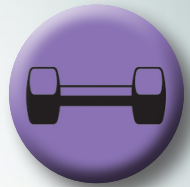


# ADICCIÓN AL EJERCICIO



*pasión  
obsesiva*



**David González-Cutre**

*Profesor Titular de Universidad*

*Centro de Investigación del Deporte*

*Universidad Miguel Hernández de Elche*

# Introducción

La investigación ha mostrado extensivamente que el ejercicio físico reporta beneficios físicos y psicológicos positivos<sup>1,2</sup>. Sin embargo, en las últimas décadas se ha sugerido que el ejercicio físico puede tener también efectos físicos y psicológicos negativos<sup>3</sup>, entendiéndose que las **personas pueden llegar a ser adictas al ejercicio en un sentido similar a** como lo son a sustancias tales como el alcohol, tabaco o las drogas<sup>4</sup>.

Desde los trabajos iniciados a final de la década de los 70 del siglo pasado, ha existido un continuo intento por delimitar los aspectos negativos del ejercicio físico en contraposición a sus efectos positivos más conocidos. Desde entonces han surgido muchos **términos asociados a la adicción al ejercicio** como ejercicio<sup>4-11</sup>:

adictivo	obligatorio
abusivo	excesivo
compulsivo	dependencia del ejercicio

En general, todos estos términos destacan posibles efectos negativos del ejercicio físico y describen una condición en la **cual la práctica de un ejercicio moderado o intenso se convierte en una conducta disruptiva para el desarrollo de la persona.**

Así, hoy día parece existir un consenso en admitir que la adicción al ejercicio representa una realización de ejercicio físico de forma repetitiva, frecuente y generalmente estereotipada, que suele ser difícil de controlar o reducir a pesar de sus daños fisiológicos y/o psicológicos<sup>12-14</sup>.



## Definición y diagnóstico

Actualmente la investigación ha encontrado similitud entre la adicción a conductas, tales como el ejercicio, y la adicción a las drogas<sup>4,15</sup>.

En este sentido, la adicción al ejercicio se ha definido como *un fuerte deseo de realizar actividad física, hasta tal punto que puede suponer una falta de control expresada en la forma de síntomas fisiológicos (Ej., tolerancia, abstinencia) y/o síntomas psicológicos (Ej., ansiedad, depresión)*<sup>9,14,16</sup>.

De hecho, algunos autores han aplicado directamente a la adicción al ejercicio los síntomas descritos para la adicción a sustancias en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Concretamente Hausenblas y Symons Downs (2002b)<sup>14</sup> operativizan la adicción específica al ejercicio como un patrón maladaptativo multidimensional que lleva a una discapacidad o una aflicción clínicamente significativa y que se manifiesta por **la presencia de al menos tres de los siguientes siete criterios:**

- 1. Tolerancia:** Definido bien por una necesidad de incrementar la cantidad de ejercicio para lograr el efecto deseado, o bien por disminuir el efecto con un uso continuado de la misma cantidad de ejercicio.
- 2. Abstinencia:** Se manifiesta por los síntomas característicos de abstinencia al ejercicio (Ej., ansiedad, fatiga), o bien por una cantidad de ejercicio necesaria para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3. Efectos deseados:** El ejercicio es a menudo realizado con mayor carga o tiempo del que fue planificado por la persona.

4. **Falta de control:** Existe un deseo persistente o un esfuerzo no fructífero por reducir o controlar la realización de ejercicio.
5. **Tiempo:** Gran parte del tiempo es empleado en actividades donde se realiza ejercicio.
6. **Reducción de otras actividades:** Actividades sociales, ocupacionales o recreativas son abandonadas o reducidas por hacer ejercicio.
7. **Continuación:** La práctica de ejercicio es continuada a pesar de ser consciente de tener un problema psicológico o físico persistente, que probablemente haya sido causado o agravado por la realización de ejercicio (Ej., continuar corriendo a pesar de tener una lesión).

Aunque la adicción al ejercicio no está reconocida clínicamente hoy día como un trastorno, los investigadores tratan de mostrar evidencias de que esta conducta puede ser adictiva<sup>13,17</sup>. La nueva clasificación recogida en la última versión **del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V; American Psychiatric Association, 2010)**<sup>18</sup> abre la puerta a los trastornos relacionados con conductas, situándolos **en el mismo apartado que los trastornos adictivos relacionados con sustancias**. Esta nueva clasificación parece basarse en las nuevas evidencias que sugieren que la adicción es un trastorno del sistema de recompensa de nuestro cerebro, independientemente de si el sistema es activado por una conducta o una sustancia. **Aun así, de momento el DSM-V sólo recoge el juego como adicción conductual.**

## Clasificación

Por otro lado, una adicción al ejercicio es clasificada como:

- **primaria** cuando en sí representa una adicción conductual,
- mientras que una adicción es considerada **secundaria** cuando ésta concurre con otra disfunción que generalmente suele ser un trastorno de la alimentación, tal como la anorexia o la bulimia nerviosa<sup>12</sup>.

En una adicción primaria el motivo de un ejercicio excesivo es dirigido a evitar algo negativo, aunque el afectado puede ser totalmente inconsciente de su motivación. El ejercicio es una forma de escapar a una fuente de estrés perturbador, persistente e incontrolable. Sin embargo, en una adicción secundaria el ejercicio es utilizado como medio o vehículo para conseguir un fin propio de otra disfunción (por ejemplo, en la anorexia utilizar el ejercicio, además de una dieta estricta, como medio para perder peso).

De esta forma, la adicción al ejercicio secundaria tiene una diferente etiología que la adicción primaria, a pesar de que muchos síntomas y consecuencias de la adicción al ejercicio serían similares en ambos casos. La característica clave para distinguir entre estos dos tipos de adicción al ejercicio es que en la adicción al ejercicio primaria el ejercicio es el objetivo, mientras que en **la adicción al ejercicio secundaria la pérdida de peso** es el objetivo y el ejercicio es sólo uno de los medios principales para conseguir este objetivo.



## El proceso de llegar a ser adicto al ejercicio

Entender la adicción como un proceso en el que se pueden establecer diferentes fases puede ser una herramienta útil para su diagnóstico y tratamiento. En esta línea, Freimuth et al. (2011)<sup>19</sup> han llegado a mostrar **cuatro fases** claramente diferenciadas por las que una persona puede trascurrir hasta llegar a mostrar claros síntomas de adicción al ejercicio:

1. **Ejercicio recreativo.** Se trataría de una fase inicial donde la persona realiza el ejercicio porque le resulta algo placentero y reconfortante en sí mismo. La conducta se encuentra bajo control, es integrada de forma armónica en el esquema de actividades del individuo y éste es capaz de parar de realizar ejercicio cuando así lo decide. De esta forma, las consecuencias negativas del ejercicio físico en esta fase son raras excepciones y generalmente vienen más determinadas por la realización inapropiada del ejercicio en sí.
2. **Ejercicio en riesgo.** La cuestión más problemática a nivel psicológico en esta fase puede encontrarse cuando la motivación de la persona para realizar ejercicio comienza a desplazarse de la diversión y el placer de la actividad en sí hacia una búsqueda prioritaria de determinados efectos. Así, la literatura ha constatado que la adicción al ejercicio suele incrementarse en aquellas personas que tienen el ejercicio físico como una forma de escapar de las incomodidades y sentimientos, o como una forma de transformar su apariencia en lugar de disfrutar del ejercicio y mejorar su capacidad y habilidad. Por ejemplo, una persona puede decidir ir a co-



rrer para modificar su estado irritado o escapar de determinados problemas que trae del trabajo. De esta forma, la persona puede comenzar a asociar que el ejercicio le ayuda a disminuir o eliminar el sentimiento de incomodidad, de tal manera que establezca progresivamente un proceso de búsqueda del ejercicio como forma de conseguir determinados efectos placenteros.



**3. Ejercicio problemático.** En esta fase la persona comienza a organizar su vida en torno al ejercicio físico, de tal manera que éste ocupa un espacio importante. La persona empieza a desear ejercitarse de manera excesiva, dedicando mucho tiempo a planear y realizar esta conducta, la cual posiblemente le permita disfrutar de sus efectos deseados, pero también disponer de menos tiempo para otras actividades. Dos criterios que suelen aparecer claros en esta fase de preocupación son la tolerancia y la abstinencia.

**4. Adicción al ejercicio.** La frecuencia e intensidad del ejercicio ha llegado a tal límite que esta actividad suele ocupar una parte principal en la vida de la persona. Los beneficios del ejercicio físico pueden llegar a convertirse en consecuencias negativas, mostrando la naturaleza paradójica de la adicción al ejercicio. Es decir, una actividad que comenzó para hacer la vida más positiva termina deteriorando el desarrollo y bienestar de la persona. Las consecuencias negativas en el caso de la adicción al ejercicio vienen más derivadas por el desequilibrio que puede desarrollarse con otras actividades sociales y/o laborales.

Es importante destacar que la adicción al ejercicio no se desarrolla y manifiesta del mismo modo en todas las personas. De igual forma, seguramente esta adicción puede adquirir diferentes matices y fases dependiendo de la actividad concreta. No parece igual una adicción a la carrera o pruebas de larga distancia (Ej., maratón, triatlón), donde parece intervenir más la búsqueda de determinados efectos deseados (Ej., cambios de humor), que la adicción asociada a la musculación, donde podría intervenir más una preocupación por la imagen corporal. En cualquier caso, las fases delineadas por Freimuth et al. (2011)<sup>19</sup> parecen una herramienta interesante para indagar en el proceso de adicción al ejercicio y su tratamiento.

## Prevalencia

La prevalencia de la adicción al ejercicio parece escasa entre la gente que practica deporte. Los estudios en nuestro contexto coinciden con los realizados en otros países, e indican que **la prevalencia suele estar entre un 3 % y un 5 % de los practicantes de actividad física**, aunque la prevalencia en estudiantes universitarios de Ciencias del Deporte parece ser más elevada **llegando a cifras de un 10%**<sup>20-22</sup>. Por ejemplo, Sicilia y González-Cutre (2011)<sup>21</sup> informaron de una prevalencia de riesgo de adicción del 4,7% en usuarios de centros deportivos, mientras que el estudio de Sicilia et al. (2013)<sup>20</sup> informó de una prevalencia de riesgo de adicción del 14,9% entre estudiantes universitarios que en su mayoría estudiaban el Grado de Ciencias del Deporte. Recientemente, Szabo et al. (2013)<sup>22</sup> han señalado para ultramaratonianos una prevalencia en riesgo de adicción de un 17%.



## Instrumentos de medida

Hausenblas y Symons Downs (2002b, 2002c)<sup>14,24</sup> desarrollaron la **Exercise Dependence Scale (EDS)**, que es el primer instrumento que conceptualiza y operativiza la adicción al ejercicio basándose totalmente en los siete síntomas establecidos para la adicción a sustancias en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tal y como han sido expuestos anteriormente.

La última versión de la EDS (EDS-R, Symons-Downs, Hausenblas, y Nigg, 2004)<sup>25</sup> contiene un total de 21 ítems, repartidos entre sus siete factores o dimensiones: tolerancia (Ej., “constantemente incremento la intensidad de mi práctica física para lograr los beneficios o efectos deseados”), abstinencia (Ej., “practico ejercicio físico para evitar sentirme ansioso”), efectos deseados (Ej., “practico ejercicio físico durante más tiempo de lo que generalmente quiero”), falta de control (Ej., “soy incapaz de reducir el tiempo total que practico ejercicio físico”), reducción de otras actividades (Ej., “me gustaría practicar más ejercicio físico que estar con mi familia y amigos”), tiempo (Ej., “dedico la mayoría de mi tiempo libre a hacer ejercicio físico”) y continuación (Ej., “practico ejercicio físico a pesar de reiterados problemas físicos”).

Cada una de las dimensiones está representada por tres ítems, teniendo los participantes que indicar su respuesta por medio de una **escala Likert** del 1 (*nunca*) al 6 (*siempre*).

La EDS-R puede proporcionar información sobre la media de cada uno de los síntomas o bien la media de la puntuación total.

Considerando la primera opción, la EDS-R permite **diferenciar a los individuos en tres grupos:**

- en riesgo de adicción (i.e., puntuaciones 5-6 en la escala Likert en al menos tres de los siete criterios),
- sintomático (i.e., puntuaciones 3-4 en la escala Likert en un mínimo de tres criterios, o bien puntuaciones de 5-6 combinadas con puntuaciones de 3-4 en tres criterios, pero sin llegar a cumplir las condiciones de en riesgo)
- asintomático (i.e., puntuaciones 1-2 en la escala Likert en al menos tres criterios, pero sin llegar a cumplir las condiciones de los sintomáticos).

La estructura de la EDS-R ha sido validada en diferentes países, incluido España, mostrando que el instrumento es válido como herramienta de screening<sup>21,26-28</sup>.

## Conclusión

No obstante, a pesar de todo lo que hoy día conocemos sobre la adicción al ejercicio físico, quedan todavía muchas lagunas para un diagnóstico y tratamiento adecuado.



1. Biddle, S. J. H., y Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity. Determinants, well-being and interventions* (2nd ed). London: Routledge. 2. Warburton, D. E. R., Whitney-Nicol, C., y Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801-809. 3. Biddle, S. J. H., Fox, K. R., y Boutcher, S. H. (Eds.). (2000). *Physical activity and psychological well-being*. London: Routledge. 4. Davis, C. (2000). Exercise abuse. *International Journal of Sport Psychology*, 31(2), 278-289. 5. Blumenthal, J. A., O'Toole, L. C., y Chang, J. L. (1984). Is running an analogue of anorexia nervosa? An empirical study of obligatory running and anorexia nervosa. *Journal of the American Medical Association*, 252(4), 520-523. 6. Cockerill, I. M., y Riddington, M. E. (1996). Exercise dependence and associated disorders: A review. *Counselling Psychology Quarterly*, 9(2), 119-129. 7. Dalle Grave, R., 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(4), 346-352. 8. Farrell, J. M., y Thompson, T. (1998). Exercise commitment and addiction: A fine line. *Journal of Applied Recreation Research*, 23(1), 63-75. 9. Hausenblas, H. A., y Symons-Downs, D. (2002a). Exercise dependence: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(2), 89-123. 10. Kagan, D. M. (1987). Addictive personality factors. *The Journal of Psychology*, 121(6), 533-538. 11. Pasman, L. N., y Thompson, J. K. (1988). Body image and eating disturbance in obligatory runners, obligatory weightlifters, and sedentary individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 7(6), 759-769. 12. De Coverley Veale, D. M. E. (1987). Exercise dependence. *British Journal of Addiction*, 82, 735-740. 13. Griffiths, M. D. (1997). Exercise addiction: a case study. *Addiction Research & Theory*, 5(2), 161-168. 14. Hausenblas, H. A., y Symons-Downs, D. (2002b). How much is too much? The development and validation of the Exercise Dependence Scale. *Psychology & Health*, 17(4), 387-404. 15. Sussman, S., Lisha, N., y Griffiths, M. D. (2011). Prevalence of the addictions: A problem of the majority or the minority? *Evaluation & the Health Professions*, 34(1), 3-56. 16. Chapman, C. L., y De Castro, J. M. (1990). Running addiction: Measurement and associated psychological characteristics. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 30(3), 283-290. 17. Allegre, B., Souville, M., Therme, P., y Griffiths, M. (2006). Definitions and measures of exercise dependence. *Addiction Research and Theory*, 14(6), 631-646. 18. American Psychiatric Association. (2010). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC: APA. 19. Freimuth, M., Moniz, S., y Kim, S. R. (2011). Clarifying exercise addiction: Differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(10), 4069-4081. 20. Sicilia, A., Alias-García, A., Ferriz, R., y Moreno-Murcia, J. A. (2013). Spanish adaptation and validation of the Exercise Addiction Inventory (EAI). *Psicothema*, 25(3), 377-383. 21. Sicilia, A., y González-Cutre, D. (2011). Dependence and physical exercise: Spanish validation of the Exercise Dependence Scale-Revised (EDS-R). *Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 421-431. 22. Szabo, A., De la Vega, R., Ruiz-Barquín, R., y Rivera, O. (2013). Exercise addiction in Spanish athletes: Investigation of the roles of gender, social context and level of involvement. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(4), 249-252. 23. Szabo, A., y Griffiths, M. D. (2007). Exercise addiction in British sport sciences students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5(1), 25-28. 24. Hausenblas, H. A., y Symons-Downs, D. (2002c). *Exercise Dependence Scale-21 Manual*. Gainesville, FL: Florida University. 25. Symons-Downs, D., Hausenblas, H. A., y Nigg, C. R. (2004). Factorial validity and psychometric examination of the Exercise Dependence Scale-Revised. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8(4), 183-201. 26. Costa, S., Cuzzocrea, F., Hausenblas, H. A., Larcán, R., y Oliva, P. (2012). Psychometric examination and factorial validity of the Exercise Dependence Scale-Revised in Italian exercisers. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(4), 186-190. 27. Lindwall, M., y Palmeira, A. (2009). Factorial validity and invariance testing of the Exercise Dependence Scale-Revised in Swedish and Portuguese exercisers. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 13(3), 166-179. 28. Müller, A., Claes, L., Smits, D., Gefeller, O., Hilbert, A., Herberg, A., de Zwaan, M. (2013). Validation of the German version of the exercise dependence scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(3), 213-219.



**Apaloz**  
A R I P I P R A Z O L

  
**Heipram**  
Escitalopram

  
**Gática**<sup>®</sup>  
pregabalina

ADICCIÓN EJERCICIO FEBRERO 2018

Patrocinado por:



**ALTER**  **MÉDICA**<sup>®</sup>