



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN EL
TRATAMIENTO DE LA DISMORFIA MUSCULAR EN USUARIOS DE
GIMNASIOS

CUENCA AGUILAR CARMEN PATRICIA
PSICÓLOGA CLÍNICA

RAMIREZ VEINTIMILLA DAVID ALBERTO
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento
de la dismorfia muscular en usuarios de gimnasios**

**CUENCA AGUILAR CARMEN PATRICIA
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**RAMIREZ VEINTIMILLA DAVID ALBERTO
PSICÓLOGO CLÍNICO**

**MACHALA
2022**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento de la dismorfia
muscular en usuarios de gimnasios

CUENCA AGUILAR CARMEN PATRICIA
PSICÓLOGA CLÍNICA

RAMIREZ VEINTIMILLA DAVID ALBERTO
PSICÓLOGO CLÍNICO

SALAMEA NIETO ROSA MARIANELA DE LOS DOLORES

MACHALA, 21 DE FEBRERO DE 2022

MACHALA
2022

Tesis

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Técnica de Machala Trabajo del estudiante	<1%
3	salud.edomexico.gob.mx Fuente de Internet	<1%
4	es.scribd.com Fuente de Internet	<1%
5	docplayer.es Fuente de Internet	<1%
6	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to Fundación Universitaria Fray Francisco Jiménez de Cisneros Trabajo del estudiante	<1%
8	dialnet.unirioja.es Fuente de Internet	<1%
9	www.clubensayos.com Fuente de Internet	<1%

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Los que suscriben, CUENCA AGUILAR CARMEN PATRICIA y RAMIREZ VEINTIMILLA DAVID ALBERTO, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento de la dismorfia muscular en usuarios de gimnasios, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Los autores como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 21 de febrero de 2022


CUENCA AGUILAR CARMEN PATRICIA
0706821493


RAMIREZ VEINTIMILLA DAVID ALBERTO
0705155539

Tesis

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Técnica de Machala Trabajo del estudiante	<1%
3	salud.edomexico.gob.mx Fuente de Internet	<1%
4	es.scribd.com Fuente de Internet	<1%
5	docplayer.es Fuente de Internet	<1%
6	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to Fundación Universitaria Fray Francisco Jiménez de Cisneros Trabajo del estudiante	<1%
8	dialnet.unirioja.es Fuente de Internet	<1%
9	www.clubensayos.com Fuente de Internet	<1%

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a mis padres y amigos por su amor, paciencia y apoyo a lo largo de este proceso académico que me han permitido alcanzar un sueño más a pesar de las adversidades en el trayecto.

Finalmente, quiero dedicar esta tesis a mis incondicionales amigos por sus palabras de aliento cuando la motivación o la esperanza desfallecían, por estar en esos momentos difíciles regalándome una sonrisa agradezco de todo corazón.

Carmen Patricia Cuenca Aguilar

Esta tesis está dedicada a mi madre por ser el pilar más importante de mi vida, por brindarme su apoyo y cariño incondicional a lo largo de mi vida y por su aporte y acompañamiento para mi desarrollo profesional y humano.

Finalmente, quiero dedicar esta tesis a mi pareja por su paciencia y apoyo incondicional a lo largo de este recorrido, tanto a nivel afectivo como académico.

David Alberto Ramírez Veintimilla

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro profundo agradecimiento a cada uno de los docentes que hemos conocido a lo largo de nuestra carrera universitaria, puesto que cada uno ha aportado en menor o mayor medida a la formación de nuestro perfil profesional y ha sembrado inquietudes por diversas ramas de la psicología.

Finalmente, agradecemos de todo corazón a nuestra tutora Mgs. Salamea Nieto Rosa Marianela de los Dolores, por su paciencia, experticia, palabras de aliento y guía constante durante la elaboración de este trabajo de titulación, así como también agradecer su voto de confianza y apoyo para el desarrollo de una temática tan llamativa pero poco desarrollada en nuestro contexto.

Carmen Patricia Cuenca Aguilar y David Alberto Ramírez Veintimilla

EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN EL TRATAMIENTO DE LA DISMORFIA MUSCULAR EN USUARIOS DE GIMNASIOS

Autores:

Cuenca Aguilar Carmen Patricia

C.I.: 0706821493

Correo: ccuenca4@utmachala.edu.ec

Ramírez Veintimilla David Alberto

C.I.: 0705155539

Correo: dramirez7@utmachala.edu.ec

Coautora: Salamea Nieto Rosa Marianela de los Dolores

C.I.: 0300838992

Correo: rsalamea@utmachala.edu.ec

RESUMEN

La dismorfia muscular se ha tornado en un tema de interés ante el auge del culto al cuerpo promovido por las redes sociales que han convertido al ejercicio, una actividad que debiera ser beneficiosa a nivel físico, como mental en una presión constante por alcanzar el imaginario colectivo del ideal corporal, ante ello y con la finalidad de comprobar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el tratamiento de usuarios de gimnasios con dismorfia muscular para que regulen sus conductas de riesgo se ha desarrollado el presente trabajo basado en el método cualitativo con alcance descriptivo, enfocado al paradigma socio crítico, con un diseño cuasi experimental de pre test y post test y una muestra no probabilística de tipo intencional o de conveniencia, donde se tuvo como participantes a un hombre de 22 años que lleva asistiendo al gimnasio 5 años y una mujer de 24 años que lleva asistiendo 3 años al gimnasio. La técnica empleada fue la entrevista semiestructurada y los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario de Aceptación y Acción- II (AAQ-II), la Escala de Satisfacción Muscular (ESM) y el Cuestionario Complejo de Adonis (CCA). Las categorías de análisis tomadas en cuenta en el presente trabajo fueron: imagen corporal, dismorfia muscular, suplementos alimenticios y evitación experiencial. Los resultados obtenidos fueron favorables, pues se denotó la eficacia de la ACT en las puntuaciones obtenidas en el AAQ- II, dado que en el caso IL se observa una disminución de 30 a 26 puntos y en el caso EA se pasa de 36 a 32 puntos, lo cual a pesar de ser un proceso terapéutico corto demostró mejoras en algunos aspectos emocionales de inflexibilidad psicológica, así mismo, la sintomatología del trastorno dismórfico muscular reflejó una mejora, donde en el caso IL se observa una disminución de puntaje, dentro de la ESM pasamos de 54 a 50 puntos y en el CCA 12 a 8 puntos y

en el caso EA en la ESM pasamos de 62 a 57 puntos y en el CCA de 20 a 16 puntos. Los pacientes iniciaron una tendencia a una mayor aceptación de su cuerpo en su estado actual, junto a una mayor preocupación no solo por cómo se ven, sino por la salud de sí mismos, se vio una reducción en el consumo de suplementos alimenticios para la implementación de más alimentos sanos en su dieta, a su vez en el transcurso de la terapia se pudo notar que los pacientes disminuyeron la inflexibilidad psicológica, llegando a ser capaces de identificar a más profundidad sus preocupaciones y ansiedades, lo cual les ayudó a enfocarse en qué áreas de sus emociones trabajar. Finalmente, se concluye que la ACT, refleja eficacia en la aceptación de sentimientos y autocontrol emocional de participantes de gimnasios con dismorfia muscular lo cual implica una reducción voluntaria de las prácticas de riesgo, como lo son en el presente caso una dieta estricta que limita su vida social y el uso de esteroides para el aumento de musculatura. Se propone realizar nuevas investigaciones sobre el tema de la dismorfia muscular (vigorexia) en población hispanohablante dado que su repertorio actual es escaso en la actualidad mientras que la cultura del fitness está teniendo una gran acogida.

Palabras clave: Terapia de aceptación y compromiso, Dismorfia Muscular, Vigorexia, Fitness, Imagen corporal.

EFFICACY OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY IN THE TREATMENT OF MUSCLE DYSMORPHIA IN GYM USERS

Authors:

Cuenca Aguilar Carmen Patricia

C.I.: 0706821493

Mail: ccuenca4@utmachala.edu.ec

Ramírez Veintimilla David Alberto

C.I.: 0705155539

Mail: dramirez7@utmachala.edu.ec

Co- author: Salamea Nieto Rosa Marianela de los Dolores

C.I.: 0300838992

Mail: rsalamea@utmachala.edu.ec

ABSTRACT

Muscle dysmorphia has become a topic of interest in the face of the rise of the cult of the body promoted by social networks that have turned exercise, an activity that should be beneficial both physically and mentally, into a constant pressure to achieve the collective imaginary of the body ideal, In view of this and with the aim of testing the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of gym users with muscle dysmorphia to regulate their risk behaviors, this study has been developed based on the qualitative method with descriptive scope focused on the socio-critical paradigm, with a quasi-experimental design of pre-test and post-test and a non-probabilistic sample of intentional or convenience type, where the participants were a 22-year-old man who has been attending the gym for 5 years and a 24-year-old woman who has been attending the gym for 3 years. The technique used was the semi-structured interview and the instruments applied were the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), the Muscle Satisfaction Scale (MSS) and the Adonis Complex Questionnaire (ACC). The categories of analysis taken into account in the present work were: body image, muscle dysmorphia, dietary supplements and experiential avoidance. The results obtained were favorable, since the efficacy of ACT in the scores obtained in the AAQ-II was denoted, since in the IL case a decrease from 30 to 26 points was observed and in the EA case from 36 to 32 points, which despite being a short therapeutic process demonstrated improvements in some emotional aspects of psychological inflexibility, likewise, the symptomatology of the muscular dysmorphic disorder reflected an improvement, where in the IL case a decrease in score is observed, within the ESM we went from 54 to 50 points and in the CCA from 12 to 8 points and in the EA case in the ESM we went from 62 to 57 points and in the CCA from 20 to 16

points. Patients began a trend towards greater acceptance of their body in its current state, along with a greater concern not only for how they look, but for the health of themselves, a reduction was seen in the consumption of food supplements for the implementation of more healthy foods in their diet, in turn in the course of therapy could be noted that patients decreased psychological inflexibility, becoming able to identify more deeply their concerns and anxieties, which helped them to focus on what areas of their emotions to work. Finally, it is concluded that the ACT reflects efficacy in the acceptance of feelings and emotional self-control of gym participants with muscular dysmorphia, which implies a voluntary reduction of risk practices, such as in the present case a strict diet that limits their social life and the use of steroids for muscle gain. It is proposed to carry out new research on the subject of muscular dysmorphia (vigorexia) in the Spanish-speaking population, given that its current repertoire is scarce at present, while the fitness culture is having a great acceptance.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Muscle Dysmorphia, Vigorexia, Fitness, Body Image.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	13
1.1 Definición y Hechos de Interés	13
1.2 Causas del trastorno dismórfico corporal	16
1.3 Tipologías y síntomas asociados del trastorno dismórfico corporal	17
1.4 Pronóstico del trastorno dismórfico corporal	19
1.5 Contextualización y Objetivo	20
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO	22
2.1 Descripción del Apartado Teórico	22
2.2 Enfoque Epistemológico y Teoría de Soporte	25
2.3 Argumentación Teórica de la Investigación	29
3. METODOLOGÍA	35
3.1 Diseño de investigación	35
3.2 Técnicas e instrumentos utilizados	36
3.3 Categorías de análisis	39
4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	41
5. CONCLUSIONES	45
6. RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	56

INTRODUCCIÓN

La presente investigación denominada “Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento de la dismorfia muscular en usuarios de gimnasios” se origina principalmente a raíz de la experiencia personal de los investigadores, quienes al asistir a un gimnasio palparon las presiones del ambiente por parte de entrenadores y usuarios para tener resultados rápidos, así como el enaltecimiento a las dietas estrictas, culturismo y consumo de suplementos, motivos que promovieron la curiosidad investigativa sobre la dismorfia muscular.

Existen cuatro factores que influyen principalmente en el desarrollo de la dismorfia corporal donde tenemos el factor socio ambiental con la presión de los medios de comunicación o el mismo medio deportivo con el ideal de corporalidad, el factor emocional donde se desarrolla el afecto negativo hacia sí mismo, el factor psicológico que engloba la insatisfacción corporal, se internaliza el ideal del cuerpo, baja autoestima, distorsión del cuerpo y desarrollo de perfeccionismo y finalmente el factor fisiológico que guía al sujeto a realizar actividad física para obtener masa muscular (Grieve, 2007).

Y es que la dismorfia muscular o también denominada vigorexia resulta interesante de ser más visibilizada, estudiada y profundizada pues a pesar de sus limitados estudios de tratamiento y la creencia popular de que el ejercicio y la dieta son saludables, esta es una problemática que se está haciendo más recurrente dada la promoción de la cultura fitness (Mazón Ávila et al., 2017; Cunningham et al., 2017).

A su vez, existe una gran ambivalencia en la categorización de esta patología en los manuales estandarizados y se encuentra específicamente en el DSM- V como un especificador, lo que a su vez hace que deje de lado mucha de la sintomatología necesaria para el diagnóstico, por lo que se requiere experticia en el tema y conocimiento de otras categorías diagnósticas para acertar con la enfermedad pues hasta un 54% de culturistas y atletas son grupos de riesgo mal diagnosticados cuando solicitan ayuda (Strobel, 2020).

La metodología utilizada en el presente estudio se basa en el método cualitativo con alcance descriptivo enfocado al paradigma sociocrítico, con un diseño cuasi experimental de pre test y post test y una muestra no probabilística de tipo intencional o de conveniencia.

La principal finalidad del presente trabajo es comprobar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el tratamiento de usuarios de gimnasios con dismorfia muscular para que regulen sus conductas de riesgo, razón por la cual se tiene como objetivos específicos de la investigación fundamentar la eficacia de la ACT mediante su aplicación y evaluación pre test y post test a usuarios de gimnasios con dismorfia muscular y comparar mediante la metodología pre test y post test la disminución de la sintomatología del trastorno dismórfico muscular a través de la aplicación de la escala de satisfacción muscular y el cuestionario complejo de adonis.

En torno al estudio y la compilación de datos informativos procedentes de diversas fuentes bibliográficas, se posibilitó la obtención y organización de los datos importantes que han permitido desarrollar el proceso investigativo de la siguiente forma:

En el primer capítulo, se encuentra un despliegue importante de ejes que integran al trastorno dismórfico corporal, donde se pretende constatar el desarrollo del mismo y las diversas aristas que lo integran por medio de la revisión bibliográfica de hechos de interés que estén asociados. Asimismo, se encuentran las causas de la problemática mencionada, la tipología y los síntomas asociados, además el pronóstico respecto al síndrome mencionado en diversas fuentes. Finalmente, dentro de este capítulo se encuentra la contextualización, que detalla el contexto del trastorno en nuestra realidad social y territorial.

En el segundo capítulo se realiza la fundamentación teórica epistemológica del estudio, en el cual se profundiza sobre el modelo de terapia de aceptación y compromiso, desde su epistemología, características y fundamento hipotético, enfocando su actuación en el tratamiento de trastorno dismórfico corporal.

En el tercer capítulo, se describe el proceso y diseño metodológico aplicado en esta investigación. Después, se delinear las técnicas e instrumentos psicológicos usados para medir las variables de estudio, para al final explicar las categorías de estudio en las que se basan las conclusiones del trabajo.

En el último capítulo se enfatizan los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos psicológicos y las resoluciones basadas en las categorías planteadas en el capítulo tres, además se desarrollan las recomendaciones y conclusiones.

EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN EL TRATAMIENTO DE LA DISMORFIA MUSCULAR EN USUARIOS DE GIMNASIOS

1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Definición y Hechos de Interés

El ser humano al ser un ente social que comparte características con otros miembros de una sociedad llega a formar una cultura; la cual genera esquemas explícitos e implícitos de comportamiento que se llegan a representar en la subjetividad del individuo en torno a su imagen corporal, dado que este posiciona como meta del existir el encarnar el mundo en su corporalidad, entendiéndose así que la imagen corporal del sujeto abarca tanto un cuerpo individual como un cuerpo colectivo, es decir, qué se genera una biopolítica del cuerpo esquematizada a través de la industria del consumo, la belleza y la publicidad que gobiernan y generan un estilo de vida entendida desde una óptica reduccionista como saludable, de tal manera que el fitness que llega a generar esta tecnología de optimización corporal que se encamina a la transformación del cuerpo como un proyecto personal que le permite al sujeto obtener identidad y pertenencia al grupo social (Di Bella, 2019; Mogollón, 2020; Espinal-Correa y Estrada-Mesa, 2020).

Es entonces que la actividad física llega a ser planteada como un ideal que le permite a la persona ser aceptada y elogiada por su entorno, alcanzando ese prototipo de belleza establecido a partir de la cultura fitness, ya sea mediante el instrumental de transformación del cuerpo, la generación de sistemas relacionales de los individuos o el desarrollo de elementos de racionalización y producción que se dan con fines económicos, políticos y sociales para de esa manera producir en la subjetividad de los individuos un ideal de identidad y representación del grupo (Mogollón, 2020; Espinal-Correa y Estrada-Mesa, 2020).

El discurso planteado en la sociedad desde hace tiempo ha posicionado un sistema relacional entre belleza y salud llegando a significar que la exigencia del cuidado superficial va directamente entrelazado con el desarrollo interno del sujeto, siendo así que el fitness se plantea como una práctica importante que tiene efectos visibles e inmediatos en la psique de las personas, generándose de tal manera el concepto de

“fitbody”; el cual abarca una relación intrínseca entre salud, belleza, calidad y rendimiento dentro de una sociedad de consumo exacerbado del tiempo, donde el cuerpo ideal que se plantea llega a ser una matriz de ética, estética y de un ideal sanitario, qué dentro de la biopolítica del cuerpo está preparando los sujetos para la vida del trabajo (Costa, 2017; Klein, 2019).

Por otra parte, y de manera breve cabe hacer mención de que el desarrollo de este discurso social de la corrección del cuerpo tiene algunos momentos históricos que lo fueron marcando como lo que es hoy en día, empezando desde el siglo XVI y XVII donde el cuerpo empieza a ser planteado como una cera pasiva que puede ser modelada desde el exterior, por ejemplo, con el uso de corsé y enfocado siempre a la rectitud física, después llega el segundo momento histórico del siglo XVII y XIX, donde el perfeccionamiento corporal se enfoca al incremento del rendimiento y productividad de las personas mediante la intervención de saberes sobre higiene, fisiología y ejercicio, donde a su vez la moda como camino de difusión empieza a representar la corporalidad deseable en la sociedad y finalmente en el siglo XX se plantea un modelo de entrenamiento que incluye en la base del ejercicio físico el entendimiento del sujeto para elegir una actividad que se adapte a sus necesidades, la reeducación de malestares psicológicos y la visualización del ejercicio más allá de lo que es la competitividad y se establece más como un punto necesario para el desarrollo de la disciplina, estabilidad y purificación de cuerpo y mente (Costa, 2017).

Las representaciones sociales de lo que es la belleza han marcado a los colectivos desde el siglo XX como consecuencia también de una Revolución Industrial que dejó a las personas como sedentarias estableciéndose entonces un canon de belleza tanto como para mujeres como para varones, más allá de un tema de roles o de características que debe tener un género en sí, ya sea de manera biológica, social o cultural, si no que va hasta una diferencia sexual enmarcada en la exterioridad de sus cuerpos, es decir, de cómo deberían verse para estar en el estereotipo aceptado por la sociedad, de allí que el uso de gimnasios o la realización del ejercicio físico guiado a la musculación esté de moda en la actualidad (Cartaya et al., 2020; Nieto, 2018).

Todo lo antes mencionado de lo que es la cultura fitness hoy en día ha generado que por parte de varones el estereotipo de belleza que ha promovido la industria es el desarrollo de cuerpos magros y musculosos, mientras que para las mujeres se realiza un culto por una vida sana y saludable llena de batidos detoxintoxicantes y el deporte es influenciado en su mayoría por personajes considerados estándares de la imagen corporal idónea en las redes sociales; aspectos que llegan a relacionarse a su vez con

la capacidad de alcanzar el éxito, de tener poder, un mejor estatus o de mejorar las relaciones sexo afectivas, provocándose entonces un sentido de inferioridad en aquellos que no alcanzan ese cuerpo ideal (Cartaya et al., 2020; Nieto, 2018).

Es entonces a partir de esta breve descripción de lo que la cultura del fitness representa hoy en día en el constructo de la sociedad actual que nos es necesario plasmar la idea de que de allí surge, la imagen corporal lo cual corresponde a aquella imagen mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo en torno a un conjunto de pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con los propios atributos físicos que sí se encaminan hacia la insatisfacción del cuerpo que se tiene se generan emociones, pensamientos y actitudes negativas enfocadas a cambiar el tamaño y la forma del cuerpo hacia un ideal (Cartaya et al., 2020).

El temor o ansiedad generado hacia una deformidad que se pueda tener en el cuerpo desde mediados del siglo XIV, era denominado como dismorfofobia por lo cual la American Psychiatric Association (APA) introduce el término de trastorno dismórfico corporal desde la aparición del DSM III -R, enmarcándolo como un conjunto de actividades negativas hacia sí mismo catalogadas como un tipo de actitud paranoide, la cual a partir del DSM IV, anexa a su vez que este trastorno provoca un deterioro social y es entonces que el DSM -V, actualmente denomina el trastorno dismórfico corporal; como una preocupación excesiva por los defectos y se lo clasifica dentro de los trastornos relacionados con el trastorno obsesivo compulsivo (Rincón et al., 2020).

Y es de allí que surge el término de la vigorexia, encontrado en el DSM 5 como trastorno dismórfico corporal o también denominado popularmente como dismorfia muscular en el caso que nos arremete y se refiere a una distorsión de esa imagen mental que se tiene del cuerpo dónde la insatisfacción sentida por el sujeto le encamina a intentar de manera continua aumentar su masa muscular, ya que se considera demasiado pequeño y está dismorfia se relaciona con la realización compulsiva del ejercicio, dietas hiperproteicas y la utilización de ciertos fármacos que ayuden a aumentar la masa muscular como lo pueden ser el uso de esteroides, anabolizantes, testosterona, hormonas del crecimiento u otro suplemento ya sea en el caso de hombres o mujeres que puedan o no estar encaminados al fisicoculturismo (Cartaya et al., 2020).

Ahora bien, centrándonos más a fondo en la definición de la vigorexia nos referimos a un desorden emocional caracterizado por la obsesión de modificar la imagen corporal basándose en hábitos alimenticios, y que afecta principalmente a varones jóvenes, pero también pueden padecerlo mujeres quienes tienen la percepción de tener un cuerpo

débil o poco desarrollado, llevándolos a tener registros estrictos sobre su peso y control en su desarrollo muscular (Ramos Noboa y Pérez Cobo, 2019).

Un aspecto conflictivo de la vigorexia es que la percepción social hacia quienes la padecen es positiva, ya que se ve a estos sujetos como apasionados al deporte y encaminados a una vida saludable, lo cual dificulta su diagnóstico y tratamiento, cabe mencionar que este trastorno contempla conductas compulsivas, razón por la cual se encuentra en el apartado de trastornos obsesivos compulsivos en el DSM V, teniendo características como mirarse repetidamente en el espejo, comparar su masa muscular con otras personas, pesarse diariamente, excesivas horas de entrenamiento, automedicación, etc (Ramos Noboa y Pérez Cobo, 2019).

1.2 Causas del trastorno dismórfico corporal

El origen del trastorno dismórfico corporal enfocado a la dismorfia muscular se puede explicar a través de distintos modelos, uno de ellos es el enfoque biopsicosocial que destaca que un sujeto con DM padece previamente un trastorno obsesivo compulsivo, por lo que existe una predisposición genética para llegar a desarrollarlo y a su vez acompañado de la presión social que viven varones y mujeres sobre su físico, además de la exposición al material publicitario que proporciona un ideal de belleza; lo cual produce conductas desadaptativas para llegar a conseguir la imagen corporal deseada. Por último, la facilidad con la que se puede conseguir esteroides, anabolizantes u otros suplementos, facilitan el desarrollo de este trastorno para llegar a resultados rápidos, pero que no llega a incluir una aceptación completa por parte del individuo, ya que si este posee una baja autoestima seguirá teniendo aquella sensación de no lograr su físico ideal (Giménez López, 2020).

Por otra parte, el enfoque cognitivo conductual menciona que existe una relación entre la autoestima y el nivel de satisfacción corporal que puede ocasionar la aparición de una dismorfia corporal a raíz de ciertas características como la preocupación por la musculatura, una mala gestión de la dieta alimenticia, consumo de suplementos, adicción al ejercicio que favorece la aparición del trastorno dismórfico corporal ocasionando a su vez el desarrollo de aspectos como el narcisismo y la desviación positiva (Giménez López, 2020).

El enfoque hipotético de factores simplificados por su parte menciona que la dismorfia muscular surge a raíz de tres factores, uno de ellos son los factores que la precipitan,

en la que se engloban diversas experiencias traumáticas relacionadas con el físico del sujeto y el consumo de sustancias, en segundo lugar son los factores predisponentes, es decir aspectos socio demográficos, psicopatológicos y ambientales como la edad, baja autoestima y autopercepción del individuo, finalmente los factores de mantenimiento del trastorno son conductas evitativas o de refuerzos positivos que buscan reconocimiento social y neutralizan pensamientos negativos hacia su imagen corporal, dándose a sí la compulsión al ejercicio propio de este trastorno (Giménez López, 2020).

Para culminar, el estudio de Behar et al., (2016) menciona que el trastorno dismórfico corporal a menudo inicia en la adolescencia de manera gradual o abrupta, y que se relaciona intrínsecamente al refuerzo que tuvo el aspecto físico durante la infancia y eventos traumáticos como la humillación, el acoso, fracaso público, lesiones o enfermedades físicas y burlas sobre la apariencia producen sentimientos de vergüenza relacionados con la autoimagen y la autoestima por lo que se condicionan a un factor de riesgo que generan inseguridad, incomodidad y rechazo al cuerpo.

1.3 Tipologías y síntomas asociados del trastorno dismórfico corporal

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a. ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2014) enmarca al trastorno dismórfico corporal como un tipo de trastorno obsesivo compulsivo con especificador de dismorfia muscular la cual hace relación a la llamada vigorexia la cual menciona tiene una prevalencia casi exclusiva de los varones, una edad media de inicio entre los 16 y 17 años para que empiecen aparecer los síntomas y se le relaciona como factor de riesgo las tasas de abandono y abusos durante la infancia así como también existe un factor genético elevado sí familiares de primer grado padecen trastornos obsesivos compulsivos.

Dentro de los criterios diagnósticos presentados en el trastorno dismórfico corporal de manera general se puede encontrar la preocupación por defectos percibidos en el aspecto físico, comportamientos como el mirarse en un espejo o actos mentales como el compararse con el aspecto de otras personas de manera repetitiva en respuesta a la preocupación que se siente por él cómo se ve, lo cual llega a causar un malestar significativo y deterioro dentro de lo social y laboral, pero a su vez debe haber una diferenciación con un trastorno de la conducta alimentaria y cómo se mencionaba anteriormente se describe el especificador de la dismorfia muscular la cual hace

referencia a la idea de que se es poco musculoso de manera frecuente por lo que se dan ideas repetitivas cómo estoy feo o estoy deforme por lo que el paciente puede a su vez ser capaz de tener una instrucción dónde reconoce qué las creencias que tienen puedan no ser ciertas o puede existir una poca introspección donde se piensa que estas ideas podrían ser ciertas o en el caso más grave hay una carencia de introspección con creencias delirantes donde la persona está completamente convencida de que las creencias de este trastorno son ciertas (American Psychiatric Association, 2014).

Además, el aspecto principal por el que se llega a relacionar este trastorno con el concepto que se ha generado a través de lo que es la vigorexia es en las ideas delirantes y la creencia de que otras personas se fijan o se burlan por el aspecto que se tiene por lo que la persona al sentir vergüenza sobre su apariencia da una excesiva importancia a su aspecto y buscan mejorarlo constantemente que en el caso de la vigorexia se relaciona netamente a la práctica del ejercicio físico (American Psychiatric Association, 2014).

Ante los criterios mencionados se puede observar cómo hay una descripción persistente sobre la preocupación de defectos en la apariencia, pues la persona con TDC se hiperconcentran en sus defectos, llegando a preocuparse por la simetría, tamaño y forma de alguna parte de su cuerpo, aspecto que se relaciona intrínsecamente con la vigorexia, y a su vez se relaciona con este trastorno aquellos comportamientos repetitivos, la necesidad de llevar control sobre su apariencia y la búsqueda constante de disimular aquellos defectos que el sujeto percibe y provoca a sí mismo un deterioro significativo en el ámbito personal, social y familiar (Perkins, 2019; Rodríguez Vega, 2020).

Otros criterios diagnósticos más utilizados son los formulados por Murray et al. (2013, citado en Strobel et al., 2020) donde se hace referencia a cómo el foco principal de preocupación patológica es el no ser suficientemente musculoso y esta se manifiesta como un descuido a la vida social del sujeto, conductas de evitación antes la posible exposición de su cuerpo, la angustia mental genera deterioros crónicos en algún área de la vida y a pesar de los efectos adversos experimentados se continúa con la actividad física.

Finalmente, en los argumentos de Baile Ayensa y colaboradores (2003 y 2005, citado en Rodríguez Vega, 2020) se menciona que la dismorfia muscular tiene ciertas propiedades distintivas, como la alteración de la percepción de la imagen corporal que implica el desarrollo de conductas de verificación, pensamientos obsesivos, ansiedad o

depresión con sentimientos negativistas, baja autoestima, frustración, percepción de fracaso, compulsiones, síndrome de abstinencia, rasgos obsesivos relacionados con una dieta estricta autoimpuesta, aislamiento social y consumo de suplementos.

1.4 Pronóstico del trastorno dismórfico corporal

Según el estudio de García-Rodríguez et al., (2017) la dismorfia corporal de tipo muscular llega a relacionarse en gran parte con el uso de sustancias para aumentar la musculatura esto debido a la influencia social y la errónea idea de que los suplementos son inocuos, lo cual motiva el uso de proteínas, sustancias para aumentar musculatura en varones y las mujeres llegan a usar termogénicos que pueden tener contraindicaciones a mediano o largo plazo debido a abuso de consumo en especial de sustancias ergogénicas.

Las personas que tengan un riesgo de dismorfia muscular tienden a presentar una negación por la obsesión con la musculatura y se resisten a asumir que su salud mental y física pueden estar deteriorándose. El modelo transteórico del cambio interpreta que la motivación se da como consecuencia particular a las actitudes tomadas a lo largo del tiempo, y estas constan de cinco fases: Pre Contemplación: donde se piensa que no se tiene un problema o sabe que no se quiere cambiar; contemplación: donde se empieza a ser consciente de que existe un problema; determinación: se decide que se está listo para cambiar; la persona empieza a cambiar su comportamiento y finalmente se consigue el bienestar (Foguet, 2019).

Por otra parte, un paciente con TDC no tiene la habilidad de controlar sus pensamientos negativos lo que llega a generar angustia y deteriora de manera considerable el funcionamiento social lo que puede llevar a estas personas aislarse socialmente por temor a hacer juzgado o ridiculizado por otras personas, ya que se centran demasiado sobre sus defectos lo que puede conllevar a problemas de concentración porque su mente se encuentra enfocada netamente en esas creencias centradas en los defectos también se puede generar fobia social, comenzar a creer que los demás los miran, lo que puede dificultar el establecer relaciones con otras personas debido a la necesidad de aprobación que se tiene y finalmente puede sufrirse además hay un alto riesgo de intentos suicidas pues el 80% de pacientes con TDC han explicado tener este tipo de pensamientos por lo que es fundamental la evaluación de estas ideas, y es que dada la falta de investigación sobre este trastorno resulta ser frecuente el diagnóstico erróneo

de los pacientes por lo cual al tener con trastorno dismórfico corporal hay 4 veces más probabilidades de experimentar ideación suicida y 2.6 veces más probabilidad de realizar intentos suicidas a comparación de personas y este trastorno (Rincón et al., 2020; Perkins, 2019).

Finalmente, el estudio de Velázquez, (2020) describe además qué en lo que se refiere a la vigorexia cuándo se entrena más de 20 horas a la semana se genera malestar en el área social del individuo tanto dentro de sus relaciones familiares de amigos y dentro de la sexualidad y se logró encontrar el desarrollo de prácticas dietéticas y el consumo de suplementos nutricionales recomendados por entrenadores más no por un nutricionista lo cual puede exponer al paciente alteraciones nutricionales y de la salud en general.

1.5 Contextualización y Objetivo

En Ecuador, dentro de un estudio realizado en la ciudad de Machala para investigar los métodos de control de la imagen, mediante un análisis transversal -descriptivo realizado a 1023 estudiantes de la Universidad Técnica de Machala de entre 16 a 45 años y utilizando el Cuestionario sobre Conductas hacia la Imagen Corporal, se dio como resultado interesante que existe una puntuación baja de preocupación de imagen corporal en los universitarios, por lo que no se afectan conductas de tipo alimentario en hombres y mujeres; como los son el uso de laxantes o la inducción del vómito, pero a su vez se encontró que el método más empleado por el 37,3% de los participantes para controlar su imagen corporal es la realización de actividad física, denotando de tal manera a ciertos rasgos la actual alta demanda existente dentro de los centros de esculpimiento (Fernández-Mendez et al., 2018).

Asimismo, dentro de un trabajo ejecutado en la ciudad de Portoviejo en el gimnasio Envolve a 40 asistentes fisicoculturistas, dónde se aplicó el Cuestionario Complejo de Adonis y una encuesta de 5 preguntas en escala likert, arrojó como resultados que hombres de 24 a 27 años que padecen vigorexia tienen a su vez rasgos de personalidad obsesiva y 15% de los hombres participantes con este trastorno tienen casos severos que afectan el diario vivir y finalmente, se encontró que el índice de masa corporal de los vigoréxicos es inferior a la norma, por lo que se preocupan aún más al no poder ser capaces de aumentar masa muscular (Terán-Espinoza y Alcivar-Paredes, 2020).

Por otra parte, en un estudio realizado en gimnasios de la ciudad de Ambato con un trabajo de tipo cuantitativo de alcance exploratorio descriptivo y correlacional realizado a 114 usuarios de gimnasios, con mínimo 2 años de entrenamiento y con una asistencia mínima de 5 veces a la semana, fueron evaluados utilizando una ficha socio demográfica, el Cuestionario de Imagen Corporal, MBSRQ, y el Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria encontraron que el 65,78% de los participantes de su cuerpo sin musculatura el 28,7% se siente insatisfecho con su cuerpo y el 6,14% se encuentra cómodo con los resultados obtenidos en el entrenamiento además se evidenció que usuarios de alto rendimiento como los estudiados disminuyen la importancia de la alimentación como pilar en la evolución muscular y se hace indispensable el uso de suplementos y esteroides para obtener resultados visibles y rápidos en la corporalidad asimismo se da una importancia exacerbada a la imagen corporal hipertrofiada perfecta y se llega a visualizar al gimnasio como un templo dedicado al culto narcisista del cuerpo (Ramos Noboa y Pérez Cobo, 2019).

Finalmente, en el estudio de enfoque cuantitativo no experimental, realizado en la ciudad de Cuenca a 100 participantes voluntarios de entre 21 a 30 años dónde un 65% de estos son hombres y un 35% mujeres que fueron evaluados utilizando el Cuestionario de Adonis, se encontró que existe un rango moderado de vigorexia entre los participantes y asimismo esta investigación arroja que la vigorexia es una problemática que se está haciendo recurrente entre las personas que realizan actividad física, pero ha sido invisibilizada por la falta de categorías diagnósticas a pesar de tener una sintomatología clara, pero al no encontrarse descritos específicamente como vigorexia dentro de los manuales diagnósticos estos llegan a ser diagnosticados muchas de las veces como un trastorno de la conducta alimentaria no especificado por lo que los autores arrojan la necesidad de visibilizar estudiar y profundizar sobre esta temática (Mazón Ávila et al., 2017).

Por lo anteriormente mencionado y al existir aún escasez de información sobre el trastorno dismórfico corporal de tipo dismorfia muscular, es decir, la vigorexia, resulta relevante la realización de esta investigación debido al impacto que su aporte puede generar a la concientización de esta problemática, por lo que la finalidad de la presente investigación es evaluar, diagnosticar y tratar el trastorno dismórfico corporal, de tipo dismorfia muscular en personas que asisten a gimnasios.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO

2.1 Descripción del Apartado Teórico

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) surge con la primera publicación de Zettle y Hayes en el año de 1986, encaminada como una terapia que no busca reducir los estados internos, sino promover el funcionamiento y bienestar del cliente sin enfocarse en los efectos controlados de la psicopatología (Gloster et al., 2020).

Es decir que el enfoque terapéutico de la ACT inicia en el contextualismo funcional y el marco relacional para comprender y describir el comportamiento humano, intentando dar una explicación a los conflictos internos de una persona sin considerarlo psicopatológico. Esto se realiza a través del análisis de las conductas que realiza el sujeto dentro del contexto. El modelo de flexibilidad psicológica está incluido dentro de la ACT, siendo que desde este modelo se ve que el sufrimiento es algo innecesario y que es una consecuencia de la rigidez psicológica que impide al individuo adaptarse a su entorno (Cabañas y Báez, 2020).

Y como bien se ha visto hasta el momento, este enfoque toma en cuenta la conducta, razón por la cual está en el marco de la tercera generación de terapias conductuales, esto dado que la primera generación enmarca la terapia de la conducta clásica que se apoyó en el cambio directo del comportamiento mediante el manejo de las contingencias, pero no fue eficaz en ciertos problemas de adultos, la segunda generación enmarco la terapia cognitiva conductual, la cual fue exitosa aunque tenía limitaciones y no fue capaz de proporcionar una base experimental, ni causales de los cambios significativos concretos (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006).

Por último, la tercera generación engloba las terapias enfocadas en la actuación responsable del sujeto entre las que se encuentra la ACT y se enfoca en la aceptación de los eventos privados que conllevan al proceder sin buscar eliminar síntomas cognitivos para alterar la conducta, más bien busca alterar el contexto en que los síntomas cognitivos son problemáticos para que se generen nuevas alternativas de respuesta (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006).

La ACT a su vez se basa en un programa centrado en el lenguaje y la cognición, que categoriza los trastornos en el marco de la evitación experiencial, dado que se desarrollan patrones basados en la necesidad de controlar ciertas experiencias en la

vida del sujeto. El sujeto maneja deliberadamente cuando tener o sentir los recuerdos que le causan malestar y las condiciones que estos generan. A corto plazo esto suele ser una solución para el sujeto, ya que este suprime los sentimientos de malestar por un refuerzo positivo, pero a largo plazo este comportamiento altera la conducta del sujeto, siendo contraproducente para la obtención de sus logros personales (García-Moscoso, 2020; Navarro-Gómez y Trigueros Ramos, 2021).

Por lo cual la ACT, recalca la importancia del paciente y su experiencia al tratar de resolver los problemas de su vida, dejando el rol activo del terapeuta como alguien que le diga al paciente cómo vivir, más bien el terapeuta tiene un rol de crear condiciones para que el paciente experimente sus estrategias para afrontar el conflicto, resalta las capacidades de elección de trayectorias y busca demostrar que la incomodidad psicológica está netamente ligada a la elección de los valores que tiene el cliente para transformar las funciones que tienen esos eventos privados en diferentes marcos de la vida, es decir que no se elimina el síntoma, ni los eventos, sino, que se le enseña al cliente a observar lo que desea y consecuentemente elegir cómo responder, no por la función que ello signifique de manera interna, sino, porque le ayuda a ir en una dirección que el mismo paciente considera de valor personal (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006).

Según Hayes, (2004) creador de este modelo terapéutico, menciona que la pregunta clave es ¿para qué sirve el problema en la vida y experiencia del cliente?, es decir que la ACT, asume que no es posible rescatar a los clientes de la dificultad, más bien se enfoca en trabajar en como eventos pueden convertirse en barreras para el crecimiento desde una postura humanizadora que recalca la naturalidad del sufrimiento.

Por lo cual la ACT es un ciclo de detección cognitiva, fusión y evitación, desactivación y liberación y de moverse en una dirección valiosa para construir patrones de conductas eficaces, siendo la experiencia el árbitro supremo en todo este proceso, razón por la cual el objetivo clínico general de esta terapia es socavar el dominio del contenido verbal literal de la condición que provoca el comportamiento de evitación para construir un contexto alternativo donde el comportamiento se produzca en alineación con los valores propios donde el objetivo general del terapeuta en el proceso terapéutico es ayudar al cliente a sentir y pensar lo que siente de manera directa cómo lo que es y no como lo que dice que es para ayudarlo a moverse en una dirección valiosa en conjunto con toda su historia y reacciones automáticas (Hayes, 2004).

Ahora bien, la base principal de trabajo de este modelo es el uso de paradojas, metáforas, historias, ejercicios, comportamientos, tareas y procesos experienciales por

lo que el análisis lógico llega a tener un papel limitado dentro de todo este proceso y así mismo este modelo terapéutico de tercera generación tiene un énfasis en las estrategias de cambio contextual y experiencial mediante el uso de seis procesos centrales para el cambio (Hayes, 2004).

El primer proceso de la ACT es la aceptación que es tomado como una alternativa a la evitación experiencial, por lo cual busca un abrazo activo y consciente de todos los eventos privados ocasionados por la historia del sujeto sin intercambiar la frecuencia o forma de los mismos (Hayes et al., 2006).

El segundo proceso central, es la difusión cognitiva que se refiere al intento de alterar las funciones indeseables de los pensamientos y otros eventos privados sin alterar la forma, frecuencia o sensibilidad que tengan estos en el contexto del cliente (Hayes et al., 2006).

El tercer proceso es estar presente, lo cual se refiere a desarrollar ese contacto continuo sin prejuicios de los eventos psicológicos y ambientales que ocurren alrededor del cliente (Hayes et al., 2006).

El cuarto proceso se refiere a tener al yo como contexto, es decir, que el paciente sea capaz de visualizar al yo como un lugar o una perspectiva, para poder ser consciente del flujo de experiencias sin apego a ellas llegando a fomentarse la difusión y la aceptación de los mismos eventos (Hayes et al., 2006).

El quinto proceso son los valores, es decir, el desarrollo de elecciones- cualidades para la vida del cliente en varios dominios de la vida del sujeto para ejemplificarlos de momento a momento, es decir, establecer de manera personalizada qué valores llegan a ser de importancia en los diversos espacios de la vida (Hayes et al., 2006).

Y finalmente, el proceso de la acción comprometida que es uno de los énfasis de este modelo terapéutico para desarrollar patrones amplios de acción eficaz que estén vinculados a los valores elegidos, lo cual a su vez ayuda en la prevención de recaídas, ya que llega a ser motivado por el mismo paciente y no implantado por el terapeuta (Hayes et al., 2006).

Por otra parte, en torno a la sustentación empírica de este modelo terapéutico podemos referir que hay evidencia de calidad suficiente para justificar el uso de este enfoque en diversos tratamientos, pues su uso se encuentra plasmado en las guías de tratamiento australiano para tratar el dolor crónico en poblaciones bien educadas, en los trastornos de ansiedad, además se ha evidenciado que logra mejoras significativas en poblaciones

con adicciones, psicosis, depresión, trastornos de personalidad y trastornos alimentarios (Smout et al., 2012).

También la ACT se encuentra respaldada empíricamente por la Administración de servicios de salud mental y abuso de sustancias de los Estados Unidos en las áreas de trastornos depresivos, trastornos mentales generales de la salud y casos de rehospitalización y finalmente, la Sociedad americana de psicología de la división 12 de la sociedad de psicología clínica menciona un modesto apoyo de este modelo terapéutico en las investigaciones de depresión, psicosis y ansiedad mixta y tiene un fuerte apoyo para el tratamiento de dolor crónico (Smout et al., 2012).

A su vez, también se ha demostrado una amplia eficacia en algunos objetivos de intervención con un tamaño de efectividad controlado que va de pequeño a mediano en condiciones de depresión, ansiedad, abuso de sustancias y dolor crónico y una evidencia adicional en el tratamiento de trastornos alimentarios, estrés, quejas somáticas y condiciones físicas (Gloster et al., 2020).

También se ha iniciado estudios en el uso de la ACT, como tratamiento para trastornos de la imagen corporal y autoestigma del peso, siendo la evidencia bastante prometedora, aunque dados los pocos estudios en esta área, su efectividad está aún no está clara, pero dado que la ACT no busca reducir estados internos, sino promover el funcionamiento y bienestar que se encuentra en los sujetos, está denota una mayor calidad de resultados, siendo de pequeños a medianos en el desarrollo de calidad de vida, de pequeños a grandes su evidencia en el desarrollo de flexibilidad psicológica y de pequeña a mediana en el desarrollo de bienestar, funcionamiento y discapacidad (Gloster et al., 2020; Griffiths et al., 2018).

2.2 Enfoque Epistemológico y Teoría de Soporte

La psicología cognitiva conductual inició en la década de 1950, como una revelación frente al psicoanálisis, que era la psicología que reinaba en esa época, además se instauró una terapia psicológica sustentada en la psicología del aprendizaje. En la psicología del aprendizaje se encontraban dos paradigmas, el primero el del condicionamiento clásico y el segundo el del condicionamiento operante. Estos dos paradigmas se desarrollan y se establecen como técnicas operantes, principalmente usados para el campo del condicionamiento operante, que es enfocado en el estímulo y respuesta. En la década de los 70 el modelo cognitivo conductual presenta dos tipos

de terapias, la racional emotiva y la cognitiva de la depresión y aquí fue cuando la psicología básica dejó de ser solo de aprendizaje y evolucionó para basarse en el procesamiento de información (Ceresa, 2019).

En la época de los 90 la terapia cognitiva conductual se consolida como un modelo empírico enfocado en el aprendizaje, acompañado de terapias cognitivas y conductuales dirigidas a emplearse en fenómenos psicológicos. Estos tratamientos buscan la elaboración de un listado amplio de tratamientos, que sean flexibles y que todos estén enfocados en la erradicación de problemas claramente definidos. En esta época se sintetiza las terapias cognitivas y conductuales, llevándolas hacia la mejora de terapias como de resultados (Ceresa, 2019).

La psicología cognitiva tiene como objetivo estudiar los procesos cognitivos, los cuales son formados por la memoria, concentración, formación de conceptos y la forma en que el individuo procesa la información. Para el tratamiento de los trastornos mentales se utilizan diversas técnicas, como la reestructuración cognitiva, la cual parte de la premisa de que los humanos son seres capacitados para procesar los hechos que le acontecen, por lo cual se analiza e identifica las cogniciones que podrían estar generando problemas en los sujetos, para poder volverlos más adaptativos y racionales (Pardo Cebrián, 2019; Ceresa, 2019).

La ACT surge dentro de la tercera ola de las terapias conductuales, como un avance a su base empírica y enfocándose mayormente al cambio contextual y experiencial dentro del marco de las terapias contextuales con rasgos más postmodernos y constructivistas enmarcados dentro de un nuevo lenguaje terapéutico en los cimientos de cuestiones como los valores, género, texto y narración (Caro Gabalda, 2020).

La ACT emplea un recopilatorio sobre la filosofía humana basada en el autoconocimiento, tomando en cuenta las dimensiones del sufrimiento y placer, lo cual significa que a través de esta dimensión se basa el reforzamiento positivo y negativo. Se llega a un punto en el que se demuestra que el comportamiento humano se enfoca en la búsqueda del placer con el fin de eliminar el sufrimiento, muchas veces esta sensación de placer viene formada desde la niñez, construyendo un patrón conductual de cada individuo caracterizado por la inflexibilidad psicológica, definida como un conjunto de acciones enfocadas a obtener resultados placenteros en el momento, en el caso de la dismorfia muscular, la acción que causa placer sería la de realizar ejercicio para evitar el dolor de tener un cuerpo poco aceptable para el individuo, a la larga este patrón comportamental no será lo suficientemente placentero y buscará nuevos

métodos que aumenten los resultados visibles en menor tiempo (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006; Molina Moreno y Quevedo Blasco, 2019).

Los procesos de la ACT fomentan una comprensión compasiva del sufrimiento de la persona, debido a la naturaleza experiencial, la terapia de aceptación y compromiso se adapta a un gran grupo de personas para no desafiar los pensamientos del paciente. Esta terapia es la más completa de las terapias de tercera generación basadas en la conducta, ya que ofrece una nueva opción a la psicopatología tradicional, esta se caracteriza por englobar las ventajas y desventajas de la condición humana, mantiene la filosofía contextual- funcional y es coherente con el modelo de la cognición y el lenguaje (Gloster et al., 2020; Givchki et al., 2018; Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006).

La ACT se basa filosóficamente en el contextualismo funcional, el cual engloba que el paradigma para explicar el comportamiento es el contexto, en el cual se toma en cuenta tanto contingencias ambientales, como aquella historia de aprendizaje del sujeto teniendo en cuenta que tanto los pensamientos como los sentimientos son tomados en cuenta también como conductas que forman parte de una construcción socio verbal lo cual también se asemeja a planteamientos constructivistas (Vargas y Ramírez, 2012; Caro Gabalda, 2020).

A su vez, ACT se basa en la teoría del marco relacional, la cual es un acercamiento conductual contextual al lenguaje humano y a la cognición que tiene como supuesto central que los humanos relacionan estímulos bajo controles contextuales arbitrarios, por lo que la aceptación psicológica permite el desarrollo de contingencias (Vargas y Ramírez, 2012).

Además, la ACT, tiene unos leves tintes semejantes a los planteamientos del modelo constructivista, ya que en este modelo se enfatiza que las acciones son significativas en el desarrollo del ser humano y toma como principio clave el desarrollo de las relaciones de vínculos sociales y sistemas simbólicos para la organización y desarrollo del self además en este modelo terapéutico de aceptación y compromiso tiene una relación a la postura de teleonómica, ya que es una terapia que no se prescribe para un desenlace fijado de antemano, sino que se va desplegando y evoluciona de momento a momento junto al paciente en el proceso terapéutico (Caro Gabalda, 2020).

La cognición humana, también se encuentra reflejada, así como sus convicciones y el grado de seguridad que este refleja ante las acciones que realiza diariamente, esto se debe a que las personas están sometidas a una tarea constructiva enfocada en la

realidad social que se encuentran enfrentando. La manera en que la persona vive y el nivel de satisfacción alcanzado en sus logros personales contribuyen a la construcción de funcionalidad o disfuncionalidad de la persona (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2017).

En el transcurso de la vida humana, estos buscan el equilibrio entre dos necesidades contrarias, la primera necesidad ataca al individuo por dos frentes, por un lado, la de hacer frente a cambios provenientes del mismo ser, siendo factores evolutivos, por otro lado, tiene que hacer frente a los cambios externos, vinculados al desarrollo del entorno y los eventos que se dé desarrollan en él. Al mismo tiempo, las personas buscan preservar su sistema personal, buscando construir y afirmar su identidad, al mismo tiempo que intentan el reconocimiento de ellos mismos frente a la sociedad. Estos cambios provenientes en el individuo son sometidos a cambios a lo largo de su vida al mismo tiempo que buscan un equilibrio lo más satisfactorio posible en el cumplimiento de estas dos necesidades (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2017).

La clave del éxito de la terapia de aceptación y compromiso se basa en que todos los trastornos a tratar se encuentran en el mismo patrón de evitación experiencial. Por esto la ACT da a elegir la opción de que pueda estar el sufrimiento, teniendo en cuenta las consecuencias que esto tiene para la vida del sujeto, lo cual supone un cambio respecto a la forma de entender sus psicopatologías. Esta intervención flexibiliza el proceso de la atención del aquí y ahora, compromiso activo, consecuencia, el contexto, defusión del lenguaje y la aceptación del malestar como parte de la condición humana, siempre teniendo en cuenta la individualidad y las necesidades que vayan surgiendo en la persona (Navarro-Gómez y Trigueros Ramos, 2021; Dehbaneh, 2019).

El objetivo principal de la ACT es lograr esta aceptación de las experiencias y la fusión cognitiva con el fin de expandir el catálogo conductual para proporcionar una vida más vital y significativa, para lo cual la terapia se estructura en los componentes del tratamiento como la desesperanza creativa, control como problema y barrera de acciones y acción comprometida. Dentro del tratamiento se necesita una atención y aceptación completa a la acción comprometida en el momento, para así saber cuál de estos ejercicios terapéuticos es útil en el objetivo del sujeto (Pearson et al., 2010).

Las personas con trastorno dismórfico corporal se encuentran evaluando sus apariencias constantemente de forma negativa, lo cual los lleva a experimentar un proceso desagradable en el que intenta evitar esta situación. Estos procesos de autoevaluación no eliminan los pensamientos negativos a largo plazo. Este trastorno se

puede conceptualizar como una función que tiene la persona para protegerse del peligro. Por lo cual la ACT es eficaz en estas personas debido a su postura compasiva, aplicable ya que la vergüenza y autocrítica que experimentan las personas se asocia con el aislamiento social y los pensamientos irracionales (Pickard y Deane, 2021; Dehbaneh, 2019).

Los diferentes aspectos sobre los que trabaja la terapia ACT principalmente son enfocados metodológicamente, tomando aspectos tanto comportamentales como cognitivos, dirigidos en modificar los patrones de pensamientos obsesivos, fomentar a que el individuo desarrolle habilidades de enfrentamiento alternativas y direccionar a la aceptación del propio cuerpo sensibilizando la percepción de aspectos positivos de su imagen corporal (Behar et al., 2016; Rey, 2004).

Para la aplicación de la terapia la ACT se cuenta con una gran cantidad de recursos que pueden ser usados para cumplir los objetivos terapéuticos, entre esos están los iniciales como la aplicación de cuestionarios, entrevista y a partir de estos dar una devolución del análisis funcional. La psicoeducación es parte fundamental del proceso para que la persona implicada pueda entender lo que está pasando desde la mayor amplitud cognoscitiva posible, por último, el uso de las metáforas es bastante frecuente junto a la aplicación de técnicas de difusión (Hernández Gómez, 2019).

En este modelo se utiliza como base relevante para el cambio la entrevista motivacional; la cual tiene como objetivo lograr la motivación interna del sujeto, para que esté preparada a trabajar en las mayores dificultades que tiene para lograr el cambio y resolver las ambivalencias que presenta la persona para lograr un compromiso para la salud del mismo. La aplicación de la entrevista motivacional está estrictamente regida por el empleo de preguntas abiertas y la escucha activa, todo para que invite a la persona a reflexionar sobre sus sentimientos y emociones (Foguet, 2019).

2.3 Argumentación Teórica de la Investigación

De la investigación realizada se evidencia que existe pocos estudios sobre el tratamiento de la dismorfia muscular, esto generado principalmente por la aversión al tratamiento que tienen los sujetos con este padecimiento y sumado a la creencia cultural de que el ejercicio y la dieta son saludables, por tanto, no se observa con facilidad el límite entre la normalidad y la patología (Cunningham et al., 2017).

Pero, según la información recolectada y existente hasta el momento se puede encontrar que para la evaluación o seguimiento de lo que es la dismorfia muscular o también denominado vigorexia existen escalas o test de aplicación sencillas que abarcan unos 30 minutos como máximo (Martínez et al., 2017).

Cabe recalcar que la evaluación de este síndrome se inicia con la evaluación clínica de la masa muscular mediante una historia general y psiquiátrica, para seguir con exploración física para detectar el abuso de esteroides, de ahí se procede a la aplicación de instrumentos de detección de la enfermedad mediante el cuestionario complejo de adonis y la escala de satisfacción muscular y si se detecta el trastorno se realiza una entrevista clínica para establecer el diagnóstico, investigar síntomas específicos de la dismorfia muscular y ver las repercusiones funcionales que estos síntomas tienen en la vida diaria del cliente (Guerola y Pejenaute, 2018).

Pero antes de adentrarnos en la revisión de los instrumentos de evaluación usados por excelencia, revisaremos brevemente el rol de la entrevista en el proceso evaluativo la cual debe estar enfocada en la búsqueda de ciertos aspectos que perfilan a una persona que posee un trastorno sobre la percepción de su cuerpo. Estos aspectos a interiorizar en el proceso son las ideas sobrevaloradas, junto a sentimientos de disconformidad en relación con la imagen corporal, siendo que son defendidas por el paciente a pesar de que las personas que se encuentran a su alrededor no lo ven de la misma manera, la desvalorización, permite evidenciar que la autoestima del sujeto se encuentra afectado, razón por la cual el paciente puede presentar diferentes afecciones en su estado del ánimo. Por último, se tiene que indagar las conductas de evitación, ya que estos pacientes por lo general no tienen una satisfacción social por la preocupación intensa de su imagen corporal, normalmente suelen tener conductas de comprobación o retroalimentación de familiares y amigos (Santos-Morocho, 2019).

Ahora bien enfocándonos en los instrumentos usados para la detección del trastorno dismórfico muscular encontramos en el estudio de Martínez et al., (2017) que algunos de los instrumentos más utilizados en la detección de la dismorfia muscular son la escala de satisfacción muscular, el cuestionario complejo de adonis, la escala de obsesión a la musculatura, el inventario de dismorfia muscular, el inventario de trastorno dismórfico muscular, la escala de insatisfacción corporal masculina y la escala de actitudes masculinas hace el cuerpo, donde el más usado en el estudio mencionado fue el inventario de dismorfia muscular.

Por otra parte, en el estudio de Lopez-Cautle et al., (2016) dónde se evaluaron 17 investigaciones sobre la dismorfia muscular, los instrumentos de tamizaje más usados en la detección del trastorno son la escala de satisfacción muscular, el inventario de dismorfia muscular y el inventario de trastorno dismórfico muscular.

Siguiendo con el desarrollo de una evaluación clínica, mencionaremos dentro de diversos artículos científicos cuáles son los enfoques de tratamiento por elección para el trastorno dismórfico muscular.

En el estudio de Cunningham et al., (2017) se menciona que uno de los enfoques de tratamiento es la terapia cognitiva conductual, pues es de suma utilidad dentro del contexto de los trastornos de la conducta alimentaria y aplicable a la dismorfia muscular por tener como objetivo el enseñar a los pacientes a afrontar de manera adaptativa las emociones, de manera que se regula y desalienta la dependencia a conductas desadaptativas para atenuar la angustia razón por la cual personas con dismorfia muscular pueden beneficiarse de técnicas como la prevención de exposición y respuesta para que toleren la angustia sin intervenir en comportamientos de escape.

Otro de los enfoques de tratamiento es la reestructuración cognitiva, dado que permite la identificación evaluación y reestructuración de los pensamientos automáticos, en especial aquellos ligados a la concepción de la masculinidad, pensamiento perfeccionista y creencias egointónicas, es decir la exageración de los beneficios del ejercicio y de una dieta estricta (Cunningham et al., 2017).

La terapia de aceptación y compromiso también es aplicable porque proporciona habilidades para la aceptación de las condiciones y sentimientos angustiantes en vez de buscar el control de las experiencias no deseadas mediante la evitación experiencial y el deseo de control y a su vez dado que las personas con este trastorno tiene una baja motivación a la asistencia terapéutica está puede ser particularmente útil dado que se enfoca en identificar y aclarar valores fundamentales de la vida del cliente, por lo que les ayuda a reorientar la atención actividades más significativas y a generar una mayor disposición a la tolerancia de la incomodidad interna por el bien de lo que es verdaderamente importante para él (Cunningham et al., 2017).

Otros enfoques de tratamiento son el familiar para movilizar de manera centralizada los recursos de los padres y así lograr una rehabilitación nutricional en quién padece este trastorno llevándose a disminuir por completo aquellos factores ecológicos y de mantenimiento del trastorno, además se menciona el uso de la farmacoterapia mediante

el uso de inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina para disminuir los pensamientos obsesivos y conductas compulsivas (Cunningham et al., 2017).

Por otra parte, en el artículo presentado por Pickard et al., (2021) se menciona el empleo de la terapia de conversación muy centrada en la compasión, ya que está permite una alianza con el paciente al reconocerse la profundidad del sufrimiento, llegando a iniciar este proceso con el desarrollo de la desesperanza creativa y un enfoque de tratamiento centrado en los valores, luego el uso de estrategias de difusión cognitiva, ejercicios de aceptación y por último, estrategias del yo como contexto versus el yo como contenido y es que también cabe recalcar que en esta terapia es de importancia la autenticidad y revelación del terapeuta como alguien imperfecto para obtener una aceptación de la imperfección.

El trabajo presentado por Strobel et al., (2020) menciona que el enfoque terapéutico del trastorno dismórfico muscular se basa en aquellos enfoques utilizados por el trastorno dismórfico corporal y trastornos de la conducta alimentaria, teniendo como objetivos principales el tratamiento del paciente en tres niveles, la rehabilitación somática y terapia nutricional, el tratamiento psicoterapéutico individual y el trabajo sistémico con la familia, por lo tanto, la psicoterapia se centran en la autoestima, la importancia de la apariencia, del amor propio, los ideales sobre los roles y el género, la percepción emocional, la regulación emocional e identificación y el reemplazo de conductas disfuncionales, en la parte sistemática se realiza una psicoeducación a los familiares, en la terapia nutricional se trata que es el comer y aprender a disfrutar de la comida para el desarrollo de una flexibilidad psicológica.

Por último y como lo menciona Sanchez Cañate et al., (2021) el tratamiento sobre la dismorfia muscular es un área que ha sido poco investigada hasta el momento y cuenta con pocos ensayos controlados lo que dificulta el estudio del mismo y nos lleva al uso de guías utilizadas en un trastorno obsesivo compulsivo, un trastorno dismórfico corporal general o trastornos de la conducta alimentaria en combinación, pues ni el DSM- V tiene bien descrito el trastorno.

Según la evidencia de las diversas guías para los otros trastorno puede ser utilidad principal la intervención farmacológica para la sensibilización neuronal con SSIRs y el uso de antipsicóticos como ketamina, resina, haloperidol y aripiprazol en casos de la existencia de agitación psicomotora o el desarrollo de ansiedad dentro del trastorno, acompañando la terapia cognitivo conductual para el mapeo de comportamientos repetitivos para buscar cómo evitarlos y dominar aquellos sentimientos de inferioridad

secundarios a las emociones desencadenantes de ejercicios de prevención, de exposición o respuesta y manejo de los pensamientos automáticos y el uso de estrategias relacionadas con la imagen defectuosa que perciben los pacientes como el uso del mindfulness y la ACT, ya que son terapias sin prejuicios (Sanchez Cañate et al., 2021).

En cuanto al funcionamiento general de la ACT en el tratamiento de la DM, en el estudio de Linde et al., (2015) se evidencia una metodología de trabajo grupal de 12 sesiones semanales, de 120 minutos y sesiones individuales de 60 minutos donde se trabajó con psicoeducación, establecer objetivos de tratamiento, discusión de valores individuales, aceptación y difusión para cambiar enfoques desde el control de experiencias internas y el aumento de la voluntad, ejercicios de exposición donde se practican las habilidades de difusión y aceptación para flexibilizar el comportamiento cuando se genera ansiedad.

Además, se anima a que el sujeto abandone comportamientos de seguridad como las revisiones en el espejo o el camuflaje excesivo que antes controlaba dichos estados, pero que se han convertido en barreras para vivir según sus objetivos personales, después se realiza la inversión de hábitos y finalmente se desarrolla el enseñar a prevenir recaídas y reaccionar eficazmente a nuevos eventos mediante un programa de prevención basado en metas y valores (Linde et al., 2015).

Viendo cómo funciona la ACT dentro del tratamiento del trastorno dismórfico corporal, se ha evidenciado que los síntomas de depresión, flexibilidad psicológica, calidad de vida y funcionamiento general mejoran de manera significativa utilizando este tratamiento con seis meses de seguimiento y tiene una baja tasa de abandono, dado la terapia cognitivo-conductual genera una disminución de la respuesta emocional o clasifica interpretaciones temerosas en la ACT, mediante la exposición busca la aceptación de experiencias para generar una mayor flexibilidad en el comportamiento e indaga valores dirigidos a objetivos dentro del cliente (Linde et al., 2015).

Finalmente, observamos que la TCC llega a ser de utilidad dentro de este trastorno, ya que aborda y altera patrones de comportamiento y pensamientos disfuncionales por su enfoque en la comprensión de los problemas y las formas de respuestas a través de experimentos comportamentales de exposición y prevención de respuesta, donde la estrategia clave es la confrontación graduada en situaciones que inducen el miedo en el paciente, el desarrollo de intervenciones de atención plena y el reentrenamiento perceptivo que han demostrado a su vez mejoras significativas en el tratamiento de la DM, pero, por otra parte, la ACT que forma también parte de la terapia conductual

demuestra una reducción significativa en la gravedad de síntomas del trastorno porque su objetivo es demostrar que la evitación no es efectiva y se trabaja más bien mecanismos de afrontamiento y aceptación emocional (Hong et al., 2018).

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de investigación

Existen dos enfoques para realizar un trabajo investigativo, el cuantitativo y el cualitativo, que nos son de gran utilidad, principalmente para realizar una investigación en el ámbito social. Cada método tiene su propio diseño, técnicas e instrumentos que son guiados a la resolución de preguntas dadas por los investigadores. A pesar de que son métodos diferentes, se pueden complementar entre sí aproximándose a la realidad del objeto de estudio (Monje, 2011).

Se utiliza un diseño de metodología cualitativa la cual consiste en una investigación inductiva que surge desde el desarrollo de conceptos para generar las pautas de los datos a recolectar mediante un procedimiento dinámico y sistemático de indagación dirigida dónde se busca conocer lo que piensan y sienten las personas a través de técnicas e instrumentos como la observación y la entrevista que proveen datos intangibles sobre el comportamiento humano a fin de entender las complejas experiencias de un fenómeno desde la óptica de quién lo experimenta con lo cual es un método subjetivo que no reduce a las personas en variables, sino que los comprende como un todo tomando en cuenta para el producto investigativo palabras habladas o escritas y la conducta observable (Quecedo y Castaño, 2002; Tinoco et al., 2018).

Asimismo se emplea un alcance descriptivo dentro de esta investigación dado que se trabaja sobre realidades de hechos describiendo lo que se busca medir específicamente sin realizar deducciones ni corroborar hipótesis, de manera que su objetivo es especificar propiedades características y perfiles sobre el fenómeno a estudiar llegando a tener como finalidad la descripción de tendencias de cierto grupo y comprender el cómo son y cómo se manifiestan los sucesos de tal manera que se describe se registra se analiza y se interpreta la naturaleza de los sucesos para generar conclusiones dominantes sindical correlaciones entre variables (Vizcaino, 2017; Hernández-Sampieri et al., 2014).

Asimismo, la investigación se sitúa dentro de un paradigma sociocrítico el cual se fundamenta dentro de la crítica social para la realización de reflexiones y busca comprender los objetos y sujetos dentro de una construcción social para poder interpretarlos y analizarlos según su contexto social y cultural, ya que esté paradigma

fórmula que somos creadores de nuestra realidad mediante experiencias pensamientos y acciones por lo que sus principios son el conocer y comprender la realidad a estudiar, unir la teoría con la práctica, e integrar al participante y al investigador en el proceso de autorreflexión y toma de decisiones consensuadas responsables (Vera y Jara, 2018).

Finalmente, se procede a usar el diseño cuasi experimental de pre test y post test. Este diseño maneja como mínimo una variable independiente para observar su efecto sobre las demás variables dependientes. Los sujetos de estudio no se designan al azar y una vez elegidas las variables a manipular y los se desarrolla el instrumento para medir las variables dependientes de manera que se efectúa una prueba diagnóstica de la variable dependiente que se busca estudiar y luego se realiza el experimento y se realiza un póster para comparar los resultados obtenidos y analiza las diferencias para obtener conclusiones sobre el tratamiento (Curbeira Hernández et al., 2017; Espinoza y Toscano, 2015).

En cuanto al tipo de muestra empleada en la investigación, se hace referencia a un muestreo no probabilístico de tipo intencional o de conveniencia, el cual se refiere a un tipo de muestreo en que los participantes son seleccionados basándose en criterios específicos que en el caso de la presente investigación es la asistencia al gimnasio con un mínimo de un año y también se hizo referencia a un tipo de muestreo intencional ya que se ejecutaron convocatorias abiertas de participación voluntaria (Hernández-Ávila y Carpio Escobar, 2019).

Por lo que los participantes de la investigación corresponden a dos casos: un hombre de 22 años que lleva asistiendo al gimnasio 5 años y una mujer de 24 años que lleva asistiendo 3 años al gimnasio.

3.2 Técnicas e instrumentos utilizados

La entrevista es uno de los instrumentos más usados en la recolección de información, ya que esta técnica hace uso del diálogo directo con el entrevistado y métodos auxiliares como la observación, que proporcionan información que de otra manera no se podría obtener, como las diversas características conductuales relacionadas con el lenguaje no verbal (Feria Avila et al., 2020).

La entrevista tiene una clasificación entre entrevista estructurada, donde el entrevistador realiza preguntas que previamente fueron creadas para buscar una información

específica. La **entrevista semiestructurada** sigue los mismos principios de la estructurada, pero en este caso el entrevistador puede agregar más preguntas que profundicen en un tema que considere necesario para la investigación. Finalmente, la entrevista donde el entrevistador tiene la completa libertad para profundizar y manejar la entrevista (Piza et al., 2019).

El **Cuestionario de Aceptación Acción- II (AAQ-II)** en su versión original en inglés fue presentada por Bond et al., (2011) y fue evaluada en 2816 participantes, encontrándose que posee un coeficiente alfa medio de 0,84 y una fiabilidad de test- retest de 3 y 12 meses de .81 y .79, lo cual demuestra la validez del instrumento en su versión inglés, además, se denotó que mide lo mismo que la primera versión, pero con una mejor consistencia psicométrica, ante ello se han desarrollado diversas versiones traducidas al español dónde en el presente trabajo hemos tomado en cuenta la versión de Ruiz.

El cuestionario de aceptación acción- II en su versión en español fue validado dos veces y en la primera se tomó en cuenta el análisis de 6 muestras con 712 participantes, de lo cual se obtuvo datos similares a la versión original con una consistencia que data entre .75 y .93 y en su segunda validación en una población colombiana administrada a 1759 personas en una muestra de población general, clínica y universitarios se encontró una consistencia interna entre .88 y .91 y denoto ser sensible a los efectos de una sesión de ACT (Ruiz et al., 2013; Ruiz et al., 2016).

Este cuestionario consta de 7 ítems en escala likert que van desde el 1 (nunca es cierto) a 7 (siempre es cierto), mide la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica, aunque últimas investigaciones de exploración teórica destacan una mayor relación a la medición de la fusión cognitiva, sus puntuaciones se relacionan a síntomas emocionales, atención plena, satisfacción con la vida y actitudes disfuncionales que reflejan la falta de voluntad para experimentar emociones no deseadas y la incapacidad de estar en el momento presente y comportarse de acuerdo acciones dirigidas a valores, finalmente se califica la suma de puntuaciones de cada ítem y a mayor puntuación, mayor evitación experiencial donde el promedio en una población sin problemas clínicos es de 18 a 23 y en una población con problemas clínicos es de más de 29 (Ruiz et al., 2013; Ruiz et al., 2016; Valencia, 2019).

La **Escala de Satisfacción Muscular (ESM)** es un instrumento cuya función es evaluar el estado cognitivo, conductual y afectivo de la dismorfia corporal. Esta escala se compone de 19 ítems de evaluación que se miden en una escala de Likert de 5 puntos que indican desde el “muy en desacuerdo” hasta el “muy de acuerdo”. Dentro del test

se encuentran las siguientes escalas de valoración: a) Dependencia al ejercicio; b) Comprobación de músculos; c) Consumo de sustancias; d) Lesiones; e) Satisfacción muscular (López et al., 2013; Cook-del Aguila et al., 2016).

La ESM en su versión original, posee una consistencia interna de .82 y una confiabilidad test retest de $r=.87$ en el test retest a las dos semanas, mientras que en la versión española y mexicana se conserva una consistencia que oscila entre los .93 (López et al., 2013).

Los factores medidos por la ESM a su vez se encuentran relacionados con los criterios de calificación del DSM- V, encontrándose que los ítems 3, 18, 19, 13, 16 corresponden al criterio A de calificación de trastorno dismórfico corporal, los ítems 10, 11, 12 al criterio B, los ítems 15, 2, 7, 8 al criterio C y los ítems 1, 4, 11 al especificador de dismorfia muscular (López et al., 2013).

Finalmente, la forma de corrección de la presente escala considera la presencia de potenciales síntomas de vigorexia cuando se alcanza la suma global del reactivo mayor a 52 puntos (Sardinha et al., 2008).

El **Cuestionario Complejo de Adonis (CCA)** empezó siendo un estudio en idioma inglés, y fue adaptado al español usando una población de 99 deportistas empleando los mismos métodos del test original, quedando validado para el uso de población de habla hispana como un medidor de la vigorexia (Latorre-Román et al., 2015).

El cuestionario consta de 13 ítems que indagan el nivel de preocupación que una persona tiene con su aspecto físico y cuáles han sido las acciones que ha realizado para lograr un cambio en su imagen corporal. En los resultados se pueden obtener puntuaciones de 0 a 39, donde un puntaje de un rango de 10 a 19 indica un grado moderado de vigorexia, el rango de 20 a 29 se interpreta como un complejo de Adonis grave y el puntaje de 30 a 39 hace referencia a una preocupación patológica por la imagen (Latorre-Román et al., 2015).

Finalmente, en el presente estudio el reactivo será aplicado en población masculina y femenina, dado que, y como lo menciona Ruiz Lao, (2016) este reactivo no tiene contenido de género y puede ser ejecutado en la muestra utilizada en el presente estudio.

3.3 Categorías de análisis

En el presente trabajo investigativo se tomaron en cuenta las siguientes categorías en la metodología pre test - post test.

Imagen corporal: Raich, (2001) y Salazar, (2008) citados en (Guadarrama-Guadarrama et al., 2018) definen la imagen corporal como una representación mental construida a partir del tamaño, figura y forma del cuerpo. En este sentido, cada cultura tiene sus propios estándares de belleza, y están determinados por hechos externos como las valoraciones familiares, amistades y medios de comunicación que dan paso a los procesos de autoevaluación del sujeto, motivo por el cual la imagen corporal cambia dependiendo del contexto en el que el sujeto se desarrolla.

Así mismo el género juega un papel primordial en el desarrollo de la imagen corporal, siendo diferentes en hombres, donde se espera un cuerpo musculoso y bien definido junto a rasgos faciales más rectos y gruesos, y en mujeres donde se espera delgadez, aparte de pechos grandes, piernas largas y una musculatura bien definida. Siendo los medios de comunicación el principal factor que marca la diferencia en cómo debería de ser el cuerpo dependiendo del género (Pacheco-Cruz et al., 2020).

Dismorfia Muscular (DM): Como se evidencia en el DSM- V la dismorfia muscular es una variante del trastorno dismórfico corporal en el que se especifica que al sujeto afectado debe tener como principal preocupación es que la percepción sobre su cuerpo es poco musculosa. Aparte se evidencia que estas personas adoptan conductas extremas para lograr el cambio corporal como la realización de ejercicio físico extremo, cambio en su dieta e incluso el consumo de suplementos alimenticios (García-Rodríguez et al., 2017).

Suplementos alimenticios: Según Castellanos Jankiewicz y Castellanos Ruelas, (2020) los suplementos alimenticios son “productos a base de hierbas, extractos vegetales, alimentos tradicionales, deshidratados o concentrados de frutas, adicionados o no, de vitaminas o minerales, que se puedan presentar en forma farmacéutica y cuya finalidad de uso sea incrementar la ingesta dietética total, complementar o suplir alguno de sus componentes”.

Los suplementos alimenticios no buscan reemplazar la ingesta de alimentos normal, se definen como una mezcla de diferentes sustancias de ingesta oral que cumplen el objetivo de añadir nutrientes extras a los alimentos ya consumidos por la persona. Los

tipos y cantidades específicas de estos alimentos varían dependiendo de la necesidad de la persona que consuma estos suplementos (HLPE, 2018).

Evitación experiencial: es un subproceso de la inflexibilidad psicológica que se da cuando la persona no está dispuesta a permanecer en contacto con experiencias privadas particulares, como bien pueden ser sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales, por lo tanto, se toma medidas para alterar la forma o frecuencia de los eventos y los contextos que los ocasionan por lo que actúa como predictor de problemas emocionales (Valencia, 2019).

4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Mediante el método pretest- posttest se evaluaron las categorías de imagen corporal, dismorfia muscular y suplementos alimenticios a través de la escala de satisfacción muscular y el cuestionario de complejo de adonis.

En el caso de IL se obtuvo un puntaje de 54 en la ESM, lo cual se interpreta como un grado potencial de síntomas para desarrollar dismorfia muscular y 12 puntos en el CCA lo cual se interpreta como un grado moderado de padecimiento de este síndrome.

Para la Terapia de Aceptación y Compromiso es necesario medir el nivel de evitación experiencial que padece el sujeto, y de esta forma saber cuánto trabajo en el proceso terapéutico se va a realizar, esta variable se midió con el Cuestionario de Aceptación y Acción- II (AAQ-II), en el caso de IL se obtuvo una puntuación de 30, lo cual refleja un grado de evitación experiencial promedio de participantes clínicos.

Después de la aplicación de la terapia que se ejecutó en un número de 5 sesiones de aproximadamente 45 minutos, se hizo una prueba posttest, donde los resultados de los test fueron los siguientes; en el cuestionario de complejo de adonis se obtuvo una puntuación de 8, lo cual significa que el sujeto presenta una preocupación leve no patológica, además se pudo identificar un progreso en los ámbitos como el tiempo dedicado a los entrenamientos, así como una regulación en las dietas; en la escala de satisfacción muscular se obtuvo una puntuación de 50, donde se muestra una normalidad, casi llegando a un puntaje patológico en el test, se identificaron avances en los aspectos como la evitación de la idea del uso de fármacos para aumentar masa muscular, así como un aumento de autoestima que no esté centrado en su imagen corporal; en el cuestionario de aceptación y acción- II, se puede notar una mejora, con 26 puntos, que a pesar de ser un elevado puntaje, no llega a ser clasificado como un nivel clínico, y demostró avances en la aceptación de sus sentimientos y autocontrol emocional.

En el caso de EA los resultados pretest del cuestionario complejo de adonis fueron de 20, lo cual demuestra un complejo de adonis grave, en la escala de satisfacción muscular se obtuvo el puntaje de 62, lo cual indica potenciales síntomas de dismorfia muscular y en el cuestionario de aceptación y acción- II se obtuvo un puntaje de 36, indicando un nivel clínico en el trabajo de aceptación del sujeto.

Después de la terapia que se realizó en un número de 8 sesiones de aproximadamente 45 minutos, se realizaron las pruebas posttest, en donde se obtuvieron los siguientes puntajes; en el cuestionario de adonis se obtuvo un puntaje de 16, lo cual muestra una reducción a moderado en este complejo, se pudieron identificar mejoras en aspectos como la disminución en el uso de esteroides y medicamentos para aumentar la masa muscular y la regulación del uso de diferentes dietas restrictivas para realizar su entrenamiento.

En la escala de satisfacción muscular se obtuvo el puntaje de 57, que igualmente demuestra una mejora en la sintomatología del sujeto, pese a que sigue perteneciendo a la categoría de obtener potenciales síntomas de dismorfia muscular, en este test se observó un cambio en la perspectiva del empleo de esteroides y medicamentos para el aumento de masa muscular, así como una leve regulación en las acciones que el sujeto podría ejecutar para la obtención de masa muscular mediante cualquier ámbito.

En la aplicación del cuestionario de aceptación y acción- II, se tuvo una leve mejora en el grado de evitación experiencial, obteniendo una puntuación de 32 que pese a ser un puntaje clínicamente alto, se vieron reducidos algunos aspectos emocionales en la preocupación de sus sentimientos y el llevar una vida plena.

Dentro de las categorías consideradas en el presente trabajo, en imagen corporal y dismorfia muscular, pudimos notar que los pacientes iniciaron una tendencia a una mayor aceptación de su cuerpo en su estado actual, junto a una mayor preocupación no solo por cómo se ven, sino por la salud de sí mismos, se vio una reducción de suplementos alimenticios para la implementación de más alimentos sanos en su dieta, a su vez en el transcurso de la terapia se pudo notar que los pacientes disminuyeron la inflexibilidad psicológica, llegando a ser capaces de identificar a más profundidad sus preocupaciones y ansiedades, lo cual les ayudó a enfocarse en qué áreas de sus emociones trabajar.

Respecto a la imagen corporal en el caso de IL, se evidenció que tenía un ideal de imagen influenciado por la televisión e imágenes publicitarias, donde veía que una mujer tenía que poseer una figura de cintura delgada y definida, piernas y caderas anchas, IL menciona “yo era muy gorda y quería ser como las chicas de la tele”, por lo que desarrolló un trastorno alimenticio a una temprana edad, al bajar tanto de peso, ver la preocupación de sus padres y recibir burlas por su contextura tan delgada, quiso aumentar de peso, pero de manera definida sin llegar a ser como antes, así que se aficionó a ideales de chicas fitness, en el caso de EA este tenía una imagen ideal

impuesto por su padre quien le recalco desde niño que un hombre tenía que tener una espalda ancha, con músculos bien desarrollados y definidos, lo cual provocó que en el discurso de EA se implante la idea de “ya estaba en buena forma, pero aún era muy delgado”, donde se puede evidenciar una presión puesta por parte del padre en la adquisición de mayor masa muscular.

Por lo tanto, en torno a la categoría de imagen corporal se concluye que se encuentra fuertemente influenciada por la televisión, redes sociales, imágenes publicitarias y llegan a ser reforzadas por el círculo familiar como componente base para el desarrollo psicopatológico.

La dismorfia muscular fue evidente en IL en el ámbito de salud, ya que después de pasar por bulimia, desarrolló una obsesión por los alimentos altos en proteínas y el ejercicio físico, así como reajustar su horario para poder asistir al gimnasio, e incluso en pandemia realizar ejercicio físico en casa junto a su pareja, mencionó que no le gusta salir con sus amigas, por el hecho de que estas ingieren mucho alcohol y comida chatarra que afectaría directamente en su dieta; en EA la dismorfia muscular es más aguda, porque los horarios que ha formado para poder ganar masa muscular han afectado sus relaciones entre amigos e incluso sus relaciones amorosas, en palabras de EA “mi novia me dejó hace dos semanas, pero no es algo que esté buscando por ahora”, evidenciando la falta de interés en realizar actividades sociales que lo acerquen a relacionarse con otras personas.

En la categoría de dismorfia muscular se evidencia como el trastorno afecta el desarrollo social de los individuos produciendo aislamiento en reuniones ocasionales que interrumpen en sus dietas u horarios.

Los suplementos alimenticios fueron usados en ambos casos, en el caso de IL usa batidos proteicos como acompañamiento a sus comidas, ya que mencionaba que su dieta se basa solo en proteínas en carnes, lo cual le ayudaba a ganar masa muscular, mientras en EA el uso de suplementos alimenticios llegó a ser demasiado elevado, casi al punto de solo consumir proteínas en las tres comidas del día, dejando de lado otros alimentos.

En torno a los suplementos alimenticios se observa que forman parte de la vida de ambos participantes simbolizando un desgaste económico significativo y a su vez en la búsqueda por lograr una mejor musculatura se recurre al empleo de esteroides en uno de los casos lo cual produce efectos secundarios en la sexualidad.

La evitación experiencial en IL se vio que empieza desde su adolescencia, ya que tuvo problemas de bulimia, refiere haber sido gorda y adelgazar abruptamente con conductas de purgas, con el apoyo de su madre logra superar este problema, pero nunca accedió ayuda psicológica y se afianzó únicamente en la fé, a la larga esto se transformó en una obsesión por los alimentos altos en proteínas y el ejercicio, en el caso de EA la evitación experiencial se ve reflejada en la aceptación social que se tiene hacia un cuerpo desarrollado, ya que nunca recibió críticas por cómo se veía, pese a que la rutina restrictiva que tiene para poder realizar todas sus actividades físicas no le permiten desarrollar una vida social óptima lo que fomentó un egocentrismo sobre las ideas de la dieta y el ejercicio.

El ejercicio compulsivo y la dieta estricta surgen como un proceso de evitación experiencial ante situaciones no resueltas de infancia, falta de valores específicos en la vida, dificultades en las relaciones sociales y una pobre autopercepción.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos de la presente investigación y como forma de realizar un corto contraste de resultados con la investigación de Navarro-Gómez y Trigueros Ramos, (2021) se observa una similitud en los resultados, donde se evidencia una disminución en las estrategias de evitación, así como limitación en el consumo de anabolizantes, una modificación en la dieta en el caso de ambos casos, así como el incremento de herramientas para enfrentar la ansiedad que fueron proporcionadas en el transcurso de la terapia.

A diferencia del estudio con el que se compara, los participantes del presente estudio no mostraron mayor interés en ejecutar actividades recreativas distintas a la actividad física, enfocadas en buscar ampliar su círculo social, igualmente en el uso de la ropa no se han identificado indicios de que su vestimenta fuera a tener cambios a corto plazo, siendo que se encuentran cómodos tanto con su círculo social cerrado como con su modo de vestir frente a otros.

Finalmente, se evidencia que las técnicas que más resultados proporcionaron durante la terapia fueron, en primer lugar, la psicoeducación, ya que les ayudó bastante a los participantes a comprender sobre las consecuencias del uso de fármacos para el desarrollo de masas musculares, así como en qué afecta una mala alimentación a la salud del cuerpo. Las técnicas de metáforas ayudaron a que los participantes se proyecten en estas y conozcan la situación en la que se encuentran y puedan ver en sí mismos resultados de su entrenamiento físico, así consiguiendo un mayor nivel de aceptación en su imagen corporal.

5. CONCLUSIONES

- La terapia de aceptación y compromiso refleja eficacia en la aceptación de sentimientos y autocontrol emocional de participantes de gimnasios con dismorfia muscular lo cual implica una reducción voluntaria de las prácticas de riesgo, como lo son en el presente caso una dieta estricta que limita su vida social y el uso de esteroides para el aumento de musculatura.
- La eficacia de la ACT queda reflejada y fundamentada en las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Aceptación y Acción- II, dado que en el caso IL se observa una disminución de 30 a 26 puntos y en el caso EA se pasa de 36 a 32 puntos, lo cual a pesar de ser un proceso terapéutico corto denoto mejoras en algunos aspectos emocionales de inflexibilidad psicológica.
- La sintomatología del trastorno dismórfico muscular reflejo una mejora en la aplicación de los tests, donde el en caso IL se observa una disminución de puntaje dentro de la ESM pasamos de 54 a 50 puntos y en el CCA de 12 a 8 puntos y en el caso EA en la ESM pasamos de 62 a 57 puntos y en el CCA de 20 a 16 puntos.

6. RECOMENDACIONES

- Se propone realizar nuevas investigaciones sobre el tema de la dismorfia muscular (vigorexia) en población hispanohablante dado que su repertorio actual es escaso en la actualidad mientras que la cultura del fitness está teniendo una gran acogida.
- Se plantea la posibilidad de indagar con mayor profundidad y tiempo terapéutico la efectividad de los procesos terapéuticos de la ACT para evidenciar con mayor fundamento sus beneficios.
- Se sugiere que los centros de esculpimiento implementen programas de psicoeducación a los usuarios como mecanismo de prevención al desarrollo de problemas con la imagen corporal.
- Se recomienda incentivar a las carreras de cultura física y afines al deporte a concientizar sobre la importancia de la salud mental, así como también impartir desde la perspectiva psicológica las diversas patologías que se pueden desarrollar en torno a la imagen corporal y trastornos alimenticios.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5a. ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Behar, R., Arancibia, M., Heitzer, C., & Meza, N. (2016). Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*, 144(5), 626-633. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500011>
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., Waltz, T., Zettle, R. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Cabañas, V. & Báez, A. (2020). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un caso de ideación delirante. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 8(1), 1-20. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7847211>
- Caro Gabalda, I. (2020). Constructivismo, psicoterapias cognitivas de reestructuración y enfoques contextuales: Una comparación desde la diferencia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 115-131. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.410>
- Cartaya, R., Brito, A., Iglesias, D., Pérez, D. & Álvarez, M. (2020). Percepción de la imagen corporal y propensión a la vigorexia en un grupo de usuarios de gimnasios. *QHALIKAY. Revista de Ciencias de la salud*, 4(3). pp. 19-27. Recuperado de: <https://doi.org/10.33936/qkracs.v4i3.2855>
- Castellanos Jankiewicz, A. K., & Castellanos Ruelas, A. F. (2020). Suplementos alimenticios: entre la necesidad y el consumismo. *Ciencia*, 71(3), 7-12. https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/online/X2_71_3_1305_SuplementosAlimenticios.pdf
- Ceresa, C. (2019). *Vigorexia: Una mirada desde la terapia cognitivo-conductual*. [Trabajo final de grado: Monografía, Universidad de la República Uruguay]. Sistema de información: Facultad de Psicología. Recuperado el 2 de diciembre de 2021.

https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_ceres.pdf

Cook-del Aguila, L., Sanchez-Castro, A. E., Yacila, G. A., Reyes Bossio, M. A., & Mayta-Tristán, P. (2016). Adaptación cultural de la versión peruana de la Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS) para dismorfia muscular. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(4), 268-269. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.003>

Costa, F. (2017). *Vida saludable, fitness y capital humano*. En F. Costa & P. Rodríguez (comp.), *La salud inalcanzable. Biopolítica molecular y medicalización de la vida cotidiana*. (pp. 113-139). EUDEBA. <https://www.eudeba.com.ar/Papel/9789502327167/La+salud+inalcanzable>

Cunningham, ML., Griffiths, S., Mitchison, D., Mond, JM., Castle, D. & Murray, SB. (2017). Muscle Dysmorphia: An Overview of Clinical Features and Treatment Options. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 31(4), pp 255-271. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.31.4.255>

Curbeira Hernández, D., Bravo Estévez, M. de L., & Morales Díaz, Y. de la C. (2017). Diseño cuasi experimental para la formación de habilidades profesionales. *Universidad y Sociedad*, 9(5), 24-34. <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/707>

Dehbaneh, M. A. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in improving interpersonal problems, quality of life, and worry in patients with body dysmorphic disorder. *Electronic Journal of General Medicine*, 16(1). <https://doi.org/10.29333/ejgm/93468>

Di Bella, D. V. (2019). El cuerpo como territorio. Universidad de Palermo. *Cuadernos del Centro de Estudios en Diseño y Comunicación* N° 64, 137-152. <https://doi.org/10.18682/cdc.vi64.1210>

Espinal-Correa, C. E., & Estrada-Mesa, D. A. (2020). El fitness: estilo de vida saludable o biopolítica sobre el cuerpo desde la racionalidad neoliberal. *Iatreia*, 33(2), 184–190. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.48>

Espinoza, E. & Toscano, D. (2015). *Metodología de Investigación Educativa y Técnica*. Universidad Técnica De Machala. <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0060.pdf>

- Feria Avila, H., Matilla González, M. & Mantecón Licea, S. (2020). La entrevista y la encuesta: ¿métodos o técnicas de indagación empírica?. *Revista Didasc@Lia: D&E.*, 11(3), 62–79.
<http://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalía/article/view/992>
- Fernández-Álvarez, H. y Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22 (2), 157-169.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720>
- Fernández-Méndez, J.; Salamea-Nieto, R.; Prieto-Castaño, B.; González, M. (2018). Conductas de modificación de la imagen corporal en estudiantes universitarios Ecuatorianos. *Revista CUMBRES*, 4(2), 31-39.
<https://doi.org/10.48190/cumbres.v4n2a3>
- Foguet, S. (2019). *Diseño y aplicación de un programa cognitivo-conductual combinado con técnicas de la entrevista motivacional en varones con riesgo de dismorfia muscular* [Trabajo fin de Máster en Psicología General Sanitaria, Universidad Autónoma de Madrid]. Biblos-e Archivo: Repositorio Institucional UAM.
<http://hdl.handle.net/10486/690355>
- García-Moscoso, C. D. C. (2020). *Imagen corporal, Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. [Trabajo de grado en psicología, Universidad de Jaén]. TAUJA: Repositorio de Trabajos Académicos de la Universidad de Jaén.
<http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/10624>
- García-Rodríguez, J., Alvarez-Rayón, G., Camacho-Ruiz, J., Amaya-Hernández, A., & Mancilla-Díaz, J. M. (2017). Dismorfia muscular y uso de sustancias ergogénicas. Una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(3), 168-177.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.008>
- Giménez López, I. (2020). *Dismorfia muscular y vigorexia*. [Tesis de grado en psicología, Universidad de Jaén]. TAUJA: Repositorio de Trabajos Académicos de la Universidad de Jaén. <https://hdl.handle.net/10953.1/10627>
- Givehki, R., Afshar, H., Goli, F., Scheidt, C. E., Omid, A., & Davoudi, M. (2018). Effect of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and body awareness in patients with psychosomatic disorders: a randomized clinical trial. *Electronic physician*, 10(7), 7008.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6092142/>

- Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N. & Moss, T. (2018). A Systematic Review of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Body Image Dissatisfaction and Weight Self-Stigma in Adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48, 189–204. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9384-0>
- Guadarrama-Guadarrama, R., Hernández-Navor, J. C. & Veytia-López, M. (2018). "Cómo me percibo y cómo me gustaría ser": un estudio sobre la imagen corporal de los adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 5(1), 37-43. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.1.5>
- Guerola, E. & Pejenaute, M. (2018). Vigorexia. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 25(5), pp 262-269. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2017.08.003>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M., Twohig, M., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Grieve, F. G. (2007). A Conceptual Model of Factors Contributing to the Development of Muscle Dysmorphia. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*. 15(1), 63–80. <https://doi.org/10.1080/10640260601044535>
- Hayes, SC. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), pp 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), pp 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hernández Gómez, A. (2019). Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(2), 156-171. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7218332>
- Hernández-Ávila, C. E., & Carpio Escobar, N. A. (2019). Introducción a los tipos de muestreo. *Alerta, Revista científica Del Instituto Nacional De Salud*, 2(1), 75–79. <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>

- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6a. ed. pp. 92-93). México D.F.: McGraw-Hill. Recuperado de: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hong, K., Nezgovorova, V., & Hollander, E. (2018). New perspectives in the treatment of body dysmorphic disorder. *F1000Research*, 7, 361. <https://doi.org/10.12688/f1000research.13700.1>
- HLPE. 2017. La nutrición y los sistemas alimentarios. Un informe del Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, Roma. <https://www.fao.org/3/I7846ES/i7846es.pdf>
- Klein, S. (2019). El cuerpo en la actual sociedad de consumo: la construcción (imaginal) de lo corporal en la escuela en términos estéticos y saludables [acta]. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-023/597>
- Latorre-Román, P., Garrido-Ruiz, A., & García-Pinillos, F. (2015). Versión española del cuestionario del complejo de Adonis; un cuestionario para el análisis del dimorfismo muscular o vigorexia. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1246-1253. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309235369034>
- Linde, J., Rück, C., Bjureberg, J., Ivanov, VZ., Djurfeldt, DR. & Ramnerö, J. (2015). Acceptance-Based Exposure Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Pilot Study. *Behavior Therapy*, 46(4): 423-431. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.002>
- Lopez-Cuautle, C., Vazquez-Arevalo, R., & Mancilla-Diaz, J. (2016). Evaluación diagnóstica de la Dismorfia Muscular: una revisión sistemática. *Anales de Psicología*, 32(2), 405-416. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.203871>
- López, C., Vázquez, R., Ruíz, A. O. & Mancilla, J. M. (2013). Propiedades psicométricas del instrumento Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS) en hombres mexicanos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(2), 79-88 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425741620002>
- Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), pp 79-89. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1339.pdf>

- Martínez, E., Fernández, B. & Cadena, S. (2017). Revisión sistemática de la bibliografía del periodo 2006-2016 sobre la dismorfia muscular: prevalencia, herramientas diagnósticas y prevención. *Nure Investigación*, 14(90). <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1135/802>
- Mazón Ávila, J. P., Atiencia Tapia, L. M. & Cabrera, H. (2017). Factores psicológicos asociados a la vigorexia en los usuarios de gimnasios del azuay en el periodo 2016-2017. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 130-144. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77954>
- Mogollón, Y. (2020). *El prototipo en la sociedad digital: una mirada a las concepciones acerca del cuerpo desde ready player one*. [Tesis de grado en Estudios Literarios, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio Pontificia Universidad Javeriana. <http://hdl.handle.net/10554/52483>
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa Guía didáctica*. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-dela-investigacion.pdf>
- Molina Moreno, P., & Quevedo Blasco, R. (2019). Una revisión de la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso con niños y adolescentes. *International journal of psychology and psychological therapy*, 19(2), 173-188. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6969489>
- Navarro-Gómez, N. & Trigueros Ramos, R. (2021). Vigorexia y terapia de aceptación y compromiso: a propósito de un caso. *Análisis y modificación de conducta*, 47(175), pp 75-91. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8172931>
- Nieto, D. (2018). *Análisis de la incidencia fitness en la sociedad femenina actual*. [Trabajo de Grado, Universidad Santo Tomás]. CRAIUSTA: Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación. <http://repository.usta.edu.co/handle/11634/12470>
- Pacheco-Cruz, R., Granados-Villalobos, M. L., Mota-Magaña, L., Luna-Silva, N. C., & Meza-Jiménez, M. D. L. (2020). Asociación de la percepción de la imagen corporal con índice de masa corporal y estado emocional en adolescentes indígenas zapotecas. *Revista Biomédica*, 31(1), 14-21. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v31i1.690>

- Pardo Cebrián, R. (2019). *El debate en reestructuración cognitiva: análisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Biblos-e Archivo: Repositorio Institucional UAM. <http://hdl.handle.net/10486/689733>
- Perkins, A. (2019). Trastorno dismórfico corporal. La búsqueda de la perfección. *Nursing*, 36(6), 16-20. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2019.11.005>
- Pearson, A. N., Heffner, M. & Follette, V. M. (2010). *Acceptance & Commitment Therapy for Body Image Dissatisfaction. A Practitioner's Guide to Using Mindfulness, Acceptance & Values-Based Behavior Change Strategies*. New Harbinger Publications, Inc. <https://www.newharbinger.com/9781572247758/acceptance-and-commitment-therapy-for-body-image-dissatisfaction/>
- Pickard, J., Lumby, C., & Deane, F. (2021). True beauty lies within: therapist interview of a client who received acceptance and commitment therapy for body dysmorphic disorder. *Clinical Psychologist*, 25(2), pp 234-239. <https://doi.org/10.1080/13284207.2021.1948304>
- Piza Burgos, N. D., Amaiquema Márquez, F. A., & Beltrán Baquerizo, G. E. (2019). Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. *Revista Conrado*, 15(70), 455-459. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1990-86442019000500455
- Quecedo, R. & Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, (14), 5-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501402>
- Ramos Noboa, M. I. & Pérez Cobo, A. E. (2019). *Análisis de la relación entre la preocupación de la imagen corporal y la modificación de hábitos alimenticios en usuarios de centros de esculpimiento físico en la ciudad de Ambato*. [Tesis de grado en psicología clínica, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCESA. <https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/2876>
- Rey, C. (2004). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma Psicológica*, 11(2), 267-284. <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134233585008.pdf>

- Rincón Barreto, D. M., Restrepo Escobar, S. M., Correa Pérez, L. F., Ospina Duque, J. J., & Montoya Arenas, D. A. (2020). Trastorno dismórfico corporal: una revisión de las dimensiones clínicas, neurobiología y neuropsicología. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 19(1), 1–16. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/3133>
- Rodríguez Vega, I. (2020). *Vigorexia: El día que Hércules perdió su musculatura*. [Trabajo final de grado: Monografía, Universidad de la República Uruguay]. Sistema de información: Facultad de Psicología. <https://bit.ly/3lnhY03>
- Ruiz, F., Langer Herrera, A., Luciano, C., Cangas, A. & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, 25(1), 123-9. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Ruiz, F., Suárez-Falcón, J., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K. & Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II in Colombia. *The Psychological Record*, 66, 429–437. <https://doi.org/10.1007/s40732-016-0183-2>
- Ruiz Lao, I. A. (2016). *Autoestima, vigorexia y asistencia al gimnasio*. [Trabajo Fin de Máster, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio de la Universidad Pontificia Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/13384/1/TFM000501.pdf>
- Sardinha, A., de Oliveira, A. J. & Soares de Araújo, C. G. (2008). Dismorfia muscular: análise comparativa entre um critério antropométrico e um instrumento psicológico. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 14(4), 387-392. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922008000400013>
- Sanchez Cañate, W., Valdelamar Gale, L., Perez Mejia, K., Rodriguez Jimenez, T., Badel Salgado, F., Padilla Santos, H. & Villalba Ordosgoitia N. (2021). Dysmorphic Syndrome or Body Dysmorphic Disorder: A Major Underdiagnosed Mental Health Problem. *Health Science Journal*, 15(5): 842. <https://www.hsj.gr/medicine/dysmorphic-syndrome-or-body-dysmorphicdisorder-a-major-underdiagnosed-mentalhealth-problem.pdf>
- Santos-Morocho, J. (2019). Evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico en un caso de trastorno dismórfico corporal. *Revista Científica Digital de Psicología PSIQUEMAG Vol*, 8(1). <https://bit.ly/3sigqjb>

- Smout, M., Hayes, L., Atkins, P., Klausen, J. & Duguid, J. (2012). The empirically supported status of acceptance and commitment therapy: An update. *Clinical Psychologist*, 16(3), 97-109. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9552.2012.00051.x>
- Strobel, C., Kolbeck, D., Mayer, I., Perras, M. & Wunderer, E. (2020). Muscle dysmorphia: the compulsive pursuit of a muscular body. Characteristics, prevalence, causes, treatment, prevention and nutritional implications. *Ernahrungs Umschau*, 67(12), 214–21. <http://dx.doi.org/10.4455/eu.2020.057>
- Tinoco, N., Cajas, M. & Santos, O. (2018). *Diseño de investigación cualitativa*. En C. Escudero y L. Cortez (Coord.), *Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica* (pp. 42-56). Editorial UTMACH. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12501/1/Tecnicas-y-MetodosCualitativosParaInvestigacionCientifica.pdf>
- Terán-Espinoza, J.D., & Alcivar-Paredes, O.G. (2020). Vigorexia en fisicoculturistas del gimnasio Evolve de Portoviejo. *Dominio de las Ciencias*, 6(4), 618-631. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1491/html>
- Valencia, P. (2019). Does the Acceptance and Action Questionnaire II really measure experiential avoidance?. *Revista Evaluar*, 19(3), 42-53. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar>
- Vargas, L. & Ramírez, R. (2012). Terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 4(138), 101-110. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15328800009>
- Velázquez Comelli, P. (2020). Prácticas dietéticas y frecuencia de vigorexia en usuarios de gimnasios de la ciudad de Asunción. *Revista científica Ciencias De La Salud - ISSN: 2664-2891*, 2(2), 35–42. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/02.02.2020.35>
- Vera, A. y Jara, P. (2018). El paradigma socio crítico y su contribución al prácticum en la formación inicial docente. *Revista Electrónica de Educación Superior de la Universidad de Concepción: INNOVARE*, 4(2). <http://innovare.udec.cl/?p=203>
- Vizcaino, F. (2017). *Red social de estudiantes de bachillerato para fomentar el aprendizaje colaborativo*. [Trabajo de grado: Magister Scientiarum en Telemática, Universidad Dr. Rafael Beloso Chacín]. Biblioteca Dr. Nectario Andrade Labarca. <http://virtual.urbe.edu/tesispub/0105420/cap03.pdf>

ANEXOS

Anexo A: Escala de Satisfacción Muscular (ESM).

Escala de Satisfacción Muscular (ESM)

INSTRUCCIONES:

- 1.- Lea cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
- 2.- Conteste de manera individual.
- 3.- Al contestar cada pregunta, hágalo lo más verídicamente posible.
- 4.- No hay respuestas "buenas" ni "malas".
- 5.- Especifique su respuesta anotando una X en el círculo que corresponda a la opción que más se adecue a lo que piensa o hace.
- 6.- Recuerde que la información que proporciones será confidencial.

Nº	Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Cuando miro mis músculos en el espejo, a menudo me siento satisfecho con su tamaño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Si mi horario me obliga a perder un día de entrenamiento con pesas, me siento muy molesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	A menudo pregunto a amigos y / o familiares si me veo grande/fuerte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Estoy satisfecho con el tamaño de mis músculos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Frecuentemente gasto dinero en suplementos para aumentar mis músculos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Está bien usar esteroides para aumentar la masa muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	A menudo siento que soy adicto al entrenamiento con pesas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Si no entreno bien, es probable que tenga un efecto negativo el resto de mi día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Probaría cualquier cosa para hacer que mis músculos crezcan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10	Frecuentemente sigo entrenando, aun cuando mis músculos o articulaciones están adoloridos por entrenamientos anteriores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Con frecuencia paso mucho tiempo mirando mis músculos en el espejo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Paso más tiempo en el gimnasio entrenando que la mayoría de los que entrenan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Para ser grande/fuerte, uno debe ser capaz de aguantar mucho de dolor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Estoy satisfecho con mi tono y definición muscular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Mi autoestima está centrada en cómo se ven mis músculos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Frecuentemente aguanto mucho dolor físico mientras estoy levantando pesas para ser más grande/fuerte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Debo tener músculos más grandes, por cualquier medio que sea necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	A menudo busco asegurarme a través de los demás que mis músculos son suficientemente grandes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	A menudo encuentro difícil resistir comprobar el tamaño de mis músculos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Extraído de López, C., Vázquez, R., Ruíz, A. O. & Mancilla, J. M. (2013).

Anexo B: Cuestionario Complejo de Adonis (CCA).

CUESTIONARIO DEL COMPLEJO DE ADONIS

1. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día preocupándote por algún aspecto de tu apariencia (no simplemente pensándolo sino preocupándote)?
 - a) Menos de 30 minutos.
 - b) De 30 a 60 minutos.
 - c) Más de 30 minutos.
2. ¿Con que frecuencia estás mal por alguna cuestión relacionada con tu apariencia (preocupado, ansioso, deprimido...)?
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
3. ¿Con qué frecuencia evitas que partes de tu cuerpo o tu cuerpo entero sea visto por otros? Por ejemplo, ¿con qué frecuencia evitas ir a vestuarios, piscinas o situaciones donde debas quitarte la ropa? O también, ¿con qué frecuencia llevas ropas que alteran u ocultan tu apariencia corporal, como por ejemplo intentar ocultar tu cabello o llevar ropas holgadas para esconder tu cuerpo?
 - a) Nunca o raramente
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
4. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades de aseo para mejorar tu apariencia?
 - a) Menos de 30 minutos.
 - b) De 30 a 60 minutos.
 - c) Más de 60 minutos.
5. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades físicas para mejorar tu apariencia física, tales como levantamiento de pesas, jogging, máquina de caminar? (Nos referimos sólo a esas actividades deportivas cuyo objetivo principal sea mejorar la apariencia física).
 - a) Menos de 60 minutos.
 - b) De 60 a 120 minutos.
 - c) Más de 120 minutos.
6. ¿Con qué frecuencia sigues dietas comiendo alimentos especiales (por ejemplo, de alto grado proteínico o comidas bajas en grasas) o ingieres suplementos nutricionales para mejorar tu apariencia?
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
7. ¿Qué parte de tus ingresos económicos los empleas en cuestiones dedicadas a mejorar tu apariencia (por ejemplo, comidas especiales de dieta, suplementos nutricionales, productos para el pelo, cosméticos, técnicas cosméticas, equipamiento deportivo, cuotas de gimnasio...)?
 - a) Una cantidad insignificante.
 - b) Una cantidad sustancial, pero nunca hasta el punto de que me cree problemas económicos,
 - c) Una cantidad suficiente hasta el punto de crearme problemas económicos.
8. ¿Con qué frecuencia tus actividades relacionadas con tu apariencia física afectan a tus relaciones sociales (por ejemplo, el tener que dedicar tiempo a entrenamientos, prácticas alimentarias especiales o cualquier otra actividad relacionada con tu apariencia que terminan afectando a tus relaciones con otras personas)?
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
9. ¿Con que frecuencia tu vida sexual se ha visto afectada por tus preocupaciones relacionadas con tu apariencia?
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
10. ¿Con qué frecuencia tus preocupaciones con la apariencia o actividades relacionadas con ella han comprometido tu trabajo o carrera (o tus actividades académicas si eres estudiante) (por ejemplo, llegando tarde, perdiendo horas de trabajo o clase, trabajando por debajo de tu capacidad o perdiendo oportunidades de mejora o ascenso por preocupaciones y/o actividades con la imagen corporal)?
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
11. ¿Con qué frecuencia has evitado ser visto por otra gente debido a tus preocupaciones con tu apariencia (por ejemplo, no yendo a la escuela, al trabajo, a eventos sociales o a estar en público...)?
 - a) Nunca o raramente
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.
12. ¿Has consumido algún tipo de droga, legal o ilegal, para ganar músculo, perder peso o para cualquier intento de mejorar tu apariencia?
 - a) Nunca.
 - b) Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.
 - c) He usado esteroides legales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias.
13. ¿Con qué frecuencia has tomado medidas extremas (que no sean el uso de drogas) para cambiar tu apariencia, tales como hacer ejercicio excesivo, entrenar incluso estando dolorido, hacer dietas extremas, vomitar, usar laxantes u otros métodos de purga, usar técnicas no convencionales de desarrollo muscular, crecimiento del pelo, alargamiento del pene, etc.?
 - a) Nunca o raramente.
 - b) Algunas veces.
 - c) Frecuentemente.

*Extraído de Latorre-Román, P., Garrido-Ruiz, A., & García-Pinillos, F. (2015).

Anexo C: Cuestionario de aceptación acción- II (AAQ-II).

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED. Use la siguiente escala para hacer su elección

	1 Nunca es verdad	2 Muy raramente es verdad	3 Raramente es verdad	4 A veces es verdad	5 Frecuentemente es verdad	6 Casi siempre es verdad	7 Siempre es verdad
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría							
2. Tengo miedo de mis sentimientos							
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos							
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena							
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida							
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo							
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir							

*Extraído de Ruiz, F., Langer Herrera, A., Luciano, C., Cangas, A. & Beltrán, I. (2013).

Anexo D: Instrumentos utilizados en la investigación



Anexo E: Cronograma de actividades

Caso EA			
Fecha	Sesión	Formato de sesión	Observaciones
8/01/2022	Primera sesión	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista inicial Aplicación de instrumentos pretest: Cuestionario de complejo de adonis Escala de satisfacción muscular Cuestionario de aceptación y acción 	<p>En los pretest se obtuvieron los siguientes resultados</p> <p>Complejo de adonis: 14</p> <p>Escala de satisfacción muscular: 62</p> <p>Cuestionario de aceptación y acción: 36</p>
11/01/2022	Describir la agenda de cambio del cliente y ver porque no funciona	Entrevista semi estructurada	Se habló sobre las experiencias del paciente, evaluando cada aspecto de su vida que lo llevo a tener el problema actual como el hacer ejercicios excesivos diariamente, cambio a la dieta disminuyendo la cantidad de alimentos y aumentando el consumo de batidos proteicos, automedicación de esteroides como estrategia para llegar a tener una imagen corporal que el consideraba perfecta
14/01/2022	Generar el deseo para abandonar la agenda de cambio poco efectiva	Metáfora del hombre en el hoyo Técnicas de relajación	<p>Para poder producir el desamparo creativo en el sujeto fue necesario entablar un dialogo donde se recapitulo los eventos hablados en la anterior sesión y así enfocarnos en acciones que han sido y no han sido efectivas para el desarrollo personal del sujeto</p> <p>Metáfora del hombre en el hoyo</p> <p>Técnicas de relajación de la ansiedad al evitar inyectarse esteroides o consumir nuevos alimentos</p>
18/01/2022	Evaluar el apego del cliente a su agenda de cambio	Dialogo dirigido a la autoaceptación y compromiso	Después de reconocer los aspectos de la vida que son más difíciles en el paciente se realizó un enfoque en los efectos que ha tenido después de realizar esfuerzos para el cambio, empezando por los aspectos más perjudiciales físicamente como la alimentación y el uso de esteroides
21/01/2022	Demostrar que el control que ha llevado en su agenda da resultados inútiles y son evitación emocional	Diario de la disposición	Se dio la tarea de hacer el diario de la disposición para tener un registro más claro de los eventos que aún le causaban ansiedad en su proceso de cambio y que tan efectivo son los métodos para el autocontrol
25/01/2022	La disposición es una alternativa al control	Metáfora de la caja llena Revisión del diario de la disposición	En el diario de la disposición por el momento no se pudieron captar avances en las escalas, pero se recomendó al cliente seguir con el ejercicio En esta sesión se abordaron los hechos en los que el sujeto afirmaba no tener control, con la metáfora de las dos escalas se le intenta dar una alternativa, dándole a conocer que la disposición al cambio ya es parte importante en su vida, en la cual tiene que trabajar para poder conocer cambios a futuro

28/01/2022	Mostrar el apego ante auto conceptos positivos y negativos	Revisión evolutiva diario de la disposición Ejercicio polaridad mental	En la revisión del diario de la disposición se pudo ver una evolución, en la escala esfuerzo el puntaje aumentaba de 4 a 6, en la escala de malestar se reducía de 10 a 9 y en la escala de eficiencia se mantenía de 3 En el ejercicio de la polaridad mental se pudieron ver que autodescripciones negativas eran sencillas de crear y normalmente eran enfocadas en su figura paterna y autoconcepto del cuerpo, en autodescripciones positivas el paciente destaco el apoyo de la hermana y su logro evolutivo en el desarrollo muscular hasta el momento
1/02/2022	Cierre terapéutico	Se realizó un cierre a la terapia Revisión del diario de la disposición Aplicación de instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de complejo de adonis • Escala de satisfacción muscular • Cuestionario de aceptación y acción 	En el diario de la disposición el avance fue más claro, ya que en las escalas de malestar se redujo a 7, la escala de eficiencia aumento a 7 mientras la escala de esfuerzo aumento a 8 Se aplico los posts test, donde se pudo ver una mejora en los resultados del paciente, reduciendo en el complejo de adonis, la escala de satisfacción muscular y el cuestionario de aceptación y acción En los posts test se obtuvieron los siguientes resultados Complejo de adonis: 9 Escala de satisfacción muscular: 57 Cuestionario de aceptación y acción: 30

Caso IL			
Fecha	Sesion	Formato de sesión	Observaciones
10/01/2022	Primera sesión	Entrevista inicial <ul style="list-style-type: none"> •Aplicación de instrumentos pretest •Cuestionario de complejo de adonis •Escala de satisfacción muscular •Cuestionario de aceptación y acción 	En los pretest se obtuvieron los siguientes resultados Complejo de adonis: 12 Escala de satisfacción muscular: 54 Cuestionario de aceptación y acción: 30
15/01/2022	Describir la agenda de cambio del cliente y ver porque no funciona	Entrevista semi estructurada	Se habló sobre las experiencias del paciente, evaluando cada aspecto de su vida que lo llevo a tener el problema actual
17/01/2022	Generar el deseo para abandonar la agenda de cambio poco efectiva	Psicoeducación Metáfora del hombre en el hoyo	Se dio psicoeducación sobre los hábitos alimenticios sanos y se dio la metáfora del hombre en el hoyo Se identifico que actualmente cuenta con una red de apoyo fuerte que le ha ayudado en regular su alimentación
22/01/2022	Entender la función de las metas en una vida saludable	Metáfora del sendero que sube la montaña	Con el uso de las metáforas se intenta dar un sentido a lo ocurrido en la vida del paciente, ya que esta denotaba mucho el arrepentimiento hacia su salud actual debido a sus comportamientos en la adolescencia, por lo cual realiza actividades compensatorias de ejercicio físico y alimentación. Se planteo su vida actual como el resultado de un proceso experiencial de la vida
27/01/2022	Cierre terapéutico	Aplicación de instrumentos postest <ul style="list-style-type: none"> •Cuestionario de complejo de adonis •Escala de satisfacción muscular •Cuestionario de aceptación y acción 	Se realizo el cierre terapéutico, el paciente expreso un gran alivio y agradecimiento por la experiencia dada, se pudo ver una mejora en los resultados de los instrumentos aplicados En los posts test se obtuvieron los siguientes resultados: Complejo de adonis: 8 Escala de satisfacción muscular: 50 Cuestionario de aceptación y acción: 30

Anexo F: Descripción de técnicas terapéuticas

Técnica	Descripción	¿Para qué se usó?
Psicoeducación	Se usa como parte fundamental del proceso terapéutico para dar a conocer a la persona por el proceso que está cruzando, también se usa para eliminar prejuicios, aliviar la carga emocional y mejorar la efectividad de la terapia (Tena Hernández, 2020).	Se usó para dar a conocer a los participantes sobre que trata la terapia, el proceso que se seguiría, así como dará a conocer más a profundidad sobre aspectos fundamentales de la alimentación y el uso de fármacos para el aumento de masa corporal
Metáfora del hombre en el hoyo	Se le dice al paciente la siguiente metáfora: Supongamos que una persona cae en las arenas movedizas. Su primer instinto sería el luchar con todas sus fuerzas por escapar y salirse de ahí. Pero, curiosamente, entre más se mueve y lucha por salir, más rápido se hunde y podría ahogarse rápidamente. En lugar de ello y aún en contra de la lógica, si deja de luchar y hace contacto pleno con esta realidad desagradable, dejaría de hundirse y empezaría a flotar, conservando la vida y la oportunidad de seguir adelante si alguien le ayuda (Vargas, S.f).	Se dio una reflexión sobre la metáfora que logro dar a conocer sobre la situación de lucha contra todos, donde lo único que los participantes conseguían era frustración.
Metáfora del sendero que sube la montaña	Se le dice al paciente la siguiente metáfora: Suponga que toma un paseo en las montañas. Usted sabe cómo son los senderos en las montañas, especialmente si las pendientes son como escalones. Dan vueltas hacia atrás y adelante. A veces tienen giros que literalmente hacen que se camine dando vueltas y a veces llevan a un nivel más bajo del que ya se había alcanzado. Si yo le preguntara a diferentes puntos de tal camino, qué tan bien está logrando su meta de llegar a la cima, escucharía una historia diferente cada vez. Si estuviera en retroceso, probablemente me diría que las cosas no le van muy bien, que nunca va a llegar a la cima. Si usted estuviera en una recta, bajo territorio abierto, donde pudiera divisar la cima de la montaña y el sendero que conduce a ella, probablemente me diría que las cosas van muy bien. Ahora imagine que estamos en el valle con unos binoculares, observando a las personas que ascienden el sendero. Si nos preguntaran cómo lo van haciendo, tendríamos un reporte de progreso positivo cada vez. Podríamos ver la panorámica completa de la aventura y no lo que pareciera ser a cada momento, que es la clave del progreso. Podríamos observar que el seguir este loco y ventoso sendero es exactamente lo que lleva hasta la cima (Vargas, S.f).	Se logró hacer que el paciente se dé cuenta de los resultados de su trabajo hecho hasta el presente, haciendo una introspección en su desarrollo a través del ejercicio físico
Técnicas de relajación	La técnica es usada para reducir progresivamente la actividad del organismo en el sujeto, buscando un resultado de tranquilidad que sea satisfactoria tanto para el nivel físico y psicológico (Chóliz, 2000).	Se dio técnicas de relajación que ayuden a calmar la ansiedad producida por los cambios que se van a dar en las rutinas de actividades físicas y cambios en la alimentación
Diario de la disposición	Se le menciona al participante que al final de cada día debe calificar tres dimensiones respecto al día: Malestar, esfuerzo, eficiencia, con una escala de Likert donde 1 es ninguno y 10 es extremo y que luego haga comentarios sobre esos días (Vargas, S.f).	Esto ayudo a que el paciente se dé cuenta de que aspectos de la vida le estresaban mas, así como a que otros aspectos le dedicaba su esfuerzo, cuando se entabla el dialogo con el paciente sobre este diario se hace un feedback sobre las emociones que va sintiendo a lo largo del día y como podría actuar para poder sentirse mejor

<p style="text-align: center;">Metáfora de la caja llena</p>	<p>Se le dice al participante la siguiente metáfora: Cuentan que un día un profesor de Filosofía, entró en su clase y en lugar de abrir su maletín y sacar apuntes y libros, sin decir ni una palabra, puso sobre la mesa un recipiente grande de vidrio y procedió a llenarlo con pelotas de golf. Después, preguntó a los estudiantes, si el bote estaba lleno. Los estudiantes estuvieron de acuerdo en decir que sí. El profesor cogió entonces una caja llena de perdigones y los vació dentro del recipiente. Estos llenaron los espacios vacíos que quedan entre las pelotas de golf. El profesor volvió a preguntar a los alumnos si el bote estaba lleno y de nuevo respondieron que sí.</p> <p>A continuación, el profesor cogió una caja con arena y la vació en el recipiente. La arena llenó todos los espacios vacíos y el profesor volvió a preguntar si estaba lleno el recipiente. Los estudiantes, sorprendidos, le respondieron al unánime otro Sí. El profesor vació entonces el recipiente dos cervezas y, efectivamente, el líquido llenó todos los espacios vacíos entre la arena. Los estudiantes se reían y el profesor esperaba en silencio sin perder la sonrisa.</p> <p>Cuando la risa se fue apagando, les preguntó: "Quiero que se den cuenta de que este recipiente es como la vida. Las pelotas de golf son las cosas importantes como la familia, los hijos, la salud, el amor, los amigos... todas aquellas cosas que te apasionan, son cosas que, aunque perdieras todo el resto y te quedaras solo con ellas, tu vida aún estaría llena. Los perdigones son las otras cosas que nos importan como la casa, el coche, nuestros objetos.... La arena es el resto de cosas que tenemos en nuestra vida, pero a las que les damos menor importancia. Si pusiéramos primero la arena en el recipiente, no habría espacio para los perdigones, ni para las pelotas de golf. Lo mismo sucede en la vida. Si utilizamos nuestro tiempo y energía en llenar la vida de pequeñas cosas, no tendríamos nunca lugar para las cosas realmente importantes para cada uno de nosotros. Presten atención a las cosas que son cruciales. El profesor le dijo: El mensaje que les quiero hacer llegar es que se ocupen primero de la pelota de golf, de las cosas realmente importantes. Establecer sus prioridades y vivir de acuerdo a ellas porque el resto, solo es arena. Uno de los estudiantes levanto la mano y le pregunto: - "Que representan las cervezas"</p> <p>El profesor sonrió y les dijo: "¡Me encantan que me hagas esta pregunta! La cerveza es para demostrar que, aunque tu vida te parezca llena, si has llenado el recipiente en el orden correcto, siempre tendrás lugar para tomar dos cervezas con un amigo" (Vargas, S.f).</p>	<p>Con esta metáfora se reflexionó sobre qué aspectos en la vida del participante aún falta trabajo, y que pese a que pueda tener algunos ámbitos que no le afecten, puede estar olvidando otros aspectos de su vida que son importantes para su formación.</p>
<p style="text-align: center;">Ejercicio de polaridad mental</p>	<p>Haga que el cliente cierre sus ojos y pídale que piense en lo que le diga el terapeuta. Motive al cliente para que intente realmente creer al 100% esos pensamientos. Empiece con pensamientos positivos y gradualmente hágalos más y más exagerados (erg., empiece con "Soy una persona valiosa" y progrese a "Soy perfecto"). Pídale al cliente que observe lo que hace su mente con este material. Luego, repita el mismo proceso con pensamientos negativos (erg., empiece con "Como persona, cometo errores" y progrese a "Soy un completo inútil, no tengo nada bueno"). Nuevamente pídale al cliente que observe lo que le sucede.</p> <p>En el interrogatorio, observe lo que pasa, ¿qué es más difícil? (los pensamientos positivos o los negativos), etc. Generalmente, entre más exagerados los pensamientos positivos, mayor es la resistencia del cliente ante los pensamientos negativos y vice versa. Lo que sobresale y hay que rescatar, es que no hay paz mental a nivel de los contenidos, ya que cada polo lleva a su opuesto. La paz mental habrá que buscarla en otro lado (Vargas, S.f).</p>	<p>En el cliente tuvo un efecto profundo en el área sentimental, ya que le fue difícil procesar los aspectos positivos, pero a su vez menciono que en este proceso recordó a su hermana como gran parte del apoyo que recibía.</p> <p>En el área negativa se le facilito crear ideas sobre sí mismo, así mismo menciona que reflejo la imagen de su padre en cada uno de los aspectos de la vida del sujeto</p>

Fuentes

Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista científicosanitaria*, 4(3), 36-45. https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf

Chóliz, M. (2000). Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. *Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Valencia, España.* <https://www.uv.es/~choliz/RelajacionRespiracion.pdf>

Vargas, J. (S.f) Terapia de aceptación y compromiso: apuntes para un seminario. Recuperado el 6 de febrero de 2021. Disponible en http://www.conductitlan.org.mx/03_seminariosporjaimevargas/Nueva%20carpeta/3.%20act_terapia_aceptacion_compromiso.pdf

Anexo G: Triangulación

