

Vigorexia y Terapia de Aceptación y Compromiso: A propósito de un caso

Vigorexia and Acceptance and Commitment Therapy: a clinical case

Noelia Navarro Gómez

Doctor en Psicología. Profesora Sustituta Interina. Universidad de Almería

Rubén Trigueros Ramos

Doctor en Psicología. Doctor en Educación. Profesor Ayudante Doctor. Universidad de Almería

RESUMEN

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha supuesto una importante revolución a la hora de conceptualizar la psicopatología. Aplicada a diversas áreas, se busca acabar con el patrón de evitación experiencial, que supone responder de forma literal a los eventos privados aversivos, potenciando nuevas formas de respuesta ante la presencia de los mismos. Se presenta una intervención con ACT en un problema de vigorexia. El paciente es un joven de 24 años, cuya excesiva preocupación por su aspecto físico le ha hecho descuidar otras facetas de su vida, al tiempo que está poniendo en riesgo su salud. La terapia consistió en 16 sesiones de intervención en las que se trabajaron los aspectos centrales de ACT (desesperanza creativa, defusión, clarificación de valores, yo como contexto, contacto con el momento presente...). Tras la intervención, se incrementaron las acciones en dirección a sus valores, reduciéndose la credibilidad otorgada a la presencia del malestar.

PALABRAS CLAVE

Vigorexia; terapia de aceptación y compromiso; evitación experiencial.

ABSTRACT

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has been an important revolution in conceptual psychopathology. Applied to various areas, it seeks to end the experiential avoidance pattern, which means responding literally to aversive private events, promoting new forms of response in the presence of them. An intervention with ACT was presented in a problem of vigorexia. The patient is a 24-year-old young man whose excessive concern for his physical appearance has made him neglect other facets of his life, while putting his health at risk. The therapy consists of 16 intervention sessions in which they work on the central aspects of ACT (creative hopelessness, defusion, clarification of values, I as context, contact with the present moment ...). After the intervention, they increased the actions in the direction of their values, reducing the credibility given to the presence of discomfort.

KEYWORDS

Vigorexia; acceptance and commitment therapy; experiential avoidance.

Aunque los beneficios del ejercicio tanto a nivel físico como psicológico han sido extensamente documentados (Dunn, Trivedi y O'Neal, 2001; Paluska y Schwenk, 2000, por citar algunos ejemplos), llevar su práctica al extremo podría acarrear la adopción de hábitos no saludables convirtiéndose de este modo en contraproducente, lo que coloquialmente se ha denominado una *adicción sin drogas* (Fanjul y González, 2011; Valdés, Lagos, Gedda, Cárcamo, Millapi y Webar, 2013). Híbrido del término vigor (fuerza o vitalidad) y del griego *orexia* (apetito) con el prefijo *an*, el concepto de vigorexia se ha acuñado en la jerga cotidiana. Según los manuales diagnósticos al uso, quienes la padecen muestran preocupación por defecto físicos o imperfecciones mínimas que le conducen a realizar comportamientos en exceso o actos mentales repetitivos (en este caso, ejercicio con pesas o tomar estereoides), causando esta preocupación un malestar clínicamente significativo u deterioro en áreas importantes del funcionamiento, y no siendo explicable este malestar cognitivo por la presencia de un trastorno alimentario (APA, 2013). La última edición del DSM (DSM-5), lo ubica dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos.

El deseo de llevar al límite su capacidad muscular puede suponer el empleo de tres horas medias prestando atención a la insatisfacción corporal que padecen (Schnirring, 2000), aunque otros autores sostienen que este tipo de pensamientos en realidad están presentes las 24 horas (Pope et al., 2000). Podrían estar presentes asimismo conductas de verificación (conductas de comparación de su cuerpo con el de otros, preguntar a su entorno

si detectan los cambios en su cuerpo, mirarse continuamente en el espejo en búsqueda de cambios tras los entrenamientos, pesarse varias veces al día...). La vida social puede verse profundamente afectada, (reducen o sustituyen el tiempo de ocio con amigos o pareja) por más horas de entrenamiento (López, Vázquez y Mancilla, 2016), lo que a largo plazo, les lleva al aislamiento social. Es posible asimismo que su potencial de rendimiento se vea sensiblemente disminuido por el cansancio producto del deporte extremo (Baile, 2005). En lo relativo a la alimentación, esta también puede sufrir cambios, incrementándose el consumo de proteínas e hidratos de carbono en detrimento de las grasas.

En lo que se refiere a la prevalencia, se estima que entre el 1-2% de la población reúne los criterios diagnósticos y se trata de una tendencia al alza. Respecto a la distribución por sexos, algunos estudios sostienen que afectan a ambos sexos de forma similar (Winfried, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen y Brähler, 2006), mientras que otros apuntan a un ligero predominio masculino cuyo ideal es cada vez más musculado. Su comorbilidad es elevada en pacientes obsesivos compulsivos, donde puede alcanzar hasta un 39% (Phillips, Menard, Fay, y Weisberg, 2005) siendo elevada también en consultantes dermatológicos, de cirugía plástica y en pacientes con TCA (Ruffolo, Phillips, Menard, Fay y Weisberg, 2006). La edad de debut se ha establecido en torno a los 19 años (Cafri, Olivardia y Thompson, 2008).

Con respecto a la etiología, el modelo más aceptado apunta a múltiples factores causales que desembocan en una percepción errónea

del propio cuerpo (Greenberg, Delinsky, Reese, Buhlmann y Wilhelm, 2010). Así, por un lado, se señalan factores de corte sociocultural, como por ejemplo, la presión social por ajustarse a los cánones estéticos imperantes potenciados por los medios de comunicación o las redes sociales o el descontento con el propio cuerpo, asociado a una historia previa de complejos corporales o ciertos rasgos de personalidad (baja autoestima, esquema perfeccionista, afectos negativos...) (Goldfield 2009; Grieve 2007). En esta misma línea se ha relacionado con niveles bajos en extraversión, apertura, amabilidad y altos niveles de neuroticismo, así como, con la presencia de contenidos ansioso y bajo autoconcepto (Castro, Molero, Cachón y Zagalaz, 2014). Por otro lado, factores biológicos que se relacionan con déficits de serotonina (Martínez, et al., 2008).

Los modelos surgidos dentro de una perspectiva cognitivo-conductual apuntan a la existencia de creencias distorsionadas o exageradas y esquemas en los que se cuestiona la normalidad de la apariencia externa. El problema suele manifestarse durante la adolescencia, cuando la preocupación por el físico es máxima y se mantiene gracias a la repetición de autoafirmaciones negativas hasta convertirlas en automáticas, así como las conductas de autocomprobación que desembocan en hipervigilancia del aspecto físico (Veale et al., 1996).

En lo referido a la intervención el tratamiento por excelencia ha sido el farmacológico y la terapia cognitivo conductual. En este sentido, existen ciertas variables que podrían predecir la ineffectividad del tratamiento, como la escasa

adherencia, la comorbilidad con otros cuadros diagnósticos o la escasa conciencia del trastorno (Hollander y Aronowitz, 1999). Entre las técnicas más utilizadas tradicionalmente destaca el entrenamiento en percepción corporal, la desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, exposición con prevención de respuesta y prevención de recaídas (Orosan et al., 1995; Raich, 2004). Si bien dicha intervención ha mostrado ser moderadamente eficaz (ver Salaberria, Borda Amor y Echeburúa, 2000), sería conveniente, plantearse otras formas de abordaje que trabajen en la raíz del problema desde una perspectiva funcional. Este sería el caso de las denominadas Terapias de Tercera Generación, y particularizando aún más, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT de aquí en adelante por sus siglas en inglés) (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Wilson y Luciano, 2002), una terapia de gran versatilidad, eficaz en áreas tan heterogéneas como la depresión, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, fobias, trastornos psicóticos... (ver Ruiz, 2010; para una revisión). La clave del éxito de esta terapia radicaría en la premisa de que a la base de todos estos trastornos, formal o topográficamente diferentes, encontramos un mismo patrón funcional: el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE, de aquí en adelante) (Luciano y Hayes, 2001). Según dicho patrón, la persona se comportaría de forma consciente y deliberada para alterar la forma o frecuencia de las experiencias que le generan malestar (estados o sensaciones de su cuerpo, pensamientos, recuerdos), así como las condiciones que las generan. Aunque el patrón sigue una cierta lógica y es a corto plazo efecti-

vo (se hace aquello potenciado socialmente y se consigue reducir o eliminar temporalmente el malestar, por lo que su seguimiento es reforzado positiva y negativamente), a largo plazo destroza la vida personal al oponerse de forma directa a las conductas en dirección a lo que importa, a los valores de la persona.

La piedra angular de ACT es el trabajo con los valores, esto es, escoger libremente la opción en la que pueda estar el sufrimiento o el malestar temido tenidas cuentas las consecuencias que esta elección tendrá en la consecución de aquello que se considera importante en la vida. Esto supone un cambio radical respecto a la forma de entender las psicopatologías, ya que en lugar de patologizar la sintomatología o tratar de reducirla o eliminarla a toda costa como proponen las terapias precedentes, se prescribe “el no cambio”, esto es: convivir con los síntomas (Juarascio, Forman y Herbert, 2010; Pearson, Follette y Hayes, 2012), y continuar avanzando en dirección a lo valioso *pese a* los eventos privados y el sufrimiento que pueda aparecer.

Desde la ACT, en el caso que nos atañe podrían ponerse en un marco de igualdad las relaciones músculo-atractivo, atractivo-éxito, éxito-felicidad (“cuanto más músculo, más guapo”, “los chicos sin músculo carecen de atractivo”, “para tener éxito, debo tener buena imagen”). Por ejemplo, la palabra “flacucho” tiene connotaciones dependientes del contexto y las experiencias previas en la historia personal, altamente cargadas de valor, capaces de evocar reacciones emocionales adversas.

Así, el trabajo terapéutico va enfocado a fomentar la flexibilidad psicológica, ense-

ñando formas alternativas de respuesta ante los eventos privados valorados como problemáticos. El modelo de intervención fomenta esta flexibilidad trabajando seis procesos fundamentales (razón por la cual se llama “hexaflex”) como son la atención al “aquí y ahora”, el trabajo con valores, el compromiso activo con respecto a la consecución de estos valores, el *yo como contexto* distinto al *yo contenido*, la *defusion* o *deliteralización* del lenguaje y la aceptación del malestar como parte de la condición humana. Todos estos procesos trabajan en la misma línea, siempre dentro de una terapia adaptada a cada caso de forma individual, dando más peso a uno u otro componente, en función de las necesidades que vayan surgiendo durante el transcurso de la misma. Es desde este enfoque desde el que se trabajará en el ámbito de un trastorno formalmente denominado dismorfia.

Método

Descripción del caso

A. es un joven de 24 años. Acude a consulta presionado por sus padres y derivado por el médico de cabecera. Los padres refieren que, desde hace unos meses, A. se muestra violento y con cambios bruscos de humor. Del mismo modo, refieren que su hijo “muestra obsesión con el gimnasio”, llegando incluso a descuidar sus obligaciones laborales y sus relaciones sociales. Si bien, en un principio aprobaron estos cambios por las mejorías evidentes en su estado físico y de salud, confiesan que “la situación se le ha ido de las manos y que es necesario poner límites, puesto que tan peligroso es un extremo como el otro”. A. presentó sobrepeso

en su infancia y adolescencia por lo que fue el blanco de burlas y humillaciones por parte de sus iguales, que en sus propias palabras “le generaron profundos complejos, inseguridades y lo convirtieron en un niño retraído”. Refiere haberse iniciado en el mundo del deporte a los 17 años cuando motivado por los resultados físicos obtenidos por un amigo se apuntó con él a un gimnasio. Desde entonces, no ha abandonado el deporte, ha perdido más de 25 kg y se percibe a simple vista su gran volumen de masa muscular. Además, procura realizar dietas ricas en proteínas e hidratos de carbono. Sigue las indicaciones de un entrenador, y confiesa haber consumo de anabolizantes. En efecto, él relata que acude al gimnasio todas las tardes al salir del trabajo, donde pasa unas 4 horas. Ha descuidado por tanto sus relaciones sociales y demás obligaciones cotidianas. Sin embargo, pese a las repercusiones en diferentes contextos, el paciente se muestra poco colaborador, sosteniendo “estar perfectamente” y “no tener ningún tipo de problema. No obstante, cuando se profundiza en la entrevista, A, confiesa “no verse del todo bien” y manifiesta deseo de “aumentar aún más la masa muscular, especialmente en los brazos y pecho”. Se evidencian rasgos obsesivos (como el malestar que padece cuando no puede ir a entrenar), así como distorsión de su imagen corporal. Del mismo modo, últimamente refiere evitar situaciones que implican la exposición corporal, así como, relacionarse con los demás o asistir a fiestas y otros eventos sociales. De este modo, sus reforzadores sociales y la calidad de los mismos se han visto considerablemente reducidos. Abandonó los estudios para comenzar a

trabajar y ganar algo de dinero “para sus gastos”, sin embargo, confiesa le gustaría retomar los estudios y comenzar un módulo de mecánica, pero sus miedos e inseguridades físicas se lo impiden. Se ha producido un deterioro y distanciamiento notable en la relación con sus padres y sus amigos. A., menciona padecer también algunas dificultades para concentrarse en el trabajo, picos de ansiedad, así como, esporádicamente dificultades para dormir. En cuanto a su autoestima, parece haberse mermado también: dice sentirse “debilucho”, “un tirillas”, por lo que suele vestir con ropa ancha que disimule su supuesto problema. No existen antecedentes familiares de este tipo de problemas.

Evaluación del caso

- *Entrevista clínica.* En formato abierto y no estructurado, se recogió información relativa a la topografía del problema: momento de inicio, frecuencia del comportamiento, cantidad de vello arrancado y localización del mismo, las estrategias para hacer frente a la situación, situación emocional antes y después de la conducta de tracción, así como el apoyo social y familiar del que se dispone).
- *El Test de las Siluetas* (Stunkard, Sorensen y Schlusinger, 1983): Se administró con la intención de explorar la conciencia de autoimagen. Se evidenció una distorsión de la autopercepción de la imagen corporal. Su deseo era seguir aumentando su musculatura.
- *Registro de conductas relacionadas con la alimentación.* Se le pidió que anotara diariamente sus pautas actúales, hábitos de alimentación (número de comidas, horarios, cantidad, tipo

de alimentos, lugar, actividades simultáneas) y consumo de anabolizantes.

- *Cuestionario de Aceptación y Acción II* (AAQ-II, Acceptance and Action Questionnaire- II, Bond et al., 2011; adaptación española de Ruiz, Langer-Herrera, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013). Se trata de una medida genérica de la evitación experiencial y de la inflexibilidad psicológica. Consta de 7 ítems con una escala Likert de 7 puntos en la que las puntuaciones altas indican un mayor grado de evitación y una menor aceptación psicológica. La prueba presenta buenas propiedades de confiabilidad y de consistencia interna, con una media de α de Cronbach de 0,88.
 - *Formulario Narrativo de Valores* (Hayes, Strohsahl y Wilson, 1999). Se trata de un instrumento para describir brevemente los principales valores en cada área: 1) relaciones íntimas/pareja/matrimonio (2) relaciones familiares (3) amigos y relaciones sociales (4) empleo y carrera (5) desarrollo personal/educación (6) ocio (7) espiritualidad (8) ciudadanía (9) salud/bienestar físico.
 - *Cuestionario de Valores* (Wilson y Luciano, 2002). Se trata de un formulario con dos etapas, en el que, en primer lugar, se ha de valorar la importancia en una escala de 1 a 10 de cada una de las áreas valoradas (por ej. ámbito académico laboral, relaciones sociales, imagen personal...), y, en segundo lugar, estimar una puntuación de 1 a 10 que refleje cuánto de consistente ha sido la persona viviendo en dirección a sus valores.
 - *Formulario de estimación de valores* (Hayes et al., 1999). Se trata de un formulario don-
- de el participante tiene que valorar de 1-10 (1=nada importante; 10=muy importante) el grado de importancia y satisfacción en el último mes en cada área de valores. Finalmente tiene que poner en orden de importancia las diferentes áreas de valores. En este estudio sólo se utilizó esta última parte, la relativa a ordenar según el grado de importancia cada una de las facetas valiosas, pues ya se toman anteriormente otras medidas relacionadas con el grado de importancia de cada una de las facetas por separado.
- *Formulario de metas, acciones y barreras* (Hayes et al., 1999). Se trata de un registro donde el paciente, con ayuda del terapeuta, va señalando los objetivos y acciones concretas que puede realizar en consonancia con lo que considera *valioso* en su vida, así como las barreras y obstáculos para dirigirse en dirección a estos valores.
 - *Cuestionario de complejo de Adonis* (Pope, Katherine, Phillips y Olivardia, 2003), en su versión adaptada al castellano (Latorre-Román, Garrido-Ruiz y García-Pinillos, 2015). Dicha herramienta cuenta con adecuadas propiedades en lo relativo a la fiabilidad (alfa de Cronbach de 0.880). Se trata de un cuestionario de 13 ítems con 3 opciones de respuesta (que puntúan 0-1 y 3 puntos) que evalúa el grado de preocupación por el físico y hasta qué punto interfiere con otras facetas en su vida. A partir de los 10-19 puntos se supone un grado moderado de Complejo de Adonis o vigorexia, 20-29 correspondería a un complejo grave, y 30-39 indicaría patología ligada a la imagen corporal.

Análisis funcional

El paciente presentaba marcados rasgos de baja autoestima e inseguridad personal, así como un nivel de ansiedad significativa. Podemos encontrar antecedentes en su historia personal (una infancia y adolescencia donde su sobrepeso era motivo de burla entre sus iguales y adultos), que han moldeado este patrón de personalidad. En este sentido, el aislamiento y la escasez/ausencia de relaciones personales constituyen una estrategia de evitación. Asimismo su propia autoexigencia en cuanto a rendimiento físico, su perfeccionismo, fomentan la entrega excesiva a la práctica deportiva. El consumo de anabolizantes, cuyo consumo había ido en aumento en los últimos años contribuía a aliviar el malestar a corto plazo. Por último también se observaron conductas obsesivo-compulsivas a veces asociadas a sentimientos de culpa en torno al entrenamiento, su apariencia muscular y física y a algu-

nos factores relacionados tales como la nutrición, el descanso, entre otros. En el caso de A., se observa la presencia de un patrón de regulación iniciado por todas estas circunstancias previas. Sus creencias acerca de los cánones corporales podrían actuar como facilitadoras de este comportamiento. Todo esto propicia un estado afectivo negativo, señal discriminativa disparadora del patrón comportamental de entrega al deporte. Mientras consuma su práctica deportiva su ansiedad, su angustia y sus sentimientos de insatisfacción corporal se ven reducidos. De este modo, estamos ante un comportamiento que se realiza con el fin de verse mejor físicamente (reforzamiento positivo), pero que a medio/largo plazo se mantiene por evitación/escape de los eventos privados que vienen muy cargados emocionalmente una vez se detiene esta práctica (reforzamiento negativo). Esta forma de regulación a su vez se ve potenciada por los valores imperantes en

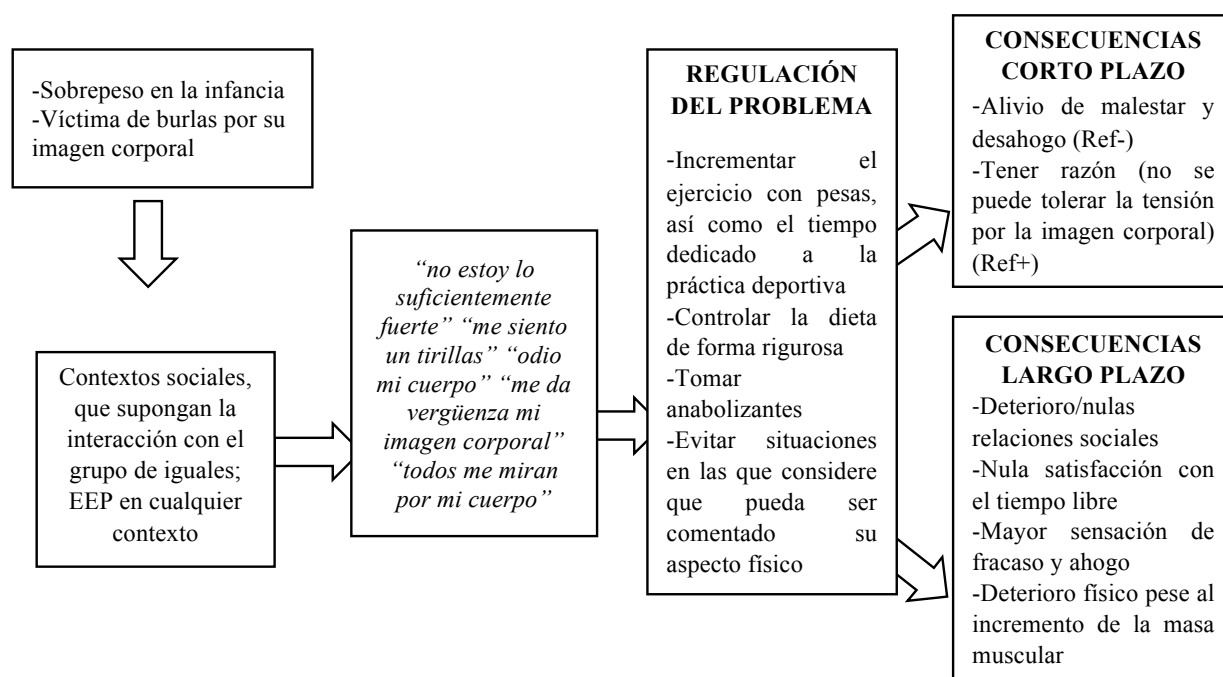


Figura 1. Análisis funcional del problema

la sociedad actual de culto al cuerpo, así como, por el hedonismo que trata a toda costa de evitar cualquier situación que genere algún tipo de malestar (reforzamiento positivo), al implicarse en este tipo de regulación (ver figura 1).

Procedimiento

Se adoptó la ACT como estrategia de intervención en la eliminación del TEE. Es decir, la intervención se planificó con el objetivo de producir cambios en los patrones desarrollados para tratar de mantener el control (ejercicio compulsivo, dietas estrictas, consumo de anabolizantes...). El objetivo central fue flexibilizar la conducta, esto es enseñar la distinción entre los eventos privados problemáticos y la persona que los tiene (yo contenido vs. yo contexto), para romper con la literalidad ante la presencia de éstos. Se mostró la responsabilidad con las elecciones personales, aceptando aquello que no podía ser cambiado y comprometiéndose en sus acciones en dirección a sus valores.

La intervención se desarrolló a lo largo de 16 sesiones con una periodicidad semanal durante los dos primeros meses y progresivamente sesiones más distanciadas, teniendo la intervención total una duración de 7 meses. Las dos primeras sesiones estuvieron destinadas principalmente a la evaluación y planteamiento del problema, así como al establecimiento de la alianza terapéutica.

En las primeras sesiones se recogió la información relevante (datos acerca del caso, objetivos y preocupaciones) de cara a realizar el análisis funcional y generar un contexto en el que situar la terapia.

Las sesiones posteriores se centraron en la intervención *per se*, y finalmente se establecieron dos sesiones de seguimiento a los 4 y 6 meses. En la última sesión de intervención se llevó a cabo la evaluación postintervención, aplicando nuevamente los instrumentos empleados en la evaluación inicial. La terapia estuvo dirigida por un terapeuta, al tiempo que un segundo terapeuta tomaba las anotaciones oportunas para fines investigativos ya que no se produjo la grabación de las sesiones.

Los objetivos terapéuticos fueron encaminados a generar un estado de *desesperanza creativa*, con la intención de cortar la lucha por la evitación de los pensamientos y la ansiedad. Otro objetivo fue centrar la *atención en el momento presente*, en la experiencia y sensaciones que se están viviendo en el momento, pero tomando la suficiente toma de conciencia y distancia para *diferenciar los contenidos del yo* de la persona que tiene dichos contenidos (yo como contenido vs. yo como contexto), siendo consciente de que estos pensamientos, sentimientos o emociones no le definen.

Las primeras sesiones de intervención estuvieron centradas en aspectos como la clarificación de valores, como dirección de la terapia al tocar "lo que de verdad importa al paciente" (cuáles eran estas facetas valiosas, qué importancia tenían para A., el grado de satisfacción que tenía respecto a estas facetas, la frecuencia con la que realizaba acciones valiosas y qué estrategias de evitación se comportaban como barreras para la consecución de los mismos). Se trabajó con el ejercicio de "encontrar la propia brújula" (Wilson y Luciano, 2002). Los pensamientos automáticos relacionados con

la imagen corporal funcionaban como obstáculos literales que podrían servir como brújula, pero que proporcionaban una dirección poco fiable, especialmente cuando se mira en dirección a largo plazo. Son los valores los que marcan la dirección genuina aunque el camino hacia la consecución de estos sea a veces doloroso. Este ejercicio también fomenta abandonar la lucha contra los eventos privados, y se vio apoyado con metáforas como la *metáfora del jardín* (Wilson y Luciano, 2002) (se le dieron instrucciones del tipo “use esta metáfora como brújula”). Cuando surgían recaídas, o pensamientos que hacían que la “brújula oscilase” se le preguntaba si lo que hacía “era abonar y cuidar su jardín”, o por el contrario, “era dejar crecer las malas hierbas”. De este modo, se enseñó a discriminar los pensamientos negativos, no dándoles credibilidad y manteniendo la dirección hacia aquello valorado (Heffner, Sperry y Eifert, 2002).

Por otro lado, se generó *desesperanza creativa* (Pearson, Follete y Hayes, 2012), al indagar por las estrategias de regulación y por cuáles eran las consecuencias de estas acciones a corto y largo plazo. Se ayudó a discriminar cómo comportamientos con diferente topografía (levantamiento compulsivo de pesas, dietas estrictas, abandono de los estudios), se dirigían a la evitación de dichos eventos privados, al tiempo que se analizaba la ineffectividad de los mismos. Para conseguir esto, se recurrió a diversas metáforas (*metáfora de las arenas movedizas; la metáfora del tablero y las fichas*), al tiempo que se aprovecharon las propias verbalizaciones del paciente para generar analogías sencillas que incorporaban los comportamien-

tos presentes en el repertorio del paciente con la intención de que estableciera una conexión o equivalencia. Por ejemplo, se hizo caer en que implicándose en un ejercicio desmesurado y evitando situaciones sociales o descuidando su faceta académica o laboral, se estaba “entrenando y haciendo fuerte” a los miedos e inseguridades acerca del propio cuerpo. Esto es, aquellas acciones desarrolladas para mejorar su autoimagen corporal y sentirse mejor consigo mismo no sólo no funcionaban, sino que empeoraban su situación.

Dadas las dificultades con su autoimagen corporal, desde la ACT se hace necesario aceptar los cambios que se producen en esta siendo conscientes de los mismos, esto es vivirlos con conciencia plena, como parte inevitable de su naturaleza fluctuante. Se trata de quitarle carga negativa a las autoevaluaciones, viviendo la experiencia de las mismas con conciencia plena en el momento.

Se recurrió también a ejercicios y metáforas relacionadas con el *no control de los pensamientos*, con el “estar abierto/dispuesto a ellos” pese al malestar que puedan provocar. Para ello se recurrió a ejercicios como “el dique con agujeros” y “el ejercicio de la lucha/ no lucha con los papeles”. De este modo, se reforzó el hecho de que rechazar los pensamientos desagradables es como “tratar de cortar el agua en un dique lleno de agujeros o tratar de esquivar todos los papeles”. Se trata de ejecutar la acción que toque en ese momento, sin esperar cambios en los eventos internos. De esta forma, A., podría dejar los hábitos obsesivos e implicarse en más actividades sociales o académicas/laborales, pese a que apareciesen determinados pensa-

mientos y sensaciones (“nadie te va a querer así”; “eres un “tirillas””; “tu cuerpo es horrible”).

Con respecto a la *defusión cognitiva*, se recurrió al “ejercicio del limón”, con el objetivo de minimizar el valor de las palabras. Del mismo modo, que se hizo con el limón, se invitaba al paciente a estar abierto a todos aquellos pensamientos con carga aversiva “no estoy lo suficientemente fuerte”, “a nadie le va a gustar este cuerpo tan horrible”. Cuando estos pensamientos aparecían, A., debía fusionarse a dicho pensamiento tanto como le fuera posible, dándole la máxima credibilidad. Posteriormente, se rompía dicha fusión entre palabras-acción, contemplándolo desde el “yo contexto”, eso es, darse cuenta de que es sólo un pensamiento: “estoy teniendo un pensamiento sobre...”, y finalmente “estoy notando que estoy teniendo un pensamiento sobre...”.

En relación con los intentos de control, se identificaron aquellas situaciones que estaban siendo evitadas, haciendo ver que el hecho de no exponerse a ellas, “no contribuía a cuidar el jardín”. Para dejar esto aun más patente, se pusieron por escrito en un columna todas las acciones encaminadas a cambiar su cuerpo, en otro columna las diferentes facetas de la vida que pueden verse afectadas por tener un físico “más o menos musculado”. De este modo, tomó plena consciencia del deterioro que focalizarse en su autoimagen había provocado en sus relaciones sociales, su estado de ánimo y su salud. La marginación sufrida desde la infancia no ha favorecido el desarrollo de habilidades sociales eficaces, por lo que en determinadas situaciones relacionales podría caer en una profecía autocumplida en la que sus

carencias interactivas a la base son achacadas al físico, alimentando la falsa creencia de que debería esforzarse aún más por conseguir un físico atractivo para ser aceptado. Esto ha tenido también consecuencias a nivel académico/laboral. A., confiesa que sentía que “todos lo miraban” y “que el hecho de sentirse profundamente acomplejado” lo alejó de los estudios. Esto además le dejó más tiempo libre para el entrenamiento. Sin embargo, declara que le gustaría trabajar en un taller mecánico, para lo que debería hacer estudios previos.

Con respecto a la práctica deportiva, esta no se eliminó puesto que era una actividad placentera y compatible con valores como la salud, pero se estableció un programa de entrenamiento saludable. Así, se fijaron 3 días semanales de entrenamiento de 1 hora y media de duración aproximada cada sesión siempre bajo la supervisión de un profesional del mundo deportivo que diseñó un programa de ejercicios. Al mismo tiempo, se diversificó la práctica deportiva, sustituyendo el entrenamiento individual en el gimnasio por actividades colectivas como la práctica de fútbol con los amigos, con lo que además se amplió su círculo social. Se exploraron las posibilidades de ocio y otras actividades alternativas al ejercicio que solía realizar el resto de días (por ejemplo, tomar café con los amigos, estudiar, jugar a la play). Se reforzó la realización de estas actividades sustitutivas.

Por otro lado, se trabajaron las habilidades sociales a través de ejercicios de role play y siguiendo con la importancia de “cuidar todas las plantas del jardín”, retomó antiguas amistades, reforzándose los logros en este sentido,

lo que a su vez tuvo efecto en su seguridad y autoaceptación. Aprendió de este modo a orientar la brújula hacia lo que era importante para él y no lo impuesto socialmente. De este modo, fue capaz de identificar aquellas cogniciones incontrolables, dejarlas estar y continuar en dirección a sus valores.

El paciente debía completar semanalmente en casa el autorregistro, la frecuencia de acciones valiosas y estrategias de evitación y la satisfacción con los comportamientos hacia valores y nivel de malestar. Una vez concluida la intervención se administró además una entrevista estructurada similar a la aplicada en la evaluación, así como, el AAQ-II, con la intención de confirmar la remisión del trastorno y la consiguiente alta clínica.

Resultados

El progreso de A. fue paulatino, dado que el problema estaba levemente cronificado,

pero el paciente estaba altamente motivado en abandonar el problema, en sus propias palabras “acabar con esta obsesión, esta angustia que no me deja vivir y tomar el control de mi vida”. El paciente rápidamente comprendió la lógica del funcionamiento en el que estaba inmerso y que no hacía sino agrandar y extender su problema (desesperanza creativa). Del mismo modo, tenía muy claros los aspectos que quería mejorar, tenía ilusión por retomar los estudios y cambiar de trabajo, así como, por ampliar sus relaciones sociales.

La figura 2 detalla algunos de los resultados más destacados tras la intervención. Por ejemplo, y como dato relevante, A. va implicándose cada vez en un mayor número de acciones que contribuyen a conseguir lo que considera que de verdad importa en su vida (valores). Por el contrario, mientras esto ocurre, las estrategias de evitación van disminuyendo su protagonismo.

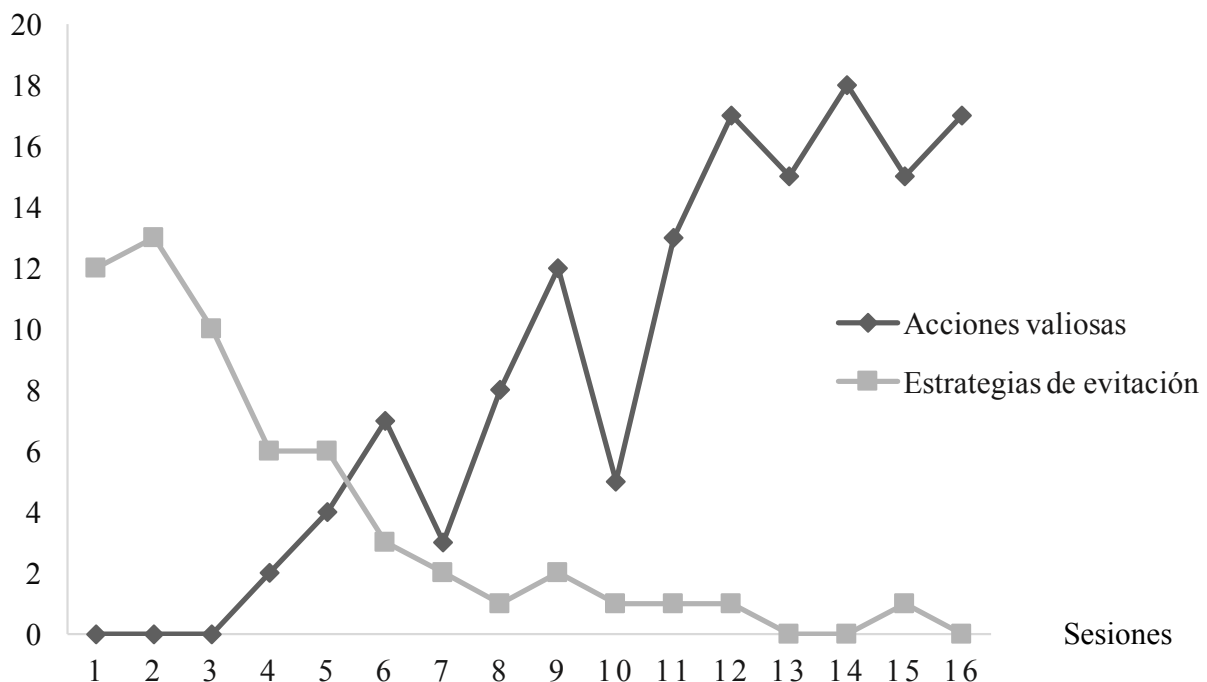


Figura 2. Frecuencia de acciones valiosas y estrategias de evitación a lo largo de las sesiones

Estas mejoras (figura 3) se observan principalmente en el área de las relaciones sociales, estando A. más abierto a actividades de ocio como salir con los amigos, acudir a relaciones sociales. Su círculo social se ha visto ampliado al apuntarse a un equipo de fútbol que se reúne semanalmente para jugar un amistoso, estableciéndose una relación “más sana y lúdica con el deporte”. Por otro lado, confiesa “ser capaz de usar los vestuarios para cambiarse, algo que antes por su propia vergüenza se declaraba incapaz”. Se han encontrado también mejoras en las áreas de relaciones familiares y académico laborales.

Se ha producido una disminución en el número de estrategias de evitación, hasta que en el seguimiento son prácticamente inexistentes (figura 4). En efecto, si bien A., sigue

yendo al gimnasio, ha dejado de consumir anabolizantes, ha modificado notablemente su dieta (anteriormente compuesta básicamente de proteínas, carbohidratos y pocas grasas) y se ha reducido el número de horas de entrenamiento. Esto es coherente con un aumento en la satisfacción con los comportamientos dirigidos hacia valores. Se han incrementado las herramientas y estrategias para hacer frente a la ansiedad y al malestar, pese a que este no siempre haya disminuido. Las puntuaciones del AAQ-II, reflejan incrementos significativos en la aceptación y flexibilidad psicológica (figura 5).

Discusión

A. presentaba un patrón de regulación altamente limitante en el que las conductas focalizadas en el aumento de la masa muscular

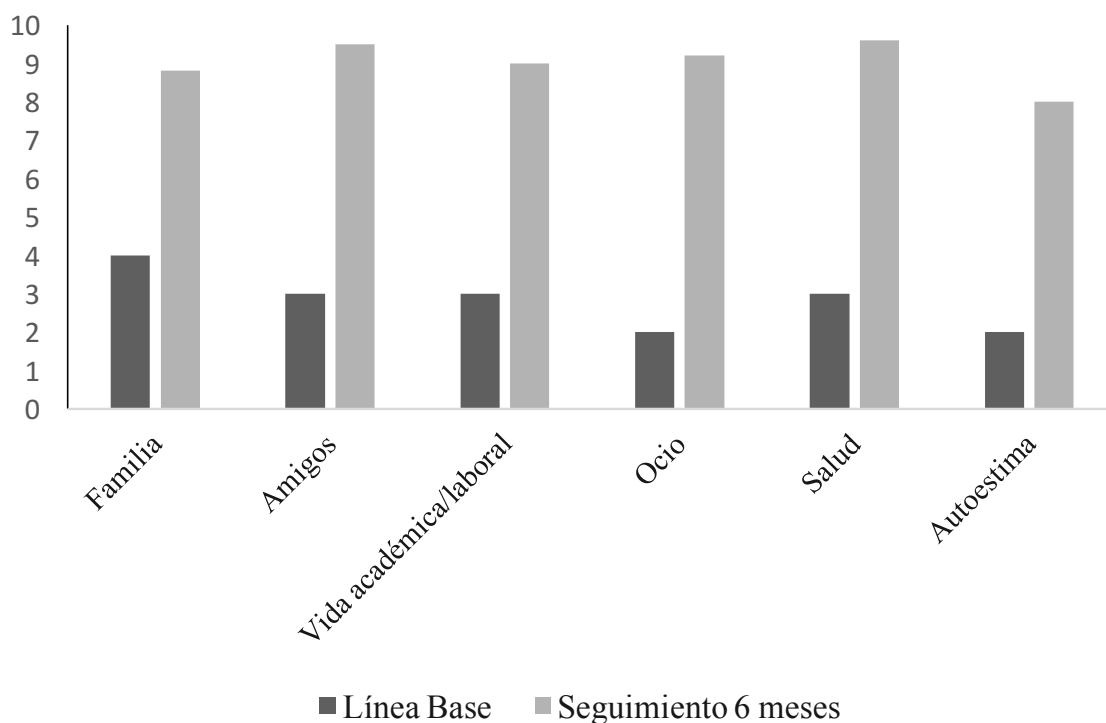


Figura 3. Satisfacción con las diferentes áreas de la vida línea base vs. Seguimiento

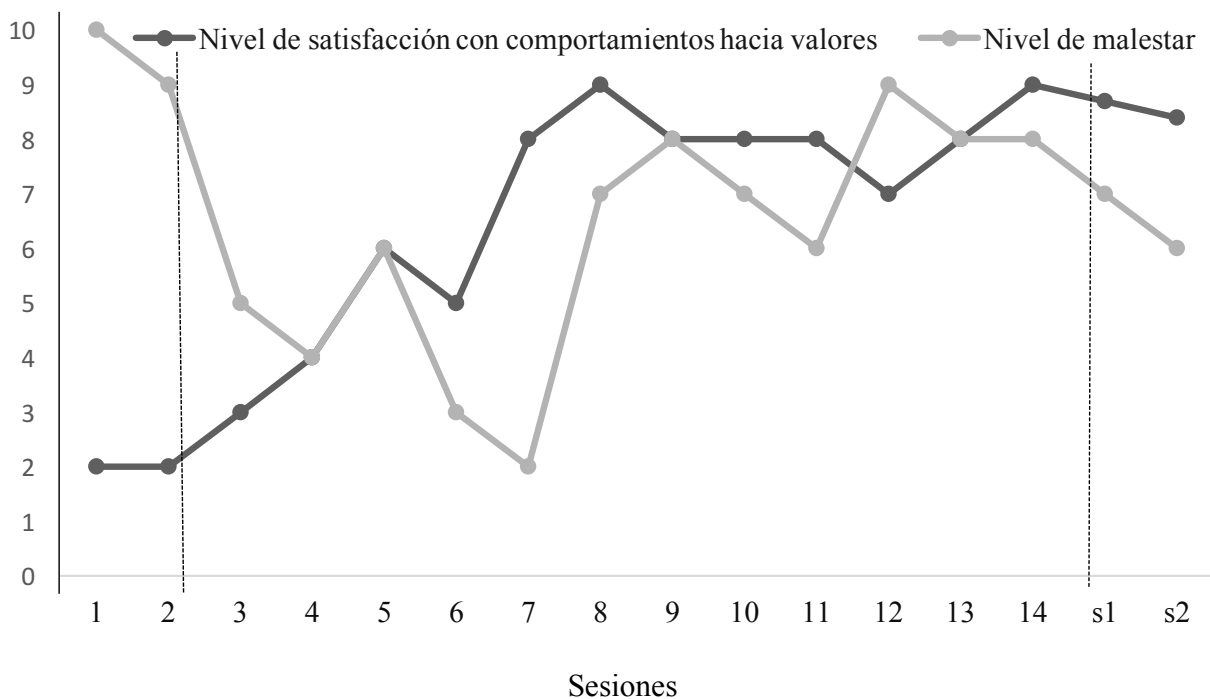


Figura 4. Satisfacción con los comportamientos hacia valores y nivel de malestar durante el curso de la intervención

AAQ-II

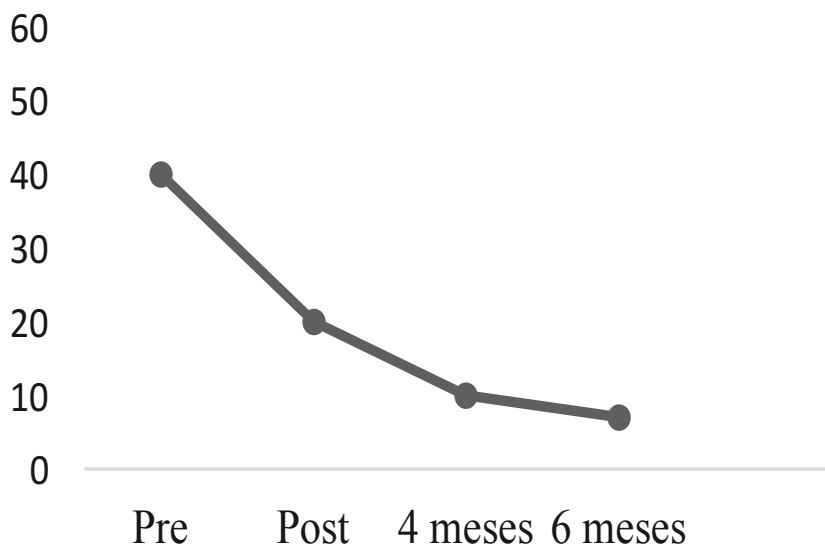


Figura 5. Puntuaciones AAQ

suponen un plan deliberado de controlar sus eventos privados de inseguridad en sus relaciones sociales e insatisfacción con su cuerpo. El desafío en lo que formalmente se denomina trastorno dismórfico corporal radica en que en este tipo de trastornos son de carácter ego-sintónico, por lo que el grado de conciencia del trastorno de quienes lo padecen es bastante limitado por lo que estos pacientes rara vez acuden a consulta y si lo hacen suele ser bajo presión de su entorno, por lo que su motivación es escasa. En efecto, suelen presentar miedo a limitar su rutina de entrenamiento o alimentación.

Las conductas de regulación desplegadas (levantar pesas compulsivamente, seguir una dieta estricta o limitar las situaciones sociales en las que se vea sobreexpuesto o no se sienta cómodo) si bien son altamente reforzantes a corto plazo, a la larga, podrían llegar a provocar importantes consecuencias a largo plazo involucrándose más en un círculo vicioso desesperante y que la aleja de lo establecido como valioso en su vida.

Como hemos visto, desde las terapias contextuales, el eje central de la terapia no es trabajar directamente con la sintomatología, sino que se busca acabar con el patrón de regulación que evita el malestar "a toda costa". Si bien, no se suprimen los eventos privados aversivos, se ha reducido la credibilidad otorgada a los mismos. Esto es una evidencia de la efectividad en el tratamiento del patrón de TEE, ya que ante la presencia de malestar con su propio cuerpo (incomodidad, ansiedad, vergüenza, pensamientos obsesivos y recurrentes...) estos no funcionan como estímulos

discriminativos para escapar de los mismos, desplegando formas de respuesta diferentes a la literalidad. Se trata de focalizarse en la dirección del cambio y en el proceso en sí mismo, en lugar de en los resultados (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano, 2006). De este modo, A., reconoce haber aumentado sus competencias y relaciones sociales así como su nivel de confianza y autoestima, pese a las fluctuaciones en el estado de ánimo, valoradas como una parte más de la vida. Ha abandonado también el consumo de esteroides, siendo capaz de valorar de forma objetiva el costo-beneficio sobre su salud a largo plazo vs. la satisfacción por aumentar la masa muscular a corto plazo. A., reconoce no estar tan centrado en su imagen física y aunque a veces le vienen pensamientos destructivos sobre su apariencia, es capaz de tomar distancia ante los mismos. Su abanico de posibilidades se ha ampliado más allá de los hábitos deportivos, siendo menos dependiente del entrenamiento, las dietas y en definitiva el aumento de la masa muscular.

De este modo, se ha mostrado la bondad de las terapias contextuales en la intervención individual en este tipo de problemáticas. Esto es un dato a destacar, tenida cuenta que hasta la fecha, es frecuente que los profesionales apliquen recursos eficaces en TCA y TOC, siendo el tratamiento de elección de tipo farmacológico y cognitivo-conductual. En lo referido al tratamiento farmacológico, se ha recurrido principalmente a la prescripción de neurolépticos, antidepresivos (principalmente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), y sales de litio (Heimann, 1997). Por su parte,

las intervenciones psicológicas más comunes suelen incorporar aspectos psicoeducativos, entrenamiento en relajación, exposición con prevención de respuesta y reestructuración cognitiva (Barraca, 2000). Generalmente, se trata de terapias breves (de entre 6-12 sesiones en total) con una periodicidad semanal, en su mayoría planteadas para su aplicación en un formato grupal, aunque también las intervenciones individuales han mostrado ser eficaces (Grant y Cash, 1995).

El valor de la intervención expuesta radica en mostrar la efectividad de las terapias contextuales, concretamente, ACT, en el marco de un trastorno dismórfico. Hasta la fecha no se han encontrado trabajos que aborden directamente este tipo de problemáticas, pese a que en 2002, se estimaban entre 20 y 30.000 casos en nuestro país (Alonso, 2006).

Para concluir, se hace necesario apuntar de cara a intervenciones futuras, la importancia de continuar perfeccionando este tipo de intervenciones, adaptándolas a un formato grupal dada la eficacia de este tipo de formato que incide en aspectos como la vergüenza, el aislamiento social o el miedo a las evaluaciones de los demás (Crocetto, Diefenbach, Hannan, Maltby y Tolin, 2006), así como, no descuidar el trabajo para erradicar el estigma inherente a este tipo de trastornos que podría estar infradimensionando la magnitud social de la problemática.

Referencias

- Alonso, J. M. (2006). La adicción al gimnasio: Vigorexia o Complejo de Adonis. Artículo disponible en URL: http://www.mifarmacia.es/contenido/articulos/articulo_ef_vifgorexia.htm
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baile, J.I. (2005). *Vigorexia, cómo reconocerla y evitarla*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Barraca, J. (2000). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno dismórfico corporal. *Clínica y Salud* 11(1), 81-97.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Orcutt, H.K., Waltz, T., and Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Cafri, G., Olivardia, R. y Thompson, J. K. (2008). Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 374-379.
- Castro López, R., Molero, D., Cachón, J. y Zagalaz Sánchez, M. L. (2014). Factores de la personalidad y fisicoculturismo: indicadores asociados a la vigorexia. *Revista de Psicología del deporte*, 23(2), 295-300.
- Crocetto, J., Diefenbach, G. J., Hannan, S., Maltby, N. y Tolin, D. F. (2006). Group Treatment for Trichotillomania: Behavior Therapy Versus Supportive Therapy. *Behavioral Therapy*, 37 (4), 353-363.
- Dunn, A., Trivedi, M. y O'Neal, H. (2001). Physical activity dose response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33, 587-597.
- Goldfield G. S. (2009). Body Image, Disordered Eating and Anabolic Steroid Use in Female Bodybuilders. *Eating Disorders*, 17, 200-210.
- Grant, J.R. y Cash, T.F. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy: comparative efficacy of groups and modest-contact treatments. *Behavior Therapy*, 26, 69-84.
- Greenberg J. L., Delinsky S. S., Reese H. E., Buhlmann U. y Wilhelm S. (2010) *Body image. Young adult mental health*. London: Oxford University Press, 126-142.

- Grieve, F. G. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders*, *15*, 63-80.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1152-1168.
- Heffner, M., Sperry, J. y Eifert, G. H. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*(3), 232-236.
- Heimann, S.W. (1997). SSRI for bodydysmorphic disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 868.
- Hollander, E. y Aronowitz, B.R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: managing the complicated patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, *60* (9), 27-31.
- Juarascio, A. S., Forman, E. M. y Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, *34*, 175-190.
- Latorre-Román, P.A., Garrido-Ruiz, A. y García-Pinillos, P. (2015). Versión española del cuestionario del complejo de Adonis; un cuestionario para el análisis del dimorfismo muscular o vigorexia. *Nutrición Hospitalaria*, *31* (3), 1246-1253. doi: 10.3305/nh.2015.31.3.8292
- López, C., Vázquez, R. y Mancilla J. (2016) Evaluación diagnóstica de la dismorfia muscular: una revisión sistemática. *Anales de psicología*, *32* (2), 405-416.
- Luciano, M.C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, *1*, 109-157.
- Martín Martínez, A. B., Fenollar Iváñez F. M., Rico Gomis J. M., Carricajo Lobato M. P., García Núñez C., Piñol Ferrer B., Reinante G. y López-Higes J. (2008). *Vigorexia, complejo de Adonis o Dismorfia Muscular*. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis.
- Orosan, P., Reiter, J. y Rosen, J. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 263-269. doi:10.1037/0022-006X.63.2.263.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2006). ACT y la Importancia de los Valores Personales en el Contexto de la Terapia Psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *6*, 1-20.
- Paluska, S. y Schwenk, T. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*, *29*(3), 167-180.
- Pearson, A. N., Follette, V. M. y Hayes, S. C. (2012). A pilot study of Acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*, 181-197. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.03.001>
- Pope, H.G., Katherine, A. Phillips, M.D. y Olivardia, R. (2003). The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession. *American Journal Psychiatry*, *158*, 1947-1948.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, *22*, 15-27.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *10*, 125-162.
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility:

- The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Salaberria, K., Borda, M., Amor, P.J., y Echeburúa, E. (2000). Tratamiento del trastorno dismórfico corporal: una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 27-43
- Schnirring, L. (2000). When to Suspect Muscle Dysmorphia. Bringing the 'Adonis Complex' to Light. *The Physician and Sportsmedicine*, 128(12), 19-26.
- Stunkard, A.J., Sorensen, T. y Schlusinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness (1983). En: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Matthysse SW (ed.), *Genetics of neurologic and psychiatric disorders* (pp.115-120). New York: Raven Press.
- Valdés, P., Lagos, R., Gedda, R., Cárcamo, E., Millapi, C. y Webar, M. (2013). Prevalencia de Vigorexia en estudiantes universitarios de Temuco. *Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*, 14(2), 55-61.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Wilson, R. y Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 717-729.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un tratamiento conductual centrado en los valores*. Madrid: Pirámide.
- Winfried, R., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A. y Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychological Medicine*, 36, 877-886.

