 2006; Yelland y Tiggemann, 2003). Por su parte, es frecuente la utilización de la "Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown" (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*, YBOCS; Phillpis *et al.*, 1997) adaptada al trastorno dismórfico corporal en el estudio de la DM (Cafri *et al.*, 2008; Olivardia, Pope y Hudson, 2000; Pope *et al.*, 2005).

Tratamiento

En la actualidad no existe un protocolo unificado para el tratamiento de la DM (Grieve, Truba y Bowerson, 2009; Leone, Sedory y Gray, 2005; Parent, 2013). En particular, Leone *et al.* (2005) hacen hincapié en motivar, a quien se sospecha pueda padecer DM, a buscar ayuda mediante técnicas motivacionales similares a las utilizadas en los TCA. Los autores proponen un sencillo árbol de decisiones para orientar a atletas con DM en la búsqueda de tratamiento. Sin embargo, no especifica las intervenciones a desarrollarse y reduce la problemática a contextos deportivos.

Por su parte, Olivardia (2007) propone ayudar a los pacientes mediante terapia cognitivo conductual. Sobre la base de técnicas cognitivas (cuestionamiento socrático y reestructuración cognitiva) y conductuales (desensibilización sistemática y uso de autorregistros), los pacientes podrán identificar distorsiones cognitivas y creencias irracionales y, en consecuencia, confrontar dichas creencias sin desarrollar conductas desadaptativas. Asimismo, el autor subraya el papel de la psicoeducación en el tratamiento de la DM. A lo mencionado recientemente, Grieve *et al.*, (2009) agregan que los pacientes con DM también se beneficiarían de la terapia racional emotiva, sobre la base de que ambas formas de terapia permiten identificar y confrontar creencias disfuncionales, lo que en consecuencia lleva al cambio de las conductas desadaptativas. Adicionalmente, proponen que técnicas de la terapia de aceptación y compromiso (Hayes y Strosahl, 2004) pueden ayudar a pacientes con DM a aceptar su imagen corporal.

En estudio de base empírica (Murray, Rieger, Karlov y Touyz, 2013) relacionan la DM en el contexto del modelo transdiagnóstico para TCA (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003), según el cual sobre la psicopatología nuclear de las diferentes formas TCA se encuentran factores comunes de mantenimiento. Los autores

sugieren que el modelo transdiagnóstico permite comprender los factores de mantenimiento de la DM, lo que implica contribuciones para el tratamiento sobre la base del protocolo de tratamiento para TCA desarrollado a partir de este modelo (Fairburn, 2008). Asimismo, un reciente estudio de un caso clínico (Murray y Griffiths, en prensa), describe la utilización de un modelo de tratamiento ampliamente aceptado para la anorexia nerviosa (Le Grange, Lock, LoebbyNicholls, 2010), en un adolescente con DM.

Por su parte, Parent (2013) sugiere que los pacientes con DM pueden ser reacios a comenzar o sostener un tratamiento si sospechan el objetivo terapéutico se relacionará con el abandono de la actividad física. Por lo tanto, propone a los terapeutas hacer un análisis funcional las características del entrenamiento, nutrición en deportistas y en temas en general relacionados con el entrenamiento físico que no son patológicos en sí mismos.

Conclusión

La creciente producción científica relacionada con la DM deja en evidencia que los varones también sufren presiones sobre su imagen corporal, de forma diferente a lo observado en mujeres. La preocupación con la imagen corporal se expresa en un continuo que va desde la obsesión con la musculatura a la DM (Parent, 2013). Si bien en un principio la DM estuvo relacionada con el consumo de esteroides, ha habido un incremento de pruebas que cuestionan la relación entre el consumo de esteroides y la imagen corporal (Björk, Skårberg y Engström, 2013). Según la última edición del DSM (APA, 2013), la DM representa un tipo específico del trastorno dismórfico corporal. Sin embargo, los nuevos hallazgos desde la investigación científica la relaciona más estrechamente con los TCA, tanto en el perfil clínico, como en las propuesta en el tratamiento actual (Murray *et al.*, 2012b; Murray *et al.*, 2013; Murray y Griffiths, en prensa). A su vez, los diferentes modelos etiológicos subrayan la importancia de la valoración de la imagen corporal en el desarrollo de la DM, la cual se encuentra modulada por factores psicosociales (acoso escolar y exposición a un ideal de belleza, entre otros). Por otra parte, en los últimos años se han desarrollado instrumentos específicos orientados a evaluar la insatisfacción corporal y DM en varones. Sin embargo, la falta de un consenso sobre su clasificación dificulta su evaluación y comprensión.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed., texto rev.) DSM-IV-TR. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^aed.). Arlington, VA: Autor.
- Annitto, J. y Layman, W. A. (1980). Anabolic steroids and acute schizophrenic episode. *Journal Clinical Psychiatry*, 41, 143-144.

- Baghurst, T., Carlston, D., Wood, J. y Wyatt, F. B. (2007). Preadolescent male perceptions of action figure physiques. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 41, 613-615.
- Baghurst, T., Hollander, D. B., Nardella, B. y Haff, G. G. (2006). Change in sociocultural ideal male physique: an examination of past and present action figures. *Body Image*, 3, 87-91.
- Baghurst, T. y Lirgg, C. (2009). Characteristics of muscle dysmorphia in male football, weight training, and competitive natural and non-natural bodybuilding samples. *Body Image*, 6, 221-7.
- Baile, J. I. (2005). Vigorexia: cómo reconocerla y evitarla. Madrid: Síntesis.
- Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2011). *TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza.
- Björk, T., Skårberg, K. y Engström, I. (2013). Eating disorders and anabolic androgenic steroids in males: similarities and differences in self-image and psychiatric symptoms. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8, 30.
- Blashfield, R. K., Sprock, J. y Fuller, A. K. (1990). Suggested guidelines for including or excluding categories in the DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 15-19.
- Blouin, G. y Goldfield, G. S. (1995). Body image and steroid use in male bodybuilders. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 159-65.
- Brower K.J., Blow F.C. y Hill E.M. (1994). Risk factors for anabolic-androgenic steroid use in men. *Journal Psychiatry Research*, 28, 369-380.
- Cafri, G., Olivardia, R. y Thompson, J. K. (2008). Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 374-9.
- Chung, B. (2001). Muscle Dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. *Perspectives in Biology and Medicine*, 44, 565-574.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavioural therapy and the eating disorders*. Nueva York: Guilford.
- Fairburn, C. G. y Beglin, J. S. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Freinhar, J. P. y Alvarez, W. (1985). Androgen-induced hypomania [Carta al Editor]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 354-355.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. y Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483-491.
- Gamer, D. M., Olmstead, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-32.
- González-Martí, I., Fernández, J. G. y Contreras, O. R. (2012). Contribución para el criterio diagnóstico de la dismorfia muscular (vigorexia). *Revista de Psicología del Deporte*, 21, 351-358.
- González-Martí, I., Fernández, J.G., Contreras, O. R. y Mayville, S. (2012b). Validation of a Spanish version of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: Escala de satisfacción muscular. *Body Image*, 9, 517-523.
- Grave R. D., Calugi S. y Marchesini G. (2008). Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 346-352.
- Grieve, F. G. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders*, 15, 63-80.

- Grieve, F. G., Truba, N. y Bowersox, S. (2009). Etiology, assessment, and treatment of muscle dysmorphia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 306-314.
- Halliwel, E., Dittmar, H. y Orsborn, A. (2007). The effects of exposure to muscular male models among men: exploring the moderating role of gym use and exercise motivation. *Body Image*, 4, 278-87.
- Hildebrandt, T., Langenbucher, J. y Schlundt, D. G. (2004). Muscularity concerns among men: development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1, 169-81.
- Hildebrandt, T., Schlundt, D., Langenbucher, J. y Chung, T. (2006). Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 127-35.
- Lantz, C. D., Rhea, D. J. y Cornelius, A. E. (2002). Muscle dysmorphia in elite-level power lifters and bodybuilders: a test of differences within a conceptual model. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 16, 649-655.
- Lantz, C., Rhea, D. y Mayhew, J. (2001) The drive for size: characteristics and consequences of muscle dysmorphia. *International Sport Journal*, 5, 71-85.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. y Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 1-5.
- Leit, R., Gray, J. J. y Pope, H. G. (2002). The media's representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia? *International Journal of Eating Disorders*, 31, 334-338.
- Leit, R. A., Pope, H. G. y Gray, J. J. (2000). Cultural expectations of muscularity in men: the evolution of playgirl centerfolds. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 90-93.
- Leone, J. E., Sedory, E. J. y Gray, K. A. (2005). Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *Journal of Athletic Training*, 40, 352-359.
- Maida, D. M. y Armstrong, S. L. (2005). The classification of muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 4, 73-91.
- Mayville, S. B., Williamson, D. A., White, M. A., Netemeyer, R. G. y Drab, D. L. (2002). Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: a self-report measure for the assessment of muscle dysmorphia symptoms. *Assessment*, 9, 351-360.
- McCreary, D. R. y Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 297-304.
- Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17, 191-198.
- Murray, S. y Grittiths, S. (2014). Adolescent muscle dysmorphia and family-based treatment: a case report. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1-7.
- Murray, S., Maguire, S., Russell, J. y Touyz, S. (2012). The emotional regulatory features of bulimic episodes and compulsive exercise in muscle dysmorphia: a case report. *European Eating Disorders Review*, 20, 68-73.
- Murray, S., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, L., Russell, J., Boon, E., Dawson, R. y Touyz, S. (2012b). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *BodyImage*, 9, 193-200.
- Murray, S. B., Rieger, E., Touyz, S. W. y De la Garza Garcia (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-5 conundrum: where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 483-491.
- Murray, S. B. y Touyz, S. W. (2013). Muscle dysmorphia: towards a diagnostic consensus. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 206-7.
- Olivardia, R. (2007). Muscle dysmorphia: characteristics, assessment, and treatment. En J. K. Thompson y G. Cafri (dirs.), *The muscular ideal: psychological, social, and medical perspectives* (pp. 123-139). Washington, DC: APA.

- Olivardia, R., Pope, H. G. J. y Hudson, J. I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1291-1296.
- Ochner, C. N., Gray, J. A. y Brickner, K. (2009). The development and initial validation of a new measure of male body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 10, 197-201.
- Parent, M. C. (2013). Clinical considerations in etiology, assessment, and treatment of men's muscularity-focused body image disturbance. *Psychology of Men & Masculinity*, 14, 88-100.
- Parks, M. y Sepúlveda, A. R. (2013). *Evaluación de la insatisfacción corporal en varones: una revisión sistemática de los instrumentos*. Manuscrito no publicado, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Phillips, K. A., Hollander, E., Rasmussen, S. A., Aronowitz, B. R., DeCaria, C. y Goodman, W. K. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 17-22.
- Phillips, K. A., Wilhelm, S., Koran, L. M., Didie, E. R., Fallon, B. A., Feusner, J. y Stein, D. J. (2010). Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 6, 573-591.
- Pope, H. G., J., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R. y Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphia disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.
- Pope, H. G. J. y Katz, D. L. (1987). Bodybuilders' psychosis [Carta al Editor]. *Lancet*, 1, 863.
- Pope, H. G., J., Katz, D. y Hudson, J. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 406-409.
- Pope, H. G. J., Olivardia, R., Gruber, A. J. y Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 65-72.
- Pope, H., Phillips, K. y Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex. How to identify, treat, and prevent body obsession in men and boys*. Nueva York: Free Press.
- Pope, C. G., Pope, H. G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R. y Phillips, K. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2, 395-400.
- Rhea, D. J., Lantz, C. D. y Cornelius, A. E. (2004). Development of the Muscle Dysmorphia Inventory (MDI). *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 44, 428-435.
- Rodríguez Molina, J. M. (2007). Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y Drogas*, 7, 289-308.
- Rodríguez Molina, J.M. y Rabito Alacrón, M. F. (2011). Vigorexia: de la adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente. *Health and Addictions*, 11, 95-114.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., de Pellegrini, Y., Parks, M., Blanco, M., García, P. y Bustos, C. (en prensa). A confirmatory factor analysis of the Male Body Attitudes Scale (MBAS) among Spanish adolescent males. *Psychiatry Research*.
- Sepúlveda, A. R., Parks, M., Blanco, M., de Pellegrini, Y., Anastasiadou D. y Bustos, C. (en prensa). A confirmatory factor analysis of the Spanish version of the Drive for Muscularity Scale (DMS) in adolescent males. *Body Image*.
- Spitzer, R. L., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J. y Nonas, C. (1991). Binge eating disorder: to be or not to be in DSM-IV. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 627-629.
- Tylka, T. L., Bergeron, D. y Schwartz, J. P. (2005). Development and psychometric evaluation of the male body attitudes Scale (MBAS). *Body Image*, 2, 161-175.

- Walsh, B. T. (2007). DSM-V from the perspective of the DSM-IV experience. *International Journal of Eating Disorders*, 40, S3-S7.
- Wolke, D. y Sapouna, M. (2008). Big men feeling small: childhood bullying experience, muscle dysmorphia and other mental health problems in bodybuilders. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 595-604.
- World Health Organisation (1992). *ICD-10 Classifications of mental and behavioural disorder: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Ginebra: Autor.
- World Health Organisation (2010). Chapter V. Mental and behavioural disorders. En WHO (dir.), *International classification of diseases*. Recuperado el 1 de enero de 2014, desde apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#V
- Yelland C. y Tiggemann, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors*, 4, 107-116.

RECIBIDO: 6 de marzo de 2014

ACEPTADO: 28 de mayo de 2014