



Departamento de Psicología Biológica y de la
Salud Máster Oficial en Psicología General
Sanitaria. Curso 2018-19

DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON TÉCNICAS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN VARONES CON RIESGO DE DISMORFIA MUSCULAR

Alumna: Sara Foguet Carrasco
Tutor académico: Jacobo Albert Bitaubé

Modalidad 2: Propuesta y Valoración de un programa de intervención.

Con la colaboración de la Dra. Ana R. Sepúlveda y Director del Instituto CENTTA, Robin Rica (Centro Especializado en Trastornos del Comportamiento Alimentario).

RESUMEN: El presente trabajo describe la adaptación de un programa de intervención desde un enfoque cognitivo-conductual del Maudsley (Treasure & Schmidt, 1997) y se ha aplicado como formato de estudio piloto a 4 jóvenes universitarios identificados con riesgo de Dismorfia Muscular (DM) para evaluar su viabilidad y aceptabilidad. Se plantea la DM desde un modelo transdiagnóstico como una patología alimentaria, de ahí, se adaptan las técnicas a las preocupaciones y problemas que surgen en los varones respecto a su alimentación y su imagen corporal. El programa consiste en la adaptación del primer módulo, dirigido a entender la patología y lograr una adherencia al tratamiento y al compromiso con la salud. La evaluación se lleva a cabo a partir de una entrevista clínica semiestructurada y los cuestionarios estandarizados que evalúan patología alimentaria, bienestar emocional, insatisfacción corporal, etapa del cambio y perfeccionismo. Los resultados muestran disminuciones generales de los aspectos evaluados. A pesar de no encontrar las medidas esperadas para afirmar un cambio fiable, el programa generó una buena aceptación y satisfacción en los participantes. Se discuten las limitaciones clínicas de esta intervención, y futuras líneas de investigación.

Palabras Clave: varones; entrevista motivacional; adaptación de una intervención cognitiva-conductual; dismorfia muscular; imagen corporal

Participación de la alumna en el TFM: La alumna ha participado en el diseño de la evaluación e intervención, su aplicación, y en el análisis y discusión de los resultados.

ÍNDICE

Justificación del estudio

INTRODUCCIÓN

1. Los varones y la imagen corporal

1.1. El concepto de la Imagen Corporal

1.2. Antecedentes de la Alteración de la Imagen Corporal

1.3. Alteración de la Imagen Corporal en Varones y los Medios de Comunicación

2. Masculinidad y salud mental

3. Dismorfia Muscular

3.1. Prevalencia de la Dismorfia Muscular

3.2. Problemas nosológicos en la clasificación diagnóstica

3.3. La Dismorfia Muscular y el Modelo Transdiagnóstico

4. Dificultades de tratamiento en varones con Dismorfia Muscular

5. La Terapia Cognitivo-Conductual del Hospital Maudsley, desarrollado por J. Treasure y U. Schmidt

5.1. El Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente

5.2. La Entrevista Motivacional

5.3. Integrando la Terapia Cognitivo-Conductual, la EM y las Etapas del Cambio

OBJETIVOS DEL ESTUDIO E HIPÓTESIS

MÉTODO

Participantes

Instrumentos

Procedimiento

Análisis de Datos

RESULTADOS

DISCUSIÓN

LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

REFERENCIAS

ANEXOS

Justificación del estudio

En el segundo año del Máster de Psicología General Sanitaria (2018-2019) he realizado las prácticas curriculares en Cognitiva Unidad de Memoria. Al mismo tiempo, en Noviembre de 2018, obtuve la Ayuda al Fomento de la Investigación de Máster; tutorizada por la Dra. Ana R. Sepúlveda en el grupo de investigación ANOBAS (UAM) (www.anobas.es).

Tiene tres líneas de investigación abiertas: estudios de factores de riesgo e intervención en Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), en la Obesidad infantil y en la Dismorfia muscular en varones. En estas dos últimas líneas llevo colaborando dos años: a) He participado en el proyecto “*Programa ENTREN-F: Intervención psico-familiar en sobrepeso y obesidad infantil*”, realizando evaluaciones mediante la entrevista semiestructurada K-SADS, elaborando informes clínicos, y llevando a cabo la intervención en grupo con niños/as en el Hospital Infantil Niño Jesús; b) he colaborado en la Tesis Doctoral “*Dismorfia muscular y alteraciones del comportamiento alimentario en varones universitarios: estudio de doble fase*”, colaborando en la recogida de datos de 338 varones universitarios, en el contacto telefónico de reclutamiento con aquellos alumnos que superaron el punto de corte de severidad en obsesividad (OCI-R) y/o en patología alimentaria (EDE-Q) y en la realización de siete entrevistas clínicas (EDE-12 e Y-BOCS).

Participar en ambos proyectos ha contribuido a mi conocimiento sobre la investigación y la práctica clínica en psicología, lo que ha dado lugar a esta tercera etapa: adaptar el tratamiento cognitivo-conductual del Maudsley que integra las técnicas de la entrevista motivacional a varones con riesgo de Dismorfia Muscular, con contenidos y técnicas adaptadas a sus preocupaciones.

Por tanto, este Trabajo de Fin de Máster se ha desvinculado de mi Practicum en Cognitiva Unidad de Memoria y se ha enmarcado en el diseño y aplicación de un programa cognitivo-conductual en cuatro varones con riesgo de dismorfia muscular.

INTRODUCCIÓN

1. Los varones y la imagen corporal

1.1. El concepto de la Imagen corporal

La apariencia en general y la imagen corporal, se han convertido en constructos muy importantes en las sociedades occidentales contemporáneas (Tiggemann, 2011). Investigaciones de diferentes disciplinas se interesan cada vez más en la experiencia de las personas respecto a su cuerpo y el impacto de la imagen corporal en su comportamiento (Grogan, 2017). En las últimas décadas, según afirman los autores Cash y Smolak (2011), la investigación sobre la imagen corporal se ha duplicado con respecto a la década de los 90. Posiblemente, el acontecimiento más significativo en el estudio de este concepto haya sido el desarrollo de la revista científica *Body Image: An International Journal of Research* (Cash & Smolak, 2011). “De hecho, nuestras experiencias vitales están íntegramente influidas por el cuerpo en el que vivimos” (p.1), afirmaba el investigador Cash (2004) en el lanzamiento de la editorial.

El constructo de la imagen corporal se concibe como las autopercepciones y actitudes sobre el propio cuerpo, incluyendo todos los pensamientos, las creencias, los sentimientos y los comportamientos que puedan estar asociados (Cash, 2004).

Principalmente, se identifican dos maneras con las que evaluar los componentes que integran la imagen corporal: la precisión en la estimación del tamaño corporal, y las actitudes y sentimientos de la persona hacia su propio cuerpo (Paap & Gardner, 2011; Sepúlveda, Botella & León, 2001).

De modo que, tanto la sobreestimación de las dimensiones corporales, como la insatisfacción corporal dan lugar al concepto de Alteración de la Imagen corporal, la cual puede estar influida por aspectos cognitivos como la preocupación por el peso (Cash & Deagle, 1997; Sepúlveda et al., 2001). Sin embargo, a pesar de que se trata de dos factores independientes, a menudo las investigaciones se centran en una u otra de estas manifestaciones de la alteración de la imagen indistintamente (Gardner, 2011).

1.2. Antecedentes de la Alteración de la Imagen Corporal

Existen tres grandes categorías en las que se dividen las teorías clásicas acerca del origen de la alteración de la imagen corporal: los aspectos perceptivos, los aspectos del desarrollo y los aspectos socioculturales (Heinberg, 2001).

Las teorías perceptivas abordan la precisión con la que las personas perciben el tamaño de su cuerpo (Gardner, 2011). Las hipótesis más estudiadas sugieren que la alteración de la imagen se debe a déficits en la capacidad visuoespacial o daños parietales, entre otros; a fallos en la adaptación perceptiva a medida que el cuerpo cambia, y a la tendencia a la sobreestimación de la imagen corporal ligada al bajo peso mantenido (Hagman et al., 2015; Heinberg, 2001).

Las teorías del desarrollo engloban aquellos acontecimientos sucedidos en la infancia y durante la adolescencia que cursan con una alteración posterior en la imagen corporal (Heinberg, 2001). En este sentido, destacan los estudios sobre la influencia de la pubertad y la menarquía precoces, y la relación con las bulas como consecuencia del cambio físico (Heinberg, 2001). Asimismo, se han llevado a cabo varios estudios sobre los efectos del abuso sexual en la infancia sobre la alteración de la imagen corporal, con resultados inconsistentes, según la revisión de Gardner (2011).

Por último, las teorías socioculturales, estudiadas por contener los factores con mayor influencia sobre el desarrollo de la imagen corporal y su alteración; examinan la interiorización de los ideales de belleza occidentales, las expectativas, y las experiencias en la etiología y mantenimiento de la alteración de la imagen corporal (Heinberg, 2001). Posiblemente, la teoría más conocida a este respecto sea el *Modelo de la Influencia Tripartita* de Van den Berg y colaboradores (2002), el cual propone que el ideal de belleza se transmite a través de los iguales, los padres y los medios de comunicación mediante dos mecanismos: la comparación y la internalización (Grogan, 2017).

1.3. Alteración de la Imagen Corporal en Varones y los Medios de Comunicación

Tradicionalmente, el estudio de la alteración de la imagen ha estado dirigido exclusivamente al impacto sobre la salud mental en las mujeres. No obstante, en las últimas décadas, las investigaciones han mostrado un creciente interés en la experiencia masculina, sugiriendo prevalencias comparables a las de su opuesto (Murray et al., 2012).

Este desfase en la literatura se debe a que las medidas con las que se evaluaban las actitudes hacia el cuerpo estaban orientadas a las preocupaciones y actitudes femeninas; por ejemplo, con preguntas sobre la insatisfacción hacia las caderas, o los glúteos (Murray, Griffiths & Mond, 2016). Uno de los cuestionarios más utilizados erróneamente en investigación para la evaluación de la imagen corporal masculina, y que refleja sólo preocupaciones femeninas, ha sido el Cuestionario de Imagen Corporal (*BSQ*, Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987).

Actualmente, las investigaciones coinciden en que existe un factor distintivo clave: la insatisfacción corporal masculina está típicamente caracterizada por la obsesión hacia la musculatura, más que hacia la delgadez (Murray et al., 2016), generado por dos ideales de belleza diferenciados. Varios estudios han demostrado la presión sociocultural sobre la imagen corporal en varones transmitida a través de diferentes medios.

Desde estudios clásicos evaluando el cambio de talla de los juguetes de acción de Pope, Olivardia, Gruber, y Borowiecki (1999) hasta estudios más recientes (Baghurst, Hollander, Nardella & Haff, 2006), la evidencia constata que las figuras de acción son sistemáticamente más musculadas y delgadas que hace 25 años atrás (Baghurst et al., 2006).

El riesgo de que a edades más tempranas se interiorice este ideal es cada vez más evidente. Esta fue precisamente la hipótesis que pusieron a prueba Baghurst, Griffiths y Murray (2018), con 347 niños y niñas de edades entre 9 y 14 años quienes, tras ver pares de juguetes con distinta musculatura, prefirieron aquellos más corpulentos movidos principalmente por el volumen de sus músculos. Los resultados también mostraron, en los varones, una significativa preferencia por las figuras hipermusculadas frente a las niñas (Baghurst et al., 2018).

Otro ejemplo de la influencia de los medios en el concepto de belleza masculina son las revistas *fitness* relacionadas con el cuidado y la salud de los hombres. Los investigadores Duggan y McCreary (2004) concluyeron que aquellos varones que tienen un mayor consumo a este tipo de revistas se relaciona con una disminución en su satisfacción corporal.

Además, dada la similitud con los medios de comunicación tradicionales, los estudios que más proliferan en este sentido son los relacionados con el uso de las redes sociales. La investigación sugiere que los jóvenes hacen un uso cada vez más frecuente de las redes para obtener información acerca hábitos saludables y de entrenamiento físico (Carrotte, Prichard & Lim, 2017). Un ejemplo de ello es el término *Fitspiration*, en otras palabras, la tendencia de compartir información acerca del ejercicio o alimentación saludable (Tiggemann & Zaccardo, 2018). Un análisis del contenido de los videos *Fitspiration* realizado por Carrotte y colaboradores (2017) muestra la tendencia por la difusión del ideal masculino: videos focalizados en la aparición de estómagos, bíceps y pectorales musculados.

Como consecuencia, Fatt, Fardouly y Rapee (2019) estudiaron los efectos que puede acarrear a los varones el consumo de este tipo de contenidos en las redes sociales: a mayores niveles de internalización del ideal musculado, mayor tendencia a la comparación, una disminución de la

satisfacción corporal y un aumento de la motivación hacia un ejercicio orientado a la imagen corporal en vez de a la salud. Estos resultados son especialmente sensibles si esta frecuencia de exposición a las redes sociales es a una edad más precoz (Saiphoo & Vahedi, 2019).

2. Masculinidad y Salud Mental

Intentar ajustarse al ideal musculado ha generado un impacto en cómo los varones se relacionan con sus cuerpos y expertos en investigación sobre este tópico lo confirman, el aumento de la preocupación sobre el peso y la figura de los varones trae consigo un incremento en las prácticas de ejercicio físico intenso y alimentación de riesgo orientadas a la musculatura (Murray et al., 2016).

La Hipótesis de la Masculinidad, acuñada por Blashill (2011), propone que la masculinidad entendida en términos multidimensionales, presenta una asociación positiva con la insatisfacción orientada a la musculatura. En otras palabras, la búsqueda del éxito, el control emocional, la asunción de riesgos, la violencia, el dominio, el poder sobre las mujeres y la búsqueda del estatus, parecen poner a los hombres en riesgo de presentar mayores niveles de insatisfacción con su musculatura (Blashill, 2011).

Sin embargo, la masculinidad no siempre está asociada con conductas de riesgo. Blashill (2011) en un meta-análisis sobre los roles de género y la patología alimentaria en varones, concluyó que la masculinidad está relacionada con bajos niveles de patología alimentaria e insatisfacción corporal. En una investigación con 624 estudiantes universitarios españoles, Magallanes (2013) demostró que los varones con puntuaciones más bajas en masculinidad, se relacionaban con mayores niveles de preocupación por la alimentación y el peso.

El rol masculino en varones se relaciona con patología alimentaria e insatisfacción corporal solo cuando están orientadas a la musculatura (Griffiths, Murray & Touyz, 2015; Magallanes, 2013), confirmando la hipótesis de masculinidad. Sin embargo, cuando presentan un rol femenino o menores niveles de conformidad ante el rol de masculinidad, los hombres presentan menos insatisfacción hacia la musculatura (Blashill, 2011), y mayores niveles de insatisfacción y alteración alimentaria orientada a la delgadez (Griffiths et al., 2015).

En un estudio reciente de Klimek, Murray, Brown, Gonzales y Blashill (2018) sobre la internalización de ambos ideales de belleza, hacia la delgadez y hacia la musculatura; los autores demostraron que altos niveles de internalización de ambos ideales se relaciona con más riesgo de alteración alimentaria. No obstante, cuando los participantes interiorizaban más el ideal musculado

que el de delgadez, entonces presentaban un mayor riesgo a desarrollar esta patología denominada Dismorfia Muscular (Klimek, Murray, Brown, Gonzales & Blashill, 2018).

3. Dismorfia Muscular

La insatisfacción corporal masculina, manifestada a través de altos niveles de obsesión por incrementar la musculatura y conductas de riesgo orientadas a conseguirlo, puede dar lugar al desarrollo de Dismorfia Muscular, (DM), (Grieve, 2007).

3.1. Prevalencia de la Dismorfia Muscular

Son escasos los estudios hasta la fecha que recojan la prevalencia de la DM, y por tanto, la tasa de varones con sintomatología DM en la población general es aún desconocida.

Se estima una aproximación de en torno a unos 90.000 varones en Estados Unidos pueden cumplir criterios para DM, suponiendo más de un 0,1% de la población general norteamericana (Olivardia, 2001). Se estima que estas cifras aumentarían a un 10% si se considerasen aquellos que sólo presenten uno o más síntomas (Olivardia, 2001). En la actualidad los estudios epidemiológicos sobre Dismorfia Muscular en España son inexistentes.

Para estudiar su prevalencia, la literatura científica se ha centrado principalmente en las poblaciones de mayor riesgo, como es el caso de varones que realizan culturismo y levantamiento de pesas (Escoto, Camacho, Álvarez- Rayón, Díaz & Morales, 2012). Ejemplo de ello es el reciente estudio de González-Martí, Fernández, Contreras y Sokolova (2017), quienes contabilizaron un porcentaje del 18,3% de riesgo en población española que realiza estas prácticas.

Otro colectivo al que se le ha prestado especial atención son los varones deportistas (Hernández-Martínez, 2018), destacando las modalidades de halterofilia y gimnasia artística con un 8,4% de riesgo; y fútbol, con un 6,3% de riesgo de DM.

3.2. Problemas Nosológicos en la Clasificación Diagnóstica

El primer documento que identifica el término DM de manera oficial viene de la mano de Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips (1997), entendiendo la patología como una preocupación crónica por no tener un cuerpo suficientemente musculado incluso teniendo una musculatura superior a la de población media (Pope et al., 1997). Los autores, proponen una serie de características clínicas que han distinguido esta patología hasta su inclusión formal en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5; APA, 2013), categorizada dentro del

espectro de los Trastornos Dismórficos Corporales (TDC).

A continuación, se muestran recogidos los criterios según ambas definiciones.

Trastorno dismórfico corporal (DSM-5)	Dismorfia muscular
<p>A. Preocupación por uno o más defectos percibidos o imperfecciones en la apariencia física que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.</p> <p>B. En algún momento durante el curso del trastorno, la persona ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, acicalarse excesivamente, pellizcarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar la propia apariencia con la de los demás) repetitivos como respuesta a las preocupaciones sobre la apariencia.</p> <p>C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>D. La preocupación por la apariencia no se explica mejor por la preocupación por el tejido adiposo o el peso corporal de un individuo cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Con dismorfia muscular: El individuo está preocupado por la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o no suficientemente musculosa. Este especificador se utiliza incluso si la persona está preocupada con otras áreas del cuerpo, lo cual es a menudo el caso.</p> <p><i>Especificar si:</i> Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., "estoy feo" o "estoy deforme").</p> <p>Con buena introspección: El individuo reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente falsas o que pueden ser ciertas o no.</p> <p>Con poca introspección: el individuo piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.</p> <p>Sin introspección/con creencias delirantes: El individuo está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La persona tiene una preocupación con la idea de que su cuerpo no es lo suficientemente libre de grasas y musculoso. 2. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento, como lo demuestra al menos dos de los cuatro criterios siguientes: <ol style="list-style-type: none"> a) Con frecuencia el individuo renuncia a importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido a una necesidad compulsiva de mantener su entrenamiento y programa de dieta. b) El individuo evita situaciones en las que su cuerpo está expuesto a los demás, o sufre este tipo de situaciones con marcada angustia o ansiedad intensa. c) La preocupación por la insuficiencia de tamaño del cuerpo o de la musculatura provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento. d) El individuo continúa con patrones rígidos de ejercicio y dieta, o utilizando sustancias para mejorar su rendimiento a pesar del conocimiento de las consecuencias físicas y psicológicas adversas. 3. El foco principal de la preocupación y los comportamientos es el ser demasiado pequeño o inadecuadamente musculoso, y no sobre la gordura como en la anorexia nerviosa, u otros aspectos de la apariencia, como en otras formas de trastorno dismórfico corporal.

Nota: Criterios diagnósticos del TDC (APA, 2013) y la DM (Pope et al., 1997). Adaptado de Compte & Sepúlveda (2014).

A pesar de su operativización, la descripción actual realizada por el DSM-5 parece ser insuficiente para la comunidad científica (Compte & Sepúlveda, 2014).

Desde sus inicios, la propuesta de la DM como una nueva patología mental ha generado controversia. Es el caso de la revisión crítica de Chung (2001), quien pone ejemplos de áreas en las que un comportamiento similar al propuesto no es indicativo de patología. Así, atletas o jugadores de rugby pueden presentar preocupación por su peso, entrenar con intensidad o incluso tomar esteroides y fácilmente cumplirían los criterios para la DM; y sin embargo, dentro de la cultura deportiva, se clasificaría como profesionales obsesionados o motivados (Chung, 2001). No obstante, Olivardia, Pope y Hudson (2000), señalan que los varones que sufren DM se diferencian de otros que también levanten peso por características como una mayor insatisfacción corporal, actitudes alimentarias más

disfuncionales, mayor consumo de anabolizantes y de sintomatología ansiosa o depresiva.

Previo a su categorización en el DSM, Chung (2001) alegaba que “Los estándares de la obsesión por muscularse son mucho más complejos que una cicatriz facial imaginada o un dedo fantasma, ejemplos comunes de situaciones en las que puede ocurrir un trastorno dismórfico corporal” (p.573). De hecho, Grieve (2007) alegaba que tiene más características en común con la ansiedad y los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), y que debido a ello, su conceptualización original de 1993 fue Anorexia Invertida.

Sin embargo, al categorizar la DM dentro de los TDC, presentar alteración en la alimentación no es un requisito necesario para el diagnóstico principal. Por lo contrario, en los TCA, puede existir la práctica de ejercicio excesivo aunque se considere un criterio secundario (Murray, Rieger, Touyz & De la Garza, 2010).

A pesar de ello, la propuesta de Pope y colaboradores (1997) para diagnosticar DM, menciona repetidamente referencias a la alteración alimentaria, tales como: “atención excesiva a la dieta” y “necesidad compulsiva por mantener su horario de entrenamiento y comidas” (p.556). También, incluye a la sintomatología ansiosa y los deseos por compensar con ejercicio compulsivo como consecuencias de un plan de comidas estricto, lo que indica que la alteración en la alimentación puede anteponerse a la alteración del ejercicio (Murray et al., 2010). La primera evidencia científica a este respecto vino de la mano de Murray y colaboradores (2012), quienes demostraron niveles iguales e incluso superiores de alteración alimentaria en muestras de varones con DM, en comparación con varones con anorexia nerviosa (AN).

Categorizar la DM dentro de los TDC o dentro de los TCA, no han sido las únicas propuestas debatidas entre la literatura científica. Revisiones sistemáticas recientes (Blomeley, Phillipou & Castle, 2018; Dos Santos, Passarelli, Stefano, Touyz & Medeiros, 2016), mostraron que los estudios que identifican los síntomas dentro de una de dichas dos categorías suman aproximadamente la mitad de la bibliografía existente. Además, entre un 9 y un 10,3% de los artículos postulan que la DM se trata de una alteración dentro de los Trastornos Obsesivos-Compulsivos, TOC (Blomeley et al., 2018; Dos Santos, Passarelli, Stefano, Touyz & Medeiros, 2016). La investigación más prevalente – entre el 41% y el 45% – considera que no existe evidencia suficiente para incluir a la DM en ninguna de las categorías nosológicas existentes (Blomeley et al., 2018; Dos Santos et al., 2016).

A toda la evidente dificultad en la clasificación de los varones con DM, se le suma la alta

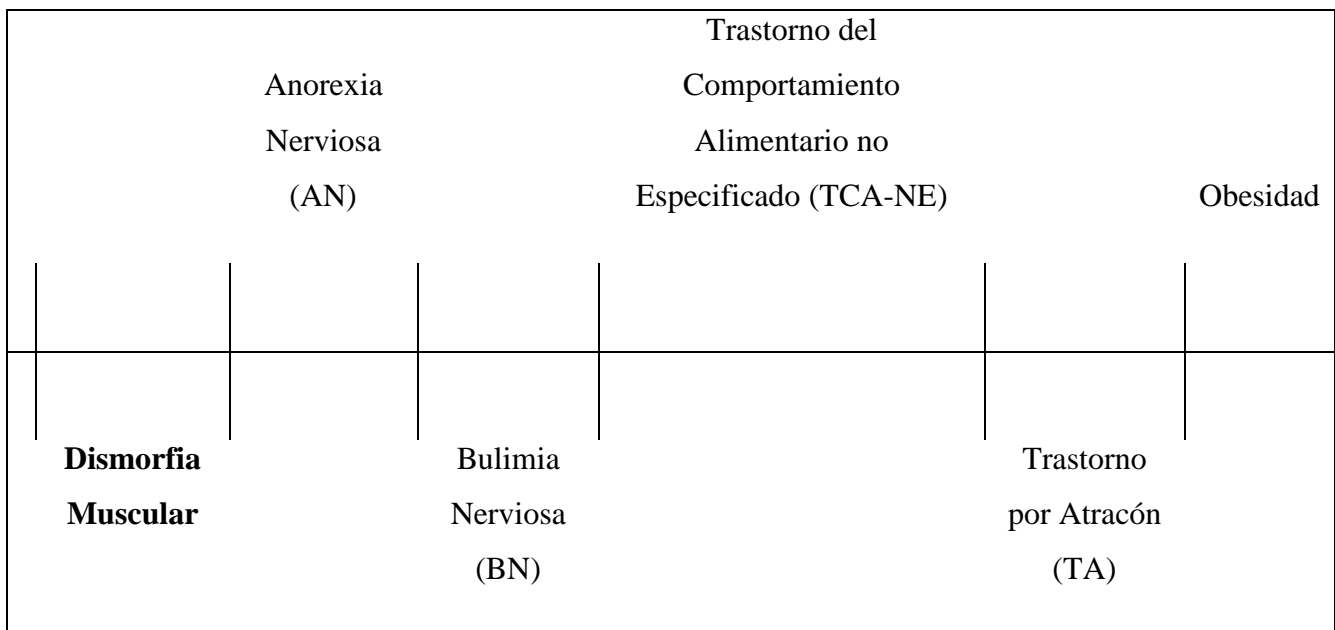
comorbilidad entre esta patología y los TOC, los TCA y los TDC. Pope y sus colaboradores (1997) encontró una prevalencia del 28% de comorbilidad con TOC; y hasta un 86% de los pacientes diagnosticados con TDC presentan rasgos de DM (Pope et al., 2005). Respecto a los TCA, varios estudios encuentran una comorbilidad de entre 14% y 28% con la DM (Castro-López, Cachón-Zagalaz, López-Barajas & Sánchez, 2013; Nieuwoudt, Zhou, Coutts & Booker, 2015).

3.3. La Dismorfia Muscular y el Modelo Transdiagnóstico

La elevada comorbilidad existente en la DM con otros trastornos psicológicos puede explicarse a través del Modelo Transdiagnóstico, el cual conceptualiza los trastornos mentales como consecuencia de procesos cognitivos y conductuales comunes que los generan o mantienen (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

De entre las tres patologías comórbidas más comunes con la DM, los TCA son únicos que han generado un Modelo Transdiagnóstico de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003), que indica que una patogénesis común hace que la migración entre categorías diagnósticas sea frecuente.

Este enfoque es consistente con la evidencia de que las personas a menudo se mueven entre diferentes diagnósticos de TCA con el tiempo, y aumenta la capacidad para explicar la gran proporción de casos que no cumplen criterios estrictos para el diagnóstico de AN, BN o TA (Stice, Marti & Rohde, 2013; Thomas, Vartanian y Brownell, 2009).



Espectro de los Problemas Relacionados con la Alimentación y con el Peso. Adaptado de Fairburn (2008).

Este fenómeno ha sido encontrado en el contexto de la DM con el estudio de Olivardia y colaboradores (2000), quienes registraron que el 29% de los varones diagnosticados de DM habían padecido previamente AN, bulimia o trastorno por atracón. Se han descrito más casos clínicos que reúnen estas características (Greenberg, & Schoen, 2008; Murray, Griffiths, Mitchison & Mond, 2017).

Mejorar la validez diagnóstica de la DM a través de una clasificación apropiada puede ayudar en el desarrollo de tratamientos más específicos, tanto en casos severos como subclínicos, así como mejorar las tasas de búsqueda de tratamiento, particularmente dirigido a los varones (Blomeley et al., 2018).

4. Dificultades de tratamiento en varones con Dismorfia Muscular

Generalmente, los varones suelen buscar ayuda psicológica con menor frecuencia que las mujeres, independientemente de las categorías clínicas (Greenberg & Schoen, 2008). Este hecho, sumado a la apariencia saludable del ejercicio y la dieta característicos de la DM, puede llevar a su difícil detección y, por ende, tratamiento (Cunningham et al., 2017). Muchos casos subclínicos podrían beneficiarse del tratamiento psicológico si se detectasen de una manera precoz; sin embargo, es más posible que los profesionales detecten el diagnóstico durante el tratamiento de trastornos comórbidos más frecuentes como la patología de ansiedad o del estado de ánimo (Blomeley et al., 2018).

La DM carece de un protocolo unificado para su tratamiento actualmente (Compre & Sepúlveda, 2014). No obstante, existen varias aproximaciones y propuestas desde distintas corrientes terapéuticas.

La Terapia Cognitivo-Conductual así como Psicofármacos dirigidos a los inhibidores de la recaptación de serotonina, son los recursos más recurridos como propuestas para el tratamiento de la DM, por la extensa evidencia científica en su aplicación a los TDC y a los TCA (Cunningham et al., 2017).

El único manual protocolizado en el que se hace referencia a la DM es un manual sobre Terapia Cognitivo-Conductual para los TDC (Wilhelm, Phillips & Steketee, 2012). En él, los autores añaden un capítulo con “Módulos opcionales para pacientes con síntomas relevantes” entre los que se incluye un apartado sobre “Peso, Figura y Musculatura” (p.267) con pautas poco específicas para el tratamiento de los síntomas de DM.

Olivardia (2007) propone el abordaje de las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática (Compte & Sepúlveda, 2014). Del mismo modo, el autor recomienda comenzar el tratamiento con psicoeducación dirigida a una nutrición apropiada, una imagen corporal realista (con especial análisis crítico del ideal que promueven los medios) así como a las consecuencias del consumo de anabolizantes (Sreshta, Pope, Hudson & Kanayama, 2017).

De manera aplicada, Greenberg y Schoen (2008) utilizan un modelo multidisciplinar que combina sesiones de nutrición con estrategias cognitivo-conductuales en un caso clínico, con especial atención a su experiencia del perfeccionismo, los estándares sociales de la imagen corporal masculina y las expectativas de logro en los hombres.

Otra vertiente de la psicoterapia desde donde se sugiere abarcar la sintomatología de la DM es la Terapia de Aceptación y Compromiso, según Grieve y sus colaboradores (2009: en Compte & Sepúlveda, 2014). Las técnicas que aplica esta corriente psicológica pueden ser útiles en la reducción del control cognitivo que manifiestan las personas con DM sobre su alimentación y ejercicio y, tal y como indica Hayes (2004), ayudan a promover la aceptación de las emociones y de los pensamientos negativos hacia uno mismo (Cunningham et al., 2017). Se trata de una propuesta pendiente de aplicación en este tipo de patología.

La Terapia Dialéctico-Conductual y la Terapia Racional Emotiva son dos de las corrientes también sugeridas en el abordaje de la DM, ambas a la espera de ser aplicadas (Compte & Sepúlveda, 2014; Cunningham et al., 2017). Desde la primera vertiente, se pretende estimular las habilidades en el control emocional que puede estar relacionado con la compulsión a hacer ejercicio excesivo (Cunningham et al., 2017). Por otro lado, la Terapia Racional Emotiva se propone por Grieve y colaboradores (2009) como tratamiento para la identificación y la confrontación de ideas irracionales que pueden presentar los varones con esta patología (Compte & Sepúlveda, 2014).

El único caso clínico publicado científicamente de un paciente diagnosticado con DM con intervención, viene de la mano de Murray y Griffiths (2015) quienes utilizaron uno de los tratamientos empíricamente validados más reconocidos para la AN: el Tratamiento Basado en la Familia o *Family-Based Treatment*, de Lock y Le Grange (2013). El caso clínico era un adolescente de 15 años, que cumplía todos los criterios propuestos por Pope y sus colaboradores (1997). En las 10 sesiones de tratamiento, durante siete meses, las pautas fueron dirigidas a la intervención de los padres para que no favorecieran el mantenimiento de los síntomas (Ej.: ejercicio físico intenso). Para

ello, se estableció un proceso gradual desde la supervisión de la alimentación y la restricción total del ejercicio para evitar compensaciones; hasta un mayor control y elección por parte del adolescente de lo que comía y el ejercicio que realizaba. También, fueron abordados algunos de los retos típicos de la adolescencia por los que atravesaba el paciente (Murray & Griffiths, 2015).

5. La Terapia Cognitivo-Conductual del Hospital Maudsley, desarrollado por J. Treasure y U. Schmidt

Este tratamiento se basa fundamentalmente en tres fuentes: las etapas derivadas del Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska, y Diclemente, 1984), la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1999) y la Terapia Cognitivo-Conductual.

Se parte de que las personas con patología alimentaria tienen dificultades en dos áreas al iniciar el tratamiento: la negación de la enfermedad y por consecuencia, la falta de interés en cambiar sus conductas y actitudes hacia la comida, peso e imagen corporal. Lo que se entendería como “resistencias” o barreras para tener un compromiso con su salud, y por tanto, con el tratamiento (Treasure & Schmidt, 1997).

En concreto, las personas que presenten o tengan riesgo de DM, entendida más bien como otro posible subtipo de patología alimentaria, tendrán la mismas dos dificultades: la negación de la obsesión por la musculatura y el peso, y por otro lado, la resistencia a asumir su salud mental y su salud física pueden estar deteriorándose aunque no de forma obvia. De hecho, los varones con DM normalmente están en buenas condiciones de salud, a menos a corto plazo (Leone, Sedory & Gray, 2005). La dificultad en el reconocimiento del problema aumenta en aquellos casos en los que los varones, aunque empiecen a sufrir sus efectos, no cumplen todos los criterios para presentar una DM grave (Leone et al., 2005).

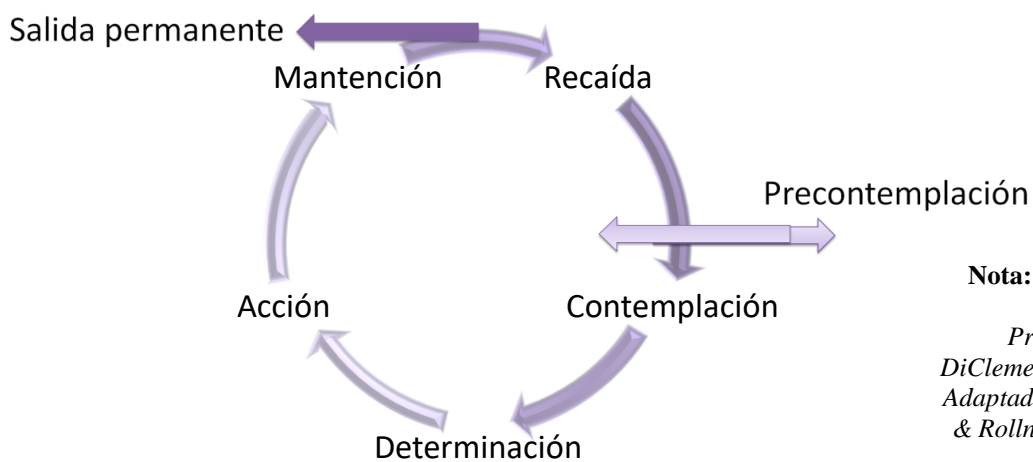
Según la categorización de Prochaska y DiClemente (1982), este carácter egosintónico en el que las personas que sufren estas patologías no tienen conciencia del problema, estaría conceptualizado como *precontemplación*, una de las cinco etapas del Modelo Transteórico del cambio en psicoterapia (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983).

5.1. El Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente

El Modelo Transteórico del Cambio interpreta la motivación del paciente por el cambio según una secuencia particular de actitudes que sucede a lo largo del tiempo (McConaughy et al., 1983). Dicha secuencia se divide en cinco etapas:

- Precontemplación: la persona está en una situación terapéutica pero no piensa que tiene un problema o sabe que no quiere cambiar, en caso de admitirlo.
- Contemplación: la persona empieza a ser consciente de que existe un problema o de que hay algo de él o ella misma que le incomoda.
- Toma de decisión o Determinación: la persona ha decidido que está preparada o comprometida para cambiar, pero no ha empezado a trabajar en el problema aún.
- Acción: la persona ha empezado activamente a cambiar su comportamiento o el ambiente mantenedor del problema.
- Mantenimiento: la persona ya ha cambiado y ha conseguido un bienestar general significativo, aunque puede estar encontrando dificultades en el mantenimiento de los cambios.

En cualquier proceso de cambio, la persona gira alrededor de esta secuencia varias veces antes de alcanzar un cambio permanente a través de recaídas, “etapa de transición esperable cuando una persona intenta cambiar cualquier patrón de conducta de larga duración” (Miller & Rollnick, 1999; p. 41).



Nota: Etapas del cambio de Prochaska y DiClemente (1982). Adaptado de Miller & Rollnick, (1999)

5.2. La Entrevista Motivacional

El trabajo motivacional es fundamental para mejorarla adherencia al tratamiento (Treasure y Ward, 1997). El modelo de Entrevista Motivacional (EM) tiene por objetivo lograr la motivación intrínseca de la persona con patología “resistente”, donde se trabaja las dificultades hacia el cambio y ayuda a resolver las ambivalencias en el compromiso con la salud de uno mismo/a (Miller y Rollnick, 2002).

La EM se desarrolla como una herramienta que ofrece “una clara comprensión de cómo las personas se ven atrapadas por la ambivalencia, y de qué manera los que quieren ayudarles pueden

potenciar su motivación para el cambio” (Miller & Rollnick, 1999; p. 18).

El autor Leone y sus colaboradores (2005) son los primeros en introducir pautas dirigidas a los profesionales a la hora de explorar síntomas en la patología DM. Abordar las preguntas sin confrontar a la persona, mostrando en todo momento la preocupación por su salud y bienestar, son algunas de las sugerencias que pueden motivar a la intervención (Leone et al., 2005). En la línea de los autores, la EM de Miller y Rollnick, (1999; 2015) propone cinco habilidades básicas para ayudar a las personas con ambivalencia:

La *escucha reflexiva*, una de las habilidades más importantes a desarrollar en la terapia centrada en el paciente (Miller & Rollnick, 2015). Escuchar reflexivamente supone aprender a respetar los silencios, a acompañar el discurso del terapeuta de un lenguaje no verbal coherente y a hacer una devolución de lo que se ha escuchado en modo de afirmación o, como lo denominan Miller y Rollnick, (1999; 2015), reflejar. El tipo de reflejo más básico consiste en *resumir*, y consiste en recapitular toda la información proporcionada por el paciente para demostrar la escucha activa y dar valor a su discurso (Miller & Rollnick, 2015).

La EM rechaza el abuso de preguntas cerradas, que evocan respuestas breves como “¿te dolió lo que te dijo?”; y apuesta por las *preguntas abiertas*, que invitan a la persona a reflexionar y elaborar las respuestas, “¿cómo te hizo sentir lo que te dijo?” (Miller & Rollnick, 2015).

La *afirmación* hace referencia a acentuar lo positivo de la persona ambivalente para el cambio, bajo la premisa de que este cambio sucederá si la persona se considera el motor principal (Miller & Rollnick, 2015).

Por último, la estrategia de *preguntar-informar-preguntar*, se utiliza en la EM para explorar el conocimiento que tiene la persona sobre un tema determinado; en caso de que acceda, ofrecerle información; y finalmente, explorar la reacción del paciente ante la información proporcionada (Miller & Rollnick, 2015).

Este conjunto de las habilidades, se proponen no como técnica de intervención, sino como “estilo” de intervenir (Miller & Rollnick, 2015) en sesión especialmente ante pacientes reticentes a cambiar, o incluso, personas que nieguen la existencia de factores disfuncionales en su comportamiento que podrían beneficiarse de un cambio.

Como conclusión, es importante aclarar que ni la EM pretende ser una teoría completa del

cambio, ni las etapas del cambio del Modelo Transteórico son una parte fundamental de la EM; ambas son aportaciones compatibles y complementarias a tener en cuenta por el profesional durante un proceso psicoterapéutico (Miller & Rollnick, 2015).

5.3. Integrando la Terapia Cognitivo-Conductual, la EM y las Etapas del Cambio

En la actualidad, existe una guía terapéutica para los TCA que combina la Terapia Cognitivo Conductual y la EM, basado en las Etapas del Cambio (Treasure & Schmidt, 1997). Nace a petición de los terapeutas de generar un protocolo clínico del libro de autoayuda creado anteriormente para las pacientes con bulimia del Hospital Maudsley en Londres (Treasure & Schmidt, 1997).

La Guía Clínica para Mejorar Paso a Paso [*Clinical Guide to Getting Better Bit(e) by Bit(e)*], integra las tres estrategias y las adapta en dos protocolos clínicos independientes para la AN y BN (Treasure & Schmidt, 1997). Se trata de una terapia individual (con apoyo de la familia o allegados cercanos), cuyo tratamiento ambulatorio está estructurado en 20 sesiones para AN y en 16 para BN. El formato es de 60 minutos para cada sesión. La duración es de aproximadamente cinco meses para AN y cuatro meses para BN, además de las sesiones que se estimen oportunas para el seguimiento y prevención de recaídas. Las sesiones son realizadas semanalmente.

El modelo de tratamiento de Treasure y Schmidt (1997) utiliza las técnicas de la entrevista motivacional, para facilitar el compromiso con el cambio y mejorar la adherencia al tratamiento; y las estrategias cognitivas-conductuales, que varían en función de la etapa de cambio en la que la persona se sitúe.

Treasure y Schmidt (1997) proponen instaurar un patrón de alimentación regular y reducir los atracones y purgas mediante el cambio en los factores intra e interpersonales que mantienen el TCA (factores cognitivos, estilo socioemocional, pensamientos pro-TCA y factores interpersonales).

El tratamiento se ha mostrado eficaz con un 40-50% de los pacientes, los cuales responden satisfactoriamente a la terapia en un tiempo breve de tiempo, con una reducción total o casi total de los síntomas. Dichas mejoras se mantienen estables un año después del tratamiento (Wade, Treasure & Schmidt, 2011).

OBJETIVOS DEL ESTUDIO E HIPÓTESIS

Objetivo general del estudio

Se trata de desarrollar y aplicar un Programa de Intervención en base al Modelo de Intervención del Maudsley. El programa consiste en la adaptación a las preocupaciones de los varones del primer módulo, dirigido a entender la patología y lograr una adherencia al tratamiento y al compromiso con su propia salud. Se pretende evaluar la aceptación, la satisfacción y el impacto en una muestra de varones universitarios con riesgo de DM.

Objetivos específicos

- Aumentar la conciencia del problema sobre el ejercicio físico excesivo y su impacto en la salud física, social y familiar.
- Aumentar la conciencia del problema sobre la alteración del comportamiento alimentario y su impacto en la salud física, social y familiar.
- Aumentar la conciencia del problema sobre la insatisfacción corporal masculina y su impacto a nivel personal.
- Evaluar los factores estresores que mantienen el problema y su posible interferencia en el bienestar de la persona.
- Facilitar el compromiso con un estilo de vida saludable.

Hipótesis de partida

Se hipotetiza que, a consecuencia de generar una mayor conciencia de problema o identificar aspectos de su vida que deseen cambiar, el programa impacte en los participantes de la siguiente manera:

- a) Se espera un aumento de la motivación al cambio (URICA).
- b) Se espera un aumento de la sintomatología ansiosa y/o depresiva (HADS, BDI-II).
- c) No se esperan cambios a nivel conductual hacia el perfeccionismo o las conductas alimentarias de riesgo, ni actitudinal hacia el cuerpo, (EDE-Q, EDE-Qm, MDDI, MBAS, EDI-2P); al pertenecer al segundo módulo, no se va a intervenir directamente sobre ellas.
- d) Se espera encontrar la aceptación del programa y generar niveles aceptables de satisfacción por parte de los participantes (Cuestionario de Satisfacción con preguntas de rango 1-10 y preguntas abiertas) y una buena adherencia (Asistencia al 100% de las sesiones y Realización de las Tareas de Reflexión).

MÉTODO

Participantes

Una muestra inicial de 24 varones con riesgo a desarrollar dismorfia muscular fue derivada para la participación del programa. Debido a la incompatibilidad del mismo con la disponibilidad de los participantes, una selección de seis varones accedió a participar y realizó la primera entrevista. Por criterios de exclusión y motivos personales, dos de los participantes no pudieron acceder al programa antes de comenzar con la primera sesión.

En cuanto al Índice de Masa Corporal (IMC), los estudiantes mostraron una media de 23,09 (DT=1,55), con un rango entre 21,57 Kg/m² y 25,25 Kg/m²; teniendo en cuenta que los datos de altura son autoinformados. Las características de los participantes se recogen en la Tabla 1. Se muestran las puntuaciones de las medidas antropométricas y clínicas recogidas.

Tabla 1: Características de los participantes

	MB	AMB	JLR	JCG
Edad	20 años	22 años	21 años	23 años
Educación	3º INEF	3º ADE	3º ECON.	3º INEF
Nivel deportivo	Competidor autónomo Baloncesto	Levantamiento de pesas en Gimnasio	Levantamiento de pesas en Casa	Competidor autónomo Halterofilia
IMC	22.72 kg/m ²	22.80 kg/m ²	21.57 kg/m ²	25.25 kg/m ²
Perímetro Bíceps	27 cm	33,5 cm	28,5 cm	34 cm
Perímetro torácico	94 cm	99 cm	93 cm	95,5 cm
Tto. psic. (Motivo/edad)	SÍ (introversión/ 9años)	SI (pensamientos intrusivos/ 15años)	SI (fallecimiento padre/7 años)	NO
Diagnóstico principal	-	TOC	Ataques de ansiedad esporádicos	Crisis epilépticas esporádicas
Medicación actual	-	Sertralina 50mg (ISRS)	-	Levetiracetam (anticonvulsivo)

Nota: INEF, Instituto Nacional de Educación Física; ADE, Administración y Dirección de Empresas; ECON, Economía; IMC, Índice de Masa Corporal; Tto. psic., Tratamiento psicológico previo; TOC, Trastorno Obsesivo Compulsivo; ISRS, Inhibidores de la Recaptación de Serotonina.

Por lo tanto, la muestra de participantes final fue de cuatro varones españoles de edades comprendidas entre los 20 y 23 años; los cuales completaron el programa con asistencia completa a todas las sesiones. Se trata de estudiantes de tercer curso de universidad, dos de ellos cursan Ciencias del Deporte y los otros dos, Derecho y Administración y Dirección de Empresas, respectivamente. En cuanto al nivel deportivo, los dos primeros compiten a nivel autonómico en la modalidad de baloncesto y halterofilia, un participante es consumidor de gimnasio y el último, entrena fuerza en casa con el material que ha ido adquiriendo (mancuernas, pesas, barras).

Los criterios de inclusión para este estudio fueron: a) ser mayor de 18 años, b) no estar en tratamiento actual en relación al aspecto físico o la alimentación, c) no presentar signos de depresión, bipolaridad o episodios psicóticos, d) presentar castellano como lengua materna.

Instrumentos

La batería de medidas que se les administró a los participantes consta de siete escalas (ver Anexo):

a) “Cuestionario de Evaluación de los Trastornos Alimentarios” *Eating Disorder Examination-Questionnaire*, (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994; Penelo, Villarroel, Portell & Raich, 2012). El instrumento se compone de 36 preguntas: 22 ítems sobre actitudes específicas de los trastornos alimentarios de los últimos 28 días (0=nunca, 6=todos los días), y 14 preguntas sobre la presencia y frecuencia de conductas específicas. También, fueron utilizados aquellos ítems cuya polaridad fue invertida por el autor Murray y colaboradores (2012), para mejorar la sensibilidad a las preocupaciones masculinas. Los autores mostraron una consistencia interna adecuada en una muestra de dismorfia muscular ($\alpha = 0,80$) y anorexia nerviosa ($\alpha = 0,81$); no ha sido aún validada para muestra española. Se mantienen cuatro subescalas denominadas: Incremento de Musculatura (EDEQm-INCR), Preocupación por Proteínas (EDEQm-PPROT), Preocupación por Musculatura (EDEQm-PMUS) y Preocupación por Aumento de Peso (EDEQm-PPAU).

b) “Inventario de Trastorno Dismórfico Muscular” *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*, (MDDI; Hildebrandt, Langenbucher y Schlundt, 2004). Cuestionario que consta de 13 ítems mediante una escala Likert de 5 alternativas de respuesta, basado en los criterios diagnósticos para DM propuestos por Pope *et al.* (1997). En la validación española (Sepúlveda, Rica, Moreno, Román & Compte, 2019) se mantuvo la estructura con una excelente consistencia interna en la escala total ($\alpha = 0,80$) y en las subescalas: Obsesión por el Tamaño ($\alpha = 0,85$), Intolerancia a la Apariencia ($\alpha = 0,73$) y Deterioro Funcional ($\alpha = 0,83$).

c) “Escala de Actitudes Masculinas hacia el Cuerpo” *Male Body Attitudes Scale*, (MBAS; Tylka, Bergeron & Schwartz, 2005). Escala de 24 ítems (1 a 6), se divide en tres subescalas: deseo de muscularidad, preocupación por baja grasa corporal y por la altura. La adaptación al español fue realizada por Sepúlveda et al., (2016) y en su validación fueron eliminados dos ítems. De las tres subescalas, el Deseo de Musculatura (MBAS-MUSC) y la Preocupación por Baja Grasa Corporal (MBAS-LOWFAT) fueron mantenidas a excepción de la Preocupación por la Altura que fue retirada. La consistencia interna de la escala total con 22 ítems y de sus subescalas fueron excelentes ($\alpha= 0,86$, $\alpha= 0,85$ y $\alpha= 0,88$).

d) “Escala de Ansiedad y Depresión Clínica” *Hospital Anxiety and Depression Scale*, (HADS; Zigmond y Snaith, 1983; Terol et al., 2007). Cuestionario autoaplicado de 14 ítems con dos subescalas, una de ansiedad y una de depresión. Se responde en una escala LÍkert de cuatro alternativas de respuesta. Para una muestra de estudiantes varones, la consistencia interna fue aceptable para las dos subescalas ($\alpha_{\text{ansiedad}}= 0,77$ y $\alpha_{\text{depresión}}= 0,71$).

e) “Inventario de Depresión de Beck” *Beck Depression Inventory-II*, (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996; Penley, Wiebe & Nwosu, 2003). El instrumento se compone de 21 ítems que evalúan la sintomatología asociada a la depresión en una escala de 0 a 3, a través de dos factores altamente relacionados, uno cognitivo-afectivo y otro somático-motivacional. En la adaptación española a estudiantes universitarios los autores Sanz, Navarro y Vázquez (2003) mostraron elevada una consistencia interna ($\alpha= 0,87$).

f) “Subescala de Perfeccionismo del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-2” *Perfectionism, a subscale of Eating Disorders Inventory-2*, (EDI-2, Garner, 1991; Garner, 1998). Se han utilizado los seis ítems pertenecientes a al factor Perfeccionismo en una escala de 0 a 5. Miden el grado en el que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores dado que los demás, como por ejemplo sus padres, lo esperan de él. En una muestra control de universitarios, Garner y Olmsted (1984) obtuvieron un $\alpha= 0,76$ para la subescala Perfeccionismo (Garner, 1998).

g) “Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island” *University of Rhode Island Change Assessment*, (URICA, McConnaughy, Prochaska & Velice, 1983; Gómez-Peña et al., 2011). Es un cuestionario de 32 ítems que incluye 4 sub-escalas que miden las fases del cambio: Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento. Las respuestas se entregan en una escala Likert de 5 puntos, que van desde 1-5. La adaptación española muestra valores elevados de alfa entre 0,74 y 0,84. Los enunciados han sido adaptados a la población del programa.

Procedimiento

Los seis estudiantes accedieron al programa derivados de su participación en una tesis doctoral sobre la epidemiología de la dismorfia muscular. El cual, cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Madrid, (CEI-75-1368).

El doctorando y su equipo llamaron a aquellos participantes que detectaron con exceso de ejercicio físico, o reconocimiento de alguno de los síntomas de DM como una elevada preocupación por su Imagen Corporal. Ellos mismos, les informaron a los jóvenes de la posibilidad de acudir a unas sesiones de asesoramiento y la importancia de su participación en las mismas.

Aquellos que accedieron a recibir más información, se les citó individualmente para una primera toma de contacto. En este primer encuentro, se les explicó la finalidad del estudio, se les facilitó una hoja de información y de consentimiento informado, una hoja de consentimiento de grabación (ver Anexo), y se solucionaron todas las dudas que el participante pudiera tener. También, se les realizó una entrevista breve para explorar los datos sociodemográficos, el genograma, los antecedentes psicológicos y médicos, y el estado emocional actual. La duración de la misma no excedió los 40 minutos. Por último, se les pidió completar una batería de cuestionarios en formato papel y entregarlos en la siguiente sesión.

El resto de las cinco sesiones individuales, tuvieron una duración de entre 60 y 90 minutos.

En la última de las sesiones, se les pidió de nuevo que completasen la batería de cuestionarios, para evaluar los cambios tras la intervención, y un cuestionario de satisfacción (ver Anexo). Los estudiantes fueron incentivados con una simbólica gratificación de 15 euros, tal y como informan la hoja de información y de consentimiento informado.

Las sesiones se desarrollaron en las instalaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid y en el Centro de psicología Instituto Centta cedido al programa para facilitar la accesibilidad de los participantes.

Siguiendo el Código Deontológico del Psicólogo, Art. 5, “en algunos casos se precisa la colaboración interdisciplinar con otros profesionales”; en caso de que a lo largo de todo el programa se detectase en algún participante actitudes patológicas o no saludables relacionadas con la alimentación o la actividad física, se le informará de los recursos de salud mental a los que podría acudir (ver Anexos).

Este programa de intervención cuenta con la aprobación del Subcomité de Ética de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

Descripción del programa de intervención. Inicialmente, se determinó una duración del estudio de cinco semanas (una sesión semanal), además de la entrevista inicial y una semana de descanso entre la cuarta y la quinta sesión para dar espacio a la movilización y reflexión de las sesiones. Finalmente, y por motivos vacacionales individuales de cada participante, las sesiones se han realizado entre tres y siete semanas, durante los meses de Junio a Agosto de 2019.

Siguiendo los objetivos planteados, cada sesión incluía una serie de actividades de reflexión a elaborar tanto en sesión como en casa. Los objetivos se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 2: Objetivo de las sesiones del programa de intervención

Número de Sesión	Objetivo General	Objetivos Específicos
Sesión 1	Generar Discrepancia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explorar áreas importantes. Definición, Origen y Mantenimiento. 2. Ordenar y representar áreas según Importancia. 3. Ordenar y representar áreas según Dedicación. 4. Comparar y contrastar. Reflexión del ejercicio. 5. Conclusiones y tarea para casa.
Sesión 2	Explorar Resistencias para el Cambio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura en alto de la tarea de reflexión. 2. Explorar beneficios percibidos del ejercicio físico orientado a la musculatura. 3. Explorar consecuencias percibidas de dejar de hacer ejercicio físico orientado a la musculatura. 4. Conclusiones y tarea para casa.
Sesión 3	Explorar Motivaciones para el Cambio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura en alto de la tarea de reflexión. 2. Explorar consecuencias percibidas del ejercicio físico orientado a la musculatura. 3. Explorar beneficios percibidos de dejar de hacer ejercicio físico orientado a la musculatura. 4. Comparar y contrastar las reflexiones de las sesiones 2 y 3. 5. Conclusiones y tarea para casa.

Número de Sesión	Objetivo General	Objetivos Específicos
Sesión 4	Promover el Cambio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura en alto de la tarea de reflexión. 2. Explorar logros y dificultades para alcanzarlos. 3. Elegir uno de los logros comentados y establecer metas a corto, medio y largo plazo. 4. Explorar posibles obstáculos. 5. Explorar recursos para superar los obstáculos. 6. Valorar Importancia, Confianza y Preparación para el cambio. 7. Conclusiones.
Sesión 5	Explorar concepto Pedir Ayuda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explorar objetivos de cambio. 2. Introducir concepto de pedir ayuda. 3. Explorar resistencias para pedir ayuda. 4. Evaluar personas de apoyo. 5. Cierre, explorar satisfacción y evaluación final.

A continuación se presenta una descripción del programa de intervención:

Sesión 1: Se planificó hacer una primera sesión en el que el objetivo principal fuera generar discrepancia, por ser uno de los principios de la EM que ayudan a explorar “los motivos por los que la persona *podría* considerar un cambio” (p. 261; Miller & Rollnick, 2015). Los autores plantean cuatro procesos por los que se puede llegar a generar ambivalencia: intercambiar información, dar feedback, explorar las preocupaciones de otros y explorar objetivos y valores. En el programa original de Treasure & Schmidt (1997), las primeras tomas de contacto incluyen dos de los procesos, dar feedback e intercambiar información. Sin embargo, se decidió hacer esta modificación debida la diferencia de conciencia de problema entre las mujeres ingresadas en un hospital por un diagnóstico dentro de los TCA y varones universitarios que acceden a participar en un programa.

El ejercicio que se propone en sesión está adaptado de las técnicas de la terapia de Aceptación y Compromiso, concretamente del Cuestionario de Valores (Wilson & Luciano, 2002). Se plantea en un gráfico circular (ver Anexo), representar primero la importancia distribuida a las diferentes áreas del participante, y a continuación en otro gráfico, representar la distribución en función del tiempo dedicado. Del ejercicio se obtiene el nivel de discrepancia entre la importancia en cada área y la consistencia entre lo que hace y lo que valora (Wilson & Luciano, 2002)

En cuanto a la tarea de reflexión que se pide para la sesión 2, se trata de una adaptación del ejercicio que proponen Treasure & Schmidt (1997). En la versión original, con el objetivo de explorar las resistencias para el cambio, se sugiere realizar una carta escribiendo a, en su caso la

bulimia, como un amigo con la metáfora de que es una boa constrictor. Las modificaciones que se realizan para este programa, debido al avance en los sistemas de mensajería, es una conversación imaginaria por Whatsapp de un amigo al participante (ver Anexo). Este le pide ayuda para empezar a entrenar, y le pregunta qué es lo que le anima o motiva para ello. Ambos ejercicios buscan el objetivo de reflexionar acerca de los beneficios percibidos del ejercicio físico orientado a la musculatura.

Sesión 2: Se exploran los motivos por los que el participante entrena, cuánto de importante es ese efecto del entrenamiento para él, cuándo empezó el ejercicio físico a hacerle sentir así, y si considera que hay alguna otra actividad que le aporte los mismos beneficios. A continuación, se le plantea la otra parte de la ambivalencia: “¿Qué ocurriría si tuvieras que dejar de entrenar?, no por una temporada como cuando te lesionas, sino que no puedes volver a hacer ningún otro tipo de ejercicio físico: ¿qué efectos crees que tendría en ti?”. En ese momento, se exploran las consecuencias percibidas de realizar este cambio.

La tarea de reflexión que se propone para la sesión 3, se trata de nuevo de una adaptación del ejercicio que proponen Treasure & Schmidt (1997). En este caso, en vez de una carta a la bulimia boa constrictor como enemiga, se plantean posibles escenarios en los que el ejercicio puede estar influyendo negativamente en varias áreas: la amistad, la pareja, la familia y los estudios (ver Anexo). La tarea consiste en reflexionar si se ha visto reflejado en alguno de los ejemplos o se le ocurren otros distintos.

Sesión 3: Se exploran las áreas en las que el ejercicio físico puede estar afectando, de qué manera influye, cuándo se empezó a dar cuenta de la interferencia en esa área, si alguna vez alguien le había llamado la atención por ello y cómo era antes cuando el entrenamiento no influía. A continuación, se recoge el planteamiento de la sesión anterior y se le pregunta por los beneficios que tendría si no ocupara ese tiempo en entrenar. Por último, se le pide completar en sesión, una tabla para recoger la información comentada en las sesiones 2 y 3. Se trata de la balanza decisional, estrategia de la EM que también adaptan Treasure & Schmidt (1997) en su libro (ver Anexo). El objetivo es promover la reflexión acerca de las razones que incluye en cada casilla, cuál es más extensa y cuál le ha costado más o menos pensar.

Respecto a la tarea planteada para la sesión 4, y última tarea para casa, se adapta el ejercicio propuesto por Treasure & Schmidt (1997) en el que plantean a las pacientes escribir cómo creen que sería su vida sin una boa constrictor a su alrededor para promover el cambio. En la adaptación en este programa, se plantea escribir una biografía imaginaria en Wikipedia sobre ellos mismos dentro

de cinco años, señalando qué logros quieren haber alcanzado y qué obstáculos piensan que se podrían encontrar en el camino (ver Anexo).

Sesión 4: Se exploran los logros que los participantes querrían conseguir en cinco años y sus posibles dificultades. Se les pregunta sobre la atribución de esos obstáculos, si piensan que dependen de ellos o de factores externos. Después, se le propone elegir uno de los logros para trabajar en sesión con la metáfora de escalar una montaña. A continuación, se le plantean diferentes etapas para completar metas a corto, medio y largo plazo; qué “temporales” se podrían encontrar en cada etapa, y, por último, qué “material” podría ayudarle a continuar escalando (ver Anexo).

Además, se utiliza una adaptación de las escalas de Treasure & Schmidt (1997) con las que se evalúa la preparación al cambio (ver Anexo).

No hay tarea para la última sesión.

Sesión 5: La quinta sesión va dirigida al cierre del programa y de la intervención. En primer lugar, se les pregunta si han pensado que les gustaría hacer cambios sobre algún aspecto de su vida con el que hayan visto que no están satisfechos. A continuación, se normaliza que el programa puede tanto animar a cambiar, como a no generar motivación a cambiar nada, y ambas respuestas son tanto válidas como habituales. Se introduce el concepto de pedir ayuda como un apoyo que puede ser útil en momentos en los que se está intentando cambiar un aspecto importante (Treasure & Schmidt, 1997). El objetivo es explorar las resistencias por las que no piden ayuda y en caso de que lo hagan, a quién y en qué circunstancias. Para finalizar, se tradujo las preguntas de la segunda edición del manual de Schmidt, Treasure y Alexander (2015), para contestarlas en sesión y evaluar los apoyos de los participantes (ver Anexo).

Todas las sesiones fueron previamente ensayadas y grabadas con un participante control consumidor de gimnasio, para estudiar la viabilidad del contenido de las sesiones y tareas.

Análisis de Datos

Los análisis estadísticos se han llevado a cabo con el programa SPSS versión 22.

Se realiza, en primer lugar, un análisis descriptivo de la muestra. Para ello, se obtienen las puntuaciones totales de los participantes en cada escala y se comparan con las medias y desviaciones típicas obtenidas por la población más cercana a la muestra a la que se le ha aplicado el cuestionario.

Por otro lado, se ha estudiado el porcentaje del cambio entre las medidas pre y post, así como la significación estadística del cambio individual de los participantes a través del Índice de Cambio Fiable (ICF) de Jacobson y Truax (Jacobson & Truax, 1991).

Se trata de un método popular basado en el error típico tanto de la medida pre como del post-tratamiento. Se han utilizado varios criterios para valorar a partir de qué punto se produce el cambio fiable; aunque los más habituales son $\pm 1,64$ y $\pm 1,96$, que corresponden a los puntos de corte en una curva normal a niveles de confianza del 90 y 95% respectivamente (Pardo & Ferrer, 2013). En este estudio se ha utilizado una puntuación máxima correspondiente a $z = 1,64$.

De este modo, el ICF se calcularía como: $ICF = (M_{pre} - M_{post}) \geq 1,64 \cdot S_{dif}$, siendo M la medida del participante (media o sumatorio dependiendo del artículo de referencia). Donde, S_{dif} es el error estándar de la diferencia de las medidas $S_{dif} = DT \cdot \sqrt{(1 - R_{xx})} \cdot \sqrt{2}$; siendo DT la desviación típica en la población de referencia y R_{xx} la fiabilidad de la medida.

Finalmente, se analiza la aceptabilidad del estudio mediante los estadísticos descriptivos del cuestionario de satisfacción completado por los participantes en la quinta sesión.

RESULTADOS

Los cuatro participantes completaron asistencia a todas las sesiones propuestas en el programa de intervención, así como las tareas propuestas para casa.

Análisis descriptivo de la muestra

En la Tabla 3 se muestran las puntuaciones al inicio del programa de las escalas psicológicas. Asimismo, se incluye una columna con las medias (M) y las desviaciones típicas (DT) de la muestra de baremación de cada cuestionario.

Tabla 3: Puntuaciones de los participantes y del grupo de referencia (M y DT)

	MB	AMB	JLR	JCG	Grupo de referencia M (DT) (Referencia)
EDE-Q (Rango: 0 –138)	29	19	4	3	63,81 (22,91) (DM, Murray et al., 2012) 10,27 (18,13) (GC, Murray et al., 2012)
EDE-Qm (Rango: 13 –65)	31	29	2	7	79,10(25,32) (DM, Murray et al., 2012) 29,80 (25,45) (GC, Murray et al., 2012)

	MB	AMB	JLR	JCG	Grupo de referencia M (DT) (Referencia)
MDDI (Rango: 13 –65)	24	33	16	23	23.17 (7.03) (Sepúlveda et al., 2019)
MBAS (Rango: 1 –6)	2,09	2,82	1,41	1,73	4,27 (2,25) (Sepúlveda et al., 2019)
HADS-A (Rango: 0 –21)	8	6	4	4	8,3 (3,7) (Terol et al., 2007)
HADS-D (Rango: 0 –21)	9	4	3	2	4,4 (3) (Terol et al., 2007)
BDI-II (Rango: 0 –63)	5	9	0	4	7,02 (6) (Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003)
EDI-2P (Rango: 0 –18)	6	8	4	3	7,1 (4,7) (Garner 1998)
URICA (Rango: 7 –98)	24	37	29	22	-

En general, los datos muestran que los participantes de este programa puntúan con valores dentro de las medias de las poblaciones establecidas como grupo de referencia. Una revisión de los puntos de corte de todas las medidas señala que en ningún caso las puntuaciones superan los rangos establecidos en la validación de los instrumentos como puntuación de riesgo.

Los cuestionarios que miden patología alimentaria, dividen la muestra en valores muy bajos como los casos JLR y JCG, y valores más elevados como MB y AMB. Estos participantes, en comparación con la muestra universitaria de varones recogida por Murray y sus colaboradores (2012), se situarían más próximos al grupo control de usuarios de gimnasio, que al grupo con DM que recoge el autor. En el caso de MB, superando una desviación típica la media del grupo control para el cuestionario EDE-Q. Los participantes muestran valores más elevados (excepto JLR) cuando se trata del cuestionario modificado de EDE-Q, especialmente en el caso de AMB.

Respecto a la medida específica de DM, las puntuaciones se sitúan dentro de los rangos de la población de estudiantes de deporte españoles (Sepúlveda et al., 2019), destacando AMB con un valor superior a una desviación típica.

La medida de actitudes masculinas hacia el cuerpo (MBAS) en estudiantes de deporte

españoles (Sepúlveda et al., 2019) parece ser superior a las puntuaciones obtenidas por la muestra de este estudio.

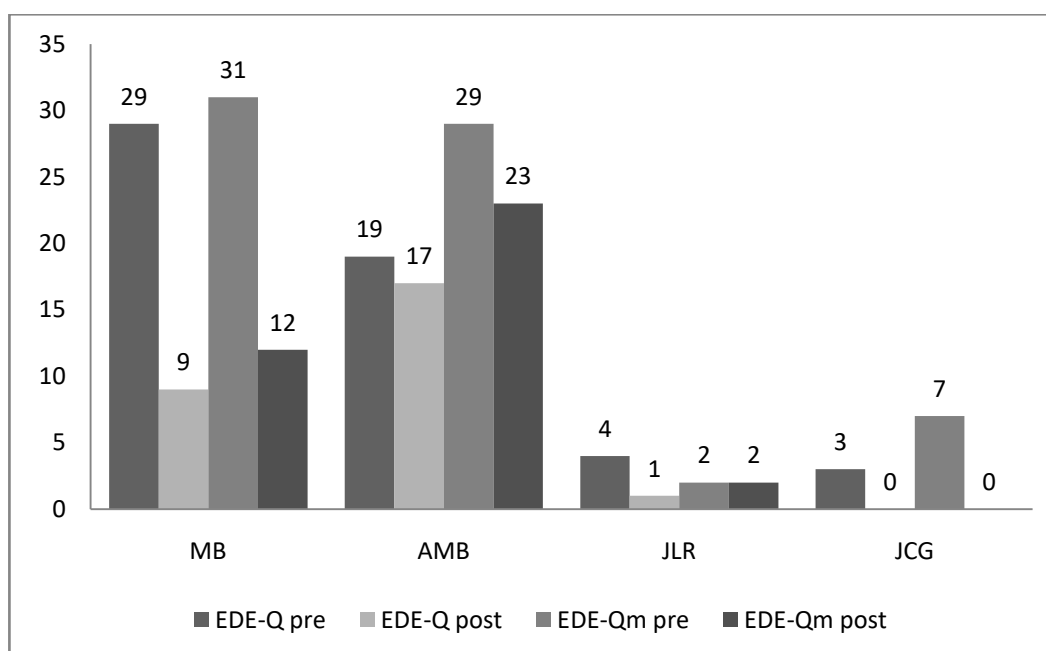
Los participantes muestran valores del HADS dentro de la media de los universitarios varones (Terol et al., 2007). Por encima de casi dos desviaciones típicas, MB muestra elevadas puntuaciones en la subescala de depresión. Sin embargo, esos valores no son discriminativos en la escala BDI-II, donde las puntuaciones obtenidas por los participantes en ningún caso son más elevadas que la media de su grupo normativo de varones entre 18 y 29 años (Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003). Del mismo modo, los valores en la subescala de Perfeccionismo del cuestionario EDI-2, no destacan por encima de la media de los jóvenes entre 18 y 25 años (Garner, 1998).

Por último, la escala URICA no tiene una población de referencia acorde a la muestra de este estudio. Los datos muestran que AMB y JLR son las personas más motivadas al cambio, respecto a MB y JCG.

Análisis del cambio tras el programa de intervención

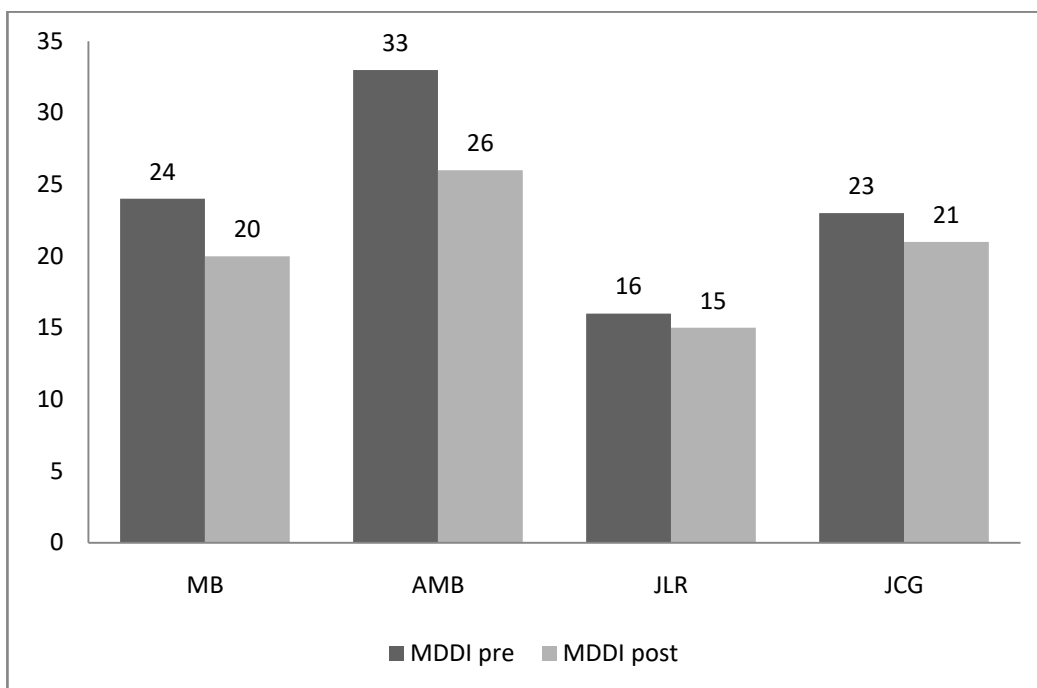
En la Figura 1, se aprecia una disminución general en los valores de los cuestionarios de patología alimentaria en la mayoría de los participantes (EDE-Q y EDE-Qm). MB destaca especialmente, con una reducción del 68,97% en EDE-Q y de 61.29% en EDE-Qm. Se trata de una reducción de las puntuaciones fiable solo en el caso del EDE-Q y tomando como referencia el grupo control de usuarios de gimnasio. El resto de participantes no muestran una reducción de síntomas lo suficientemente significativa para hablar de un cambio fiable.

Figura 1: Gráfico de las puntuaciones pre y post en las escalas EDE-Q y EDE-Qm



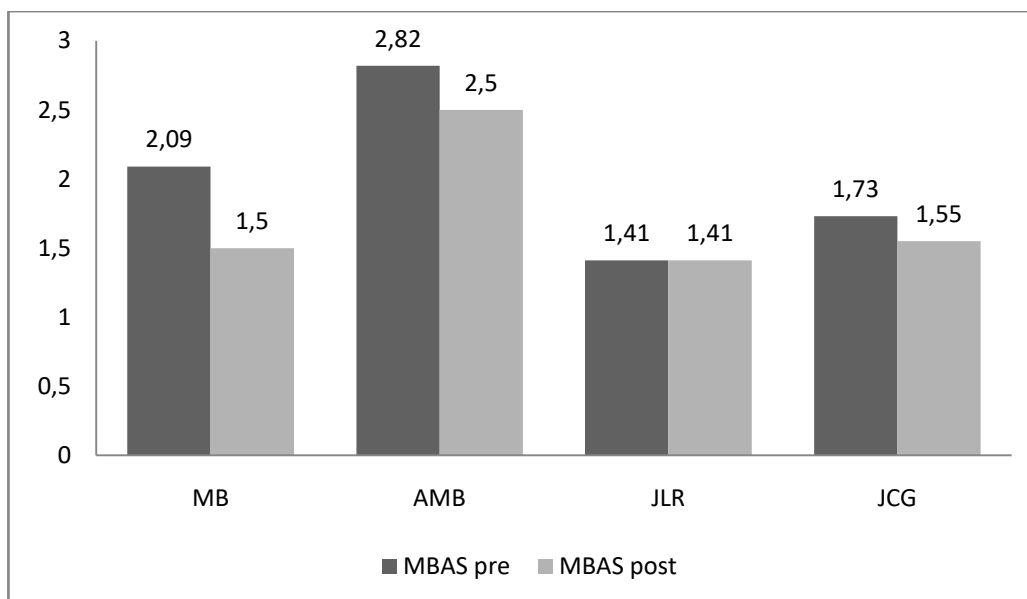
Respecto a las puntuaciones en sintomatología DM (ver Figura 2), existe una ligera disminución en las puntuaciones tras finalizar el programa. La reducción más notable sucede en el caso de AMB; aunque con una diferencia del 21,21%, lo que no alcanza un cambio fiable.

Figura 2: Gráfico de las puntuaciones pre y post en la escala MDDI



Los valores mostrados en la Figura 3, representan la variación en las puntuaciones sobre las actitudes de los participantes hacia su cuerpo. Las puntuaciones de MB son las que muestran una disminución mayor (28,23%). Sin embargo, ningún participante muestra una reducción en la escala MBAS suficiente como para afirmar que ha habido un cambio fiable.

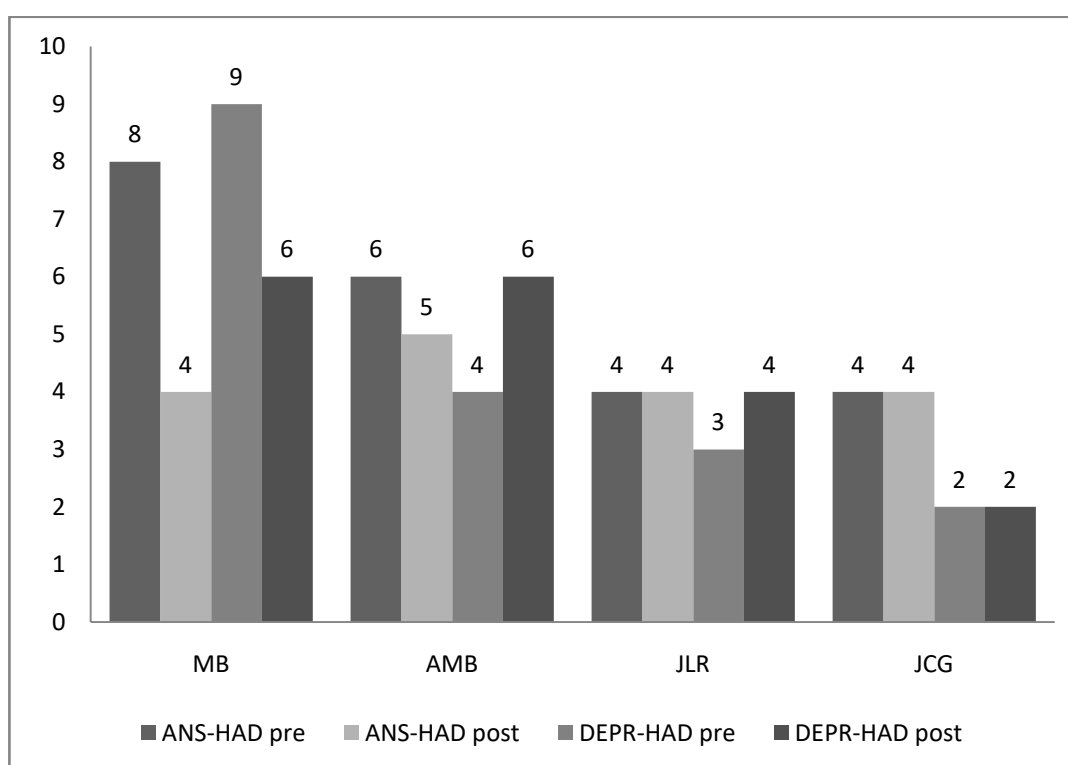
Figura 3: Gráfico de las puntuaciones pre y post en la escala MBAS



La gráfica de la Figura 4 muestra los valores de los participantes en sintomatología ansiosa y depresiva medidos con la escala HADS. En el caso de MB, tanto la sintomatología ansiosa como depresiva disminuyen de manera notable, 50% y 66,6%, respectivamente. La diferencia entre las puntuaciones de MB antes y después de la intervención está próxima al índice de cambio fiable, pero no lo superan, por tanto no se puede afirmar un cambio significativo.

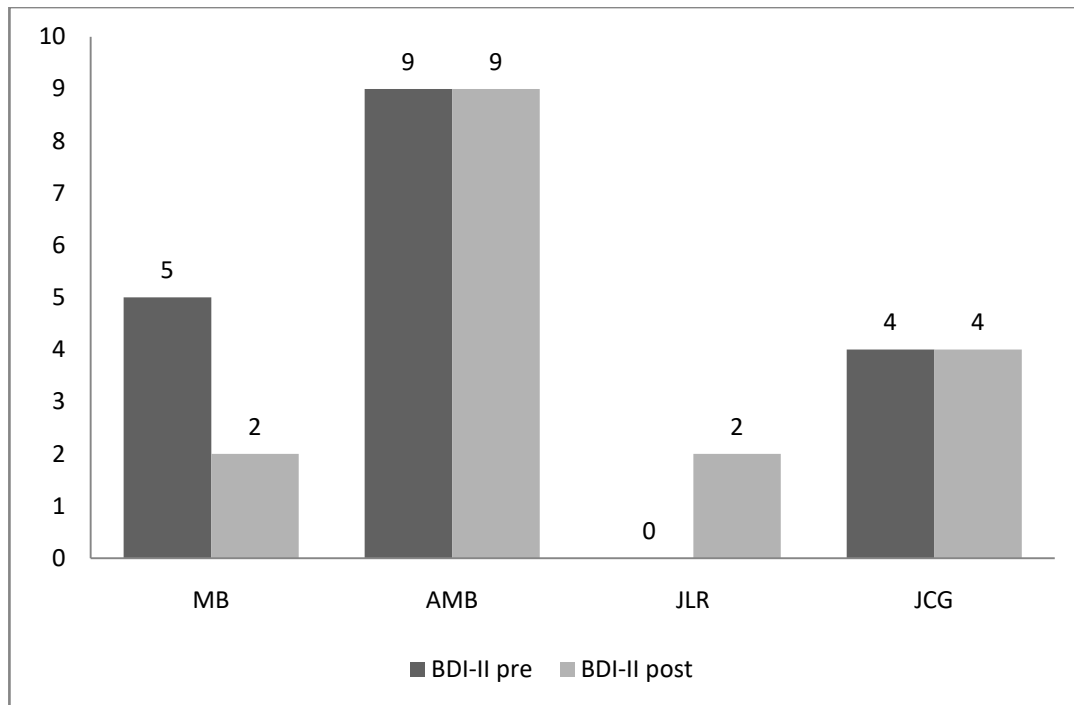
En esta gráfica merecen considerarse los valores de AMB y JLR en sintomatología depresiva; pues las puntuaciones post-intervención incrementan, aunque no de forma significativa.

Figura 4: Gráfico de las puntuaciones pre y post en la escala HADS



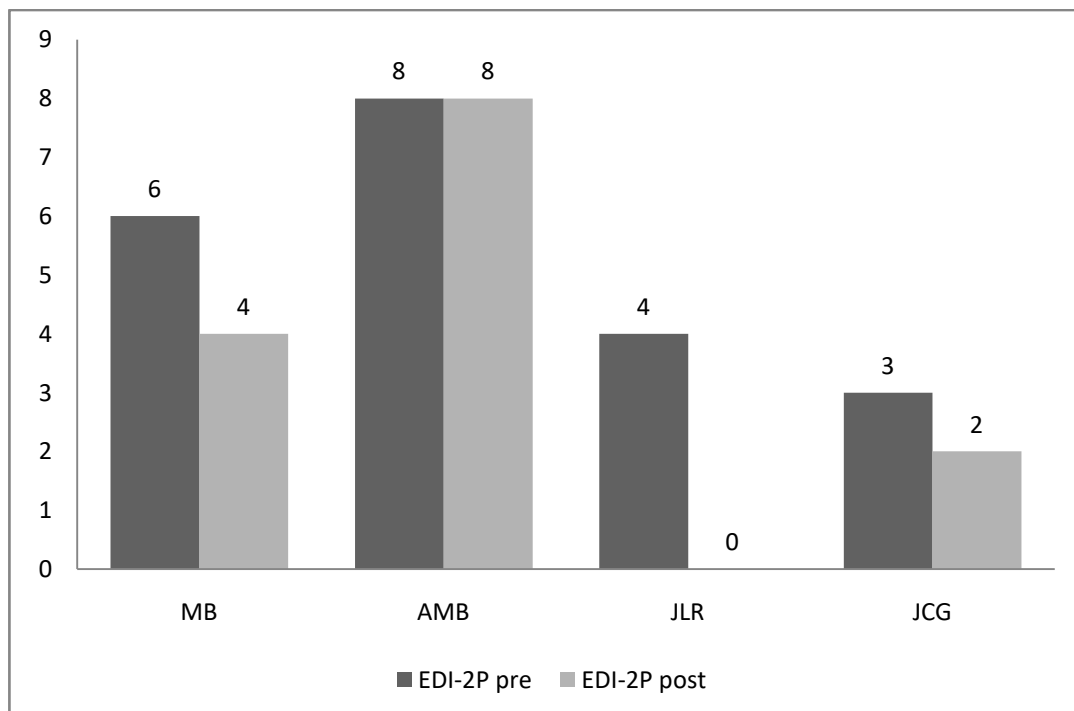
Esta tendencia se repite solo en el caso de JLR, se incrementa su sintomatología depresiva levemente en la escala BDI-II (ver Figura 5). En ninguno de los cuatro participantes las puntuaciones varían lo suficiente para considerarse un cambio fiable.

Figura 5: Gráfico de las puntuaciones pre y post en la escala BDI-II



Por último, la subescala de Perfeccionismo del cuestionario EDI-2 se muestra representada en la Figura 5, donde aparecen reducciones no significativas para todos los participantes excepto para AMB, que se mantiene en su puntuación inicial. El participante más cercano a alcanzar un cambio fiable fue JLR, cuya reducción fue a cero.

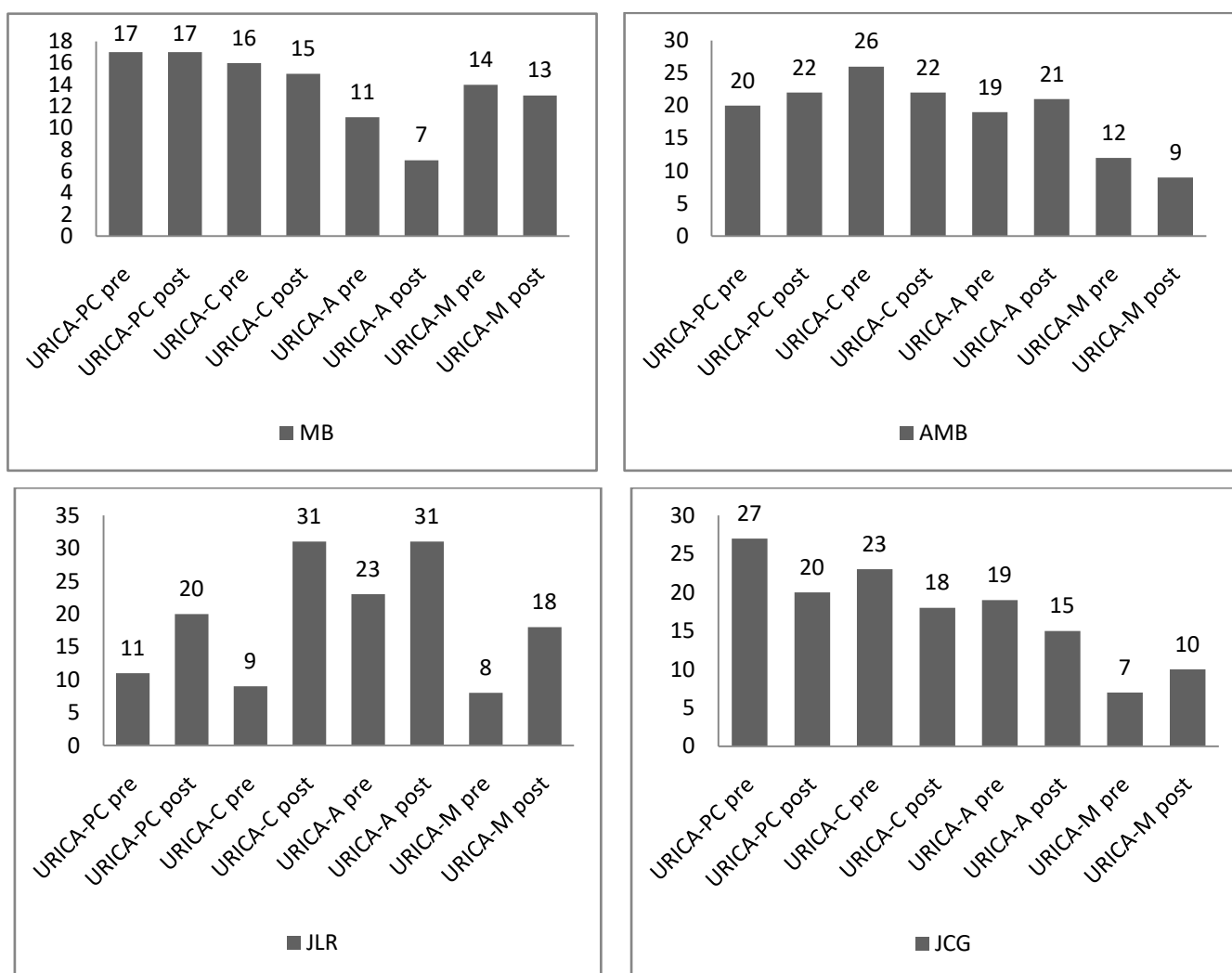
Figura 6: Gráfico de las puntuaciones pre y post en factor Perfeccionismo del EDI-2



Dada la ausencia de investigación en universitarios con la escala URICA, no se puede calcular el índice de cambio fiable. Además, visualmente, las gráficas de las puntuaciones (ver Figura 7) muestran resultados variados:

- En el caso de MB, sus valores en todas las subescalas se mantienen salvo una reducción del 36,36% para en la etapa de Acción.
- Por otro lado, AMB muestra leves aumentos en la etapa de Precontemplación (10%), una consecuente bajada en la etapa de Contemplación del 15%, y una reducción del 25% en la etapa de Mantenición.
- JCG también muestra reducciones en sus puntuaciones de Precontemplación (25,93%), Contemplación (21,74%) y Acción (21,05%), con un aumento notable en la etapa de Mantenición (42,86%).
- Por último, JLR es el único que muestra aumentos considerables en todas las subescalas: Precontemplación (25,93%), Contemplación (244,44%), Acción (34,78%) y Mantenición (125%).

Figura 7: Gráficos de las puntuaciones pre y post en las subescalas del cuestionario URICA



En la Tabla 4 aparecen reflejadas la media (M) y desviación típica (DT) de los 5 ítems de la escala de satisfacción. Respecto a los contenidos generales del programa y su nivel de satisfacción, todos los participantes consideraron que les había ayudado los contenidos referidos a la interacción social ($M=9$; $DT=1$). Las sesiones también les ayudó a tener una mayor confianza personal a la mayoría de los participantes, con medidas entre 8 y 10, excepto a uno de ellos que puntuó 0 este ítem ($M=6$; $DT=5,29$). El ítem con mejor puntuación es en relación con la alimentación, quien solo un participante puntúa elevado resultando en $M=3,33$; $DT=4,16$. En términos generales, el programa ha cumplido las expectativas de los participantes y ha sido satisfactorio ($M=8,33$; $DT=1,53$).

Tabla 4. Distribución de las medias de los ítems en la escala de satisfacción (Rango: 0-10).

Contenido de los ítems	M (DT)
¿El programa ha cumplido tus expectativas?	8,33 (1,53)
¿El programa te ha parecido útil para tus hábitos alimentarios?	3,33 (4,16)
¿El programa te ha parecido útil para mejorar tu confianza personal?	6 (5,29)
¿El programa te ha parecido útil para mejorar la relación social o tu relación con los demás?	9 (1)
En general, ¿estás satisfecho con el programa?	8,33 (1,53)

DISCUSIÓN

Las últimas décadas, las investigaciones han mostrado un creciente interés por la insatisfacción corporal masculina y el impacto psicológico en los varones de la interiorización del ideal de belleza orientado a la musculatura (Murray et al., 2012).

La preocupación crónica por no tener un cuerpo suficientemente musculado incluso teniendo una musculatura superior a la de población media se conoce por el término Dismorfia Muscular (Pope et al., 1997). Muchos casos subclínicos de DM podrían beneficiarse del tratamiento psicológico si se detectasen de una manera precoz, sin embargo, la falta de acuerdo en su clasificación diagnóstica dificulta la identificación de los síntomas y, consecuentemente, su tratamiento.

Debida la equivalencia de síntomas (Grieve, 2007), la elevada comorbilidad (Castro-López et al., 2013; Nieuwoudt et al., 2015) y la evidencia de migración entre diagnósticos (Olivardia et al., 2000; Greenberg, & Schoen, 2008; Murray et al., 2017), en este trabajo se incluye a la DM dentro

del Modelo Transdiagnóstico de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

La DM carece de un protocolo unificado para su tratamiento actualmente (Compre & Sepúlveda, 2014). La única intervención con un paciente diagnosticado con DM fue desarrollada por Murray y Griffiths (2015), a través del tratamiento basado en la familia (Lock & Le Grange, 2013).

El presente trabajo describe la aplicación de un programa de intervención a cuatro varones en riesgo de desarrollar DM y supone el único estudio hasta la fecha en el que se adapta el Modelo Maudsley (Treasure & Schmidt, 1997) a la sintomatología de la DM. El programa consiste en la adaptación del primer módulo, dirigido a entender la patología y lograr una adherencia al tratamiento y al compromiso con la salud.

Dado el análisis descriptivo de las puntuaciones de los participantes, no se puede afirmar que se trate de una muestra clínica, pues se obtienen valores dentro de la media de su grupo normativo. El impacto del programa en los participantes se manifestó de manera diferencial en cada uno de los participantes.

En el caso de MB, el cual presentó valores elevados en patología alimentaria y sintomatología depresiva al inicio del programa, es el único en el que se puede afirmar que ha habido un cambio en patología alimentaria. Este participante, también manifestó disminuciones en la sintomatología ansiosa y depresiva y en sus puntuaciones respecto a la actitud hacia su cuerpo. No manifestó variación en su motivación al cambio.

En cuanto a AMB, participante que mostró valores iniciales altos en patología alimentaria y DM, tras el tratamiento se redujeron aunque no significativamente sus valores en DM y aumentó su sintomatología depresiva. No manifestó aumento en su motivación al cambio.

El participante JCG, mostró valores altos en motivación al cambio que, a lo largo del programa, no se mantuvieron. Tampoco manifestó cambios destacables en ninguna variable medida.

Por último, JRL al igual que JCG mostró valores altos en motivación al cambio que aumentaron tras el paso en el programa de intervención. Asimismo, manifestó la disminución de sus puntuaciones en perfeccionismo y el aumento en sintomatología depresiva.

En cuanto a las hipótesis planteadas, el programa parece generar un aumento en la motivación al cambio cuando el participante ya mostraba puntuaciones elevadas y además, manifiesta

variaciones en otras variables, como en el caso de JRL. A diferencia de lo que se esperaba encontrar, por lo general los valores en sintomatología ansiosa y depresiva disminuyeron o se mantuvieron. Del mismo modo, ha habido cambios a nivel conductual que rechazan la hipótesis de no cambio. Estos resultados podrían indicar que el programa tiene efectos positivos en la sintomatología de los participantes, y que las consecuencias de darse cuenta de aspectos con los que se sienten insatisfechos no son tan aversivas como se esperaban.

Por último, el programa ha generado una elevada satisfacción y los participantes manifiestan que sus expectativas han sido cumplidas. Además, admiten la utilidad del programa en relación a su vida social. Por otro lado, el programa generó en los participantes una excelente adherencia dado que asistieron a la totalidad del programa y completaron todas las tareas propuestas para las sesiones.

LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo cuenta con una serie de limitaciones que hay que destacar. En primer lugar, se trata de un estudio piloto en el que no se cuenta ni con una muestra representativa, ni con un grupo control, ni con medidas de seguimiento a lo largo del tiempo. Por lo tanto se trata de un estudio de escasa validez interna, los resultados discutidos no se puede afirmar que correspondan a la efectividad del programa de intervención. La validez externa también es débil, debida a la baja representatividad de la muestra. Además, es posible que se haya generado efectos de la evaluación. Los participantes acceden al programa sabiendo que tendrá una remuneración económica, en comparación con el programa original, que se aplica a pacientes ingresadas en un hospital psiquiátrico.

Este programa de intervención se trata del inicio de una línea de investigación más compleja. Para mejorar las limitaciones, actualmente el estudio se encuentra en una etapa de captación para ampliar el número muestral que llegará a un estudio piloto. En la continuación de este trabajo, se analizará cualitativamente con el programa NVIVO los discursos durante la intervención, para profundizar más en las preocupaciones e intereses de las personas que tienen riesgo, para mejorar las estrategias de adherencia y de concienciación de la problemática, y lo que subyace a la misma.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ªed.). Arlington, VA: Autor.
- Baghurst, T.; Hollander, D.B.; Nardella, B. & Haff G. G. (2006). Change in sociocultural ideal male physique: An examination of past and present action figures. *Body Image*, 3(1), 87-91.
- Baghurst, T., Griffiths, S., & Murray, S. (2018). Boys and girls prefer hyper-muscular male action figures over normally-muscular action figures: Evidence that children have internalized the muscular male body ideal. *North American Journal of Psychology*, 20(1), 159-170.
- Beck, A. T.; Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Blashill, A. J. (2011). Gender roles, eating pathology, and body dissatisfaction in men: A meta-analysis. *Body Image*, 8, 1–11.
- Blomeley, D.; Phillipou, A. & Castle, D. J. (2018). Sizing it up: A Systematic Review of the Nosology of Muscle Dysmorphia. *Clinical Research in Psychology*, 1(1), 1-10.
- Carrotte, E., Prichard, I., & Lim, M. (2017). "Fitspiration" on Social Media: A Content Analysis of Gendered Images. *Journal of Medical Internet Research*, 19(3), 1-9.
- Cash, T. F. & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cash, T. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1-5.
- Cash, T. F. & Smolak, L. (2011) Understanding Body Images. Historical and Contemporary Perspectives. En Cash, T., & Smolak, L. (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 3-11). New York: Guilford Press.
- Castro-López, R.; Cachón-Zagalaz, J.; López-Barajas, D. M. & Sánchez, M. L. (2013). Muscle Dysmorphia and its relationship with the symptoms of Eating Disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 31-36.

- Chung, B. (2001). Muscle dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. *Perspectives in Biology and Medicine*, 44(4), 565-574.
- Compte, E. J., & Sepúlveda, A. R. (2014). Dismorfia muscular: Perspectiva histórica y actualización en su diagnóstico, evaluación y tratamiento. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22 2, 307-326.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. & Fairburn, C. G., (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cunningham, M. L.; Griffiths, S.; Mitchison, D.; Mond, J. M.; Castle, D. & Murray, S. B. (2017). Muscle Dysmorphia: An Overview of Clinical Features and Treatment Options. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 31(4), 255-271.
- Dos Santos, C. A.; Passarelli, P.; Stefano, S. C.; Touyz, S. W. & Medeiros, A. (2016). Systematic review of the diagnostic category muscle dysmorphia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(4), 322-333.
- Duggan, S. J. & McCreary, D. R. (2004). Body Image, Eating Disorders, and the Drive for Muscularity in Gay and Heterosexual Men. *Journal of Homosexuality*, 47(3-4), 45-58.
- Escoto, M. C.; Camacho, E. J.; Álvarez-Rayón, G. L.; Díaz, F. J. & Morales, A. (2012). Relación entre autoestima y síntomas de dismorfia muscular en varones fisicoconstructivistas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3, 11-18.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International journal of eating disorders*, 16(4), 363-370.
- Fairburn, C. G.; Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavioural therapy and the eating disorders*. Nueva York, EEUU: Guilford.
- Fatt, S. J., Fardouly, J., & Rapee, R. M. (2019). #malefitspo: Links between viewing fitspiration posts, muscular-ideal internalisation, appearance comparisons, body satisfaction, and exercise motivation in men. *New Media & Society*, 21(6), 1311-1325.

- Gardner, R. M. (2011). What Affects Body Size Estimation? The Role of Eating Disorders, Obesity, Weight Loss, Hunger, Restrained Eating, Mood, Depression, Sexual Abuse, Menstrual Cycle, Media Influences, and Gender. *Current Psychiatry Reviews*, 7(2), 96-103.
- Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory-2*. Odessa, FL: Psychological assessment resources.
- Garner, D.M. (1998). *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-2*. Madrid: TEA Ediciones S.A
- Gómez-Peña, M.; Penelo, E.; Granero, R.; Fernández-Aranda, F.; Álvarez-Moya; E., Santamaría, J. J.,... & Menchón, J. M. (2011). Motivation to change and pathological gambling: analysis of the relationship with clinical and psychopathological variables. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(2), 196-210.
- González-Martí, I.; Fernández, J. G.; Contreras, O. R. & Sokolova, M. (2017). Muscle dysmorphia: detection of the use-abuse of anabolic adrogenic steroids in a Spanish sample. *Adicciones*, 30 (4), 243-250.
- Greenberg, S. T. & Schoen, E. G. (2008). Males and eating disorders: Gender-based therapy for eating disorder recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 464.
- Grieve, F. G. (2007). A Conceptual Model of Factors Contributing to the Development of Muscle Dysmorphia. *Eating Disorders*, 15(1), 63-80.
- Griffiths, S., Murray, S. B., & Touyz, S. (2015). Extending the masculinity hypothesis: An investigation of gender role conformity, body dissatisfaction, and disordered eating in young heterosexual men. *Psychology of Men & Masculinity*, 16(1), 1-6.
- Grogan, S. (2017). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Hagman, J., Gardner, R. M., Brown, D. L., Gralla, J., Fier, J. M., & Frank, G. K. (2015). Body size overestimation and its association with body mass index, body dissatisfaction, and drive for thinness in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(4), 449-455.
- Heinberg, L. J. (2001) Theories of body image disturbance: perceptual, developmental, and sociocultural factors. En Thompson, J. K. (Ed.). *Body image, eating disorders, and obesity : An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 27-48). Washington, DC: APA.

- Hernández-Martínez, A. (2018). *Detección de síntomas de dismorfia muscular en atletas* (Tesis Doctoral). Universidad de Castellala Mancha, España.
- Hildebrandt, T.; Langenbucher, J. & Schlundt, D. G. (2004). Muscularity concerns among men: Development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1(2), 169-181.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Klimek, P., Murray, S., Brown, T., Gonzales IV, M., & Blashill, A. (2018). Thinness and muscularity internalization: Associations with disordered eating and muscle dysmorphia in men. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 352-357.
- Leone, J. E.; Sedory, E. J. & Gray, K. A. (2005). Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *Journal of athletic training*, 40(4), 352.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family based approach* (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Magallares, A. (2013). Masculinity, drive for muscularity and eating concerns in men. *Suma Psicológica*, 20(1), 83-88.
- McConaughy, E. A.; Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 20(3), 368-375.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de las conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar* (3ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Murray, S. B.; Rieger, E.; Touyz, S. W. & De la Garza, Y. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 483-491.

- Murray, S. B.; Rieger, E.; Hildebrandt, T.; Karlov, L.; Russell, J.; Boon, E.; Dawson, R. T.; & Touyz, S. W. (2012). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9(2), 193-200.
- Murray, S. B., & Griffiths, S. (2015). Adolescent muscle dysmorphia and family-based treatment: A case report. *Clinical child psychology and psychiatry*, 20(2), 324-330.
- Murray, S., Griffiths, S., & Mond, J. (2016). Evolving eating disorder psychopathology: Conceptualising muscularity-oriented disordered eating. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 208(5), 414-415
- Murray, S. B.; Griffiths, S.; Mitchison, D. & Mond, J. M. (2017). The transition from thinness-oriented to muscularity-oriented disordered eating in adolescent males: A clinical observation. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), 353-355.
- Nieuwoudt, J. E.; Zhou, S.; Coutts, R. A., & Booker, R. (2015). Symptoms of muscle dysmorphia, body dysmorphic disorder, and eating disorders in a nonclinical population of adult male weightlifters in Australia. *The Journal of Strength y Conditioning Research*, 29, 1406-1414.
- Olivardia, R.; Pope, H. G. & Hudson, J. I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1291-1296.
- Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard review of psychiatry*, 9, 254-259.
- Paap, C.E. & Gardner, R. M. (2011). Body image disturbance and relationship satisfaction among college students. *Personality and Individual Differences*, 51(6), 715-719.
- Pardo, A., & Ferrer, R. (2013). Significación clínica: falsos positivos en la estimación del cambio individual. *Anales de Psicología*, 29(2), 301-310.
- Penelo, E.; Villarroel, A. M.; Portell, M. & Raich, R. M. (2012). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q): An initial trial in Spanish male undergraduates. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 76-83.
- Penley, J.; Wiebe, J. & Nwosu, A. (2003). Psychometric properties of the Spanish Beck Depression Inventory-II in a medical sample. *Psychological Assessment*, 15(4), 569-577.
- Pope Jr, H. G.; Gruber, A. J.; Choi, P.; Olivardia, R. B. A.; & Phillips, K. A. (1997). Muscle

dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548-557.

Pope, H. G. J., Olivardia, R., Gruber, A. J. & Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 65-72.

Pope, C. G., Pope, H. G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R. y Phillips, K. A. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body image*, 2, 395-400.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Saiphoo, & Vahedi. (2019). A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Computers in Human Behavior*, 101, 259-275. A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Computers in Human Behavior*, 101, 259-275.

Sandín, B.; Chorot, P. & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203.

Sanz, J.; Navarro, M. E. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29(124), 239-288.

Sepúlveda, A. R.; Botella, J. & León, J. A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: Un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.

Sepúlveda, A. R.; Anastasiadou, D.; de Pellegrini, Y.; Parls, M.; Blanco, M.; García, P. & Bustos, C. (2016). A confirmatory factor analysis of the Male Body Attitudes Scale (MBAS) among Spanish adolescent males. *Men & Masculinities*, 19, 1-19.

Sepúlveda, A. R.; Rica, R.; Moreno, A.; Román, F. J. & Compte, E. J. (2019). Assessing the male body image: Spanish validation of two instruments. *Psychiatry research*, 272, 483-490.

Sreshta, N.; Pope, H. G.; Hudson, J. I. & Kanayama, G. (2017) Muscle Dysmorphia. En Phillips, K. (Ed.). *Body Dysmorphic Disorder: Advances in Research and Clinical Practice*. New York: Oxford University Press.

Stice, E.; Marti, C. N. & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the

proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of abnormal psychology*, 122(2), 445-457.

Terol, M. C.; López-Roig, S.; Rodríguez-Marín, J.; Martí-Aragón, M.; Pastor, M. A. & Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 163-176.

Thomas, J. J.; Vartanian, L. R. & Brownell, K. D. (2009). The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychological bulletin*, 135(3), 407-433.

Tiggemann, M. (2011) Sociocultural Perspectives on Human Appearance and Body Image. En Cash, T., & Smolak, L. (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 12-19). New York: Guilford Press.

Tiggemann, M., & Zaccardo, M. (2018). ‘Strong is the new skinny’: A content analysis of #fitspiration images on Instagram. *Journal of Health Psychology*, 23(8), 1003-1011.

Treasure, J. & Schmidt, U. (1997). *Getting better bite by bite: A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders*. East Sussex: Psychology Press Ltd.

Treasure, J., & Ward, A. (1997). A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 5(2), 102-114.

Tylka, T. L.; Bergeron, D. & Schwartz, J. P. (2005). Development and psychometric evaluation of the Male Body Attitudes Scale (MBAS). *Body image*, 2(2), 161-175.

Wade, T. D., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). A case series evaluation of the Maudsley Model for treatment of adults with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 382-389.

Wilhelm, S.; Phillips, K. A. & Steketee, G. (2012). *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A treatment manual*. New York: Guilford Press.

Wilson, K. G. & Luciano, M. C (2002) *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

ANEXOS



Estudio de investigación
Programa asesoramiento psicológico para
jóvenes adultos deportistas

**CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PARA
PARTICIPANTES**

EDE-Q

Estas cuestiones hacen referencia sólo a los últimos 28 días (4 semanas). Por favor, lee con atención cada pregunta y señala el número que describa mejor a tu situación. Por favor responde a todas las preguntas.

En los últimos 28 días (4 semanas), cuántas veces...	Ningún día	1 a 5 días	6 a 12 días	13 a 15 días	16 a 22 días	23 a 27 días	Todos los
1. ¿Has intentado limitar deliberadamente la cantidad de comida que comes para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
1a. ¿Has intentado aumentar deliberadamente la cantidad de comida que comes para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
2. ¿Has pasado por períodos de 8 o más horas de vigilia sin comer nada para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
2a. ¿Has comido cada 3 horas o menos para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has intentado evitar comer algunos alimentos que te gustan para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has intentado seguir reglas determinadas en tu alimentación destinadas a influir en tu silueta o peso; por ejemplo, limitar calorías, la cantidad total de ingesta, o normas como cuánto o cuándo comer?	0	1	2	3	4	5	6
5. ¿Has deseado que tu estómago esté vacío?	0	1	2	3	4	5	6
6. ¿Pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
6a. ¿Pensar en alimentos o su contenido proteico ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
7. ¿Has tenido miedo de perder el control sobre la comida?	0	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has tenido episodios de atracones?	0	1	2	3	4	5	6
9. ¿Has comido en secreto (exceptuando atracones)?	0	1	2	3	4	5	6
10. ¿Has tenido un claro deseo de tener el vientre plano?	0	1	2	3	4	5	6
10a. ¿Has tenido un claro deseo de tener marcados los abdominales?	0	1	2	3	4	5	6
11. ¿Pensar en la silueta o el peso ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado cómo, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
12. ¿Has sentido un claro temor de engordar o de convertirte en obeso/a?	0	1	2	3	4	5	6
12a. ¿Has sentido un claro temor de adelgazar o de quedarte delgado/a?	0	1	2	3	4	5	6
13. ¿Te has sentido gordo/a?	0	1	2	3	4	5	6
13a. ¿Te has sentido delgado/a?	0	1	2	3	4	5	6
14. ¿Has sentido un fuerte deseo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6
14a. ¿Has sentido un fuerte deseo de ganar peso?	0	1	2	3	4	5	6

En los últimos tres meses...

Ninguna vez
 Alguna vez
 Menos de la mitad de las veces
 La mitad de las veces
 Más de la mitad de las veces
 La mayoría de la veces
 Siempre

	0	1	2	3	4	5	6
15. ¿Cuántas veces te has sentido culpable después de comer por el efecto que pueda tener en tu silueta y peso (exceptuando atracones)?							
16. ¿Ha habido veces en las que has sentido que has comido lo que para otras personas es una cantidad anormalmente grande de comida en esas circunstancias?				SÍ <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
17. En caso afirmativo: ¿Cuántas veces a la semana han tenido lugar como promedio estos episodios de sobreingesta (en los últimos tres meses)? _____							
18. En caso afirmativo: ¿Durante cuántos de estos episodios de sobreingesta has tenido la sensación de perder el control sobre lo que comías? _____							
19. ¿Ha habido otros episodios en los que has tenido la sensación de perder el control y comer demasiado, sin que haya sido una cantidad anormalmente grande en esas circunstancias?				SÍ <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
20. En caso afirmativo: ¿Cuántas veces han tenido lugar estos episodios (en los últimos tres meses)? _____							
21. En los pasados tres meses ¿Te has provocado el vómito para controlar tu figura o tu peso?				SÍ <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
22. En caso afirmativo: ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en los últimos tres meses)? _____							
23. ¿Has tomado laxantes para controlar tu figura o tu peso?				SÍ <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
24. En caso afirmativo: ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en los últimos tres meses)? _____							
25. ¿Has tomado diuréticos para controlar tu figura o tu peso?				SÍ <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
26. En caso afirmativo: ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en los últimos tres meses)? _____							
27. ¿Has realizado ejercicio enérgico para controlar tu figura o tu peso?				SÍ <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
28. En caso afirmativo: ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en los últimos tres meses)? _____							
27a. ¿Has consumido batidos o complementos proteicos para controlar tu figura o tu peso?				SÍ <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
28a. En caso afirmativo: ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en los últimos tres meses)? _____							
27b. ¿Has comenzado algún ciclo de esteroides anabolizantes para controlar tu figura o tu peso?				SÍ <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
28b. En caso afirmativo: ¿Cuántos ciclos has comenzado en los últimos 3 meses?: _____							

Durante los últimos 28 días (4 semanas)...

	Nada	Ligeramente		Moderadamente		Intensamente	
29 ¿Ha influido tu peso en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
30 ¿Ha influido tu figura en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
31 ¿En qué medida te molestaría si tuvieras que pesarte una vez por semana durante los próximos tres meses?	0	1	2	3	4	5	6
32 ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu peso?	0	1	2	3	4	5	6
33 ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu figura?	0	1	2	3	4	5	6
34 ¿En qué grado te ha preocupado que otra gente te vea comer?	0	1	2	3	4	5	6
35 ¿En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, en el espejo, reflejado en una vidriera, cuando te desvistes o te duchas?	0	1	2	3	4	5	6
36 ¿En qué grado te has sentido incómodo/a cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropas ajustadas?	0	1	2	3	4	5	6

MMDI

Por favor, en las siguientes frases indique en una escala de 1 a 5 (1 significa nunca, 5 significa siempre) la manera en la que habitualmente piensa, siente o se comporta.

1. Creo que mi cuerpo es demasiado pequeño.	1	2	3	4	5
2. Llevo ropa holgada para que la gente no pueda ver mi cuerpo.	1	2	3	4	5
3. Odio mi cuerpo.	1	2	3	4	5
4. Deseo poder ser más grande.	1	2	3	4	5
5. Creo que mi pecho es demasiado pequeño.	1	2	3	4	5
6. Creo que mis piernas son demasiado delgadas.	1	2	3	4	5
7. Siento que tengo demasiada grasa corporal.	1	2	3	4	5
8. Desearía que mis brazos fuesen más grandes.	1	2	3	4	5
9. Tengo mucha timidez a la hora de permitir que otras personas me vean sin camiseta.	1	2	3	4	5
10. Me siento ansioso cuando pierdo uno o más días de entrenamiento.	1	2	3	4	5
11. Dejo pasar actividades sociales con amigos debido a mi horario de entrenamiento.	1	2	3	4	5
12. Me siento deprimido cuando pierdo un día o más de entrenamiento.	1	2	3	4	5
13. Dejo pasar oportunidades para conocer gente nueva debido a mi horario de entrenamiento.	1	2	3	4	5

MBAS

Por favor, a continuación indica con qué frecuencia las siguientes afirmaciones se identifican a cómo tú te ves o evalúas tu imagen corporal.

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Habitualmente	Siempre
1. Creo que tengo muy poco músculo en mi cuerpo.	1	2	3	4	5	6
2. Creo que mi cuerpo debe ser más delgado.	1	2	3	4	5	6
3. Desearía que mis brazos fueran más fuertes.	1	2	3	4	5	6
4. Me siento satisfecho con la definición de mis abdominales (ej. músculos del abdomen).	1	2	3	4	5	6
5. Creo que mis piernas no son lo suficientemente musculosas.	1	2	3	4	5	6
6. Creo que mis pectorales deben ser más anchos.	1	2	3	4	5	6
7. Creo que mis hombros son demasiado estrechos.	1	2	3	4	5	6
8. Me preocupa que mi estómago sea demasiado flácido.	1	2	3	4	5	6
9. Creo que mis brazos deben ser más grandes (ej. más musculosos).	1	2	3	4	5	6
10. Me siento insatisfecho con la constitución global de mi cuerpo.	1	2	3	4	5	6
11. Creo que mis gemelos deben ser más grandes (ej. más musculosos).	1	2	3	4	5	6
12. Creo que tengo demasiada grasa en mi cuerpo.	1	2	3	4	5	6
13. Creo que mis abdominales no están lo suficientemente marcados.	1	2	3	4	5	6
14. Creo que mi espalda debe ser más ancha y más definida.	1	2	3	4	5	6
15. Creo que mis pectorales deben ser más anchos y más definidos.	1	2	3	4	5	6
16. Me siento satisfecho con la forma de mis brazos.	1	2	3	4	5	6
17. Me siento satisfecho con el tamaño y la forma de mi cuerpo.	1	2	3	4	5	6
18. El haber comido dulces, pasteles u otros alimentos con alto contenido calórico ¿te ha hecho sentir gordo o débil?	1	2	3	4	5	6
19. ¿Te has sentido alguna vez excesivamente grande o redondo? (ej. gordo)	1	2	3	4	5	6
20. ¿Te has sentido avergonzado del tamaño o forma de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
21. Ver tu reflejo (por ejemplo, en el espejo o en la ventana), ¿te ha hecho sentir mal acerca de tu tamaño y figura?	1	2	3	4	5	6
22. ¿Has estado tan preocupado acerca del tamaño y forma de tu cuerpo que has sentido que deberías de hacer dieta?	1	2	3	4	5	6

HADS

Lea cada pregunta y marque la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana (marque una única respuesta para cada pregunta).

1. Me siento tenso/a y ansioso/a.

1. Casi todo el día
2. Gran parte del día
3. De vez en cuando
4. Nunca

2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre

1. Ciertamente, igual que antes
2. No tanto como antes
3. Solamente un poco
4. Ya no disfruto con nada

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder

1. Sí y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
3. Si, pero no me preocupa
4. No siento nada de eso

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

1. Igual que siempre
2. Actualmente, algo menos
3. Actualmente, mucho menos
4. Actualmente, en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

1. Casi todo el día
2. Gran parte del día
3. De vez en cuando
4. Nunca

6. Me siento alegre

1. Nunca
2. Muy pocas veces
3. En algunas ocasiones
4. Gran parte del día

7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente

1. Siempre
2. A menudo
3. Raras veces
4. Nunca

8. Me siento lento/a y torpe

1. Nunca
2. Muy pocas veces
3. En algunas ocasiones
4. Gran parte del día

9. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago.

1. Siempre
2. A menudo
3. Raras veces
4. Nunca

10. He perdido el interés por mi aspecto personal

1. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
3. Puede que no me cuide como debería
4. Me cuido como siempre lo he hecho

11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme.

1. Realmente mucho
2. Bastante
3. No mucho
4. En absoluto

12. Espero las cosas con ilusión.

1. Como siempre
2. Algo menos que antes
3. Mucho menos que antes
4. En absoluto

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

1. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
3. Raramente
4. Nunca

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de televisión

1. A menudo
2. Algunas veces
3. Pocas veces
4. Nunca

BDI-II

Por favor, lea con atención cada ítem y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en que se has sentido **durante la última semana, incluido el día de hoy**. Asegúrese de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 y 18.

1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No siento que las cosas mejoren.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.

3. Sentimientos de fracaso

- 0 No me siento fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Pérdida de placer

- 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No creo que esté siendo castigado.
- 1 Siento que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno mismo

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1 He perdido confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto.

8. Autocríticas

- 0 No me critico o me culpo más que antes.
- 1 Soy más crítico conmigo mismo que antes.
- 2 Critico todos mis defectos.
- 3 Me culpo de todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos de suicidio

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

0 Tomo las decisiones más o menos como siempre.

1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.

2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

0 No me siento inútil.

1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.

2 Me siento inútil en comparación con otras personas.

3 Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía de la que solía tener.

2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.

3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el patrón de sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

1 a) Duermo algo más de lo habitual.

b) Duermo algo menos de lo habitual.

2 a) Duermo mucho más de lo habitual.

b) Duermo mucho menos de lo habitual.

3 a) Duermo la mayor parte del día.

b) Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0 No estoy más irritable de lo habitual.

1 Estoy más irritable de lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.

3 Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1 a) Mi apetito es algo menor de lo habitual.

b) Mi apetito es algo mayor de lo habitual.

2 a) Mi apetito es mucho menor que antes.

b) Mi apetito es mucho mayor que antes.

3 a) He perdido completamente el apetito.

b) Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como siempre.

2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.

3 No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.

1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.

2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.

3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de interés por el sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.

2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.

3 He perdido completamente el interés por el sexo.

EDI-2

Por favor, en las siguientes frases indique en una escala de 0 a 5 (0 significa nunca, 5 significa siempre) la manera en la que habitualmente piensa, siente o se comporta.

1. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.	0	1	2	3	4	5
2. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.	0	1	2	3	4	5
3. Me fastidia no ser el mejor en todo.	0	1	2	3	4	5
4. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.	0	1	2	3	4	5
5. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.	0	1	2	3	4	5
6. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.	0	1	2	3	4	5

ESCALA URICA

Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

Puntuación: 1. Totalmente en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. Bastante de acuerdo 5 Totalmente de acuerdo

1. Que yo sepa, no tengo problemas relacionados con mi cuerpo que necesite cambiar.	1	2	3	4	5
2. Creo que podría estar preparado para mejorar de alguna manera mi problema relacionado con mi cuerpo.	1	2	3	4	5
3. Estoy haciendo algo respecto a los problemas que han estado molestándome.	1	2	3	4	5
4. Puede que valga la pena que trabaje para solucionar mi problema relacionado con mi cuerpo.	1	2	3	4	5
5. No considero que tenga ningún problema relacionado con mi cuerpo. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.	1	2	3	4	5
6. Me preocupa que yo pueda recaer en un problema que ya he cambiado, y estar aquí me puede servir de ayuda.	1	2	3	4	5
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema relacionado con mi cuerpo.	1	2	3	4	5
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar lo que siento en relación a mi cuerpo.	1	2	3	4	5
9. Ya he hecho cambios tratando de mejorar mi problema relacionado con mi cuerpo, pero no estoy seguro que pueda mantener el esfuerzo yo solo.	1	2	3	4	5
10 A veces cambiar es difícil, pero estoy trabajando para resolverlo.	1	2	3	4	5
11. Estar aquí es una pérdida de tiempo, porque el problema del cual se está hablando no tiene nada que ver conmigo.	1	2	3	4	5
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor.	1	2	3	4	5
13. Imagino que tengo defectos, pero no hay nada que realmente necesite cambiar.	1	2	3	4	5
14. Realmente estoy esforzándome mucho para cambiar.	1	2	3	4	5
15. Tengo un problema relacionado con mi cuerpo y realmente pienso que debiera darle una solución.	1	2	3	4	5

16. No me veo capaz de mantener los cambios que ya he hecho, y estoy aquí para prevenir una recaída en antiguas conductas.	1	2	3	4	5
17. Aunque no he tenido éxito en lograr cambios, al menos estoy trabajando para resolver mi problema relacionado con mi cuerpo.	1	2	3	4	5
18. Pensaba que una vez que resolviera mi problema me sentiría liberado, pero a veces me encuentro presionado por él.	1	2	3	4	5
19. Me gustaría tener más ideas respecto a cómo resolver mi problema.	1	2	3	4	5
20. He comenzado a enfrentar mis problemas, pero me gustaría recibir ayuda.	1	2	3	4	5
21. Quizá en este lugar puedan ayudarme.	1	2	3	4	5
22. Actualmente puedo necesitar ayuda para mantener los cambios que ya he logrado.	1	2	3	4	5
23. Puede que yo sea parte del problema, pero realmente no creo que sea así.	1	2	3	4	5
24. Espero que alguien de aquí me pueda entregar buenos consejos.	1	2	3	4	5
25. Todo el mundo puede hablar acerca de cambiar; yo realmente estoy haciendo algo para cambiar.	1	2	3	4	5
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué las personas simplemente no olvidan sus problemas?	1	2	3	4	5
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad que yo pueda recaer en mi problema relacionado con mi cuerpo.	1	2	3	4	5
28. Es frustrante, pero siento que pudiera tener una reaparición del problema que pensaba que ya había resuelto.	1	2	3	4	5
29. Tengo tantos problemas como cualquier persona. ¿Por qué malgastar el tiempo pensando en ellos?	1	2	3	4	5
30. Estoy trabajando activamente en mi problema relacionado con mi cuerpo.	1	2	3	4	5
31. Me gustaría asumir mis defectos, más que intentar cambiarlos.	1	2	3	4	5
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, éste vuelve a aparecer y eso me preocupa.	1	2	3	4	5

Proyecto de investigación: *Programa asesoramiento sobre hábitos alimentarios, actividad física e imagen corporal en varones.*

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACION PARA PARTICIPANTES

Usted ha sido invitado a participar en un programa de investigación. Antes de decidir si desea participar o no, es importante que entienda por qué se está realizando. Si tiene alguna duda o si desea más información, por favor póngase en contacto con nosotros.

¿Cuál es el objetivo del presente estudio?

El objetivo de este estudio es evaluar la aceptación de un programa de asesoramiento centrado exclusivamente en varones jóvenes.

El programa consta de **5 sesiones individuales** semanales (más una de evaluación), con una duración aproximada de un mes en las que se tratarán temas sobre los hábitos de vida (actividad física, hábitos alimentarios saludables), el bienestar psicológico (estado del ánimo, autoestima) y la percepción de relación entre ejercicio físico y salud.

¿Cuál es el procedimientos del estudio?

El programa consta de cinco sesiones, un día a la semana, en el horario que acordemos en función a su disponibilidad. Las sesiones se desarrollarán en las instalaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Cada sesión tiene una duración de entre 60 y 90 minutos, aproximadamente.

En la primera sesión, se le hará una entrevista y se le entregarán los cuestionarios a completar.

El programa proporciona todos los materiales (Ej.: audiovisuales) necesarios para llevar a cabo las sesiones. Usted no requiere llevar ningún material específico.

¿Cuáles son los riesgos y beneficios?

Se considera un estudio de mínimo riesgo ya que las pruebas que en él se realizan (cuestionarios, entrevistas) conllevan un riesgo de complicaciones mínimo.

En todo momento, podrá tener acceso a sus resultados de las pruebas realizadas. Es posible que no obtenga ningún beneficio para su salud por participar en este estudio.

¿Cuáles son los costes del estudio?

Asistir a este programa de asesoramiento es **totalmente gratuito**.

Además, se obsequiará al participante con **15 euros** que recibirá tras la finalización del taller.

¿Tengo que participar?

Contar con su colaboración para llevar a cabo este estudio es útil para la mejora de los programas de prevención e intervención en varones sobre hábitos de salud relacionados con la alimentación y la actividad física.

Depende de usted decidir si desea participar o no, es **completamente voluntario**. Si usted decide participar, se le facilitará esta Hoja de Información y se le pedirá que firme una Hoja de Consentimiento.

Si decide tomar parte de la presente investigación, sigue estando libre de retirarse en cualquier momento sin dar ninguna razón. En este caso, todos los datos que usted habrá proporcionado en este estudio, también serían retirados de nuestras bases de datos y archivos.

Confidencialidad

Toda la información que usted proporcione durante el curso del estudio, se mantendrá estrictamente **confidencial** y sólo será accesible a las personas autorizadas (es decir, a los miembros del personal empleado en el proyecto). Los datos serán utilizados únicamente con fines de investigación. Ningún participante será mencionado en los resultados del programa.

Los datos serán protegidos según el Reglamento (UE) 2016/679 y el Consejo, de 27 de Abril de 2016 (Reglamento General sobre la Protección de Datos) y demás normativa vigente en materia de protección de datos personales. Tiene derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de los datos y los de limitación y oposición a su tratamiento contactando con las personas organizadoras que se mencionan a continuación.

¿Quién organiza este estudio?

El estudio está siendo llevado a cabo por la Universidad Autónoma de Madrid. La investigadora principal en la Universidad del presente estudio es la Dra. Ana Rosa Sepúlveda. Si desea obtener más información sobre esta investigación, puede ponerse en contacto con:

- Dra. Ana Rosa Sepúlveda. Universidad Autónoma de Madrid. Tlf: 914975214; email: anarosa.sepulveda@uam.es.
- Robin Rica. Universidad Autónoma de Madrid. Tlf: 619287779; email: robin.rica@estudiante.uam.es.
- Sara Foguet. Universidad Autónoma de Madrid. Tlf: 616234233; email: sara.foguet@estudiante.uam.es.

Si desea participar en este estudio, por favor, guarde esta Hoja de Información y una copia firmada del formulario de consentimiento informado para sus propios archivos.

Proyecto de investigación: Programa asesoramiento sobre hábitos alimentarios, actividad física e imagen corporal en varones.

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Nombre de la investigadora principal: ANA ROSA SEPÚLVEDA

Por favor, lea detenidamente este apartado y, si está conforme, firme y ponga la fecha en la casilla preparada para ello más abajo.

1. Se me han facilitado los detalles y riesgos conocidos de los procedimientos del estudio que puedo realizar.
2. Comprendo que soy libre de acceder o negarme a participar y que puedo suspender mi participación en cualquier momento sin dar explicaciones y sin que ello afecte al seguimiento de mi tratamiento. Conservaré todos mis derechos a recibir tratamiento.
3. Accedo a que los datos recogidos en el estudio se utilicen con los fines descritos, incluida la transferencia de datos y su procesado con respeto a la confidencialidad de mis datos personales.
4. He leído y comprendido la información presentada en este documento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas.
5. He recibido una copia de la hoja de información al participante (2 páginas mecanografiadas por una sola cara) y de este documento de consentimiento informado (1 página mecanografiada por una sola cara), firmada y fechada en la página 3.

ACCEDO LIBREMENTE A PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

A firmar simultáneamente, es decir, en la misma fecha, por todas las partes:

Nombre del participante (CON MAYÚSCULAS)	Fecha	Firma
---	-------	-------

Nombre del Psicólogo/a	Fecha	Firma
------------------------	-------	-------

Copia para el participante

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Nombre de la investigadora principal: ANA ROSA SEPÚLVEDA

Por favor, lea detenidamente este apartado y, si está conforme, firme y ponga la fecha en la casilla preparada para ello más abajo.

1. Se me han facilitado los detalles y riesgos conocidos de los procedimientos del estudio que puedo realizar.
2. Comprendo que soy libre de acceder o negarme a participar y que puedo suspender mi participación en cualquier momento sin dar explicaciones y sin que ello afecte al seguimiento de mi tratamiento. Conservaré todos mis derechos a recibir tratamiento.
3. Accedo a que los datos recogidos en el estudio se utilicen con los fines descritos, incluida la transferencia de datos y su procesado con respeto a la confidencialidad de mis datos personales.
4. He leído y comprendido la información presentada en este documento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas.
5. He recibido una copia de la hoja de información al participante (2 páginas mecanografiadas por una sola cara) y de este documento de consentimiento informado (1 página mecanografiada por una sola cara), firmada y fechada en la página 3.

ACCEDO LIBREMENTE A PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

A firmar simultáneamente, es decir, en la misma fecha, por todas las partes:

_____ Nombre del participante (CON MAYÚSCULAS)	_____ Fecha	_____ Firma
--	----------------	----------------

_____ Nombre del Psicólogo/a	_____ Fecha	_____ Firma
---------------------------------	----------------	----------------

Copia para el investigador

Formulario de consentimiento

Yo, _____ autorizo a los/las investigadores/as a realizar grabaciones de **audio solo** / **video y audio**, durante las cinco sesiones (más una evaluación) que tengan conmigo con objeto de que pueda ser estudiada y utilizada únicamente con fines de investigación, y exclusivamente por parte de las personas autorizadas (es decir, a los miembros del personal empleado en el proyecto). El equipo se compromete a que la utilización de estas grabaciones en ningún caso supondrá un daño a su honra e intimidad y no serán explotados con fines lucrativos ni compartidos en plataformas digitales.

Entiendo que todas aquellas personas que pudieran estar en contacto con dichas acciones están sujetas al artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen; y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Manifiesto haber leído y entendido el presente formulario y estar de acuerdo con las acciones planteadas en el mismo.

Fecha y firma:

Nombre (OPCIONAL): _____

Fecha: _____

Por favor completa este formulario. Después de cada pregunta, señala con un círculo el número que mejor describe la respuesta. Puedes añadir comentarios siempre que lo desees.

1. ¿El programa ha cumplido tus expectativas?

No ha cumplido

Más de lo que esperaba

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comentarios: _____

2. ¿El programa te ha parecido útil para tus hábitos alimentarios?

Nada útil

Muy útil

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En qué aspectos: _____

3. ¿El programa te ha parecido útil para mejorar la relación con tu cuerpo?

En qué aspectos: _____

4. ¿El programa te ha parecido útil para mejorar tu confianza personal?

Nada útil

Muy útil

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comentarios: _____

5. ¿El programa te ha parecido útil para mejorar la relación social o tu relación con los demás?

Totalmente desacuerdo

Totalmente de acuerdo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comentarios: _____

6. En general ¿estás satisfecho con el programa?

Nada satisfecho

muy satisfecho

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comentarios: _____

7. Según tu experiencia, ¿incrementaría el número de sesiones? SI / NO

Si dices sí, cuéntanos: ¿a cuántas? ¿Te has sentido cómodo con los contenidos?

8. Enumera aspectos menos satisfactorios para ti.

Comentarios: _____

9. Utiliza este espacio para añadir cualquier sugerencia para mejorar las sesiones, comentarios o ideas que te hayan surgido a partir del programa.

Muchas gracias por haber colaborado en este programa. Ha sido un placer contar con tu participación, con tu ayuda podemos seguir mejorando.

HOJA DE RECURSOS Y RECOMENDACIONES GENERALES

A continuación, te proporcionamos una serie de recursos psicológicos donde puedes dirigirte:

RECURSOS PÚBLICOS

- Unidad de Día de Hospital Santa Cristina: unidad para tratamiento intensivo y prolongado, en régimen de Hospital de Día para pacientes mayores de 18 años.
- Clínica de Hospital de Móstoles: da cobertura inicialmente a las Áreas de Salud 8, 9 y 10, que comprende las poblaciones de Getafe, Parla, Leganés, Fuenlabrada, Móstoles, Alcorcón y Navalcarnero. En este caso, los/as pacientes son derivados/as a través de sus Consultas Externas.

RECURSOS ESPECIALIZADOS

- El Centro CENTTA (91 129 40 02 / 91 131 06 00). Metro Moncloa
- El Centro Item (913441929 / 649201066). Metro Pío XII
- El Centro Avalón Zenter (91 7526907). Metro Alonso Martínez
- Enrique Berbel (676138975). Metro Bilbao
- Nbpsicología (Eduardo: 91 855 9347). Villalba

Un cordial saludo,

Fdo. Dra Ana R. Sepúlveda García

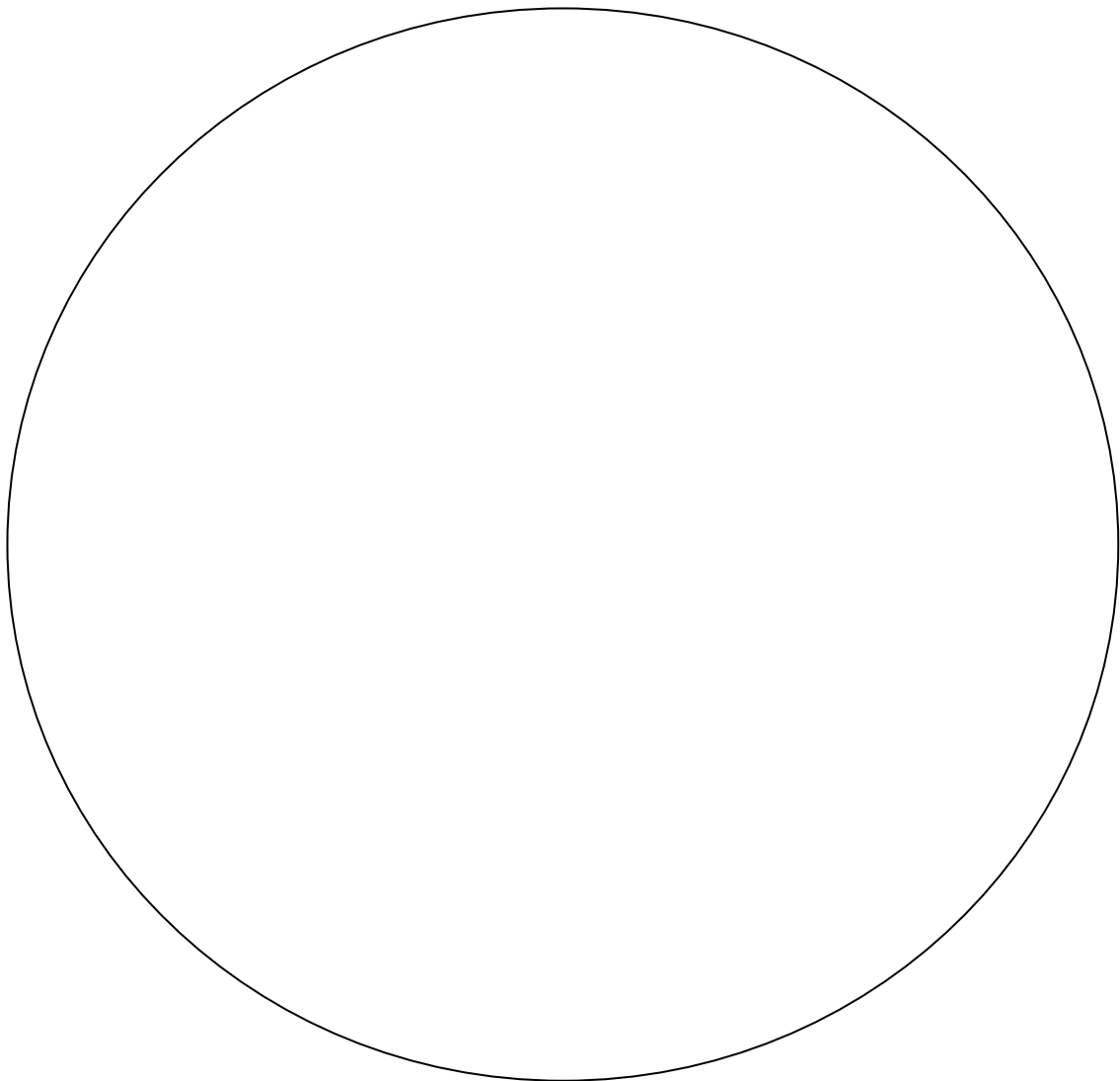
Núm. Colegiado: M-15259

Coordinadora de la Investigación

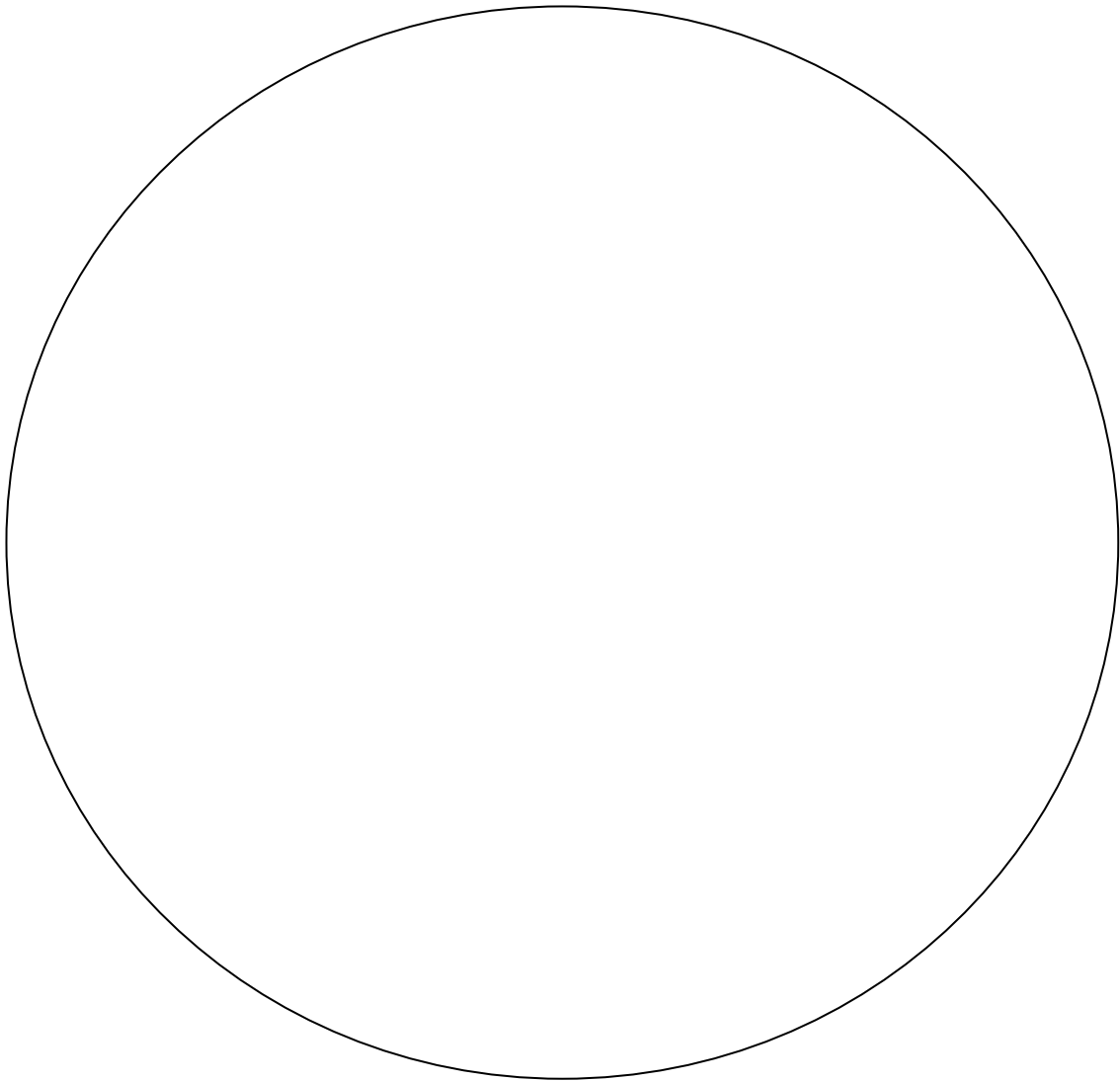
Facultad de Psicología

Universidad Autónoma de Madrid

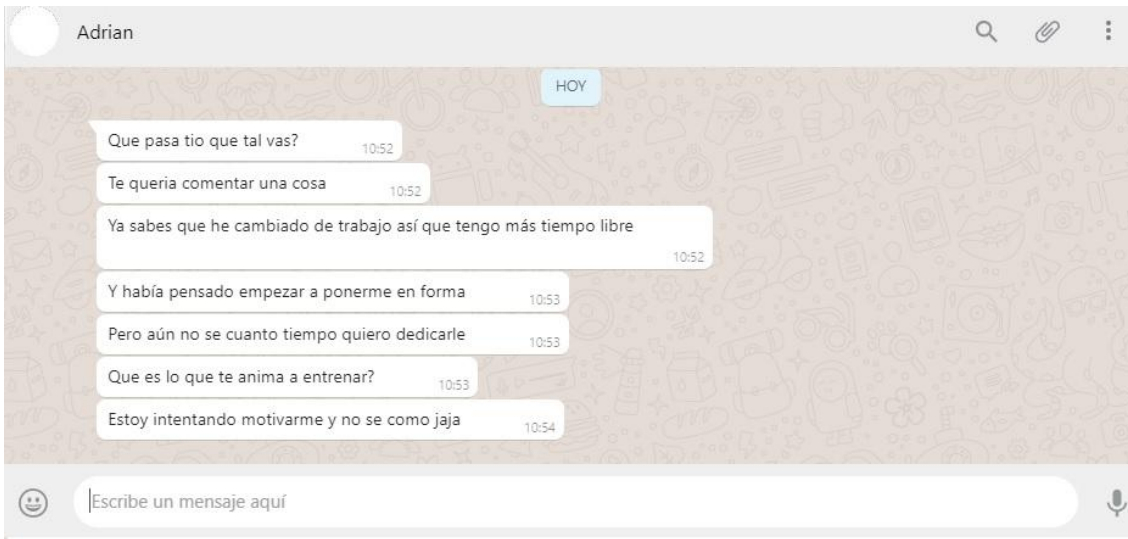
ÁREAS IMPORTANTES EN
LA VIDA DE _____



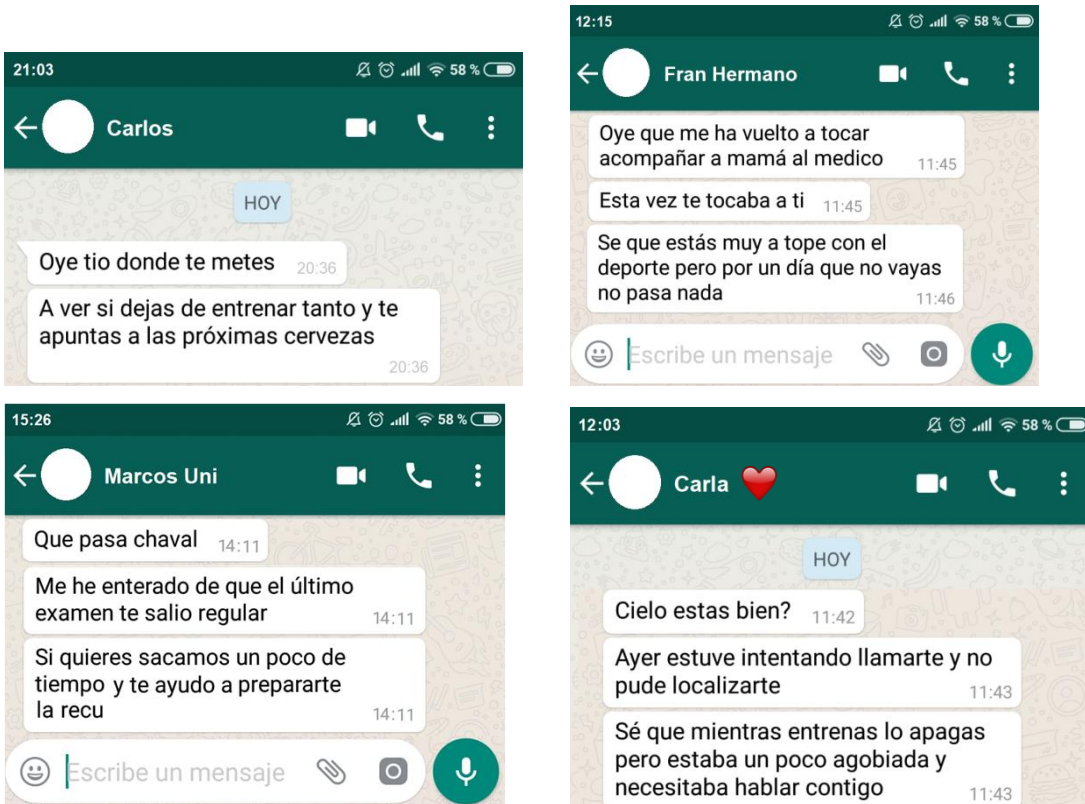
ÁREAS DEDICADAS EN
LA VIDA DE _____



Tarea de Reflexión para la Sesión 2



Tarea de Reflexión para la Sesión 3



Balanza decisional con contenidos de las sesiones 2 y 3

Costes del entrenamiento	Ganancias de no entrenar
Ganancias del entrenamiento	Costes de no entrenar

Tarea de Reflexión para la Sesión 4

The image shows a screenshot of a Wikipedia article template for a biography. The page is in Spanish and includes the following elements:

- Header:** "WIKIPEDIA La enciclopedia libre" logo and navigation links like "Portada", "Portal de la comunidad", "Actualidad", "Cambios recientes", "Páginas nuevas", "Página aleatoria", "Ayuda", "Donaciones", "Notificar un error", "Imprimir/exportar", "Crear un libro", "Descargar como PDF", "Versión para imprimir", "En otros proyectos", "Wikimedia Commons", "Herramientas", "Lo que enlaza aquí", "Cambios en enlazadas", "Subir archivo", "Páginas especiales", "Enlace permanente", "Información de la página", "Elemento de Wikidata", "Citar esta página".
- Article Content:**
 - Buttons for "Artículo" and "Discusión".
 - Fields for "[nombre completo]" and "[breve descripción]".
 - Buttons for "Leer", "Editar", "Ver historial", and a search box "Buscar en Wikipedia".
 - An "Índice [ocultar]" section with a table of contents:

1	Biografía
2	Logros
2.1	Logro 1
2.2	Logro 2
2.3	Logro 3
3	Barreras y obstáculos
 - A "Biografía [editar]" section with a text area.
- Right Sidebar:**
 - Placeholder for a user profile picture.
 - Section "Información personal" with fields for "Nacimiento", "Residencia", "Nacionalidad", and "Religión".

Material para la Sesión 4



OBSTÁCULOS (temporal):



RECURSOS (refugio):



Material para la Sesión 4

IMPORTANCIA

1 10

CONFIANZA

1 10

PREPARACIÓN

1 10

Material para la Sesión 5

Puede que X sea un apoyo para ti? Contesta las siguientes preguntas:

Puntuación

<p>1. ¿Cómo de fácil te parece hablar con X de tus problemas?</p> <p>5 pts: Muy fácil</p> <p>4 pts: Bastante fácil</p> <p>3 pts: No estoy seguro/a</p> <p>2 pts: Bastante difícil</p> <p>1 pto: Muy difícil</p> <p>2. ¿X es muy crítico o se disgusta fácilmente por tu estilo de vida?</p> <p>5 pts: Nunca</p> <p>4 pts: Rara vez</p> <p>3 pts: A veces</p> <p>2 pts: Normalmente</p> <p>1 pto: Siempre</p>	<p>—</p> <p>—</p>
--	-------------------

NOMBRE: AMB**ALTURA: 1,88****FECHA DE NACIMIENTO (edad): 22 años****PESO: 80,6****IMC: 22,80****TÓRAX: 99cm****BÍCEPS: 33,5cm**

Características familiares

AMB vive en el domicilio familiar con su madre y su hermana. Cuando él tenía 4-5 años, sus padres se divorciaron. Actualmente, y desde hace cinco años, su hermano, se independizó con su pareja y se fue a vivir a Ciudad Real, a trabajar en el negocio de su padre.

AMB nació en Segovia y a raíz del divorcio de sus padres, se mudaron a Madrid (Villalba).

Antecedentes médicos/psicológicos:

AMB comenzó a desarrollar un TOC (compulsión de lavarse las manos) a raíz de la separación de sus padres. Una vez en Madrid, no acudió a ningún especialista, salvo al pediatra para las yagas que se causaba en las manos. Cesaron las compulsiones a los 6-7 años.

Más adelante a los 10-11 años, su hermano acudió al psicólogo durante varios meses por conducta disruptiva; insultos hacia la madre, entre otros.

Con 15 años, AMB empieza a acudir a terapia familiar derivado del tratamiento a su hermano. En la misma época, comienza con obsesiones bastante intrusivas que comienzan a interferir con varias áreas de su vida. Acude al psiquiatra, quien le receta Sertralina 50mg; y al psicólogo, 10 sesiones.

A día de hoy, AMB continúa con el tratamiento farmacológico que él mismo se redujo a medio comprimido al día. Tiene citas periódicas con el psiquiatra cada año, pero no le pautan detener de momento el tratamiento.

Actividad Física: AMB realiza entrenamientos en el gimnasio de una hora con una frecuencia de 3 a 4 días entre semana. A pesar de haber estado apuntado durante el curso, debido a los exámenes, no ha ido tan frecuente mente como le habría gustado. Aunque ha intentado ir con amigos a entrenar, ninguno se ha mantenido en el tiempo.

Rendimiento escolar: rendimiento sobresaliente hasta el instituto, donde comenzó a descender. En primero de bachillerato repite curso y cambia de itinerario. Actualmente, AMB pasa a 4º curso de ADE sin arrastrar ninguna asignatura de 3º.

Rendimiento social: dificultad de relación con los compañeros de este año. Comenta que tiene varios grupos de amigos con los que queda aunque este curso se han visto menos de lo que le gustaría.

En cuanto a la relación familiar, AMB comenta que su relación con su hermana siempre ha tenido roces. Le molesta que ella no trate todo lo bien que le gustaría a su madre.

Estado emocional actual: AMB comenta que se siente bien. No aparentes alteraciones en el sueño.

Sesión 1: 16/07/19

Se evalúan las principales áreas importantes:

- **Familia** (madre y hermana, principalmente).
- **Estudiar**: tanto ADE, como por su cuenta (informática/programación e inglés).
- **Baloncesto**: practicar baloncesto, solo o con amigos.
- **Gimnasio**: actividad que está intentando retomar, dado que este último año no ha ido tanto como le hubiera gustado. Comenzó el interés por el gimnasio a los 18 años, cuando puede ir sin autorización, cuando considera que ha crecido y el entrenamiento no va a interferir en su desarrollo (“te quedas pequeño”). Al empezar tercero de ADE, que deja de ver los cambios que le hubiese gustado, que hay tensiones en casa por la alimentación; y disminuye su motivación.

****AMB ve vídeos relacionados con muscularse en YouTube habitualmente, en sus ratos libres o incluso haciendo tareas de la casa o comiendo.*

- **Amigos**
- **Juegos** (PS3 y ordenador)
- **Viajar**: ir con su madre, o su madre y hermana.
- **Idiomas**

AMB divide estos aspectos según la **importancia**, dándoles el mayor espacio a familia y amigos (casi el 50%), un poco menos a estudios. Después irían el gimnasio y el baloncesto, por igual. Y por último los juegos, viajar e idiomas como una parte importante pero no tan representada.

A nivel de **dedicación**, baloncesto y juegos sería lo que menor tiempo le dedica, el gimnasio “una parte razonablemente normal, porque le dedico 2 o 3 días a la semana”, a viajar también le dedica poco tiempo, ahora más por ser verano. Después estaría el área de estudios, amigos e idiomas porque ahora es a lo que más tiempo le está dedicando, y en cuanto a la familia, algo más pequeño porque considera que no está pasando tanto tiempo como le gustaría.

Sesión 2: 18/07/19 y Sesión 3: 30/07/19

Actividad en sesión: Balanza Decisional: Escribir en una tabla de 2x2 aquellas razones mencionadas a lo largo de las sesiones 2 y 3.

Tras redactarlo, se le pregunta su opinión sobre el ejercicio y comenta “Pues que a lo mejor me quita cosas que pueden ser interesantes para mí, o que me gustaría hacer”. Cambios relacionados con los aspectos de la familia, amistad, tiempo de baloncesto y de videojuegos y vídeos. Añade: “bueno a ver no sé si podría hacer todo”.

Costes del entrenamiento ** lo entiende como ganancias de no entrenar.	Ganancias de no entrenar
Poder jugar al baloncesto yo solo o con gente echando partidos. Tener más relación con los grupos de amistad (más con uno en concreto). Poder hacer actividades con mi madre y en casos excepcionales con mi hermana también. Hacer otras actividades como jugar a videojuegos o ver videos en YouTube.	No tener el “estrés de estar pensando en rutinas, ejercicios, comidas. ** Además de todas las actividades referidas a los costes del entrenamiento.

Ganancias del entrenamiento	Costes de no entrenar
Bienestar físico, mejorar imagen física, estar más activo, animado mentalmente, superar límites físicos (peso de los ejercicios) y ver la progresión. Moverme y salir fuera de casa.	Malestar físico, no verme bien físicamente, estar más inseguro, estar más deprimido emocionalmente, estar sin ganas de hacer cosas. Autorealización de superar límites (no tenerlo). Nivel de posibilidades de libar con chicas.

Sesión 4: 2/08/19

Logro 1: *“Oposiciones al cuerpo de gestión de sistemas e informática: Después de terminar la carrera de ADE, seguidamente empezó a estudiar durante aproximadamente 3 años de duro trabajo la oposición al cuerpo de gestión de sistemas e informática. Ha conseguido una plaza y lleva trabajando desde hace pocos meses”.*

Logro 2: *“Dominio del Inglés y el Portugués: Dominio alto de las dos lenguas. La lengua inglesa la empezó a desarrollar desde muy pequeño hasta que a los 23 años de edad logró conseguir el certificado Advance de Cambridge. La lengua portuguesa fue un idioma que empezó a desarrollar más tarde, pero gracias a un estudio intensivo después de haber terminado la carrera, le permitió conseguir un nivel avanzado en este lenguaje”.*

Logro 3: *“Continuación de las amistades de la adolescencia: A los 27 años sigue conservando sus amistades del pasado desarrollados en la etapa de la adolescencia. Hasta el día de hoy podemos contar numerosos viajes y actividades realizados con estos grupos”.*

Logro 4: *“Buena relación familiar: Ha conseguido que hasta día de hoy se mantenga una estrecha relación entre la familia más cercana; hermanos y madre”.*

Logro 5: *“Buen estado físico, continuación actividad física: A día de hoy mantiene un estado físico (resistencia, agilidad, rapidez) a un nivel bueno. Sigue desarrollando actividades físicas que le gustan como baloncesto o el gimnasio. Además, ha logrado un cuerpo más estético y musculado”.*

Se introduce la metáfora de la montaña para trabajar en metas. AMB elige trabajar sobre el Logro 1: Realizar la oposición.

POSIBLES DIFICULTADES

- Suspender alguna asignatura o profesor difícil / algún problema en el trabajo de fin de grado.
- Traslado de vivienda familiar: podría irme a vivir con ella y estudiar allí pero luego tendría que volver y buscar una vivienda.
- Problemas inesperados / temas familiares (de salud)
- La motivación y el estado anímico.
- Tener que estudiar que estudiar más tiempo, presentarme a más convocatorias:

RECURSOS Y HABILIDADES

- Preocupado por aprobar.
- Positivismo: por ejemplo cuando suspendes una asignaturas siempre puedes que te lo puedes sacar, que hay remedio que puedes hacerlo y ya está.
- Adaptación: saberme adaptar.

- Interés por la oposición y la materia.
- Afán de superación: querer superar mis límites también.
- Amigos y familia y deporte.

Importancia: lo valora con un 9. Confianza: lo valora con un 6. Preparación: lo valora con un 5.

Sesión 5: 7/08/19

AMB se ha planteado cambiar cosas a raíz de las sesiones. “Sí bueno he estado pensando, bueno con los ejercicios que hemos hecho y tal, pues te das cuenta de cosas que a lo mejor no tenías tanto en cuenta. Y pues, por ejemplo, aspectos a los que te gustaría dedicar más tiempo y le dedicas menos. Y he estado pensando quitar tiempo de otras actividades para llevarlo a otras que a lo mejor me gustaría dedicar más tiempo”. Cambios inmediatos de verano que le gustaría implementar es dedicar más tiempo a salir con amigos y jugar al baloncesto y reducir el tiempo de estar en casa estudiando por su cuenta y de ir al gimnasio.

Se introduce el concepto de **pedir ayuda**.

AMB comenta: “no sé, se me hace difícil, bueno depende de qué situación, pero no sé, normalmente no suelo pedir ayuda a menudo. Solo en ocasiones que vea que lo necesite, que vea que no puedo yo solo”.

Para los temas personales que él evalúa como más complicados, AMB acude a su familia. Si son problemas “simples” que puede solucionar por su cuenta, no pide ayuda (por ejemplo, alguna dificultad en las prácticas). “Preferí no molestar o también por el tema de que a lo mejor pensarán que no sé solucionarlo, que no tengo conocimientos o cosas así”. Admite que es un modo de aprender cosas por su cuenta, sin pedir ayuda.

Le preocupa “trasladar el problema a los demás, y que los demás lo vean pesado o difícil de solucionar y que tal vez a ellos no les guste escuchar problemas”. No es tanto que le haya sucedido a él directamente sino que “no, pero por ejemplo, en mi familia pues mi madre siempre es muy quejica y siempre me dice tengo problemas en tal, tengo problemas en cual; y a mi pues me molesta siempre que esté muchas veces diciendo que tengo problemas. Y pues yo por ejemplo no quiero hacer lo mismo”. Es algo que claramente le molesta, que en ocasiones le contesta porque considera que no son problemas tan graves. “Entonces me veo a mi contando problemas simples a otra gente y veo cómo a mi no me gusta, pues no me gusta hacerlo”.

Preferencia por la ayuda más funcional: “por ejemplo si yo tengo un problema de los estudios o tal, pues prefiero contárselo a alguien de clase, o algún amigo que tenga en clase, antes que contárselo por ejemplo a mis amigos de mi pueblo o tal que a lo mejor no van a saber tanto cómo abordar ese problema”. Prefiere cercanía que confianza.

En casos en los que el problema es más personal o complejo, acudiría siempre a su familia, de hecho AMB admite que nunca ha acudido a sus amigos por esos motivos, “Y más por lo que puedan pensar”. Le preocupa “por ejemplo, el problema este del TOC que tengo, que piensen que estoy loco, que no estoy bien de la cabeza, que soy raro” y “la relación cambiase entre nosotros o me vean de distinta forma a raíz de eso”. También, “tengo miedo de que si le cuento mis problemas pues que se lo pueda contar a alguien más”.

NOMBRE: JCG**ALTURA: 1,78****FECHA DE NACIMIENTO (edad): 23 años****PESO: 80****IMC: 25,24****TÓRAX: 95,5cm****BÍCEPS: 34cm**

Características familiares

JCG es de un pueblo de Ávila. Actualmente, vive en Madrid en casa de la hermana de su padre. Vive solo, debido a que ella está prejubilada y vive en una casa a las afueras. Sus padres viven en su pueblo. Durante su infancia y adolescencia, en el domicilio familiar también vivió un hermano de su madre que falleció recientemente cuando JCG ya vivía en Madrid.

Su hermano, , vive también en Madrid con su pareja.

Antecedentes médicos/psicológicos:

En 3º y 4º ESO tuvo varios ingresos por fiebres altas y crisis epilépticas. Actualmente, toma Levetiracetam, un anticonvulsivo para controlar las crisis. Su hermano también ha tenido episodios iguales.

Actividad Física: JCG está federado en competición de halterofilia desde hace dos años. Anteriormente, siempre había entrenado a fútbol y durante los veranos, entrenaba en el gimnasio. Poco a poco le fue gustando más el levantamiento de peso hasta que encontró una academia en Madrid. Entrena L, M, J, V de 17.30 a 20h.

Rendimiento escolar: buen rendimiento académico en el instituto con media de 8. En su paso al bachillerato "se relajó" y en segundo repitió curso. Estudió TAFAD en Madrid y después se metió a INEF. El curso que viene pasa limpio a 4º año.

Rendimiento social: deficiente relación social. Queda con sus amigos de su pueblo que están en Madrid, y cuando van allí, que cada vez es menos frecuentes (solo festivos como navidad y semana santa).

Buena relación familiar, contacto telefónico con sus padres y poco frecuentes quedadas con su hermano en Madrid.

Estado emocional actual: Tranquilo, ninguna dificultad emocional destacada. Por lo general en la entrevista se muestra algo retraído, con intervenciones breves.

Sesión 1: 10/07/19

INFORMACIÓN

Se evalúan las principales áreas importantes:

- **Responsabilidad:** referido a saber lo que hacer en cada momento, asumir tareas.
- **Humildad:** referido a no creerse mejor que nadie.

- **Respeto:** tratar a los demás como quiere que le traten a él.
- *** *Comenta que a nivel de **exigencia**, se veía más exigente cuando practicaba fútbol que ahora en halterofilia. Reconoce que es un deporte que requiere mucho tiempo para mejorar, y trata de tomárselo más como ocio.*
- **Amigos**
- **Deporte:** es algo que siempre le ha gustado, desde pequeño ha estado apuntado a algún deporte, y también, es a lo que quiere orientar su mundo laboral (preparador físico). Al explorar cómo se define como deportista, incluye los adjetivos comentados anteriormente: respetuoso y humilde.
- **Estudios**
- **Familia:** son sus figuras de referencia, de apoyo y fuente de cariño.
- **Trabajo:** referido al sentido laboral (encontrar un trabajo) y también, trabajo como esfuerzo

JCG divide estos aspectos según la **importancia**, en dos mitades: 50% los aspectos más a nivel emocional (familia y amigos) y 50% los aspectos más a nivel de desarrollo personal (valores, trabajo, estudios, deporte). Siendo el deporte, tanto laboral como de ocio, el área más importante dentro de ellos.

En relación a los valores, JCG admite que cobran más importancia cuando viene a Madrid. Reconoce que al moverse de su pueblo a la ciudad, se da cuenta de que siempre ha estado en su grupo de amigos, y estos valores le pueden ayudar a abrir sus amistades.

A nivel de **dedicación**, el deporte referido al ocio es el área en el que más tiempo emplea (50% del gráfico). El área de los estudios ocuparía otro espacio importante (25%), después iría la familia, y en último lugar, el trabajo y los amigos como aspectos a los que casi no les dedica tiempo. A nivel de valores estarían incluidas dentro de factores que están muy interiorizados y no emplea tiempo en ellos.

Sesión 2: 17/07/19 y Sesión 3: 19/07/19

Actividad en sesión: Balanza Decisional: Escribir en una tabla de 2x2 aquellas razones mencionadas a lo largo de las sesiones 2 y 3.

Tras redactarlo, se le pregunta su opinión sobre el ejercicio y comenta “es visual y ayuda a valorar aspectos que, sólo pensándolos, no soy tan consciente de ellos, y viéndolos así, de manera gráfica, pues sería ver lo que puedes sentir en diferentes situaciones”. Principalmente, referido a los costes de no entrenar.

Costes del entrenamiento	Ganancias de no entrenar
*** <i>El tiempo empleado en el entrenamiento puede reducir el tiempo que puedes dedicar a los amigos y pareja.</i>	Dedicación a la parte de entrenador/preparador físico (aprendizaje, experiencia, enseñanza...) Buscar otras actividades que me gustasen
El entrenamiento no me crea interferencia con otras áreas.	
Ganancias del entrenamiento	Costes de no entrenar
Ser activo Objetivos Retos Superación Aprendizaje Progreso Ambiente entrenamiento Actividad que se da bien	Vacío Resignación Cabreo temporal

****Cuando escribe la frase, JCG se da cuenta de que dicho así “parece que [entrenar a algo que le gusta] tiene la culpa de que dedique menos tiempo a esos apartados”. Considera que “por realizar una actividad que te gusta, decirlo así parece que es un poco más egoísta”. Aunque considera que es la sensación que le da haberlo escrito así, que a él “no le causa ningún problema”.*

JCG habla del estigma que se tiene hacia la halterofilia, no como deporte sino “actividad vanidosa para generar una imagen corporal”, en comparación de deportes más normalizados como el baloncesto o el fútbol. Considera que a igualdad de cantidad de entrenamiento, se entiende antes que se dediquen cuatro días al fútbol que a la halterofilia. Ha recibido comentarios de su hermano del tipo “para qué le dedicas tanto tiempo”, aunque con el paso del tiempo, al verle que le gustaba, lo ha ido aceptando.

Volviendo a la actividad, comenta que no se siente identificado con la frase, la tacha y escribe que no le genera interferencia. En ese momento, JCG comienza a divagar sobre la relación importancia-dedicación (primera sesión), “no por dedicarle menos tiempo significa que es menos importante, pero claro, el deporte es importante y le dedico mucho tiempo, así que las otras áreas podría dedicarle más tiempo”:

Sesión 4: 22/07/19

Logro 1: *“Estar en los JJOO como parte del equipo técnico de la selección española”.*

Logro 2: *“Ser entrenador de Halterofilia / Preparador físico en un equipo deportivo”.*

Se introduce la metáfora de la montaña para trabajar en metas. JCG elige trabajar sobre el Logro 1: alcanzar los JJOO.

POSIBLES DIFICULTADES

- No poder hacer las prácticas en el centro. Se plantea alternativas de otros centros como ponerse en contacto con la federación española de halterofilia, aunque como es año olímpico cree que las posibilidades de entrar serían menores.
- No estar lo suficientemente preparado y/o formado: referido una vez en el centro de prácticas y/o en el trabajo paralelo. “A lo mejor te exigen pues un nivel que a lo mejor no es mi base”.
- No generar resultados.
- No estar seleccionado para formar parte del equipo.

RECURSOS Y HABILIDADES

- Interés / motivación / formación / actitud: “es lo que me lleva a querer elegir ese centro y donde creo que puedo desarrollar la formación que he ido adquiriendo”.
- Formación continua / aprendizaje.
- Me gusta hacer las cosas lo mejor posible / Esfuerzo / Valorar a los deportistas: “empatía, en ese sentido creo que es algo que hay que tenerlo”. Comenta que en ocasiones, dentro del mundo del alto rendimiento, los entrenadores ponen el resultado por encima del deportista; y piensa que al ser una persona empática, eso puede ser un impedimento.

- Competencia profesional: “al final si llegas hasta aquí será por algo, porque tienes unas cualidades que te hacen que puedas alcanzar el equipo nacional”.

Importancia: lo valora con un 8. Confianza: lo valora con un 7. Preparación: lo valora con un 5.

Sesión 5: 24/07/19

JCG se ha planteado cambiar cosas a raíz de las sesiones. “Sí, para aprovechar más el tiempo, a lo mejor, últimamente tenía un horario que me quedaba un poco tarde para estudiar y me dormía tarde. Tenía que acostarme pronto, e intentar desplazar y dormirme antes y para aprovechar el tiempo intentar levantarme más pronto”. Cambios relacionados con el descanso y el tiempo dedicado al estudio.

Se introduce el concepto de **pedir ayuda**.

JCG comenta que la última ocasión en la que pidió ayuda fue el lunes a su madre, debido al incidente de la ceja, para que le acercara la cartilla de las vacunas. “Pero así más, a lo mejor sí que en otro sentido pues sí me suele a lo mejor costar más en general y tiendo a intentar hacer las cosas más por mí mismo”, “A lo mejor no depender tanto en ese sentido de otra persona”.

Habla del momento en que no pudo entrar en la carrera que quería hacer después de selectividad. Sus padres y hermano fueron los que le apoyaron y le entendieron en ese momento de decisión y duda. Reconoce que al principio intentó solucionarlo por sí mismo, “pero luego hablando con mis padres y mi hermano pues ya sí pensé que a lo mejor me aclararía más”.

No recuerda más ejemplos de situaciones en las que necesitó o pudo necesitar ayuda. Se le plantean entonces, posibles dificultades que él comentó que se podría encontrar en el próximo curso, como no entrar en las prácticas que quiere. Preferencia por la ayuda más funcional: “Trataría de hablar a ver con los responsables en ese sentido de las prácticas por si me pudiesen dar una opción o una alternativa”. “Lo veo en ese sentido que la ayuda por ejemplo de mi familia pues no tienen esa experiencia en el ámbito deportivo”. Hace referencia a un amigo de amigo que ha hecho la carrera y también le consultaría para ver qué hizo en ese año. Prefiere confianza que cercanía, aunque prefiere lo útil a la confianza.

Se le hace una devolución de lo hablado hasta ahora y se le plantea por qué piensa que no deja tener esa cercanía y apoyo que luego él sí es como entrenador, como comentó el otro día. “En general me cuesta más, no sabría decirte el motivo exacto. En el ámbito deportivo a lo mejor no tanto. Es más a nivel personal, no sé”.

NOMBRE: JRL**ALTURA: 1,655****FECHA DE NACIMIENTO (edad): 21 años****PESO: 59,8****IMC: 21,83****TÓRAX: 93cm****BÍCEPS: 28,5cm**

Características familiares

JLR vive en el domicilio familiar con su madre. Desde que él tenía 6 años, se quedó huérfano de padre. Cuando tenía 2 años, diagnosticaron a su padre con cáncer y cuatro años más tarde, fallece por una neumonía.

Por parte materna, su abuelo falleció antes de que él naciera. Sin embargo, con su abuela creció, pasaba mucho tiempo y a raíz del fallecimiento de su padre, también estuvo una temporada viviendo con ellos. Fallece cuando JLR tiene 15 años.

Actualmente, y derivado de las distintas gestiones por las herencias, JLR y su madre no guardan relación ni con la familia paterna ni con la materna.

Antecedentes médicos/psicológicos:

A raíz del fallecimiento de su padre, JLR y su madre acudieron al psicólogo por la vía privada. A los 7 años, JLR empezó a tener episodios nocturnos en los que se levantaba de la cama y se le paralizaba el cuerpo. Acudieron al neurólogo y este, al descartar toda patología, le derivó al psicólogo. Al poco tiempo, comenzó con terrores nocturnos y parálisis del sueño. Estuvo en terapia desde los 7 a los 12 años. Abandona por no cumplir sus expectativas. A esa misma terapeuta estuvo yendo su madre durante uno o dos años más que él. También, JLR estuvo acudiendo a la orientadora escolar durante toda la primaria, con la que no generó buen vínculo. Ni JLR ni su madre aceptaban que fuera a la orientadora ya que su rendimiento académico seguía siendo bueno. Sin embargo, ella tenía la hipótesis de que JLR tenía retraso madurativo debido a las reacciones que tenía tras el fallecimiento de su padre en el habla.

Rendimiento escolar: buen rendimiento académico durante todo el ciclo de educación primaria y secundaria. Actualmente estudia el grado en Administración y Dirección de Empresas. Alarga un año más la carrera debido a varias asignaturas que ha ido arrastrando, aunque comienza el año que viene haciendo cuarto de carrera y sin ninguna asignatura anterior pendiente.

Rendimiento social: JLR reconoce que estuvo durante toda la primaria y parte de la secundaria (hasta 3º ESO) aislado socialmente. Comenta que sus compañeros no supieron manejar el hecho de que se hubiera quedado huérfano, y no sintió en ningún momento un trato cercano por ser “el niño sin padre”.

Estado emocional actual: JLR comenta que desde pequeño ha sido un niño con mucha ansiedad. Tras el fallecimiento de su padre, empezó a sentir miedo por la pérdida de un modo generalizado (Ej.: perder juguetes nuevos).

En la actualidad, JLR presenta episodios de ataques de ansiedad, que comenzaron a los 19 años. En dos ocasiones llegó a acudir a urgencias para la receta de Orfidal. Durante este curso académico ha tenido una crisis. Y durante el anterior, en tres ocasiones. Admite que el motivo de sus crisis no es tanto a nivel académico sino a nivel personal.

Sesión 1: 20/06/19

Se evalúan las principales áreas importantes:

- **Empatía:** factor que define como importante de su personalidad.
- **Seres Queridos:** incluyendo a sus mejores amigos, su madre, y su novia.
- **Ilusión:** Se refiere al intento deliberado de todos los días tener ganas por hacer algo o ver algo.
- **Ejercicio Físico:** lo evalúa como el menos importante. De pequeño siempre ha hecho ejercicio, estuvo federado en judo y, después, compitió en baloncesto. También, salía a montar en bici con dos amigos prácticamente todos los días. Dejó el basket en 2º de ESO, cuando empezó a ejercitarse desde casa. A los 19 también deja la bici. Con el tiempo empezó a comprarse cada vez más material para entrenar en casa.
- **Seguir Creciendo como Persona + Autoanálisis**
 - o Compartir lo que siente, hablar de sus los problemas
 - o Ser más positivo
- **Amor Propio:** se refiere a darse más importancia, priorizar sus asuntos.

Todas las áreas son puntuadas de la misma manera (15%) excepto el ejercicio físico (10%). Se examina cuándo toman la importancia que tienen estos aspectos actualmente. JRL comenta que si hubiera hecho esta actividad cuando era más pequeño (15 años), sólo estaría la tarjeta de pesimismo, ya que fue una época en la que “estaba muy inestable emocionalmente”.

A nivel de dedicación, JRL escribe el 40% de su tiempo como ocupado en Seguir Creciendo como Persona + Autoanálisis, el 25% a sus seres queridos, el 20% al ejercicio físico, el 10 % al Amor Propio, y el 5% a ser empático y tener ilusión, por clasificarlos dentro de factores que están muy interiorizados y no emplea tiempo en ellos.

Sesión 2: 27/06/19 y Sesión 3: 18/07/19

Actividad en sesión: Balanza Decisional: Escribir en una tabla de 2x2 aquellas razones mencionadas a lo largo de las sesiones 2 y 3.

Tras redactarlo, se le pregunta su opinión sobre el ejercicio y comenta “hombre parece que gana haciéndolo, ¿no?”, refiriéndose a seguir entrenando. La cantidad de razones es mayor, le ha costado menos pensar en los aspectos positivos de entrenar y los costes de no hacerlo. “Las cosas malas que tiene, las tiene cualquier actividad”. También, considera que tiene tantas razones por las que entrena que le ha parecido más difícil plasmarlo en el papel que lo negativo de entrenar, puesto que son menos y tiene muy claro lo que no le gusta.

Costes del entrenamiento	Ganancias de no entrenar
Cenar a la hora que quisiese (el coste es estar condicionado a la hora en que cena, no cuando siente apetito) Mayor tiempo libre (el coste es tener otra tarea más en el día a día, que reduce su tiempo libre) No forzarme (referido al esfuerzo por entrenar incluso cuando está cansado)	Más libertad horaria (referido entre otras cosas a que se iría a dormir más pronto) Menos responsabilidad en la rutina Más tiempo para mis aficiones Con el tiempo, mayor sensación de libertad y seguramente, más tranquilidad en el día a día al no tener esa responsabilidad

Ganancias del entrenamiento	Costes de no entrenar
Fuerza de voluntad Superación personal Mejora estética Logros y sensación de mejora Esfuerzo constante y resultados Esfuerzo y mejora mental	Sensación de vacío Cambio en la autoestima Tristeza al ver cómo se pierde el trabajo hecho durante tiempo

Sesión 4: 25/07/19

Descripción: *“Soy una persona bastante emocional y solitaria, lo cual me viene un poco marcado por los seres queridos que perdí y realmente lo que quiero en la vida es ser todo lo feliz que pueda e intentar aprender lo máximo posible”.* Comenta “es que es muy ñoño, yo escribo así muy...”.

Logro 1: *“Independizarme: En especial es un logro que para mí significaría realmente cambiar a mi etapa de adulto y me daría mayor libertad”.*

Logro 2: *“Haber conseguido evolucionar laboralmente: me encanta lo que estudio y me gustaría que ya sobre los 30 años haber podido llegar a un puesto donde pueda aprender y aplicar todas esas cosas que he ido estudiando estos años y sentirme realizado”.*

Logro 3: *“Continuar haciendo ejercicio y cuadrarlo con el resto de mi vida: para mí es un factor importante y por eso me gustaría poder adaptarlo a mi vida con el paso de los años”.*

**** Habría más logros que querría haber alcanzado para esa edad como “quitarme más miedos, aprender algunas cosas que no me gustan de mí, intentar cambiarlas, son ejemplos de logros más personales”. Principalmente: Perder el miedo a perder a la gente, perder el miedo a las enfermedades o situaciones catastróficas como que su madre pierda el trabajo o su novia tenga un accidente de tráfico, mejora de habilidades sociales: “decir las cosas en el momento”, referido a la capacidad de decir críticas y mejorar el lado pesimista de personalidad.*

Se introduce la metáfora de la montaña para trabajar en metas. JLR elige trabajar sobre el Logro 2: Buscar trabajo y evolucionar laboralmente.

POSIBLES DIFICULTADES

- No ser rígido en los horarios, que no se mantenga en el tiempo.
- No ser constante en la búsqueda de empleo. No sentirme a gusto conmigo mismo: referido a si no le gusta el ambiente, su cambio de imagen.
- Dejar de prestar atención a hacer bien las cosas y no ver resultados y saturarme.
- Estrés a largo plazo, sentirme forzado a actuar de determinada manera y conflictos con la jerarquía.
- Agobiarme, responder instintivamente, no saber gestionar la ambición y seguir siendo empático en el trabajo

RECURSOS Y HABILIDADES

- Experimentar (referido a las ganas de empezar) y responsabilidad.
- Ganas de trabajar, ilusión por aprender.

- Encabezado (a pesar del esfuerzo, intentar conseguir los objetivos), ganas de aprender y ser constante.
- Ser positivo, saber priorizar y tener compromiso.
- Desahogarme con seres queridos, experiencia (haber aprendido a controlar impulsos) y la importancia que le doy a las cosas.

Importancia: lo valora con un 8. Confianza: lo valora con un 7. Preparación: lo valora con un 7,5.

Sesión 5: 8/08/19

JLR se ha planteado cambiar cosas a raíz de las sesiones. “estos días sí que he estado hablando más con amigos para verles. Porque hemos estado un poquillo... bueno, lo típico, cada uno se va con el entorno que tiene.” Comenta que de sus dos amigos, uno está fuera y ha intentado hablar más con el otro. A parte, también ayer escribió por el grupo de Whatsapp de la universidad. “Alguien tiene que poner de su parte, ¿sabes?”, referido a que, desde que terminan las clases, ese grupo deja de tener actividad. Le molesta, no sabe por qué ocurre eso, aunque piensa que puede ser porque cada uno se mueve con otra gente en verano. A JLR le gustaría que salieran todos juntos, que son un grupo bastante grande y hace mucho que no dicen de quedar. Durante el curso pasado, aunque ese grupo se mantenga activo, no hacen quedadas frecuentes.

Le preocupa que este año, que hay algunos que ya han terminado la universidad o solo tienen prácticas y TFG, no vuelvan a hablar o se salgan del grupo. Posiblemente es lo que ocurra con uno de sus mejores amigos que también pertenece a este grupo; porque no se siente muy identificado con ellos.

“Me preocupa el hecho de que... a ver, excusas sabemos poner todos. Y sí que me da un poco de cosa el pensar que igual empezamos las clases y ya empezamos lo típico de – oye vamos a quedar, - sí pero a mí me viene bien este día, pero al otro le viene bien no sé cuándo... A mí eso sí que me quema mucho. A mí cuando la gente me empieza a poner muchos problemas termino pasando también”. Admite que le cuesta el dejar pasar un tiempo e intentar volver a quedar en vez de “pasar”.

Cuando se le pregunta qué es lo que le ha hecho escribir ayer por ese grupo, comenta que “que yo este verano sí que me he dado cuenta que he dejado un poco de lado a mis amigos. Al final el hecho de dejar de llevarme con mi mejor amigo de la infancia este año, también ha marcado mucho inconscientemente mis relaciones de amistad. No quiero asumir que me afecta pero sé que me afecta. Y este verano me he encerrado mucho en mí mismo”.

“Es algo que me he dado cuenta hace muy poco, que realmente todo lo que he dicho a lo largo de mi vida que me daba igual, me he dado cuenta ahora que no me ha dado igual nada”. A raíz de dejarse de llevar con su mejor amigo, JLR piensa que “era la única relación que seguía manteniendo de hace muchos años de la infancia y como que ya no la tengo” y “joder, no conservo a nadie de más de... quitando obviamente a mi madre. Pero no tengo un entorno de amigos o de familiares que conserve relación de hace más de cuatro años”.

JLR admite que siempre le ha “chocado” que todas las pérdidas que ha tenido en su vida no le afectaran aún sabiendo que él siempre ha sido muy sensible. Sin embargo, automáticamente ha tenido las palabras “me da igual, no me importa” por delante, daba por hecho que no le afectaba.

“También me he dado cuenta de que yo pensaba que lo de mi padre lo tenía como muy asumido y muy interiorizado y me he dado cuenta de que no”. El otro día hablando con su madre, ella le preguntó cómo estaba después de dejar de hablar con su mejor amigo; y JRL empezó a llorar. Reconoce que, de cara a hablarlo con alguien, dice “no me importa”, por eso en el programa ha hablado de ese tema tranquilamente.

“Entonces me estoy dando cuenta de que soy primero más sensible aún de lo que yo pensaba. Y segundo, que todo lo que ha pasado en mi vida, muchas cosas he intentado bloquearlas para que no me afectasen, y otras que yo pensaba que tenía más asumidas, pues me he dado cuenta de que no las tengo tan asumidas”.

A raíz de esta situación y este *insight*, JLR ha decidido contactar de nuevo con la psicóloga que le llevó a él y su madre hace tiempo.

Comenta que últimamente se notaba más nervioso, en ocasiones ansioso, y él se extrañaba de sentirse así aún yendo las cosas bien como piensa que le están yendo. Además, cree que tiene una parte de cuidador, que siempre ha intentado no preocupar a otras personas, sobre todo su madre y su pareja.

Se introduce el concepto de **pedir ayuda**.

JRL comenta: “muy mal, de hecho tiendo a no pedir ayuda aunque lo necesite, intento como colocarme por encima del bien y del mal muchas veces en el aspecto de decir – me da igual lo que pase, no me afecta nada”. JRL sintió con la pregunta de su madre de cómo estás, un espacio donde poderse desahogar y llorar si lo necesitaba.

“Tiendo a no pedir ayuda nunca, cuando la pido siento que estoy molestando a la otra persona. Por otro lado pienso, si pido ayuda es un símbolo de debilidad. Son muchas cosas que al final me hacen que no intente pedir ayuda nunca”.

“Cuando es gente de mi entorno pero no tan íntima es como decir – no porque es un símbolo de debilidad. Y cuando es gente más íntima es – no porque les voy a preocupar, les voy a molestar, les voy a hacer perder el tiempo”.

Le cuesta más pedir ayuda a una persona que no conoce, prefiere confianza que cercanía, porque opina que alguien que no es tan cercano, no le conoce y por tanto, no le va a ayudar tanto.

Cuando falleció su abuela, fue la última vez que recuerda que pudo pedir ayuda y desahogarse o encerrarse y no pedir ayuda. Y pasado un año empezó a darse cuenta de lo “raro” que era que no hubiera estado triste ni hubiera llorado mucho por ella. Recuerda las palabras del que era su mejor amigo, cuando en el tanatorio le dijo “¿pero estás bien?”. Se sintió tan poco entendido que, junto a que con su madre y tío no podía desahogarse porque ellos también lo sufrieron, decidió que lo bloquearía e intentaría hacer que no le afecta.

Si pudiera volver atrás, habría dejado que le ayudasen mucho más de lo que dejó. Habla de que cuando iba al psicólogo, le venía bien. Solo que su madre dejó de ir, y pensó que cómo iba a seguir él yendo, que también tenía que estar bien ya, y no le iba a hacer a su madre llevarle y traerle.

Actualmente, preferiría pedir ayuda a su madre que a su novia. De nuevo para protegerla, porque su novia tiene a su madre enferma. “No quiero cargar a una persona innecesariamente si puedo hablarlo con mi madre que no tiene ahora ninguna carga”.

NOMBRE: MB**ALTURA: 1,79****FECHA DE NACIMIENTO (edad): 20 años****PESO: 72,8****IMC: 22,72****TÓRAX: 94cm****BÍCEPS: 22cm**

Características familiares

MB vive en el domicilio familiar con su madre, su padre y sus tres hermanos. De nacionalidad Italiana, MB nació en Argentina, y se mudaron a España cuando tenía 1 año. Desde entonces hasta los 7 años vivió en Cataluña, y después, se mudaron a Madrid donde viven todos actualmente.

Antecedentes médicos/psicológicos:

Su padre, fue operado del corazón cuando MB tenía 14 años, debido al aumento preocupante de su tensión. Su alimentación MB estrictamente el consumo de sal. Ningún antecedente médico o psicológico destacable en el resto de la familia.

Respecto a MB, en 4º ESO (9 años) acudió durante dos o tres meses a un fonoaudiólogo por inflamación de los nódulos de la garganta. También, a sesiones de terapia psicológica dos veces a la semana, durante un mes, en la misma época. Su madre le hizo ir por ser un niño “demasiado introvertido”. A principios de curso le operaron de nariz por tener el tabique torcido y, por lo tanto, dificultades para respirar.

Actividad Física: MB el curso anterior (2º carrera) entrenó a baloncesto a un grupo femenino alevín y, como jugador, en las autonómicas. Este año, además, entrena como jugador en el sub 21. Como la liga ya ha acabado y los entrenamientos, también; MB entrena por su cuenta entre las mancuernas de su casa, correr y entrenar lanzamientos en la cancha en la pista de su barrio.

Rendimiento escolar: excelente rendimiento académico con una media en bachillerato de 9'8; 8 de media en la carrera. El curso que viene comienza 4º de INEF, sin saber qué especialización le gusta más; por lo que va a escoger optativas de todas las ramas.

Rendimiento social: deficiente relación social. Comenta que desde el paso del instituto al bachillerato, ha empezado a tener solo relaciones sociales individuales. Admite que no tiene poder de convocatoria, trata de perseguirlo, generar quedadas grupales pero se siente ignorado. Buena relación familiar entre todos, no hay motivos de conflicto. Admite que se siente a veces ausente por el poco tiempo que pasa en casa. Nota que entre sus hermanos hay más conexión que con él.

Estado emocional actual: Inquieto por un trabajo grupal que ha entregado recientemente para recuperar una asignatura. El trabajo inicial fue criticado por su profesor con feedback del tipo “es un trabajo que, para haber sido alumnos que han pasado por mi asignatura, me siento avergonzado”. MB recibe el mensaje como que su profesor pensara de él que es una “decepción para el mundo del deporte”, a partir de lo cual, se ha empezado a plantear si vale para este oficio o no.

MB duerme peor desde que terminaron las clases, acusando a la desorganización horaria al motivo por el que no concilia el sueño hasta las 2 de la madrugada.

Sesión 1: 10/07/19

Se evalúan las principales áreas importantes:

- **Familia:** entendido como el núcleo familiar.
- Carrera como **entrenador**.
- Carrera **universitaria**.
- Carrera como **jugador**: “me gustaría potenciarla un poquito”. Empezó tarde como jugador, a raíz de pegar el estirón y ver que sus tutores se lo decían, pero “quería aspirar a lo máximo, quería dedicarme a eso en un futuro, voy a ganar un pastizal con esto, voy a ser rico”. Esa importancia, empieza a decrecer cuando entra en el mundo del baloncesto, ve cómo juegan los demás y pone los pies en el suelo. Se plateó dejar de competir, se dio cuenta de que no mejoraba tan rápido como esperaba y le generó rechazo todo lo que le quedaba por mejorar para avanzar. A todo ello se le juntó una gran preocupación por obtener la nota para entrar en INEF, por obtener la beca, por hacer la matrícula; así como una situación económica más difícil en la que su madre se tuvo que poner a trabajar.

Cuando se le pregunta cómo se define dentro del equipo, comenta que “destaco un poquito más en físico que el resto”, también defensivamente. Aunque considera que “talento no mucho”, referido a que no se considera bueno técnicamente. “Me ven más como un enfermo ahí de ir siempre a entrenar, el que se hace una *repe* más, el que se hace una carrera más”. Cuando el resto del equipo no quiere o se queja por ir a entrenar, él es el que “pincha” para no saltarse un día de entrenamiento. Por otro lado, en ocasiones toma el papel de entrenador, en el sentido de motivar al equipo.

- **Grupos del club:** referido a los equipos que ha entrenado (el cariño que recibe) y en los que ha sido miembro como jugador (las quedadas fuera del equipo, que son poco frecuentes).
- **Masoterapia** o especialización **máster**.

La distribución según la importancia es la siguiente: 25% familia, 25% entrenador, 20% jugador, 15% grupos, 12% carrera, 3% masoterapia.

****Al preguntar sobre cómo varían estas porciones respecto a los 15 años, MB comenta que no fue el niño más sociable, no le trataron del todo bien, conservar las pocas amistades que tenía, era importante para él, más que actualmente, donde la amistad se centraría en los grupos del club. En 1º ESO pegó el estirón, y, comenta, dejaron de “hacerme bullying y hacerme tonterías”.*

A nivel de dedicación, MB divide los tiempos como: el 30% en la carrera, el 25% como jugador, y 25% como entrenador 10% grupos de otros años y 10% familia. El aspecto de los grupos de equipo lo incluye dentro de los porcentajes de entrenador y jugador.

Sesión 2: 17/07/19 y Sesión 3: 24/07/19

Actividad en sesión: Balanza Decisional: Escribir en una tabla de 2x2 aquellas razones mencionadas a lo largo de las sesiones 2 y 3.

Tras redactarlo, se le pregunta su opinión sobre el ejercicio y comenta “que no me compensa abandonarlo. Al final siempre he tenido en cuenta el balance” y, a medida que ha ido aprendiendo en INEF más beneficios de entrenar, “no renunciaría realmente”.

Costes del entrenamiento	Ganancias de no entrenar
Tiempo* (tiempo con alguien) Estudio Dinero Dolor momentáneo / lesión Salud (referido a sus subidas y bajadas de peso en el instituto)	Tiempo disponible Formación (principal ganancia) Familia (referido con pasar tiempo en casa) Objetivos (inespecíficos, referido a planes que le pueden surgir) Dinero
Ganancias del entrenamiento***	Costes de no entrenar
Fuerza Resistencia Más aptitudes (agilidad, flexibilidad, coordinación) Entrenamiento específico	Salud Satisfacción personal Estabilidad emocional Engordar como una bola Contactos (referido a la inestabilidad social)

***Cada una de las razones las desglosa en función de las ganancias para la salud y el rendimiento deportivo:

Sesión 4: 30/07/19

Logros académicos: “Carrera universitaria (2020), Máster universitario 2021?) o Cursos de formación complementaria (2021?) y C1 Inglés”.

Logros profesionales: “Llevar un equipo de liga federada (2020-2021) y conseguir algún trabajo a tiempo parcial, ya sea el equipo de liga u otro”.

Logros deportivos: “Haber alcanzado 1ª Autonómica A/B y estar en investigaciones serias o haber alcanzado un 1ª Nacional”.

Se introduce la metáfora de la montaña para trabajar en metas. MB elige trabajar sobre el Logro 1: Aprobar el nivel C1 de Inglés.

POSIBLES DIFICULTADES

- Prioridades: no darle la prioridad suficiente este año, dado que nunca le ha dado la prioridad de ponerlo lo primero de su lista.
- Planificar correctamente la progresión: a nivel de tiempo empleado en cada meta, y cómo subir el nivel de dificultad en cada tarea.

RECURSOS Y HABILIDADES

- Recursos materiales y digitales: tener un teléfono, un iPad, donde ponerme a leer y escuchar.
- Software (apps): tener material digital.
- Hermana mayor: porque ha hecho la carrera de filología inglesa y acude a ella para pedirle ayuda.
- Obseso: “hay veces que incluso más de lo que debería, pero bueno yo creo que me puede ayudar”. Ser un obseso es para él interesarse mucho en un tema, e ir a por su objetivo incluso aunque no sea de la manera más eficiente. “Mantenerme perseverante simplemente”. Lo asocia a su época de 4º ESO cuando se propuso ponerse fuerte.

Importancia: lo valora con un 8. Confianza: lo valora con un 7. Preparación: lo valora con un 5.

Sesión 5: 9/08/19

MB no se ha planteado cambiar cosas a raíz de las sesiones. “La verdad que no. Ya tenía muy claro desde principios de verano que es lo que me iba a encontrar en la temporada siguiente y cómo lo quiero afrontar. Sinceramente, no tengo previsto ningún cambio”. “Tampoco te digo que no vaya a cambiar nada, seguramente con alguna de las charlas y tal también me dado cuenta de que pequeñas cositas así que quieras que no seguramente se haya plasmado de una forma u otra. Quizás el plan final vaya a ser siempre el mismo”, “el día ese de los quesitos me puse a pensar sobre cuánto tiempo de le dedico a mi familia en relación a cuánta actividad le dedico a otras cosas, y pues sí es verdad que [...] a la hora de priorizar ciertas cosas sí que se la he dado a la familia”. Insiste en que no va a haber ningún cambio pero igual las formas son distintas, en las decisiones diarias.

Se introduce el concepto de **pedir ayuda**.

Preferencia por la ayuda más funcional “Al final, las cosas que se hacen con ayuda sobre todo por gente que sabe, se acaban haciendo más rápido. Entonces, me gusta pedir ayuda, para aprender más, para formarme... Pero para el día a día, no tanto. Porque, sobre todo es algo que me pasa a mí, que me intento meter en la cabeza de intentar como espabilar un poquito. Tengo la sensación de que todavía estoy demasiado cercano a la actitud de un niño en relación a lo que podría llegar a ser entonces”. No quiere que sus padres estén tan pendientes de él.

Cuando se le plantea el concepto pedir ayuda en temas personales, MB comenta: “No, nunca pido ayuda para eso la verdad. Cualquier pequeña depresión, cualquier pequeña burrada, me lo acabo siempre tomando yo, conmigo mismo. Nunca pido ayuda para esas cosas”. “Para intentar que no estén pendiente a mí, para que no se preocupen, por esas cosas la verdad es que hace muchísimo que no pido ayuda para nada”. MB añade que nunca le había contado su vida a nadie como lo ha hecho durante estas sesiones.

Finalmente, MB acaba admitiendo que su modo de pedir ayuda es a través de llamadas sutiles de atención: “Hay pequeñas indirectas que de repente suelo soltar para ver si de repente me contestan algo”, “Hará unos meses cuando dejé a las niñas que de repente solté – echo de menos a las niñas”. Todo por el miedo de molestar a alguien. Se le pregunta qué hay detrás del miedo a molestar: “que se lo tomen mal, que no le apetezca ayudarme, que tenga otra cosa más importante en la que trabajar y suponga yo un incordio”. Son situaciones que teme que le sucedan y por eso intenta evitarlo, aunque nunca le ha sucedido tan directamente. Se le pregunta cómo cree que se sentiría: “también te sientes como que – soy una persona a la cual se supone que te importa un poquito, ¿no?”.

Elegiría a su familia o sus padres para pedir ayuda. Aunque comenta que “Como a mi padre le pregunte algo va a estar detrás, me va a traer además un estudio científico, me va a traer frases de millonarios, y como mi madre sepa que me pasa algo me va a estar detrás de mí en plan pin, a los 20 minutos pin”, referida a la hiperprotección por parte de ambos.

Prefiere confianza que cercanía, por lo mismo, pensará que esa persona tendrá otras cosas que hacer y no le va a interesar.