



**Universidad
Europea** CANARIAS

Redes sociales, gordofobia y autoimagen en varones: propuesta de intervención para fomentar la aceptación corporal

Trabajo fin de Máster

Autores: Ana María Viñuela Vicente, Sara López de Paz y Marta Guerrero Garrido

Tutor/a: Desiré Abrante Rodríguez

5 de marzo de 2026

1. Resumen

El intenso uso de las redes sociales y la exposición constante a contenidos de “*fitspiration*” han generado nuevas formas de presión estética y malestar corporal en la población masculina, agravando el impacto de fenómenos como la comparación social ascendente y la gordofobia interiorizada. Sin embargo, las intervenciones clínicas dirigidas específicamente a hombres siguen siendo escasas. El presente trabajo desarrolla una propuesta de intervención grupal basada en el modelo cognitivo-conductual, dirigida a varones de entre 16 y 25 años. El objetivo principal es fomentar la aceptación corporal y reducir el impacto de los ideales de éxito asociados a la musculatura y la delgadez que se promueven en los entornos digitales. La metodología plantea un diseño cuasi-experimental con medidas pre y post-intervención, estructurado en 12 sesiones de 90 minutos. El protocolo integra la reestructuración cognitiva con la alfabetización mediática crítica, la exposición a la diversidad corporal y estrategias de autocompasión. Se espera que esta integración reduzca las creencias disfuncionales sobre la apariencia, disminuya la ansiedad social física y promueva una identidad masculina no dependiente de la validación estética, ofreciendo un recurso preventivo ante los nuevos desafíos de la salud mental digital.

Palabras clave: Imagen corporal; Hombres; Redes sociales; Terapia cognitivo-conductual; Presión estética

Abstract

The intensive use of social media and the constant exposure to “*fitspiration*” content have generated new forms of appearance-related pressure and body dissatisfaction in the male population, aggravating the impact of phenomena such as upward social comparison and internalized weight stigma. However, clinical interventions specifically aimed at men remain scarce. This paper develops a group intervention proposal based on the cognitive-behavioral model, aimed at males between 16 and 25 years of age. The main objective is to promote body acceptance and

reduce the impact of ideals of success associated with muscularity and thinness that are promoted in digital environments. The methodology proposes a quasi-experimental design with pre- and post-intervention measures, structured into 12 sessions of 90 minutes. The protocol integrates cognitive restructuring with critical media literacy, exposure to body diversity, and self-compassion strategies. This integration is expected to reduce dysfunctional beliefs about appearance, decrease social physique anxiety, and promote a masculine identity not dependent on aesthetic validation, offering a preventive resource in response to the new challenges of digital mental health.

Keywords: Body image; Men; Social media; Cognitive-behavioral therapy; Appearance-related pressure.

Introducción

En las últimas décadas, las redes sociales han supuesto un gran cambio en cuanto a la forma en la que las personas se relacionan socialmente, construyen su imagen corporal y perciben su identidad (Casanova-Garrigós et al., 2025). Saucedo-Fernández y Martín-Díaz (2025) destacan que las redes sociales difunden ideales de belleza que contribuyen a la insatisfacción corporal, especialmente en mujeres adolescentes. Además, actualmente aplicaciones como Instagram, TikTok o YouTube pueden replicar situaciones dadas en la vida cotidiana y la exposición del cuerpo en estos contextos junto al uso de filtros refuerzan o intensifican estos estándares dominantes de belleza (Fardouly y Vartanian, 2016).

En la misma línea, las redes sociales se configuran como espacios web en los que las personas no sólo construyen su identidad, sino también buscan la validación social. En este contexto, se valora la belleza como núcleo principal, afectando profundamente la autoestima y la satisfacción corporal de aquellas personas que utilizan dichos espacios (Fardouly y Vartanian, 2016). Además, trabajos experimentales previos, han informado de que la exposición en redes sociales a imágenes idealizadas puede afectar al estado de ánimo y las percepciones del propio cuerpo en las

personas usuarias, especialmente, cuando se activan procesos de comparación social (Fardouly et al., 2015). Trabajos más recientes como el de Casanova-Garrigós et al. (2025), analizan la influencia de estas dinámicas entre adolescentes y confirman la fuerte relación que existe entre el uso de las redes sociales, la autoestima y la insatisfacción corporal entre las personas usuarias (Casanova-Garrigós et al., 2025).

Cuando hablamos de este contexto digital, el fenómeno “*fitspiration*” cobra especial relevancia. Este término se entiende como la difusión en redes sociales de contenido que fomenta un estilo de vida saludable a través de la promoción de cuerpos atléticos y publicaciones que resaltan la importancia de la actividad física, una buena alimentación y el esfuerzo (Jerónimo y Carraça, 2022). Aunque la intención original de tales publicaciones pretendía inspirar hábitos positivos, varias investigaciones han demostrado que, en realidad, en la práctica refuerzan ideales corporales poco realistas e incitan a que las personas usuarias realicen comparaciones sociales que llevan a la insatisfacción con el cuerpo y el estado de ánimo. Por ejemplo, Tiggemann y Zaccardo (2015) mostraron como la visualización de imágenes “*fitspiration*” en Instagram suponía un aumento significativo de la insatisfacción corporal y una disminución de la autoestima relacionada con la apariencia. En esta línea, Fardouly et al. (2015) hallaron que la comparación social en plataformas digitales como Facebook tenían un efecto perjudicial sobre la imagen corporal y el estado emocional de las mujeres usuarias. En los hombres, la exposición constante a este contenido se relaciona con una mayor internalización del ideal muscular, un aumento del estrés relacionado con la apariencia y hábitos insanos, como son el ejercicio compulsivo y el uso de suplementos para mejorar el rendimiento físico (Griffiths et al., 2013). Investigaciones recientes, como la de Klier et al. (2022), han analizado la manera en que el uso de redes sociales centradas en el ámbito deportivo moldea la construcción de la imagen corporal, fomentando normas de éxito y autodisciplina que sostienen los valores neoliberales contemporáneos.

Es fundamental contextualizar el fenómeno del *"fitspiration"* dentro de un ecosistema digital más amplio conocido como la *"manosfera"*. Este término engloba diversas comunidades online que, bajo la premisa de la auto-mejora masculina, promueven una adhesión rígida a la masculinidad hegemónica. En estos espacios, la construcción de un cuerpo musculado no se presenta solo como una cuestión de salud, sino como un símbolo de estatus, disciplina y éxito en el mercado sexual y financiero (Paulson, 2020). Autores como Klier et al. (2022) sugieren que estas dinámicas fomentan normas de éxito y autodisciplina alineadas con los valores neoliberales. En este discurso meritocrático, el cuerpo se convierte en el reflejo moral del individuo: un cuerpo musculado es sinónimo de trabajo duro y éxito (*"self-made man"*), mientras que un cuerpo gordo o no normativo se interpreta erróneamente como una señal de pereza, fracaso personal y falta de control. Esta narrativa intensifica la gordofobia, desplazándola de una cuestión estética a una condena moral sobre la valía del hombre como sujeto productivo (Westbury et al., 2023).

Además, la aplicación del modelo teórico de comparación social de Festinger (1954) al ámbito digital, permite comprender mejor los procesos que llevan a las personas usuarias que manejan las redes sociales a involucrarse en comparaciones sociales con quienes consideran que son superiores en apariencia o en estilos de vida. Estas comparaciones sociales ascendentes, pueden tener implicaciones negativas para la autoestima y la satisfacción corporal de las personas. Investigaciones actuales han demostrado que el uso intensivo de redes sociales está relacionado con una mayor exposición a contenido que propaga estándares estéticos o ideales de belleza homogéneos y poco realistas, aumentando las comparaciones sociales e insatisfacción corporal (Díaz-Moreno et al., 2023). La exposición constante a imágenes de belleza normativa o "ideal" crea presión emocional por ajustarse a ese estándar predeterminado, especialmente, en plataformas como Instagram donde se difunden imágenes de cuerpos delgados y tonificados (Tiggemann y Zaccardo, 2018). Para los hombres, este problema tiene un foco específico (Gültzow et al., 2020; Vuong et al., 2021), tendiendo a idealizar cuerpos musculosos, delgadez moderada y apariencia

atlética en comparación con cuerpos más gruesos, que son significativamente menos frecuentes (Gültzow et al., 2020). Esta diferencia en la expresión corporal puede producir distorsiones en la manera en la que socialmente se percibe el cuerpo masculino y tener implicaciones psicológicas considerables (Vuong et al., 2021). Griffiths et al. (2013) advierten que la presión social por alcanzar un cuerpo musculado puede generar malestar con la propia imagen, disminuir la autoestima y fomentar conductas de riesgo como el consumo de esteroides anabólicos. En la misma línea, Klier et al. (2022) han observado que el intensivo o profundo uso de las redes sociales centradas en el ámbito deportivo tienden a reforzar la autoobservación constante y la comparación con otros, especialmente en hombres jóvenes. Asimismo, Casanova-Garrigós et al. (2025) destacan que la exposición reiterada a contenidos visuales sobre apariencia física en entornos digitales contribuye a que se interioricen modelos estéticos poco alcanzables, lo que puede derivar en comportamientos como el ejercicio excesivo o la alteración de la alimentación con el fin de ajustarse a dichos ideales.

De manera particular en esta población, las redes sociales influyen especialmente en la imagen corporal con características específicas, dado que los entornos digitales aumentan las comparaciones y la búsqueda de aprobación social relacionada con la apariencia física (Alfonso-Fuertes et al., 2023). En plataformas visuales como Instagram, es común encontrar imágenes que muestran cuerpos atléticos, definidos y delgados, mientras que las personas con constituciones corporales más gruesas apenas tienen presencia. La falta de representación de la diversidad corporal refuerza un modelo corporal único y normativo que excluye la gran variedad física que en realidad existe (Alfonso-Fuertes et al., 2023). Este tipo de exposición contribuye a niveles más altos de comparación social ascendente, menor satisfacción corporal y una mayor percepción de presión estética en los hombres jóvenes (Alfonso-Fuertes et al., 2023; Stiff y Cutts, 2024).

En los últimos años se ha analizado el contenido publicado en redes sociales, como por ejemplo en Instagram. Dicho análisis indica que numerosos posts en los que se muestra la imagen corporal de los hombres destacan cuerpos musculosos y delgados (Gültzow et al., 2020). Este tipo de

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

publicaciones son las que obtendrán una cantidad más elevada de “me gusta” y comentarios, lo que lleva a reforzar la idealización de cuerpos particulares y a la interiorización de estándares estéticos poco realistas (Gültzow et al., 2020). Además, Groves y colaboradores (2023) trataron de analizar la relación existente entre el consumo de las redes sociales y la percepción corporal que los hombres tienen sobre su cuerpo, haciendo una diferenciación entre el uso activo y pasivo de estas plataformas digitales. Los resultados del estudio mostraron que el uso pasivo de las redes sociales, es decir, observar publicaciones sin realizar una interacción con ellas, se relaciona con el aumento de la preocupación por la apariencia física y del interés por desarrollar una musculatura marcada, particularmente en hombres que de manera habitual practican actividad física (Groves et al., 2023).

Además, investigaciones recientes han observado que incluso una exposición breve a imágenes que reflejan modelos corporales normativos (figuras delgadas y musculosas), puede intensificar el malestar con la propia imagen, fomentar la autocrítica y generar incomodidad emocional. Por el contrario, el contacto con fotografías que celebran la diversidad corporal o que se alinean con el movimiento de “*body positive*” tienden a reducir estos efectos negativos (Castellanos y Steins, 2023; Fasoli y Constantinou, 2024). Estudios como el de Fasoli y Constantinou (2024) evidencian que el contenido centrado en la diversidad y aceptación del propio cuerpo actúa como factor protector, ya que ayuda a reducir las comparaciones sociales en ascenso y promover la autocompasión.

Sin embargo, cabe destacar que la relación existente entre el uso de las redes sociales y la imagen corporal no es lineal ni homogénea. Estudios longitudinales indican que los efectos dependen del contexto, ya que varían según las características individuales (niveles de autocompasión o la internalización del ideal corporal) y dependen del tipo de contenido consumido, más que del tiempo de exposición (Stiff y Cutts, 2024; Arey et al., 2025).

Aunque los estudios sobre redes sociales, imagen corporal y trastornos alimentarios son abundantes en la población femenina, pocos han examinado a los hombres. Las muestras tienden a ser mixtas, y los efectos predominan en las mujeres. Este hecho dificulta separar los resultados por género (Beos et al., 2024). La escasa visibilización de las problemáticas que atraviesan muchos hombres ha contribuido a que sus dificultades sean, con frecuencia, ignoradas en contextos clínicos. Esta invisibilidad ha derivado en una limitada oferta de intervenciones diseñadas específicamente para abordar sus experiencias, lo que perpetúa el estigma y dificulta el acceso a apoyos terapéuticos que se ajusten a su realidad (Pomichter et al., 2025). No obstante, trabajos recientes han demostrado que la presión social y mediática también puede llevar a la insatisfacción corporal, ansiedad y alteraciones en el comportamiento alimentario en los hombres (Casanova-Garrigós, 2025; Austen y Griffiths, 2022). Las investigaciones que se enfocan en la población masculina han identificado patrones particulares, como la fuerte interiorización del ideal de cuerpo musculado, malestar relacionado con el volumen y la definición muscular además de la puesta en marcha de conductas compensatorias, entre ellas, el consumo de suplementos o la práctica de ejercicio de forma excesiva (Beos et al., 2024).

Este fenómeno está estrechamente relacionado con la gordofobia, definida como un sistema estructural de discriminación, que margina y estigmatiza a las personas con sobrepeso u obesidad (Westbury et al., 2023). En España se ha observado que el 82.7% de la población conoce la “gordofobia”, y el 30.9% se ha encontrado con ella en las redes sociales, mostrando su creciente visibilidad en el contexto digital (Gallardo, 2021).

La gordofobia y la exposición a ideales corporales poco realistas no solo influyen de manera negativa en la autopercepción, sino que también se relacionan con aumento de la ansiedad, mayores niveles de síntomas depresivos y baja autoestima (Diengdoh y Ali, 2022). Dichas condiciones se pueden relacionar con conductas alimentarias problemáticas, sobre todo cuando la población adolescente interioriza modelos corporales divulgados en redes sociales (Bi et al., 2024).

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

La constante presión social por alcanzar una imagen física ideal tiene un impacto notable en el bienestar emocional de hombres, favoreciendo la aparición de ansiedad y malestar psicológico (Granero-Gallegos et al., 2023). Por otro lado, revisiones sistemáticas recientes han demostrado que la insatisfacción corporal está relacionada de forma consistente con el inicio de la ansiedad y la depresión, afirmando la importancia de llevar a cabo intervenciones preventivas en este campo (Wahi y Patel, 2024). Además, Mateu-Carril (2022) exponen que la gordofobia en la comunicación digital se manifiesta a través de vías explícitas e implícitas, incluyendo micro-gordofobias o microagresiones que influyen en la percepción de la autoimagen, la salud mental y los comportamientos alimentarios (Mateu Carril, 2022).

En los últimos años se ha demostrado que la apariencia corporal y la insatisfacción respecto al peso está estrechamente relacionada con los síntomas de dismorfia muscular, los comportamientos de ejercicio compulsivo y los cambios en los patrones alimenticios (Dal Brun et al., 2024). Un estudio actual realizado por Dal Brun y sus compañeros (2024), destaca que el malestar con la propia imagen corporal puede convertirse en un factor predisponente para el desarrollo de trastornos asociados a la percepción del cuerpo, especialmente cuando los modelos masculinos se centran en atributos como la fuerza física, una musculatura marcada y niveles bajos de grasa corporal.

La autoimagen corporal es un concepto complejo que comprende diferentes factores culturales, sociales e individuales que configuran la concepción y el valor que una persona se atribuye según su cuerpo (Vincent et al., 2025). Las redes sociales tienen un papel fundamental en la expresión, comparación y construcción de estos ideales, en concreto entre los hombres, el poder, el control y la delgadez muscular tienden a representarse en mensajes mediáticos (Merino et al., 2024). La gordofobia, que desde un punto de vista crítico no debería entenderse como una actitud individual, es un problema estructural que refleja normas culturales de salud, moralidad y disciplina corporal, lo cual refuerza jerarquías de valor entre diferentes formas y tamaños (Westbury et al.,

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

2023). Para los hombres, la exposición continua a los ideales predominantes de imágenes corporales, particularmente, aquellos difundidos a través de plataformas digitales, se asocian a un aumento de la insatisfacción corporal y el malestar psicológico, pero las intervenciones basadas en educación mediática y la promoción de una relación más saludable con la imagen personal han demostrado efectos positivos en la reducción de la insatisfacción corporal (Stiff y Cutts, 2024).

La evidencia muestra que las técnicas de alfabetización mediática y cuestionamiento crítico de mensajes estéticos, en plataformas digitales como Instagram, han mostrado efectos positivos en cómo la población adolescente y adulta joven perciben su cuerpo y en la disminución del malestar asociado a los ideales estéticos. Un ejemplo de ello es el trabajo de Lamia Trejo et al. (2023), quienes evaluaron un programa de alfabetización mediática (MLC) con el fin de mejorar la relación con el cuerpo y fomentar hábitos alimentarios saludables en población adolescente. Tras la intervención, observaron significativos cambios en la forma en que los participantes se veían a sí mismos. Por su parte, Cuenca Orellana et al. (2024) exploraron principalmente en mujeres el impacto de contenidos críticos sobre la imagen corporal en Instagram, concluyendo que este tipo de exposición ayuda a reducir los efectos negativos de la cosificación y promover una identidad corporal más sana. Según sus hallazgos, el cuestionamiento de los mensajes visuales y la transformación de creencias poco funcionales son herramientas eficaces para resistir los estándares estéticos que circulan en redes sociales (Cuenca Orellana et al. 2024). Además, tras una búsqueda detallada de la literatura realizada en bases de datos científicas como Google Scholar, PubMed y PsycINFO, en la que se han utilizado términos como *“male body image”*, *“social media”*, *“body dissatisfaction.”*, *“media literacy intervention”*, *“cognitive behavioral intervention”* y *“men”*, se ha podido observar que la gran mayoría de las intervenciones existentes se han desarrollado en muestras mixtas o en muestras femeninas. Este hecho ha sido señalado en revisiones recientes, Pomichter y sus compañeros (2025) destacan que la investigación en la población masculina sobre la imagen corporal presenta grandes

lagunas. Por ello, esta propuesta de intervención pretende aportar más datos que evidencien la eficacia de realizar intervenciones con población masculina.

Este trabajo de fin de máster propone una intervención clínica basada en el enfoque cognitivo-conductual dirigida a varones, cuya parte innovadora recae en la integración conjunta de alfabetización mediática y reestructuración cognitiva, técnicas que tradicionalmente se han aplicado de forma aislada (Stiff y Cutts, 2024; Zhao et al., 2025). La propuesta aborda cómo las redes sociales refuerzan creencias disfuncionales y esquemas negativos sobre la autoimagen (Jiménez-García et al., 2025), planteando el uso de la exposición a modelos diversos para fomentar una identidad con capacidad de adaptación y resiliencia ante los ideales atléticos predominantes (Cash, 2012). Bajo una perspectiva ética y clínica, esta intervención responde a la necesidad de la psicología sanitaria de desafiar la gordofobia como una forma de violencia simbólica, alineándose con los principios de la *American Psychological Association* (2017) y el Código Deontológico del Psicólogo (2010) para reducir el malestar derivado de la discriminación corporal.

Objetivos generales y específicos de la intervención

Objetivo general

El propósito principal de este trabajo es desarrollar una propuesta de intervención clínica, fundamentada en el modelo cognitivo-conductual, orientada a fortalecer la aceptación corporal en hombres que han sido expuestos a ideales estéticos en redes sociales, mediante la modificación de creencias disfuncionales asociadas a la apariencia física y el valor personal, con el fin de fomentar una relación saludable con la propia imagen.

Objetivos específicos

1. Disminuir en los usuarios creencias disfuncionales o ideales distorsionados relacionados con la gordofobia a través del uso de la técnica de reestructuración cognitiva.

2. Reducir la tendencia de los usuarios a compararse de manera constante con otras personas en redes sociales, dándoles herramientas para identificar el momento en el que aparecen dichas comparaciones y manejar o gestionar su impacto emocional.
3. Fomentar en los usuarios una relación más saludable con su propio cuerpo a través de la aceptación y el contacto con modelos corporales más realistas.
4. Enseñar a los usuarios a analizar y criticar el contenido que consumen en redes sociales con el fin de que aprendan a detectar los sesgos, mensajes dañinos y aquellas dinámicas que fortalecen ideales estéticos irreales.
5. Promover un uso consciente y saludable de plataformas como TikTok, Instagram o Youtube.
6. Normalizar la variedad de cuerpos existentes a través de la exposición gradual de cuerpos para disminuir el malestar que aparece cuando se comparan con ideales poco realistas.
7. Reforzar otras áreas como habilidades, valores personales y relaciones como fuentes de autoestima que no dependen de la apariencia física.
8. Evaluar los cambios que la intervención haya producido en los usuarios en cuanto a la satisfacción corporal y el impacto emocional de la presión estética de las redes sociales.

Metodología

Destinatarios

La intervención se orienta a hombres jóvenes y hombres adultos jóvenes, concretamente abarca edades de entre 16 y 25 años, que experimentan incomodidad o malestar respecto a su imagen corporal. La intervención se relaciona particularmente con la comparación social, presión estética y la exposición a comentarios gordofóbicos, en función del uso o consumo de contenido que aparece en redes sociales, como son YouTube, TikTok e Instagram (Holland y Tiggemann, 2016; Gültzow et al., 2020). La elección de dicho rango de edad no es casual, se ha seleccionado dicha franja ya que se trata de una etapa vital en la que coincide en primer lugar, el uso común y frecuente de aplicaciones y plataformas web (Montag et al., 2021). En segundo lugar, una alta exposición a

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

estándares o ideales corporales normativos (por ejemplo, musculatura, gran definición o bajo índice de grasa) (Gültzow et al., 2020; Holland y Tiggemann, 2016) y, por último, procesos de formación de la identidad y de validación social que se encuentran especialmente sensibles ante la comparación (Arnett, 2023). Es importante tener en cuenta que la evidencia sobre la población masculina muestran que la incorporación del modelo hegemónico de musculatura puede aumentar e intensificar la relación que existe entre el uso y consumo de las redes sociales y la insatisfacción corporal, reforzando conductas únicamente dirigidas a “ajustar, modificar o rectificar” el cuerpo (como por ejemplo, la autocrítica, el control alimentario, o el seguimiento de un entrenamiento rígido) (Vuong et al., 2021; Dal Brun et al., 2024). Bajo un enfoque inclusivo, la muestra integra varones tanto cis como trans, justificándose en que ambos grupos comparten la vulnerabilidad ante la presión estética masculina y las dinámicas de validación digital, a pesar de la especificidad de sus experiencias individuales.

Modo de captación

Los usuarios que participarán en la intervención serán reclutados a través de un procedimiento de captación multicanal, con el fin de facilitar al máximo su acceso a perfiles que experimenten o presenten malestar asociado a la imagen corporal y que no soliciten de manera espontánea ayuda psicológica para abarcar dicho problema.

En primer lugar, se llevará a cabo una difusión a través de redes sociales como Instagram, TikTok y WhatsApp. Esta difusión se generará a través de la divulgación de publicaciones breves, con mensajes directos y llamativos que hagan referencia a la experiencia de comparación corporal y malestar asociado (por ejemplo, “¿Te comparas y sientes malestar?”). En estas publicaciones los usuarios encontrarán un enlace incluido que les dirija a un formulario de preselección. En este formulario las personas interesadas podrán exponer de manera voluntaria las dificultades que experimentan en cuanto a la imagen corporal y el uso de las redes sociales. Este medio resulta especialmente relevante, ya que el malestar que la propia intervención pretende abordar se puede activar particularmente en este espacio digital (Stiff y Cutts, 2024). Los usuarios consumen contenido

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

corporal normativo o idealizado en contextos digitales, y autores como Stiff y Cutts (2024) han observado que las intervenciones breves orientadas a esta problemática se pueden ver beneficiadas en cuanto a estrategias de captación por realizarse en el mismo entorno donde surge la demanda. Por otro lado, también se llevará a cabo la realización de carteles informativos y su difusión mediante servicios de orientación y/o atención psicológica de centros universitarios y lugares públicos de gran tránsito como ayuntamientos, oficinas de empleo y otros organismos, con el objetivo de facilitar el acceso a personas jóvenes que puedan experimentar en su vida cotidiana malestar relacionado con la imagen corporal por comparaciones con cuerpos normativos y el uso de redes sociales. Es importante destacar que estas personas no se deben encontrar en tratamiento psicológico activo de trastornos de la conducta alimentaria o dismorfia muscular. Este criterio se valorará mediante la entrevista de selección (Apéndice A), además, se contará con herramientas de apoyo, las cuales son: C-SSRS, versión española, para riesgo suicida y SCOFF, versión española, para posible TCA activo.

Por último, se contempla la derivación de personas desde consultas psicológicas, tanto en el ámbito privado como público, siempre y cuando el profesional detecte que el núcleo principal del malestar o problema se asocia a la autoimagen corporal, comparación social y presión estética que las redes sociales generan, sin ser necesaria la presencia de algún trastorno alimentario activo. De esta manera, la intervención será un recurso complementario al abordaje psicológico habitual. Este modelo de captación puede resultar apropiado teniendo en cuenta que el tipo de contenido que se consume en redes sociales (cuerpo normativo e idealizado vs contenido *body-positive*/diverso) puede llegar a influir en la satisfacción corporal de los hombres (Fasoli y Constantinou, 2024). Esta evidencia respalda la necesidad de identificar y captar a participantes que experimenten malestar vinculado al consumo de contenido en redes sociales (Fasoli y Constantinou, 2024).

Criterios de inclusión

En la intervención se incluirán aquellos participantes que cumplan con los criterios que a continuación se detallan, establecidos para garantizar que el perfil de los usuarios se ajusta

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

adecuadamente a los objetivos de la intervención y valorados a través del protocolo único de preselección y entrevista breve de selección, el cual recoge el formulario de preselección y la posterior entrevista de selección (ver Apéndice A) antes del comienzo de las sesiones:

1. Edad comprendida entre los 16 y los 25 años. Este rango de edad se corresponde con una etapa vital en la que el uso de las redes sociales y la exposición a ideales corporales normativos pueden tener un impacto significativo en la autoimagen, generando gran malestar (Arnett, 2023; Holland y Tiggemann, 2016). Se valorará a través del formulario de preselección (ver Apéndice A).
2. Que sea varón o se identifique como varón, de acuerdo con el enfoque inclusivo de la intervención y con el objetivo de abordar la presión estética en población masculina. Se valorará a través del formulario de preselección, en caso de que quepa alguna duda se confirmará en la entrevista de selección (ver Apéndice A) respetando en todo momento la identidad de género que el participante exprese.
3. Que experimente insatisfacción corporal o malestar relacionado con su imagen corporal, sin diagnóstico formal. Se valorará mediante el formulario de preselección y se confirmará en la entrevista de selección mediante un ejemplo reciente y su impacto (ver Apéndice A).
También se evaluará mediante el *"Body Shape Questionnaire"* (BSQ-14; Cooper et al., 1987), requiriendo una puntuación > 38 para su inclusión, y la *"Body Appreciation Scale-2"* (BAS-2; Tylka y Wood-Barcalow, 2015), con una puntuación media < 3.5 para su inclusión.
4. Uso habitual de las redes sociales con un consumo de contenido visual, el consumo debe de ser frecuente y significativo o reflejar un uso problemático de las redes sociales, especialmente de contenido que fomenta la comparación social (Holland y Tiggemann, 2016; Montag et al., 2021). Este criterio se valorará en el formulario de preselección y en la entrevista de selección (ver Apéndice A), con el fin de confirmar la importancia del contenido que consume. Se tendrá presente este criterio cuando se obtenga evidencia de que la exposición frecuente a contenido visual de apariencia tiene impacto subjetivo en la

persona (Holland y Tiggemann, 2016; Montag et al., 2021). Además, se empleará el *“Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4”* (SATAQ-4; Schafer et al., 2015), requiriendo una puntuación media > 3 en las subescalas de internalización para su inclusión.

5. Que exista comparación social ascendente (los usuarios se comparan con cuerpos que perciben como “mejores”), y que impacte o afecte en el estado de ánimo, la autoestima en cuanto a la apariencia y la evitación (por ejemplo, evitar ir a la playa, hacerse fotos...); (Holland y Tiggemann, 2016; Vuong et al., 2021). Este segundo criterio se valorará mediante el formulario de preselección y en la entrevista de selección (ver Apéndice A). Se tendrá en cuenta este criterio cuando se observe comparación social ascendente que repercuta de manera subjetiva en la persona y/o puede llevar a la evitación o conductas insanas (Holland y Tiggemann, 2016; Vuong et al., 2021). También se evaluará mediante la *“Physical Appearance Comparison Scale-Revised”* (PACS-R; Thompson et al., 1991), siendo necesaria una puntuación > 22 para su inclusión.
6. Experiencias de desvalorización asociadas al peso (estigma/gordofobia) o miedo a ser evaluados por el cuerpo (burlas, vergüenza anticipada, autodesprecio), relacionado con malestar psicológico y mantenimiento del problema (Westbury et al., 2023). Además, el estigma del peso puede ser especialmente significativo en algunos subgrupos (p. ej., hombres de minorías sexuales), por su relación longitudinal con peor bienestar psicológico (Austen y Griffiths, 2022). Este criterio se valorará a través del formulario de preselección y la entrevista de selección (ver Apéndice A). Se considerará que este criterio está presente si existen experiencias de desvalorización y/o miedo a la evaluación corporal teniendo consecuencias subjetivas y conductas de evitación (Westbury et al., 2023; Austen y Griffiths, 2022).

7. Problemas relacionados con “no encajar” en el ideal normativo masculino (atlético, musculoso y definido). Este hecho concuerda con lo que se observa en redes: ese patrón corporal tiende a ser recompensado y convertido en “norma” (Gültzow et al., 2020; Dal Brun et al., 2024). Se valorará a través del formulario de preselección y la entrevista de selección (ver Apéndice A). Se tendrá presente este criterio si existe malestar por diferencias percibidas en cuanto al propio cuerpo con el ideal masculino (Gültzow et al., 2020; Dal Brun et al., 2024). Además, se evaluará de manera complementaria a través de la “Escala de Autoestima de Rosenberg” (RSES; Rosenberg, 1965), requiriendo una puntuación <30 para la inclusión.
8. Que el malestar corporal este asociado al uso y consumo de contenido de las redes sociales, de manera que los participantes reconozcan que el malestar experimentado aumenta tras exponerse a contenido de las redes sociales relacionado con ideales normativos estéticos, comparación social, mensajes de carácter gordofóbico o “*fitspiration*”. Se valorará mediante el formulario de preselección y la entrevista de selección (Apéndice A). Se considerará cumplido este criterio cuando el participante refiera de forma consistente aumento de malestar tras la exposición a contenido y lo vincule a los tipos de contenido específicos.
9. Motivación, compromiso y disponibilidad para participar en la intervención. Se incluirán participantes que expresen disposición para la reflexión y el trabajo grupal, asistencia regular y realización de tareas breves entre sesiones. Se valorará en la fase de selección mediante el formulario de preselección y en la entrevista de selección explorando compromiso realista (asistencia, participación activa y tareas). Se considerará cumplido este criterio cuando el participante presente disponibilidad compatible con el cronograma y un compromiso explícito con la asistencia y el trabajo entre sesiones.
10. Que acepten y firmen el consentimiento informado, el acuerdo de confidencialidad y las normas de funcionamiento del grupo. Se valorará mediante la firma de la documentación

una vez finalizada la entrevista de selección y confirmado el encaje con los criterios de inclusión y exclusión, justo antes del inicio de la Sesión 1 o evaluación inicial (ver Apéndice B; Apéndice C).

Hay que tener en cuenta que no es necesario que exista un diagnóstico clínico formal, esta propuesta es especialmente beneficiosa en situaciones o casos “subclínicos” pero duraderos, en los que existe un sufrimiento real y el peligro de que este se cronifique (Dal Brun et al., 2024; Holland y Tiggemann, 2016).

Criterios de exclusión

Aquellas personas que presenten alguna de las siguientes características quedarán excluidas de la intervención, con el objetivo de garantizar seguridad en los resultados, un adecuado funcionamiento del grupo y asegurar que la intervención es adecuada para los participantes y para el problema. Se valorarán a través de la entrevista de selección (Apéndice A):

1. Que presenten ideación suicida, conductas autolesivas recientes o riesgo clínico elevado, como puede ser un TCA o un Trastorno dismórfico muscular activo. Este criterio se valorará mediante la entrevista de selección (ver Apéndice A). Si el evaluador detectara riesgo o existieran dudas clínicas, se ampliará la evaluación utilizando la herramienta “*Columbia-Suicide Severity Rating Scale*” (C-SSRS) en versión española, para apoyar la valoración del riesgo suicida (Posner et al., 2011; Al-Halabí et al., 2016), así como un cribado breve como el SCOFF, versión española, para detectar un posible TCA activo (Morgan et al., 1999; García-Campayo et al., 2005).
2. Que presenten trastornos por consumo de sustancias de intensidad moderada o grave, si interfiere en la asistencia, atención, regulación emocional, etc. Se valorará en la entrevista de selección (ver Apéndice A) y se considerará motivo suficiente para excluir si el consumo puede interferir en la participación de la persona en la intervención (acudir bajo los efectos de sustancias, ausencias por consumo o desregulación). En el caso de que el evaluador tenga

dudas, podrá utilizar una herramienta breve de cribado como el ASSIST (OMS) para decidir (Valladolid et al., 2014).

3. Que el participante presente fobia social o ansiedad social que le incapacite para participar en un espacio o contexto grupal. Se valorará mediante la entrevista de selección (ver Apéndice A). Se considerará motivo de exclusión si el miedo o ansiedad al grupo provoca el abandono o falta reiterada en las sesiones. En este caso se recomendará llevar a cabo un abordaje clínico individual.
4. Que presente estados de crisis vital o desregulación emocional significativa que puedan dificultar tanto el beneficio personal de la intervención como el clima grupal. Se valorará en la entrevista de selección (ver Apéndice A). Se considerará motivo de exclusión cuando el participante se encuentre en una situación que genere malestar y que pueda tener impacto en la participación.
5. Personas con rasgos de personalidad o conductas que puedan comprometer de manera significativa el marco terapéutico de la intervención o el funcionamiento del grupo (conductas disruptivas reiteradas, agresiones, vulneración de límites/normas, dificultades para respetar la confidencialidad). Se valorará en la entrevista de selección (ver Apéndice A). Se considerará motivo de exclusión cuando el participante muestre poca capacidad para cumplir con las normas mínimas de convivencia o confidencialidad.
6. Que presenten alguna psicopatología grave no estabilizada, como episodios psicóticos o maníacos activos, que dificulte la participación activa, comprensión del trabajo terapéutico o adaptación al grupo. Se valorará en la entrevista de selección (ver Apéndice A). Si el evaluador considera que existe algún episodio activo o inestabilidad que impida que se pueda beneficiar del trabajo grupal o comprometa la seguridad de la intervención, se excluirá al participante.

Diseño

La intervención se plantea mediante un diseño cuasiexperimental que incluye una evaluación previa, otra al finalizar el tratamiento y un seguimiento a los seis meses. Además, se contempla la incorporación de un grupo control en lista de espera para poder comparar la evolución de quienes participan en la intervención con la de quienes aún no han comenzado. El análisis combinará la valoración del cambio clínicamente significativo a nivel individual, utilizando el Índice de Cambio Fiable, con una comparación descriptiva de las puntuaciones obtenidas en los distintos momentos de evaluación. Este planteamiento permite observar con claridad cómo evolucionan las variables analizadas en quienes participan activamente en el programa frente a quienes aún no lo han iniciado. La elección de este diseño responde tanto a razones metodológicas como éticas: por un lado, favorece una comparación rigurosa entre grupos y, por otro, asegura que todas las personas inscritas puedan beneficiarse finalmente de la intervención sin poner en riesgo la validez interna del estudio (Iraurgi, 2010; Jacobson y Truax, 1991).

Modelo teórico

La intervención se apoya en el modelo cognitivo-conductual (TCC), un enfoque que ha demostrado ser especialmente útil para comprender y abordar la insatisfacción corporal, los procesos de comparación social y el impacto que las redes sociales ejercen sobre la autoimagen masculina (Lewis-Smith, Diedrichs, y Halliwell, 2020). La evidencia reciente muestra que la exposición continuada a contenidos corporales normativos en plataformas como Instagram o TikTok tiende a intensificar las comparaciones sociales ascendentes y el malestar relacionado con la apariencia en hombres jóvenes (Gültzow et al., 2020; Convertino et al., 2022; Merino et al., 2024). De forma complementaria, otros estudios han observado que reducir el tiempo de uso de redes sociales puede favorecer una mejora en la autoestima y disminuir la preocupación por el aspecto físico (Thai et al., 2023).

A partir de esta base teórica y empírica, el programa integra diferentes componentes terapéuticos. En primer lugar, la reestructuración cognitiva, orientada a cuestionar y modificar creencias gordóforas y pensamientos distorsionados sobre el propio cuerpo (Alleva et al., 2015). En segundo lugar, la alfabetización mediática, apoyada en investigaciones que muestran su eficacia para disminuir el impacto de los mensajes estéticos y los ideales corporales difundidos en redes sociales (Cuenca Orellana et al., 2024). En tercer lugar, la exposición progresiva a diversidad corporal, fundamentada en estudios que evidencian que el contacto con cuerpos reales y no idealizados reduce la comparación social y el malestar asociado (Fasoli y Constantinou, 2024). En cuarto lugar, prácticas de mindfulness y autocompasión, que han demostrado beneficios en la regulación emocional y en el desarrollo de una relación más amable y respetuosa con el propio cuerpo (Castellanos Silva y Steins, 2023). Por último, el refuerzo de fuentes de autoestima no vinculadas a la apariencia, siguiendo la literatura que subraya la importancia de ampliar el autoconcepto para disminuir la vulnerabilidad ante la presión estética (Stiff y Cutts, 2024).

Formato

La intervención se llevará a cabo en un formato grupal cerrado, integrado por entre cinco y ocho participantes. Este tipo de estructura implica que todas las personas que forman el grupo inician y finalizan el proceso al mismo tiempo, lo que facilita la creación de un clima estable y seguro. Esta continuidad favorece la cohesión, la confianza y la profundidad de las dinámicas que se trabajan en sesión, aspectos que resultan fundamentales para el progreso terapéutico (Gimeno-Peón et al., 2018). Además, este formato puede ser especialmente útil en intervenciones centradas en la autoimagen, ya que permite que los participantes se reconozcan en las experiencias de los demás, se sientan validados y puedan apoyarse mutuamente a lo largo del proceso.

Procedimiento de evaluación

La evaluación se estructura en dos niveles: evaluación formativa y evaluación sumativa.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Evaluación formativa

Se implementará un sistema de monitorización sistemática y feedback continuo, siguiendo las recomendaciones de Gimeno-Peón et al. (2018) y Miller et al. (2015). La evidencia demuestra que este sistema duplica el tamaño del efecto del tratamiento, aumenta el número de casos que alcanzan un cambio fiable y clínicamente significativo, reduce los abandonos a la mitad, disminuye el riesgo de deterioro y reduce la duración total de la terapia.

La sesión se iniciará administrando la *Outcome Rating Scale* (ORS) para obtener una medida estandarizada del progreso y compararlo con la “respuesta esperada” (Gimeno, 2020). Durante la sesión, se dará feedback cualitativo sobre tareas, se realizará una monitorización de variables contaminadoras (conflictos, subgrupos, contagio de conductas desadaptativas) y, por último, se hará una evaluación de la cohesión mediante el *Group Climate Questionnaire* (GCQ). Para finalizar la sesión se administrará la *Session Rating Scale* (SRS) para evaluar la alianza terapéutica y reparar rupturas antes del siguiente encuentro.

Evaluación sumativa

Al finalizar la intervención (sesión 12) y en el seguimiento (a los seis meses desde que termina la intervención), se realizará una evaluación completa que incluirá una re-administración de todos los instrumentos de evaluación, siendo estos: *Body Appreciation Scale-2* (BAS-2; Tylka y Wood-Barcalow, 2015), *Body Shape Questionnaire* (BSQ-14; Cooper et al., 1987), *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4* (SATAQ-4; Schafer et al., 2015), *Physical Appearance Comparison Scale-Revised* (PACS-R; Thompson et al., 1991), La Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965), cuestionario WHOQOL-BREF de calidad de vida, (Organización Mundial de la Salud, 1996), autorregistros semanales de comparación social en redes sociales (Apéndice E), *Outcome Rating Scale* (ORS; Miller et al., 2003), *Session Rating Scale* (SRS; Miller et al., 2002) y

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Group Climate Questionnaire-Short (GCQ-S). Después, se realizará la misma entrevista de selección que se empleó en al inicio para valorar la significación clínica subjetiva del cambio (ver Apéndice A) y se hará una sesión de cierre grupal para evaluar la significación social del cambio y la percepción de utilidad del programa.

Análisis de datos

Con el fin de evaluar de manera precisa el efecto de la intervención en cada participante, se empleará el Índice de Cambio Fiable (ICF), siguiendo el procedimiento planteado por Jacobson y Truax (1991) y posteriormente sistematizado por Iraurgi (2010). De esta forma, podremos identificar si las variaciones registradas tras la intervención representan un cambio clínicamente relevante y no se deben al margen de error propio de los instrumentos de evaluación utilizados. A partir de estos cálculos, cada participante será asignado a una de las siguientes categorías: *recuperado*, *mejorado* o *no ha cambiado*, en función de si el cambio obtenido supera el umbral de fiabilidad y, cuando sea necesario, si implica el paso del rango clínico al no clínico. Este enfoque posibilita superar las limitaciones de los análisis centrados exclusivamente en las medias grupales, ya que proporciona una estimación más ajustada del efecto clínico de la intervención en cada participante. Además, de forma complementaria, se llevará a cabo un análisis descriptivo de las puntuaciones antes y después del programa, lo que facilitará una interpretación global de los resultados y permitirá valorar con mayor claridad la eficacia de la intervención.

Variables a evaluar

Variable Independiente (VI)

La variable independiente del estudio es una intervención clínica grupal de orientación cognitivo-conductual dirigida a promover la aceptación corporal en varones y a disminuir el malestar derivado de la comparación social, la presión estética y la exposición a modelos corporales normativos en redes sociales.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com

La intervención en sí misma comprende 12 sesiones terapéuticas distribuidas a lo largo de seis semanas: 10 sesiones de trabajo grupal y 2 sesiones postratamiento orientadas a la prevención de recaídas, la evaluación final y el cierre del programa.

De forma complementaria, antes de iniciar el tratamiento se realiza una sesión individual de evaluación pre-intervención y, tras finalizar el programa, se lleva a cabo una sesión grupal de seguimiento a los seis meses. Ninguna de estas dos sesiones se contabiliza dentro del total de la intervención.

Las sesiones grupales tienen una duración de 90 minutos, mientras que las sesiones postratamiento se extienden durante 120 minutos.

A lo largo del programa se aplican técnicas de reestructuración cognitiva, alfabetización mediática, exposición a diversidad corporal, autocompasión, regulación emocional y fortalecimiento de fuentes de autoestima no vinculadas a la apariencia física.

Variables Dependientes (VD)

Las variables dependientes corresponden a los principales resultados esperados tras la intervención:

Variable dependiente	Instrumento mediante el cual se evalúa
Aceptación y valoración corporal objetiva	Body Appreciation Scale-2 (BAS-2; Tylka y Wood-Barcalow, 2015).
Insatisfacción y malestar corporal objetivo.	Body Shape Questionnaire (BSQ-14; Cooper et al., 1987).

Internalización de ideales corporales mediáticos (objetiva).	Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4; Schaefer et al., 2015).
Impacto emocional evocado de la comparación social en redes sociales en el autoconcepto general (subjética)	Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R; Thompson et al., 1991).
Autoestima global no relacionada con la apariencia (subjética)	Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965).
Calidad de vida (subjética)	Outcome Rating Scale (Miller et al., 2003) y WHOQOL-BREF (OMS, 1996).

Control de variables contaminadoras

La intervención se desarrolla en un contexto clínico y grupal, por ello, se tendrá en cuenta el control de posibles variables contaminadoras que pueden afectar a la validez interna del estudio. Controlar estas variables, nos asegura que las mejoras de los pacientes se deban realmente al programa cognitivo-conductual aplicado y no a factores externos o dinámicas grupales desadaptativas. Para ello, se implementarán los siguientes medios de control:

VC1. Cambios en tratamiento psicológico o psicofarmacológico. Se registran mediante la entrevista de selección estructurada ad hoc al inicio de la intervención y en cada sesión, posibles cambios en medicación psicofarmacológica o en el inicio o abandono de tratamientos psicológicos en paralelo durante el periodo de intervención.

VC2. Sucesos vitales estresantes. Se recogerá información sobre acontecimientos vitales relevantes como, por ejemplo, duelos, rupturas, problemas académicos o laborales, etc., que

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com

puedan influir en el desarrollo de cambios en las variables dependientes. La información se recogerá a través de autorregistros semanales (Apéndice D), donde el participante anotará eventos externos importantes que puedan influir en su estado de ánimo.

VC3. Tasa de abandono. Se controlará la asistencia a las sesiones de los participantes a diario al empezar pasando lista y se analizarán las causas de abandono mediante contacto telefónico para diferenciar entre falta de motivación y factores externos y así evaluar su impacto en los resultados del estudio.

VC4. Contagio de conductas desadaptativas. Se observará detenidamente la posible aparición de modelado negativo (críticas excesivas al propio cuerpo) y se actuará sobre ello de manera inmediata para reconducir la dinámica grupal y que no afecte a la intervención propuesta.

VC5. Formación de subgrupos o “cliques”. Se procurará realizar actividades de manera rotativa y una participación equitativa, para evitar la posible formación de subgrupos cerrados que dificultan la cohesión grupal y la generalización de aprendizajes. La formación de subgrupos y el contagio de conductas desadaptativas se controlará mediante el *Group Climate Questionnaire* (MacKenzie, 1983; adaptación de Gimeno-Peón et al., 2018) y la observación minuciosa del coterapeuta.

Materiales e instrumentos

Recursos humanos

Para llevar a cabo el estudio se necesitarán los siguientes recursos humanos: En primer lugar, se necesitarán dos psicólogos/as sanitarios/as trabajando como coterapeutas. Un terapeuta principal encargado de llevar a cabo las sesiones y dirigir las, y un coterapeuta con funciones como observación clínica, apoyo grupal y para realizar un registro del proceso. Por otro lado, se necesitará un/a investigador/a de apoyo durante la realización del estudio responsable de recoger, codificar y analizar los datos obtenidos antes, durante y tras la intervención.

Los participantes no se incluyen en recursos humanos ya que en este apartado incluimos solo quien realiza e implementa la intervención y no a quien va dirigida.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Recursos Materiales

En cuanto a los recursos materiales que se necesitarán para llevar a cabo el estudio se encuentran:

- Una sala equipada con materiales y sillas dispuestas en círculo para favorecer la interacción entre participantes durante las dinámicas realizadas y una pizarra para poder plasmar ciertos aspectos de forma más visual durante la terapia grupal.
- Cuaderno de trabajo individual para que los pacientes vayan registrando, anotando y realizando las dinámicas en él, además de un apartado libre para que escriba cada uno dudas, propuestas o reflexiones.
- Material audiovisual para poder trabajar aspectos como la exposición a imágenes y campañas de “*body positivity*”, vídeos e imágenes. También disponer de los dispositivos electrónicos necesarios para reproducirlos para todos de manera clara y de calidad para asegurar la recepción adecuada del contenido, así como ordenadores, pantallas, pizarras digitales, tablets o proyectores.
- Disponer de fragmentos y testimonios reales de publicaciones en redes sociales como Instagram, TikTok o YouTube para posteriormente trabajar con ellos y que el trabajo sea sobre contenido real para hacer más generalizables los resultados.
- Software para el análisis de los datos (SPSS).

Instrumentos de evaluación

Para llevar a cabo una evaluación de los resultados y del proceso terapéutico, se emplearán diferentes instrumentos de evaluación validados y empíricos en psicología. Estos instrumentos están seleccionados en base a los objetivos del estudio, para valorar los cambios globales tras la intervención y la evolución progresiva de los participantes durante el proceso terapéutico.

Medidas molares

Las medidas molares son instrumentos estandarizados que evalúan objetiva y cuantitativamente los cambios globales producidos como resultado de la intervención. Son pre y post-test de manera que sea viable comparar el estado inicial de los participantes con el estado final de los mismos, pudiendo así estimar la eficacia de la intervención.

Dentro de estos instrumentos molares utilizaremos:

- *Body Appreciation Scale-2* (BAS-2; Tylka y Wood-Barcalow, 2015; se utilizará la versión adaptada al español de Swami et al., 2017). El instrumento nos permite evaluar la apreciación y aceptación positiva propia del cuerpo, incluyendo actitudes de autorrespeto y cuidado corporal. Se miden los cambios en la aceptación corporal tras la intervención. Consta de 10 ítems puntuados mediante una escala tipo Likert de 1-5, (donde 1 es “nunca” y 5 es “siempre”). En la validación con población española, la fiabilidad es alta, con un Alpha de Cronbach de 0.91.
- *Body Shape Questionnaire* (BSQ-14; Cooper et al., 1987), se utilizará la versión española breve de Raich et al. (1996). El instrumento permite medir el nivel de insatisfacción y malestar corporal relacionado con el peso y la forma corporal. Se aplica antes y después de la intervención para observar los cambios si existen. Consta de 14 ítems evaluados mediante una escala tipo Likert de 6 puntos (donde 1 es “nunca” y 6 es “siempre”). En su validación española, presenta una fiabilidad alta con un Alpha de Cronbach de 0.93.
- *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4* (SATAQ-4; Schafer et al., 2015), se utilizará la versión española de Llorente et al. (2013). El instrumento ha sido diseñado para evaluar la internalización de ideas corporales y presión sociocultural en base a la apariencia física, principalmente en redes sociales. Consta de 28 ítems con una escala tipo Likert de 5 puntos (donde 1 es “totalmente en desacuerdo y 5 “totalmente de acuerdo”). Presenta una fiabilidad alta con un alpha de cronbach de 0.88.
- *Physical Appearance Comparison Scale-Revised* (PACS-R; Thompson et al., 1991), se utilizará la versión española de Vall-Roqué et al. (2016). Este instrumento se utiliza para evaluar la

frecuencia y el impacto emocional de la comparación física en entornos sociales digitales.

Consta de 11 ítems evaluados mediante una escala tipo Likert del 0-4 (0 es “nunca” y 4 es “siempre”). Su alpha de cronbach es de 0.94 presentando una buena consistencia interna.

- La Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965), se empleará la versión española de Vázquez et al. (2004). El instrumento permite evaluar la autoestima de manera global y los cambios en la autopercepción no exclusivamente relacionados con el físico. Consta de 10 ítems con escala tipo Likert de 4 puntos (1 “muy en desacuerdo” y 4 “muy de acuerdo”). Su fiabilidad es de un Alpha de Cronbach de 0.85.
- Cuestionario WHOQOL-BREF de calidad de vida, (Organización Mundial de la Salud, 1996), se utilizará la versión española de la OMS, (1996) validada en España por Lucas-Carrasco (1998). Evalúa el bienestar físico, psicológico, social y ambiental. Se utilizará para evaluar el impacto global tras la intervención de la misma en la calidad de vida percibida. Consta de 26 ítems con escala tipo Likert de 5 puntos (1 “muy mal/nada” y 5 “muy bien/extremadamente”). Su fiabilidad es de un Alpha de Cronbach de 0.88.

Medidas moleculares

Los instrumentos moleculares se emplearán como método de evaluación continua y formativa, de manera que, se pueda monitorear la evolución subjetiva de los pacientes sesión a sesión, detectando así posibles dificultades durante la intervención y realizar ajustes en la misma.

Las medidas moleculares que vamos a emplear son:

- Autorregistros semanales de comparación social en redes sociales (Apéndice E); utilizados para que los pacientes anoten la frecuencia, intensidad y contexto en el que ocurren los episodios de comparación social relacionados con apariencia física durante el uso de redes sociales.
- *Outcome Rating Scale* (ORS; Miller et al., 2003), se utilizará la versión adaptada al español por Gimeno-Peón et al. (2015). El instrumento es una escala muy breve utilizada para evaluar el bienestar subjetivo general en cuatro dimensiones: individual (bienestar

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

personal), interpersonal (relaciones familiares y cercanas), social (trabajo, estudios, amigos) y general (sentido general de bienestar). Su fiabilidad presenta un Alfa de Cronbach de 0.93, lo que indica una muy buena consistencia interna. Se aplica al inicio de cada sesión para monitorizar la evolución clínica y el progreso terapéutico.

Medidas del proceso terapéutico

Con la finalidad de evaluar la dinámica grupal y la evolución y efectividad del proceso terapéutico, se aplican las siguientes medidas:

- *Session Rating Scale* (SRS; Miller et al., 2002), se utilizará la versión adaptada al español por Gimeno-Peón et al. (2015). El instrumento sirve para evaluar la alianza terapéutica con los pacientes y cómo perciben las sesiones a través de cuatro dimensiones: relación (sentirse escuchado y comprendido), metas y temas (trabajar lo que el paciente desea), enfoque o método (adecuación de la forma de trabajar) y valoración global (ajuste general de la sesión). Su fiabilidad presenta un Alfa de Cronbach de 0.88, mostrando alta consistencia interna para evaluar la alianza terapéutica. Se administra al final de cada sesión para poder recibir feedback inmediato de los pacientes y permitir al terapeuta reparar posibles rupturas de la alianza de forma temprana.
- *Group Climate Questionnaire-Short* (GCQ-S; MacKenzie, 1983), se empleará la versión española de Gimeno-Peón et al. (2018). El instrumento se utiliza para evaluar el clima y la cohesión grupal mediante tres dimensiones: compromiso (clima positivo y trabajo hacia metas), evitación (evasión de la responsabilidad personal) y conflicto (fricción interpersonal o desconfianza). Consta de 12 ítems puntuados mediante una escala tipo Likert de 7 puntos que oscila entre 0 (“nada en absoluto”) y 6 (“extremadamente”). Su fiabilidad presenta un Alfa de Cronbach de 0.88. Se administra en la sesión 4 y 10 de la intervención, para evaluar diferentes momentos de la misma y la evolución, así como controlar posibles variables contaminadoras como la formación de subgrupos o contagio de conductas desadaptativas.

- Registros de asistencia y abandonos para tener el control de la adherencia al tratamiento y poder analizar la tasa de abandonos (Apéndices F y G).

Evaluación de necesidades

La necesidad de una intervención clínica en España para varones jóvenes se justifica por la generalización de la exposición digital: el 99,6% de los hombres de 16 a 24 años usa internet frecuentemente y el 93% utiliza redes sociales de forma cotidiana (INE, 2025; IAB Spain, 2024). Esta alta exposición digital, con un promedio de uso diario de 1 hora y 08 minutos, favorece procesos de comparación ascendente e internalización de cuerpos normativos (Fardouly y Vartanian, 2016; Tiggemann y Zaccardo, 2018; IAB Spain, 2024).

A esto se suma la influencia de discursos meritocráticos que vinculan la virilidad con la "tríada del éxito" (dinero, músculos y estatus), donde el cuerpo se percibe como un capital dependiente del esfuerzo personal; cualquier desviación de este ideal se traduce en fracaso y malestar psicológico (Griffiths et al., 2013).

Pese a la invisibilización histórica del malestar corporal masculino, estudios indican que el 27% de los varones sufre insatisfacción corporal (Cuadrado et al., 2000) y un 14,9% de universitarios presenta trastornos de la conducta alimentaria (Sepúlveda et al., 2008). Actualmente, el Ministerio de Sanidad (2025) confirma indicadores de malestar en adolescentes, agravados por contenidos de *fitspiration* en plataformas como Instagram, cuya comparación física correlaciona con baja autoestima en España (Alfonso-Fuertes et al., 2023; Holland y Tiggemann, 2016).

Existe además, una brecha crítica en la investigación: mientras la problemática aparece feminizada en la literatura —96,34% de las muestras son mujeres—, las intervenciones adaptadas a hombres son escasas, identificándose solo 3 estudios específicos frente a 38 mixtos en revisiones recientes (Ahuja et al., 2025; Jiménez-García et al., 2025; Hendricks et al., 2023).

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com

Finalmente, el estigma del peso y la gordofobia actúan como factores de riesgo que incrementan conductas alimentarias perjudiciales (Levinson et al., 2024; Westbury et al., 2023). En concreto, la revisión sistemática de Levinson y sus compañeros (2024) concluye que mientras mayor sea el estigma por el peso, ya sea experimentado, anticipado o internalizado por la persona, mayor serán los pensamientos y conductas alimentarias perjudiciales, como por ejemplo atracones, restricción o insatisfacción corporal.

Por todo ello, se justifica una intervención centrada en alfabetización mediática y aceptación corporal que mitigue los efectos de la presión estética y la violencia simbólica en el entorno digital (Kurz et al., 2022; Mensinger et al., 2018).

Descripción y temporalización de la intervención

La intervención propuesta es un programa de carácter clínico cognitivo-conductual con alfabetización mediática que se ha diseñado con el fin de reducir la insatisfacción corporal masculina y el malestar que se asocia con la exposición actual a cánones corporales normativos en redes sociales.

Este enfoque, demuestra que aquellas intervenciones que combinan reestructuración cognitiva, exposición a diversidad corporal y psicoeducación acerca de las redes sociales, mejoran la autoimagen y el bienestar psicológico en hombres jóvenes (Ahuja et al., 2024; Merino et al., 2024).

El programa se estructura en cuatro fases, siendo estas, evaluación pre-intervención, intervención, evaluación post-intervención y seguimiento. Esta división se ha hecho para poder garantizar replicabilidad, control en el proceso terapéutico y una correcta evaluación de su eficacia.

Temporalización y estructura general

La intervención comprende un total de 12 sesiones terapéuticas, distribuidas en dos etapas: una fase grupal formada por 10 sesiones y una fase postratamiento compuesta por 2 sesiones destinadas a la prevención de recaídas, la evaluación final y el cierre del proceso.

Antes de comenzar la intervención se lleva a cabo una sesión individual de evaluación pre-intervención, que no se incluye dentro del cómputo de las 12 sesiones terapéuticas. Asimismo, se contempla una sesión grupal de seguimiento a los seis meses, que tampoco forma parte del total de sesiones del programa.

Las 10 sesiones correspondientes a la fase grupal tienen una duración de 90 minutos cada una, mientras que las 2 sesiones de la fase postratamiento se extienden durante 120 minutos.

Tabla 1

Cronograma general del programa: fases, sesiones y contenidos

Fase	Sesiones	Contenido de la sesión
Fase 1. Evaluación pre-intervención (individual)	Sesión 1	Evaluación inicial, administración de instrumentos y establecimiento de objetivos
Fase 2. Intervención grupal	Sesión 1	Psicoeducación sobre redes sociales, comparación social, gordofobia y presión estética masculina
	Sesión 2	Reestructuración cognitiva I: identificación de pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas relacionadas con la apariencia

	Sesión 3	Alfabetización mediática I: análisis crítico de contenido corporal normativo en redes
	Sesión 4	Alfabetización mediática II: creación de contenido alternativo y cuestionamiento de estándares estéticos
	Sesión 5	Reestructuración cognitiva II: generación de alternativas realistas mediante debate socrático
	Sesión 6	Exposición a diversidad corporal I: análisis guiado de imágenes y reducción de autocritica
	Sesión 7	Exposición a diversidad corporal II: integración emocional y trabajo sobre aceptación
	Sesión 8	Entrenamiento en autocompasión y regulación emocional
	Sesión 9	Fortalecimiento de autoestima no basada en la apariencia y valores personales
	Sesión 10	Integración de aprendizajes y consolidación de estrategias
Fase 3. Evaluación post tratamiento y cierre	Sesión 1	Prevención de recaídas: evaluación post-intervención y análisis de progreso
	Sesión 2	Evaluación sumativa y cierre del programa
Fase 4. Seguimiento	Sesión 1	Seguimiento

Nota. La fase 1 corresponde a la evaluación pre-intervención individual y no se incluye dentro de las 12 sesiones terapéuticas del programa. La fase 4 corresponde al seguimiento a los seis meses y tampoco se contabiliza como parte de la intervención.

Desarrollo de las sesiones

A continuación, se describen las sesiones de forma detallada para dar lugar a su replicabilidad. Estas incluyen objetivos a llevar a cabo, actividades, duración y materiales necesarios para su correcta realización.

Fase 1. Evaluación/línea base

Sesión 1. Evaluación inicial. Esta evaluación tiene como finalidad establecer la línea base administrando los instrumentos: Body Appreciation Scale-2 (BAS-2; Tylka y Wood-Barcalow, 2015), Body Shape Questionnaire (BSQ-14; Cooper et al., 1987), Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4; Schafer et al., 2015), Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R; Thompson et al., 1991), Cuestionario WHOQOL-BREF de calidad de vida, (Organización Mundial de la Salud, 1996), La Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965), a cada participante, confirmar que cumple los criterios de inclusión y garantizar que la intervención se ajusta a sus necesidades clínicas y personales. Durante este encuentro, el terapeuta establece una primera alianza terapéutica individual y explica el funcionamiento general del programa, así como los compromisos básicos y la confidencialidad (ver Apéndice C).

A lo largo de la entrevista de selección (ver Apéndice A) se exploran las experiencias personales relacionadas con la autoimagen, la comparación social y el uso de redes sociales, así como posibles situaciones de estigma o malestar vinculadas al cuerpo. También se indaga en las conductas de evitación o compensación que puedan estar manteniendo el problema y en las expectativas que el participante tiene respecto a la intervención. Tras esta exploración inicial, se administran los instrumentos estandarizados que permiten obtener un punto de partida objetivo

sobre variables como la autoestima, el malestar corporal, la comparación social y la internalización de ideales estéticos.

Finalmente, se trabaja con el participante la identificación de metas terapéuticas individuales relacionadas con la aceptación corporal y la reducción del malestar asociado a la exposición a contenido corporal normativo, entregando una ficha de objetivos terapéuticos para que pueda reflexionar sobre aquello que desea mejorar a lo largo del programa. Esta fase tiene una duración de noventa minutos y requiere de un espacio privado que garantice la confidencialidad, así como de los cuestionarios impresos y la ficha de objetivos terapéuticos.

Fase 2. Intervención

Sesión 1. Psicoeducación sobre redes sociales, gordofobia y comparación social. La primera sesión se centra en ofrecer psicoeducación acerca de los procesos que explican el malestar corporal en el ámbito digital. Por tanto, los objetivos a desarrollar serán: a) Psicoeducación sobre redes sociales, comparación social, gordofobia y presión estética masculina; y b) Introducir los mandatos de género y la “trampa de la meritocracia” en la construcción de la identidad masculina.

El terapeuta comienza la sesión con una breve revisión del estado emocional de los pacientes. A continuación, se ofrece una explicación detallada de cómo funcionan los algoritmos en las redes sociales y de qué manera estos refuerzan la exposición a cuerpos normativos, lo cual potencia la comparación social.

También en esta sesión, debemos introducir el concepto de gordofobia, presentado como un sistema de discriminación estructural que estigmatiza a los individuos con obesidad o sobrepeso. Se examinan ejemplos de micro-gordofobias que están en redes sociales y se debate cómo afectan a la imagen personal masculina.

A continuación, se trabajará el concepto del “mito del hombre hecho a sí mismo”. Se explicará cómo la cultura de la “*manosfera*” vende la idea de que el valor de un hombre reside en su capacidad de dominio y producción. Se debatirá cómo se nos enseña que el cuerpo es una “carta de

presentación” para el éxito laboral y relacional, y cómo esto es una construcción social falsa que ignora la diversidad genética y los determinantes sociales de la salud.

Después, con el objetivo de detectar pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas relacionadas con la apariencia, se presentan ejemplos reales de publicaciones en TikTok e Instagram. Esta actividad hace posible que los participantes comprendan cómo entienden el contenido digital y de qué manera estas interpretaciones afectan a su malestar.

Por último se administrará el ORS y el SRS para obtener feedback de los participantes sobre la sesión.

La sesión tiene una duración de noventa minutos y necesita de materiales como ejemplos de publicaciones y una presentación psicoeducativa.

Sesión 2. Reestructuración cognitiva I. La segunda sesión tiene como objetivos: a) Identificar los pensamientos automáticos negativos (PAN) vinculados a la imagen corporal y la comparación en redes sociales; b) Explicar el concepto “distorsiones cognitivas” en relación a la estética masculina; c) Aprender a registrar la relación entre las situaciones, los pensamientos automáticos asociados y las emociones; y d) Enseñar a debatir sus creencias gordofóbicas interiorizadas buscando evidencia al respecto.

En primer lugar, durante los 10 primeros minutos se recibe a los participantes y se hace un breve resumen y puesta en común de la observación del uso de redes sociales desde la última sesión.

A continuación, pasamos a explicar en unos 20 minutos, en una pizarra, cómo los eventos vividos no nos generan malestar de por sí, sino a la interpretación que le demos a estos. Para ello, explicamos el modelo ABC de la “Terapia Racional Emotiva Conductual” de Ellis (1985) (Apéndice N). Explicamos como el suceso (A), genera una creencia (B) que genera una consecuencia emotiva (C) la cuál, sesga la conducta.

La siguiente media hora, se dedica a enseñarles qué son las distorsiones cognitivas y cómo identificarlas. Nos centramos en las distorsiones más comunes en relación a la imagen corporal en redes sociales, algunas de ellas son:

- Pensamiento dicotómico: “Si no estoy así de definido, estoy fofo” (el todo o nada).
- Comparación sesgada o injusta: Se comparan con imágenes que pueden estar editadas o con atletas que pueden utilizar farmacología para sus resultados.
- Abstracción selectiva: Se centran únicamente en una parte del cuerpo, ignorando el resto del físico.
- La falacia de la meritocracia (o falacia de control): Creer que el cuerpo es un resultado matemático del esfuerzo (“Si no estoy cuadrado es porque no me esfuerzo lo suficiente” o “Si ese influencer puede, yo también debería poder”). Esto ignora la genética, el tiempo disponible y los recursos económicos.
- Etiquetado peyorativo (o “Pensamiento de la Manosfera”): Usar términos absolutos y degradantes para definirse a uno mismo basándose en jerarquías de estatus masculino (“Soy un 'beta'", “soy invisible”, “soy un fracaso”) por no cumplir con el estándar estético hegemónico.

A continuación, se les enseña a rellenar autorregistros para anotar la información de los sucesos que viven, el cómo se sienten y qué consecuencias tiene eso, generando nuevas alternativas de respuesta en futuras sesiones como han aprendido antes, primero nos centramos en ABC.

Por ejemplo: “La próxima vez que sientas angustia y malestar viendo TikTok, para un momento y registra: ¿Qué estaba viendo? ¿Qué pensamientos me vinieron a la cabeza? ¿Qué intensidad del 1-10 le pongo a mi malestar? ¿Cuál ha sido la consecuencia o qué he sentido? para en futuras sesiones incluir el debate socrático y el generar nuevas alternativas (ver apéndice N).

Los terapeutas en la sala se irán pasando por las mesas para ayudar a los participantes a diferenciar entre pensamientos (soy débil) de emociones (me siento desganado).

Finalmente, los últimos 10 minutos se dedican a resumir los conceptos aprendidos en esta sesión y asignarles como tareas para casa, rellenar diariamente cuando se metan en redes sociales un registro como el aprendido y se administrarán los instrumentos Outcome Rating Scale (Gimeno-Peón et al., 2015) y Session Rating Scale (SRS; Miller et al., 2002) para recibir feedback sobre el progreso y el bienestar de la sesión.

La sesión durará 90 minutos. Los materiales necesarios para esta sesión son: una pizarra para explicar el modelo ABC, papeles y bolígrafos para hacer sus autorregistros y la escala de monitoreo ORS.

Sesión 3: Alfabetización mediática I. Esta sesión irá enfocada a trasladar el trabajo cognitivo previo al entorno del día a día generalizando los resultados, en este caso al entorno digital. El objetivo principal de esta sesión es que los hombres participantes dejen de ver el contenido de forma pasiva y que se conviertan en receptores críticos con lo que consumen.

La sesión tendrá una duración de 90 minutos y los objetivos de la misma son: a) Analizar las ediciones y manipulaciones del contenido *fitspiration* teniendo en cuenta factores como la iluminación, los ángulos y las ediciones; b) Diferenciar entre cuerpos sanos y estética normativa y desmitificar la cultura del esfuerzo en redes sociales; c) Reducir la confianza ciega en estándares de belleza masculinos a través de conocimientos técnicos; y d) Fomentar una visualización y análisis crítico frente a publicidad engañosa y algoritmos favorecedores de estándares normativos.

En primer lugar, durante los 10 primeros minutos se recibe a los participantes y se le administra el Group Climate Questionnaire-Short (GCQ-S; MacKenzie, 1983) para evaluar la cohesión grupal desde la última sesión. A continuación, se pregunta a los participantes que tal han llevado la semana empleando el modelo ABC en situaciones relacionadas con las redes sociales en su día a día.

Después, se les proyecta en una pantalla una serie de imágenes de “*influencers fitness*” conocidos y a continuación, videos de el “detrás de cámaras” y comparaciones de realidad vs Instagram para que vean cómo se construyen ciertas imágenes.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Se les da conocimiento a los participantes sobre conceptos como “la deshidratación” y alimentación restrictiva y desinflamatoria antes de sesiones de fotos y se les enseña el funcionamiento de ciertas aplicaciones de edición como “*FaceTune*” o “*Photoshop*”. También se les ofrece información sobre el consumo de esteroides no mencionados en los *posts*.

Los pacientes, al entender el proceso que se sigue en muchas de las imágenes y videos con los que se comparan, se ayuda a reestructurar más aún sus pensamientos automáticos negativos (Fardouly y Vartanian, 2016).

Después, se realiza una dinámica grupal en la que se divide al grupo en parejas. Cada pareja debe elegir un *hashtag* comúnmente utilizado en el mundo del deporte y los perfiles de *fitspiration* como “*GymMotivation*”, buscarlo en alguna red social como Instagram o TikTok y analizar críticamente los primeros 5 resultados que les aparezcan haciéndose las siguientes preguntas:

- ¿Qué tipo de cuerpo predomina?
- ¿Qué mensajes sobre el valor personal llevan implícitos?
- ¿Se vincula el cuerpo musculado en estas imágenes con coches de lujo, trajes o símbolos de poder económico?
- ¿Qué mensaje lanza el post sobre el descanso? ¿Se penaliza el descanso o se tacha de “debilidad”?
- ¿Aparecen mensajes tipo “*no excuses*” (sin excusas) o “*pain is gain*” (el dolor es ganancia)?
¿Cómo afecta esto a nuestra percepción de la vulnerabilidad humana?
- ¿Se presenta la grasa corporal como un obstáculo para ser respetado por otros hombres o para tener éxito con potenciales parejas?
- ¿Cuántos cuerpos con diferentes características aparecen? (raza, sexo, edad...)
- ¿Puedes saber si es un cuerpo sano solo por su aspecto físico?
- ¿La imagen o vídeo es con fines publicitarios?
- ¿Se emplea lenguaje punitivo que fomenta la culpa en caso de no hacerlo?

Una vez respondidas estas preguntas y algunas más que quieran añadir, se realiza un debate entre todos los miembros del programa y se habla sobre el beneficio que sacan ciertos negocios a través de la culpa de otros.

Finalmente, se resumen los contenidos aprendidos en la sesión y se termina con una reflexión sobre el debate entre realidad y “ficción” o edición, validando y fomentando la aceptación corporal individual y se administran los instrumentos ORS y SRS para recibir feedback sobre el progreso y el bienestar de la sesión.

Como tareas para casa, los participantes deberán traer a la siguiente sesión una cuenta que les genere malestar a la hora de compararse con ella y debatirla a través de las preguntas sugeridas en la sesión de hoy.

En cuanto a materiales, se necesitará una pantalla o proyector para la presentación de imágenes y vídeos, una ficha con las preguntas mencionadas para el debate, el instrumento ORS, SRS y GCQ-S.

Sesión 4. Alfabetización mediática II. Creación de contenido crítico. La cuarta sesión se enfoca en analizar la alfabetización mediática desde un enfoque práctico. Los objetivos de esta sesión son a) que los participantes entiendan cómo se crean y manejan las imágenes corporales en las redes sociales y puedan desarrollar una perspectiva crítica que les permita cuestionar los ideales de belleza con los que conviven diariamente; y b) desmontar la “estética del estatus”, analizando cómo la iluminación y la edición no solo buscan la belleza, sino transmitir poder, dominancia y éxito económico (el arquetipo de “hombre hecho a sí mismo” o *self-made man*).

Al inicio de la sesión se recuerda brevemente lo que se abordó en la semana anterior, en particular, los componentes que hacen que una publicación potencie la comparación en redes sociales. Desde ese punto, el terapeuta hace una demostración práctica presentando imágenes editadas con filtros, cambios de luz, poses estratégicas y retoques digitales en las que pueda mostrar un “antes y después”. Al proyectar estos ejemplos, se debe ir explicando cómo pequeños cambios pueden alterar totalmente la apariencia del cuerpo, creando figuras que no existen en la realidad.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Esta demostración hace que los participantes se den cuenta de que mucho del contenido que consumen es artificial.

Además de los filtros que suavizan la piel o aumentan el volumen muscular, analizaremos cómo se construye la imagen de “poder”. El terapeuta mostrará cómo ciertas poses (mandíbula tensa, mirada desafiante, ocupación del espacio) y entornos (gimnasios de lujo, ropa de marca) se añaden artificialmente para vincular la hipertrofia muscular con el éxito financiero. Se explicará que, en la “*manosfera*”, la imagen no solo vende un cuerpo, sino una jerarquía: se edita para parecer un “líder” o un “alfa”. Esto genera la falsa creencia de que, si no tienes ese cuerpo, tampoco tendrás éxito profesional o respeto social.

Después de esta primera explicación, hay un periodo para reflexionar en el que los participantes comentan lo que les ha impactado, qué emociones sienten al descubrir la manipulación de las imágenes y cómo creen que esto afecta a su autoimagen. Esta conversación es útil para confirmar experiencias y fortalecer la noción de que los estándares de comparación social suelen ser irreales.

Durante los 10 primeros minutos se recibe a los participantes y comienza la actividad fundamental de la sesión cuando cada participante escoge una imagen que haya visto en redes sociales hace poco que simbolice un ideal de cuerpo normativo. Puede ser una imagen de un *influencer*, un modelo de *fitness*, un deportista o incluso una foto propia. El terapeuta les orienta para que la examinen, reconociendo los aspectos que intensifican la presión estética: el ángulo de la cámara, la postura, la iluminación, los filtros, el mensaje oculto y las emociones que les genera. Tras esta deconstrucción, cada integrante crea un contenido diferente usando su teléfono móvil, tablet o portátil. Este contenido puede implicar la eliminación de filtros, la inclusión de un mensaje crítico, la exhibición de una versión más veraz de la imagen o el establecimiento de un post totalmente inédito que fomente la diversidad corporal y la autenticidad.

A medida que avanza el proceso, el terapeuta guía al grupo, aclara dudas y subraya que el objetivo no es crear un contenido perfecto, sino desafiar el mandato de la productividad y la dureza.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Se invitará a los participantes a crear (o diseñar en papel) un post que rompa con la lógica del sacrificio (“*no pain, no gain*”) típica de los discursos meritocráticos. Lo importante aquí es comprender cómo se forman los mensajes visuales y cómo podemos alterarlos para reducir su impacto negativo. Al final de la sesión, todos los miembros tienen la oportunidad de compartir lo que han creado, explicando el mensaje que intentaron transmitir y reflexionando sobre lo que han aprendido durante esta actividad

El terapeuta concluye la sesión enfatizando la importancia de adoptar una actitud crítica frente al contenido digital, señalando que las imágenes que dominan en las redes sociales no representan cuerpos reales, sino construcciones artificiales y administra los instrumentos ORS y SRS para recibir feedback sobre el progreso y el bienestar de la sesión.

La sesión consta de 90 minutos en la que se necesitarán materiales como un teléfono móvil, una pantalla o proyector, material alternativo como son folios y bolígrafos además de los instrumentos ORS y SRS.

Sesión 5. Reestructuración cognitiva II. Esta tercera sesión se orienta a continuar con el trabajo iniciado en la sesión anterior. El fin es profundizar en el modelo ABCDE y debatir las creencias asociadas a la autoimagen, la comparación social y la gordofobia interiorizada. Los participantes deberán pasar de registrar lo que piensan a cuestionarlo y reformularlo para minimizar el impacto emocional de la exposición a cuerpos ideales en redes sociales.

Por tanto, la cuarta sesión tiene como objetivos: a) Revisar y consolidar los registros ABC realizados durante las anteriores semanas; b) Aprender a debatir las creencias (D) desde el debate, a través de preguntas guiadas; c) Crear pensamientos alternativos útiles (E) que resulten más adaptativos en cuanto al valor personal y la imagen corporal; y d) Identificar creencias gordofóbicas rígidas (“solo valgo si tengo un cuerpo atlético”).

Para comenzar, durante los primeros 10 minutos, se recibirá a los participantes y se dedicará un tiempo breve a poner en común los registros ABC que han ido completando durante las semanas anteriores. Se seleccionarán dos o tres ejemplos de personas voluntarias para trabajarlos

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

en grupo. El fin es diferenciar que diferencian de manera correcta entre la situación (A), pensamiento automático (B) y la consecuencia emocional y conductual (C). Los profesionales deben ir guiando y ofreciendo correcciones cuando sea necesario, por ejemplo, si confunden la emoción con el pensamiento o describen la situación de forma muy general.

Los siguientes 20 minutos se dedicarán a explicar de manera aplicada el componente D (debate) del modelo ABCDE. Se presentará el debate como herramienta para aprender a cuestionar la veracidad, utilidad y evidencia de pensamientos automáticos asociados al cuerpo. Para ello, se les guiará con preguntas escritas en una pizarra como: “¿Qué evidencia tengo que lo confirme?”, “¿qué evidencia tengo que vaya en contra?”, “¿estoy teniendo alguna distorsión cognitiva?”, “¿qué le diría a un amigo si pensara esto?”, y “¿qué consecuencias tiene para mi creer en esto?”. La explicación se acompañará de un ejemplo modelado por los profesionales y basado en pensamientos que se hayan trabajado en el grupo.

A continuación, se realizará una actividad práctica durante 25-30 minutos donde se expondrán ejemplos reales o simulados de publicaciones en Instagram o TikTok sobre *fitspiration*, cuerpos musculados, comentarios comparativos o “antes y después”. El objetivo será activar esos pensamientos automáticos frecuentes y trabajar directamente el debate sobre ellos. Cada participante elegirá uno de sus pensamientos (B) y completará junto a la ayuda de los profesionales el componente del debate (D). Una vez completado, se les guiará para formular alternativas (E) realistas y funcionales, evitando plantear alternativas irreales y extremas. Los profesionales darán importancia a explicar que la alternativa no debe buscar “lo positivo”, sino crear una interpretación más equilibrada que reduzca el malestar y genere conductas de autocuidado.

Durante el ejercicio los profesionales rotarán por la sala para apoyar y ayudarles a construir alternativas orientadas a la aceptación corporal (funcionalidad del cuerpo, diversidad corporal o en el valor personal no basado en la imagen).

Después, se administrará durante los 5-10 minutos siguientes el GCQ para evaluar la cohesión y el clima grupal (compromiso, evitación y conflicto). El objetivo es poder detectar de forma temprana posibles dificultades grupales que puedan estar influyendo en el progreso.

En los últimos 10-15 minutos se resumirá lo aprendido en sesión, consolidando la idea de que el objetivo del programa es disminuir la influencia de la comparación social y mensajes gordofóbicos interiorizados. Se asignará la tarea de completar autorregistros ABCDE, aplicando al menos tres ocasiones donde se rellene el debate (D) y se formulen alternativas (E) ante pensamientos automáticos vinculados a la autoimagen cuando se estén utilizando las redes sociales.

Finalmente se administrarán los instrumentos ORS y SRS para recibir feedback sobre el progreso y el bienestar de la sesión.

La sesión tiene una duración de 90 minutos y los materiales necesarios para llevarla a cabo son una pizarra para explicar y modelar el debate, hojas de autorregistros ABCDE, bolígrafos, ejemplos de publicaciones o capturas de pantalla con contenido de las redes sociales y los instrumentos ORS, GCQ y SRS.

Sesión 6. Exposición a Ideales Normativos: Desactivación del “Mito del Éxito”. En la sexta sesión se inicia el trabajo de exposición, enfocándose paradójicamente en los ideales estéticos y de éxito que promueve la “*manosfera*”. El objetivo no es la habituación pasiva, sino la desactivación crítica de la respuesta automática de inferioridad. Se busca que los participantes se enfrenten a imágenes de hombres musculados y “exitosos” (el arquetipo del “hombre hecho a sí mismo”) rompiendo la asociación mental entre esa estética y la valía personal o moral.

Tras trabajar la alfabetización mediática, los participantes están preparados para mirar al “ídolo” y, en lugar de sentir admiración tóxica o envidia, analizarlo como una construcción comercial y social. Esta propuesta se apoya en la evidencia de que la idealización de la musculatura en redes sociales está vinculada a una rigidez cognitiva sobre lo que significa ser hombre y a una presión meritocrática que genera malestar.

Por tanto, los objetivos de esta sesión serán: a) Exponerse a imágenes de “*fitspiration*” y estatus (cuerpos musculados vinculados al éxito) para reducir la reactividad emocional de inferioridad; b) Romper el vínculo meritocrático que dicta que “un cuerpo escultural es señal de disciplina moral y éxito financiero”; c) Enseñar a observar al “ideal” sin realizar conductas de control (comparación ascendente, autocrítica o evitación), notando el “juicio de estatus” sin engancharse a él; y d) Identificar pensamientos automáticos del tipo “él es un alfa/ganador y yo no”, reestructurándolos mediante el modelo ABCDE hacia una visión más realista del contenido digital.

Al comienzo de la sesión se recibe a los participantes y se revisa la tarea de la semana anterior. Se pone en común qué emociones surgieron al intentar mirar contenido “*fitspiration*” bajo una lente crítica. El objetivo es detectar si persiste la creencia de que esos cuerpos son superiores moralmente.

Posteriormente, el terapeuta explica que la exposición de hoy consiste en mirar aquello que normalmente nos hace sentir “pequeños” o “fracasados” (cuerpos normativos, mensajes de “no excuses”). Se introduce el concepto de “Desactivación del Mito”: *“Vamos a mirar estas imágenes no para compararnos, sino para entrenar a nuestro cerebro a verlas como lo que son: productos. La manosefara nos ha enseñado que este cuerpo es la única llave del éxito. Hoy vamos a mirar la llave y ver que, a menudo, no abre ninguna puerta real a la felicidad.”*

A continuación, se proyectan imágenes y vídeos seleccionados que representen el ideal hegemónico: hombres muy musculados, en contextos de lujo o mostrando una disciplina extrema. Antes de cada bloque, los participantes puntúan su malestar (0-10) y su sensación de “inferioridad percibida”. Mientras observan, se les instruye para detectar el “pensamiento de la meritocracia”: *“Al ver a este hombre, nota si tu mente le asigna automáticamente cualidades como “trabajador”, “líder” o “exitoso”. Observa ese juicio. ¿Es real o es un halo estético? Respira y deja pasar la idea de que su valor es superior al tuyo.”*

Se impide que los participantes realicen conductas de seguridad mental (como buscar defectos en la foto para sentirse mejor) o física (evitar mirar, mirar el móvil). Deben sostener la mirada hasta que la admiración tóxica o la envidia descendan.

Tras la exposición, anotan en la hoja de registro (Apéndice N) el pensamiento automático (ej. “Me siento un vago a su lado”) y la emoción. En el debate posterior, se discute: ¿Cuánto de lo que vemos es salud y cuánto es performance de masculinidad? Se refuerza la idea de que la ansiedad proviene de creer que “debemos” ser así para ser respetados.

Para cerrar, se asigna como tarea la “Exposición de Desactivación” en casa: elegir 3 cuentas que solían generar admiración/envidia y visitarlas diariamente durante 5 minutos, aplicando la visión crítica y registrando si logran ver al “personaje” detrás del cuerpo y se administran los instrumentos ORS y SRS para recibir feedback sobre el progreso y el bienestar de la sesión.

La sesión consta de 90 minutos y los materiales a utilizar serán un proyector, imágenes de “fitspiration” y estatus, hojas de registro y ORS/SRS.

Sesión 7. Exposición a Diversidad Corporal: Validación y Ruptura del Estigma. La séptima sesión cambia el foco hacia la diversidad corporal en contextos de éxito. Una vez “desactivado” el ideal en la sesión anterior, el objetivo ahora es validar la realidad. Se busca romper el estigma estructural de la “manosfera” que asocia la grasa o la falta de musculatura con el fracaso personal, la pereza o la falta de hombría (“ser un beta”). Se trabaja la tolerancia a la disonancia cognitiva que supone ver a un hombre con cuerpo no normativo siendo feliz, exitoso y deseado, algo que contradice los discursos meritocráticos aprendidos.

Por tanto, los objetivos de la sesión son: a) Exponerse a imágenes de hombres con cuerpos no normativos (gordos, delgados, envejecidos) que se muestran en roles de liderazgo, felicidad o seducción; b) Romper la asociación mental “Grasa/Delgadez = Fracaso Vital” o “Falta de disciplina”,

re-etiquetando el desprecio automático como un sesgo aprendido (gordofobia interiorizada) y no como una verdad objetiva; c) Fomentar una mirada de respeto hacia el propio cuerpo a través de la validación de cuerpos ajenos similares; y d) Generalizar estos aprendizajes a situaciones de la vida diaria (playa, gimnasio) reduciendo la evitación.

Al comienzo de la sesión se revisa la tarea de “desactivación” de la semana anterior. Se pregunta si ha cambiado la percepción sobre los perfiles “perfectos”. A continuación, a diferencia de la mera visualización de cuerpos diversos, aquí se seleccionan estímulos que generen contradicción con los mandatos de género.

- Estímulos: Imágenes de hombres con sobrepeso siendo afectuosos y correspondidos (rompiendo la teoría de que “sin músculos no hay amor”); hombres delgados liderando equipos o siendo respetados; cuerpos reales disfrutando del deporte sin intención de cambiar su físico.
- Instrucción cognitiva: “Observad la reacción automática. ¿Sentís lástima? ¿Sentís que “se ha abandonado”? Ese es el discurso de la “manosfera” hablando. Intentad mirar más allá: ved su éxito, su sonrisa, su competencia. Validada su existencia como hombres completos sin necesidad de la armadura muscular.”
- Registro: Se puntúa el malestar, que en este caso puede manifestarse como rechazo, vergüenza ajena o incomodidad (disonancia cognitiva).

Posteriormente, se trabaja sobre los juicios surgidos durante la exposición.

- *Ejemplo:* Si un participante piensa “Este tío debería cuidarse más”, se cuestiona bajo la lógica meritocrática: “¿Asumimos que no se cuida solo por su tamaño? ¿Estamos juzgando su salud o su obediencia a la norma estética?” Se busca generar interpretaciones alternativas: “Su cuerpo es válido”, “Su éxito no depende de su porcentaje de grasa”.

Por último, se discute cómo trasladar esta validación a uno mismo. Si aceptamos que el hombre de la imagen es válido, ¿por qué no nosotros? Se identifican conductas de seguridad a eliminar (ej. dejar de meter barriga, dejar de usar ropa ancha para esconderse, volver a ir a la piscina). El objetivo es habitar el cuerpo presente con dignidad. Al finalizar, se administra el SRS.

Como cierre, se usa para casa la tarea “Búsqueda de referentes reales”, donde los participantes deben identificar a 3 hombres en su entorno o vida pública que admiren por sus cualidades no físicas y que no tengan un cuerpo normativo. Observarlos sin juzgar su físico. Y se propone realizar una pequeña conducta evitada (ej. usar una camiseta de manga corta si se tienen brazos delgados) y registrar la experiencia. Además, se administrarán los instrumentos ORS y SRS para recibir feedback sobre el progreso y el bienestar de la sesión.

La evaluación consta de 90 minutos y los materiales a utilizar serán proyector, imágenes de diversidad corporal positiva, registros de exposición y ORS/SRS.

Sesión 8. Autocompasión frente a la Autocrítica: desactivando al “Sargento Interior”. Tras haber trabajado las exposiciones, esta sesión aborda el diálogo interno. En la cultura de la “manosfera”, la autocrítica feroz se vende como “disciplina” o “estoicismo” (“no seas débil”, “odia tu cuerpo hasta que lo cambies”). Sin embargo, la evidencia clínica muestra que la autocrítica constante genera estrés, abandono de hábitos saludables y mayor insatisfacción.

El objetivo de esta sesión es sustituir al “sargento interior” (la voz de la meritocracia) por una voz de “entrenador sabio” (autocompasión), entendida no como lástima, sino como una herramienta de regulación emocional que fomenta la constancia y la salud mental a largo plazo. Por tanto, se trabajará en: a) Diferenciar entre “autodisciplina constructiva” y “autocastigo destructivo” (autocrítica); b) Comprender que la autocompasión es un factor protector frente a la presión estética que reduce la ansiedad y mejora la adherencia a hábitos saludables; c) Identificar el “Doble Estándar”: tomar conciencia de la diferencia entre cómo tratamos a un amigo y cómo nos tratamos a

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

nosotros mismos ante un “fallo” estético o de rendimiento; y d) Aprender una herramienta breve de regulación emocional (“Pausa de Fortaleza”) para momentos de comparación en redes sociales.

La sesión comienza preguntando brevemente cómo han ido las tareas de exposición a la diversidad corporal y si han notado resistencia a aceptar esos cuerpos como “válidos”.

Posteriormente, el terapeuta retoma el concepto de “instrumentalización del cuerpo” visto anteriormente.

- El Mito: “La “manosfera” nos dice que, si no somos duros con nosotros mismos, nos volveremos vagos y dejados. Nos venden la vergüenza como gasolina.”
- La Realidad: Se explica que la vergüenza activa el sistema de amenaza del cerebro (cortisol), lo que bloquea la capacidad de cambio y genera conductas de evitación o atracones.
- El Cambio de Marco: Se presenta la Autocompasión no como “ser blando”, sino como resiliencia. *“Si tu compañero de gimnasio se lesiona o está agotado, ¿le gritas que es un inútil o le animas a recuperarse para volver más fuerte? La autocompasión es tratarte como a ese compañero para no quemarte en el proceso.”*

A continuación, se realiza una dinámica sobre el Doble Estándar (El Amigo vs. Yo). Primero, se pide a los participantes que imaginen que un amigo cercano les confiesa que se siente fatal porque “ha perdido definición abdominal” o “se ve pequeño” al lado de un *influencer*. Se les pide que escriban qué le dirían exactamente y en qué tono. Posteriormente, deben escribir qué se dicen a sí mismos cuando se miran al espejo y ven ese mismo “defecto”. A continuación, se contrastan ambos discursos. ¿Por qué con el amigo somos lógicos, amables y realistas (“tío, no pasa nada, sigues estando bien”), y con nosotros somos crueles y catastrofistas (“eres un desastre”)? Por último, se reconoce que esa voz cruel no es “nuestra”, sino que es la internalización de los mandatos de género y la presión estética externa.

Posteriormente, se enseña una técnica breve para usar *in situ* cuando surge el malestar en redes sociales, basada en el *Self-Compassion Break* (Neff, 2013), pero adaptada al lenguaje del grupo. Tiene 3 pasos que se practican en sesión:

1. Reconocer el dolor: “Esto duele. Estoy sintiendo presión/envidia/vergüenza ahora mismo”. (No negarlo con un “no pasa nada”).
2. Humanidad Compartida (No soy el único): “No soy el único hombre que se siente así. La mayoría de tíos que conozco también sienten esta presión, aunque no lo digan. Es parte de vivir en esta cultura de la imagen”.
3. Autobondad (Acción útil): “¿Qué necesito ahora mismo para estar bien? ¿Necesito cerrar la app? ¿Necesito hablarme bien? ¿Qué me diría mi mejor versión?”. Se practica con un ejemplo real de malestar reciente traído por los participantes.

Por último, hacemos hincapié en que la autocrítica nos debilita; el autorespeto nos hace constantes y se administran los instrumentos ORS y SRS para recibir feedback sobre el progreso y el bienestar de la sesión.

Como tarea para casa se propone el Diario del Doble Estándar: Durante la semana, cuando se pillen criticándose el cuerpo, deben parar y escribir: “¿Qué le diría a mi amigo (o a mi hijo/hermano) si estuviera en mi situación?”. Aplicar la “Pausa de Fortaleza” antes de entrar en espiral si ven contenido activador.

La sesión dura 90 minutos y se utilizan materiales como el ORS, SRS, papel y bolígrafos para la dinámica del Doble Estándar, pizarra para anotar las diferencias entre “Voz Crítica” y “Voz Compasiva”.

Sesión 9. Fortalecimiento de la autoestima. El objetivo de la novena sesión se centra en fortalecer la autoestima para que no dependa de la apariencia física, un aspecto fundamental para reducir la susceptibilidad a comparaciones sociales y a los estándares corporales establecidos.

El terapeuta inicia la sesión aclarando que, aunque el trabajo realizado hasta ahora ha permitido investigar pensamientos automáticos, analizar el contenido digital y exponerse a la diversidad corporal, es importante desarrollar una identidad más extensa y firme que no se centre únicamente en el cuerpo. Con esa finalidad, se plantea la idea de que la autoestima puede desarrollarse a partir de varios ámbitos de la vida y que una identidad variada y rica tiene un efecto protector contra el malestar físico (Crocker y Wolfe, 2001).

Se recomienda la actividad “Mi identidad en ocho áreas” a continuación. En esta, el terapeuta entrega a cada participante un papel que contiene diversas áreas esenciales, como intereses, habilidades, relaciones personales, valores, logros, actividades relevantes, rasgos de personalidad y objetivos futuros. Se invita a los participantes a considerar cada una de estas áreas y redactar ejemplos específicos que las ilustren. El propósito es que comprendan que su valor personal no se basa solamente en lo que ven, sino en un número extenso de rasgos y vivencias que definen quiénes son. En este ejercicio, el terapeuta acompaña al grupo, contestando a preguntas que puedan surgir y alentando a explorar temas que frecuentemente se ignoran cuando la autoimagen es central (Crocker y Park, 2004).

Durante el desarrollo de esta actividad, se hará un énfasis explícito en desvincular la masculinidad del rendimiento. El terapeuta reforzará la idea de que ser un hombre válido no depende de la productividad, la fuerza física o la capacidad de “proveer” y “conquistar” (mandatos típicos de la “manosfera”), sino que existen múltiples formas de habitar la masculinidad que incluyen la vulnerabilidad, el cuidado y la diversidad corporal.

Tras terminar la dinámica, se abre un espacio para compartir en el que los asistentes pueden hablar sobre algunas de las áreas que han identificado si así lo desean. Este intercambio frecuentemente produce un ambiente de reconocimiento y validación recíprocos, ya que posibilita la identificación de fortalezas propias y ajenas que no tienen que ver con el cuerpo (Yalom y Leszcz, 2020). El terapeuta resalta de forma verbal estos hallazgos enfatizando lo importante que es desarrollar una identidad más equilibrada y menos sujeta a la apariencia física.

La actividad “El árbol de las fortalezas”, que es un instrumento visual que representa los recursos internos de todos los participantes, se realiza a continuación. Las raíces representan en este ejercicio los valores personales y las ramas simbolizan los recursos y fortalezas de cada individuo. El terapeuta señala que este tipo de ejercicio promueve la aceptación personal y la autocompasión, dos componentes que han probado ser defensivos frente a la autocrítica y el malestar físico (Neff, 2003). Los participantes concluyen su árbol identificando características como la creatividad, el sentido del humor, la perseverancia o la empatía y reflexionan sobre cómo estas características pueden ayudarles en situaciones de seguridad corporal.

Una vez finalizados los árboles, se realiza una breve reflexión en grupo donde los miembros del grupo comparten las fortalezas que han encontrado y cómo creen que estas pueden servir como herramientas para enfrentar la presión estética o la comparación social. El terapeuta relaciona estas fortalezas con situaciones cotidianas, mostrando cómo pueden ser utilizadas como recursos internos para gestionar momentos de vulnerabilidad. La sesión concluye con un resumen de lo aprendido, enfatizando que una autoestima robusta y diversa es uno de los factores más importantes para mantener los avances logrados en el programa y reducir la dependencia del reconocimiento externo basado en la apariencia. Para finalizar la sesión, se administran el ORS y el SRS.

La sesión tendrá una duración de 90 minutos y se utilizarán los siguientes materiales: bolígrafo, folios, pizarra y el ORS y SRS.

Sesión 10. Integración de aprendizajes. La décima sesión tiene como objetivo integrar lo aprendido a través del plan de intervención y contribuir a que los participantes refuercen las estrategias que han ido desarrollando en las sesiones anteriores.

Se comienza la sesión aclarando que este encuentro sirve como un espacio para compartir, en el que se analizan las herramientas empleadas en el día a día y se comenta acerca de cómo estas son utilizadas en la vida cotidiana. Es esencial esta integración para que las habilidades obtenidas permanezcan a lo largo del tiempo, puesto que la literatura más reciente indica que el establecimiento de estrategias es uno de los indicadores más firmes de persistencia del cambio terapéutico (Hayes et al., 2019).

El terapeuta solicita a los participantes que repasen las principales estrategias empleadas a lo largo del programa: el análisis crítico de material digital, la identificación y reestructuración de pensamientos automáticos, la exposición a diversidad corporal, el fortalecimiento de una autoestima que no se base en la apariencia y la atención plena corporal. Se les motiva a pensar acerca de cuáles de estas herramientas han sido más beneficiosas, cuándo las han utilizado y qué transformaciones han notado en su relación con la imagen corporal. Según estudios recientes acerca de intervenciones psicológicas fundamentadas en habilidades (Fleming et al., 2022), esta práctica de metacognición promueve la conciencia del avance y fortalece la autoeficacia, un componente fundamental para mantener el cambio.

Se abre a continuación un espacio de conversación en el que los participantes comparten sus experiencias, dificultades y éxitos. A través de preguntas abiertas, el terapeuta hace posible la conversación y permite que cada individuo examine cómo ha incorporado las técnicas en su vida cotidiana. Este intercambio en grupo no sólo consolida la cohesión, sino que también posibilita que los participantes se beneficien de las estrategias utilizadas por otros, enriqueciendo así su repertorio de afrontamiento. Igualmente, la difusión de obstáculos y progresos ayuda a regularizar el proceso

de cambio, que tiende a ser paulatino y no lineal; esto ha sido ampliamente registrado en investigaciones recientes acerca de procesos terapéuticos (Kazantzis et al., 2018).

Tras este análisis grupal, el terapeuta conduce una reflexión más ordenada acerca de los elementos que han favorecido la transformación y los que podrían obstaculizarla en el futuro. Los participantes son invitados a reconocer situaciones de riesgo, tales como períodos de estrés, exposición intensa a contenido digital regulador o comparaciones sociales en contextos determinados. Para prevenir las recaídas, es fundamental detectar estos factores desde temprano, pues esto posibilita prever problemas y desarrollar estrategias de afrontamiento apropiadas. Esta perspectiva cuenta con el apoyo de estudios actuales sobre cómo mantener cambios en intervenciones psicológicas (Twohig y Levin, 2021).

Cada participante crea una síntesis personal breve al final de la sesión, en la que comenta las técnicas que considera más efectivas, las transformaciones que ha tenido y los aspectos en los que quiere seguir trabajando. El terapeuta los motiva a considerar esta síntesis como un “mapa personal de recursos”, el cual se utilizará como fundamento para el plan de prevención de recaídas que se elaborará en la próxima sesión. Esta actividad propicia que los aprendizajes se interioricen y fortalece la sensación de control sobre el propio proceso, lo cual aumenta las posibilidades de conservar los progresos en el largo plazo, como lo han indicado investigaciones recientes sobre autoeficacia y sostenimiento del cambio (Zemestani y Ottaviani, 2020).

La sesión termina con una reflexión en la que el terapeuta subraya lo importante que es reconocer el avance logrado y apreciar el esfuerzo individual dedicado al proceso de terapia. Es importante recordar que el cambio sostenible no solo depende de los métodos adquiridos, sino también de la habilidad de cada miembro para implementarlos con flexibilidad y ajustados a su vida diaria. Con esta base, el equipo está listo para tratar la prevención de recaídas en la próxima sesión, en la que se abordará más detalladamente cómo preservar los logros obtenidos. Por último, se

administran los instrumentos ORS y SRS para recibir feedback sobre el progreso y el bienestar de la sesión.

La sesión tendrá una duración de 90 minutos y los materiales necesarios son: láminas de resumen con los títulos de las estrategias clave (análisis crítico, reestructuración, diversidad corporal, autoestima y mindfulness), pizarra, rotuladores, folios y los instrumentos ORS y SRS.

Fase 3. Evaluación post tratamiento y cierre

Sesión 1. Prevención de recaídas: evaluación post-intervención breve. La sesión 11 forma parte de una fase postratamiento breve centrada en prevenir recaídas y en hacer una primera valoración de cómo han ido cambiando las cosas tras la intervención. Es un espacio pensado para reforzar lo trabajado, detectar señales tempranas de posible recaída y obtener una primera medida del cambio.

Los objetivos de la sesión son: a) Realizar un repaso de las estrategias que les han resultado más útiles a cada uno de los participantes, con el fin de identificar cuales han funcionado mejor y en qué situaciones las han aplicado; b) Detectar señales tempranas de recaída y situaciones de riesgo (aumento del consumo de redes, exposición repetida a *fitspiration*, comentarios gordóforos...); c) Crear un plan de mantenimiento individual, con recursos que respondan ante pensamientos automáticos, emociones intensas y conductas de evitación o de control; d) Fomentar que el participante se vea capaz de sostener lo que ha aprendido fuera del contexto de las sesiones, con el fin de aumentar la sensación de autoeficacia y control y e) Realizar la evaluación post-intervención breve.

En primer lugar, durante los primeros 10 minutos, se recibe a los participantes y se realiza una puesta en común breve, centrada en preguntas que exploren cómo ha transcurrido la semana y en qué momentos han utilizado alguna de las herramientas trabajadas en el programa (evaluación

post-intervención). En este contexto, los profesionales guiarán la sesión para llevar a cabo la evaluación post-intervención con preguntas sencillas con ejemplos reales que evalúen el grado en el que el grupo ha aprendido: ¿en qué momento notas que vas a compararte?, ¿qué hiciste diferente esta vez?, ¿qué herramienta te ha servido más (debate cognitivo, exposición, mindfulness)? Estas preguntas servirán de repaso práctico y refuerzan los avances.

Posteriormente, se introducirá el concepto de prevención de recaídas. Los profesionales explican que, en procesos de aceptación corporal, es común que se den altibajos, sobre todo si el contexto les vuelve a empujar hacia el mismo desencadenante, las redes sociales. Se debe recalcar que recaer no es volver a empezar, sino una señal de que se ha activado el sistema y no se ha aplicado a tiempo algún recurso aprendido. Por lo que, se hace una clara distinción entre un desliz, siendo un día malo donde se experimente más comparación y autocrítica, y una recaída, que sería volver a patrones previos. El objetivo es que aprendan a detectar el desliz de forma temprana para reaccionar antes de que se haya cronificado.

Tras ello, se realizará una dinámica guiada durante 35 minutos para identificar situaciones de riesgo y señales tempranas. Los profesionales proponen una lista de posibles situaciones y el grupo completa ejemplos concretos y propios. Por ejemplo, los profesionales plantean situaciones como semanas de estrés académico, laboral, rupturas, soledad, exposición intensa a musculatura marcada, evitación de planes sociales o pensamientos de control tipo “lo tengo que controlar todo”. Tras identificar estas señales, se trabaja cómo responder a ellas con el uso de las herramientas practicadas (ABCDE, exposición gradual, escaneo corporal...).

Una vez finalizada la dinámica, cada participante elabora su plan personal de mantenimiento de manera escrita para que tengan un documento breve como plan para prevenir recaídas (Apéndice K). Los profesionales recalcan que el plan debe ser realista y funcional en cuanto a la vida

cotidiana. El fin no es que no se vuelvan a comparar, sino que sepan qué hacer cuando aparezca la comparación.

Tras elaborar el plan personal de mantenimiento, el terapeuta hace un resumen de la sesión, reforzando la idea de que el mantenimiento del cambio depende de que apliquen las herramientas con flexibilidad y frecuencia, y de mantener una perspectiva y actitud más amable hacia el propio cuerpo. Se mandan tareas breves para realizar en casa, las cuales son: revisar el plan personal que han creado y escoger una situación de riesgo para ensayar mentalmente su respuesta a ella.

Esta sesión tendrá una duración de 120 minutos en la que se necesitarán materiales como: pantalla donde se proyecte gráficamente que el proceso no es lineal y marque posibles retrocesos puntuales, pizarra y plantilla con plan de mantenimiento individual (Apéndice K).

Sesión 2. Evaluación sumativa y cierre del programa. la sesión 12 supone la evaluación final completa y el cierre formal del programa. En esta última sesión se revisan de manera global los avances logrados a lo largo de las 12 sesiones, se integran los datos cuantitativos y cualitativos recogidos y se prepara a los participantes para mantener los progresos en el tiempo.

La sesión inicia con una explicación sencilla del objetivo de esta fase final, resaltando que se trata de una evaluación sumativa que facilitará la comparación de los resultados antes y después de la intervención. Luego, se aplican todos los instrumentos establecidos en la metodología: BAS-2, BSQ-14, PACS-R, SATAQ-4, RSES, WHOQOL-BREF, las escalas ORS, SRS y GCQ-S, los autorregistros semanales de comparación social en redes sociales (Apéndice E) y la entrevista de selección que se empleó al inicio para valorar la significación clínica subjetiva del cambio (ver Apéndice A). Esta aplicación exhaustiva asegura la consistencia interna del diseño cuasi-experimental y permite obtener una evaluación general del impacto de la intervención.

Una vez completada la evaluación cuantitativa, se vuelve a realizar la entrevista de selección (Apéndice A), en la que se indagan los cambios que los participantes han notado, las herramientas que consideran más útiles, las dificultades que persisten y las áreas que desean seguir desarrollando. Este momento permite combinar la información cuantitativa con las experiencias subjetivas del proceso terapéutico.

Posteriormente, se proporciona una primera retroalimentación de los resultados, comentando las tendencias generales sin llevar a cabo aún el análisis estadístico final. Se refuerzan los logros obtenidos, se aceptan los altibajos que puedan haber ocurrido y se estimula la autoeficacia para mantener los cambios.

La sesión concluye con una explicación sobre el proceso de seguimiento, que se realizará a los seis meses para evaluar la permanencia de los cambios. Finalmente, se lleva a cabo un cierre emocional del programa, reconociendo el esfuerzo invertido por los participantes y reforzando su capacidad para seguir aplicando las estrategias aprendidas en su vida diaria.

La sesión tiene una duración de 120 minutos en la que se necesitarán los siguientes materiales: los instrumentos de evaluación cuantitativa (BSQ-14, PACS-R, SATAQ-4, RSES, WHOQOL-BREF, las escalas ORS, SRS y GCQ-S) y las cualitativas (autorregistros semanales de comparación social en redes sociales, Apéndice E) y entrevista de selección (Apéndice A).

Fase 4. Seguimiento

Sesión 1. Seguimiento de la intervención. El seguimiento es una fase distinta del programa y se lleva a cabo transcurridos seis meses después de haber terminado las doce sesiones. A diferencia de la sesión 11, en la que se realiza una breve evaluación tras la intervención, y de la sesión 12, que corresponde a la evaluación final global (evaluación sumativa), el seguimiento se centra en evaluar la

estabilidad del cambio a medio plazo, detectar retrocesos potenciales y reforzar las estrategias necesarias para preservar los avances logrados.

La reunión comienza con una bienvenida donde se aclara que es posible que, durante el tiempo sin sesiones, se hayan presentado mejoras, estancamientos o incluso retrocesos temporales. Se recuerda que el seguimiento no es una nueva intervención, sino un espacio para revisar, ajustar y afianzar el cambio, alineándose con la literatura que destaca la necesidad de evaluar el progreso a medio plazo en las intervenciones psicológicas.

Primero, se vuelven a aplicar los instrumentos que se usaron en la evaluación inicial y final: BAS-2, BSQ-14, PACS-R, SATAQ-4, RSES, WHOQOL-BREF y las escalas ORS y SRS. Esta evaluación cuantitativa permite contrastar los resultados con las mediciones previas y posteriores a la intervención, brindando una evaluación objetiva del mantenimiento del cambio. La evidencia muestra que este tipo de evaluación es crucial para identificar patrones de recaída, consolidación o mejora continua, particularmente en intervenciones relacionadas con la autoimagen y la regulación del uso digital.

Una vez administrados los instrumentos, el grupo realiza una reflexión colectiva. Este momento de grupo ofrece a los participantes la oportunidad de compartir, si lo desean, los cambios más relevantes que han vivido en relación con su imagen corporal, la comparación social o el uso de redes sociales. La interacción en grupo favorece la validación emocional, el reconocimiento mutuo y la percepción de que el proceso de cambio no es individual, sino que se vive en conjunto. Estudios recientes indican que estos espacios de revisión grupal fortalecen la cohesión, incrementan la motivación y ayudan a consolidar el cambio (Burlingame et al., 2018).

En los últimos 20 minutos se revisa el “Plan de Prevención de Recaídas” que se creó en la sesión 1 de la fase 3. En ella, se examinan las señales de advertencia que se habían identificado

antes, las técnicas de afrontamiento que se han usado y su efectividad durante el tiempo sin sesiones.

Además, se motiva a los asistentes a actualizar su plan de prevención de recaídas, añadiendo nuevas herramientas o modificando las que no han sido útiles. Este proceso de modificación continua está alineado con los enfoques actuales sobre cómo mantener el cambio, que destacan la relevancia de ser flexible y adaptarse a las situaciones personales (Levin et al., 2020).

La sesión tiene una duración de 90 minutos y finaliza reconociendo el esfuerzo y la dedicación de los participantes, subrayando que el mantenimiento del cambio es un proceso activo que necesita práctica, autocompasión y continuidad. Se brinda la opción de contactar al terapeuta si se requiere ayuda adicional o si se quiere participar en futuras sesiones de apoyo. Este acompañamiento ayuda a mantener la sensación de respaldo y continuidad, aspectos fundamentales para la estabilidad del cambio a medio plazo.

Conclusiones, limitaciones y líneas futuras

La intervención propuesta se diseñó con el objetivo general de fomentar la aceptación corporal en varones jóvenes expuestos a presión estética, gordofobia y dinámicas de comparación social en redes sociales, integrando alfabetización mediática y reestructuración cognitiva. Al revisar el desarrollo del programa y su fundamentación teórica, puede afirmarse que la intervención responde de manera coherente y argumentada a los objetivos planteados, ya que cada componente se deriva directamente de los mecanismos psicológicos descritos en la literatura y de las necesidades detectadas en la población destinataria.

8.1. Cumplimiento de los objetivos planteados

El trabajo partía de la premisa, documentada en el marco teórico, de que *“las redes sociales difunden ideales de belleza que contribuyen a la insatisfacción corporal”* y que esta exposición genera *“comparaciones sociales ascendentes que pueden tener implicaciones negativas para la*

autoestima” (Fardouly y Vartanian, 2016; Fardouly et al., 2015). La intervención responde a esta problemática mediante:

- Reestructuración cognitiva, que aborda directamente creencias como la valía única si se tiene un cuerpo atlético, coherente con lo señalado por Jiménez-García et al. (2025) y Cash (2012) sobre el papel de los esquemas disfuncionales en la autoimagen.
- Alfabetización mediática, que permite cuestionar los mensajes estéticos y los filtros digitales, en línea con los hallazgos de Lamia Trejo et al. (2023) y Cuenca Orellana et al. (2024).
- Exposición a diversidad corporal, respaldada por estudios que muestran que el contenido body-positive reduce la comparación ascendente y el malestar (Castellanos y Steins, 2023; Fasoli y Constantinou, 2024).
- Trabajo sobre identidad y autoestima no basada en la apariencia, coherente con la evidencia que indica que ampliar el autoconcepto protege frente a la presión estética (Stiff y Cutts, 2024).
- Autorregulación del uso de redes, apoyado en investigaciones que diferencian entre uso pasivo y activo, mostrando que el primero incrementa la preocupación por la apariencia (Groves et al., 2023).

En conjunto, las actividades propuestas conducen de manera lógica a los objetivos específicos, siendo estos: reducir la comparación social, cuestionar creencias estéticas rígidas, promover una relación más saludable con el cuerpo y desarrollar un uso más consciente de las redes sociales.

8.2. Conexión con la literatura científica

La intervención se fundamenta en los procesos identificados en el documento, especialmente:

- La presión estética masculina, donde los hombres tienden a idealizar cuerpos musculosos, delgadez moderada y apariencia atlética (Gültzow et al., 2020).
- La influencia de la gordofobia como sistema estructural que margina y estigmatiza a las personas con sobrepeso u obesidad (Westbury et al., 2023).

- La relación entre exposición digital y malestar emocional, donde la exposición reiterada a contenidos visuales sobre apariencia física contribuye a que se interioricen modelos estéticos poco alcanzables (Casanova-Garrigós et al., 2025).
- La necesidad de intervenciones específicas para hombres, dada la escasa visibilización de las problemáticas que atraviesan muchos hombres (Pomichter et al., 2025).

La propuesta integra estas evidencias y aporta un enfoque novedoso al combinar alfabetización mediática y reestructuración cognitiva en un mismo protocolo, algo que la literatura señala como prometedor pero poco explorado (Stiff y Cutts, 2024; Zhao et al., 2025).

8.3. Relevancia social y actualidad

La intervención es especialmente pertinente en el contexto actual, donde la presión estética se ha intensificado debido al uso masivo de redes sociales. El documento señala que la falta de representación de la diversidad corporal refuerza un modelo corporal único y normativo (Alfonso-Fuertes et al., 2023), lo que afecta de manera significativa a los hombres jóvenes. Además, la gordofobia se ha convertido en un fenómeno social ampliamente extendido ya que el 30.9% de la población se ha encontrado con ella en redes sociales (Gallardo, 2021). Desde una perspectiva de derechos humanos, esta discriminación vulnera la dignidad y el bienestar psicológico, lo que exige respuestas clínicas y educativas que promuevan la diversidad corporal y cuestionen los discursos estéticos dominantes.

La intervención también responde a la urgencia ética señalada por la American Psychological Association (2017) y el Código Deontológico del Psicólogo (2010), que impulsan a combatir la discriminación y promover la salud mental desde un enfoque inclusivo y respetuoso.

8.4. Fortalezas de la intervención

La intervención presenta varias fortalezas que refuerzan su solidez conceptual, su coherencia con la evidencia científica y su aplicabilidad clínica. En primer lugar, destaca su alineación directa con los mecanismos psicológicos descritos en la literatura, especialmente aquellos relacionados con la comparación social ascendente, la presión estética y la influencia de los contenidos corporales

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

normativos en redes sociales. Diversos estudios han mostrado que la exposición a imágenes idealizadas incrementa la insatisfacción corporal y la autocrítica (Fardouly y Vartanian, 2016; Tiggemann y Zaccardo, 2015), y que los hombres internalizan de forma significativa el ideal de musculatura (Gültzow et al., 2020; Vuong et al., 2021). La intervención responde a estos mecanismos mediante técnicas específicas de reestructuración cognitiva, alfabetización mediática y exposición a diversidad corporal, lo que garantiza una correspondencia clara entre el problema identificado y las estrategias terapéuticas seleccionadas.

Una segunda fortaleza es su carácter innovador, ya que combina en un mismo protocolo dos componentes que la literatura suele presentar de forma independiente: la alfabetización mediática y la reestructuración cognitiva. Estudios recientes señalan que ambas estrategias son eficaces para reducir la internalización de ideales estéticos y mejorar la relación con el cuerpo (Lamia Trejo et al., 2023; Cuenca Orellana et al., 2024), pero rara vez se integran en un mismo programa dirigido específicamente a varones. Esta combinación permite abordar simultáneamente los procesos cognitivos internos y la influencia del entorno digital, ofreciendo un enfoque más completo y adaptado a las dinámicas actuales de consumo de redes sociales.

La intervención también destaca por su claridad metodológica y su alta replicabilidad. El diseño estructurado de las sesiones, la definición precisa de los objetivos y la descripción detallada de las actividades facilitan su implementación en distintos contextos clínicos, universitarios o comunitarios. Además, el uso de instrumentos validados y de sistemas de monitorización continua aporta rigor y permite evaluar el progreso de manera sistemática, siguiendo las recomendaciones de la psicología basada en la evidencia (Miller et al., 2015; Jacobson y Truax, 1991).

Otra fortaleza relevante es su enfoque inclusivo, al dirigirse tanto a varones cis como trans. La literatura revisada muestra que la presión estética masculina, la comparación social y la gordofobia afectan a ambos grupos, aunque las experiencias concretas puedan diferir (Austen y Griffiths, 2022; Westbury et al., 2023). La intervención reconoce esta diversidad dentro de la

masculinidad y evita reproducir sesgos excluyentes que históricamente han limitado la investigación y la práctica clínica en este ámbito.

Asimismo, la propuesta tiene un marcado carácter preventivo. Está diseñada para casos subclínicos o situaciones de malestar persistente que aún no han derivado en un trastorno alimentario o un cuadro clínico grave, pero que presentan riesgo de cronificación si no se interviene (Dal Brun et al., 2024; Holland y Tiggemann, 2016). Intervenir en estas fases tempranas permite reducir la probabilidad de que se consoliden patrones disfuncionales relacionados con la autoimagen, la comparación social y la evitación.

Finalmente, la intervención posee una fortaleza clave: su relevancia social y ética. La literatura evidencia que la falta de representación de la diversidad corporal en redes sociales refuerza un modelo único y normativo que excluye la variedad real de cuerpos masculinos (Alfonso-Fuertes et al., 2023), y que la gordofobia constituye una forma de discriminación estructural con efectos significativos en la salud mental (Westbury et al., 2023). En este contexto, la intervención contribuye a promover discursos más inclusivos, reducir el estigma corporal y proteger el bienestar psicológico de los varones jóvenes, en consonancia con los principios éticos de la American Psychological Association (2017) y el Código Deontológico del Psicólogo (2010).

8.5. Limitaciones de la intervención

A pesar de la solidez teórica y metodológica de la intervención propuesta, es necesario reconocer una serie de limitaciones que pueden influir en su alcance, aplicabilidad y evaluación. Estas limitaciones permiten contextualizar el trabajo y orientar futuras mejoras.

Una primera limitación es que la intervención se presenta como un diseño teórico sin datos empíricos asociados, por lo que no es posible determinar su eficacia real en la práctica clínica. Aunque el programa se fundamenta en evidencia sólida sobre la relación entre redes sociales, comparación social e insatisfacción corporal (Fardouly y Vartanian, 2016; Casanova-Garrigós et al., 2025), la ausencia de un estudio piloto impide conocer el impacto concreto de las actividades propuestas en varones jóvenes.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

En segundo lugar, la intervención depende en gran medida de instrumentos de autoinforme, tanto en la evaluación inicial como en el seguimiento. Este tipo de medidas puede verse afectado por sesgos de deseabilidad social, falta de introspección o dificultades para identificar emociones y pensamientos relacionados con la apariencia. La literatura señala que los procesos de comparación social y autocrítica pueden ser automáticos y poco accesibles a la conciencia (Tiggemann y Zaccardo, 2015), lo que podría limitar la precisión de las respuestas.

Otra limitación importante es la duración relativamente breve del programa, estructurado en seis semanas. Aunque este formato facilita la adherencia y la aplicabilidad en contextos clínicos y universitarios, puede resultar insuficiente para modificar creencias estéticas profundamente arraigadas o patrones de evitación consolidados. Estudios recientes muestran que la internalización del ideal muscular y la presión estética masculina pueden mantenerse incluso tras intervenciones breves si no se realiza un seguimiento continuado (Gültzow et al., 2020; Dal Brun et al., 2024).

La intervención también puede verse limitada por la homogeneidad potencial de la muestra, especialmente si la captación se realiza principalmente a través de redes sociales y entornos universitarios. Este tipo de reclutamiento tiende a atraer a participantes con características sociodemográficas similares, lo que dificulta generalizar los resultados a otros contextos culturales, económicos o comunitarios. Además, algunos grupos de hombres como lo son aquellos con menor acceso a recursos digitales o con experiencias más intensas de estigma corporal, podrían quedar infrarrepresentados.

Otra limitación relevante es el formato grupal, que, aunque favorece la normalización y el apoyo entre iguales, puede no ser adecuado para todos los participantes. Hombres con ansiedad social elevada, experiencias traumáticas relacionadas con el cuerpo o niveles intensos de autodesprecio podrían experimentar dificultades para participar activamente o beneficiarse del entorno grupal. La literatura señala que el estigma corporal y la vergüenza pueden generar conductas de evitación que interfieren en la participación (Westbury et al., 2023).

Asimismo, la intervención no permite controlar variables externas que pueden influir en los resultados, como cambios en el uso de redes sociales, experiencias recientes de discriminación corporal, fluctuaciones en el estado emocional o variaciones en el contexto social. Dado que la exposición digital es dinámica y altamente variable, estos factores pueden afectar la estabilidad de los cambios logrados.

Finalmente, la propuesta carece de un seguimiento a medio y largo plazo, lo que impide evaluar la permanencia de los efectos. La literatura indica que la insatisfacción corporal y la comparación social pueden reaparecer si no se consolidan estrategias de afrontamiento sostenidas (Stiff y Cutts, 2024), por lo que la ausencia de un plan de seguimiento constituye una limitación significativa.

8.6. Líneas futuras

Las limitaciones identificadas permiten orientar diversas líneas futuras de investigación y mejora que podrían fortalecer la intervención y ampliar su aplicabilidad en distintos contextos clínicos y sociales. En primer lugar, resulta fundamental evaluar empíricamente la eficacia del programa mediante un estudio piloto que incorpore medidas pre-post y un seguimiento a medio y largo plazo. La literatura señala que los efectos de la comparación social y la presión estética pueden reaparecer si no se consolidan estrategias de afrontamiento sostenidas (Stiff y Cutts, 2024), por lo que disponer de datos longitudinales permitiría valorar la estabilidad de los cambios y ajustar el protocolo en función de los resultados.

Otra línea futura consiste en ampliar la diversidad de la muestra, incorporando participantes de distintos contextos socioculturales, niveles socioeconómicos y orientaciones sexuales. La captación a través de redes sociales y entornos universitarios puede generar muestras homogéneas, lo que limita la generalización de los resultados. Dado que la literatura muestra que el estigma corporal y la presión estética pueden manifestarse de forma diferente según el contexto social y la identidad del individuo (Austen y Griffiths, 2022; Westbury et al., 2023), ampliar la representatividad permitiría adaptar la intervención a realidades más diversas.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

También sería relevante explorar diferencias entre varones cis y varones trans, ya que, aunque ambos grupos pueden experimentar presión estética y comparación social, sus vivencias corporales y su relación con la identidad pueden diferir. La intervención actual adopta un enfoque inclusivo, pero futuras investigaciones podrían desarrollar módulos específicos que respondan a las necesidades particulares de cada grupo, especialmente en relación con la autoimagen, la validación social y la exposición a contenidos digitales.

Otra línea de mejora consiste en incorporar componentes adicionales de regulación emocional, como técnicas basadas en la compasión o en la terapia de aceptación y compromiso. Estas aproximaciones han mostrado eficacia en la reducción de la autocrítica y en la mejora de la relación con el cuerpo, especialmente en contextos donde la vergüenza y el estigma desempeñan un papel central (Dal Brun et al., 2024). Integrar estos elementos podría potenciar los efectos de la intervención y ofrecer herramientas más amplias para afrontar situaciones de malestar.

Asimismo, sería pertinente desarrollar una versión online o híbrida del programa, que permita aumentar su accesibilidad y reducir barreras geográficas o logísticas. Dado que el malestar corporal se activa en gran medida en entornos digitales, trasladar parte de la intervención a ese mismo espacio podría aumentar su impacto, tal como sugieren estudios que analizan la relación entre consumo de redes y satisfacción corporal (Groves et al., 2023; Stiff y Cutts, 2024).

Otra línea futura consiste en incluir a familiares, parejas o redes de apoyo, especialmente en casos donde existan dinámicas de presión estética o comentarios desvalorizadores en el entorno cercano. La literatura muestra que las experiencias de estigma corporal pueden verse reforzadas por interacciones sociales cotidianas (Westbury et al., 2023), por lo que trabajar con el contexto podría favorecer cambios más estables.

Finalmente, sería relevante investigar el impacto de fenómenos emergentes, como el uso de filtros hiperrealistas, la inteligencia artificial generativa aplicada a la imagen corporal o la proliferación de contenidos de “mejora física” en plataformas como TikTok o Instagram. Estos

elementos están transformando la forma en que los jóvenes perciben su cuerpo y se comparan con

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

otros, y la literatura reciente apunta a que pueden intensificar la distorsión corporal y la presión estética (Alfonso-Fuertes et al., 2023; Klier et al., 2022). Incorporar estos fenómenos en futuras intervenciones permitiría mantener el programa actualizado y adaptado a las dinámicas digitales contemporáneas.

Referencias

- Abrante Rodríguez, D. (2024). *Imagen corporal y uso de redes sociales en jóvenes: variables psicológicas asociadas* [Tesis Doctoral, Universidad de La Laguna]. Recuperado de <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/41218>
- Ahuja, L., Schneider, J., Budhraj, M., Diedrichs, P. C., y Williamson, H. (2025). A systematic review exploring the effectiveness of body image interventions among boys. *Adolescent Research Review*, 10(1), 97-143. <https://doi.org/10.1007/s40894-024-00246-y>
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., ... y Bobes, J. (2016). Validation of a Spanish version of the Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 9(3), 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2016.06.004>
- Alfonso-Fuertes, I., Alvarez-Mon, M. A., Del Hoyo, R. S., Ortega, M. A., Alvarez-Mon, M., y Molina-Ruiz, R. M. (2023). Time spent on Instagram and body image, self-esteem, and physical comparison among young adults in Spain: observational study. *JMIR formative research*, 7(1), e42207. <https://doi.org/10.2196/42207>
- Alleva, J. M., Sheeran, P., Webb, T. L., Martijn, C., y Miles, E. (2015). A meta-analytic review of stand-alone interventions to improve body image. *PLOS ONE*, 10(9), e0139177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139177>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado de: <https://www.apa.org/ethics/code/>
- Arnett, J. J. (2023). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press.

Austen, E., y Griffiths, S. (2022). Weight stigma predicts reduced psychological wellbeing and weight gain among sexual minority men: A 12-month longitudinal cohort study using random intercept cross-lagged panel models. *Body Image*, 40, 19-29.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.10.006>

Burlingame, G. M., McClendon, D. T., y Fuhrman, A. (2018). Conceptualizing and measuring universal therapeutic factors. En *Handbook of Group Psychotherapy* (pp. 45-68). Routledge.

Beos, N., Kemps, E., y Prichard, I. (2024). *Relationships Between Social Media, Body Image, Physical Activity and Anabolic–Androgenic Steroid Use in Men: A Systematic Review*. Psychology of Men & Masculinities. <https://doi.org/10.1037/men0000487>

Bi, X., Liang, Q., Jiang, G., Deng, M., Cui, H., y Ma, Y. (2024). The cost of the perfect body: influence mechanism of internalization of media appearance ideals on eating disorder tendencies in adolescents. *BMC psychology*, 12(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01619-7>

Bonfanti, R. C., Melchiori, F., Teti, A., Albano, G., Raffard, S., Rodgers, R., y Coco, G. L. (2025). The association between social comparison in social media, body image concerns and eating disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Body image*, 52, 101841
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101841>

Casanova-Garrigós, G., García-Jiménez, A., y López-de-Ayala-López, M. C. (2025). Redes sociales, autoestima e imagen corporal en adolescentes. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 16(1), 17–28. <https://doi.org/10.6018/eglobal.622331>

Casanova-Garrigós, G., Torrubia-Pérez, E., Cañellas-Reverté, N., Capera-Fernández, J., Mora-López, G., y Albacar-Riobóo, N. (2025). Influencia de las redes sociales en la imagen corporal de adolescentes: Una revisión integrativa. *Enfermería Global*, 24(1), 17–28.
<https://dx.doi.org/106018/eglobal.622331>

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

- Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Encyclopedia of body image and human appearance*, 1, 334-342. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00054-7>
- Castellanos Silva, A., y Steins, G. (2023). Body positivity content and its effects on body image: A systematic review. *Body Image*, 46, 102–115.
- Castellanos Silva, R., y Steins, G. (2023). Social media and body dissatisfaction in young adults: An experimental investigation of the effects of different image content and influencing constructs. *Frontiers in psychology*, 14, 1037932.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1037932>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2010). *Código Deontológico del Psicólogo*. Recuperado de: <https://www.cop.es/pdf/codigo-deontologico-consejo-general-psicologia.pdf>
- Convertino, A. D., Elbe, C. I., Mendoza, R. R., Calzo, J. P., Brown, T. A., Siegel, J. A., Jun, H.-J., Corliss, H. L., y Blashill, A. J. (2022). Internalization of muscularity and thinness ideals: Associations with body dissatisfaction, eating disorder symptoms, and muscle dysmorphic symptoms in at-risk sexual minority men. *The International Journal of Eating Disorders*, 55(12), 1765–1776. <https://doi.org/10.1002/eat.23829>Digital Object Identifier (DOI)
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (1987). *The Body Shape Questionnaire (BSQ)*. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485–494. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-ODigital Object Identifier \(DOI\)](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-ODigital Object Identifier (DOI))
- Cuadrado, C., Carbajal, A., y Moreiras, O. (2000). Body perceptions and slimming attitudes reported by Spanish adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54(1), S65-S68.
<https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1600988>

- Cuenca Orellana, N., Dueñas Mohedas, S., y Martínez Pérez, N. (2024). "Si no enseño mi cuerpo ahora, ¿cuándo lo voy a hacer?" Corporalidad y cosificación a través de las influencers en Instagram. *ZER: Revista de Estudios de Comunicación*, 29(57), 267–284. <https://doi.org/10.1387/zer.26924>
- Cuijpers, P., Quero, S., Noma, H., Ciharova, M., Miguel, C., Karyotaki, E., y Furukawa, T. A. (2021). Psychotherapies for depression: A network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes. *World Psychiatry*, 20(2), 283–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20860> Digital Object Identifier (DOI)
- Dal Brun, D., Pescarini, E., Calonaci, S., Bonello, E., y Meneguzzo, P. (2024). Body evaluation in men: the role of body weight dissatisfaction in appearance evaluation, eating, and muscle dysmorphia psychopathology. *Journal of eating disorders*, 12(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01025-9>
- Díaz-Moreno, A., Bonilla, I., y Chamarro, A. (2023). Comparación social negativa: La influencia de la ansiedad, la regulación emocional y el uso problemático de redes sociales. *Ansiedad y Estrés*, 29(3), 181–186. <https://doi.org/10.5093/anyes2023a22>
- Diengdoh, I., y Ali, A. (2022). Body image and its association with depression, anxiety, and self-esteem among college going students: A study from Northeast India. *Indian Journal of Community Medicine*, 47(2), 218-222. https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_881_21
- Ellis, A. (1985). Expanding the ABCs of rational-emotive therapy. In *Cognition and psychotherapy* (pp. 313-323). Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-7562-3_13
- Ellis, A. (1991). *Reason and emotion in psychotherapy* (Rev. ed.). Birch Lane Press. <https://psycnet.apa.org/record/1963-01437-000>

Fardouly, J., y Vartanian, L. R. (2016). Social media and body image concerns: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 9, 1–5.

<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.09.005>

Fardouly, J., Diedrichs, P. C., Vartanian, L. R., y Halliwell, E. (2015). Social comparisons on social media: The impact of Facebook on young women's body image concerns and mood. *Body Image*, 13, 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.12.002>

Fasoli, F., y Constantinou, D. (2024). Does body positivity work for men as it does for women? The impact of idealized body and body positive imagery on body satisfaction, drive for thinness, and drive for muscularity. *Acta psychologica*, 243, 104126.

<https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104126>

Festinger, L. (1954). *A theory of social comparison processes*. *Human Relations*, 7(2), 117-140.

<https://doi.org/10.1177/001872675400700202>

Fleming, J. E., Barry, M. M., y Clarke, A. M. (2022). Sustaining behavior change: A systematic review of mechanisms in psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 93, 102132. <https://doi.org/10.4324/9781003508274>

Gallardo, A. M. (2021). Gordofobia: Una deuda en el campo de la psicología. *Perspectivas: revista de trabajo social*, (37), 151-168. <https://doi.org/10.4324/9781003508274>

Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, V., Prado-Abril, J., y Miller, S. D. (2015). Monitorización sistemática de resultados y feedback en psicoterapia: niveles de bienestar y alianza terapéutica en una muestra clínica española. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 73(142), 53-73. <https://doi.org/10.1002/cpp.2324>

Jimeno-Peón, A., Barrio, V., y Prado-Abril, J. (2018). Routine outcome monitoring in psychotherapy: Effects on treatment outcomes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), 1–12.

González Cruz, S. M., Guzmán Cortés, J. A., Sánchez Betancourt, J. T., López Cortés, V. A., y Canales Basulto, S. F. (2025). La influencia de las redes sociales en la percepción de la imagen corporal en hombres jóvenes heterosexuales: Una revisión narrativa. *Divulgare*, 13(Especial 2), 45–60. <https://doi.org/10.29057/esa.v13iEspecial2.15705>

Granero-Gallegos, A., Sicilia, Á., Sánchez-Gallardo, I., Alcaraz-Ibáñez, M., y Medina-Casabón, J. (2023). Presión sociocultural hacia los ideales corporales en la ansiedad físico-social en preadolescentes: un estudio longitudinal. *Psychology, Society & Education*, 15(2), 10-18. <https://dx.doi.org/10.21071/psye.v15i2.16129>

Griffen, T. C., Naumann, E., y Hildebrandt, T. (2018). Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 65, 163-174. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.006>

Griffiths, S., Murray, S. B., y Touyz, S. (2013). Drive for muscularity and muscularity-oriented disordered eating in men: The role of set shifting difficulties and weak central coherence. *Body Image*, 10(4), 636–639. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.04.002>

Groves, V., Ridley, B. J., Cornelissen, P. L., Maalin, N., Mohamed, S., Kramer, R. S., ... y Cornelissen, K. (2023). Men's perception of current and ideal body composition and the influence of media internalization on body judgements. *Frontiers in Psychology*, 14, 1116686. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1116686>

Gültzow, T., Guidry, J. P., Schneider, F., y Hoving, C. (2020). Male body image portrayals on instagram. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(5), 281-289. <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0368>

Gültzow, T., Möller, J., y Rieger, U. (2020). Male body image on Instagram: A content analysis of male body ideals and their influence on men's body dissatisfaction. *Body Image*, 34, 10–19
<https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0368>

Hendricks, E., Jenkinson, E., Falconer, L., y Griffiths, C. (2023). How effective are psychosocial interventions at improving body image and reducing disordered eating in adult men? A systematic review. *Body Image*, 47, 101612. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.08.004>

Holland, G., y Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body image*, 17, 100-110.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>

Hooper, R., Guest, E., Ramsey-Wade, C., y Slater, A. (2024). A brief mindfulness meditation can ameliorate the effects of exposure to idealised social media images on self-esteem, mood, and body appreciation in young women: an online randomised controlled experiment. *Body Image*, 49, 101702. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101702>

IAB Spain. (2024, 22 de mayo). *IAB Spain presenta la XV Edición del Estudio de Redes Sociales (2024)*.
 IAB Spain.

Instituto Nacional de Estadística. (2025, 14 de enero). *Población que usa Internet de manera frecuente (al menos una vez por semana en los últimos tres meses)* (Resultados TIC-H 2024).
 INE.

Instituto Nacional de Estadística. (2025, 20 de noviembre). *Nota de prensa: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en los Hogares. Año 2025*. INE.

Iraurgi, I. (2010). El índice de cambio fiable: Aplicación clínica y significado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 1–12.

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(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/10109-042>

Jerónimo, F., y Carraça, E. V. (2022). *Effects of fitspiration content on body image: A systematic review*. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27, 1–15. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01505-4>

Jiménez-García, A. M., Arias, N., Hontanaya, E. P., Sanz, A., y García-Velasco, O. (2025). Impact of body-positive social media content on body image perception. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01286-y>

Kazantzis, N., Luong, H. K., y Hofmann, S. G. (2023). Cognitive-behavioral therapy: Mechanisms, processes, and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 1–28. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071721-024009>

Klier, K., Rommerskirchen, T., y Brixius, K. (2022). # fitspiration: A comparison of the sport-related social media usage and its impact on body image in young adults. *BMC Psychology*, 10(1), 320. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-01027-9>

Klier, K., Schlegel, A., y Brand, R. (2022). The influence of sports-related social media on body image and physical activity: A systematic review. *BMC Psychology*, 10, 27. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00794-0>

- Kurz, M., Rosendahl, J., Rodeck, J., Muehleck, J., y Berger, U. (2022). School-based interventions improve body image and media literacy in youth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Prevention*, 43(1), 5-23. <https://doi.org/10.1007/s10935-021-00660-1>
- Lamia Trejo, L. L., Camacho Ruíz, E. J., Escoto Ponce de León, M. D. C., y Ibarra Espinosa, M. L. (2023). Alfabetización en medios para promover la satisfacción corporal y la alimentación saludable en adolescentes. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 13(1), 30-38. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2023.1.604>
- Lev Arey, D., Peleg, Y., y Gutman, T. (2025). Male body image in focus: muscularity-oriented eating behaviours, muscle dysmorphia, and exercise addiction in gay and heterosexual men. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 151. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01311-0>
- Levin, M. E., Krafft, J., y Twohig, M. P. (2020). Examining the role of psychological flexibility, self-compassion, and mindfulness in ACT outcomes for anxiety and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.06.005>
- Levinson, J. A., Kinkel-Ram, S., Myers, B., y Hunger, J. M. (2024). A systematic review of weight stigma and disordered eating cognitions and behaviors. *Body image*, 48, 101678. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.101678>
- Lewis-Smith, H., Diedrichs, P. C., y Halliwell, E. (2020). Cognitive-behavioral roots of body image therapy and prevention. *Body Image*. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.08.009>
- MacKenzie, K. R. (1983). *The clinical application of a group climate measure*. En R. R. Dies y K. R. MacKenzie (Eds.), *Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice* (pp. 159–170). International Universities Press.

Mateu Carril, D. (2022). *Percepción de la gordofobia y nuevos movimientos de aceptación corporal en Instagram en España* [Trabajo Fin de Grado, Universidad Complutense de Madrid].

Mensing, J. L., Tylka, T. L., y Calamari, M. E. (2018). Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: A study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. *Body image*, 25, 139-147.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.03.001>

Merino, M., Tornero-Aguilera, J. F., Rubio-Zarapuz, A., Villanueva-Tobaldo, C. V., Martín-Rodríguez, A., y Clemente-Suárez, V. J. (2024). Body perceptions and psychological well-being: a review of the impact of social media and physical measurements on self-esteem and mental health with a focus on body image satisfaction and its relationship with cultural and gender factors. *Healthcare*, 12(14), 1396. <https://doi.org/10.3390/healthcare12141396>

Miller, S. D., Duncan, B. L., y Johnson, L. (2002). *The Session Rating Scale (SRS)* [Measurement instrument]. Institute for the Study of Therapeutic Change.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., y Claud, D. A. (2003). *The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure*. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91–100.

Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D., y Seidel, J. (2015). Beyond measures and monitoring: Real-time feedback in psychotherapy. *Psychotherapy*, 52(4), 449–457.

<https://psycnet.apa.org/buy/2015-54465-008>

Mitchison, D., y Mond, J. (2015). Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review. *Journal of eating disorders*, 3(1), 20.

<https://doi.org/10.1186/s40337-015-0058-y>

- Montag, C., Wegmann, E., Saryiska, R., Demetrovics, Z., y Brand, M. (2021). How to overcome taxonomical problems in the study of Internet use disorders and what to do with “smartphone addiction”?. *Journal of behavioral addictions*, 9(4), 908-914.
<https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.59>
- Moreno, C., Rivera, F., Sánchez-Queija, I., et al. (2025). *La adolescencia española analizada desde el Estudio HBSC-2022: estilos de vida, contextos de desarrollo y bienestar emocional. Informe divulgativo de los resultados más significativos obtenidos*. Ministerio de Sanidad.
- Navarro Puebla, M. (2024). *Cuerpos con voz: Proyecto de intervención socioeducativa sobre gordofobia y género* [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Salamanca]. <https://hdl.handle.net/10366/159023>
- Neff, K. D. (2013). *Self-Compassion Break*. Greater Good Science Center, University of California, Berkeley.
- Paulson, L. (2020). #gotmuscles? Instagram and body image in college men. *The Journal of Social Media in Society*, 9(1), 63–84. <https://thejsms.org/index.php/JSMS/article/view/530>
- Perloff, R. M. (2014). Social media effects on young women’s body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex roles*, 71(11), 363-377.
<https://doi.org/10.1007/s11199-014-0384-6>
- Pomichter, E., Cepeda-Benito, A., Ahmadkaraji, S., y DePalma, J. P. (2025). Exploring Male Body Image: A Scoping Review of Measurement Approaches and Mental Health Implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(6), 834.
<https://doi.org/10.3390/ijerph22060834>

- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... y Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American journal of psychiatry*, 168(12), 1266-1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Powers, M. B., Carl, E., y Smits, J. A. J. (2023). Mechanisms of change in psychological treatments: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 99, 102242. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102242>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Sánchez-Carracedo, D., Mora, M., López, G., Marroquín, H., Ridaura, I., y Raich, R. M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en imagen corporal. *Psicología Conductual*, 12(3), 551–566.
- Schaefer, L. M., Burke, N. L., Thompson, J. K., Dedrick, R. F., Heinberg, L. J., (2015). *Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4)*. *Psychological Assessment*, 27(1), 54–67. <https://doi.org/10.1037/a0037917>
- Sepulveda, A. R., Carrobles, J. A., y Gandarillas, A. M. (2008). Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study. *BMC Public Health*, 8(1), 102. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-102>
- Stiff, C., y Cutts, K. (2024). Media literacy interventions and body image in men: A systematic review. *Body Image*, 51, 200–214. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.01.006>

Stiff, C., y Cutts, M. (2024). The effectiveness of an instagram intervention targeted at men to reduce body dissatisfaction. *Current Psychology*, 43(11), 9838-9853.

<https://doi.org/10.1007/s12144-023-05060-8>

Swami, V., García, A. A., y Barron, D. (2017). Factor structure and psychometric properties of a Spanish translation of the Body Appreciation Scale-2 (BAS-2). *Body image*, 22, 13-17.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.05.002>

Thai, H., Davis, C. G., Mahboob, W., Perry, S., Adams, A., y Goldfield, G. S. (2023). Reducing social media use improves appearance and weight esteem in youth with emotional distress. *International Journal of Eating Disorders*, 56(4), 707–712. <https://psycnet.apa.org/buy/2023-48778-001>

[48778-001](https://psycnet.apa.org/buy/2023-48778-001)

Tiggemann, M., y Zaccardo, M. (2015). “Exercise to be fit, not skinny”: The effect of fitspiration imagery on women's body image. *Body Image*, 15, 61–

67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.06.003>

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

<https://doi.org/10.1177/1359105316639436>

Tylka, T. L., y Wood-Barcalow, N. L. (2015). *The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation*. *Body Image*, 12, 53–67.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>

Valladolid, G. R., Raga, J. M., Gras, I. M., Alfaro, G. P., de la Cruz Bértolo, J., Barba, R. J., ... y Montejo, J. Z. (2014). Validation of the Spanish version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Psicothema*, 26(2), 180-185.

<https://doi.org/10.7334/psicothema2013.172>

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

- Vall-Roqué, H., Andrés, A., y Saldaña, C. (2016). Spanish version of the Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R): Psychometric properties. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(3), 437-443. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0187-3>
- Vincent, C., Ménard, A., y Giroux, I. (2025, January). Cultural Determinants of Body Image: What About the Menopausal Transition?. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 1, p. 76). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare13010076>
- Vuong, A. T., Jarman, H. K., Doley, J. R., y McLean, S. A. (2021). Social media use and body dissatisfaction in adolescents: The moderating role of thin-and muscular-ideal internalisation. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 13222. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413222>
- Wahi, M., y Patel, D. Body Image and its Relationship with Anxiety and Depression: A Rigorous Systematic Review of Current Evidence. *Advances in mind-body medicine*, ADV1396. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40700531/>
- Westbury, S., Oyeboode, O., Van Rens, T., y Barber, T. M. (2023). Obesity stigma: causes, consequences, and potential solutions. *Current obesity reports*, 12(1), 10-23. <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00495-3>
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. World Health Organization.
- Yalom, I. D., y Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). Basic Books.

Zemestani, M., y Ottaviani, C. (2020). Self-efficacy and long-term maintenance of therapeutic change: A meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*, 276, 970–981.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.090>

Zhao, Y. F., Yin, M. X. C., Huang, M. Y., y Chen, X. Y. (2025). The effectiveness of randomized controlled psychosocial interventions on body image among nonclinical women: A systematic review and meta-analysis. *Body Image*, 52, 101843.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101843>

Zuñiga Acosta, Y., Guzmán-Cortés, J. A., Sánchez Betancourt, J. T., Bolaños-Ceballos, F., y Canales Basulto, S. F. (2024). *La influencia de las redes sociales en la percepción de la imagen corporal en mujeres jóvenes: Una revisión narrativa*. Divulgare. Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan, 12(Especial), 1–

9. <https://doi.org/10.29057/esa.v12iEspecial.13308>

Apéndices

APÉNDICE A. Protocolo único de preselección y entrevista de selección

Este cuestionario (A) y entrevista de selección (B) no están formulados para diagnosticar, únicamente se orientan a considerar el estado actual del participante con el fin de incluirlo o no en la intervención.

El objetivo del protocolo de selección es verificar, antes del inicio del grupo, que el participante cumple con el perfil de destinatarios, criterios de inclusión y exclusión que la intervención plantea.

A) Formulario de preselección.

(Datos sociodemográficos. Criterio 1 y 2 de inclusión).

SD1. Edad (años): ____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

** Incluir si el participante tiene entre 16 y 25 años. Si su edad no coincide con el rango se excluye.*

SD2. Identidad de género: Hombre Otro: ____

** Incluir si "Hombre"; si no se identifica como varón se excluye.*

(Criterio 1. Perfil destinatarios).

1. (Forma de consumo:) En tu día a día, cuando usas las redes sociales que muestran contenido visual (Instagram, Tik Tok, YouTube), ¿cómo sueles consumir ese contenido?.

Principalmente de forma pasiva (verlo sin interactuar)

Principalmente de forma activa (busco el contenido, hago comentarios, publico contenido, comparo perfiles...)

De manera mixta (a veces pasivo y a veces activo).

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

**Relevante si marca cualquiera de las tres opciones, tener en cuenta el impacto subjetivo en la pregunta de malestar.*

2. (Contenido centrado en apariencia:) Durante la semana, ¿con qué frecuencia consumes contenido que esté relacionado con la apariencia corporal, como por ejemplo contenido fitness, de musculatura, de estética, que muestre el “cuerpo ideal” o “fitspiration”?

Nunca 1–2 días 3–4 días 5–6 días A diario

**Relevante si marca entre 3 y 4 días en adelante.*

3. (Predominio visual:) ¿Crees que la mayor parte del contenido que consumes es visual, es decir, fotos y videos?.

Sí No

**Relevante si marca “sí”.*

4. (Impacto subjetivo tras la exposición:) Después de ver ese tipo de contenido, ¿con qué frecuencia sientes malestar o realizar críticas hacia tu cuerpo?

Nunca A veces A menudo Casi siempre

**Relevante si marca “a veces, a menudo o casi siempre”.*

(Tipo de contenido asociado:) ¿Puedes especificar qué tipo de contenido suele estar más relacionado con ese aumento de malestar?. Opción múltiple. ☐ Cuerpos

musculados/”cuerpo ideal”

“Fitspiration”, rutinas, “antes-después”.

Comparaciones (influencers, modelos, cuentas fitness).

Mensajes o comentarios gordofóbicos.

Publicidad o contenido de dieta.

Otro (especificar): _____

**Relevante si marca al menos 1 opción concreta.*

(Criterio 2. Perfil de destinatarios).

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

5. (Comparación ascendente:) Cuando estás viendo contenido relacionado con el cuerpo, fitness o estético, ¿sueles comparar tu cuerpo con cuerpos que percibes como “mejores”?

Nunca A veces A menudo Casi siempre

**Relevante si marca “a veces, a menudo o casi siempre”*

6. (Impacto emocional y autovaloración:) Después de comparar tu cuerpo, ¿con qué frecuencia notas que tu estado de ánimo o tu autovaloración son más negativos?

Nunca A veces A menudo Casi siempre

**Relevante si marca “a veces, a menudo o casi siempre”*

7. (Evitación asociada:) En los últimos 3 meses, ¿has evitado alguna situación por sentir vergüenza o inseguridad hacia tu propio cuerpo? Como por ejemplo, evitar ir a la playa, a la piscina, hacerte fotos o ponerte ropa ajustada...

No Sí. ¿Cuál/es? _____

**Relevante si marca “sí”*

(Criterio 3. Perfil de destinatarios.)

8. (Experiencias de desvalorización:) En los últimos 12 meses, ¿has experimentado situaciones en las que se han burlado de ti o han realizado comentarios despectivos y críticas sobre tu peso o tu cuerpo? Tanto en persona como en redes.

No Sí, de manera ocasional Sí, varias veces)

**Relevante si marca cualquier “sí”*

9. (Miedo anticipado a la evaluación:) ¿Con qué frecuencia tienes sentimientos anticipados relacionados con la vergüenza o el miedo a ser juzgado por tu cuerpo en situaciones

sociales, por ejemplo en el gimnasio, la playa, en la intimidad, cuando te haces fotos...?.

Nunca A veces A menudo Casi siempre

** Relevante si no marca "nunca"*

10. (Impacto o evitación por estigma:) ¿Ese miedo o esas experiencias han sido motivo para que evites situaciones o llesves a cabo conductas que te hagan sentir seguridad (esconder el cuerpo, no hacer planes, evitar fotos)?

No Sí. ¿Cuál/es? _____

** Relevante si marca "si"*

(Criterio 4. Perfil de destinatarios)

11. (Discrepancia con el ideal:) ¿Con qué frecuencia sientes que tu cuerpo "no encaja" con el ideal masculino dominante, entendiéndolo como atlético, musculado y definido?

Nunca A veces A menudo Casi siempre

** Relevante si no marca "nunca"*

12. (Malestar asociado:) ¿Cuánto malestar te genera esa sensación?

Nada Poco Bastante Mucho

** Relevante si no marca "nada"*

13. (Conductas asociadas:) ¿Esa preocupación te ha llevado a hacer alguna de estas cosas?

(opción múltiple).

Compararte con frecuencia con otros cuerpos

Chequeo corporal (mirarte, pesarte, medirte con mucha frecuencia)

Evitar situaciones (playa, fotos, ropa, intimidad)

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Intentos recurrentes de “corregir” el cuerpo (cambios rígidos entrenando o en dieta)

No

Otras: _____

**Relevante si no marca “no”*

(Criterio de inclusión 3)

14. (Intensidad de malestar:) En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te genera tu cuerpo o tu apariencia últimamente?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Incluir si marca ≥ 4 . Si 0-3 mirar P15 y entrevista P23*

15. (Evitación por malestar:) ¿Este malestar te ha llevado a evitar cosas (playa, piscina, fotos, ropa, intimidad, planes sociales)?

No

Sí. ¿Qué has evitado y un ejemplo breve? _____

**Incluir si marca “sí”, aunque P14 sea baja.*

(Criterio de inclusión 5.)

16. (Disponibilidad:) ¿Puedes asistir a las sesiones en el horario propuesto de forma regular durante las próximas semanas?

Sí

No

Depende (explica): _____

**Incluir si marca “sí”. Si marca “depende”, se decide en entrevista.*

Si marca “no” se excluye.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

17. (Motivación de 0 a 10:) En una escala de 0 a 10, ¿cuánta motivación tienes en cuanto a participar y trabajar en la intervención?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0 = nada; 10 = totalmente)

**Incluir si ≥ 6 . 4–5 será dudoso; ≤ 3 no muestra motivación (salvo cambio claro en entrevista).*

18. (Tareas breves:) Entre sesiones suele haber ejercicios cortos para casa. ¿Estás dispuesto a hacerlos?

Sí No A veces (explica): _____

**Incluir si marca “sí” y “a veces”. Si marca “no” excluir.*

B) Entrevista de selección.

En esta entrevista el evaluador solicitará un ejemplo reciente y concreto con el fin de identificar si los participantes cumplen al 100% el perfil al que va destinada la intervención y los criterios de inclusión y exclusión.

La entrevista comienza confirmando los datos sobre la edad e identidad de género en el caso de que se hayan observado dudas en cuanto a los datos sociodemográficos planteados en el formulario.

19. (Ejemplo reciente. Perfil de los destinatarios 1–2 y 4; criterio de inclusión 4): “Vamos a comenzar la entrevista relatando alguna situación reciente relacionado con el uso de las redes sociales. En concreto, cuéntame ¿qué estabas viendo en redes, en qué plataforma, y cómo te sentiste después? Además, ¿qué tipo de contenido era (fitspiration, cuerpos musculados, comparaciones, mensajes gordofóbicos, etc.) y qué hiciste después (autocrítica,

compararte más, evitar situaciones...)?”

Contenido/plataforma: _____

Emociones/pensamientos: _____

Conducta posterior _____

**Confirma la cadena de exposición y se evidencia*

malestar,

comparación o conductas de evitación.

20. (Comparación ascendente y evitación) “¿Con qué tipo de perfiles te comparas normalmente?

¿Qué sueles hacer después?”

Tipo de perfiles: _____

Evitación/conductas: _____

**Confirma el Perfil 2 si hay perfiles “mejores” e impacto emocional*

21. (Estigma y miedo a evaluación:) “Cuéntame un ejemplo reciente de comentario, burla o

situación que te haya hecho sentir vergüenza o miedo a que te juzguen por el cuerpo. ¿Qué pasó y qué hiciste?”

Situación: _____

Impacto emocional: _____

Conductas de seguridad o de evitación: _____

**Confirma el Perfil 3 si existe vergüenza o miedo y alguna conducta como consecuencia.*

22. (Ideal masculino e impacto:) “Piensa en una situación reciente en la que hayas podido sentir

que no encajas con el ideal masculino, como por ejemplo al ver cuerpos musculados, en el gimnasio o en redes. ¿Qué pensaste, cómo te sentiste y qué hiciste después?”

Situación y estímulo: _____

Impacto (emociones y pensamientos): _____

Respuesta (conducta): _____

**Confirma el Perfil 4 si relata diferencias, existe malestar y conductas que corrigen*

23. (Malestar corporal:) “Ponme un ejemplo reciente de un momento en el que te hayas sentido mal con tu cuerpo: ¿qué pasó, qué pensaste, cómo te sentiste y qué hiciste después (evitación/interferencia)?”

Ejemplo/episodio: _____

Impacto (emociones/pensamientos): _____

Respuesta (evitación/interferencia): _____

**Confirma el criterio de inclusión 3 si el ejemplo muestra malestar y consecuencias*

(Motivación, compromiso y disponibilidad. Criterio de inclusión 5)

24. (Disponibilidad real:) “Durante las próximas semanas, ¿puedes asistir a las sesiones en el horario establecido de forma regular?”

Sí No Depende (explica): _____

**Incluir si marca “sí” o “depende” siempre y cuando haya un plan viable.*

25. (Motivación de 0 a 10:) “En una escala de 0 a 10, ¿qué tan motivado estás para participar y trabajar este tema?”

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0 = nada; 10 = totalmente)

**Incluir si ≥ 6 ; si es más bajo, explorar las razones y pedir realismo en P.27*

26. (Compromiso con tareas breves:) “Entre sesiones suele haber tareas o ejercicios breves, como por ejemplo, reflexiones. ¿Crees que las vas a realizar?”

Sí No A veces (explica): _____

**Incluir si “sí” o “a veces” con un plan viable.*

27. (Obstáculos y plan realista:) “¿Qué crees que podría dificultar tu asistencia o implicación, como por ejemplo el trabajo, los estudios, el horario, las ganas...)? y, ¿Qué plan realista puedes hacer para sostener la participación?”

Obstáculos: _____

Plan: _____

**Incluir si el plan parece viable y realista.*

(Criterio de exclusión 1).

28. Ideación: “En las últimas dos semanas, ¿has tenido pensamientos relacionados con hacerte daño o de no querer vivir?”

No Sí

**Si marca “sí” obtener respuestas de P.29, 30, 31 y valorar EXCLUSIÓN y derivación.*

29. (Actualidad:) “¿Esos pensamientos son actuales ahora mismo, es decir, en estos días?”

No Sí

**Excluir si marca “sí”*

30. Intención/plan: “¿Has tenido intención de hacerlo o has pensado en un plan concreto?”

No Sí

**Excluir si marca “sí”*

31. Conducta reciente: “En el último mes, ¿te has autolesionado o has hecho algún intento de suicidio?”

No Sí

**Excluir si marca “sí”*

32. (TCA:) “Ahora mismo, ¿hay conductas que te preocupen como restricción marcada, atracones, vómitos/laxantes u otras compensaciones?”

No Sí

**Excluir si marca “sí”. Considerar derivación. En el caso de duda, cribado.*

a. (Tratamiento psicológico o psiquiátrico actual): “En la actualidad, ¿estás en tratamiento psicológico o psiquiátrico y con medicación, ya sea público o privado?”

No Sí ¿cuál? _____

**Si marca “sí”. Considerar la pregunta b y valorar si interfiere o es TCA/dismorfia.*

b. (Motivo del tratamiento): “Si estás en tratamiento, ¿cuál es el motivo principal?, del 0 al 10 ¿cómo de estable te encuentras ahora mismo?”.

Motivo: _____

Estabilidad actual: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0 = nada estable; 10 = totalmente estable)

**Excluir si el motivo es TCA o dismorfia muscular.*

(Criterio de exclusión 2)

33. Consumo actual: “En el último mes, ¿has consumido alcohol u otras sustancias de forma que te preocupe o sientas que se te va de las manos?”

No Sí

**Excluir si marca “sí”. si es dudoso realizar preguntas de la 34 a 36 para valorar*

34. (Frecuencia y episodios de descontrol. Si 33 “Sí”:) “En el último mes, ¿con qué frecuencia has tenido episodios de consumo intenso o de pérdida de control?”

No ha ocurrido 1 vez 2–3 veces Semanal Varias veces a la semana

**Excluir si marca “semanal” o “varias veces a la semana”*

35. (Interferencia:) “¿Ese consumo te ha interferido en alguna de estas áreas?” (opción múltiple)

Asistencia y puntualidad	Atención y concentración	Regulación
emocional e impulsos	Conflictos y seguridad	Ninguna

**Excluir si marca áreas claves. Solo si marca ninguna no excluir.*

36. (Riesgo en sesiones:) “¿Crees que podrías asistir a las sesiones sin consumir antes y mantenerte estable durante la sesión?”

Sí No No estoy seguro

**Excluir si marca “no” o “no estoy seguro”*

(Criterio de exclusión 3)

37. (Malestar anticipatorio:) “Teniendo en cuenta que vas a participar en un grupo, ¿cuánto malestar te genera hablar, escuchar a otros, compartir algo personal...?”

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0 = nada; 10 = insoportable)

**Exclusión si marca ≥ 8*

38. (Evitación o bloqueo:) “En situaciones de grupo, ¿te ha pasado que evitas ir, te bloqueas por completo o te vas/abandonas?”

No Sí (describe un ejemplo): _____

**Excluir si marca “sí” con ejemplo*

39. (Participación mínima:) “¿Crees que podrías mantenerte en la sesión y participar aunque sea escuchando o respondiendo si se te pregunta?”

Sí No No estoy seguro

**Excluir si marca “no” o “no estoy seguro”*

40. (Reacción física intensa:) “¿Te dan ataques de pánico o síntomas intensos, como sensación de ahogarte, marearte o experimentar temblores, cuando estás en grupos o al hablar en público?”

No Sí

Excluir si marca “sí”

(Criterio de exclusión 4)

41. (Crisis reciente:) “¿Estás pasando ahora por una situación de crisis o un evento muy estresante que haya ocurrido recientemente, por ejemplo un duelo, una ruptura, algún conflicto, alguna pérdida importante o violencia)?”

No Sí (¿cuál?): _____

**Si marca “sí”, obtener respuestas de P. 42 (intensidad) y 43 (estabilidad)*

42. (Intensidad actual de 0 a 10:) “En la última semana, ¿qué nivel de malestar o de emociones intensas has tenido la mayor parte del tiempo?”

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0 = nada; 10 = desbordante)

**Excluir si ≥ 8*

43. (Estabilidad para el grupo:) “Si vienes al grupo, ¿crees que podrías mantenerte en la sesión y beneficiarte, o crees que ahora mismo te desbordarías con frecuencia?”

Podría sostenerlo

Me desbordaría

No estoy seguro

**Excluir si marca “me desbordaría” o “no estoy seguro”*

44. (Interferencia en el día a día:) “¿Ese malestar te está impidiendo dormir, trabajar, estudiar o hacer lo básico del día a día?”

No

Sí

**Refuerza la exclusión si marca “sí”*

(Criterio de exclusión 5)

45. (Respeto y normas:) “En un grupo se tienen que cuidar las normas básicas, como son el respeto, respetar los turnos para hablar, no realizar comentarios que descalifiquen a los demás... ¿Crees que podrías mantenerlas incluso si algo te molesta o no estás de acuerdo?”

Sí

No

No estoy seguro

**Excluir si marca “no” o “no estoy seguro”.*

46. (Manejo del conflicto:) “Cuando te sientes criticado o incómodo, ¿cómo sueles reaccionar?”

Me regulo y lo hablo Me cuesta y me altero mucho Suelo explotar Depende

(explica): _____

**Excluir si marca “exploto” o “me altero mucho”*

47. (Confidencialidad:) “Lo que se comparte en el grupo no puede contar fuera. ¿Puedes comprometerte a mantener la confidencialidad?”

Sí No No estoy seguro

**Excluir si marca “no” o “no estoy seguro”*

48. (Seguridad:) “¿Has vivido en el último año alguna situación en las que hayas tenido algún conflicto grave con otras personas, por ejemplo, con agresiones verbales, físicas o amenazas, que te preocupen o que puedan repetirse?”

No Sí (explica): _____

**Si marca “sí” valorar Exclusión si el ejemplo preocupa*

(Criterio de exclusión 6)

49. (Estabilidad y tratamiento actual:) “¿Estás atravesando ahora mismo un episodio de descontrol importante o un momento de inestabilidad psicológica por el que estés en seguimiento o atención?”

No Sí (si quiere, breve): _____

**Excluir si marca “si”*

50. (Sueño y activación como señales de manía o hipomanía:) “En la última semana, ¿has dormido muy poco sin sentir cansancio y con mucha activación y energía?”

No Sí

**Excluir si marca “sí”*

51. (Desorganización y percepción como señales psicóticas activas:) “En la última semana, ¿has tenido experiencias que te hayan preocupado relacionadas con escuchar o ver cosas que otros no perciben, o sentir que tus pensamientos van muy acelerados o están desorganizados?”

No Sí

**Excluir si marca “sí”*

52. (Capacidad para el grupo ahora:) “Crees que actualmente podrías seguir una sesión de grupo de principio a fin manteniendo la atención, comprendiéndola y participando de forma segura y activa?”

Sí No No estoy seguro

**Excluir si marca “no” o “no estoy seguro”*

C) DECISIÓN

Criterio de inclusión 1. Edad comprendida entre los 16 y los 25 años.

Se valora con las preguntas SD1, que se corresponden con la edad y la fecha de nacimiento y se confirmará en la entrevista solo si hay duda.

Se considerará que este criterio se cumple cuando la edad indicada esté entre 18 y 35 años (ambos inclusive) y se considerará que no se cumple si la edad es inferior a 18 o superior a 35.

Criterio de inclusión 2. Ser varón o identificarse como varón.

Se valorará en la pregunta SD2, la cual se corresponde con la identidad de género, del formulario de preselección. Además, se confirmará en la entrevista si existiera duda o inconsistencia, respetando en todo momento la identidad de género que el participante exprese.

Se considerará que este criterio se cumple cuando el participante marque “varón” o “varón trans” en SD2 y se considerará que no se cumple cuando el participante indique una identidad distinta o exprese en la entrevista que no se considera “varón”.

Criterio de inclusión 3. Insatisfacción corporal o malestar relacionado con la imagen corporal

Se valorará con las preguntas 14 y 15 del formulario de preselección y se confirmará con la pregunta 23 de la entrevista.

Se considerará que este criterio se cumple cuando el participante exprese malestar corporal actual (pregunta 14 ≥ 4 de 10) y/o exista interferencia o evitación relacionada (en la pregunta 15 marca Sí), y el ejemplo en entrevista (pregunta 23) confirme que el malestar tiene impacto subjetivo y/o conductual.

Se considerará que no se cumple cuando el malestar sea mínimo (en la pregunta 14 expresa una puntuación de 0 a 3) y no exista evitación o interferencia (en la pregunta 15 marca “No”), y el ejemplo en entrevista no indique impacto.

Si hay dudas (puntuación baja pero mucha evitación, o puntuación alta sin interferencia), se decidirá con el ejemplo de la entrevista.

Criterio de inclusión 4. Malestar corporal asociado al uso de redes sociales

Se valorará con la pregunta 4 del formulario de preselección y se confirmará con la pregunta 19 de la entrevista, que recoge la relación entre el tipo de contenido y la forma de consumo (activo, pasivo o mixto), el malestar que provoca y la conducta que se lleva a cabo.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Se considerará que este criterio se cumple cuando el participante exprese un gran aumento de malestar tras la exposición (en la pregunta 4 contesta que “a veces”, “a menudo” o “casi siempre”) e identifica algún o algunos tipos de contenido. Además, que el ejemplo de la entrevista (en la pregunta 19) muestre una relación clara entre lo visto en redes y el malestar y conducta posterior (autocrítica, comparación, evitación).

Se considerará que no se cumple cuando el participante indique ausencia de malestar tras la exposición (que conteste en la pregunta 4 con “Nunca”) y no pueda identificar contenidos relacionados, y en la entrevista no confirme relación entre exposición y malestar.

Criterio de inclusión 5. Motivación, compromiso y disponibilidad para participar en la intervención

Se valora con las preguntas 16, 17 y 18 del formulario de preselección y se confirmará con las preguntas 24, 25, 26 y 27 de la entrevista, las cuales recogen la disponibilidad real del participante, la motivación, su disposición hacia las actividades y si existe un plan realista.

Se considerará que este criterio se cumple cuando el participante presente disponibilidad compatible (en la pregunta 16 contesta “sí” o “depende”, mostrando una explicación viable), motivación inicial (en la pregunta 17 responde con una puntuación mayor o igual a 6 de 10) y disposición para realizar tareas breves (en la pregunta 18 responde “Sí” o “A veces”). Además, en la entrevista deberá expresar un compromiso realista con la asistencia, la participación y el trabajo entre sesiones.

Se considerará que no se cumple cuando no exista disponibilidad clara (en la pregunta 16 responda “no” o en la 24 responda “no”), motivación muy baja de forma consistente (en la pregunta 17 y 25 de una puntuación igual o menor que 3 de 10 $\leq 3/10$), o rechazo a tareas (en la pregunta 18 y 26 conteste “no”) sin alternativas realistas.

Si hay dudas (“depende”), se decidirá según la viabilidad del plan acordado en la pregunta 27.

Criterio de inclusión 6. Aceptación y firma de consentimiento informado, acuerdo de confidencialidad y normas del grupo.

Se valorará a través de la firma de la documentación correspondiente tras la entrevista de selección y antes del inicio de la Sesión 1. Se considerará que este criterio se cumple cuando el participante acepte y firme el consentimiento informado, el acuerdo de confidencialidad y las normas de funcionamiento del grupo, una vez confirmado que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión. Si el participante no firma o no acepta alguno de los documentos, el criterio no se cumple y no podrá incorporarse al grupo. La firma de la documentación es requisito imprescindible, pero no sustituye la valoración clínica del cumplimiento de normas y confidencialidad (criterio de exclusión 5).

Criterio de exclusión 1. Ideación suicida, conductas autolesivas recientes o riesgo clínico elevado y posible TCA activo.

Se valorará con las preguntas 28, 29, 30, 31 y 32 de la entrevista. Además, se contará con herramientas de apoyo si existen dudas, las cuales son: C-SSRS, versión española, para riesgo suicida y SCOFF, versión española, para posible TCA activo.

- Se considerará motivo de exclusión cualquiera de los siguientes supuestos:
 Responde “Sí” en la pregunta 28 con presencia actual (responde a la pregunta 29 con “Sí”), y/o intención o plan (responde en la pregunta 30 con un “Sí”).
- Responde “Sí” en la pregunta 31, referida a la autolesión o intento en el último mes.
- Si existe la presencia de conductas compatibles con algún TCA activo (en la pregunta 32 responde con un “Sí”), especialmente si expresa sensación de descontrol.

Ante la presencia de cualquiera de estos indicadores, se realizará la derivación a recursos especializados, ya que la intervención grupal propuesta no es un recurso adecuado en ese momento.

Si el evaluador detecta riesgo o existen dudas, se ampliará la valoración con C-SSRS y/o SCOFF para apoyar la decisión clínica.

Criterio de exclusión 2. Trastornos por consumo de sustancias con consecuencias en la vida diaria.

Se valorará con las preguntas 33, 34, 35 y 36 de la entrevista, que miden el consumo actual, la existencia de episodios de descontrol, el impacto y riesgo en sesión. Además, se tendrá en cuenta en caso de que existan dudas una herramienta de apoyo, en concreto, ASSIST (OMS) como cribado breve.

Se considerará motivo de exclusión cuando el consumo pueda afectar en la participación de la persona en la intervención, especialmente si se observa:

- Responde “Sí” en la pregunta 33 junto con episodios frecuentes de descontrol en la pregunta 34, ya que contesta: “semanal” o “varias veces por semana”).
- Se observa gran impacto en áreas relevantes, ya que en la pregunta 35 marca en asistencia y puntualidad, atención y concentración, regulación emocional y control de impulsos o conflictos y seguridad).
- No garantizar asistir a la intervención en condiciones adecuadas y seguras para el grupo, ya que en la pregunta 36 contesta “no” o “o estoy seguro”.

Si existen dudas clínicas sobre la intensidad o el grado de interferencia, se podrá aplicar el ASSIST (OMS) para apoyar la decisión.

Criterio de exclusión 3. Ansiedad social/fobia social que incapacite para el formato grupal

Se valorará con las preguntas 37, 38, 39 y 40 de la entrevista que recogen el malestar anticipatorio, evitación, capacidad de permanencia y síntomas graves.

Se considerará motivo de exclusión cuando la ansiedad ante el grupo sea lo suficientemente intensa como para impedir una participación mínima o predecir abandono reiterado, especialmente si se observa:

- Malestar anticipatorio muy elevado, respondiendo en la pregunta 37 con una puntuación igual o mayor de 8 sobre 10.
- Evitación marcada o abandono en contextos grupales, respondiendo en la pregunta 38 un “Sí” acompañado de un ejemplo.
- Manifieste dificultad para sostener la sesión y participar mínimamente, respondiendo en la pregunta 39 con un “no” o “no estoy seguro”.
- Exprese síntomas muy intensos en cuanto a participar en grupo o hablar en público , respondiendo a la pregunta 40 con un “Sí”.

En estos casos se recomendará un abordaje clínico individual previo o alternativo al formato grupal.

Criterio de exclusión 4. Crisis vital o desregulación emocional significativa

Se valorará con las preguntas 41, 42, 43 y 44 de la entrevista, que exploran la existencia de crisis recientes, gran malestar o posible inestabilidad para el grupo.

Se considerará motivo de exclusión cuando la persona se encuentre en una situación de crisis o desregulación emocional que pueda dificultar tanto a su propio beneficio de la intervención y/o al grupo, especialmente si se observa:

- Se encuentra en un momento de crisis relevante, respondiendo a la pregunta 41 con un “Sí”, además de expresar gran malestar en la pregunta 42 si responde con una puntuación mayor o igual a 8 sobre 10.
- Dificultad para mantenerse y no desbordarse en el grupo en este momento, respondiendo a la pregunta 43 con un “me desbordaría” o “no estoy seguro”).

- Interferencia funcional significativa, respondiendo a la pregunta 44 con un “Sí”.

En estos casos se priorizará recomendar un abordaje clínico individual o estabilización previa antes de incorporarse a un formato grupal.

Criterio de exclusión 5. Conductas o rasgos que comprometan el marco terapéutico o el funcionamiento del grupo

Se valorará con las preguntas 45, 46, 47 y 48 de la entrevista, las cuales exploran el compromiso del participante con las normas, la capacidad de manejar conflictos, confidencialidad y antecedentes de conflictos graves. Además, el evaluador utilizará la observación clínica durante el proceso de selección para comprobar la realidad de este aspecto.

Se considerará motivo de exclusión cuando el participante muestre poca capacidad para sostener normas mínimas de convivencia, respeto y confidencialidad, o exista un riesgo claro de conductas disruptivas reiteradas, vulneración de límites o conflicto interpersonal, especialmente si se observa:

- Expresa dificultad en la pregunta 45 para comprometerse con normas básicas del grupo respondiendo con un “no” o “no estoy seguro”).
- Responde a la pregunta 46 expresando poca regulación emocional ante conflictos (“Suelo explotar y engancharme” o “Me cuesta y me altero mucho”).
- Se observan dudas respecto a su mantenimiento de la confidencialidad, respondiendo a la pregunta 47 con un “no” o “no estoy seguro”.
- Antecedentes recientes de conflictos graves con riesgo de repetición, respondiendo a la pregunta 48 con un “Sí”.
- El evaluador observa durante la entrevista que el participante tiene conductas que pueden comprometer la intervención grupal. Estas conductas pueden ser: expresar descalificaciones reiteradas, hostilidad, vulneración de límites, falta de colaboración...

En caso de duda, se priorizará la seguridad del grupo y se excluirá.

Criterio de exclusión 6. Psicopatología grave no estabilizada

Se valorará con las preguntas 49, 50, 51 y 52 de la entrevista de selección, las cuales analizan la estabilidad actual, el sueño y activación, existencia de síntomas psicóticos o desorganización...

Además, en este criterio también se tendrá en cuenta la observación clínica del evaluador.

Se considerará motivo de exclusión cuando exista evidencia de episodio activo o inestabilidad que dificulte la participación, la comprensión del trabajo terapéutico o la adaptación al grupo, o comprometa la seguridad de la intervención. Será muy importante para excluir al participante tener en cuenta las siguientes respuestas:

- El participante muestra inestabilidad clínica o seguimiento y atención actualmente, ya que responde a la pregunta 49 con un “sí”.
- Se expresan señales compatibles con manía o hipomanía y con síntomas psicóticos activos o desorganización, respondiendo a la pregunta 50 y 51 con un “Sí”.
- Expresa dificultad para seguir la sesión de forma segura, respondiendo a la pregunta 52 con un “no” o “no estoy seguro”.
- Además, la observación clínica del evaluador marca desorganización, desconexión de la realidad, elevada impulsividad o incapacidad de sostener el formato grupal.

En estos casos se recomendará derivación a servicios especializados y se excluirá de la intervención.

APÉNDICE B. Consentimiento informado

Intervención Clínica para fomentar la aceptación corporal (redes sociales, gordofobia y autoimagen en varones)

Universidad Europea de Madrid.

Evaladoras: Marta Guerrero Garrido, Sara López de Paz y Ana María Viñuela Vicente.

Fecha de entrega: ____ / ____ / ____

Esta intervención grupal busca reducir el malestar corporal y mejorar la relación con el propio cuerpo en población masculina, especialmente cuando ese malestar aumenta y se relaciona con el uso de las redes sociales. Se abordará la comparación social, los ideales estéticos normativos y los mensajes estigmatizantes, promoviendo afrontamiento, aceptación corporal y autocuidado.

Ser participante de la intervención implica:

- Asistir a las sesiones programadas, es decir, asistir a las 12 sesiones, a lo largo de 6 semanas.
En su mayoría, las sesiones tendrán una duración de 90 minutos a excepción de las dos sesiones finales de evaluación postratamiento y cierre que se desarrollarán en 120 minutos.
Además, se realizará una sesión a los seis meses tras la finalización de la intervención de seguimiento.
- Participar de forma respetuosa, en la medida en que cada persona se sienta cómoda.
- Realizar tareas breves entre sesiones.

La participación es voluntaria. Teniendo en cuenta que la intervención es grupal, se solicita un compromiso de asistencia y participación de forma regular. Si en algún momento considero que no puedo continuar, me comprometo a comunicárselo al profesional responsable para valorar el cierre adecuado y, si fuera posible, ofrecer alternativas.

Los posibles beneficios que ofrece la intervención son un mayor entendimiento sobre cómo te afectan las redes sociales en relación con el propio cuerpo, disminuir la autocrítica, mejorar el bienestar y habilidades de autocuidado para el día a día.

Las posibles molestias que pueden conllevar la participación en la intervención son que, aparezcan emociones incómodas al hablar de experiencias personales (vergüenza, tristeza o ansiedad). Si ocurriera, podré comunicarlo al profesional para ajustar el ritmo o recibir orientación.

El profesional responsable mantendrá la confidencialidad sobre lo tratado en las sesiones, dentro de los límites legales.

Al tratarse de un formato grupal, no se puede garantizar al 100% lo que cada participante haga fuera del contexto terapéutico; por ello, todas las personas que pertenezcan al grupo firmarán un acuerdo de confidencialidad y se recordará en varias sesiones la importancia de respetarlo.

Los datos personales recogidos se utilizarán únicamente para la gestión y desarrollo de la intervención.

El tratamiento de datos se realizará conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos y a la política del centro. Para ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión u otros, el participante podrá dirigirse al profesional responsable o al centro a través de los canales habituales.

La confidencialidad podrá romperse únicamente si existe riesgo grave para mí o para otras personas, o por obligación legal. En ese caso, el profesional actuará priorizando la seguridad y la derivación a recursos adecuados.

He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar dudas y se me han aclarado.

Acepto participar de manera voluntaria en esta intervención grupal.

Nombre y apellidos: _____

DNI (opcional): _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del profesional responsable: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

APÉNDICE C. Acuerdo de confidencialidad y normas de funcionamiento del grupo.

Intervención Clínica para fomentar la aceptación corporal (redes sociales, gordofobia y autoimagen en varones)

Universidad Europea de Madrid.

Evaluadoras: Marta Guerrero Garrido, Sara López de Paz y Ana María Viñuela Vicente.

Fecha de entrega: ____ / ____ / ____

A. Compromiso de confidencialidad

Como participante de esta intervención grupal, me comprometo a:

1. No compartir fuera del grupo información personal de otros compañeros, como sus historias, nombres, detalles, situaciones o contenido de sesiones.
2. No comentar con terceros “quién viene” al grupo o qué se ha dicho.
3. No grabar audios, vídeos, ni hacer fotografías dentro del espacio de intervención.
4. Si coincido con otro compañero fuera del grupo de intervención, respetaré su privacidad.

Puedo hablar de mi propia experiencia personal, pero sin incluir datos identificativos de otras personas del grupo.

B. Normas básicas de funcionamiento

Me comprometo a:

1. No insultar, ridiculizar, descalificar ni atacar a ningún participante.
2. Respetar los turnos de palabra, escuchando a los demás sin interrumpir y permitir que todas las personas tengan la oportunidad de hablar.
3. No juzgaré a ningún compañero del grupo y evitaré comentarios sobre el cuerpo de otras personas o recomendaciones y consejos que no me han solicitado.
4. Participar, pudiendo elegir cuánto comparto mi experiencia; sé que se valora la participación, pero no tengo la obligación de contar cosas íntimas si no me siento preparado.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

5. Puntualidad y asistencia. Me comprometo a avisar con antelación si no puedo asistir.
6. Acudir a las sesiones en condiciones adecuadas, es decir, asistir sin estar bajo los efectos de alcohol u otras sustancias.
7. Cuidar el clima grupal, si algo me incomoda o me enfada, lo comunicaré de manera respetuosa o al profesional, en vez de provocar o aumentar el conflicto.

Si se detecta un incumplimiento relevante, como no respetar la confidencialidad, conductas agresivas o disruptivas reiteradas, el profesional lo abordará y podrá: 1) hacer una advertencia, 2) establecer medidas de protección del grupo, y 3) valorar la expulsión del grupo si se compromete la seguridad o el objetivo terapéutico.

Yo, _____, declaro que he leído y comprendido este acuerdo, y me comprometo a cumplirlo durante toda la intervención.

Firma:

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del profesional responsable:

Fecha: ____ / ____ / ____

APÉNDICE D: Autorregistro de Sucesos Vitales Estresantes

Instrucciones: Por favor, utiliza este autorregistro para anotar cualquier evento importante que haya sucedido durante la última semana fuera de las sesiones, que creas que ha podido tener impacto en tu estado de ánimo, estrés o autopercepción.

Fecha	Descripción (¿Qué pasó?)	Ámbito (Salud, familia, pareja, trabajo...)	Intensidad del malestar (0 "Nada" 10 "Mucho")	Este suceso (¿Ha afectado en tu autopercepción corporal?)

APÉNDICE E: Autorregistro Semanal de Comparación Social en Redes Sociales.

Instrucciones: Siempre que utilices redes sociales (Instagram, Tik Tok, etc.) y detectes que estás comparándote con otra persona que has visto, en cuanto a su físico o apariencia, tómate unos instantes para rellenar este autorregistro.

Fecha/Hora	Red Social Usada	¿Con quién te has comparado? (Amigo, influencer, famoso...)	¿Cómo era físicamente la persona con la que te has comparado?	Intensidad del malestar (0 "Nada" 10 "Mucho")	¿Qué pensamientos has tenido al ver la imagen/vídeo?	¿Qué has pensado sobre ti mismo y tu cuerpo?

APÉNDICE F: Registro de Asistencia Semanal

P: Presente

F: Falta justificada (no implica baja adherencia) (cita médica, urgencia familiar, imprevisto laboral, enfermedad...).

FI: Falta injustificada (indica baja adherencia) (“se me olvidó”, “estaba cansado”, “no tuve tiempo” o no dar explicaciones o similar).

Nombres	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SEM	SEM	SE	%
de los	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	10	11	M	TOT
participa												12	AL
ntes													

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Participante	Sesión de abandono	Motivo del abandono	Observaciones de los terapeutas

www.universidadeuropea.com

Social: Trabajo, estudios y amigos

General: sentido general de bienestar

APÉNDICE I: Hoja de exposición digital

Cuenta o tipo de contenido (estímulo):

Número del contenido al que se expone:

Malestar anticipado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Malestar durante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Malestar tras 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pensamiento automático:

Emoción:

Conducta impulsiva o conducta de seguridad (evitar, comparar, observarse el cuerpo):

¿He practicado atención plena? SÍ NO

Alternativa: _____

APÉNDICE J: Guía para el escaneo corporal

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Duración de 15-20 minutos en una posición de relajación con la espalda recta y los pies apoyados o tumbados boca arriba.

En primer lugar para la introducción de unos 3 minutos:

“Cierra los ojos o mantén la mirada baja en un punto fijo. Toma tres respiraciones profundas y completas, sintiendo cómo el aire llena tus pulmones y cómo tus hombros bajan al exhalar. El objetivo de hoy no es cambiar nada de tu cuerpo, sino simplemente notar qué hay ahí, sin juzgarlo”.

Para el recorrido ascendente del escaneo corporal de unos 10 minutos:

“Fija la atención de tu mente a tus pies. Siente el contacto con el suelo. Sube por las pantorrillas y los muslos. Si aparece un juicio sobre el volumen o la forma de tus piernas, reconócelo como un 'pensamiento automático negativo' y vuelve a la sensación física: ¿hay tensión, calor, hormigueo?”.

“Lleva la atención de tu mente a tu abdomen. Sienta cómo se expande con la respiración. Es común que aquí surjan críticas o deseos de 'meter barriga'. Nota ese impulso de control, acéptalo como una reacción automática, y permite que tu abdomen se relaje tal y como es en este momento”.

“Siente el ancho de tu espalda y el peso de tus hombros. Nota si hay tensión acumulada por el estrés o por el esfuerzo físico. Respira hacia esa tensión, sin intentar eliminarla a la fuerza permitiendo que se libere con la exhalación”.

“Recorre tus brazos hasta las manos. Nota la funcionalidad de tus manos, todo lo que te permiten hacer y crear en tu día a día”.

Finalmente para integrar todo el cuerpo y fomentar la autocompasión unos 5 minutos:

“Ahora, trata de sentir tu cuerpo como un todo, desde la cabeza hasta los pies. Tu cuerpo es tu hogar, el medio que te permite vivir tus valores y relacionarte con los demás”.

“Repite mentalmente: 'Mi cuerpo es más que una imagen. Mi cuerpo es mi presencia en el mundo'.

Acepto mi cuerpo hoy, con su historia y su realidad actual”.

Para cerrar el ejercicios en unos 2 minutos:

“Empieza a mover suavemente los dedos de las manos y los pies. Abre los ojos cuando estés listo, trata de mantener esta actitud de observación no juiciosa durante el resto del día”.

APÉNDICE K. Plan personal de prevención de recaídas (plan de mantenimiento).

Rellena los siguientes apartados y guarda el documento. Este será tu plan para seguir cuando notes que vuelves a compararte y evitar situaciones.

1. Mis señales tempranas, lo que noto en mí:
 - Pensamientos:
 - Emociones frecuentes:
 - Conductas que han vuelto:
 - a. me comparo más
 - b. me engancha a las redes sociales o deslizo la pantalla para ver contenido sin parar
 - c. Evito el contenido cerrando la app
 - d. Evito echarme fotos
 - e. Evito planes sociales
 - f. Me miro y exploro el cuerpo más de la cuenta
 - g. Me castigo con la comida o con el entreno
 - h. Otro: _____
2. Mis detonantes, lo que me enciende, son:
 - En redes sociales: _____
(cuentas, contenidos específicos, situaciones...)
 - Fuera de redes sociales: _____

(situaciones o personas)

3. Mis herramientas clave son:

(Las que mejor me funcionan)

- a. ABCDE / debate de pensamientos
- b. Exposición gradual (tiempo pautado)
- c. Respiración / atención plena breve
- d. Autocompasión (hablarme con respeto)
- e. Reducir consumo pasivo (tiempo límite)
- f. Acción valiosa (hacer algo que me sume)
- g. Pedir apoyo
- h. Otra: _____

Las que he elegido son:

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
-

4. Mi plan rápido (24–48 horas)

Cuando note señales tempranas, haré esto:

Paso 1 (1 min): Identifico qué está pasando: _____

Paso 2 (2 min): Me regulo con: ☐ respiración ☐ pausa consciente ☐ otra: _____

Paso 3 (10 min): Aplico mi herramienta nº ____ (la que he elegido arriba).

Paso 4 (10–30 min): Hago una acción concreta que me ayude: _____

Si en 48 horas sigo igual o peor, pido ayuda a: _____

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma: _____

APÉNDICE L. Descripción de la ficha ABC

La ficha ABC, que constituye una herramienta fundamental dentro del enfoque cognitivo-conductual, se emplea para ayudar a los participantes a examinar la relación entre las situaciones, sus pensamientos y las emociones o comportamientos que se generan. Su estructura se compone de tres secciones:

A - Acontecimiento activador:

Circunstancia específica que desencadena la respuesta conductual o emocional. No se evalúa si es “positiva” o “negativa”, simplemente se describe de manera objetiva.

B - Creencias (pensamientos o convicciones):

Convicciones, pensamientos automáticos o interpretaciones que el individuo formula en respuesta al evento. Aquí suelen manifestarse distorsiones en el pensamiento.

C - Consecuencias:

Reacciones de tipo conductual, emocional y fisiológico que emergen a partir de las creencias.

APÉNDICE M. Ficha de objetivos terapéuticos**Ficha de objetivos terapéuticos****1. Datos básicos**

Nombre o código del participante:

Fecha:

Sesión:

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

2. Breve autoevaluación inicial

Marca con una X la opción que mejor describa cómo te sientes ahora:

a) Aceptación corporal

☐ Muy baja

☐ Baja

☐ Moderada

☐ Alta

b) Comparación social relacionada con el cuerpo

☐ Muy frecuente

☐ Frecuente

☐ Ocasional

☐ Poco frecuente

c) Malestar corporal actual

☐ Alto

☐ Moderado

☐ Bajo

☐ Muy bajo

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

3. Identificación de áreas personales de trabajo

Selecciona las áreas que te gustaría mejorar:

- ☐ Aumentar la aceptación de mi cuerpo
- ☐ Reducir la comparación social
- ☐ Disminuir pensamientos autocríticos
- ☐ Incrementar conductas de autocuidado
- ☐ Mejorar mi relación con la imagen corporal
- ☐ Reducir la influencia de ideales estéticos externos
- ☐ Otra: _____

4. Objetivos terapéuticos personales

Objetivo 1:

¿Por qué es importante para mí?

¿Cómo sabré que estoy avanzando?

Objetivo 2:

¿Por qué es importante para mí?

¿Cómo sabré que estoy avanzando?

5. Acciones concretas para la próxima semana

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Ejemplos:

- Practicar una frase de autocompasión cada mañana
- Reducir el tiempo dedicado a compararme en redes
- Usar ropa cómoda que favorezca la aceptación corporal
- Realizar una actividad de autocuidado

Mis acciones:

- 1.
- 2.
- 3.

6. Posibles obstáculos y cómo afrontarlos

Obstáculos que podrían aparecer:

Estrategias para manejarlos:

7. Compromiso personal

Me comprometo a trabajar en estos objetivos durante la próxima semana:

Firma (opcional): _____

APÉNDICE N. MODELO ABC

La siguiente ficha permite analizar de forma completa el proceso cognitivo que se activa ante una situación que genera malestar. Este modelo incluye la identificación del acontecimiento activador, los pensamientos automáticos asociados, las consecuencias emocionales y conductuales, así como el cuestionamiento de la creencia y la formulación de alternativas más ajustadas. Su uso

facilita la reestructuración cognitiva y la reducción del impacto emocional derivado de la comparación social y de la autoexigencia corporal.

Instrucciones:

Tras una situación que genere malestar, el participante debe completar cada apartado de forma breve y concreta, describiendo únicamente lo ocurrido, el pensamiento que apareció, la reacción emocional y conductual, el cuestionamiento de la creencia y la alternativa final más equilibrada.

Acontecimiento activador (A)	Creencia o pensamiento automático (B)	Consecuencia emocional y conductual (C)
¿Qué ocurrió? ¿Qué viste, escuchaste o viviste que desencadenó la reacción?	¿Qué pensamiento apareció de forma inmediata? ¿Qué interpretación hiciste de la situación?	¿Qué emoción sentiste? ¿Qué hiciste después? ¿Cómo afectó a tu conducta o a tu estado de ánimo?
A (Situación): Veo un vídeo en TikTok de un chico de mi edad con un coche caro y muy musculado diciendo “no hay excusas”.	B (Pensamiento Automático - La integración): “Mírale, él sí que es un hombre de verdad. Yo soy un vago y	C (Consecuencia): Sentimiento de culpa y vergüenza. Me salto la cena (conducta restrictiva) o me doy un atracón por ansiedad.

un perdedor porque no
tengo esa disciplina. Nunca
voy a tener éxito con nadie
si sigo así.”
