

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ
CENTROS DE INVESTIGACIONES**

A continuación encontrarán los criterios para la presentación de Trabajos de Grado asociados a la práctica (TGAP) o Trabajos Práctica Investigativa (TPI). El estilo de presentación debe cumplir con los lineamientos del *Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association* 6ª Ed. (2010).

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL TRABAJO DE GRADO ASOCIADO A LA PRÁCTICA / PRACTICA INVESTIGATIVA	
TITULO DEL TRABAJO	EFICACIA DE UN PROTOCOLO DE TRES SESIONES BASADO EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN LA PÉRDIDA DE PESO EN PERSONAS CON SOBREPESO
DIRECTOR TRABAJO DE GRADO/ SUPERVISOR PRACTICA INVESTIGATIVA	Pablo Vallejo Medina y Francisco J. Ruiz
AUTOR (ES)	Miguel Ángel Acuña
PALABRAS CLAVE	Sobrepeso, Terapia de Aceptación y Compromiso, Conductas saludables, Antojos, Control, Actividad física.
AÑO / PERIODO	2019-I

MODALIDAD	Tesis de Maestría
------------------	-------------------

1. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO (RESUMEN O ABSTRACT)

La obesidad es una problemática que ha aumentado en la actualidad, razón por la cual se han hecho esfuerzos interdisciplinarios para generar intervenciones dirigidas a la pérdida de peso. Sin embargo, los resultados a largo plazo de estos programas son limitados, siendo frecuente la recuperación del peso perdido. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), aplicada en este contexto, se basa en los principios de aceptar la incomodidad física en pos de conformar hábitos de vida saludables valiosos. Esta investigación tiene como objetivo analizar el efecto de un protocolo de tres sesiones basado en ACT en la pérdida de peso a través de un diseño de línea base múltiple entre participantes. Participaron cuatro mujeres mayores de edad con sobrepeso, a quienes se les aplicó una serie de pruebas y cuestionarios de auto-registro durante el inicio, la intervención y el seguimiento del estudio con el fin de identificar la presencia de conductas saludables. Para el análisis de resultados, se emplearon análisis visuales y la prueba no paramétrica *Tau-U*, concluyendo que se presentó un aumento en la presencia de conductas saludables y una pérdida de peso.

2. INTRODUCCIÓN (JUSTIFICACIÓN Y ENMARCAMIENTO CONCEPTUAL Y TEÓRICO DEL PROBLEMA SU EXTENSIÓN DEBE ESTAR ENTRE 1 Y 2 PAGINAS)

En la actualidad, el sobrepeso y la obesidad están cada vez más presentes en la vida del ser humano. Con el pasar del tiempo, esta problemática ha aumentado de forma considerable, dejando huella en el estado de salud de los individuos que la presentan. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), la obesidad y el sobrepeso se entienden como: “una acumulación anormal o

excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC). El IMC es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, enfermedades cardiovasculares, alteraciones del sistema músculo-esquelético y algunos tipos de cáncer (Corella et al., 2011; OMS, 2010).

La obesidad inicialmente fue relacionada con una enfermedad de países con altos ingresos económicos; sin embargo, al pasar los años, se ha presentado este problema en países con ingresos económicos medios y bajos, por lo que actualmente la obesidad puede considerarse una epidemia a nivel mundial (Vázquez y Rodríguez, 2013). De acuerdo con la Encuesta de Situación Nutricional (ENSIN 2015), a pesar de los avances económicos y el aumento en las expectativas de vida, la obesidad avanza a pasos agigantados, encontrándose una prevalencia de sobrepeso del 37.7 % y de obesidad del 18.7%, es decir, se encuentra presente en uno de cada 5 personas adultas entre los 18 y 64 años de edad. De igual manera, durante los años 2005 y 2010, en el contexto de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2015), se estimaron los índices de obesidad en la población adulta en Colombia. Los resultados indicaron que, para 2010, la obesidad se concentra en el grupo de hombres con mayores ingresos económicos, mientras que en las mujeres se concentra en la parte baja de la distribución de ingresos. Por otro lado, esta misma encuesta logró identificar que el sobrepeso afecta significativamente a la salud, constituyendo un riesgo para diferentes tipos de enfermedades no transmisibles, las cuales, son la primera causa de muerte en Colombia.

Ante el aumento de peso de la población colombiana, se debe trabajar en la reducción de la obesidad a través de instancias de salud pública. Estas condiciones se incrementan en el país un 10% cada cinco años, por lo que es importante abordarlo de una manera más integral y bajo una política de estado, ya que, de no hacerlo, el país estaría en una gran alarma respecto a esta problemática (Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2015).

El sobrepeso y la obesidad, además de generar problemas de salud física, están asociados a problemas psicológicos. Las personas con obesidad suelen presentar dificultades en sus relaciones interpersonales debido a las secuelas psicológicas relacionadas con las actitudes de rechazo que han presentado (Magallares, Rubio y Morales, 2011). Desde etapas muy tempranas, como la escolar, las personas con problemas de sobrepeso son rotuladas con términos despectivos, lo cual afecta de manera negativa su desarrollo individual y social. Algunas personas con sobrepeso y obesidad suelen ser víctimas de discriminación, siendo estigmatizados y ridiculizados con términos despectivos, repercutiendo estas experiencias tempranas en posibles problemas psicológicos a futuro en el individuo. Adicionalmente, diversas investigaciones han demostrado que la obesidad está asociada a una serie de trastornos mentales, entre los que se encuentra: el trastorno por atracón, depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia. Por otro lado, el consumo de algunos medicamentos psicotrópicos

podría incrementar el consumo de alimentos, así como cambiar el sistema hormonal y químico del organismo y, como resultado de esto, incrementar el IMC del organismo (Vázquez y Rodríguez, 2013).

Las consecuencias del sobrepeso y la obesidad no se reducen exclusivamente a la salud física y mental. Se han realizado estudios que indican que en el campo laboral, se presentan de igual forma actitudes de rechazo y discriminación. De acuerdo con un estudio realizado por Kouvonen et al. (2005), las personas con obesidad tienden a presentar mayor estrés laboral y trato discriminatorio por parte de sus compañeros. En un experimento realizado en Nueva York en 1979, se demostró que al mostrar a los entrevistadores durante un proceso de selección videos en los cuales sujetos con las mismas capacidades, pero cuya única diferencia era el peso, la elección era por la persona más delgada. Además, el grupo de Kouvonen logró comprobar que las personas en condición de obesidad y sobrepeso tienden a tener trabajos menos remunerados y el tipo de trabajo para el que eran contratados solían ser cargos donde no se tenía en cuenta su nivel de estudios o experiencia. En la Universidad de Tennessee se demostró también que las personas obesas tienen menores sueldos comparados con personas delgadas (Baum y Ruhm 2007).

Los autores hacen algunas consideraciones sobre la fisiopatología de la obesidad teniendo en cuenta que en un porcentaje elevado de los casos puede tener un trasfondo hereditario. Hoy se sabe que son más de 300 los genes que pueden estar involucrados con esta condición, pero aún no se tiene un consenso preciso. Además de la parte hereditaria, los factores ambientales y nutricionales juegan un papel fundamental ya que con la industrialización se han modificado los patrones de alimentación y actividad física. En este aspecto, la cultura de las comidas rápidas tiene un rol preponderante ya que son abundantes y en muchas ocasiones desequilibradas desde el punto de vista calórico. A todo esto, se suma el hecho de que la vida moderna favorece una cultura del sedentarismo, con lo cual cada vez es mayor el consumo de calorías y menor su gasto (Carral, 2013).

Disciplinas como la Psicología juegan un papel fundamental para convertirse en un pilar que soporte el cambio de hábitos de alimentación y logre socavar, en parte, los índices de sobrepeso y obesidad, brindando posibles respuestas a esta problemática. Las herramientas psicológicas pueden ser de ayuda para sobrellevar las actitudes de rechazo y discriminación, y brindar opciones hacia una vida encaminada a valores relacionados con la salud y el peso corporal. Entre las razones que incentivan a las personas a bajar de peso están los problemas de salud asociados a la obesidad, mejorar la autoimagen, generar impacto en su medio social y aumentar actividades de dominio. No obstante, a pesar de los actuales métodos para bajar de peso existentes en el mercado, la recuperación del peso perdido es habitual a modo de efecto rebote. Al parecer, la restricción calórica no es la respuesta en el mantenimiento de un peso saludable a largo plazo; por el contrario, el cambio de hábitos dirigido a una vida orientada a valores, en los que esté incluido contar con hábitos de vida saludables, podría generar mejores resultados (Guillén, 2014).

Las personas con sobrepeso y obesidad utilizan distintas estrategias para evitar las sensaciones de antojos hacia la comida, ya que

comer produce placer y/o elimina estados desagradables como el hambre o el aburrimiento. Asimismo, existen señales en el contexto que pueden evocar recuerdos específicos que representen algo agradable para la persona. Los olores pueden provocar antojos y hacer que la conducta de la persona sea comer. Los programas de televisión, música y radio también pueden generar antojos al haber estado asociados con la comida y alimentación. La generación de antojos es un proceso casi automático provocado por las señales de la comida y las consecuencias a largo plazo de una alimentación excesiva se desvanecen en ese contexto (Lillis, Hayes, Bunting y Masuda, 2009).

Las estrategias utilizadas para bajar de peso enfocadas en la aceptación han logrado tasas de éxito mayores que los programas comerciales para bajar de peso. Un estudio que involucró a 200 personas en una intervención basada en la aceptación evidenció una pérdida de peso en los participantes de 13.3% al año, en comparación con el mejor tratamiento existente que alcanzó el 9.8%. Este es uno de los mayores éxitos logrados en el tratamiento del comportamiento para la pérdida de peso sin usar un régimen de dieta excesivo o medicamentos. Estudios como estos demuestran la utilidad de las estrategias de aceptación para la pérdida de peso (Forman et al., 2016).

Los protocolos basados en las estrategias de aceptación para la pérdida de peso, sin embargo, han sido considerablemente largos. En este sentido, la presente investigación tiene como objetivo diseñar un protocolo breve y analizar su eficacia en la pérdida de peso y otras variables relacionadas con ésta.

3. METODOLOGÍA

Participantes

La muestra se reunió de forma incidental, reclutando la población a través de anuncios en redes sociales. Se reclutaron 4 personas mayores de 18 años de edad que cumplieran con los criterios de inclusión: Contar con una afiliación a EPS vigente, tener un índice de masa corporal entre 25.0 y 35.0, confirmando que tienen sobrepeso u obesidad. Vale la pena resaltar que inicialmente se reclutaron seis participantes, pero dos de ellos decidieron no continuar con su participación en la investigación durante el periodo de línea base.

Diseño

Diseño de línea base múltiple entre participantes con seguimiento.

Instrumentos

Cuestionario de Aceptación y Acción para las Dificultades relacionadas con el Peso (AAQ-W; Lillis y Hayes, 2008). El AAQ-W es un cuestionario de 22 ítems diseñados para evaluar la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica en el contexto del peso corporal y alimentación. Los participantes indican cuán ciertas son las declaraciones para ellos (por ejemplo, "Necesito deshacerme de mis ansias de comer para comer mejor") en una escala tipo Likert de 1 (nunca) a 7 (siempre es cierto). Los puntajes más altos indican una mayor evitación experiencial relacionada con el peso. El alfa de Cronbach es de .88 y tiene una estructura unifactorial.

Cuestionario de Aceptación y Acción en Imagen Corporal (BI-AAQ; Sandoz et al., 2010). El BI-AAQ es un instrumento diseñado para medir la flexibilidad de la imagen corporal. El BI-AAQ ha demostrado validez de constructo. La flexibilidad de la imagen corporal se asoció con una mayor flexibilidad psicológica, disminución de la insatisfacción con la imagen corporal y menos trastornos en la alimentación. El segundo estudio demostró la consistencia interna adecuada y la fiabilidad test-retest de BI-AAQ. A mayor puntuación, mayor grado de evitación experiencial asociada a la imagen corporal. El alfa de Cronbach osciló entre .92 y .93.

Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995). El DASS-21 es un cuestionario de 21 ítems diseñados para obtener un indicador general de síntomas emocionales; de igual forma se puede evaluar el grado de sintomatología en Depresión, Ansiedad y Estrés, ya que posee tres subescalas. Los participantes indican cuán ciertas son las declaraciones para ellos (por ejemplo, "Me sentí triste y deprimido") en una escala tipo Likert de 0 (no me ha ocurrido) a 3 (me ha ocurrido siempre, la mayor parte del tiempo). Los puntajes más altos indican un mayor grado de sintomatología.

The Weight and Lifestyle Inventory (WALI; Wadden y Foster, 2001). El WALI es un instrumento de auto informe diseñado para obtener información sobre el peso, dieta, hábitos en la alimentación, ejercicio, historial médico y relaciones con familiares y amigos. Los ítems se califican en una escala tipo Likert de 5 puntos: 1 (nada) a 5 (mucho). Estos ítems han demostrado una fiabilidad adecuada de test-retest (Wadden et al., 2006; $\alpha = 0,88$).

Autorregistro. Se diseñó un cuestionario de autorregistro compuesto por tres preguntas. La primera pregunta pretende evaluar si el participante cede a los antojos a lo largo del día y se califica con una escala Likert, siendo 1 nada y 5 demasiado. La segunda pregunta pretende evaluar la sensación de control que siente el participante a lo largo del día. De igual forma, se califica con una escala Likert, siendo 1 me he descontrolado completamente y 5 me he controlado completamente. La última pregunta pretende evaluar la cantidad de actividad física que realiza el participante en el día y se responde dependiendo de la cantidad de ejercicio que se realice en minutos.

Procedimiento

Se creó un protocolo de tres sesiones basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso enfocado en conductas relacionadas con llevar un estilo de vida saludable con el propósito de que los individuos logren aceptar e identificar impulsos y malestar relacionado con la ingesta de alimentos y vivir una vida orientada a valores relacionados con conductas saludables. Para lograr esto, se emplearon diferentes

técnicas en el protocolo como la defusión y la aceptación de eventos privados relacionados con la comida con el propósito de disminuir conductas que alejan a las personas de conductas valiosas.

Fase 1. Reclutamiento. El reclutamiento se realizó a través de anuncios publicados en redes sociales y las personas interesadas en participar en la investigación fueron invitadas a realizar la evaluación en la que se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Fase 2. Recolección de línea base. Se realizaron las mediciones de línea base de cada participante de la siguiente manera. Se les presentó el consentimiento informado en el que se indica la participación voluntaria en este proyecto de investigación con fines académicos. Una vez se firmó el consentimiento informado en el que aceptan participar en la investigación, cada participante se pesó con una báscula y se midió con un metro para indicar su IMC. Luego de esto, se procedió a aplicar los instrumentos de evaluación durante un mes, dos veces por semana, lo que arrojó ocho cuestionarios resueltos por cada participante.

Fase 3. Implementación de la intervención. Se aplicó un protocolo de tres sesiones basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso, el cual fue descrito previamente. Cada una de las sesiones tuvo una duración de sesenta minutos y se llevó a cabo una vez por semana. En esta etapa también se recolectaron datos dos veces por semana, lo que significa seis cuestionarios resueltos por participante, ya que la etapa de seguimiento se realizó por un período más prolongado.

Fase 4. Recolección de datos de seguimiento. Los datos de seguimiento se obtuvieron durante un mes y, al igual que en la fase de línea base, se recolectaron dos veces por semana, para un total de ocho cuestionarios contestados por participante.

Consideraciones éticas

La siguiente investigación se realizó bajo las normas éticas establecidas en la ley 1090 de 2006: asegurando total anonimato a los participantes y cumpliendo a cabalidad lo establecido por las normas éticas vigentes en Colombia suscritas en dicha ley que regulan el trabajo del psicólogo como profesión en Colombia. En primera instancia, se tuvo en cuenta lo relacionado con el secreto profesional. Los participantes pudieron abandonar la investigación de manera libre en cualquier momento sin estar supeditados a esta. Para dar garantía, así como confidencialidad en todo el proceso investigativo, se contó con formatos de consentimiento informado en todas las fases del proceso, dando una explicación concisa y clara sobre el proceso que se realizó. Esta explicación compone tanto derechos, deberes y garantías de los participantes.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

SE DEBERÁ MOSTRAR, EN FORMA ORGANIZADA Y PRECISA LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, Y

PRESENTAR LAS CONCLUSIONES SOBRE LOS MISMOS. SU EXTENSIÓN DEBE ESTAR ENTRE 2 Y 4 PÁGINAS.

Tal y como se describió en el procedimiento, en la etapa de reclutamiento de los participantes y de recolección de datos para la línea base se administraron pruebas que pretendían caracterizar la muestra y encontrar sintomatología asociada a alguna patología. Éste último es el caso del DASS-21 que evalúa sintomatología emocional, incluyendo tres dominios: depresión, ansiedad y estrés. Los resultados no fueron clínicamente significativos, razón por la cual se tomó la decisión de no aplicarlos en etapas posteriores de la investigación. Lo mismo ocurrió con las pruebas AAQ-W y BI-AAQ, las cuales evalúan el grado de evitación experiencial asociada al peso y a la imagen, respectivamente.

Otro instrumento utilizado para la recolección de datos fue el WALY, el cual permitió recolectar información general de cada uno de los participantes, haciendo énfasis en aspectos como el peso, hábitos alimenticios y ejercicio. En la Tabla 1 se presentan algunos datos relevantes para esta investigación.

Cuestionario de autorregistro

A continuación, se presentan los resultados obtenidos por cada uno de los participantes en el cuestionario de autorregistro a lo largo de la investigación.

Participante 1. En la Figura 1 se presentan los resultados obtenidos por el participante 1 en el cuestionario de autorregistro durante el desarrollo de la investigación. Las primeras ocho mediciones corresponden a los datos obtenidos a lo largo de la fase de línea base (LB) mientras que las siguientes mediciones representan los datos obtenidos durante la fase de intervención (INT). Es importante recordar que la intervención tuvo una duración de tres semanas, razón por la cual los datos obtenidos son seis. Finalmente, se encuentran los datos de seguimiento (SEG), que al igual que la etapa de línea base se recolectaron dos veces a la semana durante un mes.

El análisis visual revela que el participante 1 mostró un alto nivel de cambio desde la etapa de línea base hasta la de seguimiento en las tres variables. Se puede observar que a pesar de que la variable Antojo no fue especialmente alta desde el inicio, sí mostró un cambio en la etapa de seguimiento, manteniéndose en la puntuación más baja. Por su parte, la variable de Control tuvo un cambio de alrededor de dos puntos desde línea base hasta la etapa de seguimiento. Finalmente, en donde más se observa una variación es en la variable de Actividad física, donde la participante aumentó significativamente la cantidad de minutos que realiza a diario en comparación con el inicio del estudio.

Participante 2. En la Figura 2 se presentan los resultados obtenidos en el cuestionario de autorregistro por el participante 2.

El análisis visual permite concluir que, si bien este participante presentó algunos cambios en las tres variables, estos no fueron del todo significativos. La variable de Antojos presentó una disminución notable en la etapa de intervención, sin embargo, en la etapa de seguimiento, las puntuaciones aumentaron nuevamente, aunque no fueron igual de elevadas que las obtenidas en la etapa inicial. Con respecto a la variable de Control, el cambio fue ligeramente mayor, ya que la puntuación aumentó en la etapa de intervención y logró mantenerse hasta la etapa de seguimiento. Finalmente, con respecto a la variable de Actividad física, hubo mucha más variabilidad a lo largo de las etapas: el número de días en los que se realizó ejercicio físico no varió, aunque sí lo hizo la cantidad de minutos para cada sesión completada.

Con respecto a la variable de Antojos, se puede observar que se presentó un cambio en el transcurso de la investigación, aunque este no fue muy elevado. De hecho, en la fase de intervención fue donde este participante reportó una mayor puntuación al haber cedido a los antojos a lo largo del día. Con respecto a la variable de Control, esta tuvo un aumento importante desde la fase inicial hasta la fase de seguimiento, es decir, la sensación de control aumentó de forma significativa después de la intervención. Finalmente, con respecto a la Actividad física, se presentaron cambios desde la etapa de línea base y, aunque la cantidad de minutos de ejercicio que esta participante realizó a diario no fue elevada en comparación con los participantes anteriores, sí se incrementó el número de días en que este participante practicó alguna actividad física.

Participante 4. En la Figura 4 se presentan los resultados obtenidos en el cuestionario de autorregistro por el participante 4.

El análisis visual permite concluir que el participante presentó cambios significativos en las tres variables evaluadas. Con respecto a la variable Antojos, se puede observar que hubo una disminución considerable de los mismos a partir de la semana de intervención, los cuales se mantuvieron hasta la etapa de seguimiento. En cuanto a la variable de Control, se presentaron cambios en la etapa de intervención, que de igual manera se mantuvieron en la conclusión de la investigación. Para terminar, la variable de Actividad física muestra un cambio importante a través de las etapas del estudio puesto que, inicialmente, la participante realizó muy poca actividad física, mientras que en las etapas de intervención y seguimiento se logró aumentar tanto la cantidad de minutos de ejercicio al día como la cantidad de días en que se realizó.

Peso corporal

En la Tabla 2 se muestran los resultados obtenidos en la variable Peso de cada uno de los participantes en el transcurso de la investigación. Se puede observar que todos presentaron una pérdida de peso. En promedio, los participantes perdieron 2.3 kg, siendo el mayor peso perdido de 4 kg y el menor de 1 kg. Vale la pena mencionar que la medición de esta variable se realizó en cuatro momentos como se muestra a continuación.

Comparación entre participantes

En el siguiente apartado se muestra la comparación hecha entre cada uno de los participantes que conformaron esta investigación por cada una de las variables. El análisis estadístico Tau-U permite identificar si se presentó algún cambio significativo entre dos fases de un estudio, arrojando puntuaciones entre -1 y 1. Estos valores pueden ser interpretados como el porcentaje de cambio que hubo entre las dos etapas. Para efectos de esta investigación, se compararon los datos obtenidos en la línea base (LB) con los datos obtenidos en la fase de seguimiento (Seg).

Antojos.

En la Tabla 3, se presentan los resultados obtenidos por cada uno de los participantes con respecto a la variable de Antojos. Se puede observar que, en términos generales, todos los participantes redujeron en alguna medida el síntoma. Sin embargo, a pesar de que hubo una reducción de los antojos a los que cedieron los participantes entre las dos etapas, esta no es significativa. En contraposición, el tamaño del efecto combinado sí mostró un cambio estadísticamente significativo

Control.

En la Tabla 4 se presenta la comparación de las puntuaciones obtenidas por los participantes en las etapas de línea base y seguimiento con respecto a la variable de Control. En términos generales, se observa que hubo un aumento significativo tanto en el valor que combina las puntuaciones obtenidas por todos los participantes, como en el valor individual.

Actividad física.

Finalmente, en la Tabla 5 se presentan los resultados obtenidos por los participantes con respecto a la variable de Actividad física. Se observa que, al igual que la variable de Control, los participantes presentaron un aumento significativo en la cantidad de minutos de actividad física que realizaron a lo largo de la investigación.

**5. REFERENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS CONSULTADOS.
TODAS REFERENCIAS CONSULTADAS EN LA REVISIÓN SISTEMÁTICA
(AUNQUE NO APAREZCAN EN EL ARTÍCULO)**

- Andreyeva, T., Long, M. W., Henderson, K. E. y Grode, G. M. (Abril 01, 2010). Trying to Lose Weight: Diet Strategies among Americans with Overweight or Obesity in 1996 and 2003. *Journal of the American Dietetic Association*, 110, 4, 535-542.
- Amigo, I. y Fernandez, C. (2004). El efecto iatrogénico de las dietas. *Revista Española de Obesidad*, 4, 207- 215
- Amzallag, W. (2000). De perder peso, al control del peso: Experiencia de un programa. *Revista cubana de investigación biomédica*. 19(2), 98-115. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v19n2/ibi02200.pdf>
- Arrivillaga, M., Salazar, I. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34(4), 186-195. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28334403.pdf>
- Cervera, P., Clapes, J. y Rigolfas, R. (2015). Alimentación y dieta terapia: Nutrición aplicada en la salud y la enfermedad. Madrid: Interamericana-McGraw Hill.
- Bandura, A. (1999). Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios en la sociedad actual. Desclée de Brouwer: España.
- Baum, C. L. y Ruhm, C. J. (2007). *Age, socioeconomic status and obesity growth*. Cambridge, Mass: National Bureau of Economic Research.
- Blackledge, J. T. y Hayes, S. C. (2001). Emotion Regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Clinical*

Psychology, 57, 2, 243.

Carral, S. L. F., Cabo, N. D., Ayala, O. C., Gómez, R. F., Piñero, Z. A., Prieto, F. M., Jiménez, M. A. I., ... García, C. C. (2013). Efectividad de un programa de intervención sobre los estilos de vida en personas con obesidad atendidos en régimen de Hospital de día. *Revista De Calidad Asistencial*, 28, 5.

Cervera, P. et al. (2004). Alimentación y dieta terapia: nutrición aplicada en la salud y la enfermedad (4a. ed.). Madrid: McGraw-Hill.

Corella, D., Ortega-Azorín, C., Sorlí, J. V., Covas, M. I., Carrasco, P., Salas-Salvadó, J., ... y Lamuela-Raventos, R. (2012). Statistical and biological gene-lifestyle interactions of MC4R and FTO with diet and physical activity on obesity: new effects on alcohol consumption. *PloS one*, 7(12), e52344.

Dwyer, J. T. y Black, H. (1979). What you can do about weight control: Safe and sensible weight loss, good nutrition, how to select a diet, other weight control methods. Wellesley, Mass: Arandel Pub. Co.

Forman, E. M., Butryn, M. L., Manasse, S. M., Crosby, R. D., Goldstein, S. P., Wyckoff, E. P. y Thomas, J. G. (2016). Acceptance-based versus standard behavioral treatment for obesity: Results from the mind your health randomized controlled trial. *Obesity*, 24, 10, 2050-2056.

Forman, E. M., Butryn, M. L., Manasse, S. M. y Bradley, L. E. (2015). Acceptance-based behavioral treatment for weight control: a review and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 2, 87-90.

Herman, C.P. y Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.

Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C. y Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la promoción de la salud*. 15 (1), 128-143. Recuperad de: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>

Guillén, R. R. S. (2014). *Psicología de la obesidad: Esferas de vida. Multidisciplinar y complejidad*.

Katterman, S. N., Goldstein, S. P., Butryn, M. L., Forman, E. M. y Lowe, M. R. (2014). Efficacy of an acceptance-based behavioral intervention for weight gain prevention in young adult women. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 1, 45-50.

Kayman, S., Bruvold, W. y Stern, J.S. (1990). Maintenance and relapse after weight loss in women: behavioral aspects. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 52(5), 800-807.

Kouvonen, A., Kivimäki, M., Oksanen, T., Pentti, J., De, V. R., Virtanen, M., Vahtera, J., ... Zhang, H. (October 16, 2013). Obesity and Occupational Injury: A Prospective Cohort Study of 69,515 Public Sector Employees. *Plos One*, 8, 10.

Keesey, R. E. (1980). The regulation of body weight: A set-point analysis. En A. J. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp. 144-165). Filadelfia: W. B. Saunders.

- Lillis, J., Hayes, S.C., Bunting, K. y Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 58-69.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K. y Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 1, 58-69.
- Magallares, A., Morales, J. F. y Rubio, M. A. (2014). Group identification, discrimination and psychological health in an obese sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 3, 421-431.
- Moonckeberg, B., Fernando, S. y Muzzo, B. (2015). La desconcertante epidemia de obesidad. *Sociedad Chilena De Nutrición, Bromatología y Toxicología*.
- Montorfano, L., Quirante, F. P., Wakamatsu, K., Menzo, E. L., Szomstein, S. y Rosenthal, R. (2016). The role of Age in weight loss pattern after bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 12, 7.
- McGuire, M.T., Wing, R.R., Klem, M.L., LangW. y Hill, J.O. (1999). What predict weight regain in a group of successful weight losers? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 177-185.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de situación nutricional (ENSIN) (2015)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *¿Qué es un peso saludable?* Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Peso-saludable.aspx>
- Müller, M. J., Bogy-Westphal, A. y Heymsfield, S. B. (2010). *Is there evidence for a set point that regulates human body weight?* Medicine Reports Ltd.
- National Institutes of Health. (1998). *Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults*. Estados Unidos. Recuperado de: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/ob_gdlns.pdf
- National Institutes of Health. (2000). *Maintaining a healthy weight on the go*. Estados Unidos: Department of Health and Human Services. Recuperado de: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/AIM_Pocket_Guide_tagged.pdf
- Organización Mundial de la Salud. *Obesidad y sobrepeso* (2017). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Actividad física*. Recuperado de: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Oros, L. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 14(1), 89-98.
- Peters, A., Bogy-Westphal, A., Kubera, B., Langemann, D., Goele, K., Later, W., Heller, M., Müller, M. J. (2011). Why doesn't the brain lose weight, when obese people diet? *Obesity Facts*, 4, 2, 151-7.
- Roossner, S. M., Hansen, J. V. y Rössner, S. (2011). New Year's Resolutions to Lose Weight - Dreams and Reality. *Obesity Facts*, 4, 1,

3-5.

Swift, D. L., Johannsen, N. M., Lavie, C. J., Earnest, C. P. y Church, T. S. (2014). The Role of Exercise and Physical Activity in Weight Loss and Maintenance. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 56, 4, 441-447.

Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.

Valdivieso, R. y Gutiérrez, B. (2010). Antojos. *Actualización en Medicina de Familia*. 6(3), 159-162. Recuperado de: [http://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=37&id=Aquellas_pequenas_cosas\(3\).pdf](http://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=37&id=Aquellas_pequenas_cosas(3).pdf)

Vazquez, I. A. y Rodriguez, C. F. (2013). El papel del psicólogo clínico en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Papeles del Psicólogo*, 34, 1, 49-56.

6. APENDICES

SE DEBE ANEXAR EL ARTÍCULO Y LOS DEMÁS ANEXOS QUE SE CONSIDEREN PERTINENTES