

**KONRAD
LORENZ**
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**EFICACIA DE UN PROTOCOLO DE TRES SESIONES BASADO EN LA TERAPIA DE
ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN LA PÉRDIDA DE PESO EN PERSONAS CON
SOBREPESO**

Miguel Ángel Acuña

Dirigida por:

Pablo Vallejo Medina y Francisco J. Ruiz

Bogotá, D.C.

2019

SE INSERTA EN ESTA PÁGINA EL ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS

SE INSERTA EN ESTA PÁGINA EL ACTA DONDE SE OTORGA DISTINCIÓN SI ES EL CASO, YA SEA DEL CONSEJO SUPERIOR O DEL CONSEJO ACADÉMICO DEPENDIENDO SI ES LAUREADA O MERITORIA RESPECTIVAMENTE

Agradecimientos:

A mis padres, quienes me han acompañado durante todo este proceso y me han apoyado de forma incondicional.

A mis maestros, por su interés en el conocimiento, por ser una guía constante y un ejemplo a seguir.

A David Bryshaw, por su apoyo incondicional y motivación constante.

Tabla de Contenido

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Justificación del proyecto.....	3
Referentes teóricos y empíricos.....	7
Terapia de aceptación y compromiso.....	13
Evitación experiencial.....	13
Efectos de la terapia de aceptación y compromiso en la pérdida de peso.....	15
Aspectos metodológicos.....	17
Problema de investigación.....	17
Objetivos.....	17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	17
Variables.....	18
Variable independiente.....	18
Variables dependientes.....	19
Método.....	20
Participantes.....	20
Diseño.....	21
Instrumentos.....	21
Procedimiento.....	22
Consideraciones éticas.....	24
Resultados	25

Cuestionario de auto-registro.....	25
Peso corporal.....	30
Comparación entre participantes	30
Discusión.....	32
Referencias.....	36

Lista de Tablas

Tabla 1. Información general de los participantes.....	25
Tabla 2. Datos de peso de los participantes en todas las etapas	30
Tabla 3. Análisis <i>Tau-U</i> de la variable Antojos.....	31
Tabla 4. Análisis <i>Tau-U</i> de la variable Control.....	31
Tabla 5. Análisis <i>Tau-U</i> de la variable Actividad física.....	32

Lista de Figuras

Figura 1. Resultados cuestionario de auto-registro del participante 1.....	26
Figura 2. Resultados cuestionario de auto-registro del participante 2.....	27
Figura 3. Resultados cuestionario de auto-registro del participante 3.....	28
Figura 4. Resultados cuestionario de auto-registro del participante 4.....	29

Lista de abreviaturas

AAQ-W Cuestionario Aceptación y Acción para Dificultades relacionadas con el Peso

BI-AAQ Cuestionario de Aceptación y Acción en Imagen Corporal

ICM Índice de Masa Corporal

ENDS Encuesta Nacional de Demografía y Salud

ENSIN Encuesta de Situación Nutricional

OMS Organización Mundial de la Salud

Eficacia de un protocolo de tres sesiones basado en la terapia de aceptación y compromiso en la pérdida de peso en personas con sobrepeso

Resumen

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.

Palabras Clave: Sobrepeso, Terapia de Aceptación y Compromiso, Conductas saludables, Antojos, Control, Actividad física.

Abstract

Obesity is a growing health problem in the present, this has led to design interdisciplinary efforts to generate interventions aimed at weight loss; however, the long-term results of these programs are limited, with the recovery of the lost weight being frequent. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is based on the principles of accepting physical discomfort, allowing the subject to adopt important values such as healthy habits. This research aims to analyze the effect of a three-session protocol based on ACT on weight loss through a multiple baseline design across participants. Participants were four women over 18 years, with overweight, to whom applied some tests and a self-registry questionnaire, to identify healthy habits. To analyze the results, visual analysis and the nonparametric statistic *Tau-U* were used, concluding an increase in the presence of healthy habits and the weight loss.

Key words: Overweight, Acceptance and Commitment Therapy, Healthy habits, Cravings, Control, Physical activity.

Introducción

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.

Referentes teóricos y empíricos

El sobrepeso y la obesidad han sido problemáticas que se han estudiado desde diferentes perspectivas. Aunque este tipo de problemática tiene un reconocimiento y atención en gran parte de países del mundo debido al gran avance de casos y al estilo de vida actual del hombre del siglo XXI, no han sido suficientes los esfuerzos por parte de algunas agremiaciones académicas en dar respuesta a la epidemia de obesidad. Pareciera que este problema cada vez está más en auge y que los métodos existentes para contrarrestarlo no fueran capaces de dar respuesta a largo plazo a este tipo de problemática. Existen límites y alcances en la pérdida de peso que deben ser considerados antes de abordar cualquier programa de pérdida de peso. Por lo que es importante revisar las dificultades inherentes a la genética y fisiología de cada individuo para así tener una posición más realista frente a las posibles barreras que se puedan presentar en un proceso de pérdida de peso (Rossner, Vikaer y Rossner, 2011).

Perder peso parece ser una de las principales prioridades en la actualidad. En el mercado existe gran variedad de opciones para perder peso, incluyendo libros, aplicaciones, planes de comida, equipo para ejercicios, suplementos, planes dietéticos y programas para bajar de peso. Entre los más comunes se encuentra: Weight Watchers de la autora Jenny Craig, la dieta "The Biggest Loser", Slim Fast, Flat Belly, Nutrisystem y muchos otros. Estos planes han generado gran parte de expectativa por parte de las personas que los siguen, generado incertidumbre y frustración cuando no se logran los resultados esperados. Por consiguiente, cada vez parece ser más inalcanzable el objetivo de la pérdida de peso para las personas que siguen este tipo de programas o estrategias (Andreyeva, Long, Henderson y Grode, 2010).

Los expertos de la salud están de acuerdo en que la realización de ejercicios constantes y llevar una dieta saludable aumenta la probabilidad de disminuir el riesgo de enfermedades relacionadas con la salud física y mental. Una dieta saludable, de acuerdo con la OMS, consiste en una alimentación en su gran mayoría conformada por frutas, verduras y hortalizas. Comer al menos cinco porciones (o 400 grs.) de frutas y verduras al día, reduciendo el consumo de grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcar, sal y sodio parecen ser la clave para tener un cuerpo y mente saludable (Peters et., 2011).

Gran parte de las personas que realizan enormes esfuerzos para bajar de peso, no lo consiguen, lo que genera un alto grado de insatisfacción. Existen factores predisponentes para la pérdida de peso como la ansiedad. Ésta es un síntoma muy común experimentando por las personas que desean bajar de peso y se suele hacer cada vez más presente cuando se realizan intentos frenéticos de resistencia a los antojos, así como el esperar resultados de la pérdida de peso rápidamente. La pérdida de peso toma tiempo, especialmente en ciertas edades en el desarrollo humano. Por ejemplo, a la edad de 30 y 40 años, la masa muscular y el índice del metabolismo se

reducen y los esfuerzos realizados para reducir la ingesta de calorías pareciera no reflejarse en el peso corporal, creando gran frustración en algunas personas que se encuentran en estos rangos de edad (Monckeberg y Muzzo, 2015).

Existen ciertos factores biológicos que pueden restringir la pérdida de peso. Entre estos se encuentra el self point, entendido como una barrera o indicador biológico que tiene cada organismo cuya función es intentar frenar la reducción de peso. Este concepto está relacionado con lo que las dietas suelen denominar “efecto suelo”. Este efecto se manifiesta cuando una persona empieza a restringir el número de calorías que consume, provocando una disminución rápida de peso. No obstante, al cabo de unas semanas se puede observar cómo, a pesar de mantenerse dicha restricción, se pierden cada vez menos kilos hasta que llega un punto en donde la persona no logra perder más peso (Keeseey, 1980). Con el tiempo, a medida que el ser humano aumenta de peso, el self point parece aumentar igualmente, dificultando la pérdida de peso a largo plazo. Sin embargo, cuando las personas bajan de peso y mantienen este, con el tiempo el self point suele situarse más abajo. Para que se mantenga bajo el self point, se requieren al menos 5 años manteniendo un peso adecuado. Al parecer, esta es una de las principales barreras que presentan las personas al someterse a un programa de pérdida de peso, siendo esta la explicación de la tendencia del organismo a recuperar el peso perdido (Keeseey, 1980).

Por otro lado, existen fenómenos en los cuales, aunque un ser humano ingiera una alta cantidad de calorías al año, logra mantener el peso en un rango estable, con una variación del 1%. Una posible explicación a este fenómeno está mediada por la teoría del ponderostato y el set point del peso, por el cual las personas son capaces de mantener un peso, aunque éste sea excesivo. El ponderostato actúa como un termómetro, avisando al organismo sobre la necesidad de ingerir comida. Cuando las personas realizan dieta y restringen el número de calorías, las células adiposas

se van vaciando y el cuerpo para la producción de leptina, encargada de la sensación de saciedad e inhibición del apetito. Al existir falta de leptina, se incrementa la sensación de hambre; de igual manera, cuando los adipocitos se llenan, la producción de leptina bloquea el apetito. Esta explicación podría ser la respuesta de porqué las personas que deciden restringir la cantidad de alimentos que consumen durante un periodo prolongado, generan que el organismo naturalmente tienda a comer menos, saciarse con más facilidad y por ende, volver a su peso normal; lo que se explica por una tendencia del organismo a la homeostasis de acuerdo al ponderostato. Desde este punto de vista, se podría explicar la ineficiencia de algunas dietas y programas para bajar de peso en el mantenimiento del peso deseado a largo plazo (Amigo y Fernandez, 2013; Cervera, Clapés y Rigolfas, 2015).

Actualmente, existe gran variedad de dietas y planes dietéticos que prometen grandes resultados; sin embargo, esto no pareciera tener consecuencias en el peso de las personas a largo plazo. Entre los posibles efectos que tienen éstas a corto plazo, se encuentra la reducción del consumo total de calorías que se pueden conseguir de distintas formas como la reducción de carbohidratos y grasas. Solo un 50% de las personas con sobrepeso y obesidad que realizan estas dietas logran mantener este peso en al menos un año. Por otro lado, las investigaciones epidemiológicas han llegado a la conclusión de que el 95% de las personas que pierden peso lo recuperan entre uno y cinco años (Cervera, Clapés y Rigolfas, 2004). Asimismo, cuatro de cinco personas en dieta terminan ganando las libras perdidas en un año o dos después de haberlas perdido, y en algunos casos pareciera que aumentarían más de peso. Estas consecuencias producen un estado de desesperanza y aumento del descontento por parte de estos en la adherencia de futuros tratamientos relacionados con la pérdida de peso (Swift, Johannsen, Lavie, Earnest y Church 2013).

De acuerdo con la teoría de Herman y Mack (1975), la tendencia a recuperar el peso perdido en personas que deciden restringir la ingesta de algunos alimentos y que tienden a realizar este tipo de dietas se debe a las creencias relacionadas con lo que deben realizar en lugar de las sensaciones reales de hambre y saciedad. Cuando las personas presentan antojos y hambre, por lo general, experimentan pérdida del control en el consumo de alimentos, comiendo de forma más descontrolada cuando sienten que han perdido el control de la dieta o al sentirse alteradas emocionalmente, llevándolas a la desinhibición alimentaria. Cuando las personas que restringen los alimentos que consumen sobrepasan su límite respecto a lo que pueden comer, tienden a comer de forma desaforada. Esta explicación responde al por qué tras una dieta de restricción calórica las personas restrictivas tienden a comer de forma desinhibida debido al aumento en la sensibilidad y apetito por los alimentos restringidos.

En la actualidad, una de las posibles soluciones a la pérdida de peso que logran mantenerse a lo largo del tiempo, es la cirugía bariátrica. En un estudio realizado por Montorfano et al. (2016) se realizó un seguimiento a pacientes jóvenes de edades entre 18 y 25 años y mayores entre 40 y 60 años después de haberles practicado una cirugía bariátrica. Los resultados indicaron que las personas pierden peso a un ritmo diferente. Aunque la pérdida de peso en el primer año después de la cirugía es mayor en pacientes más jóvenes, después de tres años todos los pacientes muestran un IMC final similar. Esto puede ser un reflejo de un metabolismo diferente o adherencia al tratamiento postquirúrgico. Por lo que se concluye que la cirugía bariátrica es una forma efectiva de perder peso independientemente de la edad.

Antes de iniciar cualquier plan que requiera la pérdida de peso, es importante abordar las expectativas relacionadas con el peso ideal porque la pérdida de peso esperada tiende a ser muy alta. Esto es especialmente cierto en las personas que han seguido regímenes alimenticios estrictos

con dietas hipocalóricas, generado la creencia de que cuanto menor consumo de calorías, mayor pérdida de peso, algo que si bien es posible, no es en muchos casos sostenible a largo plazo. Otra de las creencias relacionadas con el peso es la idea de conseguir una reducción de más de un 10%-15% de modo permanente. Aunque a corto plazo esto sea posible, a largo plazo se ha demostrado que estas pérdidas no son realistas. Por ende, cuantos más fracasos previos se han tenido con las dietas hipocalóricas, y cuanto mayor es el porcentaje de peso que se ha perdido, mayor es la probabilidad de fracaso con una nueva dieta (McGuire, Wing, Klem, Lang y Hill, 1999; Vogels, Diepvens y Westerterp-Plan- Tenga, 2005).

Es importante reconocer este tipo de conceptos como el selfpoint, ya que da una respuesta a los alcances que tiene el cuerpo al someterse a cualquier tipo de programa de pérdida de peso. El peso adecuado de una persona estará en parte mediado por el selfpoint, ya que para perder una cantidad considerable de peso se necesita una restricción calórica importante. No obstante, como se ha demostrado, el cuerpo a largo plazo no suele mantener esta pérdida y, por el contrario, parece aumentar de peso debido a las restricciones calóricas. Esto provoca mayor frustración en las personas. Sin embargo, cada persona es distinta y tiene un sistema fisiológico diferente, por lo que no se debería anticipar y negar las posibles opciones que tiene una persona ante la pérdida de peso (Muller, Westphal y Heymsfield, 2010).

El cuerpo humano fluctúa a lo largo de los años, generando cambios a nivel físico y psicológico y en ocasiones. Estos cambios no suelen representar las expectativas de las personas, volviéndose un desafío lograr aceptar el cuerpo que tienen y las posibilidades reales de pérdida de peso. La aceptación de hasta qué punto es factible disminuir el peso es coherente con los principios de la terapia de aceptación y compromiso.

Terapia de aceptación y compromiso

La terapia de aceptación y compromiso (en adelante ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) se basa en la premisa de que la evitación experiencial destructiva está en la raíz de los problemas psicológicos debido a que la persona consume buena parte de su día evitando o escapando del malestar en lugar de realizar acciones valiosas. La ACT puede ser aplicada en los problemas alimentarios debido a que, por un lado, el consumo de alimentos puede ser en algunos casos una forma de evitación experiencial y, en otros casos, la aceptación de los pensamientos y emociones relacionados con el propio cuerpo puede ser un paso necesario para resolver dichos problemas (Blackledge y Hayes, 2001).

En lugar de hacer un cambio en los pensamiento y emociones aversivas, el modelo de ACT tiene como objetivo desarrollar la habilidad de experimentarlos sin defensa y dirigir la propia conducta a la consecución de metas y objetivos valiosos (Blackledge y Hayes, 2001). Se ha señalado a la fusión cognitiva (la tendencia a tomar los propios pensamientos como hechos) y la evitación experiencial (todos los intentos de evitar las experiencias y sentimientos incómodos) (Hayes et al., 2006), como posibles variables que intervienen a la hora de ganar de peso de nuevo y, por ende, comer para aliviar el malestar emocional que se experimenta (Lillis et al., 2009, 2011). La falta de compromiso y adherencia a programas de pérdida de peso podrían atribuirse a la inflexibilidad psicológica y a la evitación experiencial que tienen las personas con problemas de sobrepeso y obesidad.

Evitación experiencial

La evitación experiencial es un patrón de regulación verbal a través del cual la persona hace esfuerzos conscientes por evitar o escapar de los pensamiento y emociones aversivos. Las estrategias de evitación experiencial pueden tomar muchas formas o topografías, pero todas se

mantienen por el reforzamiento negativo que tiene lugar cuando se reducen las funciones aversivas del malestar experimentado. No obstante, esto produce un efecto rebote y tiende a resultar en consecuencias indeseadas a largo plazo. La evitación experiencial es la raíz de muchos trastornos psicológicos y problemas de conducta, siendo algo problemático cuando un individuo dedica grandes cantidades de energía, tiempo y esfuerzo para controlar, luchar o dirigir sus experiencias internas no deseadas (Ruiz, 2010).

Las personas con sobrepeso y obesidad tienden a ingerir grandes cantidades de alimentos como una forma de evitar y escapar de emociones y pensamientos incómodos, aumentando así los problemas de peso a largo plazo. Comer como estrategia de evitación experiencial, al inicio, puede aminorar de forma inmediata las sensaciones de malestar; no obstante, comer en respuesta a las emociones aumentaría los problemas de un individuo en el tiempo mediante el aumento de peso y el abandono de objetivos de pérdida de peso, generando sentimientos de culpa y remordimiento que querrán evitar, creando un círculo vicioso a largo plazo (Lillis, Hayes y Michael, 2011).

La ACT ha demostrado ser exitosa en el tratamiento de una gran cantidad de trastornos psicológicos. Adicionalmente, la ACT se ha aplicado a problemáticas relacionadas con la imagen corporal y con problemas de obesidad, en donde ha mostrado ser eficaz incluso tiempo después de la intervención en diferentes estudios (Lillis et al., 2011).

Aunque la ACT ha demostrado ser eficaz en programas para perder peso en individuos con sobrepeso y obesidad, no se ha estudiado en población latinoamericana. Una intervención desde ACT puede ayudar en la aceptación de los pensamientos y sentimientos relacionados con la alimentación y en el desarrollo de patrones de autocontrol y ejercicio físico que pueden contribuir con el cumplimiento a largo plazo de programas de pérdida de peso y aumentar estilos de vida saludables.

La defusión, uno de los principales componentes de la ACT, tiene como objetivo flexibilizar la reacción del individuo ante los pensamientos y emociones ante los que suele responder poniendo en práctica estrategias de evitación experiencial, impidiéndole seguir una vida orientada a valores. Dentro de los programas de pérdida de peso, las personas usualmente se rigen por evaluaciones verbales de sí mismas y la fusión con estas evaluaciones puede ser problemática a largo plazo. Existen personas que creen que necesitan seguir rígidamente un plan de alimentación (dieta) fusionándose con pensamientos absolutistas como "Si como postre, mi dieta se arruina. Si fallo en mi dieta, soy un fracaso de persona".

Este tipo de comportamientos hacen que una persona fusionada podría quedar atrapada en tales pensamientos y actuar en coordinación con estos, abandonando hábitos de autocontrol. Evitar eventos privados asociados al malestar produce una rigidez conductual en cada vez más contextos, generando una inversión de tiempo y energía en el individuo. El objetivo del tratamiento en ACT es la disminución del impacto de los pensamientos y emociones e incrementar acciones comprometidas aun estando bajo experiencias de malestar en dirección de acciones valiosas; en otras palabras, promover la flexibilidad psicológica.

Efectos de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la pérdida de peso

Se han realizado estudios para determinar la eficacia de ACT en la reducción de antojos hacia la comida y como método para tratar la obesidad y la pérdida de peso en individuos con sobrepeso y obesidad. Forman et al. (2007) mostraron en un estudio análogo experimental que las estrategias de aceptación funcionaron mejor que las estrategias de control (distracción y reevaluación cognitiva) en no ceder a los antojos.

En otro estudio, Forman, Butryn, Hoffman y Herbert (2009) analizaron la eficacia de una intervención basada en ACT para la pérdida de peso en mujeres obesas. Las mujeres en este estudio

perdieron un 6,6% de su peso corporal después del tratamiento y un 9,6% de su peso corporal a los 6 meses de seguimiento. Asimismo, se mostraron reducciones en la evitación experiencial y atracones de comida. Lillis et al. (2011) encontraron que los participantes que habían estado en el tratamiento con ACT reportaron una disminución de atracones, repercutiendo esto notablemente en su peso. Esta disminución en los atracones fue mediada por cambios en la evitación experiencial.

En otro estudio, Lillis et al. (2009) analizaron el efecto de ACT en la mejora de la calidad de vida de individuos con obesidad. Los participantes en esta investigación manifestaron mayores mejoras en cuanto al estigma producido por la obesidad y mayor calidad de vida, tolerancia al malestar psicológico y aceptación relacionada con el peso y flexibilidad psicológica. Los cambios en el afrontamiento de la aceptación relacionada con el peso y la flexibilidad psicológica mediaron los cambios en las variables dependientes principales (Lillis et al., 2009).

Tapper et al. (2009), por su parte, llevaron a cabo cuatro sesiones de 2 horas para mujeres que se encontraban realizando intentos para bajar de peso. Los resultados mostraron que los participantes en la intervención aumentaron la actividad física y redujeron el IMC en comparación con el grupo control, en el que la instrucción fue continuar con los planes alimenticios usuales.

En la actualidad, las investigaciones abordadas desde diferentes enfoques de la psicología muestran distintas perspectivas en el manejo de la pérdida de peso, centrándose principalmente en psico-educar a los individuos sobre por qué es importante la pérdida de peso, olvidando en sus tratamientos postular componentes experienciales para mejorar el tratamiento. Bajo este método de trabajo se permite que los participantes participen y se involucren de forma interactiva en el contenido del programa, lo que facilita la adquisición de habilidades y el cambio de actitud de estos frente a las dificultades individuales que presentan en la pérdida de peso. Algunos estudios

han demostrado que la psicoeducación es inefectiva para producir cambios de comportamiento (Helweg-Larsen y Collins, 1997; Larimer y Crouce, 2002). Por otro lado, los programas, así como intervenciones basadas en actividades interactivas, pueden producir efectos de intervención más generalizables que los programas didácticos.

Aspectos Metodológicos

Problema de Investigación

¿Es eficaz un protocolo de tres sesiones basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso en la pérdida de peso y la promoción de conductas saludables en personas con sobrepeso?

Objetivos

Objetivo general. Evaluar la eficacia de un protocolo de tres sesiones basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso en la pérdida de peso y el fomento de conductas saludables en personas con sobrepeso.

Objetivos específicos.

Evaluar la eficacia de un protocolo basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso en la pérdida de peso.

Evaluar la eficacia de un protocolo basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso en la reducción de antojos en personas con sobrepeso.

Evaluar la eficacia de un protocolo basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso en el aumento de la sensación de control en personas con sobrepeso.

Evaluar la eficacia de un protocolo basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso en el aumento de actividad física en personas con sobre peso.

Variables

Variable independiente. Protocolo de cuatro sesiones basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Este protocolo tiene como objetivo orientar a los participantes para que reconozcan las conductas que han empleado para la pérdida de peso a lo largo del tiempo, las cuales no han dado los resultados esperados. Posteriormente, el protocolo tiene como objetivo reconocer que existen otras alternativas, que de forma consciente pueden ayudarlos a perder peso de una forma saludable. Es vital que los participantes reconozcan la existencia de un problema, sin que esto conlleve a que olviden lo que es importante para ellos, se pretende que los participantes estén orientados en sus valores. Cada una de las sesiones tuvo una duración de sesenta minutos, las cuales se realizaron una vez por semana, abordando cada uno de los siguientes ítems:

Desesperanza creativa. En esta fase se ayuda al participante a identificar las estrategias que está llevando a cabo para sentirse mejor con su cuerpo y si estas estrategias le han sido útiles o, si por el contrario, la insatisfacción corporal persiste.

El control es el problema. Se le hace ver al participante que no es posible controlar de manera consciente y deliberada los eventos privados.

Mindfulness y aceptación. Se trabaja la defusión cognitiva, la cual consiste en ayudar al participante a tomar distancia psicológica de sus pensamientos y sentimientos.

Clarificación de valores personales. Se trata de ayudar al participante a identificar lo que realmente valora en su vida y examinar la manera en la que su conducta alimentaria entra en conflicto con esos valores (Juarascio et al., 2013).

Barreras para actuar en dirección a los valores. En esta fase del tratamiento se pretende que los participantes identifiquen aquellas cosas que podrían entorpecer el camino hacia la consecución de los valores escogidos.

Acción comprometida. Por último, se trata de que los participantes se comprometan a actuar en función de sus valores personales aun cuando eso implique enfrentarse al malestar que le provocan sus eventos privados usando paradojas, metáforas y ejercicios experienciales.

Variables dependientes.

Peso corporal. Se define como la cantidad de masa que posee el cuerpo de un ser humano. Con base en esta cifra, es posible describir algunas características acerca de las condiciones de salud de las personas. Un peso saludable es aquel que le permite a los individuos mantenerse con una buena calidad de vida e, igualmente, que no representa un riesgo para la salud en términos generales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

El peso de los participantes de este estudio se obtuvo por medio de una báscula, la cual registra el peso en kilogramos en las diferentes etapas de la investigación.

Conductas saludables. Se definen como el grupo de conductas y actitudes orientadas hacia la salud, influenciadas por el entorno social y económico, que se realizan en la vida cotidiana y que afectan positivamente el bienestar físico, social y mental (Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio, 2010). Algunos de los principales hábitos saludables son la alimentación, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, la recreación, los hábitos de sueño y la práctica de actividad física constante (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

Para efectos de esta investigación, se seleccionaron dos conductas que influyen en gran medida los hábitos de alimentación, ya que fomentan la ingesta excesiva de alimentos poco

saludables y por ende el sobrepeso. Estas conductas son los antojos y la actividad física. Asimismo, se midió el control percibido por el participante respecto a su propia alimentación.

Antojos. Valdivieso y Gutiérrez (2010) definen los antojos como “un deseo compulsivo e irrefrenable por consumir determinados alimentos u oler determinadas sustancias” (p. 159).

Control. Hace referencia a la creencia subjetiva de las habilidades propias que se poseen para controlar o modificar sucesos que se presentan a lo largo de la vida; también se refiere a la posibilidad de dominar un hecho dependiendo de si el control de este se encuentra dentro del propio individuo o si, por el contrario, es externo a él (Bandura, 1999).

Actividad física. La Organización Mundial de la Salud (2019) define a la actividad física como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía” (párr. 1). La actividad física reduce el riesgo de sufrir enfermedades cardiopulmonares, accidentes cerebrovasculares, diabetes e incluso algunos tipos de cáncer. Adicionalmente, la actividad física es determinante en el gasto energético diario, por lo que es esencial para mantener un equilibrio calórico y, por ende, un control adecuado del peso corporal.

Cada una de las conductas saludables descritas anteriormente fue evaluada por medio de un cuestionario de autorregistro que cada uno de los participantes diligenció en las distintas etapas de la investigación y que será expuesta en el apartado de Instrumentos.

Método

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 cumplían 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.

Resultados

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.

Tabla 1. Información general de los participantes.

Sujeto	Edad	Sexo	Altura (cm)	Peso (kg)	IMC	Estado civil	Situación laboral
1	59	F	159	72.5	28.7	Divorciada	Pensionada
2	28	F	160	88	34.4	Soltera	Empleo tiempo completo
3	30	F	163	92	34.6	Casada	Empleo tiempo completo
4	50	F	161	104	40.1	Casada	Independiente

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.

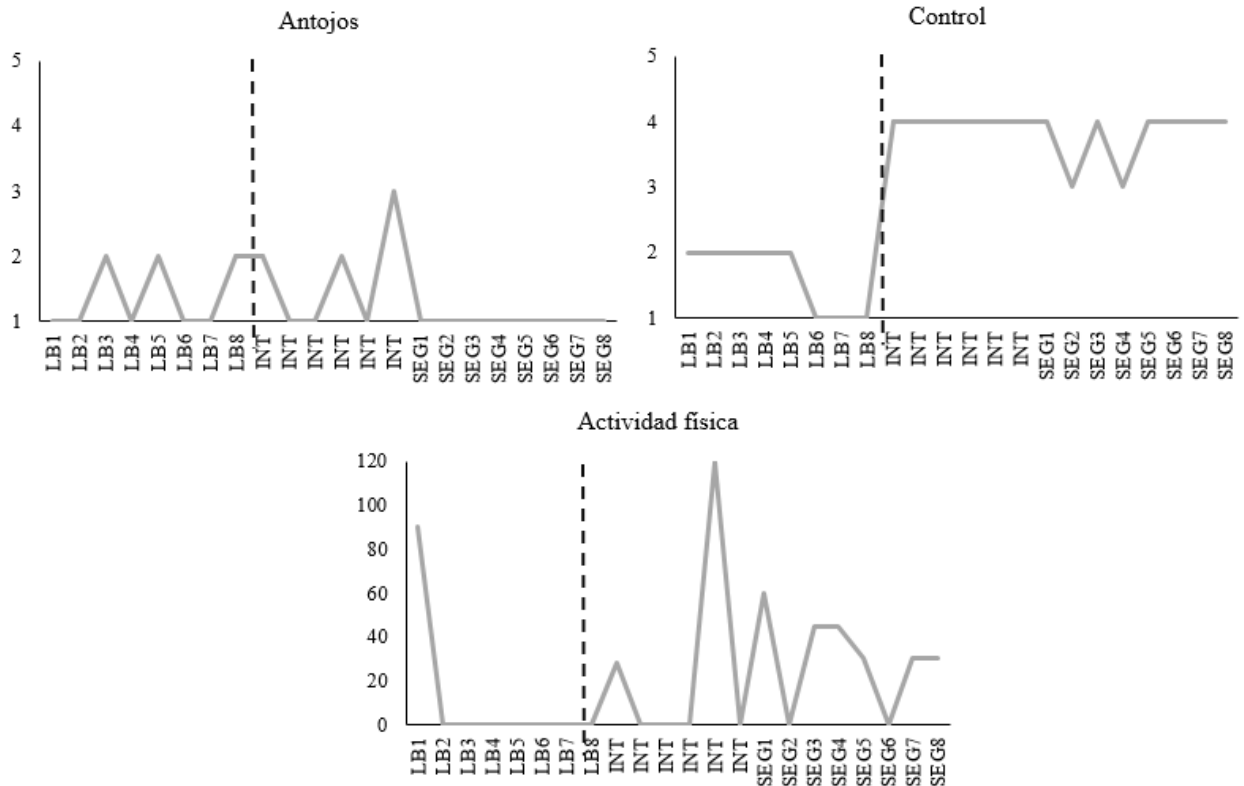


Figura 1. Resultados cuestionario de autorregistro del participante 1.

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 Antojos 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.

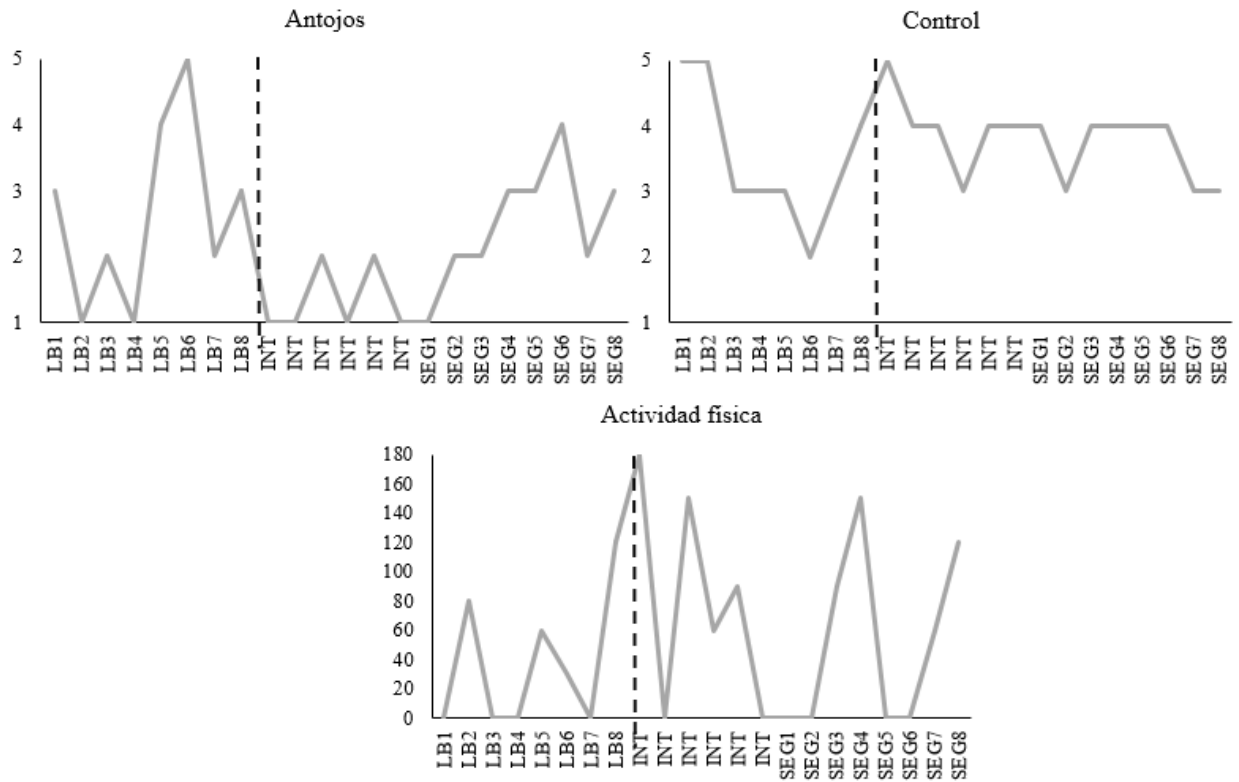


Figura 2. Resultados cuestionario de autorregistro del participante 2.

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.

Participante 3. En la Figura 3 se muestran los resultados obtenidos en el cuestionario de autorregistro a lo largo de la investigación por el participante 3.

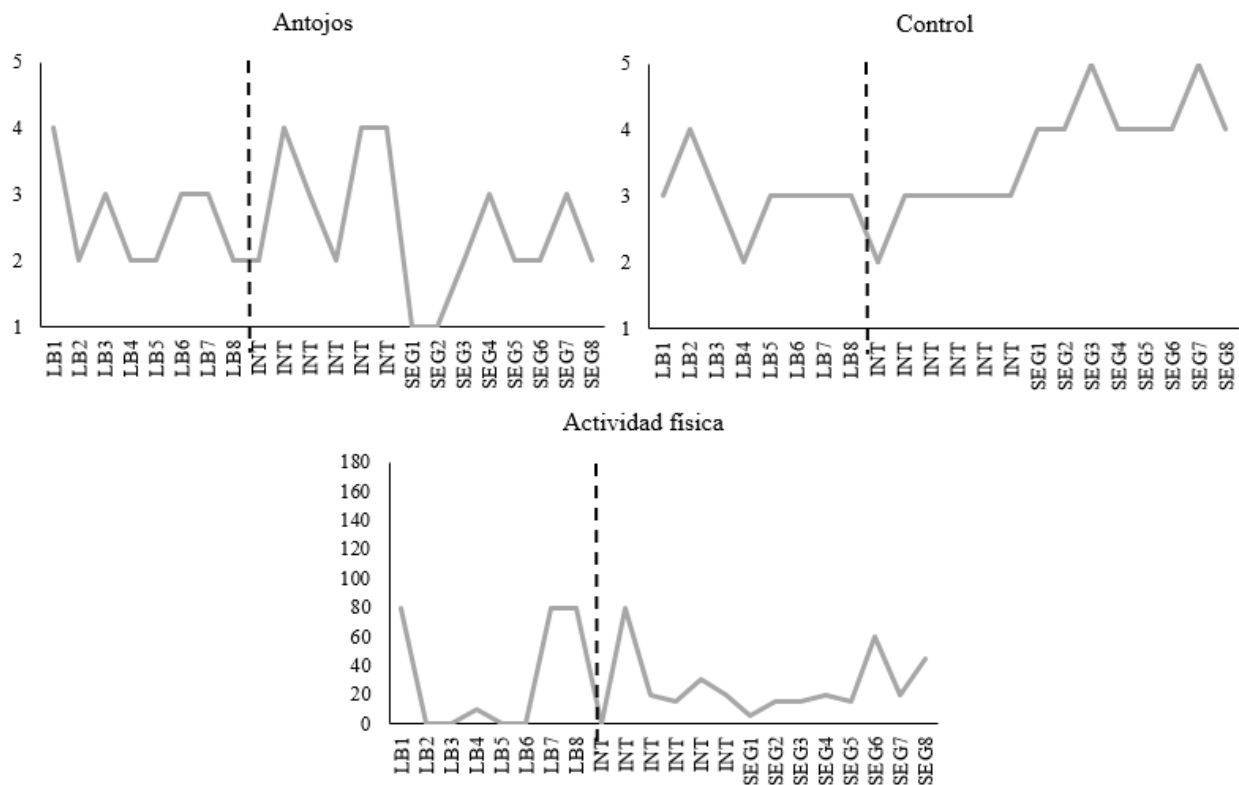


Figura 3. Resultados cuestionario de autorregistro del participante 3.

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.

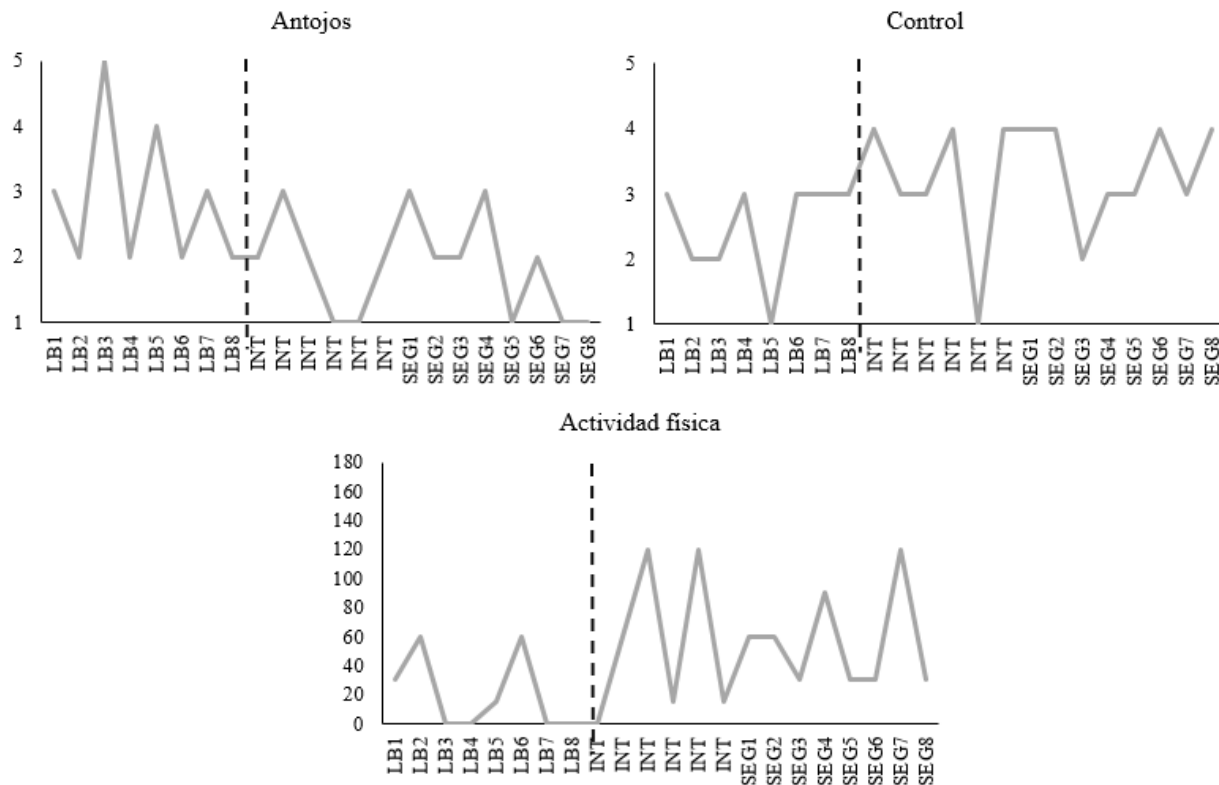


Figura 4. Resultados cuestionario de auto-registro del participante 4.

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.

Tabla 2. Datos de peso (Kg) de los participantes en todas las etapas.

Participante	1	2	3	4
Fase				
Inicial	72.5	88	92	104
Línea Base	72.5	87	93	104
Intervención	71	86.5	92.5	103
Seguimiento	70	84	92	101

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

Tabla 3. Análisis Tau-U de la variable Antojos.

LB vs Seg	TAU	P Value
Participante 1	-0,375	0,2076
Participante 2	-0,0156	0,9581
Participante 3	-0,4063	0,1722
Participante 4	-0,5	0,0929
Combinado	-0,3242	0,0293

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.

Tabla 4. Análisis Tau-U de la variable Control.

LB vs Seg	TAU	P Value
Participante 1	1	0,0008
Participante 2	0,1406	0,6365
Participante 3	0,9063	0,0023
Participante 4	0,5781	0,052
Combinado	0,6823	0,0001

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.

Tabla 5. Análisis Tau-U de la variable Actividad física.

LB vs Seg	TAU	P Value
Participante 1	0,5313	0,0742
Participante 2	0,125	0,6744
Participante 3	0,2188	0,4623
Participante 4	0,625	0,357
Combinado	0,375	0,0117

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de un protocolo breve basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso en la pérdida de peso y en el fomento de conductas saludables en personas con sobrepeso. Si bien la ACT ha sido empleada para tratar diversos trastornos psicológicos, también ha mostrado ser eficaz para tratar problemas asociados a la imagen corporal y de sobrepeso, con resultados que se mantienen a lo largo del tiempo (Lillis et al., 2011).

Unos de los objetivos de esta investigación fue promover las conductas relacionadas con hábitos saludables en los participantes. Se abordaron y evaluaron principalmente tres conductas: reducción de antojos, sensación de control y actividad física. Tal y como se presentó en los resultados, el análisis visual permite concluir que, con respecto a primera conducta saludable, todos los participantes mostraron una reducción de los antojos que se permitían a lo largo del día, e inclusive, cuatro semanas después de la intervención la tendencia baja se mantuvo. Resultados similares se obtuvieron con la variable de Control, que aumentó considerablemente a lo largo de la investigación. Esta variable es complementaria con la conducta de ceder a los antojos puesto que, a mayor percepción de control de los participantes, aumenta la posibilidad de controlar los

sucesos que se presentan a lo largo del día (Bandura, 1999; Lazarus y Folkman, Richaud de Minzi, 2005), en este caso, consumir alimentos poco saludables. Lo anterior se puede explicar partiendo del hecho de que algunas personas con sobrepeso u obesidad suelen ingerir grandes cantidades de alimentos, como un mecanismo para disminuir o evitar ciertos pensamientos o emociones que puedan resultar incómodas (Lillis, Hayes y Michael, 2011).

Con respecto a la conducta de actividad física, tanto las gráficas como el análisis estadístico muestran que hubo un aumento significativo en la cantidad de minutos en que los participantes se ejercitaron durante el tiempo que duró la investigación, e igualmente aumentó la cantidad de días en que realizaban algún tipo de actividad física. El análisis de los resultados de esta variable permite concluir que el aumento de la actividad física se presenta desde los primeros momentos de la intervención, se mantiene y en algunos casos, aumenta durante la fase de seguimiento. Estos resultados se complementan al observar la Tabla 2 que presenta el registro del peso de los participantes durante todas las etapas del estudio. A excepción del participante 3, que perdió tan solo un kilogramo de peso, los demás perdieron entre 2.5 y 3 kilogramos durante la ejecución total de la investigación que fue de dos meses y medio. Lo anterior resulta prometedor si se tiene en cuenta que para bajar de peso de forma saludable se requiere una pérdida de entre 0.5 y 1 kilogramo a la semana, dependiendo de la rigurosidad del régimen que se adopte (National Institutes of Health, 2010).

Es importante resaltar que, aunque la pérdida de peso de los participantes pudo ser mayor, el mantener un régimen de entrenamiento y alimentación similar a largo plazo resulta beneficioso puesto que, aunque se pierda una modesta cantidad de peso corporal, aspectos como la presión arterial, el colesterol, la glucosa en la sangre y el sueño pueden presentar mejoras importantes que

claramente repercuten de forma positiva en el bienestar y la salud de las personas (Amzallag, 2000; National Institute of Health, 1998).

Si bien los resultados obtenidos en esta investigación fueron prometedores ya que se observó un cambio en las conductas y en el peso de los participantes, vale la pena mencionar algunas limitaciones. En primer lugar, el proceso de reclutamiento de los participantes representó una limitación puesto que algunos de ellos perdieron interés a lo largo de la investigación, lo que representó una dificultad para contactarlos, llevar a cabo las sesiones y para aplicar el cuestionario. De hecho, inicialmente la población iba a estar compuesta por seis participantes, pero finalmente se tuvo que reducir a cuatro.

Otra limitación que se presentó fue la delimitación de algunas variables dependientes, la cual pudo abordarse de forma más completa. Por ejemplo, la variable de “antojos” sólo fue operacionalizada en términos de cantidad, más no de calidad; es decir, a los participantes se les preguntó por la cantidad de antojos que tuvieron en el día, más no por la clase de antojos que tuvieron, el cual puede ser un dato importante a considerar. Derivado de lo anterior, otra limitación presente fue concerniente al instrumento utilizado para evaluar las conductas saludables de los participantes. Sería interesante hacer uso de un cuestionario o prueba que haya sido validado en población latinoamericana, lo cual permita obtener unos resultados con mucha más confiabilidad y validez.

Finalmente, cabe resaltar que este fue un estudio piloto, por lo cual la fase de intervención fue corta, al igual que cada una de las sesiones y, aunque obtuvieron resultados positivos, valdría la pena desarrollar protocolos y fases de seguimiento más extensos, puesto que el sobrepeso y la obesidad son problemas con gran presencia en la sociedad actual, para así mismo evaluar si los resultados se mantienen en un período de tiempo más largo.

Referencias

- 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 dieto 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 dieto 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., Bosy-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., Bopsy-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_pequeñas_cosas\(3\).pdf](http://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=37&id=Aquellas_pequeñas_cosas(3).pdf)
- Vazquez, I. A. y Rodríguez, C. F. (2013). El papel del psicólogo clínico en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Papeles del Psicólogo*, 34, 1, 49-56.