



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**EFFECTOS DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO A DISTANCIA EN
AUTOESTIGMA Y PÉRDIDA DE PESO EN PACIENTES CON SOBREPESO Y
OBESIDAD.**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
LIZBETH MORENO ESPINOZA

TUTOR PRINCIPAL
DRA. NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ
Instituto Nacional De Enfermedades Respiratorias

MIEMBROS DEL COMITÉ
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
Facultad de Contaduría y Administración, UNAM

DR. ROBERTO NERIA MEJÍA
Facultad de Psicología, UNAM

DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ
Facultad de Psicología, UNAM

DR. HÉCTOR RAFAEL VELÁZQUEZ JURADO
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Ciudad de México, Junio, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A las participantes por su confianza y compromiso, porque sin ustedes ninguna intervención tendría sentido.

A las personas que viven con sobrepeso y obesidad, porque ésto contribuya a la creación de una atención más compasiva y sin estigma.

A mi mamá, papá, hermanas y mi Carlos,
es gracias a su apoyo que esto fue posible.

AGRADECIMIENTOS

A mi papá, gracias por esforzarte tanto para que yo puedo cumplir mis sueños, aún cuando no son los mismo que los tuyos. Te quiero pa.

A mi mamá, gracias por darme tu apoyo incondicional y aceptar el camino que elegí seguir, tú eres lo que siempre había querido.

A mis hermanas, gracias, Jenny por inspirarme con el ejemplo a ser valiente y por ese corazón generoso. Sharon por ese oído amable y paciente para escuchar todas mis dilucidaciones y la confianza para compartirme las tuyas.

A mi Carlos, gracias infinitas por siempre apostar por mí, por tu generosidad y tu infinita paciencia para acompañarme en esta travesía, siempre has creído en mí incluso cuando yo dudo, me siento sumamente afortunada de compartir mi vida contigo.

A la Dra. Nancy, por guiar y comprometerse con este trabajo de principio a fin, gracias por sus palabras de aliento y brindarme orientación desde la amabilidad y el respeto, son cualidades subestimadas.

Al Dr. Roberto por que sin sus pacientes observaciones y consejos me habría perdido en el camino, gracias por mostrarme con el ejemplo que se puede hacer la diferencia.

A la Dra. Angélica, Dr. Edgar y Dr. Héctor por ayudar a enriquecer este trabajo y facilitar el camino burocrático.

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Abstract	iii
Introducción	v
Capítulo 1. Obesidad	1
Definición	1
Indicadores	2
Etiología	4
Epidemiología	5
Mundial	5
Nacional	6
Riesgos relacionados	6
Físicos	6
Psicológicos	7
Sociales	9
Tratamientos para la obesidad	10
Efectividad	11
Cambio en el abordaje / Health at Every Size	13
Efectividad	15
Capítulo 2. Estigma	17
Definición	17
Autoestigma	18
Estigma relacionado con el peso	19
Autoestigma relacionado con el peso	21
Impacto del Autoestigma de peso en la salud	22
Impacto del Autoestigma de peso en la pérdida y mantenimiento del peso	24
Intervenciones disponibles para estigma y autoestigma de peso	28
Capítulo 3. Terapia de Aceptación y Compromiso	31
Bases de la terapia	31
Contextualismo funcional	31
Teoría de los marcos relacionales	34
Modelo de salud y enfermedad	39
Procesos	43
Aceptación	43
Defusión	44
Yo como contexto	45
Momento presente	47
Valores	47
Compromiso	48
Recursos metafóricos y experienciales en la ACT	49
Modalidades de aplicación: telepsicología	52
ACT aplicada a autoestigma de peso	54
Capítulo 4. Planteamiento del problema	59
Justificación	59

Preguntas de investigación	62
Pregunta principal	62
Preguntas secundarias	62
Objetivos principales	62
Capítulo 5. Estudio 1: Adaptación Instrumento autoestigma relacionado con el peso	64
Objetivo	65
Método	65
Diseño	65
Participantes	65
Procedimiento	66
Análisis de datos	67
Resultados	67
Discusión y Conclusiones	73
Capítulo 6. Estudio II: Intervención ACT para autoestigma relacionada con el peso	76
Objetivo	76
Objetivos secundarios	76
Escenario clínico	76
Participantes	76
Criterios de inclusión	76
Criterios de exclusión	77
Criterios de eliminación	77
Variable independiente: intervención ACT-Autoestigma	78
Integridad del tratamiento	79
Variables dependientes y su medición	81
Autoestigma relacionado con el peso	81
Evitación experiencial	81
Fusión cognitiva	82
Valores personales	84
Conducta alimentaria	86
Actividad física	87
Índice de Masa Corporal (IMC)	88
Diseño de investigación	89
Procedimiento	89
Análisis de datos	92
Resultados ACT-Autoestigma	93
Datos sociodemográficos	93
Antecedentes de salud	94
Conceptualización ACT del caso	94
Resultado de variables principales	96
Resultado de variables de proceso	107
Discusión y conclusión	116
Recomendaciones para futuras investigaciones	122
Conclusiones	124
Capítulo 7. Conclusión general	127
Referencias	129

Anexos	161
Anexo A Consentimiento informado	162
Anexo B Formato para jueceo de expertos	168
Anexo C Versión final del WSSQ-M	171
Anexo D Mensajes de invitación a participar	173
Anexo E Instrumentos de medición	176
Anexo F Manual de aplicación de la intervención ACT-Autoestigma	191

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 5.1 Discriminación de reactivos por distribución de frecuencias	69
Tabla 5.2 Discriminación de reactivos por sesgo y curtosis	69
Tabla 5.3 Discriminación de reactivos por diferencia en grupos extremos	70
Tabla 5.4 Índice de consistencia interna, correlación reactivo-puntaje total y alfa si se elimina el reactivo	71
Tabla 5.5 Estructura factorial obtenida para los reactivos WSSQ-M	72
Tabla 5.6 Valores descriptivos e índice de consistencia interna de WSSQ-M	73
Tabla 6.1 Subcomponentes de los módulos ACT	78
Tabla 6.2 Descripción general de intervención ACT-Autoestigma	80
Tabla 6.3 Mediciones durante la intervención	90
Tabla 6.4 Procedimiento general de la intervención ACT-Autoestigma	91
Tabla 6.5 Datos sociodemográficos y antecedentes de salud	94
Tabla 6.6 Resultados de los procesos ACT de acuerdo con el EAH-ACT	95
Tabla 6.7 Resultados por participante de autoestigma relacionado con el peso y tamaño del efecto	97
Tabla 6.8 Resultados por participante de la conducta alimentaria	98
Tabla 6.9 Cambio clínico por participante de las conductas alimentarias	98
Tabla 6.10 Resultados por participante de la percepción de la conducta alimentaria	99
Tabla 6.11 Resultados por participante del peso e IMC	101
Tabla 6.12 Cambio clínico por participante del peso e IMC	102
Tabla 6.13 Resultado por participante de duración en minutos semanal de la actividad física	104
Tabla 6.14 Resultados por participante de la percepción respecto a la actividad física	106
Tabla 6.15 Resultados por participante de valores personales	108
Tabla 6.16 Resultados por participante de valores personales relacionados con actividad física y alimentación e índice de cambio clínico	110
Tabla 6.17 Resultados por participante de evitación experiencial	111
Tabla 6.18 Resultados por participante de fusión cognitiva y tamaño del efecto	113

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 3.1 Modelo de flexibilidad psicológica	40
Figura 3.2 Modelo de inflexibilidad psicológica	41
Figura 6.1 Análisis gráfico de autoestigma relacionado con el peso por participante	97
Figura 6.2 Análisis gráfico de la conducta alimentaria por participante	100
Figura 6.3 Análisis gráfico de la duración semanal en minutos de actividad física por participante	104
Figura 6.4 Análisis gráfico de la percepción respecto a la actividad física por participante	107
Figura 6.5 Análisis gráfico de los valores personales por participante	109
Figura 6.6 Análisis gráfico de valores personales relacionados con la actividad física y alimentación por participante	111
Figura 6.7 Análisis gráfico de la evitación experiencial por participante	112
Figura 6.8 Análisis gráfico de fusión cognitiva por participante	114

Resumen

Las personas que viven con sobrepeso y obesidad tienen mayor probabilidad de desarrollar otras enfermedades y de reducir su esperanza de vida, al mismo tiempo representa un impacto en su salud mental relacionado con múltiples formas de estigma a causa de su peso en diferentes áreas de su vida, incluido el acceso a los servicios de salud. A pesar de la relevancia del estigma en esta población su abordaje ha sido limitado. Desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se han elaborado propuestas de intervención sobre el estigma de peso, obteniendo resultados favorables tanto en esta variable como en la adopción y mantenimiento de conductas saludables y en la disminución de patrones de alimentación dañinos; señalando que promover la flexibilidad psicológica en esta población evita que se enfoquen únicamente con cambiar su peso y se centren en crear hábitos saludables enmarcados en una vida significativa.

La presente investigación se integró por dos estudios. El primero fue la adaptación del Cuestionario de Autoestigma Relacionada con el Peso (WSSQ, por sus siglas en inglés) en población mexicana, que mostró propiedades psicométricas adecuadas ($\alpha = 0.87$) y que replicó los dos factores reportados en el instrumento original. Sin embargo, un reactivo fue eliminado quedando la versión adaptada con 11 reactivos.

El segundo estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de una intervención ACT en el autoestigma relacionado con el peso en personas que viven con sobre peso y obesidad, así como en la adopción de hábitos saludables (alimentación y actividad física). El diseño fue de comparación intra-sujetos ($N=1$ con 3 réplicas), las participantes fueron 4 mujeres mexicanas de entre 32 y 37 años, con un $IMC \geq 25$ y con autoestigma relacionado con el peso. La intervención fue individual en modalidad a distancia y consistió en siete módulos enfocados a promover flexibilidad psicológica y encaminado a la adopción de hábitos saludables. Las variables con mediciones pre-post se analizaron a través del Cambio Clínico Objetivo (CCO) de Cardiel y las variables con mediciones AB se analizaron de forma gráfica y con la Tau- U de Parker que compara la tendencia de la fase sin tratamiento (A) versus la fase con tratamiento (B). Las variables con mejorías fueron el autoestigma relacionado con el peso (Tau-U_{A vs. B} = -0.94; $p < .001$), en conductas alimentarias (CCO ≥ 0.20) y un aumento en la actividad física, aunque no alcanzaron los criterios de *físicamente activas* de acuerdo con la OMS, dicha mejoría se mantuvo a un mes. En el caso de los valores personales (CCO: ≥ 0.20), evitación experiencial (Tau-U_{A vs. B} = -0.86; $p < .001$) y fusión cognitiva (Tau-U_{A vs. B} = -0.65; $p = .0004$) también se observó mejoría que se mantuvo a un mes, aunque en menor medida en el caso de la evitación experiencial, en el IMC no se observaron cambios significativos (CCO ≤ 0.20) lo cual sugiere que éste último podría no ser un indicador sensible a los cambios y que no se requiere centrarse en la pérdida de peso para obtener mejores hábitos saludables. Es posible que se requiera más tiempo para que los nuevos hábitos de salud se reflejen en el peso, por lo que en futuras investigaciones sería importante considerar más seguimientos e incluir el apoyo de otras disciplinas para guiar los cambios en áreas específicas y ampliar el tiempo de seguimiento.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso, Estigma, Autoestigma de peso, Sobrepeso, Obesidad, flexibilidad psicológica.

Abstract

People living with overweight and obesity are more likely to develop other diseases and reduce their life expectancy, at the same time it represents an impact on their mental health related to multiple forms of stigma because of their weight in different areas of their life, including access to health services, despite the relevance of addressing stigma in this population its inclusion has been limited. Despite the relevance of stigma in this population, its approach has been limited. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has developed proposals for intervention on weight stigma, obtaining favorable results both in this variable and in the adoption and maintenance of healthy behaviors and in the decrease of harmful eating patterns; pointing out that promoting flexibility in psychological in this population prevents them from merging with changing their weight and focus on creating healthy habits framed in a meaningful life.

The present investigation consisted of two studies. The first was the adaptation of the Weight-related Self-Stigma Questionnaire (WSSQ) in the Mexican population, which showed adequate psychometric properties ($\alpha = 0.87$) and replicated the two factors reported in the original instrument. However, one item was eliminated, leaving the adapted version with 11 items.

The second study aimed to evaluate the impact of an ACT intervention on weight-related self-stigma in people living with overweight and obesity, as well as on the adoption of healthy habits (diet and physical activity). The design was an intra-subject comparison (N=1 with 3 replicates), the participants were 4 Mexican women between 32 and 37 years old, with a BMI ≥ 25 and with weight-related self-stigma. The intervention was individual in distance modality and consisted of seven modules focused on promoting psychological flexibility and aimed at the adoption of healthy habits. The variables with pre-post measurements were analyzed through Cardiel's Clinical Change Objective (CCO) and the variables with AB measurements were analyzed graphically and with Parker's Tau-U that compares the trend of the phase without treatment (A) versus the phase with treatment (B). The variables with improvements were weight-related self-stigma (Tau-U A vs. B = -0.94; $p < .001$), in eating behaviors (BCC ≥ 0.20) and an increase in physical activity, although they did not reach the criteria of physically active according to WHO, such improvement was maintained at one month. In the case of personal values (BCC: ≥ 0.20), experiential avoidance (Tau-U A vs. B = -0.86; $p < .001$) and cognitive fusion (Tau-U A vs. B = -0.65; $p = .0004$) improvement was also observed and was maintained at one month, although to a lesser extent in the case of experiential avoidance, in BMI no significant changes were observed (BCC ≤ 0.20) suggesting that the latter may not be a change-sensitive indicator and that a focus on weight loss is not required to obtain better healthy habits. It is possible that more time may be required for new health habits to be reflected in weight, so in future research it would be important to consider more follow-ups and include support from other disciplines to guide changes in specific areas and extend the follow-up time.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, Stigma, Weight self-stigma, Overweight, Obesity, psychological flexibility

Introducción

Las personas que viven con sobrepeso y obesidad ven su salud comprometida en diferentes áreas, en especial su salud mental puesto que están sometidas a múltiples formas de estigma a través de prejuicio y discriminación relacionados con su peso. Al ser una condición con múltiples causas su intervención también requiere el abordaje de diferentes áreas, entre ellas la psicología (Puhl & Heuer, 2009).

Las intervenciones se han enfocado principalmente en la adopción de hábitos saludables como la actividad física y la alimentación, de manera más reciente se ha reconocido la necesidad de abordar el estigma de peso por su impacto en el manejo de esta condición, así como su repercusión en la vida de las personas que la sufren, como la adopción e identificación con estereotipos negativos basados en el peso, es decir, autoestigma relacionado con el peso (Lillis et al., 2010). Por lo que toma especial relevancia la investigación y desarrollo de protocolos que incluyan el abordaje de dichas variables como parte de la atención en esta población (Puhl & Heuer, 2010; Obesity Canada, 2021; World Obesity Federation, 2019).

El presente trabajo evalúa la intervención ACT-Autoestigma integrada por siete módulos aplicados a distancia, encaminados a promover flexibilidad psicológica y relacionados con la adopción de hábitos saludables (actividad física y alimentación) en personas con sobrepeso y obesidad y autoestigma de peso.

En los capítulos uno al tres se presentan los antecedentes relacionados con la obesidad y su abordaje; el estigma relacionado con el peso; y una descripción general de la Terapia de Aceptación y Compromiso y su aportación al manejo del sobrepeso y obesidad. En el capítulo cuatro se presenta el planteamiento del problema y en el capítulo cinco se describe la adaptación del instrumento utilizado para evaluar el autoestigma relacionado con el peso. En el capítulo 6 se

presenta la intervención ACT-Autoestigma, su evaluación y resultados, finalmente en el capítulo siete se encuentra la discusión, recomendaciones para futuras investigaciones y conclusión del estudio.

Capítulo 1. Obesidad

Definición

La obesidad y el sobrepeso son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) como una acumulación anormal y excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. De igual manera se ha considerado como un factor de riesgo para otras enfermedades y más recientemente se ha propuesto como una enfermedad crónica (Lecube et. al, 2016), aunque en esto existe controversia.

Espinosa (2010) la define obesidad como un “síndrome resultado de un proceso de interacción de factores genéticos y ambientales, caracterizado por un porcentaje anormalmente elevado de grasa corporal en un individuo, en relación con su composición corporal total, de acuerdo con índices estandarizados para la población a que pertenece” (p.39). Por otra parte, hace una distinción entre obesidad y sobrepeso, definiendo a ésta última como “aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla, sin tomar en cuenta la distribución de los componentes del peso corporal” (p.39). Destacando que la distribución corporal, el grado de exceso de grasa, así como las consecuencias para la salud variarán entre las personas con obesidad.

Se hace importante hacer una anotación, si bien se suele diferenciar entre sobrepeso y obesidad, esta diferencia suele basarse en una clasificación por sus indicadores antropométricos; sin embargo, suelen mencionarse juntas puesto que algunos autores consideran el sobrepeso como pre-obesidad, es decir, como un estadio antes que implica un riesgo de desarrollar obesidad (Moreno, 2012) y por tanto un momento oportuno para generar cambios que prevengan un desarrollo de complicaciones.

La obesidad se ha reconocido además como un problema de salud pública que por su creciente prevalencia y morbimortalidad asociada ha llevado a ser considerada como una entidad nosológica independiente (Ramírez et al., 2013).

La Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología (SMNE, 2004) propone una definición que retoma varios de los elementos de las anteriores definiciones: entiende la obesidad como el exceso de adiposidad, generalmente con aumento de peso que pone en riesgo la salud del individuo, la considera una enfermedad crónica, producto de la interacción de factores genéticos, ambientales y de estilo de vida, con heterogeneidad en su expresión clínica, como factor de riesgo para el desarrollo de numerosas comorbilidades, uno de los principales problemas de salud por su prevalencia e incremento en el grado de obesidad en quienes viven con ella y que requiere un tratamiento que incida sobre los factores biológicos, socioculturales y psicológicos que la determinan y mantienen (Arellano et al., 2004).

Indicadores

De acuerdo con la OMS (2021) una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), el cual consiste en el peso de una persona en kilogramos dividido entre la altura en metros elevado al cuadrado. De acuerdo con este indicador una persona se considera con sobrepeso si el valor obtenido es ≥ 25 y se clasifica como obesidad un valor de ≥ 30 .

El IMC es la medida antropométrica más utilizada en la práctica de la atención primaria en salud para el diagnóstico de la obesidad y es el indicador utilizado para su medición en los reportes epidemiológicos; sin embargo, se ha observado que este parámetro es específico, pero con la desventaja de mostrar una sensibilidad baja-moderada a los componentes fisiológicos de la obesidad (Reilly et al., 2018).

Una de las críticas más comunes al IMC es que no se correlaciona directamente con el porcentaje de grasa corporal, como es el caso de atletas de alto rendimiento y ancianos. Se considera que el IMC tiene baja sensibilidad para la detección de tejido adiposo y magro, la distribución de grasa y el nivel de actividad física (Ramírez et al., 2013).

Se han propuesto medidas alternas como la circunferencia abdominal como factor cardiovascular que varía según el grupo étnico y clasificación geográfica (Alberti et al., 2006; Aschner et al., 2011) Esta medida se fundamenta en la correlación directa de la circunferencia abdominal con el nivel de grasa visceral o intraabdominal y a su vez con el riesgo cardiovascular (Ramírez et al., 2013).

En el uso conjunto de IMC y circunferencia abdominal como medidas complementarias se ha observado casos de personas con obesidad y “metabólicamente sanas”, es decir, sin factores de riesgo cardiovasculares, que requieren la búsqueda de marcadores clínicos o paraclínicos (Wildman et al., 2008; Wilson et al., 2002).

Por otra parte, han surgido métodos de clasificación relacionados con el modelo médico con objetivo de guiar los abordajes terapéuticos como es el caso del Sistema de Estadificación de la Obesidad de Edmonton enfocado en la identificación de comorbilidades y limitaciones funcionales que pueden relacionarse con la obesidad y el sobrepeso (Gómez-Dantés et al., 2011).

A pesar de los múltiples debates y datos de la literatura científica, continúa siendo la clasificación basada en el IMC la más aceptada y utilizada en la actualidad para la toma de decisiones, esto responde por una parte a la simplicidad de su cálculo y su bajo costo; sin embargo, es importante tener presente que se trata de una medida útil como tamizaje y reconocer sus limitaciones considerando el beneficio de acompañarla de otros indicadores accesibles como puede ser la circunferencia abdominal (Ramírez et al., 2013), preferentemente la evaluación debe ser

personalizada, reconociendo lo multicausal y la heterogeneidad de las consecuencias para cada persona que vive con obesidad y sobrepeso.

Etiología

Comúnmente se habla de la causa del sobrepeso y la obesidad como un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas (OMS, 2020); sin embargo, en la actualidad se ha reconocido que dicha afirmación simplifica en exceso las causas de la obesidad y el sobrepeso dejando fuera la multicausalidad de la misma (World Obesity Day, 2021).

De forma general se reconocen factores genéticos, ambientales, metabólicos y endócrinos; entre los factores clásicos que se consideran involucrados en la etiopatogenia del sobre peso y la obesidad se encuentra, la edad (sarcopenia y mayor masa grasa en mayores de 65 años), el sexo (en las mujeres el “efecto legado” del peso después del embarazo, el declive hormonal tras la menopausia), el sedentarismo, el comportamiento alimentario (interacción entre factores biológicos y emocionales), el uso de algunos fármacos (antidiabéticos, anticonceptivos, antihistamínicos y psicótropos), la disfunción hipotálamo-hipofisiaria y algunas enfermedades endócrinas.

A lo anterior se suman la cronodisrupción (desfase horario, cambios del ciclo sueño-vigilia y privación del sueño), la epigenética y programación fetal (desnutrición y sobrealimentación materna, incluso en el periodo preconcepcional), la enfermedad psiquiátrica (con independencia del tratamiento), el estrés (tanto crónico como incontrolado), la microbiota intestinal (predominio de firmicutes sobre bacteroidetes, una microbiota poco diversa), los disruptores endocrinos (bisfenol A, ftalatos, pesticidas e insecticidas), el patrón alimentario (exceso de grasas y azúcares refinados, consumo insuficiente de frutas y verduras), un estatus socioeconómico desfavorecido y

un ambiente obesogénico (dispersión urbana, disponibilidad de comida, etc.) (Garaulet, & Gómez-Abellán, 2013; Ozanne, 2015; Moran, & Shanahan, 2014; Mackenbach et al., 2014).

De manera más reciente organismos como la World Obesity Federation (2019) y Obesity Canada (2021) han reconocido e incluido el estigma de peso o estigma relacionado con el peso como un factor en el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad.

El reconocer la interacción de los múltiples factores implicados permite una comprensión más amplia para un mejor abordaje, de igual manera, es importante notar que gran parte de los factores mencionados no pueden ser alterados, como es el caso de la genética; sin embargo, se considera que entre el 20-30 % del peso se encuentra influenciado por factores ambientales y es precisamente en éstos donde se pueden intervenir (Obesity Canada, 2021).

Epidemiología

Mundial

De acuerdo con la OMS (2021) los casos de obesidad se han ido triplicando en todo el mundo desde 1975 por lo que en 2016 el 39% (1900 millones) de adultos mayores de 18 años vivían con sobrepeso, de los cuales el 13% (650 millones) vivían con obesidad. Según cifras de World Obesity Day (2021) se estima que actualmente 800 millones de personas en el mundo viven con obesidad. Representa además una gran carga económica para los presupuestos destinados a la salud, por sus elevados costos asociados tanto directos como indirectos.

Si bien el sobrepeso y la obesidad eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos han aumentado en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en las zonas urbanas. En el caso de la región de las Américas, en comparación con otras regiones de la OMS, la prevalencia del sobrepeso y obesidad es mayor (OMS, 2021).

Nacional

México ocupa el segundo lugar en obesidad en adultos y el primero en obesidad infantil, lo cual se traduce en que el 73% de la población vive con sobrepeso, además el 34% de las personas con obesidad están en grado III, por lo que para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2020) se trata del desafío del sistema de salud de México, ya que representará además cerca del 8.9% del gasto de salud por año durante el periodo 2020 a 2050.

De acuerdo con los datos más recientes con los que se cuentan, los cuales corresponden a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018) el porcentaje de adultos mayores de 20 años que viven con sobrepeso y obesidad es de 75.2% (39.1% sobrepeso y el 36.1% obesidad), porcentaje que en 2012 era de 71.3%.

En lo referente a su distribución por sexo se observa una prevalencia más alta en mujeres que en hombres tanto en obesidad como en sobre peso. El 36.6 % de las mujeres mayores de 20 años vive con sobrepeso y el 40.2% con obesidad, mientras que de los hombres mayores de 20 años el 42.5% vive con sobrepeso y el 30.5% con obesidad (ENSANUT, 2018).

Riesgos Relacionados con el Sobrepeso y la Obesidad

Físicos

El sobrepeso y la obesidad son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, los trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres (endometrio, mama, colon, riñón, esófago y páncreas) (Goday et al., 2015). Se ha observado que el riesgo aumenta a mayor grado de obesidad (Lecumbe, et al., 2016)

De igual forma es el principal factor de riesgo para el síndrome de apnea-hipoapnea del sueño; la prevalencia de la enfermedad hepática no alcohólica por depósito de grasa alcanza el 100% en personas que viven con obesidad grado III o mórbida (Vargas et al., 2012). Además de asociarse a artrosis de cadera, rodilla y también a articulaciones no de carga como las manos (Lecumbe, et al., 2016).

Por su parte, se proyecta que las enfermedades relacionadas con el sobrepeso reducirán la esperanza de vida en México en más de cuatro años durante los próximos 30 años. Situación que resta calidad de vida a las personas que viven con sobrepeso y obesidad compromete su economía por el gasto en salud que representa, así como un impacto también a la economía del país puesto que México es el país de la OCDE en donde el sobrepeso, la obesidad y sus enfermedades derivadas tendrán el impacto más grande en el PIB entre 2020 y 2050 (OCDE, 2020).

Psicológicas

El sobrepeso y la obesidad se asocian con problemas de salud mental, por ejemplo, mujeres con obesidad tienen peor salud mental en comparación con mujeres sin obesidad, (Magallares, & Pais-Ribeiro, 2014); de igual forma la posibilidad de sufrir trastornos del estado de ánimo como depresión, ansiedad, problemas de autoimagen y deterioro de las relaciones sociales aumentan un 25% cuando se vive con sobrepeso y obesidad (Lecumbe, et al., 2016; Espinosa, 2010).

Además, a menudo sufren estigma y discriminación, lo que puede tener numerosas consecuencias para su salud física y psicológica (Puhl & Heuer, 2010), es decir, el estigma y la discriminación podrían agudizar la obesidad al evitar buscar atención médica especializada e inducir problemas de salud mental. Por otro lado, la obesidad también podría ser inducida por problemas de salud mental ya existentes como la depresión (Luppino et al., 2010). Se habla por tanto de una relación bidireccional donde la obesidad aumenta el riesgo de depresión en un 55%,

a menudo a causa de la discriminación y el estigma, y a su vez la depresión aumenta el riesgo de obesidad en un 58%. En el caso de otros padecimientos como la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) pueden estar asociados con la obesidad y considerarse, a su vez, como un factor de riesgo para la misma (Dąbrowska et al., 2020).

Otros de los riesgos psicológicos asociadas con el sobrepeso y la obesidad son la presencia de trastornos de la conducta alimentaria, donde también se observa una relación bidireccional donde la obesidad puede contribuir a los comportamientos de los trastornos de la alimentación y éstos a su vez pueden llevar a tener obesidad (da Luz, Hay, Touyz, et al., 2018). De igual manera, se menciona el papel de la discriminación puesto que se considera que puede inducir una insatisfacción con el peso y/o la forma corporal, que es un factor de riesgo para el desarrollo de comportamientos comórbidos de trastornos alimentarios (Fairburn, 2008).

Entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que mayormente se han estudiado en población con obesidad se encuentran la conducta por atracón, el cual es definido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) por episodios de atracón recurrentes que ocurren al menos una vez a la semana durante los últimos 3 meses y se asocian con una angustia marcada, los criterios además incluyen que las personas experimenten al menos tres de las siguientes cinco características: comer mucho más rápido de lo normal; comer hasta sentirse excesivamente lleno; comer en exceso cuando no se siente físicamente hambriento; comer solo debido a la vergüenza relacionada con la cantidad de comida consumida; y sentirse disgustado, deprimido o muy culpable después de los episodios de atracones (American Psychiatric Association [APA], 2013)

Aunado a lo anterior las personas con obesidad también pueden experimentar patrones desadaptativos de alimentación, que si bien pueden no cumplir con todos los criterios para

considerarse TCA, sí generan malestar emocional y disfunción como es el caso de la ingesta emocional presente en el 38% de personas con obesidad (Guerdikova et al., 2007) que se caracteriza por comer sin hambre física, sino como una forma de afrontamiento o respuesta a alguna emoción experimentada (Canetti et al., 2002) que muchas veces puede derivar en algún tipo de conducta de atracción (Costanzo et al., 2001). Esta ingesta emocional se ha descrito como una respuesta común en pacientes que son víctimas de discriminación o estigma (Puhl, & Brownwell, 2006).

Sociales

Las personas que viven con sobrepeso y obesidad a menudo están expuestas a la desaprobación y rechazo social debido a su peso. Se han documentado muchos estereotipos basados en el peso, como que las personas que viven con sobrepeso y obesidad son vagas, de voluntad débil, fracasadas, poco inteligentes, carecen de autodisciplina y tienen poca fuerza de voluntad (Puhl & Brownell, 2001). Este estigma se ve reflejado en áreas como la educación, el empleo y la atención de la salud, por mencionar algunas.

En un estudio con seguimiento a 25 años se observó que la discriminación por peso fue mayor en mujeres blancas (30.2%) que en hombres blancos (12%) (Dutton et al., 2014). También se ha reportado discriminación en la contratación laboral y más aún por ocupaciones más exigentes físicamente (por ejemplo, con sobrepeso es menos probable obtener un puesto como obrero que como administrativo) (Flint et al., 2016; Ul-Haq et al., 2013). De esto se hablará con mayor detalle en el capítulo correspondiente.

Tratamientos para la Obesidad

Al tratarse de un padecimiento de etiología multifactorial su tratamiento también implica el abordaje en los diferentes frentes susceptibles de modificación; los principales tratamientos se pueden clasificar en farmacológico, quirúrgico y la modificación de hábitos y estilo de vida (National Heart, Lung, and Blood Institute [NIH]; Norma Oficial Mexicana [NOM-008]). Si bien el tratamiento requiere ser personalizado para cada individuo debido a la heterogeneidad; una constante es la modificación de hábitos y estilo de vida que incluye el tratamiento nutricional, actividad física y ejercicio, así como cambios comportamentales.

En el caso del tratamiento nutricional su objetivo es proporcionar un balance calórico negativo a través de la disminución de la ingesta calórica diaria y del consumo de grasa saturada. Por su parte la actividad física está enfocada en lograr el balance calórico negativo y para el mantenimiento del peso deseado; reducir el riesgo cardiovascular y de diabetes, una parte importante a recordar es que el programa de ejercicios requiere ser gradual (Sierra et al., 2014).

Los cambios comportamentales están encaminados a promover y mantener nuevas conductas saludables, así como la disminución o eliminación de conductas indeseables, la primera línea de tratamiento para pérdida de peso es el tratamiento conductual estándar (SBT por sus siglas en inglés) (Wadden et al., 2005; American Psychological Society of Clinical Psychology, [APA] Division 12), esto a través de estrategias basadas en principios de aprendizaje. Las conductas que suelen ser el foco de atención incluyen el sedentarismo, la sobreingesta, horarios de alimentación, exceso en el consumo de carbohidratos y grasas, así como los pensamientos asociados a la dieta, actividad física y la capacidad de realizar cambios por parte del paciente (Sierra et al., 2014).

Efectividad

Los programas de pérdida de peso que incluyen recomendaciones dietéticas y de ejercicio complementados con el entrenamiento de habilidades conductuales básicas, han mostrado ser efectivos para producir una pérdida de peso en un promedio de entre 5 y 8% en seis meses (Butryn et al., 2011; Wadden et al., 2007). Sin embargo, se ha observado que al cabo de un año hay una recuperación de una tercera parte del peso perdido y en cinco años, más de la mitad de los participantes superan el peso con el que iniciaron (Butryn et al., 2011; Jeffery et al., 2000; Perri, 1998); en una revisión del seguimiento a largo plazo de SBT para el mantenimiento de la pérdida de peso se encontró evidencia limitada que sugiera una pérdida de peso sostenida tres años después de terminar el tratamiento (Gilmartin, & Murphy, 2015). Aunado a lo anterior los ensayos clínicos muestran tasas de deserción superiores al 30% (Honas et al., 2003; Teixeira et. al., 2004).

Uno de los esfuerzos para mejorar la efectividad se ha centrado en extender la duración del tratamiento, lo cual al parecer sólo retrasa la recuperación del peso (Middleton et al., 2012; Perri et al., 1989). Otra opción ha sido el estudiar las estrategias que utilizan aquellos participantes que han logrado mantener la pérdida de peso, aunque tampoco con resultados que sean sostenibles a largo plazo (Klem et al., 1997).

En lo referente al componente de modificación conductual a través del tratamiento conductual estándar (SBT) la pérdida de peso suele oscilar entre el 8 y 10% del peso inicial (Wadden et al., 2007) sin embargo, a largo plazo ocurre algo similar, en uno a cinco años la mayoría de aquellos que completan el SBT experimentan una recuperación de peso llegando a su peso inicial o incluso superándolo (Jeffery et al., 2000; Wadden et al., 2014). El programa de pérdida de peso más largo documentado siguió por siete años a los participantes y mostró que el 25% de ellos había mantenido exitosamente la pérdida del 10% del peso corporal previo al

tratamiento (Anderson et al., 1999); sin embargo, estos resultados pueden estar sesgados puesto que el seguimiento de siete años sólo fue completado por el 35% de los participantes.

Además, un mantenimiento deficiente de la pérdida de peso puede tener consecuencias no deseadas tanto físicas como psicológicas, por ejemplo, la existencia de ciclos de peso (subir y bajar) se asocian con un 50% mayor de riesgo de muerte prematura (Andrés et al., 1993) y un incremento en las complicaciones cardiovasculares (Rzehak et al., 2007). De igual forma las personas que reganan peso después de haberlo perdido a menudo se sienten responsables y son más vulnerables a internalizar los estereotipos sociales relacionados con la obesidad generando una mayor estigmatización (Schafer & Ferraro, 2011).

Por otra parte, es necesario tomar en cuenta los debates respecto a los posibles beneficios y daños relacionados con los programas para adelgazar, como es el caso de las dietas restrictivas e hipervigilancia a los alimentos, sobre todo en aquellos intentos de pérdida de peso motivados por la idealización de la delgadez (Sainsbury, & Hay, 2014).

La literatura sugiere que la restricción cognitiva puede hacer que las personas que hacen dieta sean vulnerables a la desinhibición y el consiguiente atracón (Polivy, & Herman, 1985) y que la restricción dietética puede provocar atracones, alteraciones emocionales, distracción y preocupación por la comida y al comer; a pesar de estas asociaciones negativas la literatura también señala que en algunas restricciones dietéticas, como el consumir ciertos alimentos con moderación pueden ser necesarios para quienes tienen algún riesgo de desarrollar problemas de salud relacionados con el sobrepeso u obesidad. (Polivy, 1996).

Otros hallazgos (Lowe et al., 2013; Howard, & Porzelius, 1999; Goldschmidt et al., 2012; Hsu, 1997; da Luz, Hay, Gibson et al., 2015; National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 2000) sugieren que la relación entre la dieta y trastornos de la alimentación puede verse

significativamente influenciada por otras variables, por ejemplo, el grado de apoyo psicológico y la necesidad médica de perder peso. En referencia a lo anterior es importante resaltar la complejidad de la relación entre las dietas para adelgazar y los comportamientos de los trastornos alimentarios y el estigma del peso puesto que contribuye potencialmente a los desacuerdos entre los profesionales sanitarios sobre los enfoques de tratamiento más adecuados para las personas con obesidad. (da Luz, Hay, Touyz et al., 2018).

Cambio de Enfoque / Health at Every Size

La existencia de un mantenimiento deficiente de la pérdida de peso ha llevado a cuestionar la eficacia y el beneficio general del tratamiento conductual para la pérdida de peso, sobre todo se ha puesto a discusión los efectos no deseados pero dañinos de las intervenciones centradas en el peso (Potts, 2018), puesto que contribuyen a la preocupación por la comida y el cuerpo, la distracción de otros objetivos de salud personales y determinantes más amplios de la salud, llevando a otros decrementos en la salud así como a la estigmatización por peso y discriminación (Neumark-Sztainer, 2009; Daníelsdóttir et al., 2009; Bacon, 2010). Esto ha generado que surja la duda de las implicaciones éticas de recomendar un tratamiento potencialmente ineficaz o incluso perjudicial (Schmidt et al., 2010; Mann et al., 2007).

Dichas conclusiones han llevado a plantearse la posibilidad de un cambio del actual enfoque centrado en el peso hacia un enfoque de peso inclusivo que en el desarrollo del tratamiento no considera la pérdida de peso como resultado principal (Potts, 2018). Un enfoque normativo o centrado en el peso pone énfasis en la pérdida de peso como un factor determinante para incrementar la salud en general y el bienestar, por otra parte, un enfoque de peso inclusivo enfatiza lo multifactorial de la salud y el bienestar reconociendo el impacto que el estigma de peso puede tener en las personas que viven con sobrepeso y obesidad, al mismo tiempo que reconoce la

importancia de aumentar los comportamientos saludables para tener un impacto en la salud en general (Tylka et al., 2014).

El enfoque de peso inclusivo parte del supuesto que todo el mundo es capaz de alcanzar la salud y el bienestar con independencia del peso, si se les brinda una atención sanitaria sin estigmas, no se habla de que todos los pesos sean saludables, sino que se puede tener salud o mejorarla si se quita del centro de la intervención al peso. Es decir, el peso no es considerado un comportamiento, pero comer alimentos nutritivos cuando se tiene hambre, dejar de comer cuando se está lleno y realizar ejercicio placentero que sea sostenible son comportamientos de autocuidado que pueden ser más accesibles de modificación para las personas, incluso si el peso no se ve modificado como consecuencia de la implementación de estos cambios (Tylka et al., 2014).

Este enfoque aplicado en los entornos de salud se adhiere al principio ético “sobre todo no hacer daño” (Tylka et. al., 2014) por lo que también intenta minimizar el estigma de peso y ayudar a los pacientes a sentirse más cómodos en el entorno médico y con mayor capacidad para discutir sus preocupaciones de salud y con menor propensión de experimentar las interacciones de salud como estigmatizantes por parte los proveedores de salud (National Association to Advance Fat Acceptance, 2012).

Es desde esta postura de peso inclusivo que surge el modelo “Salud en todas las tallas” (HAES por sus siglas en inglés) como marca registrada y definida por la Asociación para la diversidad de tamaños y la salud (ASDAH por sus siglas en inglés) cuyo objetivo se centra en generar comportamientos saludables en todos los tamaños de cuerpo sin enfatizar la pérdida de peso como fin último, es decir, la pérdida de peso puede ser un efecto secundario o no (Bacon, & Aphramor, 2011).

Se basa en cinco principios que incluyen aceptar y respetar la diversidad de formas y tamaños corporales sin la idealización o patologización de pesos específicos (inclusión de peso), apoyo a las políticas públicas que mejoren el acceso y la atención de forma multifactorial implicados en la salud (mejora de la salud), promoción de la alimentación flexible e individualizada guiada por las señales de hambre y saciedad, no centrada en la pérdida de peso (comer para el bienestar), reconocer el sesgo, discriminación y estigma de peso así como su impacto en la vida de las personas, además de las desigualdades a la que cada uno puede verse expuesto (cuidado respetuoso), apoyar las actividades que sean accesibles para las personas con diferentes tamaño de cuerpos y que sean disfrutables (movimiento que mejora la vida) (Association for Size Diversity and Health [ASDAH], 2003).

Efectividad

Partiendo de esta visión se le ha prestado atención a los comportamientos de salud que contribuyen a la obesidad (no solo a la obesidad como factor de riesgo) como la mala alimentación y el sedentarismo (Potts, 2018) y se ha observado que, a mayor comportamiento sedentario, independientemente del IMC, aumenta el riesgo negativo para la salud como mortalidad prematura y enfermedad cardiovascular (Katzmarzyk et al., 2003). En contraste, la actividad física regular predice el bienestar psicológico y los beneficios en salud como cambios metabólicos relacionados con la reducción de riesgos de desarrollar diabetes tipo II (Mozaffarian et al., 2008).

En el caso de la alimentación se ha observado que incluso cambios “pequeños” en el comportamiento generan disminución significativa en el riesgo de muerte prematura señalando que los beneficios para la salud no solo son fruto de cambios radicales (Potts, 2018). Por su parte Loef y Walach (2012) señalaron la relación entre cuatro comportamientos en salud (actividad física, patrón de alimentación saludable, no fumar y consumo moderado de alcohol) con la

disminución del riesgo de mortalidad prematura, además en el caso de las personas con obesidad que adoptaban un estilo de vida saludable (durante al menos cinco o diez años) disminuían el riesgo adquirido de mortalidad prematura.

En el caso de las intervenciones que se han realizado desde el modelo HAES que tiene su base en este enfoque de peso inclusivo, se ha encontrado en los ensayos controlados aleatorizados (ECA) una mejora en medidas fisiológicas (presión arterial, lípidos en sangre, por ejemplo) en comportamientos en salud (hábitos de alimentación, calidad de los alimentos y actividad física) en variables psicosociales (imagen corporal y autoestima), esto con mayor éxito que el enfoque convencional y sin las contraindicaciones asociadas. (Bacon, & Aphramor, 2011).

Por otra parte, en una revisión sistemática que analizó 14 ensayos controlados aleatorizados y no aleatorizados basados en HAES aplicado en personas con sobrepeso u obesidad (Ulian et. al, 2018), señaló la existencia de beneficios en los resultados de actividad física, así como una la promoción de cambios conductuales y cualitativos en los hábitos de alimentación, además de mejoras en el estado cardiovascular.

Los datos anteriores señalan la importancia de enfocarse en comportamientos en salud como alimentación y ejercicio como medios para impactar positivamente en la salud en general con independencia del IMC o peso.

Capítulo 2. Estigma

Definición

El término estigma en sus inicios hacía referencia a signos corporales que señalaban algo malo y poco habitual en el estatus moral de quienes los mostraban, por su puesto los tipos de males que despiertan preocupación han ido cambiando. Posteriormente la implementación del término ha hecho alusión a la posesión de un atributo que para quien lo tiene genera el descrédito frente a otros y suele considerarse como un defecto, falla o desventaja. Se puede decir entonces que ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente a los demás lo convierte en alguien menos agradable, a su vez lo reduce a esa única característica y permite deshumanizarlo, lo cual legitima cualquier trato por cruel que este sea (Goffman, 1963).

De igual forma estigma se refiere a actitudes de desaprobación y creencias hacia personas que pertenecen a grupos particulares con alguna característica, como puede ser el caso de personas con alguna enfermedad y los grupos son culpados de sus enfermedades porque son vistos como inmorales, inmundos o perezosos (Kraut, 1994)

Por su parte Link y Phelan (2001) ofrecen una definición que considera la interrelación de cinco componentes, el primero, el etiquetado (se reconocen las diferencias humanas y se les asigna una etiqueta a las personas con base en esa característica) segundo, estereotipar (las creencias culturales dominantes vinculan a las personas etiquetadas con características indeseables y negativas), tercero, separación (las personas etiquetadas se colocan en categorías distintas para hacer una división entre “ellos” y “nosotros”), cuarto, pérdida de estatus (las personas etiquetadas son catalogadas en categorías inferiores de la jerarquía social que genera discriminación que llevan

a oportunidades desiguales) y quinto, situación de poder (el acceso al poder social, económico y político permiten que los cuatro elementos anteriores tengan lugar).

Es importante puntualizar que la discriminación se define como el trato negativo hacia las personas debido a su pertenencia a un grupo en particular (Sue et al., 2007) en este caso por tener sobrepeso y obesidad, y es una de las manifestaciones del estigma derivado de la pérdida de estatus y como lo señalan Link y Phelan (2001) llevan el foco de atención hacia aquellos que realizan este rechazo y exclusión no sólo de forma individual sino estructural, resultando en desventajas para quienes lo reciben.

Considerando al estigma como un concepto multidimensional se habla de dos componentes, el primero, estigma promulgado o social que hace referencia a discriminación social experimentada directamente en áreas como empleo, vivienda, relaciones interpersonales, así como el acceso reducido a los servicios, además es frecuente que las personas sean conscientes del estigma dirigido a otros con quienes comparten características similares y teman sufrirlo también. El segundo componente es el estigma internalizado o autoestigma que se refiere a una autodevaluación y al miedo al estigma promulgado o social como resultado de identificarse como parte de un grupo estigmatizado (Link, & Phelan, 2001).

Autoestigma

Puede entenderse entonces el autoestigma como la incorporación de los prejuicios y estereotipos de los demás sobre personas con características similares, en las creencias sobre sí mismo (Lucksted, & Drapalski, 2015), es decir, si se cree que se será devaluado y apartado por alguna característica es muy probable que se tema de tenerla o desarrollarla.

La persona que ha observado a través de socializar con su entorno y ser consciente del estigma que se aplica en otros, puede preguntarse si también será rechazada por los demás simplemente por ser identificada con un grupo que comparte alguna característica no deseada y posteriormente esa visión formará parte de su percepción del mundo y generará una visión negativa de sí mismo aplicando los mismos estereotipos (Link, & Phelan, 2001).

En este sentido, la persona reconoce los estereotipos que se le pueden aplicar lo que los vuelve un desafío o amenaza ya sea porque pueda ser evaluado de acuerdo con ese estereotipo o porque pueda confirmarlo a través de su comportamiento (Steele & Aronson, 1995). Esto además puede implicar que la persona realice esfuerzos encaminados a afrontar el estigma, lo que conlleva ser estereotipado lo que puede conducir a consecuencias adversas no esperadas, por ejemplo, el concepto “John Henryism” hace alusión a la tendencia de los afroamericanos a trabajar de formas extenuantes para refutar el estereotipo de incapacidad y pereza, lo cual en ciertas condiciones este esfuerzo de afrontamiento trae costos como la hipertensión (James et al., 1984).

Por otra parte, centrar la atención en un solo aspecto para afrontar el estigma implica que habrá menos atención disponible para tratar otros aspectos de la vida, además se estima que los miembros de grupos estigmatizados tienen mayores desventajas en una amplia gama de ámbitos de su vida incluidos empleo, relaciones sociales, acceso a vivienda y bienestar psicológico, por mencionar algunos (Link, & Phelan, 2001).

Estigma Relacionado con el Peso

Los comportamientos discriminatorios relacionados con el peso pueden generar un estigma relacionado con el peso que predomina sobre las personas que viven con sobrepeso u obesidad (Andreyeva et al., 2008). El estigma de peso es definido como una devaluación y denigración social hacia las personas que son percibidas como portadoras de un exceso de peso y conlleva a

prejuicios, estereotipos negativos y discriminación (Tomiyama, 2014) siendo consideradas como perezosas, sin fuerza de voluntad, ni control y poco atractivas (Brochu & Esses, 2011).

Además, las personas que viven con sobrepeso u obesidad son catalogadas como personas desmotivadas, carentes de autodisciplina, menos competentes, desobedientes y descuidadas (Puhl, & Brownell, 2001; Puhl, & Brownell, 2003; Pomeranz, & Puhl, 2013; Teachman et al., 2003) estos estereotipos rara vez son cuestionados lo que deja a las personas con sobrepeso vulnerables ante la injusticia social, tratos injustos y el deterioro de la calidad de vida resultado de las desventajas y del estigma al que se enfrentan (Puhl, & Heuer, 2009).

Estos sesgos pueden ser implícitos cuando las actitudes y estereotipos que afectan la comprensión y las acciones de una persona se hacen sin que quien los emite sea consciente (Dovidio et al., 2002; Rudolph & Hilbert, 2014) o bien explícitos cuando los sesgos son de manera deliberada y se representan como discriminación y prejuicios hacia las personas con sobrepeso u obesidad (Puhl et al., 2005; Wilson et al., 2000).

Se ha observado que las atribuciones que hace la sociedad sobre las causas de la obesidad contribuyen de forma significativa a la expresión del estigma de peso; es decir, se percibe al sobrepeso como una responsabilidad personal, puesto que se atribuyen sus causas a factores que están dentro del control de la persona como el comer en exceso y la falta de ejercicio (Puhl, & Brownell, 2006; Campbell et al., 2000; Fogelman et al., 2002; Epstein, & Ogden, 2005; Loomis et al., 2001). De tal forma, el mensaje social es que tanto la causa como la solución de la obesidad residen en el individuo, por ello el mensaje de “responsabilidad personal” tiene un papel clave en la estigmatización y sirve a la justificación del estigma como una respuesta social aceptable (Brown, & Thompson, 2007; Zuzelo, & Seminara, 2006; Wear et al., 2006).

Autoestigma Relacionado con el Peso

El autoestigma de peso ocurre cuando una persona con sobrepeso adopta estereotipos estigmatizantes basados en el peso, se identifica como parte del grupo estigmatizado y aplica esos mismos estereotipos hacia sí misma (Lillis et al., 2010; Link & Phelan, 2001). Es decir, la medida en que una persona se da cuenta de que tiene una identidad devaluada y estigmatizada en la sociedad y llega a creer que estos supuestos sociales negativos se aplican a ella misma (perezosas, sin voluntad, sin control, poco atractivas, por ejemplo) (Corrigan et al., 2006; Drapalski et al., 2013). El autoestigma de peso puede considerarse como el resultado de la discriminación a nivel individual (Goffman, 1963).

En su conceptualización se reconocen dos componentes principales, el primero, “autodevaluación” y el segundo, “miedo al estigma promulgado o social como resultado de identificarse con el grupo estigmatizado” (Lillis, et. al, 2010), es decir, probablemente el individuo observe e internalice experiencias negativas relacionadas con el peso y pueda temer situaciones similares en el futuro (Link & Phelan, 2001).

Tomando en cuenta que los medios de comunicación refuerzan la percepción de que el peso corporal está bajo control personal y como “responsabilidad personal” se vuelve más complejo identificar y cuestionar estos estereotipos que afectan negativamente el bienestar de las personas con sobrepeso y obesidad (Durso et al., 2012); sobre todo en el caso de las mujeres que han sido identificadas como un grupo vulnerable que con mayor frecuencia, en comparación con los hombres, es objeto de estigma de peso (Brewis, 2014; Puhl et al., 2008) y por ende pueden tener mayores niveles de autoestigma de peso (Hilbert et al., 2014).

Por otra parte, esta sobre simplificación de las causas de la obesidad no reflejan con precisión lo encontrado por la ciencia, pues muchos de los factores que contribuyen a la obesidad

están fuera del control de la persona incluyendo los biológicos, genéticos e influencias sociales y económicas (Puhl, & Heuer, 2010). Además, al centrar el foco de atención en una “responsabilidad personal” y pretender generar cambios de conducta bajo coerción, no sólo daña a las personas que viven con sobrepeso y obesidad, sino que además pasa por alto las consecuencias derivadas del propio estigma y autoestigma relacionada con el peso, su papel en la salud de los pacientes y su papel en la perpetuación del aumento de peso.

Impacto del Autoestigma de Peso en la Salud.

El estigma de peso es una experiencia común para las personas que viven con sobrepeso y obesidad, en México de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre discriminación (ENADIS, 2017) la complejión física (peso o estatura) es el segundo motivo más frecuente (29.1%) de percepción de discriminación en la población mayor a 18 años.

A pesar de que se han documentado las implicaciones del estigma de peso en la salud, se continúa culpando a las personas por su peso, con la percepción común de que la estigmatización a causa del peso es justificable y puede motivar a las personas a adoptar comportamientos más saludables (Puhl, & Heuer, 2010). Por el contrario, se han reportado efectos negativos en la salud tanto física como mental (Pearl et al., 2018).

Se ha descrito que el estigma de peso contribuye al estrés psicológico y comportamientos no saludables, reflejándose en un mayor riesgo de padecer depresión y ansiedad, menor autoestima, insatisfacción con la imagen corporal, aumento en la vulnerabilidad de conductas alimentarias desadaptativas, la evitación de actividad física y se ha señalado la posibilidad de que el estigma de peso contribuya a niveles más altos de estrés general, lo que a su vez aumenta la reactividad cardiovascular y la vulnerabilidad a resultados de salud negativos (Puhl, & Heuer, 2009; Puhl, & Brownell, 2006; Puhl & Suh, 2015).

De la misma manera, el autoestigma a causa del peso se ha correlacionado con efectos negativos en la salud, como depresión (sobre todo en mujeres), ansiedad, baja autoestima, una peor imagen corporal e insatisfacción corporal, desórdenes alimenticios y evitación o abandono de conductas saludables, así como en el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, y su posible contribución a una pobre salud metabólica (Pearl, & Puhl, 2018).

Las actitudes negativas no solo están presentes en la población en general sino que también, han sido reportadas hacia los pacientes con obesidad por personal médico, enfermería, estudiantes de medicina y en profesionales de la salud especializados en el tratamiento de la obesidad (Puhl, & Heuer, 2009) que en general consideran a los pacientes con sobrepeso como flojos, más indulgentes, faltos de fuerza de voluntad, desmotivados y descuidados (Bocquier et al., 2005; Fogelman et al., 2002; Thuan, & Avignon, 2005) lo cual afecta la calidad de atención que reciben los pacientes, por ejemplo, se observó que a medida que aumentaba el IMC del paciente los médicos reportaban menos gusto a su trabajo, menos paciencia y menos ganas de ayudar al paciente, además mencionaban que los pacientes con mayor peso eran más molestos en comparación con pacientes normopeso, y predecían que los pacientes con mayor peso tendrían menos probabilidades de cumplir con los consejos médicos y que era menos probable que se beneficiaran de la asesoría médica (Hebl & Xu, 2001).

A su vez, los pacientes perciben el estigma de peso que reciben durante las consultas médicas, por ejemplo, en un estudio con mujeres con sobrepeso y obesidad (n=2449) el 53% reportaba recibir comentarios inapropiados de su doctor respecto a su peso, 46% de enfermeras, 37% de nutriólogos y 27% de profesionales de salud mental. Es decir, en una sola ocasión podían recibir múltiples experiencias de estigmatización relacionadas con su peso (Puhl, & Brownell,

2006). Incluso pacientes en diferentes tratamientos para perder peso reportan sentir que los médicos no entienden lo difícil que es tener sobrepeso (Anderson, & Wadden, 2004).

Estas expresiones de estigma de peso obstaculizan el acceso a servicios de salud de calidad, ya sea por cuestiones que van desde el mobiliario, como sillas inadecuadas, mesas de examen demasiado pequeñas que no son funcionales ni cómodas para pacientes con sobrepeso (Amy et al., 2006; Thompson, & Thomas, 2000) así como percibir actitudes estigmatizantes por parte del personal de salud, todo ello llevando a que retrasen o ignoren cuidados esenciales de prevención pues perciben que su peso será una barrera para recibir atención médica así como temor a recibir comentarios no solicitados sobre su peso, por ejemplo, en un estudio con 216 mujeres se encontró que el IMC se relacionaba con el abandono o evitación de cuidados preventivos y algunas de las razones que reportaron para evitar la atención médica fueron el haber aumentado de peso desde su última visita, no querer que las pesen en la báscula, desvestirse en la sala de examen y saber que se les diría que bajen de peso (Amy, et. al, 2006; Drury, & Louis, 2002).

Los datos anteriores recalcan la necesidad de reconocer que el estigma de peso pone en desventaja a los pacientes con sobrepeso para atenderse desde la medicina preventiva y nubla además el diagnóstico oportuno pues las consultas se centran en el peso sin prestar atención a las necesidades e inquietudes del paciente que se tiene enfrente “nadie investiga porque tengo sobrepeso, solo me ponen a dieta” (Thompson, & Thomas, 2000).

Impacto del Autoestigma de Peso en la Pérdida y Mantenimiento del Peso

De manera general, el estigma y el autoestigma de peso se han visto como estrategias para fomentar la pérdida y mantenimiento de peso, sin embargo, no sólo generan efectos negativos en la salud, sino que por el contrario pueden desempeñar un papel en el aumento de peso, las conductas de búsqueda de tratamiento y el mantenimiento del peso esperado (Puhl & Brownell,

2006). Por ejemplo, se ha observado que el atribuir la obesidad a una falta de “responsabilidad personal” puede afectar los esfuerzos de control de peso a largo plazo para las personas que buscan una pérdida de peso del 10% (Pearl et al., 2019).

Por tanto, el estigma y autoestigma a causa del peso se han relacionado con comportamientos perjudiciales para la salud, a menudo con independencia del peso corporal real o del IMC, no solo socavando la salud relacionada con el peso, sino que paradójicamente pueden contribuir a la obesidad y al aumento de peso (Pearl & Puhl, 2018; Sutin, Stephan, & Terracciano, 2015; Sutin & Terracciano, 2013; Puhl et al., 2020). Robinson et al. (2020) han propuesto que el autopercebirse con sobrepeso desencadena preocupaciones de rechazo social y la internalización del estigma del peso, lo que a su vez induce angustia psicológica e impacta negativamente en los hábitos de vida que promueven la salud.

En este sentido, el autoestigma se ha asociado con síntomas de desórdenes alimenticios y con patrones desadaptativos de alimentación, por ejemplo, comer emocional y conductas de control de peso no saludables como restricción alimentaria y purgas, (Perl, & Puhl, 2018; Puhl et al., 2020), además de afectar la selección de alimentos (Major et al., 2014; Schvey et al., 2011) y las personas que se enfrentan a mayores experiencias de estigma reportan un decremento de su motivación para la dieta, así como hábitos alimentarios más deficientes (Seacat et al., 2016; Vartanian et al., 2018).

Con relación a la actividad física, la evidencia sugiere que el estigma de peso puede interferir en su realización, ya que se ha asociado con una menor motivación para hacer ejercicio, con una mayor evitación al ejercicio o bien a ser menos activos físicamente, cuando existen altos niveles de estigma (Han et al., 2018; Perl, & Puhl, 2018) sobre todo en el caso de mujeres en comparación con los hombres (Pearl et al. 2015; Mensinger, & Meadows, 2017)

En los aspectos anteriores la evidencia señala al autoestigma como mediador en la relación entre la experiencia del estigma de peso y sus efectos en las conductas mal adaptativas tanto en la alimentación como en la actividad física (Puhl et al., 2020). Una explicación posible es que las personas con mayor autoestigma de peso pueden considerarse incapaces de realizar dichas conductas, así como de perder peso si lo intentaran, porque han internalizado estereotipos negativos basados en el peso (Puhl et al., 2007).

De igual forma los resultados de estudios longitudinales han asociado la percepción de la discriminación por peso con el aumento en el riesgo de obesidad y de ganancia de peso a lo largo del tiempo (Jackson et al., 2014; Sutin & Terracciano, 2013). Así mismo el autoestigma a causa del peso se ha asociado con mayores esfuerzos para perder peso, pero también con mayor frecuencia de ciclos de pérdida y ganancia de peso (Perl, & Puhl, 2018), lo cual sugiere el perder peso como estrategia para afrontar o evitar el estigma a corto plazo, pero con reganancia de peso por la misma razón a largo plazo. Por ejemplo, algunas personas con altos niveles de autoestigma reportaban estrategias de afrontamiento como deseos de comer más pero también de realizar conductas de dieta extrema para perder peso de forma rápida (Himmelstein et al., 2017). Por tanto, la evidencia señala implicaciones negativas del estigma de peso en la pérdida y mantenimiento de peso, así como en la implicación o evitación de conductas saludables relacionadas con la alimentación y el ejercicio (Pearl & Puhl, 2018; Puhl et al., 2020).

Algunas explicaciones teóricas han ofrecido un marco de referencia para entender estos hallazgos, por ejemplo, el modelo del ciclo de la obesidad/estigma basado en el peso propone que el estigma contribuye a la ganancia de peso en un ciclo: el estigma se caracteriza como estresor que elicit respuestas psicológicas (vergüenza, evaluaciones de estrés), conductuales (incremento en la alimentación) y fisiológicas (niveles de cortisol elevado), lo cual pueden contribuir al

aumento de peso e interferir con la pérdida de peso, desencadenando el ciclo nuevamente (Tomiyama, 2014).

Brewis (2014) hace una propuesta similar donde identifica cuatro mecanismos mediante los que un entorno generalizado de estigma de peso podría reforzar el peso corporal alto o promover el aumento de peso, el primero de éstos son los efectos directos en el cambio de comportamiento por sentirse juzgados (evitación de actividad física, dieta y búsqueda de salud), el segundo, los efectos indirectos del estrés psicosocial por sentirse estigmatizados (reacciones fisiológicas que acompañan al estrés crónico, mayor riesgo de depresión) el tercero, los efectos indirectos en los cambios de relaciones sociales basados en las acciones y decisiones estigmatizantes de otros (aislamiento social, reducción en la redes de apoyo que puedan influir en cambios de comportamiento saludable), el cuarto, los efectos estructurales indirectos de la discriminación (reducción de acceso a oportunidades laborales, educativas y de salud). Señalando además como población especialmente vulnerable a estos mecanismos a las mujeres e infantes.

Por su parte, el modelo de amenaza a la identidad social sugiere que el estigma de peso representa una amenaza a la identidad social de las personas con sobrepeso y obesidad, aumentando el estrés y la motivación para escapar del estigma mientras se reduce la autorregulación (Hunger, et al., 2015).

A pesar del reconocimiento del impacto del estigma y autoestigma de peso en la pérdida y mantenimiento de peso, rara vez se incluyen en las intervenciones convencionales dirigidas a esta población (Puhl et al., 2020).

Intervenciones Disponibles para Estigma y Autoestigma de Peso

La evaluación del estigma y autoestigma permite identificar si interfieren con las conductas saludables en los pacientes con sobrepeso y obesidad, permitiendo facilitar el proceso terapéutico pues permite identificar a aquellos que se beneficiarían de brindarles herramientas de afrontamiento para abordar la autodevaluación derivada del estigma del peso o promover el desarrollo de comportamientos adaptativos para reemplazar las respuestas poco saludables al estigma. Es decir, ampliar los enfoques de control de peso e incluir el estigma y autoestigma de peso, podría ayudar a fortalecer el impacto de los esfuerzos de intervenciones basadas en evidencia (Puhl et al., 2020).

Las pocas intervenciones existentes que toman en cuenta estas variables se han dirigido en dos sentidos, una parte enfocadas en la reducción del autoestigma en personas con sobrepeso y por otro lado enfocadas en la reducción del estigma en los profesionales de salud. Con relación a los pacientes, la evidencia disponible sugiere que tratamientos como la Terapia de Aceptación y Compromiso puede ayudar en la reducción del autoestigma y aumentar la autoeficacia para controlar la alimentación y mejorar los comportamientos de salud (Levin et al., 2017; Palmeira et al., 2017). Lo anterior se abordará en el siguiente capítulo.

En el caso de las intervenciones enfocadas a reducir el impacto del estigma en la práctica clínica y garantizar que no interfiera con la atención médica, se ha buscado que el personal de salud identifique sus actitudes y creencias personales sobre el sobrepeso y obesidad que pudieran interferir con su relación paciente-proveedor o la prestación de su servicio, aunque los resultados obtenidos no han sido homogéneos ni concluyentes, si se ha reconocido la necesidad de desarrollar intervenciones que puedan ser implementadas en términos prácticos para la mejora de la atención brindada (Alberga et al., 2016), por ejemplo, considerar el lenguaje usado para referirse al peso

durante la consulta para evitar etiquetar a los pacientes con términos culturalmente estigmatizantes (Flint et al., 2017).

En este sentido la Obesity Canada ha propuesto el programa 5As del manejo de la obesidad diseñado como una guía para no especialistas que tratan a pacientes con obesidad y que busca promover la comunicación médico-paciente, evaluaciones médicas para la obesidad y planes para la atención de seguimiento en un entorno de atención primaria. Los resultados de su implementación han sugerido facilitar el control del peso en la atención primaria, el cual es el primer paso esencial hacia cualquier esperanza de promover un manejo significativo de la obesidad en la práctica de la atención primaria (Rueda-Clausen et al., 2014).

Esta propuesta fue resumida en una hoja de ruta que permitiera lograr estrategias de manejo de la obesidad sensibles, realistas, medibles y sostenibles que se enfocarán en mejorar la salud y el bienestar, en lugar de simplemente apuntar a números en la báscula. Estas 5As se resumen en **A**veriguar/Ask (pedir autorización para hablar del peso), **A**nalizar/Assess (los riesgos relacionados con la obesidad y a qué atribuye el peso que ahora tiene), **A**sesorar/Advise (los beneficios para la salud, no centrados en alcanzar un peso y las opciones de tratamiento), **A**cordar/Agree (los resultados en la salud y metas conductuales específica, medibles, alcanzables, relevantes y fijadas en el tiempo) y **A**compañar/Assist (para acceder a los recursos y profesionales adecuados para alcanzar sus metas) (Rueda-Clausen, et al.,2014). Esta herramienta ha sido implementada en diversas investigaciones relacionadas con el manejo de la obesidad y adaptadas a población pediátrica, embarazadas y trabajo multidisciplinario (Obesity Canada, 2021).

De igual forma, por parte de la comunidad médica se han realizado esfuerzo más amplios para abordar el estigma de peso, por ejemplo, en 2017 instituciones como la Asociación Médica Americana y la Academia de Pediatría Americana publicaron declaraciones que recomendaban el

uso de un lenguaje no estigmatizante al hablar sobre obesidad, mayor educación de los profesionales de la salud sobre el sesgo de peso y en el caso específico de los jóvenes la evaluación de comorbilidades psicosociales como el Bullying (Obesity Medicine Association, 2017, Pont et al., 2017).

Los esfuerzos anteriores reflejan pasos importantes hacia la visibilización, consciencia y abordaje del estigma de peso, esperando que la suma de todos ellos promueva cada vez más una cultura de atención al paciente que apoye a las personas con independencia de su tamaño corporal (Puhl et al., 2020).

Capítulo 3. Terapia de Aceptación y Compromiso

Bases de la Terapia

La Terapia de Aceptación y Compromiso o ACT (Acceptante and Commitment Therapy) por sus siglas en inglés, es un enfoque terapéutico que forma parte de la Tercera Generación de Terapias (Hayes, 2004) dentro de la tradición de la terapia conductual y cognitivo-conductual, dentro de la cual se distingue por buscar cambiar la función de los eventos privados y no su forma, frecuencia o control de ellos (Hayes, & Wilson, 1994); sin embargo, una mejor denominación sería “terapias contextuales” (Pérez-Álvarez, 2014) puesto que ACT se enfatiza como una ciencia contextual cuyas bases son la filosofía Contextual funcional, la Teoría del Marco Relacional, la propuesta de un modelo de salud mental y psicopatología, basado en la flexibilidad e inflexibilidad psicológica respectivamente, así como el énfasis en el uso de recursos metafóricos como herramientas terapéuticas (Neria, 2020). Dichas bases se expondrán a continuación.

Contextualismo Funcional

Pepper (1942) propuso cuatro hipótesis para entender el mundo, es decir, sistemas filosóficos que se agrupan en estas cuatro cosmovisiones, cada una de ellas basadas en una metáfora raíz que estructuran la comprensión de las categorías técnicas (Hayes et al., 1988); dichas hipótesis son el formismo, el mecanicismo, el organicismo y el contextualismo.

El formismo tiene como metáfora raíz a la *similitud* que implica la recurrencia de formas reconocibles, por tanto, su criterio de verdad es la correspondencia entre las palabras y las cosas a las que hacen referencia, en esencia se trata de nombrar y categorizar como en el caso de las nosologías (Hayes et al., 2014; Hayes, et al., 1988).

El mecanicismo tiene como metáfora raíz a la *máquina* que implica la existencia de partes relacionadas con otras partes de alguna manera sistemática (Hayes, et al., 1988) cuyo criterio de verdad es la manera en que los modelos o formulaciones verbales (Hayes, 1993) revelan la organización que se asume, tiene el mundo (Neria, 2020). En este sentido el objetivo sería descubrir las partes y las relaciones entre ellas que subyacen a lo que se ve en la superficie y por ello la predicción sería la base pues implicaría modelar al mundo adecuadamente (Hayes, et al., 1988; Hayes, et al., 2014).

El organicismo tiene como metáfora raíz el proceso de *desarrollo orgánico* como en los sistemas orgánicos vivos y en crecimiento, su criterio de verdad es la coherencia, consideran que todos los hechos del mundo guardan relación entre sí, sin embargo, a diferencia de los mecanicistas, consideran que el todo es primario y que las partes son significativas solo en la medida en que se relacionan con el sistema en general (Fox, 2008). De igual forma, consideran el cambio como un hecho y la estabilidad aquello que debe explicarse, por ejemplo, los modelos de desarrollo por etapas (Hayes et al., 1988).

El Contextualismo tiene como metáfora raíz el acto-en-*contexto* en curso; es decir, la acción del organismo establecida sensatamente (Pepper, 1942) y su metáfora raíz es el trabajo exitoso o la acción efectiva; cualquier evento es interpretado como un acto continuo inseparable de su contexto actual e histórico (Fox, 2008). Por tanto, lo primario es la totalidad del acontecimiento y las partes se derivan o abstraen cuando resulta útil hacerlo, la totalidad se entiende en referencia al contexto más que configurada por elementos. En este sentido la naturaleza del acto se define por sus pretendidas consecuencias no por su forma (Hayes et al., 2014), es decir, solo en términos del logro de metas particulares (Hayes et al., 1988). Por tanto, la claridad de los

objetivos de análisis es crítico pues serán éstos los que especifiquen cómo se puede aplicar un criterio pragmático de verdad.

Ahora bien, dentro de esta cosmovisión existen dos tipos, por una parte el contextualismo descriptivo que a grosso modo tiene como objetivo una apreciación personal de los elementos que participan en la totalidad, por ejemplo, la psicología narrativa y el constructivismo social; en contraposición el contextualismo funcional tiene como objetivo la predicción-e-influencia de los acontecimientos psicológicos con precisión, alcance y profundidad; siendo en esta segunda variante donde la ACT se fundamenta (Hayes et al., 2014).

Para la ACT la verdad es entendida desde un punto de vista pragmático, donde no se concibe como la correspondencia entre enunciados y realidad, más bien lo que importa es conseguir que las cosas se realicen. Por tanto, la verdad se define en la ACT como aquello que funciona para lograr un objetivo, pero los objetivos pueden servir para lograr otro objetivo y así *ad infinitum*, por tanto, puntualiza que existen objetivos últimos que entienden como valores, es decir no es un medio para conseguir otro objetivo y no requiere de una justificación (Neria, 2020).

Para ejemplificar las principales características del contextualismo funcional Neria (2020) resume el ejemplo de ir a la tienda de Hayes et al. (2014):

éste es [el contextualismo funcional] como ir a la tienda, lo que representa el acontecimiento global que está sucediendo y que sucede por un propósito general. Además, ir a la tienda implica un contexto tanto histórico (lo que sucedió antes y que originó la necesidad de ir a la tienda) como un contexto situacional (lo que sucede en el propio acto de ir a la tienda). Y como el objetivo es ir a la tienda, no importa si se va caminando o en bicicleta, pues el criterio de éxito es el hecho de haber llegado a la tienda, y por lo tanto la

verdad es lo que haya funcionado para lograr el éxito del objetivo. Y si este objetivo es un objetivo último, entonces es importante (valioso) para quien ha realizado el acto. (pp. 56)

Teoría de los Marcos Relacionales

En general diferentes escuelas de psicología han puesto énfasis en el lenguaje y la cognición como la clave para la comprensión de la actividad humana, en el caso puntual de la ACT se encuentra vinculada a la corriente científica denominada Teoría de los Marcos Relacionales (TMR) la cual es una teoría contextual funcional del lenguaje y la cognición humana (Hayes et al., 2014) considerada además como una teoría post-Skinneriana (Hayes et al., 2001).

De acuerdo con Hayes et al. (2001) los aspectos fundamentales de la TMR se resumen de la siguiente manera:

La Teoría del Marco Relacional es una aproximación analítico conductual del lenguaje y la cognición. La TMR entiende el comportamiento relacional como una operante generalizada, y por tanto apela a una historia de entrenamiento con múltiples ejemplos. Los tipos específicos de comportamiento relacional, denominados marcos relacionales, se definen en términos de tres propiedades de implicación mutua, implicación combinatoria y transformación de funcionales. Los marcos relacionados son aplicables arbitrariamente, aunque no se aplican necesariamente de manera arbitraria en el contexto del lenguaje natural. (p.141)

Por tanto, la TMR aspira a proporcionar una base psicológica comprensible del lenguaje y la cognición superior desde la explicación del éxito evolutivo de algunas especies y tratando de comprender las raíces de los logros y el sufrimiento humano (Hayes et al., 2014). Se centra en las relaciones de estímulos derivados a fin de explicar la especificación de las contingencias y de la

conducta gobernada por reglas, de igual forma ayuda a definir la conducta verbal y los estímulos verbales funcionalmente, proporcionando las bases de la cognición de una forma monista (Wilson, & Luciano, 2002).

En este punto, es importante señalar lo que Hayes et al. (2001) entienden por un marco relacional:

Un *Marco* no es un tecnicismo nuevo, no es una estructura, entidad mental o proceso cerebral. Un *marco* es una *metáfora* que se refiere a un rasgo característico de algunas clases de respuesta puramente funcionales: la clase de comportamiento proporciona un patrón funcional general, pero el contexto actual proporciona las características formales específicas que ocurren en partes específicas de ese patrón. (p.27)

Como se ha mencionado con anterioridad, el aprendizaje relacional es el punto clave que define la conducta verbal y puede entenderse funcionalmente como “responder a un evento en términos de otro” (Wilson, & Luciano, 2002, p.52), es decir, produce su efecto a causa de las relaciones derivadas entre él y otras cosas, entendiendo que las relaciones derivadas hacen referencia a aquellas relaciones que no han sido enseñadas (Hayes et al., 2014).

Además, el estímulo es definido verbalmente partiendo de sus funciones que son dadas por su participación en un marco relacional (Wilson, & Luciano, 2002), pues las funciones correspondientes a un miembro de una clase de equivalencia tenderán a transferirse a los demás miembros (Haye et al., 2014). De igual forma, esta derivación de relaciones es una conducta aprendida por lo que son operantes generalizadas (Wilson, & Luciano, 2002).

Aunado a lo anterior el aprendizaje relacional puede ser no arbitrario o arbitrario, en el primer caso se refiere a relaciones que están definidas por las propiedades formales/físicas de

acontecimientos que están relacionados, por otra parte, las relaciones arbitrarias ya no estarán vinculadas a las propiedades físicas de dos elementos (Hayes et al., 2014), por lo que han de ocurrir bajo otro tipo de claves, las contextuales. Estas relaciones entre los estímulos estarán sujetas a tres tipos de relaciones aprendidas: vinculación mutua o bidireccional, vinculación combinatoria y transformación de funciones (Wilson, & Luciano, 2002).

La vinculación mutua o bidireccional señala que el aprendizaje de una relación en una dirección, a su vez implica otro aprendizaje en la dirección opuesta (Hayes et al., 2014), por ejemplo, si A se relaciona con B, entonces B se relaciona con A, por otra parte, la forma en que se relacionen bidireccionalmente puede ser múltiple. Wilson y Luciano (2002) ofrecen los siguientes ejemplos:

Relaciones básicas de coordinación: si en Y condiciones A es igual a B, entonces se deriva que en tales condiciones B es igual a A.

Relaciones de oposición: si A es opuesto a B en X condiciones, entonces se deriva que B también es opuesto a A.

Relaciones de comparación: si en X condiciones A es más que B, entonces se deriva que en tales condiciones B es menos que A.

Relaciones de temporalidad: si en Z condiciones después de A ocurre B, entonces se deriva que en Z condiciones antes de B ocurre A.

Relaciones espaciales: si A está encima de B, entonces B está debajo de A. (p.55)

Se puede señalar entonces que un estímulo puede relacionarse con *otros* a distintos niveles dependiendo de los tipos de relaciones, y en una misma relación dependiendo del control contextual (Wilson, & Luciano, 2002).

Por su parte, la vinculación combinatoria señala que las relaciones mutuas se pueden combinar (Hayes et al., 2014) y hace referencia a la multiplicación de relaciones entre más de dos estímulos, dando como resultado que estímulos que en un inicio no tenían relación directa lleguen a formar parte de un marco relacional (Wilson, & Luciano, 2002) por ejemplo, si en cierto contexto A se relaciona con B de una forma determinada y B se relaciona con C de una forma determinada, entonces implica que A y C se relacionan en ese contexto (Hayes, et al. 2014), ahora bien, la forma de la relación también puede ser de diferentes tipos como los siguientes ejemplos presentados por Wilson y Luciano (2002):

Si en condiciones X, A es mayor que B y B es mayor que C, entonces se deriva que A es mayor que C y que C es menor que A.

Si en condiciones Y, A es igual a B y B es igual a C, entonces se deriva que, en tales condiciones, C es igual a A.

Si en condiciones H, A es opuesto a B y B es opuesto a C, entonces se deriva que en tales condiciones C y A no son opuestos.

Si en condiciones Z, después de A ocurre B y después de B ocurre C, entonces se deriva que, en tales condiciones, C ocurre después de A. (p.55)

De acuerdo con la TMR cualidades como éstas son las que caracterizan a un marco abstracto de respuestas que inicialmente se adquieren y que se mantienen bajo control de claves contextuales arbitrarias mediante refuerzos de aproximación, a través de múltiples ejemplos de entrenamiento y que posteriormente se aplicaran de forma no arbitraria (Hayes et al., 2014).

En el caso de la transformación de funciones implica que las funciones dadas a un estímulo dentro de un marco relacional, ya sea por combinación mutua o combinatoria, se transfieren a otros

estímulos con los que mantengan algún tipo de relación, por tanto, se trata de una forma más compleja de aprendizaje relacional. Por ejemplo, en un marco conformado en X condiciones donde A es mayor a B y B es mayor a C, puede A además de ser mayor a B como lo es en este marco, estar relacionada en otro marco con una función adversa, por lo que se transferirá que C es menos adverso que A y B y B menos adverso que A (Neria, 2020). Por ejemplo, si una persona aprende, en un contexto determinado, que Miguel es más fuerte que Esteban y que Carlos es más fuerte que Miguel, la persona deducirá que Carlos es más fuerte que Esteban (implicación combinatoria), ahora bien, si esa misma persona necesitara ayuda para mover algo pesado, con base en lo que aprendió con anterioridad deducirá que la ayuda de Carlos será más útil que la del resto, es decir, las funciones de los acontecimientos en una red de relaciones se pueden transformar en términos de las relaciones subyacentes (Hayes et al., 2014).

En resumen, el punto de partida de la TMR es que los humanos pueden aprender con facilidad a relacionar eventos de forma arbitraria y de muchas formas posibles, hasta el punto en que estos patrones relacionales aprendidos son aplicados a nuevos estímulos en los que se identifican las mismas claves de relación o contextuales, que se generaron históricamente, esto no significa necesariamente ser conscientes de los procesos implicados, sin embargo, las reacciones tanto privadas como públicas tienen un alto componente de procesos derivados y al ser múltiples los marcos de relación arbitraria, su establecimiento o ausencia dependerá de la historia de cada individuo (Wilson, & Luciano, 2002).

Modelo de Salud y Enfermedad

El objetivo general de la ACT es promover la flexibilidad psicológica (la capacidad de contactar con el momento presente más plenamente como un ser humano consciente y de cambiar o persistir en el comportamiento cuando hacerlo sirve a fines valiosos) dicha flexibilidad se

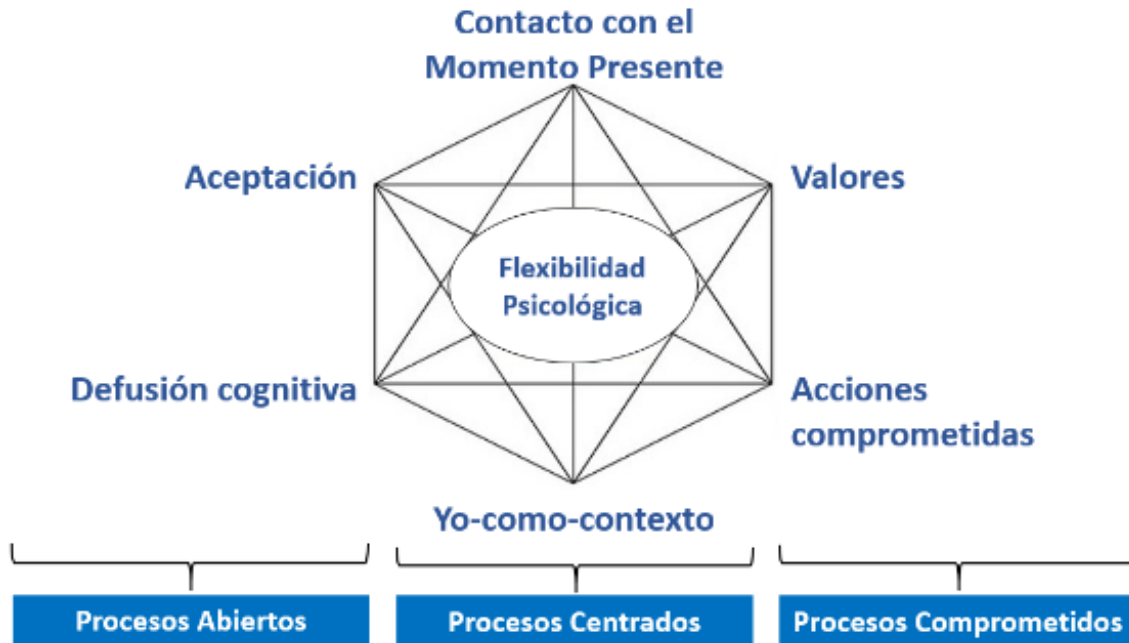
establece a través de seis procesos básicos que son presentados en un modelo unificado del funcionamiento humano, cada uno de estos procesos es visto como una habilidad psicológica positiva y no sólo como un método para evitar la psicopatología (Hayes, 2020 [curso en línea]).

Este modelo de flexibilidad psicológica es tanto un modelo de salud psíquica, como un modelo de psicopatología (Hayes et al., 2014), pues dicho modelo es un continuo que va de la flexibilidad psicológica a la inflexibilidad psicológica y viceversa (Neria, 2020). (Figuras 3.1 y 3.2). El punto de partida es que esos seis procesos centrales son los responsables de la organización de la flexibilidad psicológica y que en la deficiencia o ausencia de uno o más de ellos, se presenta la rigidez o inflexibilidad psicológica, la cual es considerada como la causa del sufrimiento humano y del funcionamiento desadaptativo.

Al respecto, la ACT mantiene que el dolor es una consecuencia natural e inevitable del hecho de vivir, pero el sufrimiento sin necesidad surge cuando el nivel global de inflexibilidad impide adaptarse al contexto (interno o externo), es decir, cuando los procesos verbal-cognitivos tienden a estrechar el repertorio humano en áreas clave a través de enredos cognitivos y la evitación experiencial (Hayes et al., 2014).

Figura 3.1

Modelo de flexibilidad psicológica



Nota. Tomado de *Procesos que integran el modelo de flexibilidad psicológica clasificados en procesos abiertos (aceptación y defusión cognitiva), centrados (momento presente y yo como contexto) y comprometidos (valores y acciones comprometidas)*. Adaptado por Neria (2020) de “Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consiente (Mindfulness)”, p.109., por S. C. Hayes, K. Strosahl y K. G. Wilson, 2014, Desclée de Brouwer.

La ACT propone como entidad nosológica el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) que tiene por centro a la propia evitación experiencial (Neria, 2020), definida por Hayes et al. (1996) como:

Un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona. (p. 1154)

Figura 3.2*Modelo de inflexibilidad psicológica*

Nota: Tomado *Procesos que integran el modelo de inflexibilidad psicológica que es contrario al modelo de flexibilidad psicológica*. Adaptado por Neria (2020) de "Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)", p.108 por S. C. Hayes, K. Strosahl y K. G. Wilson, 2014, Desclée de Brouwer.

Por tanto, una persona que está inmersa en un patrón recurrente de evitación va a estar intentando evitar, suprimir o escapar de pensamientos, sentimientos, recuerdos o sensaciones física, aun cuando esto implique alejarse de lo que le es valioso y por ende estrechando su vida (Hayes et al., 2014). Wilson y Luciano (2002) lo ejemplifican de la siguiente manera:

...ante la *presencia de malestar o angustia* o cualquier otra función verbal aversiva, se produce la *necesidad de aplacar* tal función, para lo cual *hará lo que considera correcto* de acuerdo con su historia (por ejemplo, intentar controlar sus eventos privados). Sin embargo, tristemente los hechos muestran que el resultado obtenido es totalmente contrario a los propósitos perseguidos, de manera que este patrón de evitación se torna, así, paradójico, ya que cuantos más intentos por resolver el problema se hagan, más se extiende

el problema y más limitaciones genera en la vida de la persona. Dicho de una vez, estaríamos ante *una solución que, en realidad, es el problema.* (p.74)

En este sentido el verdadero problema está en un patrón de vida que implica la huida deliberada del malestar, del sufrimiento y de cualquier evento considerado aversivo, lo cual, en realidad solo genera la expansión del malestar y la limitación de la propia vida; sin embargo también hay que tomar en cuenta que la evitación experiencial se alienta en la cultura occidental, donde se asume la necesidad de tener eventos privados “correctos” o “apropiados” como condición para poder vivir y cuando se presentan aquellos considerados como aversivos son vistos como anormales y negativos, ante los que se incentiva a reaccionar como si fueran barreras para vivir, por lo que la solución lógica suele ser eliminarlos y aunque a corto plazo los intentos de eliminarlos suelen ser efectivos pues suelen aliviar la experiencia negativa, a largo plazo la persona termina yendo en contra de lo que le es valioso (Wilson, & Luciano, 2002).

Ahora bien, la evitación experiencial no es intrínsecamente patológica, sino que lo es cuando acaba limitando lo que la persona quiere hacer con su vida, pues se hace de una forma generalizada y crónica y a pesar de lo lógico que parezca la evitación del sufrimiento finalmente no resuelve nada, por el contrario, esa actuación se interpone en lo que esa persona desea para su vida (Wilson, & Luciano, 2002).

El TEE es una clase funcional limitante puesto que topográficamente las respuestas ante eventos privados vividos aversivamente pueden ser distintas, pero con una misma función: la eliminación o evitación de eventos privados, es por ello que diversas patologías dentro de los sistemas de clasificación como la Clasificación internacional de enfermedades (CIE) y Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés) pueden

conceptualizarse como formas diversas de evitación no saludable (Hayes et al., 1996). Wilson y Luciano (2002) lo expresan de la siguiente forma:

Desde la perspectiva del TEE, personas cuyos trastornos recibirán nombres diferentes funcionalmente estarían luchando (o trabajando) para terminar con, o evitar, los eventos privados que vivencian aversivamente y que conciben como obstáculos o barreras para su vida. (p.77)

Por tanto, diferentes trastornos psicológicos pueden analizarse desde la *dimensión de evitación* como el factor funcional clave en su etiología y mantenimiento, aun si la fuente o los tipos de material evitados o si las respuestas que conformen el patrón o clase funcional de evitación experiencial sean diferentes (Hayes et al., 1996).

Procesos Centrales de la ACT

El modelo planteado por la ACT, como se mencionó con anterioridad, es un modelo tanto de flexibilidad psicológico como de inflexibilidad, en palabras de Neria (2020) cada proceso ACT tiene un *hermano* psicopatológico (p.64), por lo que cada uno de los procesos centrales de flexibilidad actuará como una barrera o neutralizador frente a aquellos que generan inflexibilidad (Hayes et al., 2014), en este aparato se describirán estos seis procesos ACT del modelo de salud y su contraparte psicopatológica.

Aceptación

La aceptación es la alternativa a la evitación experiencial, la cual ya ha sido descrita con anterioridad, y es esa opción de “hacer un espacio” a los contenidos mentales no deseados sin enredarse en esfuerzos infructuosos por eliminarlos, controlarlos o huir de ellos, y además, explorar el flujo de esas vivencias con una actitud de curiosidad; en otras palabras “es la adopción

de una postura abierta, receptiva, flexible y sin juicios respecto a la experiencia que tiene lugar momento-a-momento” (Hayes et al., 2014, p. 125).

La aceptación se apoya en la actitud de “estar dispuesto” a entrar en contacto con las vivencias internas negativas o con algunas circunstancias, acontecimientos o interacciones que tengan probabilidad de desencadenarlas, es decir, “es la elección voluntaria y basada en valores de permitir y mantener el contacto con las vivencias internas o los acontecimientos que puedan originarlas” (Hayes et al., 2014, p. 125-126), sin esta disposición la aceptación, como la entiende la ACT, no sería posible.

Es probable que de forma coloquial el uso de la palabra aceptación tenga connotaciones poco saludables e incluso pasivas y por ello, es importante aclarar que la aceptación es un proceso activo, de tal manera que los eventos privados se perciben y se observan momento a momento, y tales vivencias estén listas para formar parte de la conducta si tiene sentido que así sea y no significa no hacer cambios cuando sea posible hacerlos (Hayes et al., 2014). Neria (2020) lo resume de la siguiente manera:

La aceptación no significa dejar las cosas tal como están cuando es posible cambiarlas. No es ceder, resignación o rendición, es fortalecer el cambio cuando este es posible. No es fracaso, es reconocer que una determinada estrategia no ha funcionado o no está dando resultado. La aceptación no es tolerar, sino una apertura a la propia experiencia. La aceptación consiste en elegir en función de valores y vivir una vida significativa. (p.65)

Defusión Cognitiva

La fusión cognitiva es un proceso mediante el cual los acontecimientos verbales ejercer un fuerte control estimular sobre las respuestas excluyendo otras variables contextuales, es decir, es

una forma de dominancia verbal en la regulación de la conducta (Hayes et al., 2014) y “se fundamenta en la Teoría del Marco Relacional que propone la omnipresencia de los contextos literales” (Neria, 2020, p.65).

En la fusión se responde a las construcciones mentales como si fueran directamente la situación física, lo cual no es necesariamente perjudicial, sino que el problema reside en que esa manera de seguir las reglas hace perder el contacto con los antecedentes y consecuencias directas del comportamiento (Hayes et al., 2014), “se vuelve así [perjudicial] cuando se extiende demasiado y las personas comienzan a tomar sus pensamientos literalmente, sin notar el proceso de pensar en sí misma” (Neria, 2020, p.65).

La contraparte a la fusión cognitiva es la defusión entendida como “la desliteralización o debilitamiento del dominio funcional de las respuestas basadas en reglas literales o evaluativas” (Hayes et al., 2014, p. 107), es decir, implica dar un paso atrás para observar las vivencias internas (pensamientos, recuerdos, emociones, sensaciones) como lo que son (una corriente de vivencias que se tienen y experimentan) y no como lo que dicen ser (verdades literales que organizan al mundo). La esencia de la defusión es distanciarse del significado del proceso verbal y empezar a considerarlo como un observador, separando, metafóricamente, al ser humano (el oyente), de la “mente” (el hablante) (Hayes et al., 2014).

Yo como contexto

La ACT distingue entre tres tipos dimensiones del yo que dan lugar a tres tipos de autoconocimiento, el yo-concepto (yo-como-contenido), el yo-consciente (yo-como-proceso) y el que asume una perspectiva general (yo-contexto) (Hayes et al., 2014).

El yo-concepto es una visión del yo que ha sido construida verbalmente y con la que se ha fusionado, el problema de la identificación con esta dimensión del yo reside en que estrecha el repertorio de acción pues lleva a una distorsión o reinterpretación de los acontecimientos que resulten inconsistentes con ella (Hayes et al., 2014). “Ponemos tal empeño en reforzar y defender la historia que tejemos que acabamos intentado ocultar aspectos de quiénes somos y de nuestras experiencias, no solo a los demás, sino también a nosotros mismos.” (Hayes, 2020).

El yo-como-proceso es una descripción verbal continua, como conciencia continua y se basa en las acciones relacionales de notar lo que está presente, sin fusión, ni necesidad de defensa; implica la habilidad de aprender a describir lo que se siente y piensa, en este sentido, cualquier individuo que sea incapaz de hacerse consciente de sus estados conductuales en curso estaría en desventaja para hacerle frente a circunstancias variables y volátiles que se presenten la cotidianeidad (Hayes et al., 2014).

El yo-como-contexto o yo-observador es la capacidad de mantenerse centrado en el presente mediante la toma de perspectiva (Neria, 2020), es un aspecto del yo que, metafóricamente, no puede ser observado, pero desde el cual es posible observar, es decir, el yo no es una cosa sino la perspectiva desde la que se observa la actividad verbal (Hayes et al., 2014). Neria (2020) menciona que “...la elección de nuestros actos en función de nuestros valores personales y no de “lo pensado” constituye a esta dimensión del yo. En palabras de Hayes (2020) “nos liberamos de las tenazas de la autoevaluación y de la convicción de que tenemos que persuadir a los demás de nuestras historias acerca de por qué somos especiales...” (p.158).

Momento Presente

La contraparte del momento presente es la atención rígida que tiende a llevar a las personas hacia un pasado recordado o a un futuro imaginado; sin embargo, el pasado y el futuro son solo

una medida del cambio, un truco del lenguaje que hace parecer al tiempo como una cosa concreta, olvidando que las cavilaciones del pasado o el futuro ocurren en el presente. El problema estriba en que esas historias sobre el pasado o futuro absorben tanto la atención de la persona que se desentiende de las cosas que ocurren alrededor, es decir, "...están tan centrados en su pasado o futuro, volviendo una y otra vez sobre ellos, la vida se les escurre, se pierden de muchas cosas importantes" (Hayes et al., 2014, p. 303).

El momento presente se refiere a vivir de manera flexible el aquí y ahora, por lo que implica la capacidad de fijar intencionalmente la atención, resaltando que la mera exposición a los acontecimientos no es suficiente, sino que se hace necesaria una actitud de respuesta activa a ellos y centrada en cada momento (Hayes et. al., 2014). Neria (2020) señala que este proceso equivale a Mindfulness como lo propone Kabat-Zinn (1990) definido como prestar atención de manera intencional al momento presente sin juzgar. Hayes et al. (2014) proponen que esta capacidad de fijar la atención con flexibilidad brinda mejores oportunidades de ser modelados y de modelar el mundo alrededor.

Valores

La ACT plantea que la desconexión con los valores que son realmente importantes para la persona es una de las mayores causas de malestar psicológico, sin embargo, también reconoce que es fácil perder de vista lo que es importante, pues la cultura anima a definir el sentido de valía a partir de la búsqueda de deseos superficiales y no es extraño terminar enfrascado en la búsqueda de conseguir objetivos que tengan la aprobación de la sociedad o acerque a una gratificación superficial (Hayes, 2020).

Hayes et al. (2014) señalan que aquello que da un significado a la vida es la conexión con los valores que se relacionan estrechamente con las acciones de la vida diaria, "tener la sensación

clara de que nuestra vida tiene sentido y de que se trata de un sentido elegido por nosotros mismos es una fuente de motivación inagotable.” (Hayes, 2020, p. 202). Por tanto, la orientación hacia los valores personales es un distintivo de la ACT, resaltando que los valores no son sentimientos, ni deseos, ni objetivos, sino elecciones y propiamente actos (Neria, 2020).

Wilson y DuFrene (2009) entienden los valores de la siguiente manera:

Los valores se eligen libremente y son consecuencias elaborada verbalmente de patrones de actividad en curso, dinámicos y en desarrollo que determinan los reforzadores principales de la actividad y son intrínsecos a la implicación en la propia pauta de conducta valiosa. (p.66)

En última instancia, la salud mental se consigue a través del funcionamiento eficaz en el mundo y se busca que además este funcionamiento eficaz tienda a generar un sentido de vitalidad, conexión con la vida y sentido de salud y bienestar; a su vez este sentido de fluidez e implicación surge cuando la persona está en contacto con acontecimientos reforzadores del presente que son intrínsecos a las acciones de una vida significativa (Hayes et al., 2014).

Compromiso

La rigidez de conducta puede caracterizarse tanto por la evitación conductual (inacción, pasividad, evitación), como por un comportamiento excesivo (impulsividad), esto conlleva a dificultades para iniciar y mantener acciones que sean sensibles a las posibles contingencias, lo cual, reduce la capacidad de adaptarse a las circunstancias ambientales (Hayes et al., 2014).

En contrapartida, el compromiso es la expresión de los valores personales, por lo que compromiso de acción es realizar determinadas acciones en momentos concretos, más específicamente “el compromiso de acción consiste en una acción, basada en valores, que tiene

lugar en un momento temporal concreto y que está vinculada a la formación de una pauta de acción que sirva a ese valor” (Hayes et al., 2014, p. 488). Es precisamente de esta importancia de actuar en direcciones a los valores que se conserva el acrónimo de ACT (Neria, 2020) reflejando la importancia de actuar.

Por otra parte, un compromiso de acción no es lo mismo que promesas, predicciones ni descripciones históricas, el compromiso depende de la fuente de refuerzo en el presente, y está vinculado a elecciones concretas, que no se limitan a acciones físicas, sino que pueden implicar todo el conjunto de actividades mentales. Además, las acciones basadas en valores no son nunca perfectas ni constantes; sin embargo, cuando se cae en cuenta de la discrepancia entre acciones y valores se puede elegir actuar nuevamente de una forma que plasme dicho valor. Por tanto, “la conducta basada en el compromiso es una elección para comportarse de una manera particular con un propósito” (Hayes et al., 2014, p. 490) e implica un proceso de elaboración de pautas de conducta que sean cada vez más amplias.

Recursos Metafóricos y Experienciales en la ACT

La ACT propone que los procesos involucrados en la flexibilidad psicológica no están fácilmente controlados por reglas, es decir, quedarse únicamente en instrucciones no sería suficiente, por ello consideran se requiere de metáforas, ejercicios y modelamiento para llegar a aprenderlas (McMullen et al., 2008).

Gran parte del lenguaje humano es metafórico y en la cotidianidad es común el uso frecuente durante las conversaciones diarias, ahora bien, la metáfora es entendida como “una transferencia o cambio de una asignatura secundaria (vehículo) a una asignatura principal (tema), el fundamento compartido incluye las cualidades del tema y el vehículo que juntas forman la

esencia de la interpretación figurativa” (McCurry, & Hayes, 1992, p. 764); en términos simples, la premisa es que “A es como B” (p.767).

Se considera que las metáforas o recursos metafóricos “funcionan” en la medida en que se logra un objetivo específico, el cual, puede cambiar con el contexto y el propósito experiencial, es decir, que la metáfora podrá ajustarse a cada caso en particular y para cada paciente el objetivo buscado puede cambiar (McCurry, & Hayes, 1992).

McCurry y Hayes (1992) proponen que para que una metáfora sea útil debe cumplir ciertas características como ser memorables o fáciles de recordar, comprensible y apropiadas, lo cual sintetizan de la siguiente forma:

Tal metáfora debería (a) ser consistente con el nivel de desarrollo del cliente; (b) ser extraído del mundo cotidiano del sentido común; (c) evocar una respuesta sensorial rica; (d) contienen patrones de eventos y relaciones generales que son isomórficos con la situación del cliente, y que probablemente se indiquen en situaciones fuera de la hora de la terapia; y (e) tener múltiples interpretaciones si los problemas del cliente son difusos, pero menos significados si el problema del cliente es más limitado. (p.780)

Por su parte Moix (2006) menciona que las metáforas ofrecen otra forma de contemplar el problema y una nueva forma de hacerlo para el paciente y puesto que las estrategias anteriores no le han dado resultado, permite una apertura a las nuevas opciones, vistas desde una nueva óptica, otras de las ventajas que ofrecen es que son fáciles de recordar y permiten externalizar el problema y analizarlo con mayor distancia.

Como ya se ha mencionas el alcanzar las destrezas que caracterizan la flexibilidad psicológica requerirán ser asimiladas a través de la experiencia, es decir, modelado por

consecuencias, por ello en un inicio se proponen ejercicios experienciales que puedan ser sencillos de lograr por el paciente, el objetivo es “ir dando forma” empezando por cosas pequeñas, reforzando las aproximaciones progresivas a conductas más complejas y de esta forma lograr establecer repertorios alternativos sostenibles por aquellas consecuencias que el cliente valore de un modo significativo (Hayes et al., 2014).

Es este sentido, la relación terapéutica proporciona una base firme para estos cambios progresivos basados en la variación y conservación selectiva de conductas sociales nuevas; es importante reconocer que el intentar algo nuevo puede producir ansiedad, aun en pacientes con buen funcionamiento y es cuando la sala de terapia proporciona un entorno acogedor donde las ansiedades del paciente se pueden aceptar y ser aprovechadas para modelar flexibilidad vinculada a las pautas de acción consideradas valiosas (Hayes et al., 2014).

Hayes et al., (2014) consideran que “la terapia es una especie de caldo de cultivo bacteriano en el que pequeños *experimentos* pueden originar y mantener procesos que conduzcan a una transformación más amplia. En el corazón de este proceso, está la relación que terapeuta y cliente comparten.” (p.220). Proponiendo que cualquier interacción entre dos seres humanos implica procesos de flexibilidad por ambas partes por lo que “en la relación terapéutica, esa interacción significa que los procesos de flexibilidad no son solo el *objetivo* de la intervención sino también el *contexto* para una terapia eficaz por parte del terapeuta” (p.221).

Modalidad de Aplicación: Telepsicología

La pandemia por COVID-19 ha implicado un gran número de cambios a las actividades cotidianas para ajustarlas a las medidas sanitarias, sobre todo en lo relativo a la distancia social, lo cual ha llevado a que situaciones como conferencias, reuniones y citas psicológicas anteriormente presenciales hayan migrado a formatos virtuales como teléfono, video e internet (APA, 2020).

La “telesalud” hace referencia al uso de información electrónica y tecnologías de telecomunicación para apoyar la práctica clínica a distancia, así como a la atención de la salud, la educación de pacientes y profesionales de la salud, la educación pública y la administración sanitaria (Wood, Miller, & Hargrove, 2005), en el caso específico de la prestación de servicios psicológicos a distancia se le llama telepsicología, ésta hace uso de medios de telecomunicación como el teléfono, dispositivos móviles, interactivos, videoconferencias, correo electrónico, chat, texto o internet (sitios web de autoayuda, blogs, medios sociales, etc); la comunicación a través de estos canales puede ser sincrónica (comunicándose en tiempo real como las videoconferencias o teléfono) o bien asincrónica (ejemplo, correo electrónico o tableros en línea) (APA, 2013).

De igual forma se pueden incorporar elementos tradicionales usados en la modalidad presencial como por ejemplo materiales psicoeducativos publicados en línea o enviados posterior a una sesión de terapia y pueden combinarse diversas tecnologías, por ejemplo, videoconferencias y teléfono para servicios directo, mientras el correo electrónico podría usarse para servicios no directos como calendarizar una cita y enviar material de lectura (APA, 2013).

La telepsicología representa ventajas tanto para el psicólogo como para el paciente como es el caso de superar las limitaciones geográficas o temporales y el poder acceder a poblaciones con dificultades para desplazarse, con limitaciones financieras u otros obstáculos para acceder a servicios psicológicos de calidad (APA, 2013) y en un contexto de crisis sanitaria como es el actual, donde la distancia social se hace necesaria y al mismo no desaparece la necesidad de atención sino más bien su ajuste a las circunstancias.

De igual manera, trae consigo retos para el psicólogo y el paciente, como el propio uso de las tecnologías, la privacidad, la veracidad de los datos, confidencialidad y el afrontamiento de

situaciones de urgencia, todo ello requerirá diferentes acciones y responsabilidad del profesional para poder ajustarse a las necesidades del contexto (APA, 2013).

Respecto a la evidencia disponibles sobre la eficacia de la atención a distancia, la psicoterapia por teléfono hasta ahora había recibido mayor atención y por tanto es la que cuenta con mayor evidencia a favor de su uso, señalando que una administración cuidadosa la equipara en efectividad con la atención presencial (Coughtrey & Pistrang, 2018), sin embargo, con el avance de la telecomunicación y las redes sociales ha ido el aumento el uso de otros medios como la terapia a través de internet, en este caso específico se han realizado dos revisiones sistemáticas con la terapia cognitivo conductual por internet (TCC-I) para dos poblaciones en particular, trastorno de ansiedad en adultos (Olthuis et al., 2016) y trastorno de estrés post-traumático o TEPT en adultos (Simon et al., 2021).

En ambas poblaciones la TCC-I mostró ser eficaz y tener efectos beneficiosos y en el caso del trastorno de ansiedad pude no ser significativamente diferente a la modalidad presencial para este mismo padecimiento, sin embargo, en ambas revisiones señalaron la necesidad de estudios de investigación adicionales para aumentar la calidad del conjunto de la evidencia por la escasa disposición de estudios, sobre todo para la población con TEPT (Olthuis, et al., 2016; Simon, et al, 2021).

Por otra parte, de forma general en algunos estudios que comparan la teleterapia con la terapia tradicional, los pacientes que participan en la teleterapia completaron un mayor número de sesiones antes de abandonar la terapia que los que los de terapia presencial (Hernandez-Tejada et al., 2014).

Lo anterior señala los potenciales ventajas y retos de la telepsicología como es el caso de la terapia a través de internet, así como la necesidad de más estudios en esta modalidad y con una

mayor amplitud de las problemáticas abordadas, sobre todo en un contexto donde las actividades presenciales se ven reducidas.

ACT Aplicada a Autoestigma de Peso

Dado el impacto que genera el estigma de peso en aquellas personas que lo viven en su cotidianidad el dirigir la atención al estigma de peso y a su tratamiento parece ser un objetivo apropiado y necesario en la atención dirigida a esta población; sin embargo, como se ha mencionado con anterioridad los tratamientos para bajar de peso (los tratamientos conductuales estándar) con un enfoque normativo del peso, donde regularmente la pérdida de peso es el objetivo principal para mejorar la salud, tienen un mantenimiento deficiente a largo plazo, contribuyendo a mayores riesgos (Potts, 2018).

Por otra parte, no se ha demostrado que dichos tratamientos disminuyan el autoestigma de peso y por el contrario podrían ser perjudiciales al contribuir a una agenda normativa sobre el peso (Foster et al., 2003; Puhl, & Heuer, 2009). Cabe mencionar que probablemente tampoco sea una variable que hasta ahora haya sido incluida en las intervenciones con personas con sobrepeso u obesidad, por ejemplo, en una revisión de revisiones sistemáticas, sobre las intervenciones que los profesionales de la salud proveían con el fin de manejar el peso de los pacientes, los autores mencionaron que en los estudios incluidos (38) no se tomaba en cuenta el estigma de peso, lo que reconocían como una limitante de los estudios y por tanto como un área necesarias a tratar en un futuro que pudiera mejorar la eficacia y práctica de los profesionales de la salud (Yazdizadeh et al., 2021).

En palabras de Puhl et al. (2020):

Si bien abordar el estigma por sí solo no proporciona un “remedio” para la obesidad, ampliar los enfoques de control del peso para incluir la consideración del estigma del peso podría ayudar a fortalecer el impacto de los esfuerzos de intervención basados en la evidencia. (p. 283)

En la actualidad existen pocas opciones de tratamiento bien investigadas que reconozcan el impacto del autoestigma de peso (Potts, 2018), aquellas intervenciones que han buscado impactar en esta variable y se han realizado desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en pacientes con sobrepeso u obesidad, serán descritas brevemente en este apartado.

El primero, un ensayo controlado aleatorizado (ECA) desarrollado por Lillis et al. (2009) con una muestra de 84 participantes que habían completado al menos 6 meses de un programa de pérdida de peso, se asignaron de forma aleatoria a un grupo de intervención y a un grupo control en lista de espera; al grupo de intervención se aplicó un taller ACT de un día con duración de 6 horas, donde se tomaron elementos de aceptación de pensamientos, atención plena y defusión cognitiva enfocados a los pensamiento estigmatizantes y distrés relacionado con el peso y la clarificación en valores relacionado con salud y relaciones, así como la identificación de barreras para fomentar compromiso con sus valores.

En el seguimiento a tres meses se observaron mejoras en el estigma relacionado con el peso, la calidad de vida, la angustia psicológica y reducción en índice de masa corporal (IMC) en un 1.5% para el grupo experimental en comparación con una ganancia del .3% del grupo control, así como mejoras en la tolerancia a la angustia, y la aceptación general y específica del peso y la flexibilidad psicológica.

El segundo, igualmente un ECA desarrollado por Palmeira et al. (2017), con una muestra de 73 mujeres con sobrepeso u obesidad, asignadas de forma aleatoria a un grupo de intervención

y a un grupo control activo, el grupo de intervención recibió ACT y autocompasión en ocho sesiones grupales, más dos quincenales posteriores, cada una con duración de dos horas y media, mientras que el grupo control se mantuvo con el tratamiento habitual (citas médicas y nutricionales).

Las participantes en el grupo de intervención informaron una alta aceptabilidad y compromiso y se encontraron diferencias significativas entre los grupos después de la conclusión de la intervención, por ejemplo, disminución del estigma de peso, autocrítica y patrones de alimentación insanos, menos evitación experiencial relacionada con el peso, así como aumento en la calidad de vida relacionada con la salud y del ejercicio físico. En el post tratamiento hubo una reducción del IMC donde el grupo de intervención perdió 1.5kg más que el grupo control (Palmeira et al., 2017).

El tercero, un estudio piloto desarrollado por Levin et al. (2017), con una muestra de 13 participantes con sobrepeso y obesidad con altos niveles de autoestigma de peso, se implementó una intervención a través de una guía de autoayuda ACT a distancia, durante siete semanas con asistencia telefónica y auto reportes a través de una plataforma electrónica y al final una sesión presencial. Los elementos de ACT tomados en cuenta en esta intervención fueron la flexibilidad psicológica, la acción comprometida y las razones para la pérdida de peso, es decir, valores.

Los resultados mostraron una mejora en el peso medido en el consultorio al inicio y al final de la intervención, se observó una pérdida de peso con un promedio de 1.7 kilos durante siete semanas y el aumento de peso máximo fue de 498 gramos, en el caso del peso durante el seguimiento a los tres meses no se observaron mejoras; sin embargo, los autores resaltan que el peso en este lapso fue auto informado por los pacientes, lo cual pudo verse afectado por un sesgo

hacia reportar un mayor peso en el postratamiento, el cual fue observado al comparar los pesos reportados con los medidos en el consultorio en las sesiones presenciales.

Los procesos de cambio mejoraron con el tiempo, incluida la inflexibilidad psicológica, la acción valorada y las razones para perder peso. Se reportó una mejora del autoestigma, así como de otros indicadores tomados en cuenta como, ingesta emocional, conductas de mantenimiento de peso. Se encontró que los motivos para pérdida de peso fueron cambiando hacia razones más vinculadas con la salud y valores que contribuyen a un cambio de comportamiento más duradero al estar vinculados a patrones de actividad continuos y que se refuerzan positivamente. Además, el autoestigma del peso continuó disminuyendo entre la evaluación postratamiento y la del seguimiento, lo que sugirió un efecto del tratamiento aún después de su finalización (Levin et al., 2017).

Finalmente, Potts (2018) desarrolló un ECA, con una muestra de 48 participantes con sobrepeso y obesidad con altos niveles de autoestigma, en el cual implementó una intervención de ACT durante ocho semanas a través de una guía de autoayuda para autoestigma relacionado con el peso, comparando dos versiones de la guía con diferentes niveles de apoyo (telefónica VS. email) contra un grupo control en lista de espera. Se midieron inflexibilidad psicológica y autoestigma relacionadas con el peso y variables como conductas saludables, IMC y actividad física, las evaluaciones se realizaron en dos momentos: una durante la semana uno y otra después de la semana ocho.

Se observaron mejoras significativas en las medidas postratamiento en cuanto a atracones, actividad física, autoestigma relacionado con el peso y flexibilidad psicológica relacionada con el peso para ambas condiciones activas versus lista de espera. Además, los análisis mediacionales mostraron efectos significativos del tratamiento, como el autoestigma del peso y la flexibilidad

psicológica relacionada con el peso, total y por separado, explicaron la relación entre la guía de autoayuda ACT y el comportamiento de atracones.

Los estudios anteriores muestran la posibilidad de abordar el estigma de peso desde ACT, así como su repercusión en la salud física, mental, conductas saludables e incluso el peso, aun si eso no significa colocar la pérdida de peso como objetivo principal de la intervención (Potts, 2018).

Capítulo 4. Planteamiento del problema

Justificación

México ocupa el segundo lugar en obesidad en adultos, lo cual significa que el 73% de la población vive con sobrepeso y de este porcentaje el 34% se clasifica en obesidad grado III, observándose una mayor prevalencia en mujeres; esto implica un mayor riesgo de padecer alguna enfermedad metabólica, cáncer y dificultades de movilidad contribuyendo a un deterioro en la calidad de vida y representando un reto en salud pública pues se estima representará cerca del 8.9% del gasto de salud por año durante el periodo 2020 a 2050 (OCDE, 2020).

Aunado a lo anterior, las personas que viven con sobrepeso y obesidad a menudo sufren estigma y discriminación a causa de su peso, trayendo consigo consecuencias para la salud física y psicológica, además de evitar la búsqueda de atención médica especializada lo que en sí mismo puede agudizar la obesidad y sus comorbilidades (Puhl & Heuer, 2010). Por ello, la World Obesity Federation (2019) y Obesity Canada (2021) han reconocido e incluido el estigma de peso o estigma relacionado con el peso como un factor en el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad.

Al tratarse de algo recurrente el estigma de peso no sólo se queda en experiencias externas, sino que la persona al identificarse como parte del grupo estigmatizado termina aplicando esos mismos estereotipos negativos en sí misma (autoestigma de peso), impactando de igual manera en su salud física, mental y en conductas saludables (Pearl, & Puhl, 2018).

A pesar de lo anterior, las intervenciones actuales toman en cuenta recomendaciones dietéticas, de ejercicio y entrenamiento de habilidades conductuales básicas (Butryn et al., 2011; Wadden et al., 2007), dejando fuera el abordaje del estigma y autoestigma y siendo el foco de atención principal la pérdida de peso, haciendo necesario tomar en cuenta los debates respecto a

los posibles beneficios y daños relacionados con los programas para adelgazar, sobre todo en aquellos intentos de pérdida de peso motivados por la idealización de la delgadez (Sainsbury, & Hay, 2014).

Esto ha llevado a generar la propuesta de un nuevo enfoque que sea peso inclusivo, es decir, que enfatice lo multifactorial de la salud y bienestar, reconociendo el impacto del estigma de peso en las personas con sobrepeso y obesidad, al mismo tiempo que reconoce la importancia de aumentar los comportamientos saludables para tener un impacto en la salud en general (Tylka et al., 2014).

Es decir, el peso no es una conducta, pero sí lo es comer alimentos nutritivos cuando se tiene hambre, dejar de comer cuando se está lleno y realizar ejercicio placentero que sea sostenible a largo plazo, estos comportamientos de autocuidado sí pueden ser accesibles a modificar, incluso si el peso no se ve modificado como consecuencia de estos cambios (Tylka et al., 2014).

En este sentido el abordaje de ACT ha mostrado evidencia de generar impacto en el estigma y autoestigma de peso, actividad física e incluso en el peso, aun cuando este no ha sido el foco central de la intervención; observándose un cambio de los motivos para perder peso más relacionados con la salud y valores que contribuyeron a un cambio de comportamiento más duradero (Levin, et al., 2017; Lilis, et al., 2009; Palmeira, et al., 2017; Potts, 2018).

Recordando que la ACT sugiere la aceptación de las vivencias internas, mientras se pone en marcha conductas orientadas hacia los valores personales (Neria, 2020), en este caso implica llevar la atención más allá de la comida y el cuerpo, al tiempo que se presta atención a objetivos personales (no solo de salud) y hacia determinantes de salud más amplios.

Como se ha detallado en el capítulo tres de este trabajo, de las intervenciones disponibles solo dos se han realizado en modalidad a distancia, a través de una guía de autoayuda y asistencias remota; sin embargo, en nuestro país el mexicano promedio lee 3.4 libros al año y 3.2 en caso de mujeres (INEGI, 2020), lo cual implica una limitación en nuestro contexto, por tanto, tomando en cuenta lo anterior y el escenario clínico de la investigación, donde el distanciamiento social fue necesario, se propuso una intervención individual a través de videollamada, teniendo como base las principales directrices éticas que marca la APA para el empleo de telepsicología: 1) Tomar acciones razonables para asegurar la competencia al hacer uso de la tecnología seleccionada para la intervención y su impacto potencial en los participante; 2) Asegurar las consideraciones éticas de la atención desde el inicio hasta el término de la misma; 3) Hacer el esfuerzo por obtener y documentar el consentimiento informado; 4) Hacer lo posible por proteger y mantener la confidencialidad de los datos e información obtenida, y en caso de existir, informar los riesgos potenciales de pérdida de confidencialidad inherente al uso de las tecnologías; 5) Garantizar medidad de seguridad para la protección de datos de los participantes, de acceso a terceros o divulgación; 6) Realizar esfuerzos para eliminar datos e información de los medios tecnológicos empleados para la intervención, de tal manera que se aumente la protección contra el acceso de persona no autorizadas; 7) Considerar los problemas que puedan surgir por la evaluación implementada; 8) Familiarizarse y cumplir con las regulaciones relevantes para proporcionar el servicio a través de la telepsicología (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013). Proponiendo un diseño experimental de comparación intra-sujeto ($n=1$) con el mayor número de réplicas posibles.

Con base en lo anterior, se hace relevante el continuar investigando la aplicación de la ACT en modalidad a distancia en personas que viven con sobrepeso y obesidad con respecto al

autoestigma y la promoción de hábitos saludables sostenibles (actividad física y alimentación). Por tanto, el presente trabajo se planteó las siguientes preguntas de investigación.

Preguntas de investigación

Pregunta principal

¿Qué impacto tendrá la Terapia de Aceptación y Compromiso a distancia sobre el autoestigma y el peso en personas con sobrepeso y obesidad?

Preguntas secundarias

¿Qué impacto tendrá la Terapia de Aceptación y Compromiso a distancia sobre la actividad física?

¿Qué impacto tendrá la Terapia de Aceptación y Compromiso a distancia sobre la conducta alimentaria?

Objetivos principales

Adaptar y evaluar las propiedades psicométricas del Cuestionario de autoestigma relacionado con el peso (WSSQ por sus siglas en inglés) a población mexicana.

Evaluar los efectos de la Terapia de Aceptación y Compromiso a distancia sobre el autoestigma relacionado con el peso en personas con sobrepeso y obesidad.

Para poder responder las preguntas antes planteadas fue necesario primero adaptar el inventario *Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ)* para población mexicana, para poder medir la variable de autoestigma de peso incluida en este trabajo, por lo que los resultados de la presente investigación se mostrarán en dos secciones, el estudio uno que reporta el proceso seguido para la traducción y adaptación al español mexicano de inventario *Weight Self-Stigma Questionnaire*

(WSSQ); y el estudio dos dónde se reporta lo relacionado con la intervención que se evaluó en ese trabajo.

Capítulo 5. Estudio I. Adaptación del instrumento “autoestigma relacionado con el peso”

Los instrumentos usados en referencia al estigma de peso se han enfocado en la evaluación de las personas con obesidad, midiendo algunos conceptos relacionados con esta variable como la percepción y actitudes hacia las personas con obesidad o las creencias hacia estas personas (Allison et al., 1991), pero ninguno aborda aspectos centrales del estigma de peso como la experiencia personal de vergüenza, la autodevaluación negativa o la discriminación percibida (Lillis et al., 2010).

En otros casos se han adaptado instrumentos que en un inicio no fueron diseñados para personas con obesidad (Rosenberg, 1965) afectando su sensibilidad y capacidad de capturar la varianza en los estudios (Puhl, & Brownell, 2006). Por otra parte, se han medido aspectos específicos del estigma como insatisfacción corporal (Garner et al., 1983) o bien la exposición a situaciones estigmatizantes (Myers, & Rosen, 1999). Posteriormente, Durso y Latner (2008) desarrollaron una escala enfocada en las autodevaluaciones debido al sobrepeso y obesidad y a pesar de contar con adecuadas propiedades psicométricas, no se sabe si es sensible a las intervenciones (Lillis et al., 2010).

Por lo anterior Lillis et al. (2010) desarrollaron el Cuestionario de autoestigma relacionado con el peso (*Weight Self-Stigma Questionnaire WSSQ*) con la intención de capturar la naturaleza multidimensional del estigma relacionado con el peso y detectar el impacto de intervenciones dirigidas a dicha variable. Este cuestionario mide tanto la autodevaluación como el miedo al estigma promulgado.

Debido a que actualmente no se cuenta con instrumentos desarrollados en la población mexicana para medir el autoestigma a causa del peso y tomando en cuenta la pertinencia del *WSSQ*

para los objetivos de esta investigación es que se optó por realizar su adaptación, la cual se describe a continuación.

Objetivo

El objetivo de esta etapa fue la adaptación culturalmente relevante para la población mexicana del instrumento *Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ)*.

Método

Diseño

Se realizó una adaptación culturalmente relevante (Reyes-Lagunes y García-Barragán, 2008), cuyo proceso se describe en la sección de procedimiento; después se obtuvo su validez de contenido por el método de juicio de expertos y finalmente su confiabilidad en una muestra de 63 participantes con un diseño transversal (Callejas, 2020).

Participantes

Validación y Confiabilidad del Instrumento. En el caso de la traducción y re-traducción participaron ocho jueces expertos con dominio en el idioma inglés, con posgrado en psicología y con experiencia en el trabajo con población con sobrepeso y obesidad.

Para los análisis de confiabilidad se estableció un mínimo aceptable de cinco participantes por reactivo a través de fórmula propuesta por Nunnally y Bernstein (1995): $n = (nR) / (5)$ donde nR hace referencia al número de reactivos del instrumento a evaluar, para este estudio $n = (12) / (5) = 60$. Por su parte, para determinar la validez de constructo se hizo mediante un análisis factorial exploratorio y su consistencia interna a través del índice de alfa de Cronbach.

El instrumento fue aplicado a 63 participantes voluntarios a través de las redes sociales (Facebook) de la Clínica de Obesidad del Hospital General Manuel Gea González.

Procedimiento

Con base en la metodología propuesta por Reyes-Lagunes y García-Barragán (2008) para una adaptación culturalmente relevante se siguieron los pasos a continuación descritos.

Se les pidió a tres expertos en el tema con dominio del inglés realizar la traducción de los reactivos del inglés al español-mexicano. Con base en las respuestas se conformó la versión preliminar en español, esto fue realizado por la autora del presente trabajo. La versión preliminar en español fue enviada a dos expertos en el tema con dominio del inglés (diferentes a los primeros tres) para su re-traducción al idioma original. Con base en las respuestas se realizaron las adecuaciones por la autora del presente trabajo para la versión corregida en español.

Esta versión corregida fue enviada a dos jueces expertos (independientes a los anteriores) para evaluar cada reactivo a través de un formato para colocar comentarios, señalar claridad y pertinencia (respuestas dicotómicas de “sí” y “no” para ambos rubros) (Anexo B).

Con la información recolectada se realizaron correcciones tomando en cuenta los comentarios y puntajes de los reactivos.

Esta versión revisada fue colocada en un formato virtual (Google Form) y respondida por cinco personas con sobrepeso y obesidad para evaluar la claridad de los reactivos y de ser necesario agregar comentarios, con base en las respuestas y comentarios se generó la nueva versión para ser evaluada en validez y confiabilidad.

Esta nueva versión fue colocada igualmente en formato digital el cual fue publicado a través de las redes sociales de la Clínica de Obesidad del Hospital General Manuel Gea González, especificando el carácter voluntario y confidencial de la participación, y señalando que daban su consentimiento a participar al responder el formulario digital. Al final podían elegir ser contactados o no para participar en las etapas siguientes de la investigación.

Posterior a la aplicación, donde se obtuvieron 63 respuestas, se elaboró la base de datos y se realizó el análisis estadístico para la obtención de las propiedades psicométricas (Callejas, 2020).

Análisis de datos

Se obtuvo la validez de contenido a través del juicio de expertos donde se realizó el análisis de concordancia entre jueces de las categorías claridad y pertinencia de los reactivos, esto a través de la fórmula $[\text{Acuerdos} / (\text{Acuerdos} + \text{Desacuerdos})] \times 100$ para cada categoría (Sánchez-Sosa, Semb, & Spencer, 1978). La confiabilidad se obtuvo a través del índice de consistencia interna alfa de Cronbach y la validez de constructo se calculó a través del análisis factorial exploratorio de los reactivos.

Resultados

Una vez que se tuvo la versión traducida al español mexicano, se obtuvo la validez de contenido a través de un análisis de concordancia interjueces, se calculó el porcentaje de acuerdo entre ellos en las categorías propuestas (claridad y pertinencia) a través del acuerdo observado (Epidat, 2014) además se recibieron sugerencias en cuanto a redacción de los reactivos.

Los jueces concordaron en la pertinencia de los reactivos (100%) por lo que ninguno fue eliminado, de igual forma hubo concordancia (85%) respecto a la de claridad de los reactivos, además se tomaron en cuenta los comentarios para contribuir a la claridad, por ello los reactivos 1, 5, 6, 8, 9, 10 se modificaron en cuanto a redacción.

Una vez elaborada esta versión corregida en formato digital, se realizó un piloteo en cinco personas con sobrepeso y obesidad con la finalidad de corroborar la claridad de los reactivos, se

tomaron en cuenta los comentarios recibidos y se realizaron modificaciones en cuanto a redacción del reactivo 1, 4 y 12.

Posteriormente, se aplicó en versión digital el “Cuestionario de autoestigma relacionado con el peso” a 63 personas voluntarias con sobrepeso y obesidad su edad osciló entre 24 y 57 años (media: 40.16; desviación estándar: 8.49). En su mayoría (96.8%) eran mujeres, más de la mitad solteras o casadas (39.7 % y 33.3%), el 41.3% con estudios universitarios, 49.2 % con empleo formal, en cuanto al peso el 19% estuvieron en categoría de sobrepeso y el 81% en categoría de obesidad. El 100% de los participantes intentaron perder peso en algún momento de su vida y el 95.2% lo intentó en el último año, 23.8% tenían antecedente de algún tipo de cirugía bariátrica.

Con los datos obtenidos se realizó la base de datos y con el objetivo de identificar el cumplimiento de supuestos que garantizaran la calidad de los datos (Calleja, 2020) previo al análisis psicométrico se realizó un escaneo de datos, que incluyó la detección de respuestas no comprometidas, sesgo y curtosis. Al ser una versión digital fue posible evitar preguntas sin respuestas por lo que no hubo datos faltantes o valores perdidos.

Con la finalidad de identificar respuestas no comprometidas se analizó la distribución de frecuencias para cada uno de los reactivos, los resultados se muestran en la tabla 5.1. El criterio para descartar los reactivos fue tener 50% a 60% de las respuestas en una sola opción posible, puesto que en todos los reactivos las respuestas se distribuyen entre todas las opciones ninguno fue eliminado por este motivo.

Respecto a la discriminación por sesgo y curtosis los datos se presentan en la Tabla 5.2

Tabla 5.1

Discriminación de reactivos por distribución de frecuencias (porcentajes)

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
CDes	11. 1	4.8	11. 1	7.9	9.5	7.9	12.7	7.9	20.6	6.3	4.8	14.3
Des	27. 0	7.9	3.2	23. 8	20. 6	15.9	9.5	19.0	39.7	23.8	19.0	38.1
NN	25. 4	14. 3	14. 3	17. 5	11. 1	15.9	14.3	20.6	20.6	20.6	9.5	23.8
DeA	19. 0	39. 7	36. 5	28. 6	36. 5	41.3	38.1	33.3	11.1	31.7	42.9	14.3
CDea	17. 5	33. 3	34. 9	22. 2	22. 2	19.0	25.4	19.0	7.9	17.5	23.8	9.5

Nota: R= Reactivo; CDes= Completamente en desacuerdo; Des= En desacuerdo; NN= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo; DeA= De acuerdo; CDea= Completamente de acuerdo

Tabla 5.2

Discriminación de reactivos por sesgo y curtosis

	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Desv. Error	Estadístico	Desv. Error
R1	.101	.302	-1.048	.595
R2	-1.020	.302	.496	.595
R3	-1.099	.302	.323	.595
R4	-.232	.302	-1.133	.595
R5	-.457	.302	-1.013	.595
R6	-.603	.302	-.583	.595
R7	-.744	.302	-.551	.595
R8	-.360	.302	-.861	.595
R9	.683	.302	-.277	.595
R10	-.207	.302	-.994	.595
R11	-.656	.302	-.619	.595
R12	.503	.302	-.559	.595

Nota: R= Reactivo; Desv. Error= Error de desviación

El criterio para la eliminación de reactivos fue valores tanto de sesgo como de curtosis por encima de 2.0, con independencia de su signo, pues implica que se alejan de una distribución normal, como se observa en los resultados todos los reactivos estuvieron por debajo de 2.0 por lo que ninguno fue eliminado por este criterio.

Con la finalidad de analizar la pertinencia de cada reactivo se realizó un análisis de discriminación de reactivos por diferencias en grupos extremos (puntuaciones bajas y puntuaciones altas), los resultados se muestran en la Tabla 5.3.

Tabla 5.3

Discriminación de reactivos por diferencia en grupos extremos.

	Prueba t para igualdad de medias	Sig. (bilateral)	Inferior	Superior
R1	-.962	.345	-1.570	.570
R2	-3.577	.003	-2.177	-.557
R3	-5.490	<.001	-2.899	-1.268
R4	-5.171	<.001	-2.773	-1.193
R5	-5.035	<.001	-2.878	-1.155
R6	-7.013	<.001	-2.846	-1.554
R7	-5.235	<.001	-3.207	-1.360
R8	-9.297	<.001	-3.013	-1.920
R9	-5.063	<.001	-2.773	-1.161
R10	-7.118	<.001	-2.965	-1.635
R11	-9.529	<.001	-3.142	-2.025
R12	-6.307	<.001	-2.830	-1.437

Nota: R= Reactivo; Sig: Significancia

El criterio para eliminar reactivos fue aquellos con una significancia mayor a 0.05, como se observa el reactivo 1 estuvo por encima de dicho valor por lo que fue eliminado ya que no diferencia entre los grupos extremos.

De igual forma, se calculó el índice de consistencia interna, correlación reactivo-puntaje total y alfa si se elimina el reactivo, dicha información se presentan en la Tabla 5.4. Con base en los resultados obtenidos se observa un alfa de 0.86 señalando tener un adecuado índice de consistencia interna, de igual forma ningún reactivo fue eliminado pues contribuían a la fiabilidad del instrumento.

Posteriormente para el análisis factorial exploratorio y con la finalidad de evaluar la factibilidad de análisis de los datos se realizó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y prueba de esfericidad de Bartlett, puesto que el valor KMO (0.776) fue mayor a

.70 y la prueba de esfericidad ($p < .001$) permitió rechazar la hipótesis nula, se procedió a correr el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax.

Tabla 5.4

Índice de consistencia interna, correlación reactivo-puntaje total y alfa si se elimina el reactivo

	Alfa de Cronbach	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
	0.866		
R2		.379	.841
R3		.589	.826
R4		.569	.827
R5		.508	.832
R6		.567	.828
R7		.509	.832
R8		.615	.824
R9		.517	.831
R10		.592	.826
R11		.711	.817
R12		.573	.827

Nota: R= Reactivo

Se obtuvieron dos factores, uno de ellos con varianza explicada de 43% y otro de 20%. La varianza total explicada fue de 63%. Tomando en cuenta que el criterio para un nivel idóneo de explicación de la varianza total por los factores puede oscilar entre 60% y 85% (Calleja, 2020), los valores obtenidos se consideran adecuados (Tabla 5.5).

En cuanto a la agrupación de los reactivos en los factores se muestran en la Tabla 5.5, los criterios para eliminar reactivos fueron tener una carga factorial menor a 0.40, aquellos reactivos con cargas factoriales compartidas con más de un factor y aquellos factores que tuvieran menos de tres reactivos.

Tabla 5.5

Estructura factorial obtenida para los reactivos del cuestionario de autoestigma relacionado con el peso.

Reactivo	Factor 1 "Autoestigma relacionado con el peso"	Factor 2 "Miedo al estigma promulgado o social"
5. No tendría problemas de peso si tuviera más voluntad	0.878	
6. No tengo suficiente autocontrol para mantener un peso saludable	0.841	
4. Tengo exceso de peso porque soy una persona de voluntad débil	0.827	
2. Yo causé mis problemas de peso	0.672	
3. Me siento culpable por mis problemas de peso	0.619	
8. Las personas me discriminan por mi peso		0.825
10. Los demás van a pensar que no tengo autocontrol por mis problemas de peso		0.789
7. Me siento inseguro (a) sobre lo que piensan las demás personas de mi peso		0.778
9. Es difícil para las personas sin problemas de peso relacionarse conmigo		0.777
11. Las personas piensan que es mi culpa tener problemas con mi peso		0.745
12. Los demás se avergüenzan de estar cerca de mí por mi peso		0.741
Número de reactivos	Total	
	11	
		5
		6
Varianza explicada	63.46	20.15
		43.31

Al igual que en su versión original se obtuvieron dos factores y los reactivos se agruparon en los mismos factores (reactivos del 1 al 5 en factor 1 y reactivos 6 al 12 en factor 2). Por tanto, con base en los criterios antes mencionados, se conservaron los 11 reactivos y con la estructura factorial establecida, se obtuvieron los datos descriptivos por cada factor e índices de consistencia interna por factor y total (Tabla 5.6).

Tabla 5.6

Valores descriptivos e índices de consistencia interna (alfa de Cronbach) del Cuestionarios de Autoestigma relacionada con el peso

	Min	Max	Media	D.E.	Alfa
Autoestigma relacionado con el peso	5	25	17.92	4.86	0.85
Miedo al estigma promulgado o social	6	30	18.95	5.75	0.88
Total	15	54	36.87	8.80	0.87

Nota: Min= puntuación mínima obtenida; Max= puntuación máxima obtenida, Total= puntuación total del cuestionario; D.E. = Desviación estándar; Alfa = Alfa de Cronbach

Finalmente, con base en el análisis factorial y con la eliminación de reactivos, se elaboró la versión final del instrumento Cuestionario de autoestigma relacionado con el peso validado en la población antes especificada y en lo subsecuente nombrado con las siglas WSSQ-M, debido a su nombre original en inglés, con un número total de 11 reactivos, divididos en dos factores (Anexo C).

Discusión y Conclusiones

Con base en los datos obtenidos del análisis estadístico se puede señalar que el “Cuestionario de autoestigma relacionado con el peso” en su versión en español-mexicano mostró adecuadas propiedades psicométricas, por lo que muestra ser un instrumento útil al medir la variable en cuestión

En cuanto a su estructura factorial, se obtuvieron dos factores, lo cual es congruente con su versión en inglés (Lillis et al., 2010) y con la teoría (Link, & Phelan, 2006); sin embargo, uno de los reactivos (R1) fue eliminado en su versión en español, pues en la población estudiada, no mostró medir alguna de las dimensiones evaluadas por lo que, de los 12 reactivos originales, se

conservaron 11, cinco en el factor “autoestigma relacionado con el peso” y seis en el factor “miedo al estigma promulgado o social”.

Su consistencia interna total ($\alpha = 0.87$) permite señalar a la escala como confiable y fue similar a su versión original ($\alpha = 0.878$) a pesar de la eliminación de un reactivo, en cuanto a su consistencia interna por factor “miedo al estigma promulgado” ($\alpha = 0.88$) mostró valores similares a su versión en inglés ($\alpha = 0.869$) y “autoestigma relacionado con el peso” ($\alpha = 0.85$) obtuvo un índice mayor a su versión en inglés ($\alpha = 0.812$).

Estas diferencias podrían deberse a que durante el proceso de traducción y adaptación a la población mexicana el reactivo 1 fue el que tuvo mayor modificación en cuanto a redacción, ya que al ser traducido de forma literal perdía sentido; sin embargo, se conservó el sentido y contenido, aunque posterior a los análisis psicométrico fue eliminado, por las razones ya mencionadas, de igual forma es probable que su eliminación contribuyera al aumento de confiabilidad de ese factor y a conservar una consistencia interna adecuada del instrumento completo.

La versión original del instrumento menciona que un mayor puntaje implica mayor autoestigma de peso y viceversa, además se estableció como punto de corte un puntaje de 36; sin embargo, debido las características de la muestra y el no tener acceso a una población de contraste como en su versión original, no se estableció un punto de corte para la población estudiada, conservando la premisa de a mayor puntaje mayor autoestigma como propone el instrumento original (Lillis et al. 2010); esto también ha sido sugerido en otras ediciones del instrumento (Hayes, sf; Hayes, 2020; Potts, 2018), y aunque no tiene un punto de corte, es útil para mostrar cambios en los puntajes de la variable.

De acuerdo con la literatura revisada esta es la primera versión del instrumento en idioma español y específicamente en población mexicana, con adecuadas propiedades psicométricas; si bien en el libro de Hayes (2020) se incluye una traducción en español, no reporta el proceso seguido, ni sus propiedades psicométricas, sino que al parecer se trata de una traducción literaria.

Cabe señalar que la presente adaptación y validación tuvo limitaciones que vale la pena mencionar, en primer lugar, en lo referente a la concordancia de jueces al usarse respuestas dicotómicas y no haber suficiente variabilidad de las respuestas no pudo aplicarse la fórmula de Kappa de Cohen; sin embargo, la validez de constructo y confiabilidad señalan propiedades psicométricas adecuadas para su uso. Por otra parte, hay que tomar en cuenta que los resultados no son generalizables a toda la población pues el muestreo de participantes fue no probabilístico, lo cual puede implicar una autoselección de los participantes, por lo que se sugiere que en estudios posteriores se replique para confirmar los resultados obtenidos. Sin embargo, los datos obtenidos se pueden considerar válidos para población que comparta características de la muestra (mujeres con sobrepeso u obesidad con educación superior).

De igual forma, se sugiere su aplicación en población clínica que permita el contraste con población no clínica y poder determinar un punto de corte para población mexicana como en caso del instrumento original.

A pesar de las limitaciones mencionadas, esta primera adaptación es una aportación para la medición del autoestigma relacionado con el peso en mexicanos con adecuadas propiedades psicométricas.

Capítulo 6. Estudio II. Intervención ACT para autoestigma relacionado con el peso

Objetivo

Evaluar el impacto de la Terapia de Aceptación y Compromiso a distancia sobre el autoestigma relacionado con el peso en personas con sobrepeso y obesidad

Objetivos Secundarios

Evaluar el impacto de la Terapia de Aceptación y Compromiso a distancia sobre la actividad física

Evaluar el impacto de la Terapia de Aceptación y Compromiso a distancia sobre la Conducta alimentaria

Escenario Clínico

Debido a la crisis sanitaria por la Covid-19, la intervención se realizó a distancia a través de videollamadas utilizando la plataforma Zoom, haciendo uso de otras aplicaciones de mensajería instantánea (WhatsApp, Gmail) para coordinar citas, enviar material posterior a la sesión y el enlace para las evaluaciones.

Participantes

Criterios de Inclusión

Hombres y mujeres con un $IMC \geq 25$

Mayores de 18 años

Presencia de autoestigma relacionado con el peso. Definido operacionalmente como una puntuación dentro de los dos últimos cuartiles (mayor a 31) en el WSSQ-M durante la línea base.

Aceptar participar mediante la firma del consentimiento informado

Criterios de Exclusión

Falta de capacidad para leer y escribir, por la naturaleza de los instrumentos

Deterioro cognitivo que impida la interacción a distancia

Estar en otro tratamiento psicológico, protocolo o grupo de apoyo

Haberse realizado cirugía bariátrica

Criterios de Eliminación

Deserción una vez iniciado el estudio

Revocación de su consentimiento para participar en el estudio

Se invitó a participar a 14 personas que cumplieran con los criterios de inclusión, de los cuales cuatro aceptaron participar a través de la firma del consentimiento informado, por otra parte, la intervención se piloteo con la participante uno, teniendo adecuaciones únicamente de redacción en las hojas de trabajo como la sustitución de la palabra “disquisiciones” por “divagaciones” en el epígrafe de la hoja de trabajo *Comer con todos los sentidos*; puesto que esta participante recibió la misma intervención que el resto, se incluyó con las participante finales, siendo un total de cuatro, todas concluyeron la intervención y el seguimiento a un mes.

El seguimiento podía ser sincrónico o asincrónico. En el seguimiento sincrónico se realizó una video llamada para explicar y responder los instrumentos, en el caso del seguimiento asincrónico se enviaba el enlace de los instrumentos y las instrucciones para responder. En ambos casos las evaluaciones fueron a través de un formato digital (Google forms), de las cuatro participantes, dos eligieron el seguimiento sincrónico y dos asincrónico.

Variable Independiente: Intervención ACT para el Autoestigma Relacionado con el Peso (ACT-Autoestigma)

La intervención ACT-Autoestigma es un tratamiento modular para ser aplicado de forma individual a distancia, con el objetivo de incrementar la flexibilidad psicológica, se compone de siete módulos con una duración de 60 a 90 minutos aproximadamente aplicados con una frecuencia semanal (Anexo F: Manual de aplicación de intervención ACT-autoestigma de peso). Está basado en los seis procesos básicos que constituyen el modelo de flexibilidad psicológica (defusión cognitiva, aceptación, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y compromiso). De igual forma, se basan el trabajo desarrollado por Neria (2020) donde agrupo los procesos en diadas, como lo sugerido por Hayes et al. (2014), conformando tres estilos de respuesta: abierto (aceptación y defusión cognitiva), centrado (momento presente y yo como contexto) y comprometido (valores y compromiso).

Siguiendo la línea de Neria (2020) cada componente ACT, estuvo integrado por tres subcomponentes: metafórico, psicoeducativo y experiencial, (Tabla 6.1). Los siete módulos de la intervención se detallan en la Tabla 6.2 y las cartas descriptivas para su aplicación están compiladas en el Manual de aplicación de la intervención (Anexo F).

Tabla 6.1

Subcomponentes de los módulos ACT

Subcomponente	Descripción
Metafórico	<i>Epígrafe.</i> Cada sesión inicia con un epígrafe, contenido en la hoja de trabajo, relacionado con el proceso ACT que enfatiza el módulo <i>Metáfora.</i> Cada sesión cuenta con una metáfora, contenida en la hoja de trabajo, que permite contextualizar el proceso que enfatiza módulo.
Psicoeducativo	Información en la hoja de trabajo que proporciona conceptos básicos del proceso enfatizado en el módulo
Experiencial	Ejercicios realizados durante el módulo que desarrollar el proceso que enfatiza el módulo.

Nota: Tomado de Neria (2020), ACT= Terapia de Aceptación y Compromiso

Para guiar la aplicación de cada módulo se utilizó una hoja de trabajo con el mismo nombre del módulo, cada una de estas hojas contenía los tres subcomponentes; la hoja se proyectaba durante la videollamada y era enviada por correo o mensaje, según lo acordado previamente con la participante. El criterio de cambio de cada módulo fue que la participante fuera capaz de realizar el subcomponente experiencial comprendido por ejercicios que requirieran la comprensión de los otros subcomponentes (metafórico y psicoeducativo) (Neria, 2020)

Integridad del tratamiento

Con el objetivo de proporcionar integridad al tratamiento se implementaron dos estrategias, anteriormente utilizadas por Neria (2020) con resultados favorables, la primera de estas estrategias consistió en el desarrollo de cartas descriptivas por módulo que detallan las actividades realizadas por el terapeuta y el paciente durante cada módulo, indicando los recursos terapéuticos e incluyendo el nombre y enlace de los instrumentos de evaluación en versión digital que se aplicaron al final de la sesión.

La segunda estrategia fue el desarrollo de hojas de trabajo para cada módulo, las cuales sirvieron de guía para cumplir los objetivos planteados y también como material didáctico que las participantes conservaban y podían usar para consultar y reforzar lo visto en la sesión. Como ya se ha mencionado estas hojas eran proyectadas en la pantalla de la plataforma y al final del módulo eran enviadas por el medio que eligiera la participante. Ambos formatos (cartas descriptivas y hojas de trabajo) integran el *Manual de aplicación de ACT para autoestigma de peso* (Anexo F).

Tabla 6.2
Descripción general de intervención ACT-Autoestigma

S	Módulo y hoja de trabajo	Objetivo	Componentes			Proceso enfatizado
			Metafórico	Psicoeducativo	Experiencial	
1	La constancia del cambio	-Favorecer un sentimiento creativo de desesperanza y el estar dispuesto a aprender nuevas habilidades y generar cambios.	-Epígrafe -Metáfora del mapa -Metáfora de saltar		Ejercicio: -Saltar (pesarse)	Aceptación y Defusión
1	La importancia del porqué	-Favorecer el abandono de las estrategias utilizadas por el participante para solucionar sus problemas cuando su experiencia indique que no están dando resultado -Clarificar los valores personales del participante y vincularlos con acciones	-Epígrafe -Metáfora de mitos sobre perder peso	Conceptos: -Decisión -Elección -Metas/objetivos -Dirección -Valores	Ejercicios: -Tiro al blanco -Plan de acciones valiosas (PAV)	Valores
1	No cambies tus eventos privados, cambia tus acciones	-Desliteralizar o debilitar en el participante el dominio funcional de las respuestas basadas en reglas cognitivas literales o evaluativas.	-Epígrafe -Metáfora de la radio encendida	Conceptos: -Descripciones -Evaluaciones	Ejercicios: -Saluda a tu emisora personal ¡Hola Mente! -Tiro al blanco -PAV	Defusión
1	Estar dispuesto a dejarlo estar	-Favorecer en el participante el estar dispuesto a hacer espacio a sus eventos privados sin evitarlos, con una actitud de auténtica curiosidad y sin hacer juicios	Epígrafe Metáfora de paco el vagabundo	Conceptos: Eventos privados Aceptación	Ejercicios: El banco de peces Tiro al blanco PAV	Aceptación
1	Si no soy mi peso, entonces quién soy	-Desarrollar en el participante una perspectiva de observador de sus vivencias internas sin actitud de juicio.	-Epígrafe -Metáfora de la pantalla de cine	Conceptos: -Yo-contexto -Yo-observador	Ejercicios: -Mi vida en temporadas -Tiro al blanco -PAV	Yo-Contexto
1	Comer con todos los sentidos	-Desarrollar en el participante la habilidad de situarse en el momento presente, de manera intencional y sin hacer juicios.	-Epígrafe -Metáfora comer una manzana	Conceptos: Atención al momento presente Comer atentamente	Ejercicios: Comer atento Tiro al blanco PAV	Momento presente
1	Caminando mi senda vital	Favorecer el compromiso del participante para vincular sus valores personales con sus acciones diarias.	-Epígrafe -Metáfora de esquiar -La pregunta vital	Conceptos: -Objetivos a corto y largo plazo	Ejercicios: -Epitafio -Plan de acciones valiosas para la vida -Tiro al blanco	Compromiso

Variables Dependientes y su Medición

Autoestigma Relacionado con el Peso

Definido como la adopción de estereotipos estigmatizantes basados en el peso, por parte de una persona con sobrepeso u obesidad que se identifica como parte del grupo estigmatizado y aplica esos mismos estereotipos hacia sí misma (Lillis et al., 2010; Link & Phelan, 2001). Esta variable se operacionalizó con el *Cuestionario de autoestigma relacionado con el peso en su versión en español-mexicano (WSSQ-M)*, presentado en este mismo trabajo. El Weight Self-stigma Questionnaire (WSSQ) fue creado por Lillis et al. (2010) y su adaptación al español se describió en el capítulo 5.

El WSSQ-M mide el grado de autoestigma relacionado con el peso en personas con sobrepeso u obesidad, se compone de 11 reactivos tipo Likert distribuidos en dos subescalas “miedo al estigma promulgado o social” con 6 reactivos y “autoestigma relacionado con el peso” con cinco, las opciones de respuesta van desde *Completamente en desacuerdo (1)* a *Completamente de acuerdo (5)*, el puntaje máximo es de 55 y el mínimo de 11 (Anexo E). Mientras mayor puntaje, mayor será el autoestigma relacionado con el peso. La varianza explicada fue de 63% y su fiabilidad con un alfa total de 0.87. Puesto que la adaptación al español de dicho instrumento formó parte de este trabajo, el procedimiento seguido, así como los detalles de sus propiedades psicométricas fueron descritas en el capítulo anterior.

Evitación Experiencial

Definido como el no estar dispuesto “a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intentar alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los

ocasiona” (Hayes et al., 1996, p.1154). Dicha variable se operacionalizó con el *Cuestionario de Acción y Aceptación II validado para población mexicana* (Patrón, 2010). La primera versión del cuestionario de aceptación y acción (AAQ, por sus siglas en inglés) fue creado por Hayes et al. (2004), posteriormente Bond et al. (2011) propusieron una segunda versión (AAQ-II), esta última fue adaptada al español mexicano en población yucateca (Patrón, 2010) en adelante AAQ II-M (Neria, 2020), versión utilizada en el presente estudio.

El AAQ II-M mide el grado de evitación experiencial y se compone por 10 reactivos tipo Likert con siete opciones de respuesta que van desde *completamente falso (1)* a *completamente verdadero (7)*, el puntaje máximo posible es 70 y el mínimo de 10. Mientras mayor sea el puntaje, mayor será la evitación experiencial.

La validez de constructo indicó un solo factor que explica el 51.2% de la varianza, la validez concurrente se obtuvo a través del índice de correlación de Pearson entre los resultados del AAQ II-M y el Inventario de ansiedad de Beck mostrando una relación positiva y moderada (0.68), la validez predictiva se realizó a través del análisis de diferencia de medias entre el grupo no clínico y los grupos clínicos (diagnóstico psicótico, estado de ánimo y ansiedad), la prueba de Scheffé post hoc ($\alpha = 0.5$) informó diferencias estadísticamente significativas entre el grupo no clínico y los grupos clínicos, finalmente la confiabilidad se obtuvo a través del índice de consistencia interna alfa de Cronbach 0.89, similar a su versión en inglés (0.85) Bond et al. (2011) (Anexo E).

Fusión Cognitiva

Definido como la dominación de lo verbal sobre la regulación del comportamiento (Hayes et al., 2014) y se operacionalizó con el *Cuestionario de fusión cognitiva versión en español* (Romero-Moreno et al., 2014) en lo subsecuente CFC-E (Neria, 2020). Dicho cuestionario fue desarrollado en su versión original por Gillanders et al. (2014) y traducido al español en la

población española (Romero-Moreno et al., 2014) en cuidadores primarios de pacientes con demencia; sin embargo, sus autores sugieren que es un instrumento apto para las personas de habla hispana en general, por tanto, fue utilizado en el presente trabajo.

Consta de siete reactivos tipo Likert con siete opciones de respuesta que van desde *nunca* (1) a *Siempre* (7), con un puntaje máximo de 49 y un mínimo de 7. Mientras mayor es el puntaje obtenido, mayor será la fusión cognitiva.

De acuerdo con Neria (2020), la validez de constructo se realizó a través de un análisis factorial confirmatorio que mostró un solo factor; por su parte la validez de criterio se obtuvo al comparar el CFC-E con los instrumentos que se mencionan a continuación, cuyas correlaciones fueron estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Escala de Respuestas Rumiativas (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001) en su versión en español (Márquez-González et al., 2008) que como su nombre lo indica mide la rumiación, reportando una correlación positiva (0.63). Cuestionario de Aceptación y Acción (Hayes et al., 2004) en su versión en español (Barraca, 2004) que mide la evitación experiencial, señalando una correlación positiva (0.67). Escala de Depresión de Radloff (1977) en su versión en español (Losada et al., 2012) que mide depresión, igualmente reporta una correlación positiva (0.43). La subescala del Perfil de Tensión-Ansiedad de estados de ánimo (McNair et al., 1971), en su versión en español de Moltó et al. (1999) que mide ansiedad mostró una correlación positiva (0,53). El Cuestionario de Culpabilidad del Cuidador (Losada et al., 2010) señaló una correlación positiva (0,43). La Lista Revisada de Problemas Memoria y Comportamiento (Teri et al., 1992), versión en español (Losada et al., 2008) con una correlación positiva (0.22) y la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985), versión en español (Pons et al., 2002) con una correlación negativa (-0.38). El índice de Barthel (Mahoney & Barthel,

1965), versión en español (Baztán et al., 1993), que mide la capacidad funcional, con una correlación no significativa (-0,4).

Finalmente, la confiabilidad se obtuvo a través del índice de consistencia interna alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0.89, mostrando adecuada fiabilidad (Neria, 2020) (Anexo E).

Valores Personales

Definidos como elecciones “de patrones de actividad en curso, dinámicos y en desarrollo que determinan los reforzadores principales de tal actividad y que son intrínsecos a la implicación en la propia pauta de conducta valiosa” (Wilson & DuFrene, 2009, p.66). Por tanto, los valores para el presente trabajo son entendidos en el mismo sentido que Neria (2020) es decir, “elecciones intrínsecas que guían los patrones de comportamiento de una persona” (p. 105) y se operacionalizaron a través de la encuesta de valores (Bull’s-Eye Values Survey [BEVS] por su nombre original en inglés) (Lundgren et al., 2012) en su adaptación al español “ejercicio del tiro al blanco” (Neria, 2020). En este ejercicio se pide a las personas identificar sus valores personales, sus barreras y que desarrollen un plan de acciones que sean congruentes con dichos valores personales.

En la primera parte del instrumento se evalúan cuatro áreas (trabajo/educación, ocio, relaciones personales y crecimiento/salud personal), a través del gráfico de una diana con siete círculos y dividido en esas cuatro áreas, por tanto, cada área tiene una puntuación que va del uno al siete y en general la puntuación mínima del ejercicio es 4 y la máxima 28. Donde a mayor puntuación implica mayor discrepancia o distancia con los valores personales. Por otra parte, las barreras identificadas para cada área eran medidas de manera general con una escala de uno (las barreras identificadas no impedían en absoluto la realización de los valores personales) al siete (las

barreras identificadas impedían totalmente su realización. Al final, se pide la realización de un plan de acciones valiosas acorde con los valores identificados.

Su versión original (Lundgren et al, 2012) fue validada en estudiantes suecos, se realizaron correlaciones entre las puntuaciones parciales y totales del BEVS con instrumentos que medían depresión, ansiedad, estrés y flexibilidad psicológica, identificando que las subescalas y la puntuación final del BEVS median una dimensión independiente del funcionamiento psicológico, la cual correlacionó negativamente con depresión, ansiedad y estrés, así como positivamente con una medida de flexibilidad psicológica.

Las variables anteriores fueron incluidas en el análisis de componente principales, a través del cual se identificaron dos factores que en conjunto explicaban el 52% de la varianza, el primero de estos factores parece reflejar una dimensión de angustia psicológica caracterizada por altas puntuaciones en variables depresión, ansiedad, estrés, baja flexibilidad psicológica y bajo bienestar subjetivo. El segundo de los factores parece reflejar una dimensión de satisfacción con la vida caracterizada por una asociación positiva entre las variables evaluadas por el BEVS y el bienestar subjetivo. Cabe reiterar que los resultados anteriores apoyaron la hipótesis de que dicho ejercicio mide algo distinto a lo evaluado por otras medidas incluidas en el estudio, recalcando que la flexibilidad psicológica cargó en un factor distinto al de las escalas de BEVS (Neria, 2020).

En lo referente a su fiabilidad se obtuvo a través de medidas test-retest, realizando las mediciones en tres ocasiones. Los resultados obtenidos señalaron correlaciones significativas ($p < .001$). Los valores totales de las medidas 1 y 2 obtuvieron puntajes con $r = 0.85$, entre las medidas 1 y 3 $r = 0.70$ y entre las medidas 2 y 3 $r = 0.71$. En cuanto a la persistencia con barreras, fue igualmente significativa, entre las mediciones 1 y 2 con $r = .89$; entre las mediciones 1 y 3, con $r = .90$; y entre las mediciones 2 y 3 con $r = .71$. mostrando por tanto aceptable estabilidad en el

tiempo y consistencia interna; de igual forma los autores señalan que los resultados anteriores permiten señalar al BEVS es sensible a los efectos del tratamiento y puede diferenciar entre clientes que reciben intervenciones basadas en valores y aquellos que no.

En cuanto a la versión en español, esta fue desarrollada por Neria (2020) bajo el nombre de *Ejercicio del Tiro al Blanco* fue traducido al idioma español por el autor, apoyado por un profesor certificado en la enseñanza el idioma inglés, manteniendo la misma estructura y escala de puntuación que el original, desarrollada *ad hoc* y aplicada en población con VIH, cuyos resultados mostraron ser una versión útil para reflejar los cambios en los valores personales. De esta versión en español, la primera parte (el gráfico de la diana) fue utilizada en la presente investigación.

A dicha versión se le agregaron modificaciones como una subdivisión en el área de salud tanto en el tiro al blanco como en el plan de acciones valiosas, dicha sección se le nombró como “alimentación y ejercicio”, la cual no fue contemplada en el cálculo de la puntuación global, sino que permitía indagar las conductas autorreportadas de dichas variables (Anexo E).

Conducta Alimentaria

Definida como un comportamiento cotidiano relacionado con hábitos alimentarios, selección de alimentos, preparaciones y volúmenes consumidos de estos alimentos (Osorio et al., 2002), en el presente estudio se prestó atención a aquellos comportamientos alterados y que se presentan con mayor frecuencia en esta población, específicamente, conducta de atracón e ingesta en respuesta a estados emociones (principalmente negativos) (Crespo, & Ruiz, 2006). Esta variable fue operacionaliza con el *Inventario de Conductas Alimentarias (ICA)* (Santiago, 2016). Dicho instrumento evalúa la conducta por atracón e ingesta emocional en población mexicana con obesidad candidata a cirugía bariátrica, se compone de 20 reactivos tipo Likert con seis opciones de respuesta que van de *Nunca (0) a Siempre o casi siempre (5)*. El puntaje mínimo es de 0 y el

máximo de 50. De igual forma se sugieren puntos de corte para la puntuación general y por cada factor; sin embargo, el propio autor recomienda no usar los puntos de corte para población general, por tanto, se conserva el concepto básico de a mayor puntaje, mayor presencia de las conductas medidas.

La validez de constructo se realizó a través de un análisis factorial que mostró dos factores (conducta de atracón e ingesta emocional) con 10 reactivos en cada uno, en el caso de la fiabilidad se obtuvo mediante el índice de consistencia interna obteniendo un alfa de Cronbach de 0.91 para la puntuación general, 0.90 y 0.95 para cada factor, respectivamente. El autor sugiere que *“la puntuación general (‘conducta de sobreingesta’) sea analizada en contraste con las puntuaciones individuales para cada factor”* (Santiago, 2016, p. 49). (Anexo E).

Actividad Física

Definida como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía, haciendo referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona” (OMS, 2020). Dicha variable se operacionalizó a través del autorreporte verbal de la frecuencia (número de días a la semana que la realizaban) y duración (durante cuánto tiempo en minutos la realizaban) esto se indagaba al inicio de la sesión basado en la subsección “alimentación y ejercicio” mencionada en el ejercicio de valores personales; para cada participante el tipo de actividad física fue diferente y era elegida por ellas de acuerdo con sus gustos y recursos disponibles, pero tomando en cuenta lo recomendado por la OMS (2020).

Dicho organismo recomienda que un adulto (de 18 a 64 años) acumule a lo largo de la semana de entre 150 a 300 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada o bien de entre 75 a 150 minutos de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa o bien una combinación

equivalente a lo largo de la semana. Recordando que actividades sencillas como caminar, montar en bicicleta, pedalear, practicar deportes, participar en actividades recreativas y juego pueden ser accesibles para la mayor parte de la población.

Cabe resaltar que, si bien los criterios anteriores son deseables, hacer algo de actividad física es mejor que permanecer totalmente inactivo y aún si no se cumplen las recomendaciones algo de actividad física resultará beneficioso para su salud y sobre todo que es importante comenzar con pequeñas dosis de actividad física, para ir aumentando gradualmente su duración, frecuencia e intensidad (OMS, 2020).

Índice de Masa Corporal (IMC)

El índice de masa corporal es un indicador simple de la relación entre la talla y el peso utilizado con frecuencia como un valor aproximado para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos (OMS, 2021), en el presente trabajo se calculó mediante el peso autoinformado/observado en kilos y la altura en metros, utilizando la siguiente fórmula kg/m^2 , donde un resultado ≥ 25 se clasifica como sobrepeso y uno ≥ 30 como obesidad.

Para la medición del peso cada participante ocupó la báscula que tenía de fácil acceso en casa y cada una utilizó la misma para todas las mediciones y si bien el peso fue autoinformado, se propuso un ejercicio *ad hoc* nombrado “el ejercicio de pesarse” el cual consistía en primero, preguntar si la paciente estaba dispuesto a pesarse, después pedirle que antes, durante y después de subirse a la báscula, narrara que eventos privados (pensamientos, sensaciones, emociones, recuerdos, impulsos) estaba experimentado, de igual forma la paciente llevaba la cámara consigo lo cual permitía que la terapeuta pudiera observar el peso marcado en la báscula, al tiempo que esa información recabada era útil para evaluar sus estilos de respuesta en cuanto a los procesos relacionados con la flexibilidad psicológica en relación con su peso.

Diseño de Investigación

Se utilizó un diseño de comparación intra-sujeto ($n=1$) con tres réplicas, es decir, cuatro participantes; fue un diseño AB y seguimiento, con cuatro medidas en línea base (A), seis medidas durante la intervención (B), una medición al final de la intervención y una medición de seguimiento un mes después de finalizar la intervención (Barlow & Hersen, 1988; Kazdin, 2001; 2011;). Se optó por este diseño tomando en cuenta lo difícil que puede ser para los participantes el compartir experiencias y datos como su peso en contextos grupales, así como las dificultades para reclutar, en el contexto COVID-19, el número de participantes suficientes para formar dos grupos y las implicaciones éticas de tener un grupo control sin intervención o intervención demorada. No obstante, se considera que el diseño elegido tiene mayor control (validez interna) que un diseño pre-experimental de grupo (Barlow & Hersen, 1988).

En cuanto al momento de las mediciones de cada variable de acuerdo con el diseño se presentan en la Tabla 6.3, de manera general, se aplicaban al término de cada módulo y esto dependió de la manera en que los componentes de la intervención fueron evaluados (Neria, 2020).

Las mediciones realizadas en forma pre-post y seguimiento a un mes fueron conductas alimentarias e IMC; por otra parte, los valores personales y la actividad física se midieron durante toda la intervención y en el seguimiento a un mes, sin embargo, sólo se realizó una medición en la línea base. En el caso de las variables autoestigma, evitación experiencial y fusión cognitiva tuvieron medidas repetidas y seguimiento (Tabla 6.3).

Procedimiento

Se invitó a participar a través de una publicación a los usuarios de la red social de la Clínica de Obesidad del Hospital General Manuel Gea González que cumplieran con los criterios de

inclusión, esto a través de un correo o mensaje, donde se les explicaba de forma general el objetivo de la intervención (Anexo D), con aquellos que respondían interesados se agendaba una videollamada para aclarar dudas e identificar criterios de exclusión, esto último ocurrió en dos casos, uno recibía atención psicológica particular y otro se había realizado cirugía bariátrica y estaba en seguimiento por su institución.

Tabla 6.3

Mediciones durante la intervención

	Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	15
Variable	Instrumento	Pre /LB1	LB2	LB3	LB4	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7/Post	Seg
Autoestigma-peso	WSSQ-M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Evitación experiencial	AAQ II-M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fusión cognitiva	CFC-E	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Conductas alimentarias	ICA	x										x	x
Valores personales	Ejercicio tiro al blanco					x	x	x	x	x	x	x	x
IMC	Ejercicio de pesarse	x										x	x
Actividad física	Autorreporte	x					x	x	x	x	x	x	x

Nota: WSSQ-M= Cuestionario de autoestigma relacionado con el peso versión en español; AAQ II-M: *Cuestionario de Acción y Aceptación II validado para población mexicana*; CFC-E: *Cuestionario de fusión cognitiva versión en español*; ICA: *Inventario de Conductas Alimentarias*; IMC: *Índice de Masa Corporal*

En aquellos casos que aceptaron se procedía a la lectura del consentimiento informado (Anexo A) el cual era enviado por correo a los participantes y considerado como firma virtual la recepción y confirmación verbal o escrita del mismo. Cabe aclarar que el formario del consentimiento informado corresponde al señalda por el comité de ética del posgrado de la UNAM,

si bien este no fue enviado para su evaluación se siguieron los lineamientos éticos marcados por dicho comité y que corresponden con los establecidos por APA.

De igual forma se realizó reclutamiento usando “bola de nieve” a través de aquellas personas con los que se tenía la primera viodellamada, a su vez aquellos que se mostraban interesados enviaban un correo o mensaje e igualmente se agendaba una videollamada y se realizaba lo antes descrito con usuarios de la red social. Cabe menciona que aquellas personas (2) que rechazaron participar fue debido a que sus expectativas eran que la intervención estuviera relacionada con una preparación para realizarse una cirugía bariátrica y al aclarar este punto decidieron que no era de su interés.

Tabla 6.4

Procedimiento general de la intervención ACT-Autoestigma

No. de Sesiones	Etapa	Objetivos	
		General	Particulares
1	Sesión inicial	-Reiterar el objetivo de la intervención y ratificar la invitación a participar en el protocolo ACT-Autoestigma	-Identificar que el participante cumpla con los criterios de inclusión y que no existan criterios de exclusión. -Aclarar dudas si existen, tanto del protocolo como del uso de la plataforma para videollamadas. -Explicar el procedimiento general de las siguientes sesiones -Aplicar los instrumentos de evaluaciones pre y el primer punto de la línea base
2	Sesiones de evaluación	-Conceptualizar el caso clínico	-Obtener información para la formulación del caso. -Obtener el segundo y tercer punto de la línea base
7	Intervención ACT (7 Módulos)	-Desarrollar flexibilidad psicológica	-Desarrollar los procesos ACT -Obtener el cuarto punto de la línea base antes de iniciar la intervención ACT
1	Sesión de cierre	-Retroalimentar al paciente sobre la intervención ACT y agradecer su participación	-Obtener la evaluación post y séptimo punto del tratamiento -Acordar las opciones de seguimiento (videollamada o mensaje)
1	Seguimiento a un mes	-Realizar la evaluación del seguimiento y reiterar el agradecimiento por su participación	-Aplicar los instrumentos de evaluación

Nota: ACT= Terapia de Aceptación y Compromiso

En el caso de que algún participante cumpliera con algún criterio de eliminación este sería referido a alguna institución donde pudiera recibir el tratamiento adecuado a sus necesidades o bien continuar recibiendo la intervención, pero sin ser incluida en los análisis de resultados; sin embargo, ninguna participante fue eliminada durante la intervención y todas completaron el seguimiento.

Una vez las participantes eran contactadas se seguía el procedimiento descrito en la Tabla 6.4. El procedimiento a detalle de las sesiones de entrevista inicial, cierre y seguimiento de cada módulo se encuentran en las cartas descriptivas incluidas en el Manual de aplicación de la intervención ACT-Autoestigma (Anexo F).

Análisis de Datos

En el caso de las variables con mediciones pre-post al tratamiento (Conductas alimentarias, valores personales e IMC/peso) se realizó el análisis del tamaño del efecto individual a través del cambio clínico objetivo (CCO) (Cardiel, 1994), que se obtuvo con la diferencia entre la puntuación del postests menos la puntuación del pretest y dividido entre la puntuación pretest. Dicho valor se considera significativo si es mayor a 0.20 con independencia del signo.

Por su parte, para las variables con un diseño AB (Autoestigma relacionado con el peso, fusión cognitiva y evitación experiencial) la línea base tuvo cuatro mediciones sin tratamiento (fase A), siete mediciones durante la intervención (fase B) y seguimiento con una medición al mes. Se utilizó el índice TAU-U de Parker et al. (2011) en donde se comparan todos los valores de la fase A (LB) con los de la fase B (intervención) (Parker & Vannest, 2009), siendo un indicador del tamaño del efecto no paramétrico que permite controlar la tendencia de la línea base (LB) así como permitir un análisis del tamaño del efecto grupal y cuyos resultados se interpretan como sigue: efecto leve de 0 a 0.65, efecto moderado de 0.66 a 0.92 y efecto grande 0.93 a 1.0 y para su cálculo

se utilizó el programa *Tau-U Calculator* (Vannest et al., 2016). En el caso de la variable actividad física se realizó el análisis gráfico pues sólo se contó con un punto en la línea base, así como su comparación con los parámetros recomendados por la OMS (2020) como criterio de cambio para considerar a un adulto físicamente activo, es decir, entre 150 a 300 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada o bien de entre 75 a 150 minutos de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa o bien una combinación equivalente a lo largo de la semana.

Resultados ACT-Autoestigma

Datos Sociodemográficos

A continuación, se describen los datos sociodemográficos de las participantes al momento de realizar la evaluación inicial.

Las participantes fueron cuatro mujeres de entre 32 y 37 años, con educación universitaria y trabajo formal, en su mayoría solteras, residentes de la CDMX y con intentos repetidos de pérdida de peso a lo largo de su vida y en el último año. Con un IMC clasificado como sobrepeso (≥ 25) en una de las participantes y con un IMC clasificado como obesidad (≥ 30) en el resto de ellas, con autoestigma de peso de acuerdo con el WSSQ y todas ellas residentes de la CDMX (Tabla 6.7).

Es posible que el dato de escolaridad se relacione con una mayor accesibilidad a nuevas tecnologías a través de las cuales se realizó el primer acercamiento, así como una mayor disposición a participar por medio remotos.

Antecedentes de Salud

Al momento de la evaluación inicial ninguna de las participantes tenía diagnóstico de enfermedades crónicas o que tuvieran relación con su peso corporal, tanto como causa como consecuencia de éste, todas en algún momento de su vida habían intentado perder peso y habían

estado a dieta (autoimpuesta o con nutriólogo) y habían intentado perder peso en el último año, solo una realizaba actividad física de forma regular y el resto no realizaba ninguna. No reportaron consumo de sustancias ni tratamiento psicológico o psiquiátrico actual, sólo una reportó haber estado en terapia hacia más de un año por motivos diferentes al sobrepeso (Tabla 6.5).

Tabla 6.5

Datos sociodemográficos y antecedentes de salud

P	Edad	Sexo	Ocupación	Escolaridad	Estado civil	IPP en su vida	IPP en el último año	Enf. Crónicas	IMC	Puntaje WSSQ	Act. física	Trat. Psic o Psiq.
1	32	Mujer	Empleo formal	Universidad	Soltera	Sí	Sí	Ninguna	29.14	50	No	No
2	32	Mujer	Empleo formal	Universidad	Casada	Sí	Sí	Ninguna	30.48	42	Sí	No
3	32	Mujer	Empleo formal	Universidad	Soltera	Sí	Sí	Ninguna	30.47	42	No	Sí**
4	37	Mujer	Empleo formal	Universidad	Soltera	Sí	Sí	Ninguna	35.99	41	No	No

Nota: P= participante; IPP= Intentos de pérdida de peso; Enf= Enfermedades; IMC*= Índice de masa corporal calculado con el peso observado, Act. = Actividad; Trat. Psic o Psiq= Tratamiento psicológico o psiquiátrico; **recibió atención psicológica por motivos ajenos al sobrepeso (no el último año); CDMX= Ciudad de México.

Conceptualización ACT del Caso

De acuerdo con lo propuesto por Hayes et al. (2014) se sugiere que la secuencia para trabajar los procesos que conforman el modelo de flexibilidad psicológica se haga con base en la formulación ACT del caso. Por tanto, dicha formulación se realizó durante la medición de la línea base y se basó en el *Ejercicio de autoevaluación de las habilidades ACT* (EAH-ACT) (Neria, 2020), que evalúa la flexibilidad psicológica percibida por el participante. En este ejercicio se le pide al participante que evalúe por sí mismo cada uno de los seis procesos ACT en una escala que va de 0 (donde no tiene dicha habilidad) a 10 (domina la habilidad descrita y la ha practicado durante la última semana), al final se obtiene una puntuación de 0 a 60 puntos, donde a mayor puntuación implica mayor flexibilidad psicológica y viceversa (Anexo E).

Dicho ejercicio fue complementado con información recabada por una entrevista semiestructurada desarrollada *ad hoc* para este estudio que permitía explorar información específica relacionada con su peso (Anexo E); y con el ejercicio *Mi vida un conjunto de momentos de peso* (adaptada de Neria, 2020) a través del cual permitía recabar información relacionada con su experiencia de vivir con sobrepeso y obesidad, así como de sus estilos de respuesta en cuanto a los procesos relacionados con la flexibilidad psicológica (Anexo E).

Con base en el ejercicio EAH-ACT y la información anterior se determinó que el estilo de respuesta con mayor debilidad entre las participantes fue el estilo de respuesta abierto (aceptación y defusión), en el caso del participante tres se autoevaluó menor en los procesos centrados (Momento presente y yo-contexto); sin embargo, con base en la información complementaria se determinó a juicio clínico que dicha participante presentaba mayor problema en el estilo de respuesta abierto. En el caso del estilo de respuesta comprometido (valores y compromiso) fue donde todas las participantes presentaron los puntajes más altos, excepto en la participante dos donde se autoevaluó un punto más alto en los procesos centrados (Tabla 6.6).

Tabla 6.6

Resultados de los procesos ACT de acuerdo con EAH-ACT

P	E.R. Abierto		E.R. Centrado		E.R. Comprometido	
	Aceptación	Defusión	Momento presente	Yo contexto	Valores	Compromiso
1	6	7	8	7	8	8
2	0	3	8	5	4	8
3	5	4	2	5	6	6
4	7	3	8	5	9	5

Nota: EAH-ACT=Ejercicio de Autoevaluación de las Habilidades (Neria, 2020); P= participantes; E.R: Estilo de respuesta

Puesto que el estilo de respuesta abierta fue el más bajo, la secuencia en que se aplicaron los módulos fue en el orden en que se describen en la Tabla 6.2 de este capítulo donde se muestra el esquema general de la intervención, con el único cambio (basado en sus puntuaciones) en las

participantes uno y dos que tuvieron el módulo de aceptación antes que el de defusión y las participantes tres y cuatro a la inversa.

Resultados de Variables Principales

El *Autoestigma relacionado con el peso* fue evaluado a través del Cuestionario de autoestigma relacionado con el peso en su versión en español (WSSQ-M), su análisis gráfico (Figura 6.1) mostró una disminución en todas las participantes, la cual se mantuvo al seguimiento. Recordando que, a mayor puntuación, mayor autoestigma relacionado con el peso y viceversa. Si bien se observó un aumento en el seguimiento para la participante 1, esta no regresó a la línea base.

En el caso del tamaño del efecto (Tau-U) por participante de la comparación de la fase sin tratamiento (fase A) con la fase de tratamiento (fase B) para el autoestigma relacionado con el peso (Tabla 6.7) se observó que para las participantes dos y tres el efecto fue grande y significativo, en las participantes uno y cuatro fue moderado y significativo, mientras que el tamaño del efecto de manera grupal fue grande y significativo para la disminución del autoestigma relacionado con el peso.

Tabla 6.7

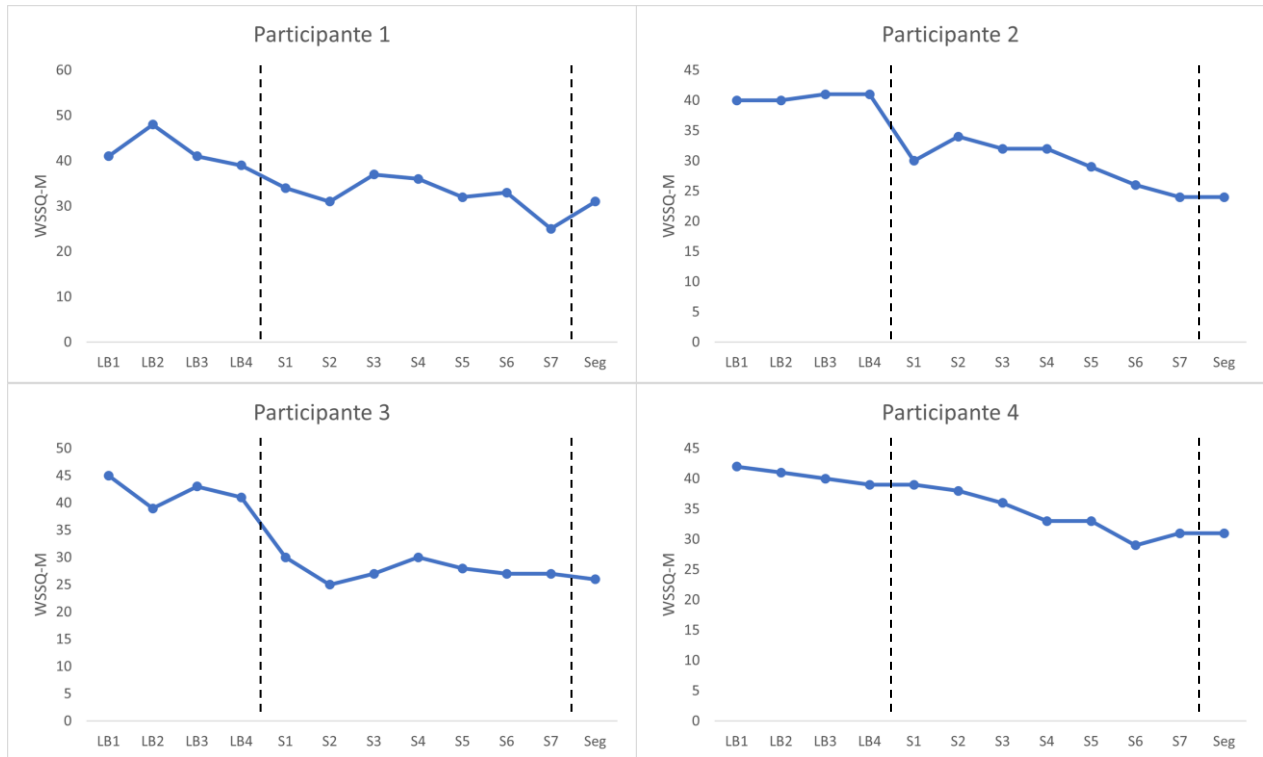
Resultados por participante de autoestigma relacionado con el peso y tamaño del efecto

P	Línea base				Sesión Intervención							Seg	A vs. B	p	Tau-U		Efecto
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7				IC _{90%}		
1	41	48	41	39	34	31	37	36	32	33	25	31	-0.90	0.01*	-1, -0.301	Moderado	
2	40	40	41	41	30	34	32	32	29	26	24	24	-1	0.002*	-1, -0.520	Grande	
3	45	39	43	41	30	25	27	30	28	27	27	26	-0.93	0.01*	-1, -.0332	Grande	
4	42	41	40	39	39	38	36	33	33	29	31	31	-0.78	0.03*	-1, -0.176	Moderado	
Tau-U grupal													-0.94	0.001*	IC _{95%} -1, -0.577	Grande	

Nota: Autoestigma relacionado con el peso evaluado por *Cuestionario de autoestigma relacionado con el peso versión en español*; P: participante; Seg: Seguimiento; A: Línea base; B: Intervención; *p<0.05.

Figura 6.1

Análisis gráfico de autoestigma relacionado con el peso por participante.



Nota: Autoestigma relacionado con el peso evaluado por *Cuestionario de autoestigma relacionado con el peso versión en español*; Lb: Línea base; S: sesión; Seg: Seguimiento.

En el caso de las conductas alimentarias medidas a través del *Inventario de Conductas Alimentarias (ICA)* (Santiago, 2016) los resultados por participante se presentan en la Tabla 6.8 y el cambio clínico objetivo (CCO) se presentan en la Tabla 6.9, cabe mencionar que el CCO se presenta en valores negativos, esto debido a que se buscaba la disminución de esta variable, ahora bien, tanto de la puntuación general como de cada subescala el cambio clínico fue significativo en tres de las cuatro participantes al final de la intervención, al seguimiento se observó un aumento que calificó como significativo de acuerdo al CCO en la puntuación general y subescalas para la participante 3; mientras que en las participantes 2 y 4 el aumento en las puntuaciones se observó en la subescala de ingesta emocional, sin embargo, las participantes no volvieron a su valores iniciales.

Tabla 6.8*Resultados por participante de la conducta alimentaria*

	Puntaje total ICA			Puntaje Atracón			Puntaje I.E.		
	Pre	Post	Seg	Pre	Post	Seg	Pre	Post	Seg
1	66	56	64	32	29	28	34	37	36
2	63	36	41	29	16	17	34	20	24
3	67	29	46	29	16	21	38	13	25
4	69	44	48	37	24	24	32	20	24

Nota: Conducta alimentaria evaluado con *Inventario de Conductas Alimentarias* (Santiago, 2016); ICA: Inventario de Conductas alimentarias; Atracón: Subescala conductas de atracón; I.E.: Subescala Ingesta emocional

Tabla 6.9*Cambio clínico por participante de las conductas alimentarias*

	Puntaje total ICA			Puntaje Atracón			Puntaje I.E.		
	CCO Pre-post	CCO Post-Seg	Pre-Seg	Pre-post	Post-Seg	Pre-Seg	Pre-Post	Post-Seg	Pre-Seg
1	-0.15	0.14	-0.03	-0.09	-0.03	-0.13	0.09	-0.03	0.06
2	-0.43*	0.14	-0.35*	-0.45*	0.06	-0.41*	-0.41*	0.20*	-0.29*
3	-0.57*	0.59*	-0.31*	-0.45*	0.31*	-0.28*	-0.66*	0.92*	-0.34*
4	-0.36*	0.09	-0.30*	-0.35*	0.00	-0.35*	-0.38*	0.20*	-0.25*

Nota: Conducta alimentaria evaluado con *Inventario de Conductas Alimentarias* (Santiago, 2016); ICA: Inventario de Conductas alimentarias; Atracón: Subescala conductas de atracón; I.E.: Subescala Ingesta emocional. *CCO, Cardiel; Significativo ≥ 0.20 (sin importar signo)

Como se mencionó en el apartado de *Instrumentos* de este capítulo, al ejercicio *Tiro al blanco* (Neria, 2020) se le agregó una subsección relacionada con la conducta alimentaria en la cual las participantes incluían acciones valiosas relacionadas con las conductas de alimentación que se comprometían a realizar durante la semana, puesto que no se contaba con una asesoría nutricional, las acciones se enfocaron a cambios graduales que estaban guiados por recomendaciones generales y que las propias participantes proponían. Además, a la sesión siguiente se les preguntaba “¿Cuánto consideras que coincide lo que hiciste con lo que dijiste que harías?” y a través de una escala visual se puntúan, dicha escala iba del cero (*no hice nada de lo que dije que iba a hacer*) al diez (*hice exactamente lo que dije que iba a hacer*) esto les permitía tener contacto con la realidad e ir ajustando sus objetivos con metas que les fueran accesibles de

lograr. Esto se realizó de forma repetida durante las mediciones de valores, pero sin medición de línea base ni seguimiento, sus datos se presentan en la Tabla 6.10 y se realizó un análisis gráfico de los mismos, recordando que a mayor puntuación mayor concordancia entre lo comprometido y lo realizado; y viceversa (Figura 6.2).

Tabla 6.10

Resultados de la percepción de la conducta alimentaria por participante

P	S1	S2	S3	S4	S5	S6
1	10	10	10	9	9	10
2	7	9	2	4	7	8
3	9	7	3	7	8	7
4	10	7	5	8	7	6

Nota: Percepción de conducta alimentaria evaluado a través de la pregunta “¿Cuánto consideras que coincide lo que hiciste con lo que dijiste que harías?” de la subsección de alimentación en el Ejercicio del tiro al blanco (adaptado ad hoc por Nería, 2020 de Lundgren et al., 2012) P= participante; S= sesión.

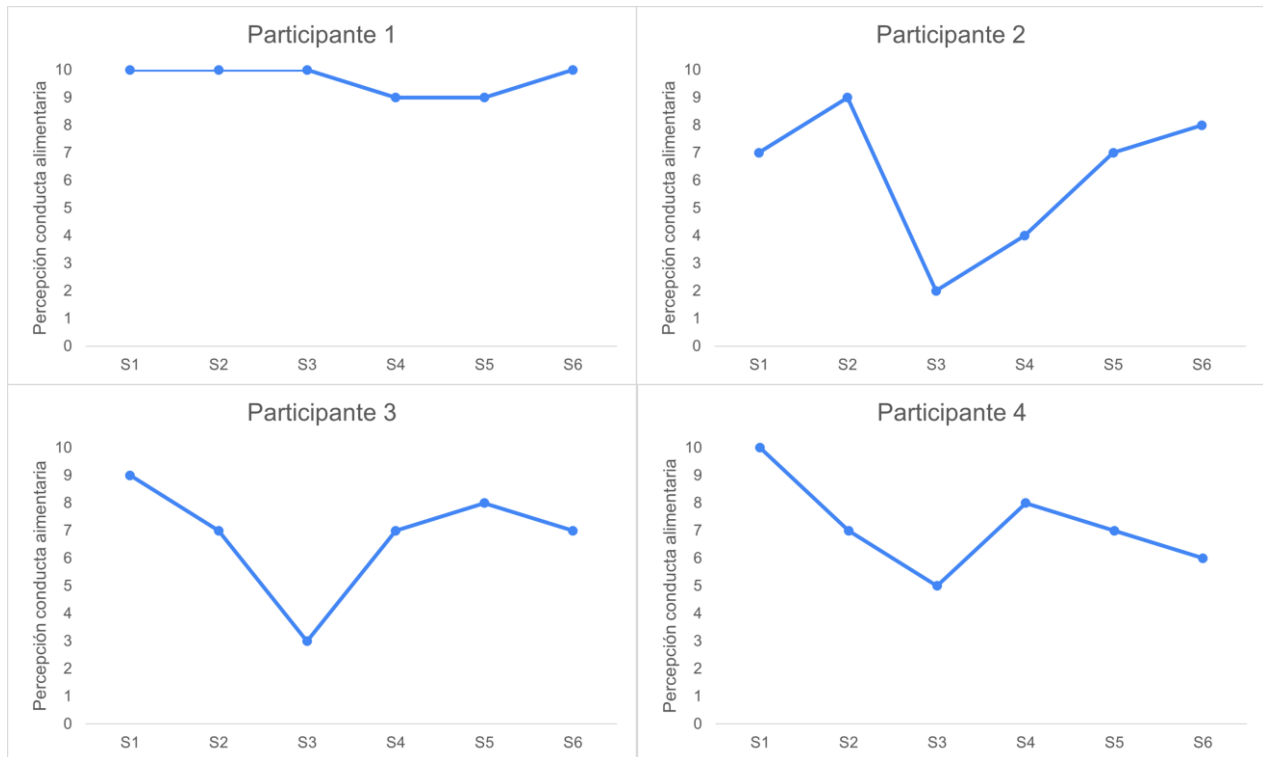
Con base en el análisis gráfico se observan fluctuaciones respecto al acercamiento o concordancia en cuanto a las acciones valiosas llevadas a cabo, esto podría deberse precisamente al ajuste realizado por las participantes con base en su previo contacto con la realidad de llevar a cabo lo que suponían podían hacer, por ejemplo, en las participantes dos, tres y cuatro se observa un declive en la sesión tres lo cual coincide con la exploración y afrontamiento a los antojos que ellas propusieron, lo cual no ocurrió en la participante uno pues sus acciones se enfocaron en otro rubro como el ajuste de su alimentación en el trabajo, este contacto con la realidad por parte de las participantes les permitió el practicar dicha habilidad de regulación ante el impulso y al mismo tiempo ajustar sus propuestas de acciones siguientes.

En cuanto al tipo de acciones que cada una eligió, la participante uno enfocó sus acciones al aumento de consumo de agua y verduras en las comidas que realizaba puesto no era algo que incluyera en ellas de forma cotidiana, llevar su propia comida al trabajo, prestar atención a sus

señales de hambre y saciedad. Esto podría relacionarse con que no hubiera cambios significativos en la puntuación general y las subescalas del *ICA*, pues el cambio inicial en los patrones de alimentación los enfocó en el cambio de la calidad de los alimentos por sobre la cantidad.

Figura 6.2

Análisis gráfico de la percepción de la conducta alimentaria por paciente



Nota: Percepción de conducta alimentaria medida a través de la pregunta “¿Cuánto consideras que coincide lo que hiciste con lo que dijiste que harías?” de la subsección de alimentación en el Ejercicio del tiro al blanco (adaptado ad hoc por Nería, 2020 de Lundgren et al., 2012); S=sesión.

Para las participantes tres y cuatro, las acciones igualmente estuvieron relacionadas con el aumento de frutas y verduras en cada comida, aumento de consumo de agua y disminución de bebidas azucaradas y alimentos ultra procesados, así como el prestar atención a sus señales de hambre y saciedad. En el caso de la participante dos, sus acciones se enfocaron a no saltarse comidas, comer en la mesa con el resto de su familia, prestar atención y disfrutar los alimentos que ingería e igualmente prestar atención a sus señales de hambre y saciedad.

Respecto a los resultados del *peso e IMC* de las participantes se muestran en la Tabla 6.11, donde se observaron cambios en el peso al final de la intervención, las participantes uno, dos y tres bajaron de uno a dos kilos, mientras que la participante 4 subió uno; al seguimiento aquellas participantes que habían perdido peso recuperaron al menos un kilo y la participante cuatro perdió 3.4 kg; sin embargo, con base en el CCO (igualmente los valores son negativos pues se buscaba la disminución de la variable) (Tabla 6.12) el cambio en el peso de las participantes no fue significativo y solo la participante dos cambió de la categoría obesidad a sobrepeso.

En lo referente a la pérdida de peso de la participante 4 en la medición de seguimiento, es importante mencionar que durante este periodo ella mencionó que tuvo COVID-19, al momento de la medición se encontraba saludable; sin embargo, refiere que realizó cambios en su alimentación (aumento de verduras y reducción de alimentos procesados y refinados) con la intención de cursar lo mejor posible la enfermedad. Si bien se reportan cambios conductuales por parte la participante guiada por su valor personal de salud (autocuidado), no se puede descartar la injerencia de dicha variable extraña.

Tabla 6.11

Resultados por participantes del peso e IMC

P	Alt (m)	Mediciones					
		Pre		Post		Seg	
		Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)
1	1.55	70	29.14	68	28.30	70	29.14
2	1.62	80	30.48	79	30.10	78	29.72
3	1.68	86	30.47	84	29.76	85	30.12
4	1.70	104	35.99	105	36.33	101.6	35.15

Nota: IMC calculado con peso reportado/observado a través de *Ejercicio de pesarse ad hoc*;) P= participante; Alt: Altura en metros; kg: kilogramos; m= metros; m²= metros al cuadrado; IMC: índice de masa corporal

Tabla 6.12*Cambio clínico por participante del peso e IMC*

p	CCO pre-post	CCO post-seg	CCO pre-seg
1	-0.029	0.029	0
2	-0.013	-0.013	-0.025
3	-0.023	0.012	-0.012
4	0.009	-0.034	-0.026

Nota: IMC calculado con peso reportado/observado a través de *Ejercicio de pesarse ad hoc*; P= participante; CCO, Cardiel; Significativo ≥ 0.20 (sin importar signo)

Por su parte, durante el *ejercicio de pesarse* en la medición inicial todas las participantes mencionaron eventos privados negativos relacionados con el uso de la báscula y saber su peso, pues reconocían que sentían vergüenza y miedo del juicio de aquellos que conocieran su peso, además de que estos eventos negativos persistían durante el día o días interfiriendo en sus actividades cotidianas, que a su vez llevaba a que evitaran por completo pesarse y los escenarios donde lo hacían (citas médicas) (participantes uno y tres) o bien estar hipervigilantes y pesarse continuamente (participantes dos y cuatro).

En la realización de este mismo ejercicio al término de la intervención las participantes mencionaron la presencia de eventos privados negativos aunque en menor medida y que permanecían menos presentes durante el día, así como no interferir en sus actividades diarias, esto se mantuvo durante el seguimiento y aun en los casos donde el peso aumento (participantes uno y tres) esto no implicó que dejaran de realizar los cambios en sus hábitos pues mencionaban que su peso ya no determina por completo si valía o no la pena los esfuerzos que hasta ese momento habían realizado. Aunado a lo anterior, también se observó que las participantes tenían mayor disposición a compartir su peso si se les preguntaba a través de este ejercicio.

En lo que respecta a la *actividad física* ésta fue evaluada durante cada sesión, pero con una sola medición en línea base, por tanto, al igual que la variable anterior su análisis se complementó

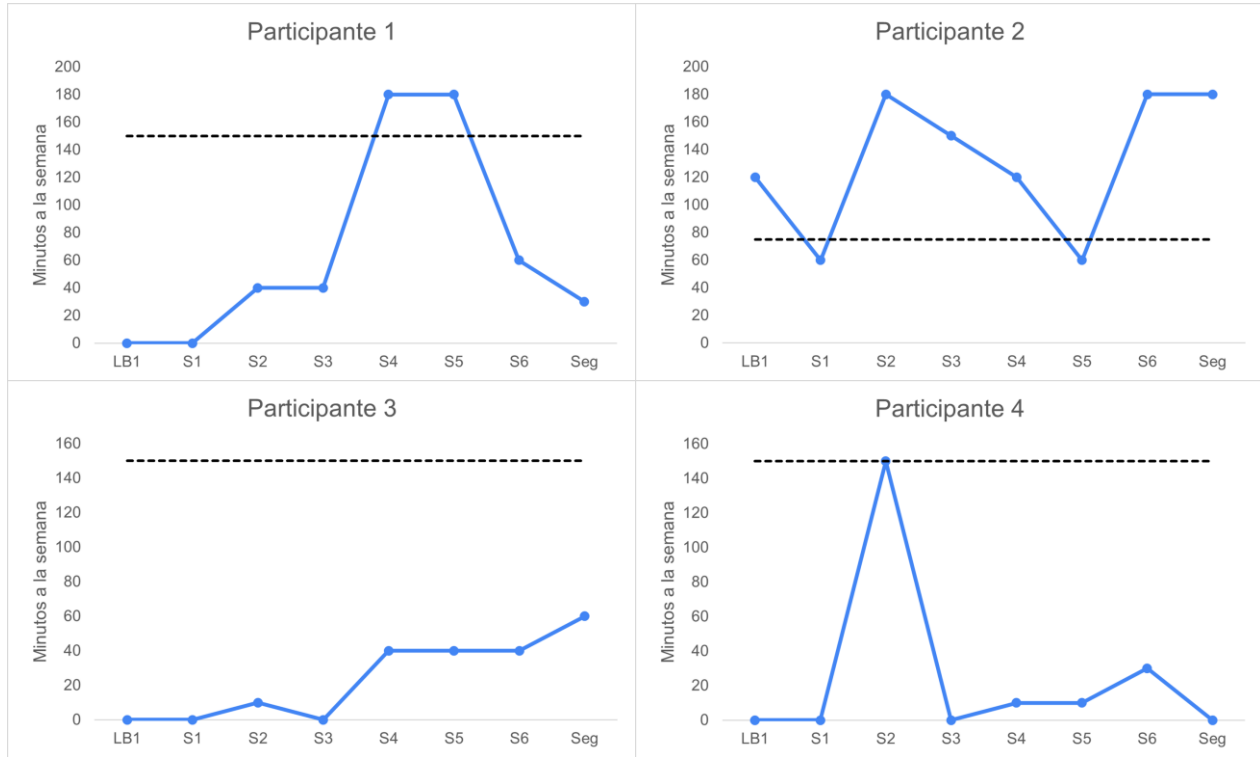
con un análisis gráfico, como ya se mencionó esta variable fue autorreportada por los participantes a través de una subdivisión agregada al *ejercicio del tiro al blanco* (Neria,2020) bajo el nombre de “Actividad física”, dentro de esta subdivisión se les preguntaba a la sesión siguiente “¿Cuánto consideras que coincide la actividad física que hiciste con la que dijiste que harías?” y a través de una escala visual se puntuaban, dicha escala iba del cero (*no hice nada de lo que dije que iba a hacer*) al diez (*hice exactamente lo que dije que iba a hacer*) esto les permitía tener contacto con la realidad e ir ajustando sus objetivos con metas que les fueran accesibles de lograr, como ya se mencionó en la subdivisión relacionada con la alimentación.

El análisis gráfico de la duración en minutos señaló un aumento en la duración de la actividad física en todas las participantes y este aumento se mantuvo al seguimiento en las participantes uno, dos y tres (Figura 6.3). En el caso de la participante cuatro, como ya se mencionó con anterioridad, al momento de la evaluación de seguimiento, señaló haber tenido Covid-19 y por ello no realizaba actividad física al momento de la medición pues esperara el alta por parte de su médico; sin embargo, mencionó que antes de la enfermedad realizaba 90 minutos a la semana de actividad física moderada.

Cabe recordar que la OMS (2020) recomienda un mínimo de 150 minutos de actividad con intensidad moderada y 75 minutos mínimo para actividad vigorosa durante la semana o bien una combinación equivalente de ambas para considerar a un adulto físicamente activo y que obtenga beneficios para su salud; con base en estos parámetros los cambios en la duración de la actividad física, si bien aumentaron en todas las participantes al final de la intervención, las participantes uno, tres y cuatro no alcanzaron el criterio para considerarse físicamente activa (≥ 150 min). En cuanto a la participante número dos, desde un inicio clasificaba como físicamente activa y así se mantuvo al final de la intervención y al seguimiento.

Figura 6.3

Análisis gráfico de duración semanal en minutos de actividad física por participante



Nota: Actividad física evaluada a través de autorreporte verbal de la subsección de *actividad física* en el *Ejercicio del tiro al blanco* (adaptado ad hoc por Neria, 2020 de Lundgren et al., 2012); LB: Línea base; S: Sesión; Seg: Seguimiento.

Tabla 6.13

Resultados por participante de duración en minutos semanal de la actividad física

P	Tipo de actividad física	LB1	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Seg
1	Caminar	0	0	40	40	180	180	60	30
2	Caminadora y natación	120	60	180	150	120	60	180	180
3	Varias	0	0	10	0	40	40	40	60
4	Bicicleta fija	0	0	150	0	10	10	30	0

Nota: Actividad física evaluada a través de autorreporte verbal de la subsección de *actividad física* en el *Ejercicio del tiro al blanco* (adaptado ad hoc por Neria, 2020 de Lundgren et al., 2012); P= participante; LB: Línea base; S: Sesión; Seg: Seguimiento; S= sesión.

Cada una de las participantes con base en sus posibilidades y gustos eligió la actividad física que iba a practicar, todas realizaron ejercicio aeróbico (Tabla 6.13) las participantes uno,

tres y cuatro con intensidad moderada y la participante dos con intensidad vigorosa. Ahora bien, la participante uno eligió caminar con sus perros en un corredor cercano a su casa; sin embargo, al momento del seguimiento, había vuelto a sus actividades presenciales en su trabajo por lo que las caminatas se complicaban y se encontraba planeando su cambio a practicar natación cerca de su lugar de trabajo. En el caso de la participante dos, durante la entrevista en las primeras sesiones mencionó que acaba de volver a incorporarse a un gimnasio por lo que tenía la posibilidad de tomar natación y hacer ejercicio cardiovascular en los aparatos disponibles o bien entrar a las clases que ahí se impartían; también para el seguimiento se había incorporado a su trabajo de forma presencial lo que generó ajustes en su tiempo dedicado a la actividad física.

En lo referente a la participante tres, durante las primeras sesiones mencionó que el ejercicio era algo que no le gustaba y no tenía ninguna actividad que quisiera realizar, por tanto, durante la intervención probó con varias actividades como caminar, videos de ejercicio en casa, ejercicio con saco de box con el que disponía en casa y ejercicio con pesas en casa, para el seguimiento mencionó que había continuado probando con diferentes ejercicios y se había incorporado a un equipo de voleibol los fines de semana. Para la participante cuatro, la actividad elegida al inició fue la caminata; sin embargo, para la sesión cuatro cambió a la bicicleta estática con la que contaba en casa.

En cuanto a la pregunta “¿Cuánto consideras que coincide la actividad física que hiciste con la que dijiste que harías?” los resultados por participante se presentan en la Tabla 6.14, recordando que a mayor puntuación mayor concordancia entre lo comprometido y lo realizado; y viceversa. El análisis gráfico (Figura 6.4) muestra que las participantes uno y cuatro tuvieron una tendencia a mejorar el cumplimiento de sus objetivos propuestos y las participantes dos y tres

parecieran tener una tendencia de menor concordancia entre sus objetivos y sus acciones; sin embargo, es importante interpretar esto dentro del contexto de cada una de las participantes.

Tabla 6.14

Resultados por participante de la percepción respecto a la actividad física

P	S1	S2	S3	S4	S5	S6
1	8	9	10	10	10	9
2	10	10	9	8	1	10
3	10	7	2	7	5	8
4	0	8	0	5	5	6

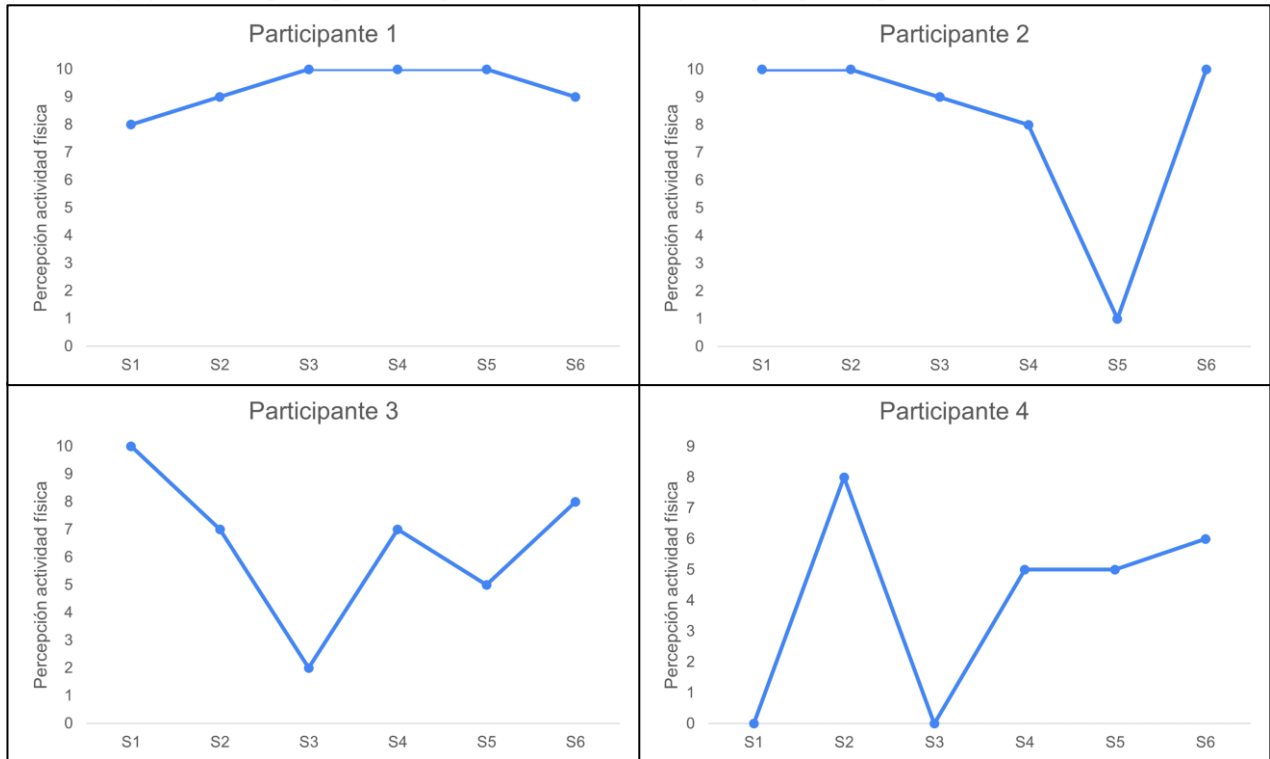
Nota: Percepción de actividad física evaluado a través de la pregunta “¿Cuánto consideras que coincide la actividad física que hiciste con la que dijiste que harías?” de la subsección de actividad física en el Ejercicio del tiro al blanco (adaptado ad hoc por Neria, 2020 de Lundgren et al., 2012); P= participante; S= sesión

Por ejemplo, en el caso de la participante dos, no presentaba dificultades en la realización de actividad física, sin embargo, esta conducta solía tener una función compensatoria respecto a los alimentos que ingería, haciendo que de la realización del ejercicio dependiera si se saltaba comidas, por tanto una parte importante en sus acciones en este rubro estaba el descanso entre los días de entrenamiento lo cual impactaba en su percepción de hacer menos de lo que se proponía hacer; aunque al mismo tiempo esto llevo a generar ritmos de entrenamiento más estables y menor fatiga que en ocasiones anteriores la llevaban a dejar la actividad física por meses.

Por su parte, la participante tres dentro de sus primeras acciones se encontró el descanso y reposo, pues había tenido una cirugía menor, por ello en un inicio su concordancia entre los propuesto y realizado fue alta pero conforme los objetivos fueron implicando mayor actividad física la puntuación bajó como se observó en la sesión tres; sin embargo, para el final de la intervención se puedo observar una estabilización tanto en esta variable como en la duración a la semana.

Figura 6.4

Análisis gráfico de la percepción respecto a la actividad física por participante



Nota: Percepción de actividad física evaluado a través de la pregunta “¿Cuánto consideras que coincide la actividad física que hiciste con la que dijiste que harías?” de la subsección de actividad física en el Ejercicio del tiro al blanco (adaptado ad hoc por Neria, 2020 de Lundgren et al., 2012); P: Participante, S: sesión.

Es importante resaltar que los valores en esta área fueron relacionados por las participantes con el autocuidado que manifestaban con el realizar actividad física que fuera placentera, en una duración accesible de acuerdo con su condición física actual, así como darle relevancia al tomar descansos, por lo que no necesariamente una mayor concordancia entre los dicho y realizado implicó una mayor cantidad de actividad física a la semana.

Resultados de las Mediciones de Procesos

En el caso de las variables presentadas a continuación los valores aparecen en negativo puesto que se esperaba una disminución de estas variables.

En cuanto a los *valores personales*, fueron evaluados en cada sesión a través del *Ejercicio del tiro al blanco* (adaptado por Neria, 2020 de Lundgren et al., 2012) pero como bien se mencionó únicamente se realizó una medición en línea base, por ello el análisis de esta variable se complementó con un análisis gráfico, cabe recordar que, a mayor puntuación, mayor lejanía con los valores personales y a la inversa, como se observa en la Figura 6.5 los resultados señalaron que las participantes tuvieron una mayor cercanía a sus valores después de la intervención y dicha cercanía se mantuvo al seguimiento; en cuanto al CCO de las mediciones (Tabla 6.15) (valores negativos reflejan la disminución de la variable) se observa un cambio clínico significativo al término de la intervención para las participantes uno, dos y tres, observándose un aumento durante el seguimiento pero sin volver a las mediciones iniciales, sin embargo, en la participante uno dicha cercanía no fue significativa entre la medición pre y seguimiento.

Tabla 6.15

Resultados de valores personales por participante

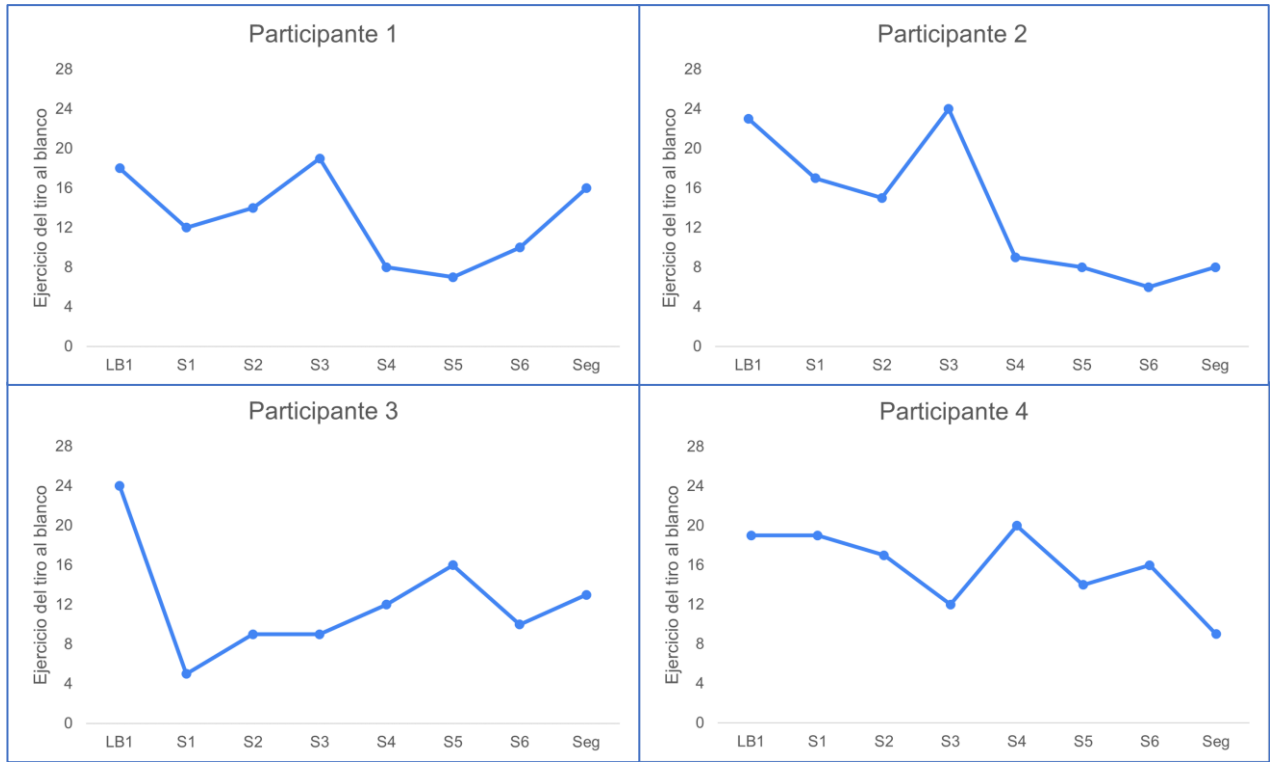
P	LB1	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Seg	CCO pre-post	CCO post-seg	CCO pre-seg
1	18	12	14	19	8	7	10	16	-0.44*	0.60*	-0.11
2	23	17	15	24	9	8	6	8	-0.74*	0.33*	-0.65*
3	24	5	9	9	12	16	10	13	-0.58*	0.30*	-0.46*
4	19	19	17	12	20	14	16	7	-0.16	-0.56*	-0.63*

Nota: Valores personales evaluados con Ejercicio de tiro al blanco (adaptado ad hoc por Neria, 2020 de Lundgren et al., 2012); P: participante; LB: Línea base; S: sesión; CCO: Cambio Clínico Objetivo *Significativo ≥ 0.20 (sin importar signo).

Por su parte, la participante cuatro no tuvo cambio significativo al término de la intervención, pero sí al seguimiento, esto coincide con que la participante realizara cambios conductuales graduales que fueran percibidos como significativos desde se punto de vista hacia la quinta semana.

Figura 6.5

Análisis gráfico de los valores personales por participante



Nota: Valores personales evaluados con *Ejercicio de tiro al blanco* (adaptado ad hoc por Neria, 2020 de Lundgren et al., 2012) LB: línea base; S: sesión semanal; Seg: seguimiento a un mes.

Respecto a la subdivisión agregada al ejercicio *Tiro al blanco* (Neria, 2020) nombrada *Actividad física y alimentación* se midió de forma repetida en conjunto con el ejercicio general y de la misma manera a menor puntuación mayor cercanía a sus valores personales, en este caso a los relacionados únicamente con actividad física y alimentación, sus puntuaciones van del uno al siete.

Los resultados por participante se presentan en la Tabla 6.16 y con base en el análisis gráfico de estos resultados (Figura 6.6) se observa que todas las participantes tuvieron una mayor cercanía a sus valores relacionados con la actividad física y alimentación después de la intervención y dicha cercanía se mantuvo al seguimiento.

En cuanto al CCO de las mediciones (Tabla 6.16) (valores negativos reflejan la disminución de la variable) se observó un cambio clínico significativo al final de la intervención para todas las participantes, en las participantes uno y tres en las mediciones de seguimiento hubo un aumento en las puntuaciones que no fue significativo y no volvieron a las mediciones iniciales; por su parte la participante dos presenta un aumento en su puntuación considerada clínicamente significativa pero igualmente no vuelve a valores iniciales y la participante cuatro presentó una disminución, considerada como una mejoría clínicamente significativa. Para las participantes dos, tres y cuatro el cambio clínico fue significativo entre las mediciones de pre y seguimiento.

Tabla 6.16

Resultados por participante de valores personales relacionados con actividad física y alimentación e índice de cambio clínico objetivo.

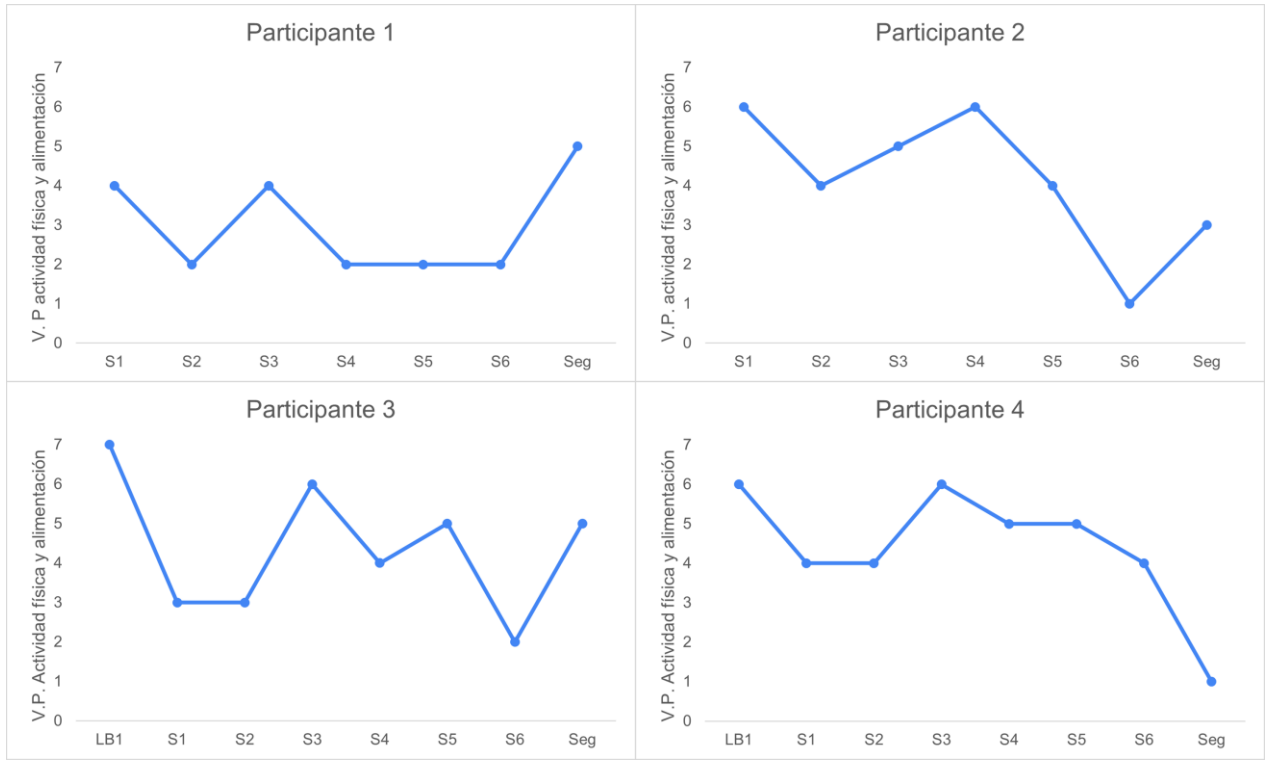
P	LB1	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Seg	CCO pre-post	CCO post-seg	CCO pre-seg
1	6	4	2	4	2	2	2	5	-0.67	1.5	-0.17
2	7	6	4	5	6	4	1	3	-0.86	2	-0.57
3	7	3	3	6	4	5	2	5	-0.71	1.5	-0.29
4	6	4	4	6	5	5	4	1	-0.33	-0.75	-0.83

Nota: Valores personales relacionados con actividad física y alimentación evaluado con subdivisión *actividad física y ejercicio* del *Ejercicio del tiro al blanco* (adaptado ad hoc por Neria, 2020 de Lundgren et al., 2012) P= participante; LB: línea base; S= sesiones; Seg= seguimiento; CCO= Cambio Clínico Objetivo Significativo ≥ 0.20 (sin importar signo).

Para la *Evitación experiencial* medida a través del Cuestionario de Acción Aceptación II validado para la población mexicana (AAQ II-M) (Patrón, 2010) cabe recordar que a mayor puntuación mayor evitación experiencial y viceversa, por lo que su análisis gráfico (Figura 6.7) mostró mejoría en las participantes dos, tres y cuatro que se mantuvo en el seguimiento con un ligero aumento (3pts) para la participante tres; sin embargo, en la participante uno se observó puntuaciones ligeramente menores al final de la intervención y seguimiento en comparación con la línea base.

Figura 6.6

Análisis gráfico de valores personales relacionados con la actividad física y alimentación por participante.



Nota: Valores personales relacionados con actividad física y alimentación evaluado con subdivisión *actividad física y ejercicio del Ejercicio del tiro al blanco* (adaptado ad hoc por Neria, 2020 de Lundgren et al., 2012) V.P.= *Valores personales*; LB= *línea base*; S= *sesión*; Seg= *Seguimiento*.

Tabla 6.17

Resultados de evitación experiencial por participante

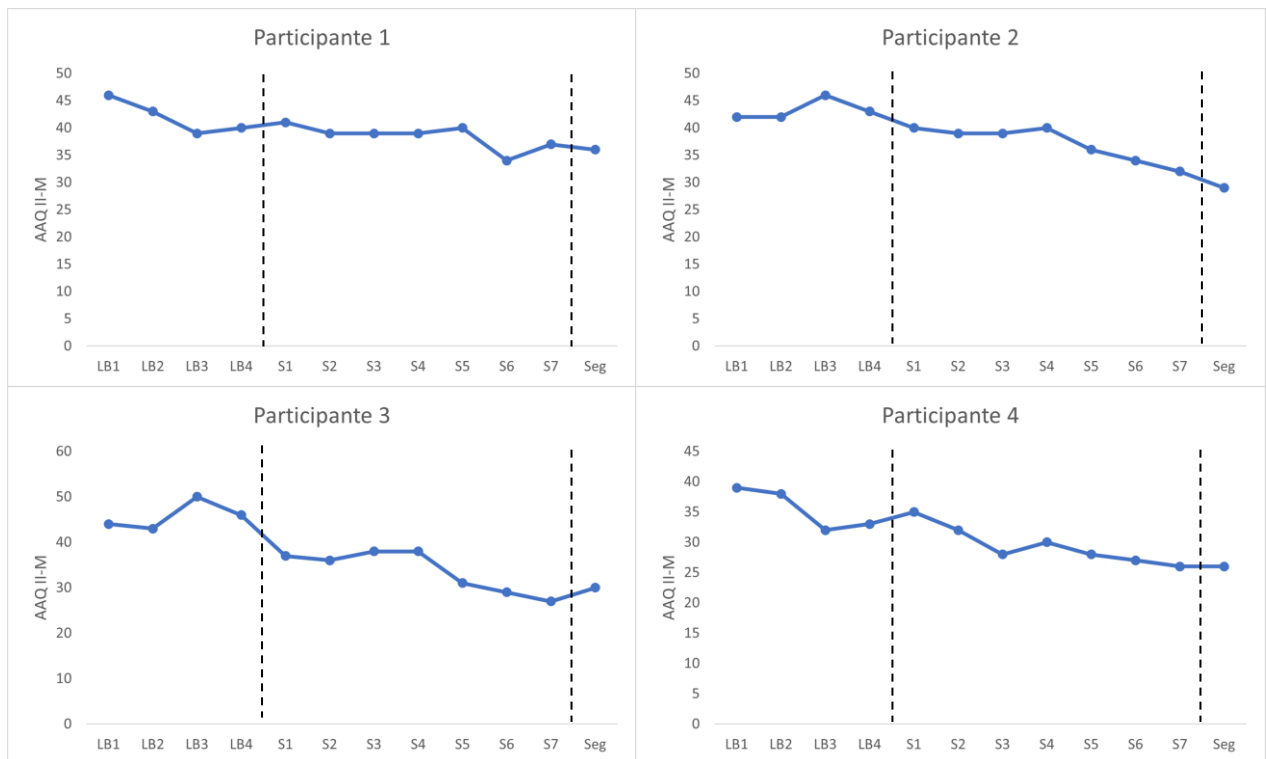
P	Línea base				Sesión Intervención							Seg	Tau-U			
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7		A vs. B	p	IC 90%	Efecto
1	46	43	39	40	41	39	39	39	40	34	37	36	-0.56	0.13	-1, 0.043	Leve
2	42	42	46	43	40	39	39	40	36	34	32	29	-1	0.003*	-1, -0.488	Grande
3	44	43	50	46	37	36	38	38	31	29	27	30	-1	0.004*	-1, -0.457	Grande
4	39	38	32	33	35	32	28	30	28	27	26	26	-0.72	0.05	-1, -0.113	Moderado
Tau-U grupal												-0.86	0.001*	IC 95% -1, -0.499	Moderado	

Nota: Evitación experiencial evaluado por *Cuestionario de Acción y Aceptación II* validado en población mexicana (Patrón, 2010); P: participante; Seg: Seguimiento; A: Línea base; B: Intervención; *p<0.05

Respecto al tamaño del efecto (Tau-U) por participante de la comparación de la fase sin tratamiento (fase A) con la fase de tratamiento (fase B) para la evitación experiencial (Tabla 6.17) los resultados señalaron un efecto grande y significativo para las participantes tres y cuatro, un efecto moderado y no significativo para la participante cuatro (el valor de p fue limítrofe a 0.05) y un efecto leve y no significativo para la participante uno. En cuanto al tamaño del efecto grupal fue moderado y significativo para la disminución de la evitación experiencial.

Figura 6.7

Análisis gráfico de la evitación experiencial por participante



Nota: Evitación experiencial evaluado por *Cuestionario de Acción y Aceptación II* validado en población mexicana (Patrón, 2010); P: participante; LB: Línea base; Seg: Seguimiento.

Finalmente, para la *Fusión cognitiva* evaluada a través del Cuestionario de Fusión Cognitiva en español (CFE-E) (Romero-Moreno et al, 2014) cabe recordar que a mayor puntuación mayor fusión cognitiva y viceversa, su análisis gráfico (Figura 6.8) mostró mejorías en todas las participantes la cual se mantuvo en el seguimiento.

Por su parte, el tamaño del efecto (Tau-U) por participante de la comparación de la fase sin tratamiento (fase A) en comparación con la fase con tratamiento (Fase B) (Tabla 6.18) señaló un tamaño del efecto moderado y significativo para las participantes dos y tres, leve y no significativo para las participantes uno y cuatro. En cuanto al tamaño del efecto grupal fue leve y significativo en la disminución de la fusión cognitiva.

Tabla 6.18

Resultados de fusión cognitiva por participante y tamaño del efecto.

P	Línea base				Sesión Intervención							Seg	Tau-U			Efecto
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7		A vs. B	p	IC 90%	
1	34	34	28	26	27	28	25	25	27	27	26	25	-0.53	0.15	-1, 0.074	Leve
2	30	31	37	31	32	28	31	27	24	26	23	26	-0.78	0.03*	-1, -0.176	Moderado
3	34	33	33	33	30	28	28	29	26	28	24	23	-0.90	0.01*	-1, -0.301	Moderado
4	26	27	25	20	23	28	24	23	22	19	16	17	-0.37	0.31	-0.98, 0.23	Leve
Tau-U grupal												-0.65	0.0004*	IC 95% -1, -0.287	Leve	

Nota: fusión cognitiva evaluada con el *Cuestionario de Fusión Cognitiva en español* (Romero-Moreno et al., 2014); P: participante; Seg; seguimiento; A: Línea base; B; Intervención; *p<0.05

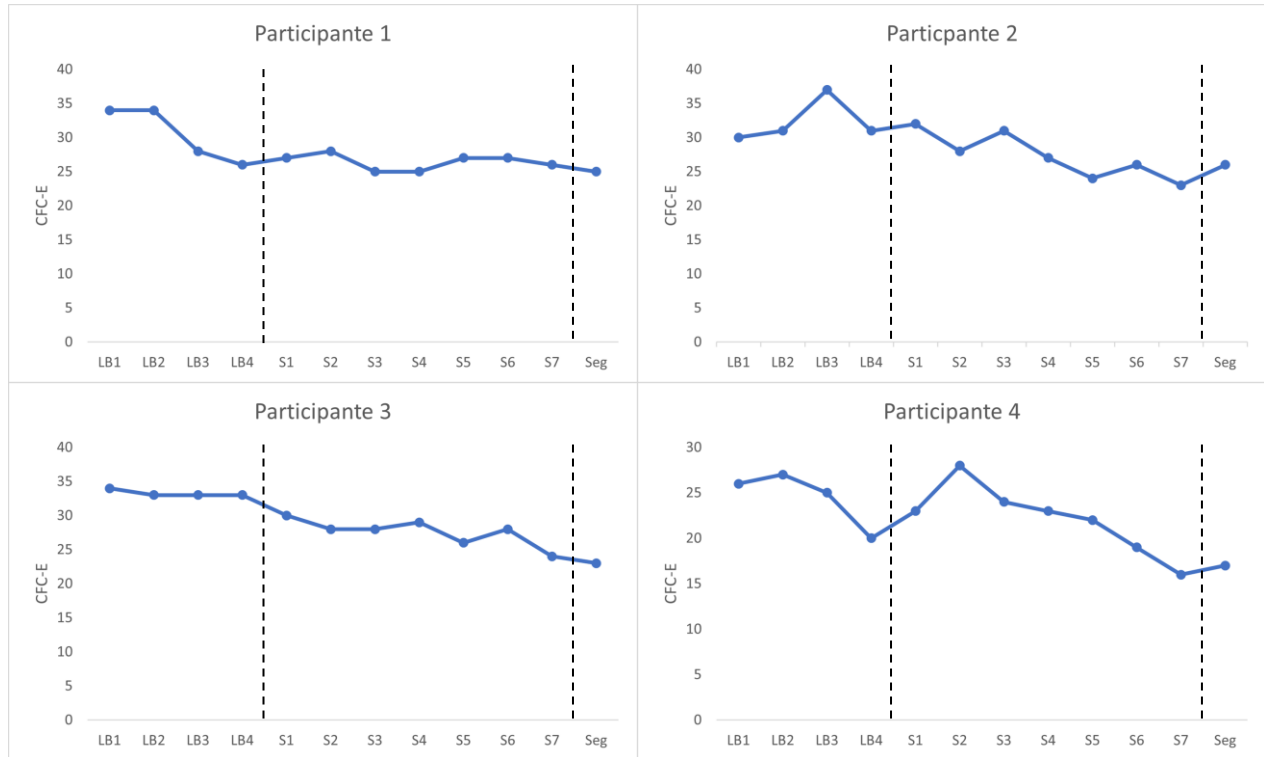
En este punto se hace importante recalcar que para la terapia ACT se privilegian los cambios conductuales por sobre lo cognitivo por lo que es importante mencionar aquellos cambios a nivel conductual reportados por las participantes a lo largo de la intervención, cambios que a continuación de recapitulan.

La participantes uno al inicio mencionó que evitaba las reuniones familiares, ir al comedor de la empresa por miedo a los juicios de otras personas o a perder el control en lo que comía, además evitaba usar bisutería, ciertas prendas de ropa y algunos colores que le gustaban pues temía el juicio de los que la rodeaban, sin embargo, al final de la intervención se había comprado bisutería a su gusto, usado prendas de ropa y colores que antes evitaba, había empezado a bajar al comedor

donde había hecho amigos del trabajo, por lo que no siempre que baja era a comer, sino que en ocasiones solo a convivir, lo que le hizo notar que no perdería el control de lo que comía si bajaba.

Figura 6.8

Análisis gráfico de fusión cognitiva por participante



Nota: fusión cognitiva evaluada con el *Cuestionario de Fusión Cognitiva en español* (Romero-Moreno et al., 2014); LB: línea base; S: sesión; Seg: seguimiento.

La participantes dos al inicio estaba sobre vigilante de lo que comía y la actividad física que realizaba, le generaba incomodidad no ejercitarse y se saltaba comidas si no lo hacía, la actividad física que realizaba tenía que ver con que le ayudaría a perder peso y no con sus gustos personales, había evitado reunirse con sus amigos pues temía que la juzgaran por haber aumentado de peso durante la pandemia, en el trabajo no expresaba su opinión ni disconformidad a sus compañeros por temor al juicio de su aspecto físico como represalia; sin embargo, al final de intervención, incluía actividades deportivas que disfrutaba, a pesar de la incomodidad tomaba descansos y comida sentada en la mesa con su familia por lo que disminuyó las ocasiones que se

saltaba comidas, aceptó la reunión con sus amigos, comenzó a realizar actividades recreativas con su hija y negoció sus inconformidades con su jefa aun cuando la incomodidad, en menor medida que al inicio, seguía presente.

La participante tres al inicio evitaba realizar actividad física pues le generaba incomodidad el realizarla y temía que al iniciar y fallar fuera la confirmación de su incapacidad de cambiar, recurría a cremas y medicamentos sin prescripción para intentar bajar de peso, conservaba su báscula junto a su puerta y se pesaba con regularidad incluso varias veces en un día y en su tiempo de descanso prefería estar acostada sin convivir con nadie de su familia; sin embargo, al final de la intervención exploró diferentes tipos de actividad física eligiendo aquellas que le gustaran más, a pesar de que su incomodidad seguía presente y que en ocasiones realizaba menos actividad física de la que se proponía no desistió y continuó probando, durante el seguimiento se incorporó a un equipo de voleibol, durante su tiempo libre comenzó a ayudar en casa con algunas labores, dejó de usar cremas y medicamentos sin prescripción, así como dejar de pesarse de forma reiterada, por ejemplo, en la medición al seguimiento del “ejercicio de pesarse” no encontraba su báscula pues ya no se pesaba de forma cotidiana.

La participante cuatro al inicio evitaba usar ciertas prendas de ropa por temor al juicio de los demás, comía alimentos como pan y chocolates en una forma que ella calificaba como “excesiva” cuando sentía ansiedad, evitaba poner límites a su mamá y realizar actividades que disfrutaba por el temor a sus comentarios respecto a sus gustos y su cuerpo, evitaba poner límites a los demás cuando juzgaban su peso o su físico; sin embargo, al término de la intervención usaba prendas que antes evitaba, antes de comer algún pan o chocolates identificaba sus señales de hambre y saciedad, además comenzó a realizar actividades de su gusto a pesar de los reclamos de su mamá.

Discusión y conclusión

El objetivo principal de este segundo estudio fue evaluar la intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a distancia en personas con sobrepeso y obesidad con autoestigma relacionado con el peso, ya que a pesar de la evidencia sobre su impacto en el manejo de la obesidad, son escasos los tratamientos que toman en cuenta esta variable (Yazdizadeh, et al, 2021) y si bien la ACT cuenta con evidencia en otras poblaciones, en el caso de las personas con sobrepeso y obesidad es limitada (Potts, 2018).

En lo referente al estigma relacionado con el peso en la presente investigación fue medido a través del WSSQ-M y se encontró una disminución al término de la intervención que se mantuvo al seguimiento, con un tamaño del efecto grupal (TAU-U) grande y significativo, lo cual coincide con lo reportado en los estudios que han implementado ACT en esta población (Levin, et al. 2017; Lillis, et al., 2009; Palmeira et al., 2017; Potts, 2018) donde el autoestigma de peso fue evaluado a través del *Cuestionario de autoestigma relacionado con el peso en su versión en inglés (WSSQ)* y todos ellos reportaron una disminución significativa (efecto grande de acuerdo con *d Cohen*) al término de la intervención y su mantenimiento al seguimiento.

En el caso de la evitación experiencial lo observado en este estudio fue una disminución con un tamaño del efecto grupal (Tau-U) moderado y significativo al seguimiento de un mes, concordando con lo reportado en otras investigaciones donde dicha variable fue medida a través del *Cuestionario de Aceptación Acción de peso (The Acceptance and Action Questionnaire for Weight [AAQW]; Lillis & Hayes, 2008)* que es una variación del AAQ II-M usado en esta investigación, reportando una disminución con un efecto entre medio y grande que se mantuvo al

seguimiento (Levin, et al. 2017; Lillis, et al., 2009; Palmeira et al., 2017; Potts, 2018). Lillis et al. (2009) además utilizó el AAQ obteniendo un efecto medio al seguimiento de tres meses.

En cuanto a la fusión cognitiva en la presente investigación se obtuvo una disminución con un tamaño del efecto grupal (Tau-U) leve y significativo, lo cual puede deberse a que, al ser habilidades, no basta con conocer o entender el concepto si no que requiere práctica y exposición, por lo que el tiempo de la intervención puede no ser suficiente (Hayes et. al, 2014). Sin embargo, esto no impidió que las participantes tuvieran cambios conductuales y una disminución en la evitación experiencial, lo cual es consistente con lo que plantea la ACT, donde no es necesario esperar a no tener o afrontar los eventos privados incómodos para poder actuar (Hayes et al., 2014).

Por su parte, sólo dos de las investigaciones disponibles midieron la fusión cognitiva, aunque no de forma directa, concordando tener un menor impacto en dicha variable. Potts (2018) utilizó el cuestionario de *Evaluación integral de los procesos ACT (Comprehensive Assessment of Act Processes [CompACT]*; Francis et al., 2016) donde una de las subescalas corresponde a los procesos abiertos (aceptación y defusión) reportando no encontrar diferencia entre aquellos que recibieron la intervención y quienes no, por su parte Lillis et. al. (2009) utilizó el AAQ para medir los niveles de aceptación, defusión y acción ante las barreras, observando una mejora con un efecto medio, si bien esta interpretación puede realizarse puesto que la evitación es la contraparte de los procesos abiertos, sigue siendo una medida indirecta.

En lo referente a los valores personales en el presente trabajo se observó que las participantes pasaron de buscar la pérdida de peso como un “pre-requisito” para poder hacer lo que para ellas era valioso a buscar la mejora de la salud y su autocuidado mientras actuaban en concordancia con lo que les importaba en las otras áreas de su vida. Aunado a lo anterior, se observó un acercamiento a los valores personales al término de la intervención y al seguimiento,

de acuerdo con el *Ejercicio del tiro al blanco* (Neria 2020); además en la presente investigación se midió de manera específica a los valores relacionados con la alimentación y ejercicio (subdivisión *Actividad física y ejercicio*) donde se observó mejoría clínicamente significativa en las cuatro participantes; si bien en la participante uno se observó alejamiento al seguimiento, seguía mostrando flexibilidad y disposición para persistir y ajustarse a los cambios que en ese momento le impedían realizar actividad física, lo cual podría deberse a que la ACT brinda habilidades para afrontar las barreras y poder mantener las conductas saludables, de igual forma los valores pueden proporcionar una guía de comportamiento a largo plazo (Lillis & Kendra, 2014). En este sentido, por ejemplo, las participantes aun cuando se presentaban motivos relacionados con el autoestigma de peso, elegían realizar acciones que no pusieran en riesgo su salud, pues el valor de “autocuidado” guiaba dichas acciones.

Lo anterior corresponde con lo reportado por investigaciones previas como Levin et al. (2017) donde los valores fueron evaluados a través del Cuestionario de Valores (*Valuing Questionnaire* [VQ]; Smout et al., 2014) reportando una mejora con un tamaño del efecto grande tanto al término de la intervención como al seguimiento, además también evaluó los motivos para la búsqueda de pérdida de peso a través de *Factores motivadores para la pérdida de peso* (Motivating Factors for Weight Loss [MFWL]; LaRose et al., 2013) señalando que la motivación pasó de evitar/controlar las experiencias internas difíciles, particularmente relacionadas con el autoestigma de peso, a moverse con flexibilidad a buscar la mejora de la salud física y los valores que consideraban significativos.

En relación con la conducta alimentaria, en la presente investigación se observó una disminución de la conducta de atracón e ingesta emocional en tres de las participantes; sin embargo, al seguimiento se registró un aumento en la ingesta emocional en estas mismas

participantes, esto pudo relacionarse con que el módulo de *comer con todos los sentidos*, donde se ponía mayor énfasis en la experiencia con los impulsos de comer fue uno de los penúltimos módulos, lo cual pudo haber dado menor tiempo de práctica para las participantes, esto a su vez, podría indicar la necesidad de que en futuras intervenciones se incorporen más ejercicios de aceptación dirigidos a la emoción, lo que en otras propuestas de tercera ola se considera como regulación emocional (Linehan, 1993; 2012). En cuanto a la tolerancia al malestar en relación con los antojos, las cuatro participantes reportaron una mejora en tolerar los antojos y en detenerse cuando estaban saciadas aun cuando era algo que les gustaba, refiriendo sentirse en mayor control respecto a lo que querían y no comer, lo cual puede relacionarse con la disminución de los atracones.

Cabe aclarar que las propias participantes reconocieron que continuaba existiendo ingesta de alimentos relacionados con algún estado emocional; sin embargo, eran capaces de identificar dichos momentos y usar la información para ajustar su conducta en lo posterior, esto pudo observarse en la percepción de su conducta alimentaria.

En concordancia con lo anterior, Levin et al. (2017), Palmeira et al. (2017) y Potts (2018) evaluaron la ingesta emocional, incluyendo además la conducta de atracón (Palmeira et al., 2017; Potts, 2018) y sólo Lillis et al. (2009), evaluó la tolerancia al malestar como una equivalencia de la incomodidad al tolerar los antojos. Dichos estudios señalaron una disminución de la ingesta emocional y la conducta de atracón que se mantuvo al seguimiento, a excepción de Potts (2018) donde hubo una disminución en la ingesta emocional pero no fue significativa; en el caso de la tolerancia a la incomodidad también se reportó una mejora al seguimiento.

Por lo que se refiere a la actividad física las cuatro participantes reportaron un aumento en cuanto a duración; sin embargo, solo una alcanzó el criterio recomendado por la OMS (2020) para

ser considerada físicamente activa aunque desde un inicio calificaba como tal; sin embargo, en todas las participantes se observó una mayor disposición para tolerar el malestar que implicaba la actividad física, incluyendo mostrarse flexibles cuando no pudieron realizarla o en cambiar el tipo de actividad, como se pudo identificar en la percepción de la actividad física. Lo cual es consistente con lo encontrado por Palmeira et al. (2017), Potts (2018) y Levin et al. (2017) donde reportaron un aumento en la frecuencia al término de la intervención y al seguimiento.

Con respecto al peso e IMC en la presente investigación se observó un decremento en el peso en tres de las participantes pero que no fue clínicamente significativo y al seguimiento hubo una recuperación de una parte del peso perdido y sólo la participante dos pasó de la categoría de obesidad a sobrepeso. Lo anterior hace notar que el peso e IMC no son un indicador sensible de los cambios en conductas de salud puesto que no reflejan el incremento de la actividad física ni la disminución en las conductas alimentarias problemáticas. Cabe resaltar que las participantes expresaron el pesarse y compartir el número con otros como un evento estresante y que, por temor al juicio, así como al estigma usualmente preferir mentir; sin embargo, al quitar el énfasis en el peso y enfocarlo en dichos eventos interno, a través del ejercicio de pesarse, aumentó la disposición de las participantes a compartirlo y disminuyó la probabilidad de proporcionar un dato falso.

De igual manera, los resultados de las investigaciones previas señalan que existe un menor impacto en dichas variables. Levin et al. (2017) señaló que sí hubo decremento en el peso (un promedio de 1.90 kg) durante las siete semanas de tratamiento, aunque sin indicar si fue considerado significativo; por su parte, Palmeira et al. (2017) reportó una disminución del IMC al término de la intervención, aunque con un tamaño del efecto pequeño; y Potts (2018) observó una disminución en el IMC pero que no fue estadísticamente significativo.

La eficacia de la intervención ACT pudo deberse a que al quitar el énfasis en la pérdida de peso como meta principal y enfocarse en promover primero el modelo de flexibilidad psicológica esto pudo haber permitido la disminución en el autoestigma de peso, lo cual a su vez podría haber facilitado la disposición de las participantes a involucrarse en conductas de salud. En este sentido Potts (2018) señaló el papel mediador de la evitación experiencial y el autoestigma de peso en la conducta de atracón, por su parte Levin et al. (2017) indicaron una disminución en la autocrítica en particular al enfrentar una falla, lo cual podría relacionarse con lo reportado en la presente investigación en el caso de la actividad física y alimentación, donde las acciones de las participantes no siempre se completaban de acuerdo a lo planeado, y aun ante eventos internos relacionados con el autoestigma de peso las participantes mantuvieron estas conductas saludables. En este sentido, se observó que las participantes pasaban menos tiempo evitando los eventos internos y más aprendiendo de su experiencia.

Esto no significa que la pérdida de peso no pueda ser un objetivo, sino que el problema estaría en que las personas trabajen hacia ese objetivo de una forma inflexible y con el propósito de evitar el autoestigma del peso, así como pensamientos y sentimientos aversivos (Levin et al., 2017; Lillis, & Kendra, 2014) que terminan estrechando su vida y los aleja de lo que consideran valioso. En especial porque, como ya se mencionó, el peso parece no ser un indicador sensible de los cambios en las conductas saludables, cuestión que también se ha señalado en otras investigaciones (Levin et al. 2017; Lillis et al., 2009; Palmeira et al., 2017; Potts, 2018) y que se abordó más ampliamente en el capítulo uno del presente trabajo. Por lo que cuando se aborda el autoestigma de peso con ACT podría ser más efectivo poner el énfasis en el aumento de comportamientos de salud que sean valiosos por sobre la pérdida de peso por sí misma (Levin et al., 2017).

De manera general, los resultados obtenidos de la implementación de la intervención ACT-Autoestigma son consistentes con lo reportado por la literatura respecto a que al promover la flexibilidad psicológica contribuye a la disminución del estigma de peso y aumenta la disposición para la adopción de conductas saludables enmarcadas dentro de una vida significativa.

Recomendaciones para Futuras Investigaciones

Es importante resaltar las limitaciones del presente estudio, la primera de ellas relacionada con el diseño empleado, a pesar de contar con medidas repetidas y por tanto inferencias sobre la tendencia de cada fase del diseño; siguen disponibles las explicaciones alternas a las proporcionadas por el investigador que justifiquen el estado actual del paciente (objeto de la investigación de caso único), es decir, se cree que varias de las amenazas a la validez interna pueden estar presentes en el diseño de caso único. Otra de las limitaciones relacionadas con el diseño empleado es la salvedad de la generalización de los datos, aunque hay que tener presente que es precisamente la forma en que se seleccionan los sujetos, representativos para el objetivo de la investigación, lo que proporciona contundencia al diseño de caso único (Kazdin, 2001). Lo anterior permite sugerir la utilización de un diseño con mayor rigurosidad metodológica como es el caso de un ensayo clínico aleatorizado.

En concordancia con lo anterior, las participantes fueron únicamente mujeres, si bien esto concuerda con la epidemiología, es importante tomarlo en cuenta al momento de generalizar los resultados a una población distinta a la estudiada y en modalidad grupal. Por otra parte, las participantes no contaron con orientación nutricional y deportiva, lo cual pudo haber limitado los cambios implementados en esas áreas por lo que en futuras investigaciones sería necesario el trabajo multidisciplinario para una intervención integral como lo recomienda la Medicina Conductual (Reséndiz, & Sierra, 2014).

Se sugiere también incluir un mayor número de réplicas que contribuyan a robustecer los resultados o bien, como ya se ha mencionado, estudios con diseños con mayor control que permitan incrementar la validez interna y la generalización de los resultados, así como permitir realizar un análisis de sendero (path analysis) lo cual podría generar mayor claridad en la explicación de los hallazgos reportados en el presente trabajo.

En cuanto a las limitaciones relacionadas con los instrumentos de medición, si bien contaban con adecuadas propiedades psicométricas, cabe señalar que se trataron de medidas de autoreporte y si bien en el caso de las variables como actividad física, conducta alimentaria y valores se establecieron criterios conductuales, éstos no fueron estandarizados y la información pudo estar sesgada por la deseabilidad social o bien la memoria del participante, lo cual lleva a sugerir el uso de medidas conductuales plasmadas en registros conductuales *ad hoc* a las variables en conjunto con medidas de autoreporte.

Por otra parte, la modalidad a distancia también implicó algunas dificultades relacionadas con la calidad de los servicios de telecomunicaciones, por ejemplo, intermitencia en la conexión a internet, fallas en el audio o video y cortes en las videollamadas por fallas eléctricas. Sin embargo, en todos los casos se brindó asesoría por otro medio digital disponible, además de hacerle saber al participante que esto era algo esperado y se buscaron alternativas para continuar con la sesión.

Una vez mencionadas las limitaciones, vale la pena mencionar las aportaciones de este estudio, en primer lugar, esta intervención mostró propiciar el estar dispuesto a hacer cambios, los cuales podrían ser guiados por las otras áreas desde un enfoque de peso inclusivo y por profesionales sensibilizados en estigma de peso. Lo anterior también sugiere la necesidad de una duración más amplia de la intervención y seguimiento, esto último permitiría evaluar el

mantenimiento de los cambios a largo plazo puesto que es uno de los rubros con mayor dificultad en esta población.

En segundo lugar, el desarrollo de un manual de intervención ACT con metáforas y ejercicios adaptados para la población mexicana que vive con sobrepeso y obesidad, así como las adecuaciones a la telepsicología para poder implementarse a distancia y en un escenario atípico como el generado por la COVID-19.

Finalmente, el presente estudio generó datos empíricos que contribuyen a señalar la factibilidad de implementar intervención ACT a distancia que genere un impacto favorable en el estigma de peso y en el abordaje del sobrepeso y obesidad desde un enfoque no centrado en el peso, lo cual marca un antecedente que justifica continuar realizando investigación en esta línea que permita no solo la evaluación a corto plazo de los resultados, como hasta ahora, sino la evaluación de su mantenimiento a largo plazo.

A manera de resumen se sugiere que en futuras investigaciones se tomen en cuenta las aportaciones y limitaciones del presente trabajo, así como las recomendaciones expuestas con la intención de implementar mayores medidas de control que permitan generar datos con mayor validez y evidencia más sólida que contribuya a enriquecer las bases de esta línea de investigación.

Conclusiones

Si bien las investigaciones dirigidas a la reducción del autoestigma de peso como parte del manejo integral de las personas con sobrepeso y obesidad son escasas (Potts, 2018; Yazdizadeh et al., 2021) los hallazgos presentados en esta investigación son consistentes con resultados obtenidos por las investigaciones disponibles (Levin et al., 2017; Lillis et al., 2009; Palmeira et al., 2017; Potts, 2018) por lo tanto, el presente trabajo proporciona evidencia, tanto de la importancia de

abordar el estigma de peso en esta población, como de la factibilidad de la implementación de la ACT basada en el modelo de la flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2014) en modalidad a distancia.

Es importante destacar las implicaciones clínicas de la presente investigación, por una parte, la contribución a la evidencia respecto a la atención del autoestigma de peso como facilitador de la disposición al cambio en conductas de salud (aumento de actividad física, disminución de conducta de atracón e ingesta emocional) y la disminución del foco de (atención al peso través del ejercicio de pesarse) e IMC como únicos indicadores de cambio. Recalcar la importancia de no colocar la baja del peso como única meta en la vida de los participantes, así como dimensionar a la actividad física y alimentación como uno de los componentes del área de salud pero no los únicos (a través del *Ejercicio del tiro al blanco* (Neria, 2020) y la subdivisión agregada *Actividad física y ejercicio*), además de permitir que los participantes experimenten sus fallas sin juicios como parte del proceso de ajuste, facilitando el contacto con su experiencia vivencial respecto a lo creen poder hacer y lo que realmente logran hacer (a través de la evaluación de la percepción de la actividad física y alimentación) lo cual contribuyó al planteamiento de metas accesibles y su aumento gradual. Finalmente, el presente estudio contribuyó con la adaptación de un instrumento válido para evaluar el autoestigma de peso.

Con base en los resultados obtenidos y tomando en cuenta lo encontrado por Neria (2020) a través de un análisis de sendero (path analysis) donde se aplicó una intervención similar pero con personas con VIH en sintomatología afectiva se podrían generar algunas hipótesis; por ejemplo, la disminución de la fusión cognitiva pudo haber permitido el manejo de los eventos internos aversivos relacionados con el estigma de peso, facilitando una toma de perspectiva y una disminución con el yo-concepto, por su parte, el aumento del contacto con el momento presente

particularmente con la comida y la orientación hacia acciones comprometidas vinculadas a valores personales podrían explicar la disminución de los atracones, ingesta emocional y el aumento en la actividad física como conductas vinculadas a la salud e incluso reducir las conductas compensatorias que predisponen a un TCA y finalmente que al promover en general el modelo de flexibilidad psicológica en particular la disminución de la evitación experiencial pudo haber permitido la mejoría en el autoestigma relacionado con el peso.

Capítulo 7. Conclusión General

A manera de resumen, el presente trabajo constó de dos estudios, el primero de ellos con el objetivo de adaptar WSSQ a la población mexicana, obteniendo adecuadas propiedades psicométricas ($\alpha= 0.87$) y conservando los dos factores del instrumento original (“autoestigma relacionado con el peso” y “miedo al estigma promulgado o social”). La versión final constó de 11 reactivos tipo Likert y se nombro Cuestionario de autoestigma relacionado con el peso (WSSQ-M).

Dicho cuestionario se implementó en el segundo estudio, el cual tuvo como objetivo la evaluación de la intervención ACT a distancia sobre el autoestigma a causa del peso en personas con sobrepeso y obesidad, se utilizó un diseño intrasujeto ($N=1$) con una duración de siete módulos y seguimiento a un mes, los resultados señalaron cambios significativos en el estigma de peso ($\text{Tau-U}_{A \text{ vs. } B} = -0.94; p < .001$), evitación experiencial ($\text{Tau-U}_{A \text{ vs. } B} = -0.86; p < .001$), fusión cognitiva ($\text{Tau-U}_{A \text{ vs. } B} = -0.65; p = .0004$), valores personales ($\text{CCO} \geq 0.20$), conducta alimentaria ($\text{CCO} \geq 0.20$), un aumento en la actividad física, aunque no se alcanzó el criterio de “físicamente activo” que marca la OMS, en lo referente a la pérdida de peso e IMC los cambios no fueron significativos ($\text{CCO} \leq 0.20$) sugiriendo que los cambios implementados por las participantes no se reflejaron, al menos a corto plazo, en el peso, apuntando que puede no ser un indicador sensible por lo que se sugiere no sea el único criterio de cambio a tomar en cuenta, así como la necesidad de mayor tiempo para observar cambios en el peso. Dichos resultados proveen apoyo preliminar que permite señalar a la intervención ACT a distancia como una intervención efectiva para el autoestigma relacionado con el peso, así como en la adopción de hábitos saludables (alimentación y ejercicio) en dicha población.

Cabe señalar que ambos estudios tuvieron limitaciones que son importantes a tomar en cuenta al evaluar los hallazgos, las cuales ya fueron abordadas a detalle en las concernientes conclusiones en cada una de las secciones de cada estudio. (Capítulos 5 y 6 respectivamente).

Referencias

- Alberga, A. S., Pickering, B. J., Alix Hayden, K., Ball, G. D., Edwards, A., Jelinski, S., Nutter, S., Oddie, S., Sharma, A. M., & Russell-Mayhew, S. (2016). Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clinical Obesity*, 6(3), 175–188.
<https://doi.org/10.1111/cob.12147>
- Alberti, K. G., Zimmet, P., & Shaw, J. (2006). Metabolic syndrome--a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 23(5), 469–480. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01858.x>
- Allison, D. B., Basile, V. C., & Yunker, H. E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10(5), 599–607.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed.). American Psychiatric Association; Washington, DC, USA: 2013
- American Psychological Association [APA]. (2020). Division 12: *Society of Clinical Psychology*, <https://www.apa.org/about/division/div12>
- American Psychological Association. (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800.
- Amy, N. K., Aalborg, A., Lyons, P., & Keranen, L. (2006). Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *International Journal of Obesity*, 30(1), 147–155. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803105>

- Anderson, D. A., & Wadden, T. A. (2004). Bariatric surgery patients' views of their physicians' weight-related attitudes and practices. *Obesity Research, 12*(10), 1587–1595.
<https://doi.org/10.1038/oby.2004.198>
- Anderson, J. W., Vichitbandra, S., Qian, W., & Kryscio, R. J. (1999). Long-term weight maintenance after an intensive weight-loss program. *Journal of the American College of Nutrition, 18*(6), 620-627. doi:10.1080/07315724.1999.10718897
- Andres, R., Muller, D. C., & Sorkin, J. D. (1993). Long-term effects of change in body weight on all-cause mortality. *Annals of Internal Medicine, 119*(7), 737-43.
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity (Silver Spring), 16*(5), 1129-1134. doi:10.1038/oby.2008.35
- Arellano, M.S., Bastarrachea, S.R., Bourges, R. H., Calzada, L. R., Dávalos, I. A., García, G. E., Godínez, G. S., González, B. J., Laviada, M. H., et. al, (2004) Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología Obesidad, Diagnóstico y Tratamiento. *Revista de Endocrinología y Nutrición 12*(4), pp S80-S87.
- Aschner, P., Buendía, R., Brajkovich, I., Gonzalez, A., Figueredo, R., Juarez, X. E., Uriza, F., Gomez, A. M., & Ponte, C. I. (2011). Determination of the cutoff point for waist circumference that establishes the presence of abdominal obesity in Latin American men and women. *Diabetes Research and Clinical Practice, 93*(2), 243–247. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.05.002>
- Association for Size Diversity and Health [ASDAH] (2021, diciembre), *Health at Every Size [HAES] Principles*. <https://sizediversityandhealth.org/>.

- Bacon, L., & Aphramor, L. (2011). Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutrition Journal*, *10*(9). <https://doi.org/10.1186/1475-2891-10-9>
- Bacon, L., (2010) *Health at Every Size: The Surprising Truth About Your Weight* (2nd ed.). Dallas: BenBella Books.
- Barlow, D. H. & Hersen, M. (1988). Diseños experimentales de caso único. Estrategias para el estudio del cambio conductual. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud, serie Universidad. Barcelona, España: Martínez Roca, S. A.
- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *4*(3), 505-516.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56040304>
- Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. (1993). Indice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, *28*, 32-40.
https://www.researchgate.net/publication/285250312_Indice_de Barthel_Instrumento_valido_para_la_valoracion_funcional_de_pacientes_con_enfermedad_cerebrovascular
- Bocquier, A., Verger, P., Basdevant, A., Andreotti, G., Baretge, J., Villani, P., & Paraponaris, A. (2005). Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in france. *Obesity Research*, *13*(4), 787–795. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.89>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R.A., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, *42*(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>

- Brewis A. A. (2014). Stigma and the perpetuation of obesity. *Social Science & Medicine*, *118*, 152–158.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.003>
- Brochu, P. M., & Esses, V. M. (2011). What's in a name? The effects of the labels “fat” versus “overweight” on weight bias. *Journal of Applied Social Psychology*, *41*(8), 1981–2008
- Brown, I., & Thompson, J. (2007). Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing*, *60*(5), 535–543.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04450.x>
- Butryn, M. L., Webb, V., & Wadden, T. A. (2011). Behavioral treatment of obesity. *Psychiatric Clinics of North America*, *34*(4), 841-859. doi:10.1016/j.psc. 2011.08.006
- Callejas, N. B. (2020). Construcción de instrumentos psicométricos. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Campbell, K., Engel, H., Timperio, A., Cooper, C., & Crawford, D. (2000). Obesity management: Australian general practitioners' attitudes and practices. *Obesity Research*, *8*(6), 459–466.
<https://doi.org/10.1038/oby.2000.57>
- Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, *60*(2), 157–164. [https://doi.org/10.1016/s0376-6357\(02\)00082-7](https://doi.org/10.1016/s0376-6357(02)00082-7)
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana McGraw Hill.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*(8), 875–884. doi:10.1521/jscp.2006.25.8.875

- Costanzo, P. R., Reichmann, S. K., Friedman, K. E., & Musante, G. J. (2001). The mediating effect of eating self-efficacy on the relationship between emotional arousal and overeating in the treatment-seeking obese. *Eating Behaviors*, 2(4), 363-368. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(01\)00042-3](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(01)00042-3)
- Coughtry, A. E., & Pistrang, N. (2018). The effectiveness of telephone-delivered psychological therapies for depression and anxiety: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(2), 65–74. <https://doi.org/10.1177/1357633X16686547>
- Crespo, M. L., & Ruiz, S. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y su papel en el pronóstico posoperatorio. *Universidad Médica*, 47(2), 157-176.
- da Luz, F. Q., Hay, P., Gibson, A. A., Touyz, S. W., Swinbourne, J. M., Roekenes, J. A., & Sainsbury, A. (2015). Does severe dietary energy restriction increase binge eating in overweight or obese individuals? A systematic review. *Obesity Reviews: an Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 16(8), 652–665. <https://doi.org/10.1111/obr.12295>
- da Luz, F. Q., Hay, P., Touyz, S., & Sainsbury, A. (2018). Obesity with Comorbid Eating Disorders: Associated Health Risks and Treatment Approaches. *Nutrients*, 10(7), 829. <https://doi.org/10.3390/nu10070829>
- Dąbrowska, J., Wójcik, M., Samek, I., Jańczyk, M., Bator, D., & Milanowska, J. (2020). Obesity and mental health. *Journal Of Education, Health and Sport*, 10(6), 199-205. doi:<http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2020.10.06.022>
- Daníelsdóttir S, Burgard D, Oliver-Pyatt W (2009). *AED Guidelines for Childhood Obesity Prevention Programs*. Academy of Eating Disorders.

Diario oficial de la Federación (2017). *Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017 para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.*

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. <http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/review.html>

Dovidio, J. F., Kawakami, K., & Gaertner, S. L. (2002). Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 62–68.

<https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.1.62>

Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 64(3), 264–269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012>

Drury, C. A., & Louis, M. (2002). Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(12), 554–561. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2002.tb00089.x>

Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 16 Suppl 2, S80–S86.

<https://doi.org/10.1038/oby.2008.448>

Durso, L. E., Latner, J. D., & Hayashi, K. (2012). Perceived discrimination is associated with binge eating in a community sample of non-overweight, overweight, and obese adults. *Obesity Facts*, 5(6), 869–880. <https://doi.org/10.1159/000345931>

- Dutton, G. R., Lewis, T. T., Durant, N., Halanych, J., Kiefe, C. I., Sidney, S., Kim, Y., & Lewis, C. E. (2014). Perceived weight discrimination in the CARDIA study: differences by race, sex, and weight status. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 22(2), 530–536. <https://doi.org/10.1002/oby.20438>
- Epidat (2014). Ayuda de Concordancia y consistencia. https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/1894/Ayuda_Epidat4_Concordancia_y_consistencia_Octubre2014.pdf
- Epstein, L., & Ogden, J. (2005). A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *The British Journal of General Practice: the Journal of the Royal College of General Practitioners*, 55(519), 750–754.
- Espinosa, B. A., (2010). Obesidad. *Revista Finlay*, 0, 39–44.
- Fairburn C. (2008). *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders*, The Guilford Press: Chichester, (Hardback), pp. 316, ISBN 978-1-59385-709-7
- Ferriter, C. (2013). Eating an apple. En Stoddard, J. A., Afari, N. (2014). *The big book of ACT Metaphors: A practitioner's guide to experiential exercises & metaphors in Acceptance & Commitment Therapy*. (p. 54). New Harbinger Publications, INC.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley and Sons
- Flint, S. W., Čadek, M., Codreanu, S. C., Ivić, V., Zomer, C., & Gomoiu, A. (2016). Obesity Discrimination in the Recruitment Process: "You're Not Hired!". *Frontiers in Psychology*, 7, 647. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00647>
- Flint, S. W., Oliver, E. J., & Copeland, R. J. (2017). Editorial: Obesity Stigma in Healthcare: Impacts on Policy, Practice, and Patients. *Frontiers in psychology*, 8, 2149. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02149>

- Fogelman, Y., Vinker, S., Lachter, J., Biderman, A., Itzhak, B., & Kitai, E. (2002). Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 26(10), 1393–1397. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802063>
- Foster, G. D., Wadden, T. A., Makris, A. P., Davidson, D., Sanderson, R. S., Allison, D. B., & Kessler, A. (2003). Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obesity Research*, 11(10), 1168-1177.
- Fox, E. J. (2008). Contextualistic perspectives. In J. M. Spector, M. D. Merrill, J. Van Merriënboer, & M. P. Driscoll (Eds.), *Handbook of research on educational communications and technology* (3rd Ed., pp.55-66). Lawrence Erlbaum Associates.
- Francis, A. W., Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2016). The development and validation of the Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(3), 134-145. doi:10.1016/j.jcbs.2016.05.003
- Garaulet, M., & Gómez-Abellán, P. (2013). Chronobiology and obesity. *Nutricion Hospitalaria*, 28 Suppl 5, 114–120. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.sup5.6926>
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Garfinkel, P. E. (1983). Does anorexia nervosa occur on a continuum? Subgroups of weight-preoccupied women and their relationship to anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2(4), 11-20. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198322\)2:4<11::AID-EAT2260020403>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198322)2:4<11::AID-EAT2260020403>3.0.CO;2-W)
- Gillanders, D. T., Boderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., y

- Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, *45*(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>.
- Gilmartin, J., & Murphy, M. (2015). The effects of contemporary behavioural weight loss maintenance interventions for long term weight loss: a systematic review. *Journal of Research in Nursing*, *20*(6), 481-496. doi:10.1177/1744987115599671
- Goday, A., Barneto, I., García-Almeida, J. M., Blasco, A., Lecube, A., Grávalos, C., Martínez de Icaya, P., de las Peñas, R., Monereo, S., Vázquez, L., Palacio, J. E., & Pérez-Segura, P. (2015). Obesity as a risk factor in cancer: A national consensus of the Spanish Society for the Study of Obesity and the Spanish Society of Medical Oncology. *Clinical & translational oncology: official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*, *17*(10), 763–771. <https://doi.org/10.1007/s12094-015-1306-y>
- Goffman E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Goldschmidt, A. B., Wall, M., Loth, K. A., Le Grange, D., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Which dieters are at risk for the onset of binge eating? A prospective study of adolescents and young adults. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *51*(1), 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.11.001>
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México [The health system of Mexico]. *Salud pública de Mexico*, *53 Suppl 2*, s220–s232.

- Guerdikova, A., West-Smith, L., McElroy, S., Sonnanstine, T., Stanford, K. y Keck, P. (2007). Emotional eating and emotional eating alternatives in subjects undergoing bariatric surgery. *Obesity Surgery*, *17*, 1091- 1096.
- Han, S., Agostini, G., Brewis, A. A., & Wutich, A. (2018). Avoiding exercise mediates the effects of internalized and experienced weight stigma on physical activity in the years following bariatric surgery. *BMC Obesity*, *5*, 18. <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0195-3>
- Hayes, C. H., (s.f.). Weight Self-Stigma Questionnaire. My Flexibility Scores.
<https://stevenchayes.com/my-flexibility-scores/>
- Hayes, S. C. & Wilson K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, *17*(2), 289-303.
<https://doi.org/10.1007/BF03392677>
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of Scientific Contextualism* (pp. 11-27). Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, *35*, 639-665.
<http://www.reachcambridge.com/wp-content/uploads/providing-a-rationale-on-different-treatments.pdf>
- Hayes, S. C. (2020). ACT Immersion an introduction to ACT as a process-based therapy [Curso en Línea]. ACT Courses-Praxis Continuing Education and Training.
- Hayes, S. C. (2020). *Una mente liberada: la guía esencial de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Editorial Paidós.

- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50, 97-111.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hebl, M. R., & Xu, J. (2001). Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(8), 1246–1252.
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801681>
- Hernandez-Tejada, M. A., Zoller, J. S., Ruggiero, K. J., Kazley, A. S., & Acierno, R. (2014). Early treatment withdrawal from evidence-based psychotherapy for PTSD: telemedicine and in-person parameters. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 48(1), 33–55.
<https://doi.org/10.2190/PM.48.1.d>
- Hilbert, A., Baldofski, S., Zenger, M., Löwe, B., Kersting, A., & Braehler, E. (2014). Weight bias internalization scale: psychometric properties and population norms. *PloS One*, 9(1), e86303.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086303>

- Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., & Quinn, D. M. (2017). Intersectionality: An Understudied Framework for Addressing Weight Stigma. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(4), 421–431. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.003>
- Honas, J. J., Early, J. L., Frederickson, D. D., & O'Brien, M. S. (2003). Predictors of attrition in a large clinic-based weight-loss program. *Obesity Research*, 11(7), 888–894. <https://doi.org/10.1038/oby.2003.122>
- Howard, C. E., & Porzelius, L. K. (1999). The role of dieting in binge eating disorder: etiology and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 19(1), 25–44. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(98\)00009-9](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00009-9)
- Hsu L. K. (1997). Can dieting cause an eating disorder?. *Psychological Medicine*, 27(3), 509–513. <https://doi.org/10.1017/s0033291797004753>
- Hunger, J. M., Major, B., Blodorn, A., & Miller, C. T. (2015). Weighed down by stigma: How weight-based social identity threat contributes to weight gain and poor health. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(6), 255–268. <https://doi.org/10.1111/spc3.12172>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2018. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). ENADIS 2017 Encuesta Nacional sobre Discriminación. Diseño conceptual. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2017/default.html#Documentacion>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Módulo sobre Lectura (MOLEC), febrero de 2020.
- Jackson, S. E., Beeken, R. J., & Wardle, J. (2014). Perceived weight discrimination and changes in weight, waist circumference, and weight status. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 22(12), 2485–2488. <https://doi.org/10.1002/oby.20891>
- James, S. A., LaCroix, A. Z., Kleinbaum, D. G., & Strogatz, D. S. (1984). John Henryism and blood pressure differences among black men. II. The role of occupational stressors. *Journal of behavioral medicine*, 7(3), 259–275. <https://doi.org/10.1007/BF00845359>
- Jeffery, R. W., Epstein, L. H., Wilson, G. T., Drewnowski, A., Stunkard, A. J., & Wing, R. R. (2000). Long-term maintenance of weight loss: Current status. *Health Psychology*, 19(1S), S5-S16. doi:10.1037//0278-6133.19.1(Suppl.).5
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68, 791– 800. <http://dx.doi.org/10.1037/ a0035001>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. Delta Trade Paperbacks.
- Katzmarzyk, P. T., Janssen, I., & Ardern, C. I. (2003). Physical inactivity, excess adiposity and premature mortality. *Obesity Reviews*, 4(4), 257-290. doi:10.1046/j.1467789X.2003.00120.x
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de Investigación en psicología clínica*. (3ra Ed.). Pearson.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd ed.). Oxford University Press.

- Klem, M. L., Wing, R. R., McGuire, M. T., Seagle, H. M., & Hill, J. O. (1997). A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 66(2), 239–246. <https://doi.org/10.1093/ajcn/66.2.239>
- Kraut A.M. (1994). *Silent Travelers: Germs, Genes, and the "Immigrant Menace."* Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- LaRose, J. G., Fava, J. L., Steeves, E. A., Hecht, J., Wing, R. R., & Raynor, H. A. (2013). Differences in motivations and weight loss behaviors in young adults and older adults in the national weight control registry. *Obesity*, 21, 449-453. doi: 10.1002/oby.20053
- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. Á., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., Salvador, J., Masmiquel, L., Goday, A., Bellido, D., Lurbe, E., García-Almeida, J. M., Tinahones, F. J., García-Luna, P. P., Palacio, E., Gargallo, M., Bretón, I., Morales-Conde, S., Caixàs, A., Menéndez, E., Puig-Domingo, M., ... Casanueva, F. F. (2017). Prevention, diagnosis, and treatment of obesity. 2016 position statement of the Spanish Society for the Study of Obesity. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 64 Suppl 1, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.002>
- Levin, M., Potts, S., Haeger, J., & Lillis, J. (2017). Delivering acceptance and commitment therapy for weight self-stigma through guided selfhelp. Results from an open pilot trial. *Cognitive & Behavioral Practice*, 25, 87–104
- Lillis, J., & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(4), 348-354.

- Lillis, J., & Kendra, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1), 1–7.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.11.005>
- Lillis, J., Dahl, J., & Weineland, S. M. (2014). *The diet trap: feed your psychological needs and end the weight loss struggle using acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & 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: a Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 37(1), 58–69.
<https://doi.org/10.1007/s12160-009-9083-x>
- Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 18(5), 971–976.
<https://doi.org/10.1038/oby.2009.353>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford press.
- Linehan, M. M. (2012). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós.
- Link, B.G., Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367(9509), 528–529. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1)
- Loef, M., & Walach, H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Preventative Medicine*, 55(3), 163-170.
doi:10.1016/j.ypmed.2012.06.017

- Loomis, G. A., Connolly, K. P., Clinch, C. R., & Djuric, D. A. (2001). Attitudes and practices of military family physicians regarding obesity. *Military Medicine*, *166*(2), 121-125.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., y Romero-Moreno, R. (2010). Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *International Psychogeriatrics*, *22*(4), 650-660. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000074>
- Losada, A., Peñacoba, C., Márquez-González, M., y Cigarán, M. (2008). *Cuidar cuidándose. Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*. Madrid: Obra Social Caja Madrid.
- Losada, A., Villareal, M. A., Nuevo, R., Márquez-González, M., Salazar, B. C., Romero-Moreno, R., Carrillo, A. L., y Fernández-Fernández, V. (2012). Cross-cultural confirmatory factor analysis of the CES-D in Spanish and Mexican Dementia caregivers. *Spanish Journal of Psychology*, *15*(2), 783-792.
- Lowe, M. R., Witt, A. A., & Grossman, S. L. (2013). Dieting in bulimia nervosa is associated with increased food restriction and psychopathology but decreased binge eating. *Eating Behaviors*, *14*(3), 342-347. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.011>
- Lucksted, A., & Drapalski, A. L. (2015). Self-stigma regarding mental illness: Definition, impact, and relationship to societal stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *38*(2), 99-102. <https://doi.org/10.1037/prj0000152>
- Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J., Strosahl, K., & Melin, L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A Psychometric Evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(4), 518-526. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.004>

- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, *67*(3), 220–229.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>
- Mackenbach, J. D., Rutter, H., Compernelle, S., Glonti, K., Oppert, J. M., Charreire, H., De Bourdeaudhuij, I., Brug, J., Nijpels, G., & Lakerveld, J. (2014). Obesogenic environments: a systematic review of the association between the physical environment and adult weight status, the SPOTLIGHT project. *BMC Public Health*, *14*, 233. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-233>
- Magallares, A., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Mental Health and Obesity: A Meta-Analysis. *Applied Research Quality Life*, *9*(2), 295–308. doi:10.1007/s11482-013-9226-x
- Mahoney, F. L., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *State Journal*, *4*, 61-65.
- Major, B.; Hunger, J. M.; Bunyan, D. P.; Miller, C. T. (2014). The ironic effects of weight stigma. *Journal of Experimental Social Psychology*, *51*(1), 74-80. doi:10.1016/j.jesp.2013.11.009
- Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A. M., Samuels, B., & Chatman, J. (2007). Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *The American Psychologist*, *62*(3), 220–233. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.220>
- Moreno, M. G., (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *23*(2), 124–128. doi:10.1016/S0716-8640(12)70288-2

- Márquez-González, M., Izal, F. T. M., Montorio, I., y Losada, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psichotema*, 20(4), 616-622. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720417>
- McCurry, S., & Hayes, S., C. (1992). Clinical and experimental perspectives on metaphorical talk. *Clinical Psychology Review*, 12(7), 763-785. [http://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90023-2](http://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90023-2)
- McMullen, J., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., Luciano, M. C., & Cochrane, A. (2008). Acceptance versus distraction: Brief instructions, metaphors and exercises in increasing tolerance for self-delivered electric shocks. *Behaviour Research & Therapy*, 46(1), 122-9.
- McNair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. (1971). *Profile of Mood States. Manual*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Mensingher, J. L., & Meadows, A. (2017). Internalized weight stigma mediates and moderates physical activity outcomes during a healthy living program for women with high body mass index. *Psychology of Sport and Exercise*, 30, 64-72. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.01.010>
- Middleton, K. M., Patidar, S. M., & Perri, M. G. (2012). The impact of extended care on the long-term maintenance of weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews: an Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 13(6), 509–517. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00972.x>
- Moix, Q. J., (2006). Las metáforas en la Psicología cognitivo-conductual. *Papeles del Psicólogo*, 27(2),116-122. [fecha de Consulta 16 de diciembre de 2021]. ISSN: 0214-7823. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827207>

- Moltó, J., Montañés, S., Poy R., Segarra, P., Pastor, M. C., Tormo, M. P. Ramirez, I., Hernández, M. A., Sánchez, M., Fernández, M. C., y Vila, J. (1999). Un nuevo método para el estudio experimental de las emociones: el International Affective Picture System (IAPS). Adaptación española. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52(1), 55-87.
- Moran, C. P., & Shanahan, F. (2014). Gut microbiota and obesity: role in aetiology and potential therapeutic target. Best practice & research. *Clinical gastroenterology*, 28(4), 585–597.
<https://doi.org/10.1016/j.bpg.2014.07.005>
- Mozaffarian, D., Wilson, P. W., & Kannel, W. B. (2008). Beyond established and novel risk factors: Lifestyle risk factors for cardiovascular disease. *Circulation*, 117(23), 3031-3038.
doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.738732
- Myers, A., & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 23(3), 221–230.
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800765>
- Nacional Heart, Lung, and Bloom Institute [NIH]. (Revisado noviembre, 2021)
<https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/publications-and-resources>
- National Association to Advance Fat Acceptance (2012). *Guidelines for Healthcare Providers Who Treat Fat Patients*. http://issuu.com/naafa/docs/naafa_healthcarep_guidelines_2011_v06_screencut.
- National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. (2000). Dieting and the development of eating disorders in overweight and obese adults. *Archives of Internal Medicine*, 160(17), 2581–2589. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.17.2581>

- Neria-Mejía, R. (2020). *Terapia de Aceptación y Compromiso en personas con VIH y sintomatología afectiva*. [Tesis de doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México]. Biblioteca Digital UNAM. <http://132.248.9.195/ptd2020/noviembre/0805372/Index.html>
- Neumark-Sztainer D. (2009). Preventing obesity and eating disorders in adolescents: what can health care providers do?. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 44(3), 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.11.005>
- Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, S. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25(1), 37-47. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.00005>.
- Nunnally, J. y Bernstein, I. (1995). *Teoría Psicométrica*. México: McGraw-Hill.
- Obesity Canada (2021). Weight bias. <https://obesitycanada.ca/weight-bias/>
- Obesity Medicine Association. (2017). Report from the annual meeting of the American Medical Association. Recuperado de <https://obesitymedicine.org/destigmatizing-obesity-resolution-ama-annual-meeting/>
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD011565. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011565.pub2>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Actividad física. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Mundial de la Salud, 2021. Obesidad. <https://www.who.int/topics/obesity/es/>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (2020). La pesada carga de la obesidad: la economía de la prevención. <https://www.oecd.org/about/secretary-general/heavy-burden-of-obesity-mexico-january-2020-es.html> Consultado: 23/04/20

- Osorio J.; Weisstaub G.; Castillo C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr*, 29(3), 280-285.
- Ozanne S. E. (2015). Epigenetic signatures of obesity. *The New England Journal of Medicine*, 372(10), 973–974. <https://doi.org/10.1056/NEJMcibr1414707>
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2017). Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite*, 112, 107–116.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.027>
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357–367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L., & Sauber, S. B. (2011). Combining Nonoverlap and Trend for Single-Case Research: Tau-U. *Behavior Therapy*, 42(2011), 284–299.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.006>
- Patrón, E. F. J. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213133001>
- Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2018). Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obesity Reviews: an Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(8), 1141–1163. <https://doi.org/10.1111/obr.12701>
- Pearl, R. L., Puhl, R. M., & Dovidio, J. F. (2015). Differential effects of weight bias experiences and internalization on exercise among women with overweight and obesity. *Journal of Health Psychology*, 20(12), 1626–1632. <https://doi.org/10.1177/1359105313520338>

- Pearl, R. L., Wadden, T. A., Allison, K. C., Chao, A. M., Alamuddin, N., Berkowitz, R. I., Walsh, O., & Tronieri, J. S. (2018). Causal Attributions for Obesity Among Patients Seeking Surgical Versus Behavioral/Pharmacological Weight Loss Treatment. *Obesity Surgery*, 28(11), 3724–3728. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3490-7>
- Pearl, R. L., Wadden, T. A., Chao, A. M., Alamuddin, N., Berkowitz, R. I., Walsh, O., Allison, K. C., & Tronieri, J. S. (2019). Associations between causal attributions for obesity and long-term weight loss. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 46(2), 87–91. <https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1556202>
- Pepper, S. C. (1942). *World Hypotheses: A Study in Evidence*. University of California Press
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Editorial Síntesis.
- Perri, M. G. (1998). The maintenance of treatment effects in the long-term management of obesity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 526-543. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00172.x>
- Perri, M. G., Nezu, A. M., Patti, E. T., & McCann, K. L. (1989). Effect of length of treatment on weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 450–452.
- Polivy J. (1996). Psychological consequences of food restriction. *Journal of the American Dietetic Association*, 96(6), 589–594. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(96\)00161-7](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(96)00161-7)
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing. A causal analysis. *The American Psychologist*, 40(2), 193–201. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.40.2.193>
- Pomeranz, J. L., & Puhl, R. M. (2013). New developments in the law for obesity discrimination protection. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 21(3), 469–471. <https://doi.org/10.1002/oby.20094>

- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I., y García-Merita, M. L. (2002). Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción con la vida en personas de la tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Evaluación Psicológica*, 13(1), 71-82.
- Pont, S. J., Puhl, R., Cook, S. R., Slusser, W., [section on obesity, & obesity society] (2017). Stigma Experienced by Children and Adolescents with Obesity. *Pediatrics*, 140(6), e20173034.
<https://doi.org/10.1542/peds.2017-3034>
- Potts, S. A., (2018). Putting weight in context: acceptance and commitment therapy (act) guided self-help for weight self-stigma. [Tesis Doctoral]. Universidad del Estado de Utah.
<https://digitalcommons.usu.edu/etd/7227>
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 14(10), 1802–1815.
<https://doi.org/10.1038/oby.2006.208>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17(5), 941–964. doi:10.1038/oby.2008.636
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019–1028.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>
- Puhl, R. M., Andreyeva, T., & Brownell, K. D. (2008). Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International Journal of Obesity (London)*, 32(6), 992-1000. doi:10.1038/ijo.2008.22
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Pearl, R. L. (2020). Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *The American Psychologist*, 75(2), 274–289. <https://doi.org/10.1037/amp0000538>

- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., & Schwartz, M. B. (2007). Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *15*(1), 19–23. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.521>
- Puhl, R. M., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2005). Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people: A new approach for reducing bias. *Health Psychology*, *24*(5), 517–525. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.5.517>
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, *9*(12), 788–805. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.108>.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eating Behaviors*, *4*(1), 53–78. [https://doi.org/10.1016/s1471-0153\(02\)00096-x](https://doi.org/10.1016/s1471-0153(02)00096-x)
- Puhl, R., & Suh, Y. (2015). Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Current Obesity Reports*, *4*(2), 182–190. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0153-z>
- Puhl, R.M. y Brownell, K.D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, *14*, 1802–1815.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Ramírez Rincón, A., Mesa Martínez, P. A., Monsalve Arango, C., & Aristizábal Henao, N. (2013). Enfoque diagnóstico y terapéutico del paciente con obesidad. *Medicina UPB*, *32*(2), 151-170. Recuperado a partir de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/1532>

- Reilly, J. J., El-Hamdouchi, A., Diouf, A., Monyeki, A., & Somda, S. A. (2018). Determining the worldwide prevalence of obesity. *Lancet (London, England)*, *391*(10132), 1773–1774.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30794-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30794-3)
- Reséndiz, A. M., & Sierra, M. (2014). Psicopatología e intervención cognitivo-conductual del paciente con obesidad. En (Eds.) Reynoso, L., & Becerra, A. L. *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. (pp. 212-235). Qartuppi.
- Reyes-Lagunes, I., & García-Barragán, L.F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. En Rivera-Aragón, S., R., Díaz-Loving, R.S. A., Reyes-Lagunes, I. *La Psicología Social en México XII*. (pp. 625-630). AMEPSO.
- Robinson, E.; Haynes, A.; Sutin, A.; Daly, M. (2020). Self-perception of overweight and obesity: A review of mental and physical health outcomes. *Obesity Science & Practice*, (), *osp4.424–*
. doi:10.1002/osp4.424
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D., y Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusión in dementia caregiving: Psychometric properties of the spanish version of the “Cognitive Fusion Questionnaire”. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *22*(1), 117-132. <https://www.researchgate.net/publication/266030695>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rudolph, A., & Hilbert, A. (2014). A novel measure to assess self-discrimination in binge-eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity (Lond)*, *39*(2), 368–370.
<https://doi.org/10.1038/ijo.2014.89>

- Rueda-Clausen, C. F., Benterud, E., Bond, T., Olszowka, R., Vallis, M. T., & Sharma, A. M. (2014). Effect of implementing the 5As of obesity management framework on provider-patient interactions in primary care. *Clinical Obesity*, 4(1), 39–44. <https://doi.org/10.1111/cob.12038>
- Ruiz-Sánchez, J.J. (sf). En Pérez-Romero, L. A. (2020). Metáforas a las brasas. (Comunicación personal, junio 19, 2020.)
- Rzehak, P., Meisinger, C., Woelke, G., Brasche, S., Strube, G., & Heinrich, J. (2007). Weight change, weight cycling and mortality in the ERFORT Male Cohort Study. *European Journal of Epidemiology*, 22(10), 665-673. doi:10.1007/s10654-007- 9167-5
- Sainsbury, A., & Hay, P. (2014). Call for an urgent rethink of the 'health at every size' concept. *Journal of Eating Disorders*, 2, 8. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-2-8>
- Sánchez-Sosa, J. J.; Semb, G., & Spencer, R., (1978). Efectos del uso de guías de estudio sobre el rendimiento de generalización en la enseñanza de nivel universitario. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, (4)2, 175-190.
- Santiago, J. M. (2016). Intervención basada en atención plena sobre depresión y atracón en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México. Biblioteca Digital UNAM. <http://132.248.9.195/ptd2016/mayo/0744689/Index.html>
- Schafer, M. H., & Ferraro, K. F. (2011). The stigma of obesity: Does perceived weight discrimination affect identity and physical health? *Social Psychology Quarterly*, 74(1), 76-97. doi:10.1177/0190272511398197
- Schmidt, H., Voigt, K., & Wikler, D. (2010). Carrots, sticks, and health care reform problems with wellness incentives. *The New England Journal of Medicine*, 362(2), e3. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0911552>

- Schvey, N. A., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2011). The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *19*(10), 1957–1962.
<https://doi.org/10.1038/oby.2011.204>
- Seacat, J. D., Dougal, S. C., & Roy, D. (2016). A daily diary assessment of female weight stigmatization. *Journal of Health Psychology*, *21*(2), 228–240.
<https://doi.org/10.1177/1359105314525067>
- Siegel, R. D. (2011). La solución mindfulness. Desclée de Brouwer
- Sierra-Murguía, M., Vite-Sierra, A., & Torres-Tamayo, M. (2014). Intervención cognitivo-conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Acta Colombiana de Psicología*, *17*(1), 25-34. <https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.3>
- Simon, N., Robertson, L., Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Dawson, S., & Bisson, J. I. (2021). Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *5*(5), CD011710.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011710.pub3>
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the valuin questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, *3*, 164-172.
[dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.001](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.001)
- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(5), 797–811.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.5.797>

- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *The American Psychologist*, *62*(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2013). Perceived weight discrimination and obesity. *PloS One*, *8*(7), e70048. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070048>
- Sutin, A. R., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2015). Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychological Science*, *26*(11), 1803–1811. <https://doi.org/10.1177/0956797615601103>
- Teachman, B. A., Gapinski, K. D., Brownell, K. D., Rawlins, M., & Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: the impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *22*(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.22.1.68>
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Metcalfe, L. L., Blew, R. M., ... Lohman, T. G. (2004). Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, *28*(9), 1124-1133. doi:10.1038/sj.ijo.0802727
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., & Vitaliano, P.P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychology and Aging*, *7*(4), 622-631. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.832.3797&rep=rep1&type=pdf>
- Thompson, R. L., & Thomas, D. E. (2000). A cross-sectional survey of the opinions on weight loss treatments of adult obese patients attending a dietetic clinic. *International Journal of Obesity and*

Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity, 24(2), 164–170. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801102>

Thuan, J. F., & Avignon, A. (2005). Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *International Journal of Obesity*, 29(9), 1100–1106. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803016>

Tomiyama A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.108>

Tylka, T. L., Annunziato, R. A., Burgard, D., Daniélsdóttir, S., Shuman, E., Davis, C., & Calogero, R. M. (2014). The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *Journal of Obesity*, 983495. <https://doi.org/10.1155/2014/983495>

Ul-Haq, Z., Mackay, D. F., Fenwick, E., & Pell, J. P. (2013). Meta-analysis of the association between body mass index and health-related quality of life among adults, assessed by the SF-36. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 21(3), E322–E327. <https://doi.org/10.1002/oby.20107>

Ulian, M. D., Aburad, L., da Silva Oliveira, M. S., Poppe, A., Sabatini, F., Perez, I., Gualano, B., Benatti, F. B., Pinto, A. J., Roble, O. J., Vessoni, A., de Moraes Sato, P., Unsain, R. F., & Baeza Scagliusi, F. (2018). Effects of health at every size® interventions on health-related outcomes of people with overweight and obesity: a systematic review. *Obesity Reviews: an Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(12), 1659–1666. <https://doi.org/10.1111/obr.12749>

- Vannest, K.J., Parker, R.I., Gonen, O., & Adiguzel, T. (2016). *Single Case Research: web-based calculators for SCR analysis*. (Version 2.0) [Web-based application]. College Station, TX: Texas A&M University.<http://www.singlecaseresearch.org/calculators/tau-u>
- Vargas, V., Allende, H., Lecube, A., Salcedo, M. T., Baena-Fustegueras, J. A., Fort, J. M., Rivero, J., Ferrer, R., Catalán, R., Pardina, E., Ramón Y Cajal, S., Guardia, J., & Peinado-Onsurbe, J. (2012). Surgically induced weight loss by gastric bypass improves non alcoholic fatty liver disease in morbid obese patients. *World Journal of Hepatology*, *4*(12), 382–388.
<https://doi.org/10.4254/wjh.v4.i12.382>
- Vartanian, L. R., Pinkus, R. T., & Smyth, J. M. (2018). Experiences of weight stigma in everyday life: Implications for health motivation. *Stigma and Health*, *3*(2), 85-92.
<https://doi.org/10.1037/sah0000077>
- Wadden, T. A., Berkowitz, R. I., Womble, L. G., Sarwer, D. B., Phelan, S., Cato, R. K., Hesson, L. A., Osei, S. Y., Kaplan, R., & Stunkard, A. J. (2005). Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. *The New England Journal of Medicine*, *353*(20), 2111–2120.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa050156>
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., & Wilson, C. (2007). Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology*, *132*(6), 2226-2238. doi:10.1053/j.gastro.2007.03.051
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., Hong, P. S., & Tsai, A. G. (2014). Behavioral treatment of obesity in patients encountered in primary care settings: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, *312*(17), 1779-1791. doi:10.1001/jama.2014.14173
- Wear, D., Aultman, J. M., Varley, J. D., & Zarconi, J. (2006). Making fun of patients: medical students' perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. *Academic Medicine*:

Journal of the Association of American Medical Colleges, 81(5), 454–462.

<https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000222277.21200.a1>

Wildman, R. P., Muntner, P., Reynolds, K., McGinn, A. P., Rajpathak, S., Wylie-Rosett, J., & Sowers, M. R. (2008). The obese without cardiometabolic risk factor clustering and the normal weight with cardiometabolic risk factor clustering: prevalence and correlates of 2 phenotypes among the US population (NHANES 1999-2004). *Archives of Internal Medicine*, 168(15), 1617–1624.

<https://doi.org/10.1001/archinte.168.15.1617>

Wilson, P. W., D'Agostino, R. B., Sullivan, L., Parise, H., & Kannel, W. B. (2002). Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. *Archives of Internal Medicine*, 162(16), 1867–1872. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.16.1867>

Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger.

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

Wilson, T. D., Lindsey, S., & Schooler, T. Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review*, 107(1), 101–126. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.107.1.101>

Wood, J.A.V., Miller, T.W. & Hargrove, D.S. (2005). Clinical supervision in rural settings: A telehealth model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 173-179. Traducción y adaptación: Juan José Sánchez Sosa.

World Obesity Day (2021). Las raíces de la obesidad. <https://es.worldobesityday.org/healthcare-professionals>

World Obesity Federation (2019). <https://www.worldobesity.org/>

Yazdizadeh, B., Walker, R., Skouteris, H., Olander, E. K., & Hill, B. (2021). Interventions improving health professionals' practice for addressing patients' weight management behaviours: systematic review of reviews. *Health Promotion International*, 36(1), 165–177.

<https://doi.org/10.1093/heapro/daaa039>

Zuzelo, P. R., & Seminara, P. (2006). Influence of registered nurses' attitudes toward bariatric patients on educational programming effectiveness. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(2), 65–73. <https://doi.org/10.3928/00220124-20060201-02>

ANEXOS

ANEXO A.
Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participar en Investigación Autoestigma

Título del proyecto: Efectos de la Terapia de Aceptación y Compromiso a distancia en autoestigma y pérdida de peso en personas con sobrepeso u obesidad.

Investigador principal: Lizbeth Moreno Espinoza

Contacto: lizbeth.unam.16@gmail.com

Modalidad de intervención: Sesiones en línea a través de videollamadas

Nombre del participante:

Se le invita a participar en esta investigación. Antes de tomar una decisión sobre su participación, es importante que usted conozca y comprenda la siguiente información sobre la investigación. Por favor pregunte sobre cualquier duda o información que desee conocer.

Su consentimiento para participar en la presente investigación se dará por entendido al asentir y recibir una copia de la presente forma.

Justificación del Estudio

Se ha observado como el autoestigma en personas con sobre peso y obesidad puede generar malestar psicológico y dificultad para mantener su peso, haciendo evidente la importancia de aplicar intervenciones para su abordaje, como es el caso de este estudio, en el cual su participación es una parte importante en la generación de protocolos con una atención integral a las necesidades de pacientes con obesidad.

Objetivo del Estudio

El presente estudio tiene como objetivos evaluar el efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) aplicada a distancia, en autoestigma y el peso con la finalidad de mejorar su salud física y mental.

Beneficios del Estudio

Usted recibirá un tratamiento gratuito que está dirigido a mejorar su relación con su peso y de esa forma logre mejoras en su estado de salud físico y mental.

Procedimiento del Estudio

El estudio consta de tres fases 1) Evaluación inicial a través de cuestionarios, ejercicios e instrumentos psicológicos. 2) Sesiones individuales de tratamiento psicológico a través de videollamada, programadas semanalmente, con una duración de 60 minutos cada una, en las cuales se le proporcionara información y habilidades para el cuidado de su salud; así como evaluaciones antes o al final de la sesión. 3) Evaluación de seguimiento a un mes a través de cuestionarios e instrumentos psicológicos.

Riesgos o Molestias Asociados con el Estudio

Los procedimientos para lograr el objetivo mencionado consistirán en la aplicación de técnicas psicológicas, lo que no implica ningún riesgo para usted; sin embargo, puede suceder que durante las sesiones haya temas que le puedan generar cierta incomodidad o angustia o tristeza, en cuyo caso se le dará contención emocional.

Es importante puntualizar que la información que usted proporcione (nombre, datos de contacto, información personal, antecedentes, etcétera), así como los resultados de su participación serán tratados con estricto apego confidencial y se encontrarán bajo resguardo de los investigadores y que los resultados de la investigación se analizarán de forma anónima con fines científicos.

La información que le brinde al Investigador en ningún momento será comunicada a familiares, ni a ninguna persona ajena a este estudio sin su autorización, excepto en el caso en que la ley lo obligue, Si usted cambia de número de teléfono o correo electrónico, por favor avise al Investigador a los números de contacto proporcionados. Estos datos servirán para poder asegurar que las evaluaciones de seguimiento se cumplan.

Observaciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar participar.
- Recibirá respuesta a cualquier pregunta, duda y aclaración acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación antes, durante y después de la investigación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, solo se le pedirá que informe las razones de su decisión, la cual será respetada.
- Su participación en la investigación no tiene costo económico.
- En el transcurso del estudio podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.
- La información que usted proporcione (nombre, datos de contacto, antecedentes, etcétera), así como los resultados de su participación serán tratados con estricto apego confidencial y se encontrarán bajo resguardo de los investigadores.

La investigación antes descrita se realiza para que la investigadora principal obtenga el grado de maestra en Medicina Conductual por Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la

Universidad Nacional Autónoma de México bajo la supervisión de su tutor, al Dra. Nancy Patricia Caballero Suárez, docente del Posgrado (nancy.caballero.cieni.org.mx).

Si desea mayor información sobre la naturaleza de la investigación o comentarios sobre su participación o sobre el estudio mismo; así como sobre sus derechos puede consultar en todo momento a los responsables de este proyecto: Investigadora principal, Psic. Lizbeth Moreno Espinoza, a la Dra. Nancy Patricia Caballero Suárez, responsable de la investigación, en los contactos proporcionados anteriormente.

Carta de Consentimiento Informado

Yo, comprendo la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. También me han informado que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia electrónica de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o representante Legal

Fecha

Investigador responsable:

He explicado a (Nombre participante) en qué consiste el estudio, cuáles son sus objetivos, los riesgos y beneficios que implica su participación. Declaro que conozco la normatividad para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Lizbeth Moreno Espinoza

Firma del investigador

Fecha

ANEXO B
Formato para Jueceo de expertos

Estimado(a) colega:

Le solicitamos su valiosa ayuda para evaluar el contenido del instrumento “*Weight Self-Stigma Questionnaire*” en su versión en español, este instrumento evalúa el autoestigma relacionado con el peso, se desarrolló específicamente para poblaciones obesas y con sobrepeso, consta de dos subescalas:

- 1) **Miedo al estigma promulgado o social:** se refiere a la discriminación social experimentada directamente en áreas como el empleo, la vivienda, las relaciones interpersonales y el acceso reducido a los servicios, en esta escala se esperan preguntas que hagan referencia al miedo a ser discriminado por otros a causa de su peso.
- 2) **Autoestigma relacionado con el peso:** se refiere a esta autodevaluación y al miedo al estigma promulgado que resulta de la identificación de la persona con un grupo estigmatizado, en esta escala se esperan ítems que hagan referencia a la autodevaluación y vergüenza a causa de su peso.

Por favor evalúe dos aspectos para cada reactivo:

- 1) Claridad: marque **SÍ**, si considera que el reactivo es claro y entendible o **NO** si considera que no es entendible, puede hacer comentarios y sugerencias para mejorar el reactivo.
- 2) Pertinencia: marque **SÍ**, si considera que el reactivo es pertinente a la subescala según la definición descrita, marque **NO** si considera que el reactivo no es pertinente con la subescala. Puede hacer comentarios si lo cree necesario.

Subescala	REACTIVO	Claridad		Pertinencia		COMENTARIOS
Miedo al estigma promulgado o social	Me siento inseguro sobre lo que piensan las demás personas de mí	Si	No	Si	No	
	Las personas me discriminan porque tengo problemas de peso	Si	No	Si	No	
	Es difícil para las personas que no han tenido	Si	No	Si	No	

	problemas de peso relacionarse conmigo					
	Los demás van a pensar que no tengo autocontrol por mis problemas de peso	Si	No	Si	No	
	Las personas piensan que soy el culpable de mis problemas de peso	Si	No	Si	No	
	Los demás se avergüenzan de estar cerca de mí por mi peso	Si	No	Si	No	
Autoestigma relacionada con el peso	Siempre volveré a tener sobrepeso	Si	No	Si	No	
	Yo causé mis problemas de peso	Si	No	Si	No	
	Me siento culpable por mis problemas de peso	Si	No	Si	No	
	Tengo sobrepeso porque soy una persona débil	Si	No	Si	No	
	Nunca tendría problemas de peso si fuera más fuerte	Si	No	Si	No	
	No tengo suficiente autocontrol para mantener un peso saludable	Si	No	Si	No	

ANEXO C
Versión final
Cuestionario de autoestigma relacionado con el peso versión en español
(WSSQ-M)

WSSQ versión es español (WSSQ-M)

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones. Por favor califique qué tan de acuerdo esta con que cada afirmación se aplica a usted. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

	Completamente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. (3)	De acuerdo (4)	Completamente de acuerdo (5)
1. Yo causé mis problemas de peso					
2. Me siento culpable por mis problemas de peso					
3. Tengo exceso de peso porque soy una persona de voluntad débil.					
4. No tendría problemas de peso si tuviera más voluntad.					
5. No tengo suficiente autocontrol para mantener un peso saludable					
6. Me siento inseguro (a) sobre lo que piensan las demás personas de mi peso					
7. Las personas me discriminan por mi peso					
8. Es difícil para las personas sin problemas de peso relacionarse conmigo.					
9. Los demás van a pensar que no tengo autocontrol por mis problemas de peso					
10. Las personas piensan que es mi culpa tener problemas con mi peso.					
11. Los demás se avergüenzan de estar cerca de mí por mi peso					

ANEXO D
Mensajes de invitación a participar

Invitación por correo electrónico

Estimada (o):

Esta es una invitación para **participar** en la segunda fase de la **Investigación sobre autoestigma en personas con obesidad** avalada por el Programa de Posgrado en Psicología de la **UNAM**. Recibe este correo porque con anterioridad respondió una evaluación publicada en la página de Facebook de la **Clínica de Obesidad del Hospital Manuel Gea González**, en la cual señaló su interés por ser contactada (o) para continuar participando si la evaluación indicaba algún malestar emocional relacionado con su peso.

Su participación es completamente voluntaria y consiste en recibir una **intervención psicológica a distancia** y **sin costo** económico para usted.

El objetivo de la investigación es evaluar el efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) aplicada a distancia, en autoestigma y el peso con la finalidad de mejorar su salud física y mental. Esta investigación es importante porque permite generar tratamientos psicológicos que promuevan una atención integral a las necesidades de pacientes con obesidad. Al participar en este estudio usted puede **beneficiarse** del tratamiento psicológico ya que se pretende que mejore su relación con su peso y de esa forma logre mejoras en su estado de salud físico y mental.

Es importante que considere que su participación consistirá en sesiones individuales de tratamiento psicológico a través de videollamada, programadas semanalmente, con una duración de 60 minutos cada una, en las cuales se le proporcionara información y habilidades para el cuidado de su salud; así como evaluaciones antes o al final de la sesión.

Si está interesada (o) en recibir información adicional y aclarar dudas por favor responda este correo y así podemos **acordar una videollamada informativa**, el que usted acepte esta reunión **no lo compromete de manera alguna a participar**.

Invitación por mensaje texto

Estimada (o):

Esta es una invitación para **participar** en la segunda fase de la **Investigación sobre autoestigma en personas con obesidad** avalada por el Programa de Posgrado en Psicología de la **UNAM**. Recibe este mensaje porque con anterioridad respondió una evaluación publicada en la página de Facebook de la **Clínica de Obesidad del Hospital Manuel Gea González**, en la cual señaló su interés por ser contactada (o) para continuar participando si la evaluación indicaba algún malestar emocional relacionado con su peso.

Su participación es completamente voluntaria y consiste en recibir una **intervención psicológica a distancia** y **sin costo** económico para usted.

El objetivo de la investigación es evaluar el efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) aplicada a distancia, en autoestigma y el peso con la finalidad de mejorar su salud física y mental. Esta investigación es importante porque permite generar tratamientos psicológicos que promuevan una atención integral a las necesidades de pacientes con obesidad. Al participar en este estudio usted puede **beneficiarse** del tratamiento psicológico ya que se pretende que mejore su relación con su peso y de esa forma logre mejoras en su estado de salud físico y mental.

Es importante que considere que su participación consistirá en sesiones individuales de tratamiento psicológico a través de videollamada, programadas semanalmente, con una duración de 60 minutos cada una, en las cuales se le proporcionara información y habilidades para el cuidado de su salud; así como evaluaciones antes o al final de la sesión.

Si está interesada (o) en recibir información adicional y aclarar dudas por favor responda este mensaje o envíe un correo a lizabeth.unam.16@gmail.com y así podemos **acordar una videollamada informativa**, el que usted acepte esta reunión **no lo compromete de manera alguna a participar**.

Lizabeth Moreno Espinoza

Alumna de Maestría en Psicología/ Residencia en Medicina Conductual/ Facultad de Psicología, UNAM

Licenciada en Psicología/ Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

ANEXO E
Instrumentos de medición

Mi vida un conjunto de momentos y su relación con mi peso*

Nombre:

Fecha solicitada:

Fecha entregada

Durante nuestra vida, desde que tenemos nuestro primer recuerdo hasta la actualidad en que estamos leyendo estas líneas, nos han sucedido muchas cosas donde pudo haber estado relacionado de alguna manera nuestro peso, algunas de estas cosas las consideramos “malas”, que más bien han sido momentos difíciles, pues nos han causado dolor y tristeza, pero otras, han sido “buenas” y nos han causado risa y felicidad. Me gustaría conocerte y saber cómo el peso ha impactado en tu vida, por ejemplo, tus intentos de bajar/subir de peso, tu relación con la comida, con el ejercicio y con tu cuerpo. Cuéntame tus momentos difíciles, pero también, tus momentos felices, tanto si han estado relacionados con tu peso o no pero que fueron tan significativos que han marcado y definido tus acciones, pensamientos, emociones y en una palabra el curso de tu vida.

Los momentos difíciles de mi vida han sido...	Los momentos felices de mi vida han sido...

Basado en un formato de uso interno en la consulta privada de Roberto Neria Mejía con su autorización.

Nombre del paciente:	
Edad:	Estado civil:
Hijos #:	Nivel de estudios:
Lugar de residencia:	Ocupación
Motivo de consulta (¿porque es importante para ti bajar de peso?)	

Entrevista

Fecha:

Padecimientos médicos:

● Diabetes:	● Hipertensión:
● Dislipidemia:	● Problemas ginecológicos:
● Hipotiroidismo:	● Hígado graso:
● Problemas respiratorios:	● Problemas circulatorios:
● Problemas articulares:	● Reflujo

Historia del problema (ejercicio “Momentos de vida de peso”)

Formato a parte

Referidos por el paciente:

<input type="checkbox"/> Hábitos alimenticios.	<input type="checkbox"/> Actividad física
<input type="checkbox"/> Atracones	<input type="checkbox"/> Genética
<input type="checkbox"/> Antojos	<input type="checkbox"/> Condiciones médicas
<input type="checkbox"/> Ingesta emocional	<input type="checkbox"/> Desconocidos
<input type="checkbox"/> Otros:	

Métodos para bajar de peso

<input type="checkbox"/> Procedimientos endoscópicos	<input type="checkbox"/> Cirugía
<input type="checkbox"/> Dietas autoimpuestas	<input type="checkbox"/> Dietas por nutriólogo
<input type="checkbox"/> Medicamentos autoimpuestos	<input type="checkbox"/> Medicamentos prescritos
<input type="checkbox"/> Programas de ejercicio	<input type="checkbox"/> Técnicas alternativas

Características de sobreingesta

<input type="checkbox"/> Atracón	<input type="checkbox"/> Ingesta emocional
<input type="checkbox"/> Ingesta recreativa	<input type="checkbox"/> Antojos
<input type="checkbox"/> Comedor nocturno	<input type="checkbox"/> Comer hasta quedar lleno

Conductas compensatorias

<input type="checkbox"/> Provocarse el vómito	<input type="checkbox"/> Usar laxantes
<input type="checkbox"/> Usar diuréticos	<input type="checkbox"/> Ejercicio excesivo
<input type="checkbox"/> Saltarse comidas	<input type="checkbox"/> Restricción de alimentos (harinas)

Consumo de sustancias

Sustancia	Consumo	Edad de inicio	Frecuencia	Cantidad	Datos de abandono
Tabaco	()No ()Si				
Alcohol	()No ()Si				
Marihuana	()No ()Si				
Cocaína	()No ()Si				
Otras	()No ()Si				

Antecedentes psicológicos y psiquiátricos (motivo y tiempo de tratamiento)

Antecedentes psiquiátricos familiares: ()No ()Si

()Afectivos ()Abuso de alcohol ()Homicidas () 1er grado (Padres/Hijo)

()Ansiosos ()Abuso de sustancias ()Trastornos alimenticios Parentesco: () 2do grado (Abuelos/Hermanos)

()Psicóticos ()Suicidas () 3er grado (Tíos/Primos)

Antecedentes psiquiátricos personales: ()No ()Si

()Afectivos ()Psicóticos ()Abuso de sustancias ()Ansiosos ()Abuso de alcohol ()Trastornos alimenticios Otro: _____

Tratamiento psiquiátrico ()No ()Si Situación actual: ()Alta ()Abandono ()Actualmente en tx
¿Cuál? _____

Tratamiento psicológico ()No (X)Si Situación actual: ()Alta ()Abandono ()Actualmente en tX
Razón del tratamiento: _____

Percibe apoyo:	
Emocional ()	De quién: Familia () Amigos () Pareja () 99=NA Personal de salud () Otro () _____ SIN redes de apoyo ()
Instrumental ()	
Económico ()	

Red de apoyo

Etapa de cambio

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Precontemplación | <input type="checkbox"/> Acción |
| <input type="checkbox"/> Contemplación | <input type="checkbox"/> Mantenimiento |
| <input type="checkbox"/> Preparación | |

Examen mental:

Apariencia

Edad aparente:

- Igual a la cronológica
- Mayor a la cronológica
- Menor a la cronológica

Conducta y actitud

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contacto ocular | <input type="checkbox"/> Cooperador |
| <input type="checkbox"/> Comunicativo | <input type="checkbox"/> Ansioso |
| <input type="checkbox"/> Hostil | <input type="checkbox"/> Reticente |

Condiciones de aliño e higiene: Adecuadas inadecuadas

Lenguaje

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Habla incesante | <input type="checkbox"/> Coherente | <input type="checkbox"/> Congruente |
| <input type="checkbox"/> Habla normal | <input type="checkbox"/> Disgregado | <input type="checkbox"/> Respuestas erróneas |
| <input type="checkbox"/> Habla escasa | <input type="checkbox"/> Rebuscado | <input type="checkbox"/> Fluido |
| <input type="checkbox"/> Balbuceo | <input type="checkbox"/> Tartamudeo | |

Orientación

- () Tiempo
- () Lugar
- () Persona

Alteraciones en

- () Conciencia
- () Memoria
- () Pensamiento

Estado de ánimo

- () Tristeza () Enojo
- () Ansiedad () Felicidad
- () Culpa () Normal

Impresión afectiva

- () Hipotímico
- () Eutímico
- () Hipertímico
- () Aplanado

Rasgos de personalidad

Cluster A:

- () Paranoide
- () Esquizoide
- () Esquizotípico

Cluster B:

- () Antisocial
- () Límite
- () Narcisista
- () Histriónico

Cluster B:

- () Evitativo
- () Dependiente
- () Obsesivo compulsivo

Ejercicio: Tiro al Blanco

(Traducido y adaptado por Neria de Lundgren et al., 2012).

A continuación, se te presenta un tablero de Tiro al Blanco dividido en cuatro áreas de la vida que son importantes en la vida de las personas.

- **Trabajo** se refiere a objetivos sobre tu desarrollo profesional, a tus valores implicados en tu educación y obtención de conocimientos, y en general, a ese sentimiento de utilizar tu formación en las personas que te rodean y en un trabajo que contribuya a la comunidad (por ejemplo, voluntariado, supervisar mejoras en tu hogar etc.).
- **Juego** se refiere a tu tiempo libre, a cómo te esparces en tu vida, como te diviertes, tus pasatiempos o actividades a las que dedicas tu tiempo libre (por ejemplo, jardinería, coser, pasar tiempo con la familia, ir a eventos culturales y deportivos, hacer deporte, salir de paseo, etc.).
- **Amor** se refiere a los vínculos afectivos en tu vida, tu familia, tus amigos, relaciones de pareja y contactos sociales en la comunidad.
- **Salud (Crecimiento personal)** se refiere a tu vida espiritual, ya sea en una religión organizada o en tu forma personal de vivir la espiritualidad, el ejercicio, la nutrición, factores de riesgo de salud como el beber, el consumo de drogas, fumar, el control de nuestro peso e incluso chequeos médicos por alguna enfermedad o de rutina.

En este ejercicio se te pedirá que reflexiones sobre tus valores personales en cada una de las áreas antes mencionadas. Después, que evalúes qué tan cerca estás de vivir tu vida de acuerdo con tus valores. Tomate un momento y reflexiona sin precipitarte.

1. Identifica tus valores.

Describe cuáles son tus principales valores en cada una de las siguientes áreas. Piensa en cada una de ellas en términos de tus sueños, como si fuera posible cumplir tus deseos por completo. Los valores que indiques no deben ser un objetivo específico, sino que deben reflejar la forma en que te gustaría vivir tu vida a lo largo del tiempo. Por ejemplo, tener pareja puede ser un objetivo en la vida. Sin embargo, este objetivo refleja valores como ser honesto (a), respetuoso(a) o una pareja afectuosa. Recuerda, son tus valores personales los que realmente importan en este ejercicio. A continuación, escribe cuáles son los valores que te gustaría tener en cada una de las siguientes áreas.

Trabajo:

Juego:

Amor:

Salud (Crecimiento personal):

Mira nuevamente los valores que has escrito arriba y piensa en tus valores como un tablero de "tiro al blanco". El centro significa que tu vida es exactamente cómo quieres que sea y que estás viviendo con acciones basadas en tus valores personales. Por el contrario, entre más lejos estés del centro eso significa que tu vida no es cómo quieres y que tus acciones no se basan en tus valores personales. Coloca los círculos en el tablero de "tiro al blanco" que represente de la mejor manera dónde te encuentras el día de hoy. Recuerda marcar cada área y en el caso del área de salud, el círculo azul representa tu salud de forma general, mientras que el círculo naranja representa en específico el ejercicio y la alimentación. Eso significa que debes colocar cinco círculos en el siguiente tablero de "tiro al blanco".





Ejercicio: Tiro al blanco.

(Adaptado de la propuesta de Neria y basado en Lundgren et al., 2012)

Plan de Acciones Valiosas.

Indica en cada área por lo menos una acción orientada a alguno de tus valores personales, que puedas realizar esta semana. Los valores que elijas pueden repetirse. Incluso el mismo valor podría estar en todas las áreas.

Área	Valores	Acciones
Trabajo (Educación)		
Juego (Tiempo libre)		
Amor (Relaciones personales y vínculos afectivos)		
Salud (Crecimiento personal)		Ejercicio 
		Alimentación 
		Adicionales

Ejercicio de tiro al blanco.

Fecha:



Ejercicio de autoevaluación de las Habilidades ACT

1. Considera los siguientes conceptos.
 Los **EVENTOS PRIVADOS** son nuestros pensamientos, recuerdos, emociones y sensaciones corporales, incluye tanto aquellos que son placenteros, como aquellos que nos causan malestar.
 En la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) los **VALORES** son elecciones de lo realmente valioso en nuestra vida.
2. Ahora, imagina que dominar las siguientes habilidades es la meta de un camino. Evalúa del cero al 10 en qué grado consideras que tienes las siguientes habilidades y que las practicas cada día de tu vida. Cero significa que no tienes dicha habilidad y por ello no la realizas y 10 que dominas la habilidad y la realizas cada día de tu vida. Recuerda, lo importante es ser honesto contigo mismo.

10		10		10		10		10		10	
9		9		9		9		9		9	
8		8		8		8		8		8	
7		7		7		7		7		7	
6		6		6		6		6		6	
5		5		5		5		5		5	
4		4		4		4		4		4	
3		3		3		3		3		3	
2		2		2		2		2		2	
1		1		1		1		1		1	
0		0		0		0		0		0	
ACEPTACIÓN		DEFUSIÓN COGNITIVA		YO COMO CONTEXTO		MOMENTO PRESENTE		VALORES		COMPROMISO	
Habilidad de experimentar mis eventos privados aun cuando me provoquen malestar, sin evitarlos, ni luchar con ellos.		Habilidad de asumir mis pensamientos como hipótesis de mi mente sin enredarme.		Habilidad de observar mis eventos privados, mis conductas y el contexto en el que ocurren, como un observador que no juzga.		Habilidad de poner atención intencionalmente al momento presente sin hacer juicios.		Habilidad de identificar claramente aquello que es realmente valioso en mi vida.		Habilidad de poner en práctica mis valores personales en mis acciones diarias.	

AAQ-II (YUC)

A continuación, encontrará una lista de frases. Por favor indique qué tan cierta es cada una para usted marcando con una (X) el número que le parezca adecuado de la escala que se encuentra a la derecha de cada frase. No hay respuestas buenas o malas, ni preguntas con truco. Asegúrese de contestar todas las frases.

Use como referencia la siguiente escala para hacer su elección:

1	2	3	4	5	6	7					
Completa-mente falso	Rara vez cierto	Algunas veces cierto	A veces cierto	Frecuente-mente cierto	Casi siem-pre cierto	Completa-mente cierto					
Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestias.					1	2	3	4	5	6	7
Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.					1	2	3	4	5	6	7
Evito o escapo de mis sentimientos.					1	2	3	4	5	6	7
Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.					1	2	3	4	5	6	7
Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.					1	2	3	4	5	6	7
Mantengo el control de mi vida.					1	2	3	4	5	6	7
Mis emociones me causan problemas en la vida.					1	2	3	4	5	6	7
Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.					1	2	3	4	5	6	7
Mis preocupaciones obstaculizan mi superación.					1	2	3	4	5	6	7
Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.					1	2	3	4	5	6	7

Los reactivos 1, 6 y 10 se suman de forma inversa; es decir, el 7 equivale a 1 y viceversa.

Nota. Para el uso o la traducción de este instrumento es necesario solicitar permiso al autor (hayes@unr.edu).

CFC-E

“Cuestionario de fusión cognitiva, versión en español”

(Romero-Moreno, Márquez-González, Losada, Gillanders y Fernández-Fernández, 2014)

A continuación se presentan algunas frases. Por favor, indique hasta qué punto se aplican a usted o le definen utilizando la siguiente escala:

1= nunca; 2= muy rara vez; 3= rara vez; 4= alguna vez; 5= frecuentemente; 6= casi siempre; 7= siempre

Ítems	1	2	3	4	5	6	7
1. Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional							
2. Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer							
3. Tiendo a analizar demasiado las situaciones, hasta un punto que me perjudica							
4. Lucho con mis pensamientos							
5. Me enfado conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos							
6. Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos							
7. Es una gran lucha intentar deshacerme de los pensamientos molestos, incluso sabiendo que sería muy útil para mí librarme de ellos							

Inventario de Conductas Alimentarias (ICA)

El siguiente instrumento está hecho para conocer algunas de las conductas de alimentación de las personas. Marque con una “X” la opción que más se ajuste a lo que le ha pasado durante los **últimos 3 meses** de su vida. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas únicamente lo que a usted le haya ocurrido.

	<i>Durante los últimos tres meses:</i>	<i>Nunca</i> 0%	<i>Rara vez</i> 1-20%	<i>Pocas veces</i> 21-40%	<i>A veces sí, a veces no</i> 41-60%	<i>Frecuente</i> 61-80%	<i>Siempre o casi siempre</i> 81-100%
1	<i>Al terminar de comer siento malestar físico “como si ya no pudiera más”</i>						
2	<i>Me siento capaz de controlar la cantidad de comida que como</i>						
3	<i>Como “de más” sin darme cuenta</i>						
4	<i>Como sin darme cuenta de la cantidad del alimento que consumo</i>						
5	<i>Me sirvo el doble en comparación con la mayoría de las personas</i>						
6	<i>Cuando estoy feliz, yo como</i>						
7	<i>Me avergüenza que los demás vean mi forma de comer</i>						
8	<i>Pienso que mi forma de comer es incontrolable</i>						
9	<i>Me siento incómodamente lleno cuando acabo de comer</i>						
10	<i>Como más rápido que la mayoría de las personas</i>						
11	<i>Me da por comer para aliviar mis preocupaciones</i>						
12	<i>Como mucho cuando siento ansiedad</i>						

13	<i>Como para aliviar mi malestar emocional</i>						
14	<i>Cuando estoy aburrido pruebo algún alimento</i>						
15	<i>Cuando me siento angustiado como algo para tranquilizarme</i>						
16	<i>Si tengo un sentimiento de soledad como para no sentirme así</i>						
17	<i>Para calmar mi enojo pruebo comida</i>						
18	<i>Me da más hambre cuando estoy estresado</i>						
19	<i>Cuando estoy triste me refugio en la comida</i>						
20	<i>Cuando estoy estresado como algo</i>						

ANEXO F
Manual de aplicación de la intervención ACT-Autoestigma

Se integra por las cartas descriptivas por sesión y las hojas de trabajo por módulo, las cuales se presentan a continuación.

CARTAS DESCRIPTIVAS

Reclutamiento de participantes			
Objetivo: Contactar e invitar a posibles participantes			
Terapeuta	Participante	Estrategia	Instrumentos/formatos
- A través de correo electrónico o mensaje invita a participar a quienes cumplen con los criterios de inclusión establecidos. - Explica los beneficios en salud y bienestar que pueden obtener si aceptan participar.	- Responde invitación y expone dudas	- Expositiva	- Mensaje de invitación a participar (anexo D)
Responde dudas, acuerda un horario y medio digital para una primera videollamada	- Responde invitación y acuerda reunión	- Expositiva	

Primer contacto y evaluación inicial Objetivo: Ratificar el objetivo de la investigación y firmar consentimiento informado Duración: 60 min aproximadamente				
Duración	Terapeuta	Paciente	Estrategia	Instrumentos/formatos
3 min	- Se presenta, da la bienvenida al participante y refuerza su asistencia	-Escucha y se presenta	-Establecimiento de componentes de relación y refuerzo positivo	
10 min	- Reitera los beneficios que puede obtener en salud y bienestar, así como las actividades que se compromete a realizar si acepta participar.	- Escucha y expone dudas	-Expositiva	
20min	- Proyecta consentimiento informado y lo lee en voz alta, resuelve cualquier duda, llena con datos del participante y envía una copia a su correo.	- Confirma verbalmente su participación -Proporciona datos -Confirmar verbalmente la recepción del documento.	-Expositiva - Lectura en voz alta	- Consentimiento informado
5 min	- Explica la importancia del llenado de evaluaciones antes, durante y después de la intervención.	- Escucha y expresa dudas.	- Expositiva	
5min	- Muestra el uso de la plataforma para las videollamadas como para responder las evaluaciones.	- Escucha y expresa dudas	- Expositiva	- Plataforma Zoom y Google forms
10min	-Envía el enlace para responder la evaluación y está presente para responder dudas. -Indagar si tiene báscula en casa que pueda usar y si conoce su estatura.	- Responde instrumentos - Indica si cuenta con una báscula y proporciona su estatura.	- Aplicación	- WSSQ-M - AAQ II-M - CFC-E - ICA - Peso - Estatura
5 min	-Muestra y explica el llenado del ejercicio “mi vida un conjunto de momentos de peso”. Da un ejemplo y envía el formato por correo o mensaje.	-Escucha y expresa dudas	- Expositiva	- Hoja “Mi vida un conjunto de momentos de peso”.
2min	-Acuerda cita, especificando hora, día y plataforma	-Escucha y expresa dudas -Acuerda cita.	- Expositiva	

<p align="center">Revisión de ejercicio <i>Mi vida un conjunto de momentos de peso</i> y segunda medición</p> <p align="center">Objetivo: Generar alianza, conocer al participante y el desarrollo del problema, así como realizar la segunda medición de la línea base</p> <p align="center">Duración: 60 a 90 minutos aproximadamente</p>				
Duración	Terapeuta	Paciente	Estrategia	Instrumentos/formatos
2 min	- Da la bienvenida al participante, refuerza su asistencia.	- Escucha y saluda	- Refuerzo positivo	
3 min	- Explica el objetivo de la sesión	- Escucha y expresa dudas	- Expositiva	
42min	- Revisa el ejercicio de conjunto de momentos y refuerza el haberlo realizado.	- Escucha, formula y responde preguntas, dudas y aclaraciones. - Reflexiona y comparte tus experiencias personales en relación con el ejercicio.	- Expositiva, interrogativas, establecimiento de componentes de relación	- Ejercicio “Mi vida un conjunto de momentos de peso”
10min	- Envía el enlace para responder la evaluación y estar presente para responder dudas.	- Responde instrumentos	- Aplicación	- WSSQ - AAQ II-M - CFC-E
3min	- Cierra la sesión, preguntando si hay dudas o comentarios. - Programa la siguiente cita.	- Escucha, expresa dudas. - Recuerda próxima cita	- Expositiva	

<p align="center">Entrevista y tercera medición</p> <p align="center">Objetivo: Complementar información sobre el participante, evaluar los procesos de flexibilidad y realizar la tercera medición. Duración: 60 a 90 minutos aproximadamente.</p>				
Duración	Terapeuta	Paciente	Estrategia	Instrumentos/formatos
2 min	- Da la bienvenida al participante, refuerza su asistencia.	- Escucha	- Refuerzo positivo	
3 min	- Explica el objetivo de la sesión	- Escucha	- Expositiva	
25min	Recaba información específica del paciente respecto a: - Expectativas de cambio - Padecimientos médicos - Historia de su peso - Hábitos de alimentación y ejercicio - Métodos para bajar de peso - Características de sobre ingesta - Conductas compensatorias - Consumo de sustancias - Antecedentes psicológicos y psiquiátricos - Etapa de cambio - Examen mental	- Escucha, formula, responde preguntas, dudas y aclaraciones.	- Expositiva, interrogativas, establecimiento de componentes de relación	- Entrevista semi estructurada
12min	- Aplica el ejercicio de “autoevaluación de las habilidades ACT”. Explica el objetivo de este, proyecta la hoja del ejercicio y lee en voz alta, explica cómo responderlo, dando ejemplos y aclara dudas.	- Escucha, expresa dudas, reflexionan y responder el ejercicio	- Explicativa de los procesos ACT	- Hoja de ejercicio de autoevaluación de habilidades ACT
10min	- Envía el enlace de la evaluación y está presente para responder dudas.	- Responde instrumentos	- Aplicación	- WSSQ-M - AAQ II-M - CFC-E
5min	- Plantea el ejercicio experiencial respecto a pesarse. Explicando el objetivo y pide que lo considere para la siguiente sesión, teniendo a mano su báscula.	- Escucha, reflexiona y comparte su opinión y experiencias personales respecto al ejercicio.	- Expositiva	

3min	- Cierra la sesión, preguntando “¿qué te llevas de esta sesión? e indagando si hay dudas o comentarios. Programa la siguiente cita.	- Escucha y comparte su aprendizaje - Recuerda cita	- Expositiva	
------	--	--	--------------	--

<p align="center">Módulo “la constancia del cambio” y cuarta medición</p> <p align="center">Objetivo: Favorecer el estar dispuesto a aprender nuevas habilidades, así como llevarlas a la práctica y realizar la cuarta medición de la línea base. Duración: 60 a 90 minutos aproximadamente</p>				
Duración	Terapeuta	Paciente	Estrategia	Instrumentos/formatos
2 min	-Da la bienvenida al participante, refuerza su asistencia.	- Escucha	- Refuerzo positivo	
10 min	- Explica al participante que en esta sesión se realizará la evaluación de cada sesión primero para poder tener la medición de su progreso de manera previa a la intervención ACT. -Envía el enlace de la evaluación y está presente para responder dudas.	- Responde los instrumentos	- Aplicación	- WSSQ - AQQ-II - CFQ - Peso
30 min	- Proyecta la hoja de trabajo - Aplica el componente metafórico leyendo el epígrafe y las metáforas de la sesión. Al terminar de leer cada uno hace una pausa para explorar las opiniones, reflexiones y experiencias del paciente.	- Escucha, reflexiona y comparte su opinión, inquietudes y experiencias personales respecto al epígrafe y metáforas de la sesión.	- Metáfora del mapa - Metáfora del salto	- Hoja de trabajo: la constancia del cambio
15min	- Retoma e invita a realizar el ejercicio experiencial de pesarse. Ligándolo con “estar dispuesto” - Explora los eventos privados presentes, además registra el peso observado.	- Escucha, reflexiona y comparte su opinión y experiencias personales respecto al ejercicio. Se pesa y comparte el peso	- Aceptación	- Anotar el peso observado

3min	- Cierra la sesión, preguntando “¿qué te llevas de esta sesión? e indagando si hay dudas o comentarios. - Programa la siguiente cita.	- Escucha, expresa dudas Comparte su aprendizaje - Recuerda cita	- Expositiva	
------	--	--	--------------	--

Módulo. “La importancia del porqué “				
Objetivo: Favorecer un sentimiento creativo de desesperanza, clarificar los valores y vincularlos con acciones.				
Duración: 60 a 90 min aproximadamente				
Duración	Terapeuta	Participante	Estrategias	Instrumentos/formatos
2 min	- Da la bienvenida al participante y refuerza que haya asistido.	- Escucha	- Refuerzo positivo	
10 min	- Pregunta al participante “¿cómo te fue esta semana?” Aprovecha la narrativa del participante para vincular sus experiencias personales con el objetivo del módulo.	- Responde de forma general como le fue durante la semana previa a la sesión.	- Narrativa	
15 min	- Proyecta la hoja de trabajo y explica el objetivo de la sesión - Aplica el componente metafórico leyendo el epígrafe y las metáforas de la sesión. Al terminar de leer cada uno hace una pausa para explorar las opiniones, reflexiones y experiencias del paciente. - Aplica el componente psicoeducativo explicando los conceptos del módulo	- Escucha, reflexiona, comparte sus experiencias personales y opiniones relacionadas con el contenido del epígrafe y la metáfora. - Expresa y resuelve sus dudas respecto a los conceptos	- Metáfora “mitos sobre perder peso” - Psicoeducación de los conceptos: Decisión, elección, metas, dirección y valores.	- Hoja de trabajo “la importancia del porqué”
20min	- Aplica el componente experiencial mediante los ejercicios del módulo	- Contacta con sus propios motivos/mitos sobre perder peso y considera la utilidad de seguir creyendo en ellos. - Elabora su plan de acciones valiosas para realizar durante la semana.	- Ejercicios: Tiro al blanco y plan de acciones valiosas	- Formatos correspondientes a cada ejercicio.

3min	- Cierra la sesión, preguntando “¿qué te llevas de esta sesión? e indagando si hay dudas o comentarios. - Programa la siguiente cita.	- Escucha, expresa dudas y comparte su aprendizaje - Acuerda cita	- Expositiva	
10min	- Envía el enlace para responder la evaluación y está presente para responder dudas.	- Responde instrumentos	- Aplicación	- WSSQ-M - AAQ II-M - CFC-E

Módulo. “Estar dispuesto a dejarlo estar “				
Objetivo: Favorecer el estar dispuesto a hacer un espacio a sus eventos privados notándolos con una actitud de curiosidad y evitando juicios.				
Duración: 60 a 90 min aproximadamente				
Duración	Terapeuta	Participante	Estrategias	Instrumentos/formatos
2 min	- Da la bienvenida al participante y refuerza que haya asistido.	- Escucha	- Refuerzo positivo	
10 min	- Pregunta al participante “¿cómo te fue esta semana con tu plan de acciones valiosas?” - Revisa su plan de acciones valiosas de la semana evaluando los avances y barreras - Aprovecha la narrativa del participante para vincular sus experiencias personales con el objetivo del módulo.	- Evalúa como le fue con su plan de acciones valiosas durante la semana previa a la sesión.	- Narrativa	
15 min	- Proyecta la hoja de trabajo y explica el objetivo de la sesión - Aplica el componente metafórico leyendo el epígrafe y las metáforas de la sesión. Al terminar de leer cada uno hace una pausa para explorar las opiniones, reflexiones y experiencias del paciente. - Aplicar el componente psicoeducativo explicando los conceptos del módulo	- Escucha, reflexiona, comparte sus experiencias personales y opiniones relacionadas con el contenido del epígrafe y la metáfora. - Expresa y resuelve sus dudas respecto a los conceptos	- Metáfora “Paco el vagabundo” - Psicoeducación de los conceptos: Eventos privados y aceptación	- Hoja de trabajo “Estar dispuesto a dejarlo estar”

25min	- Aplica el componente experiencial mediante los ejercicios del módulo - Sugiere como tarea observar con curiosidad sus eventos privados durante la semana	- Contacta con sus eventos privados, lo que hace cuando aparecen y las consecuencias que eso le trae. - Elabora su plan de acciones valiosas para realizar durante la semana.	- Ejercicios: El banco de peces, tiro al blanco y plan de acciones valiosas	- Formatos correspondientes a cada ejercicio.
3min	- Cierra la sesión, preguntando “¿qué te llevas de esta sesión? e indagando si hay dudas o comentarios. - Programa la siguiente cita.	- Escucha, expresa dudas y comparte su aprendizaje - Recuerda cita	- Expositiva	
5min	- Envía el enlace para responder la evaluación y estar presente para responder dudas.	- Responde instrumentos	- Aplicación	- WSSQ-M - AAQ II-M - CFC-E

Módulo. “No cambies tus eventos privados, cambia tus acciones”				
Objetivo: Fomentar la desliteralización o el debilitar el dominio funcional de las respuestas basadas en reglas cognitivas literales o evaluativas.				
Duración: 60 a 90 min aproximadamente				
Duración	Terapeuta	Participante	Estrategias	Instrumentos/formatos
2 min	- Da la bienvenida al participante y refuerza que haya asistido.	- Escucha	- Refuerzo positivo	
10 min	- Pregunta al participante “¿cómo te fue esta semana con tu plan de acciones valiosas?” - Revisa su plan de acciones valiosas de la semana evaluando los avances y barreras - Aprovecha la narrativa del participante para vincular sus experiencias personales con el objetivo del módulo.	- Evalúa como le fue con su plan de acciones valiosas durante la semana previa a la sesión.	- Narrativa	
15 min	- Proyecta la hoja de trabajo y explica el objetivo de la sesión - Aplica el componente metafórico leyendo el epígrafe y las metáforas de la sesión. Al terminar de leer cada uno hace una pausa para explorar las opiniones, reflexiones y experiencias del paciente.	- Escucha, reflexiona, comparte sus experiencias personales y opiniones relacionadas con el contenido del epígrafe y la metáfora.	- Metáfora “La radio encendida” - Psicoeducación de los conceptos: Descripciones y evaluaciones.	- Hoja de trabajo “No cambies tus pensamientos, cambia tus acciones”

	- Aplica el componente psicoeducativo explicando los conceptos del módulo	-Expresa y resuelve sus dudas respecto a los conceptos		
25min	- Aplica el componente experiencial mediante los ejercicios del módulo - Sugiere como tarea practicar el ejercicio “¡hola mente!	- Contacta con sus eventos privados, lo que hace cuando aparecen y las consecuencias que eso le traen. - Realiza su plan de acciones valiosas para realizar durante la semana.	- Ejercicios: Saluda a tu emisora personal, ¡hola mente!, tiro al blanco y plan de acciones valiosas	- Formatos correspondientes al cada ejercicio.
3min	- Cierra la sesión, preguntando “¿qué te llevas de esta sesión? e indagando si hay dudas o comentarios. Programa la siguiente cita.	- Escucha, expresa dudas y comparte su aprendizaje - Acuerda cita	- Expositiva	
5min	- Envía el enlace para responder la evaluación y estar presente para responder dudas.	- Responde instrumentos	- Aplicación	- WSSQ-M -AAQ II-M - CFC-E

Módulo. “Si no soy mi peso, entonces quién soy”				
Objetivo: Promover el desarrollo de una perspectiva como observador de sus vivencias internas sin actitud de juicio.				
Duración: 60 a 90 min aproximadamente				
Duración	Terapeuta	Participante	Estrategias	Instrumentos/formatos
2 min	- Da la bienvenida al participante y refuerza que haya asistido.	Escucha	- Refuerzo positivo	
10 min	- Pregunta al participante “¿cómo te fue esta semana con tu plan de acciones valiosas?” - Revisa su plan de acciones valiosas de la semana evaluando los avances y barreras - Aprovecha la narrativa del participante para vincular sus experiencias personales con el objetivo del módulo.	- Evalúa como le fue con su plan de acciones valiosas durante la semana previa a la sesión.	- Narrativa	

15 min	<ul style="list-style-type: none"> - Proyecta la hoja de trabajo y explica el objetivo de la sesión - Aplica el componente metafórico leyendo el epígrafe y las metáforas de la sesión. Al terminar de leer cada uno hace una pausa para explorar las opiniones, reflexiones y experiencias del paciente. - Aplica el componente psicoeducativo explicando los conceptos del módulo 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha, reflexiona, comparte sus experiencias personales y opiniones relacionadas con el contenido del epígrafe y la metáfora. - Expresa y resuelve sus dudas respecto a los conceptos 	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora “Pantalla de cine” - Psicoeducación de los conceptos: yo-concepto, yo-observador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de trabajo “Si no soy mi peso entonces quién soy”
25min	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica el componente experiencial mediante los ejercicios del módulo - Sugiere como tarea observar sus vivencias como si fuera la pantalla de cine 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacta con sus eventos privados, lo que hace cuando aparecen y las consecuencias que eso le traen. - Elabora su plan de acciones valiosas para realizar durante la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios: Mi vida en temporadas, tiro al blanco y plan de acciones valiosas 	<ul style="list-style-type: none"> -Formatos correspondientes a cada ejercicio.
3min	<ul style="list-style-type: none"> - Cierra la sesión, preguntando “¿qué te llevas de esta sesión?” e indagando si hay dudas o comentarios. Programa la siguiente cita. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha, expresa dudas y comparte su aprendizaje. Acuerda cita. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositiva 	
5min	<ul style="list-style-type: none"> - Envía el enlace para responder la evaluación y estar presente para responder dudas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde instrumentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación 	<ul style="list-style-type: none"> - WSSQ-M -AAQ II-M - CFC-E

Módulo. “Comer con todos los sentidos”				
Objetivo: Favorecer la habilidad de situarse en el momento presente de manera intencional y sin juicios.				
Duración: 60 a 90 min aproximadamente				
Duración	Terapeuta	Participante	Estrategias	Instrumentos/formatos
2 min	- Da la bienvenida al participante y refuerza que haya asistido.	- Escucha	Refuerzo positivo	
10 min	- Pregunta al participante “¿cómo te fue esta semana con tu plan de acciones valiosas?”	- Evalúa como le fue con su plan de acciones valiosas	- Narrativa	

	<ul style="list-style-type: none"> - Revisa su plan de acciones valiosas de la semana evaluando los avances y barreras -Aprovecha la narrativa del participante para vincular sus experiencias personales con el objetivo del módulo. 	durante la semana previa a la sesión.		
15 min	<ul style="list-style-type: none"> - Proyecta la hoja de trabajo y explica el objetivo de la sesión - Aplica el componente metafórico leyendo el epígrafe y las metáforas de la sesión. Al terminar de leer cada uno hace una pausa para explorar las opiniones, reflexiones y experiencias del paciente. - Aplicar el componente psicoeducativo explicando los conceptos del módulo 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha, reflexiona, comparte sus experiencias personales y opiniones relacionadas con el contenido del epígrafe y la metáfora. - Expresa y resuelve sus dudas respecto a los conceptos 	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora “Comer una manzana” - Psicoeducación de los conceptos: atención al momento presente, comer atentamente. 	- Hoja de trabajo “Comer con todos los sentidos”
25min	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica el componente experiencial mediante los ejercicios del módulo - Sugiere como tarea practicar “comer con todos los sentidos” 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacta con sus eventos privados, lo que hace cuando aparecen y las consecuencias que eso le traen. - Elabora su plan de acciones valiosas para realizar durante la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios: Comer atento, tiro al blanco y plan de acciones valiosas. 	- Formatos correspondientes a cada ejercicio.
3min	<ul style="list-style-type: none"> - Cierra la sesión, preguntando “¿qué te llevas de esta sesión? e indagando si hay dudas o comentarios. Programa la siguiente cita. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha, expresa dudas y comparte su aprendizaje Acuerda cita. 	- Expositiva	
5min	<ul style="list-style-type: none"> - Envía el enlace para responder la evaluación y estar presente para responder dudas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde instrumentos 	- Aplicación	<ul style="list-style-type: none"> - WSSQ-M -AAQ II-M - CFC-E

<p>Módulo. “Caminando mi senda vital”</p> <p>Objetivo: Fomentar el compromiso del participante para vincular sus valores personales con acciones diarias.</p> <p>Duración: 60 a 90 min aproximadamente</p>				
Duración	Terapeuta	Participante	Estrategias	Instrumentos/formatos

2 min	- Da la bienvenida al participante y refuerza que haya asistido.	- Escucha	- Refuerzo positivo	
10 min	- Pregunta al participante “¿cómo te fue esta semana con tu plan de acciones valiosas?” - Revisa su plan de acciones valiosas de la semana evaluando los avances y barreras - Aprovecha la narrativa del participante para vincular sus experiencias personales con el objetivo del módulo.	- Evalúa como le fue con su plan de acciones valiosas durante la semana previa a la sesión.	- Narrativa	
15 min	- Proyecta la hoja de trabajo y explica el objetivo de la sesión - Aplica el componente metafórico leyendo el epígrafe y las metáforas de la sesión. Al terminar de leer cada uno hace una pausa para explorar las opiniones, reflexiones y experiencias del paciente. - Aplica el componente psicoeducativo explicando los conceptos del módulo	- Escucha, reflexiona, comparte sus experiencias personales y opiniones relacionadas con el contenido del epígrafe y la metáfora. - Expresa y resuelve sus dudas respecto a los conceptos	- Metáfora “el esquiador o de esquiar” - Psicoeducación de los conceptos: objetivo a corto plazo, objetivo a largo plazo.	- Hoja de trabajo “Caminando mi senda vital”
25min	- Aplica el componente experiencial mediante los ejercicios del módulo - Sugiere como tarea al participante que reflexione como llegó a terapia y como se va, ya sea de forma escrita u oral, para poder comentarlo la siguiente sesión.	- Contacta con sus eventos privados, lo que hace cuando aparecen y las consecuencias que eso le traen. - Elabora su plan de acciones valiosas para iniciar durante la semana y realizar a largo plazo	- Ejercicios: epitafio, tiro al blanco y plan de acciones valiosas, la pregunta vital	- Formatos correspondientes a cada ejercicio.
3min	- Cierra la sesión, preguntando “¿qué te llevas de esta sesión?” e indagando si hay dudas o comentarios. - Programa la siguiente cita.	- Escucha, expresa dudas y comparte su aprendizaje Acuerda cita.	- Expositiva	
5min	- Envía el enlace para responder la evaluación y estar presente para responder dudas.	- Responde instrumentos	- Aplicación	- WSSQ-M -AAQ II-M - CFC-E

<p align="center">Cierre de sesiones y última medición antes de seguimiento</p> <p align="center">Objetivo: Proporcionar retroalimentación sobre la intervención y agradecer su participación</p> <p align="center">Duración: 60 a 90 min aproximadamente</p>				
Duración	Terapeuta	Participante	Estrategias	Instrumentos/formatos
2 min	- Da la bienvenida al paciente y refuerza al participante por haber asistido.	- Escucha	- Refuerzo positivo	
10 min	- Pregunta al participante “¿cómo te fue esta semana?” - Revisa el plan de acciones valiosas de la semana.	- Responde de forma general como le fue durante la semana y evalúa su plan de acciones durante la semana previa a la sesión.	- Ejercicio del tiro al blanco	- Formato correspondiente
25 min	- Pregunta al participante “¿Cómo llegaste a terapia y como te vas?” - Si el participante escribió algo, se proyecta la hoja con sus experiencias de antes y después de la terapia	- Responde la pregunta compartiendo sus experiencias vivenciales y opiniones respecto a la intervención.	- Narrativa	
10min	- Retoma e invita a realizar el ejercicio experiencial de pesarse. - Explora los eventos privados presentes, además registra el peso observado.	- Escucha, reflexiona y comparte su opinión y experiencias personales respecto al ejercicio. - Se pesa y comparte el peso	- Aceptación	- Anotar el peso observado
10min	- Envía el enlace para responder la evaluación y está presente para responder dudas.	- Responde instrumentos	- Aplicación	- WSSQ-M - AAQ II-M - CFC-E - ICA - Peso - Estatura

3min	- Se acuerda la forma y fecha del seguimiento - Indagando si hay dudas o comentarios. - Agradece su participación, se despide y cierra la sesión	- Escucha, expresa dudas, acuerda cita de seguimiento y se despide.	- Expositiva	
------	--	---	--------------	--

Sesión de seguimiento (un mes después) Objetivo: Recabar información sobre como ha estado el participante. Duración. 40 min aproximadamente				
Duración	Terapeuta	Participante	Estrategia	Instrumentos/formatos
	- Días previos a la sesión se confirma la modalidad de seguimiento a través de correo electrónico o mensaje.	- Responde y acuerda modalidad de seguimiento	- Narrativa	
2 min	- <u>Sincrónica</u> : Da la bienvenida al participante y refuerza que haya asistido - <u>Asincrónica</u> : Al inicio del mensaje saluda al participante y pregunta cómo ha estado "Hola ¿cómo has estado? Después proporciona las instrucciones y enlaces para responder las evaluaciones.	- <u>Sincrónica</u> : Escucha y responde el saludo	- Reforzamiento positivo	
20min	- <u>Sincrónico</u> : Pregunta al participante ¿Cómo has estado?	- Responde en términos generales como ha estado en la semana previa al seguimiento.	- Narrativa	
15min	- Envía el enlace para responder la evaluación y está presente para responder dudas.	- Responde los instrumentos de evaluación	- Aplicación	- WSSQ-M - AAQ II-M - CFC-E - ICA - Peso - Estatura - Ejercicio de tiro al blanco
3min	- <u>Sincrónica</u> : Agradece su asistencia al seguimiento y cierra la sesión	- <u>Sincrónica</u> : Se despide		

	- <u>Asincrónico</u> : Cuando la evaluación es devuelta, responde agradeciendo su participación	- <u>Asincrónica</u> : Devuelve la evaluación y se despide		
--	---	--	--	--

La constancia del cambio

“Más vale paso que dure y no trote que canse” (Refrán mexicano)

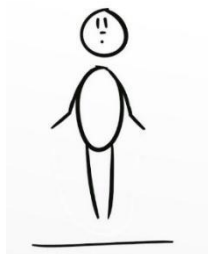
Metáfora del mapa (Adaptado de Hayes, Stroschal, & Wilson, 2014)

Cuando salimos a carretera o de paseo podemos ayudarnos de un mapa para saber qué camino tomar, en él podemos ver una representación del terreno real; sin embargo, jamás pensaríamos que el mapa es la realidad; por ejemplo, si en el camino por donde vas te das cuenta que ahí hay un nuevo camino, pero en el mapa no viene, es probable que pienses “este mapa está desactualizado”, es menos probable que pienses, “este camino no debería estar aquí”. De igual modo, la vida es como un recorrido y nuestro mapa es nuestra mente, solo que a veces hemos olvidado que nuestra mente no es la realidad sino el reflejo de lo que nos decimos de esa realidad, y entonces nos ocupamos en cambiar la realidad para hacer que se parezca a ese mapa que tenemos en la mente. En este proceso aprenderemos habilidades para poder salir de ese mapa y tener contacto con la realidad y tal vez en el camino ese mapa podrá irse actualizando.

Saltar es saltar (Adaptado de Hayes, et. al, 2014)

El empezar a salir del mapa y estar en contacto con la realidad será complicado, incómodo e intimidante, aunque necesario, y estos cambios pueden empezar con algo pequeño, aunque no por eso menos importante, con estar dispuesto, digamos que es como saltar.

“Estar dispuesto, es como dar un salto, por pequeño que sea; es saltar a lo desconocido, saltar hacia un mundo en el que ya no es necesario que te liberes de tu propia historia (de tu peso) para empezar a vivir la vida que realmente quieres vivir. Un mundo de autoaceptación, apertura, ambigüedad de contenidos y claridad de propósitos. No te preocupes, puedes decidir la magnitud del salto que vas a dar; lo que no puedes limitar es la naturaleza de tu acción y pretender que funcione. Tocar el suelo con el pie, sencillamente, no es saltar, podemos empezar por poca cosa, pero tiene que ser un salto desde el principio. No vas a tener que empezar saltando desde el edificio más alto. Puedes tirarte desde una hoja de papel o desde un libro no muy grueso. Pero tienes que empezar; necesitas empezar. No se trata de aprender a estar cómodo ni a apretar los dientes y a aguantar las cosas o aprender poco a poco a no sentir. De lo que se trata es de aprender a estar dispuesto, de aprender a saltar.”



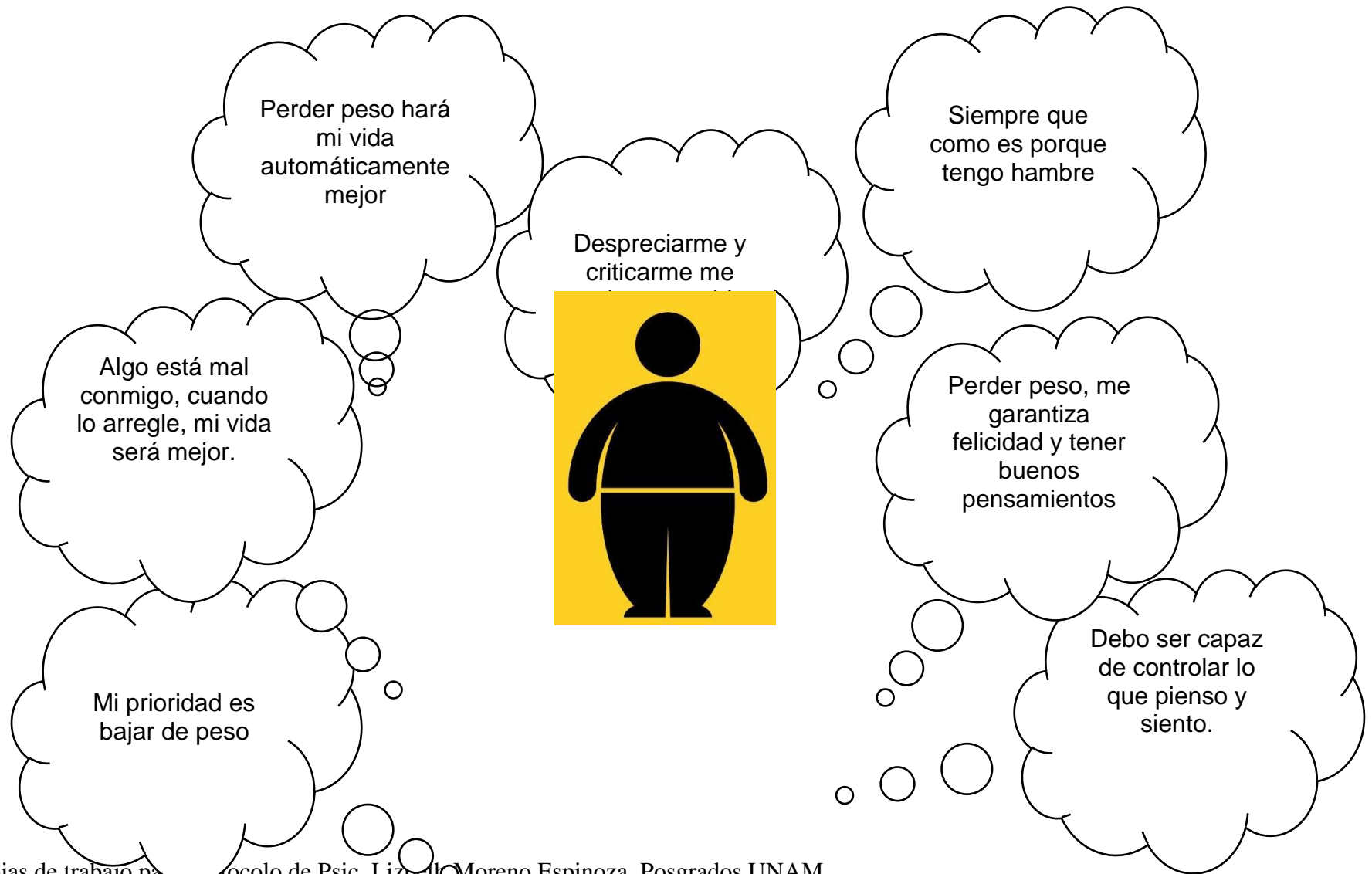
“Un salto es un salto, aunque sea desde una banqueta”

La importancia del porqué

“Si no decidimos a dónde ir, lo más seguro es que terminemos en el lugar hacia el que nos dirigimos” (Proverbio Chino)

Mitos sobre perder peso

(Adaptado de Lillis, Dahl, & Weineland, 2014)



Algunos conceptos:

Decisión	Elección
<p>Es una elección hecha por razones. Las razones son formulaciones de causa-efecto (si...entonces) o de pros y contras.</p> <p>Por ejemplo:</p> <p><i>Persona A:</i> Iré al museo, porque la gente que va a los museos es culta. Es decir, si yo voy al museo entonces seré una persona culta.</p>	<p>Es una selección entre las alternativas que se hace sin alguna razón específica. Aunque, puede darse en presencia de razones.</p> <p>Por ejemplo</p> <p><i>Persona B:</i> Me gusta mucho el arte, sobre todo las pinturas, y también me gusta el cine. Pero hoy quiero ir al museo. Además, la exhibición de pinturas que tiene hoy el museo, sólo se exhibirá este mes y luego regresará a su lugar de origen.</p>

Metas /objetivos	Dirección
<p>Cosas que se pueden ir obteniendo mientras se camina por una senda valiosa. Son acontecimientos, situaciones u objetos concretos; se pueden obtener.</p> <p>Por ejemplo: algunas son pequeñas cómo librarte de un dolor de cabeza, otras son grandes hitos como conseguir un buen puesto de trabajo.</p>	<p>Es aquello que guía tu andar, la sigues y como no es un lugar concreto entonces no es algo que se pueda “alcanzar”. Sino una brújula.</p> <p>Por ejemplo: ser una persona cariñosa no significa que en cuanto ames a alguien durante una temporada ya lo habrás logrado, siempre habrá más amor que dar.</p>

Valores

Son **direcciones vitales elegidas** que guían hacia lo que es realmente valioso para una persona en su vida. Siempre puedes revisar tu brújula para asegurarte de que te diriges hacia ahí.

(Para ACT los valores no son cuestiones morales de bueno o malo).

Ejercicio: tiro al blanco y plan de acciones valiosas

Estar dispuesto a dejarlo estar

“En general, todos podemos beneficiarnos de sentirnos un poco más cómodos con estar incómodos” (Lillis, et. al, 2014)

Metáfora de Paco el vagabundo (Hayes, et. al, 2014)

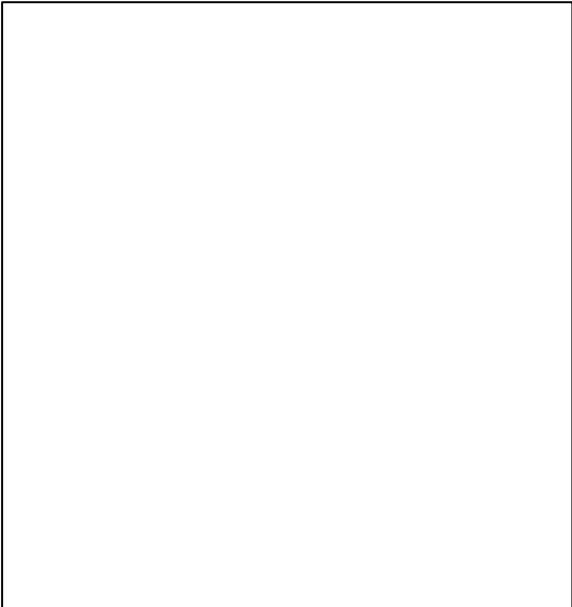
Imagina que estrenas una casa nueva e invitas a todos los vecinos del lugar a una gran fiesta de inauguración de tu vivienda. Todos cuantos viven en el vecindario están invitados, incluso has colocado un anuncio en el supermercado. De modo que se presentan todos los vecinos. La fiesta es genial y, de pronto, aparece Paco que vive detrás del supermercado, junto a los contenedores de basura. Paco huele que apesta y tú piensas: “¡Oh, cielos! ¿Por qué ha tenido que venir?”. Pero en tu anuncio tú habías puesto: “Todo mundo es Bienvenido”. ¿Podrías ser capaz de darle la bienvenida a él y hacerlo realmente, plenamente, aunque no te guste que se haya presentado? Puedes darle la bienvenida, aunque no tengas muy buena opinión de él. No tiene que gustarte. No tienen que gustarte como huele ni su estilo de vida ni su vestimenta. Puede que te sientas avergonzado de la forma en que se está sirviendo el ponche o cómo mete mano a los sándwiches. Tu opinión sobre Paco o la evaluación que hagas de él, es algo completamente distinto de tu posición de acogerlo como invitado en tu casa.

Ahora bien, también podrías decidir que, a pesar de haber dicho que todo el mundo era bienvenido, en realidad él no es bienvenido. Pero, en cuanto adoptas esta actitud, la fiesta cambia. Ahora tú tienes que estar delante de tu casa, vigilando la puerta para que él no vuelva. Ahora bien, si tú decides: “de acuerdo eres bienvenido”, pero en realidad no quieres decir eso –y te refieres a que solo es bienvenido si se queda en la cocina y no anda por en medio de los demás invitados– entonces vas a tener que estar ocupándote continuamente de que sea así y toda tu fiesta vas a limitarte a eso. Mientras tanto, la vida sigue, la fiesta continúa y tú eres el guardián de Paco. Eso no es calidad de vida. No se parece a una fiesta. ¡Es demasiado trabajo! ¿Y qué pasaría si todas la emociones, recuerdos, impulsos y pensamientos que, sin embargo, vienen a tu mente, fueran precisamente, otros tantos vagabundos a tu puerta? La cuestión es: ¿Qué postura adoptarías entonces? ¿Serían bienvenidos? ¿Puedes darles la bienvenida, aunque no te guste el hecho de que hayan venido? Si no, ¿cómo va a ser tu fiesta?


Algunos conceptos:

Eventos privados	Aceptación
Pensamientos, emociones, impulsos, recuerdos y sensaciones.	No luchar con los inventos internos, es responder activamente, no tolerar o resignarse, es dejar de intentar sentirte mejor y pasar a sentir mejor.

Eventos internos que preferiría no sentir

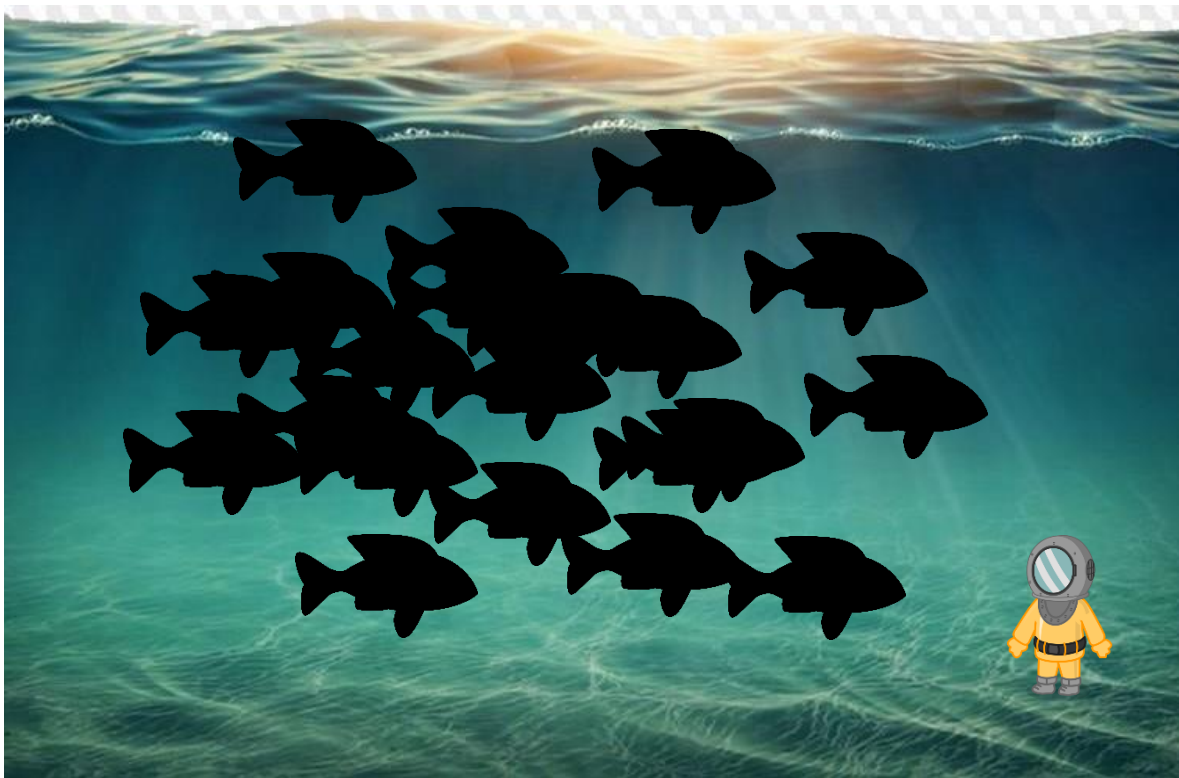


Lo que hago para cuando aparecen



Ejercicio: el banco de peces (Adaptado de Lilis, et. al, 2014)

Imagina que estás buceando, mirando a tu alrededor y viendo los diferentes tipos de peces y otra vida marina. De repente, un pez gigante, aparentemente del tamaño de una gran ballena viene hacia ti. No se puede decir lo que es, pero se ve enorme y realmente aterrador. Casi puedes identificar una boca gigante y pequeños ojos. A medida que se dirige hacia ti, piensas que este podría ser el final y no puedes evitar el pánico. El pez se dirige directamente a ti y luego aparentemente nada a través de ti. Sólo entonces te das cuenta de que en realidad es un banco gigante de peces, y los peces individuales son pequeños, cada uno de no más de siete centímetros de largo, ves que hay miles de peces, pequeños e inofensivos, nadando sobre, debajo, alrededor, y a tu lado. Las experiencias emocionales intensas y abrumadoras pueden ser como un banco de peces. Juntos parecen enormes y aterradores, como si pudieran lastimarte, pero cuando ves cada pez individual y lo notas por lo que es, se siente menos amenazante.



No cambies tus eventos privados, cambia tus acciones.

“Tenemos una mente muy buena, pero dictadores muy malos” (Hayes, 2020)

Metáfora de la radio encendida (Adaptada de Ruiz, citado en Perez-Romero, 2020)

La mente es como tener una radio siempre encendida, a veces está sintonizada en una cadena que emite noticias o música que a ti te agrada otras tantas veces quizá emita noticias o música que a ti no te agrada. Es probable que cuando emitan cosas que no te agraden, te apresures a cambiar de estación a una que te sea más agradable, Pero, aunque a veces lo consigues por un momento, después ella sola, sin esperarlo se pone en marcha y empieza de nuevo a emitir una sintonía que te desagrade o no te interesa; ella sigue su parloteo sin que tú consigas cambiarla por completo; ¡incluso muchas veces hasta en sueños sigue su actividad! La mente no es como una radio real donde simplemente la apagas, la mente simplemente hace su trabajo que es producir pensamientos y emociones.

Detecta las emisoras que más te incomodan y obsérvalas, no las puedes eliminar cambiando fácilmente de emisora, al menos de manera permanente. Pero puedes quitarles poder e influencia sobre tu vida y dártelo a ti mismo y ganar más libertad si aprendes a oír esas emisoras como quien escucha llover, como cuando oyes música mientras estás haciendo algo que te absorbe porque te interesa. De ese modo, aunque las sigas escuchando no seguirás sus mensajes, sino que te guiarás por aquello que de verdad valoras y quieres poner en marcha en tu vida.

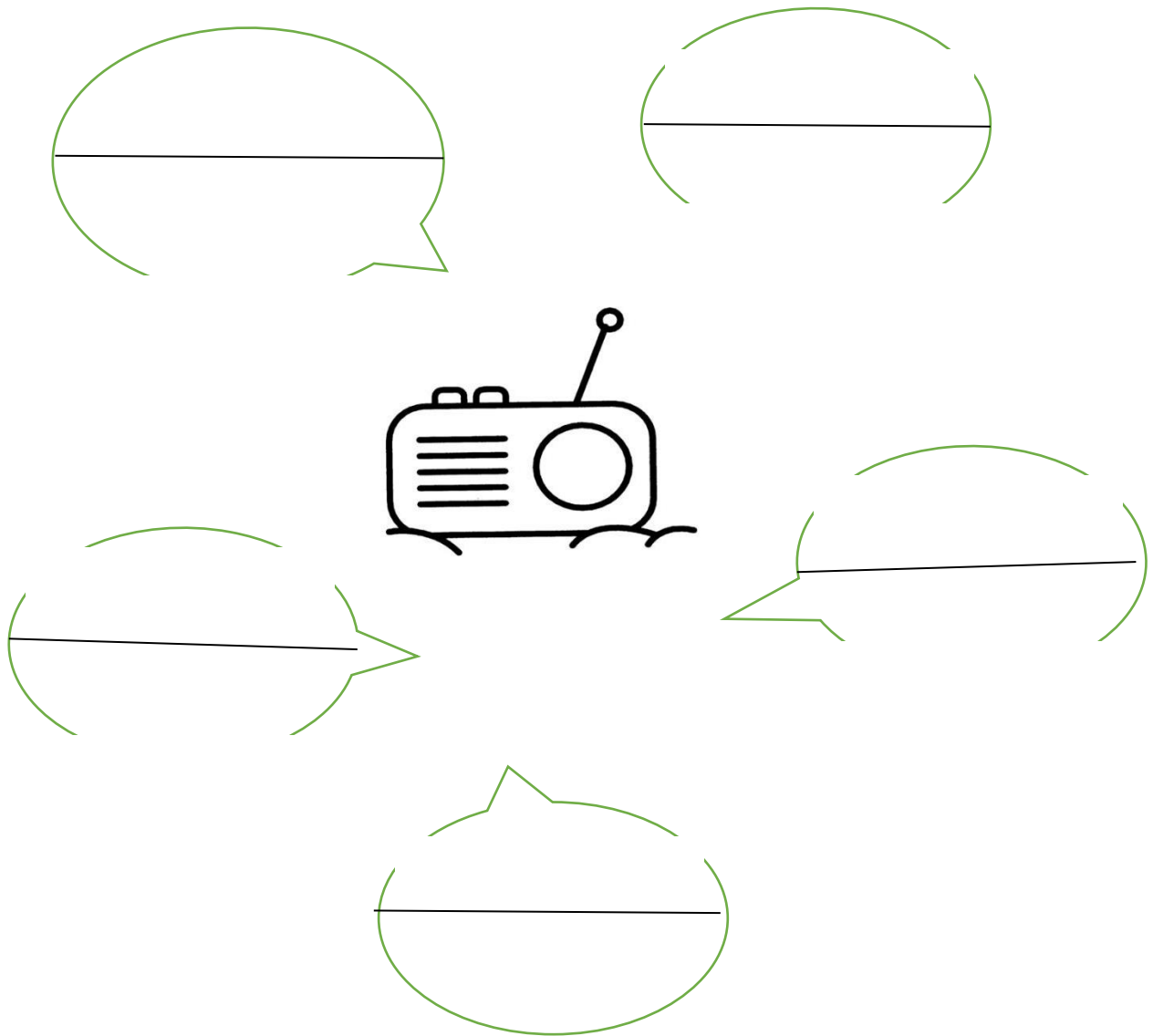
Algunos conceptos

Descripciones	Evaluaciones
Aspectos que podemos ver directamente en los objetos o acontecimientos.	Nuestras reacciones ante los objetos o los acontecimientos dependen de interactuar con ellos.
Ejemplo: forma, color, material, textura Una ensalada que tiene atún, arroz, lechuga, aguacate y granos de elote. Contemplar	Ejemplo: feo, bueno, incómodo, descolorido. Si no te gustara el atún: Una ensalada que sabe horrible. Si te gustara el atún. Una ensalada de lo más deliciosa. Solución de problemas

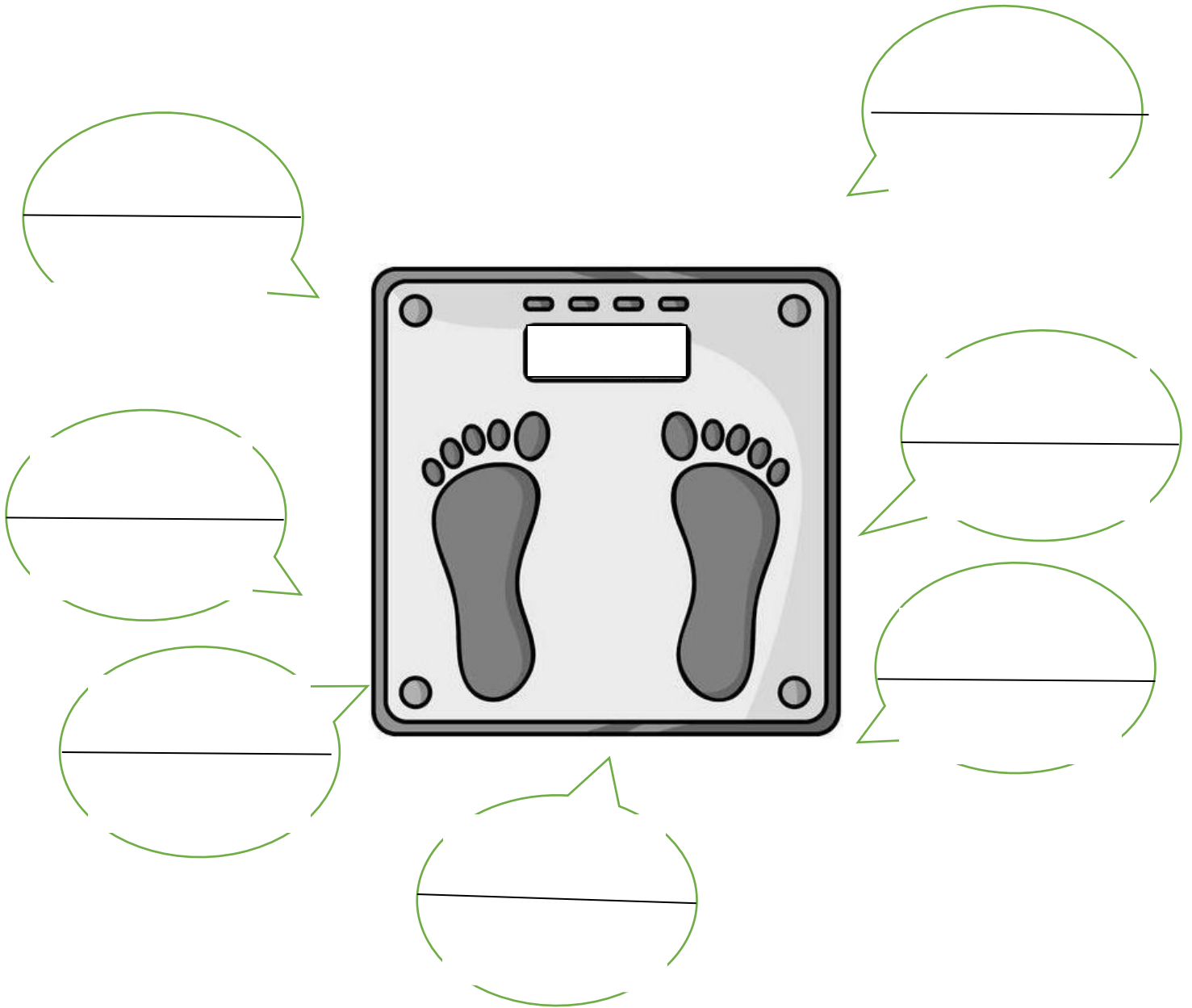
Las **descripciones y evaluaciones vienen juntas**, podemos decir que es “una ensalada que tiene atún, arroz, lechuga, aguacate y granos de elote, [pero como no me gusta el atún] me sabe muy fea”. Al notar esta distinción podemos elegir contemplar el desagrado ante ese platillo o entonces pensar en que llevar o donde ir para comer algo diferente.

Ejercicio: Saluda a tu emisora personal ¡Hola Mente!

¿Qué dice tu mente ante la palabra GORDO/A? ¿Qué te hace pensar o sentir? [evaluaciones y luego descripciones]

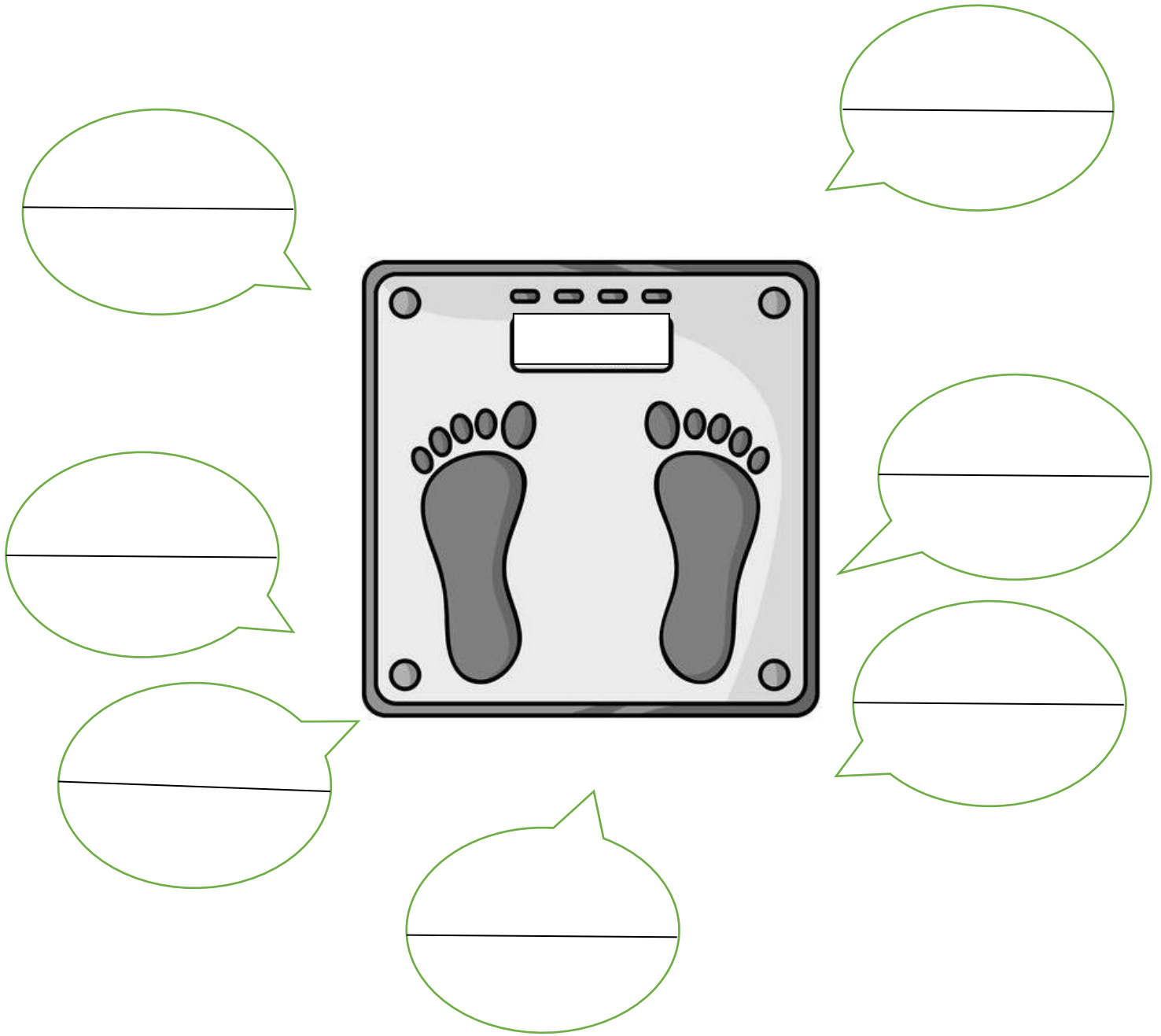


¿Qué dice tu mente respecto a tu peso? ¿Qué te hace pensar o sentir?



¿Qué dice tu mente respecto a tu peso ideal? ¿Qué te hace pensar o sentir?

[Si tuviera mi peso ideal entonces yo podría]



Si no soy mi peso entonces quién soy

“Necesitamos un `lugar sagrado` que nos proteja frente a las trampas de las autoevaluaciones...”
(Hayes, et. al, 2014)

Metáfora de la pantalla de cine (Adaptado de Lilis, et. al, 2014)

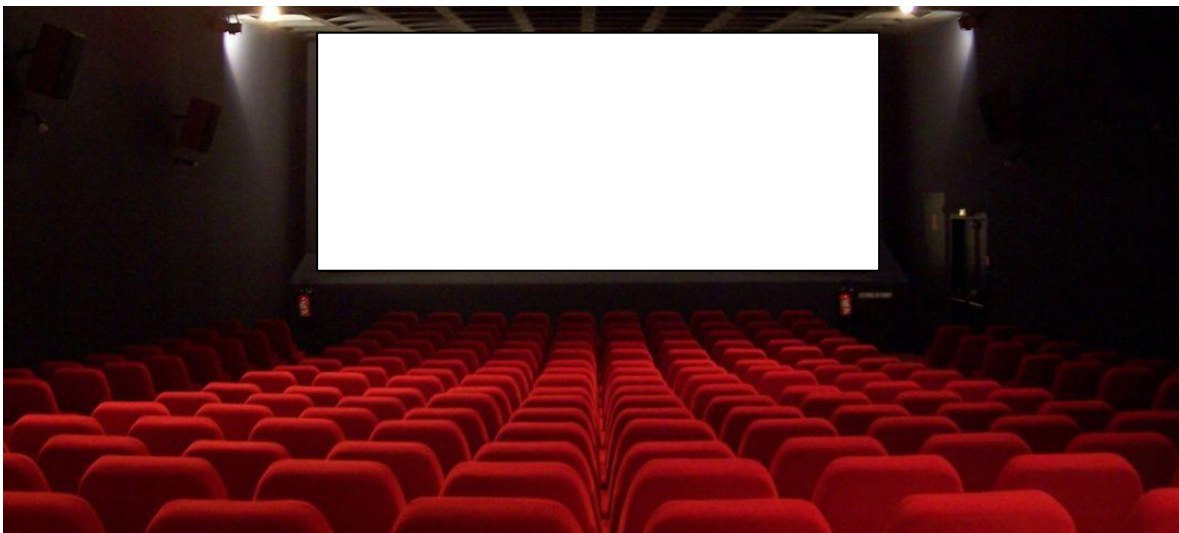
Es como una pantalla de cine. A veces se está reproduciendo una comedia, otras veces un drama, a veces un documental, otras veces un romance, a veces una película de miedo, otras veces una película de aventuras, y así sucesivamente. A medida que se reproducen las películas, es posible que notes cambios emocionales, dramáticos, y pensamientos que vienen, van y rebotan por todo el lugar. Después de una película verdaderamente aterradora, es posible que te sientas aterrizado; después de una tragedia, roto. Las películas cambian una y otra vez. Ten en cuenta que a medida que lo hacen la pantalla sigue siendo la misma. Tú eres la pantalla, el contexto en el que se desarrolla todo el drama, la alegría, la comedia y el miedo. A través de todo esto, el yo-contexto (yo-observador) sigue siendo una constante, siempre presenciando todo lo que está sucediendo, pero de alguna manera profunda sin cambios, estable, constante, perpetuo y confiable.

Ejercicio: Mi vida en temporadas (Adaptado de Hayes, et. al, 2014)

Evoca un recuerdo de algo triste que hayas experimentado el año pasado. Cuando lo tengas, describe lo que pasó, quién estaba allí, lo que viste y oíste, y todo lo que percibiste a través de los sentidos. Sé lo más detallado posible. También observa los pensamientos que tenías, las emociones que sentiste.

¿quién se da cuenta de esto?

Ahora evoca un momento feliz.



Algunos conceptos

Yo-concepto (Hayes, et. al, 2014)	Yo-observador (Hayes, 2020)
<p>Son las evaluaciones que hacemos respecto a nosotros, es una visión construida de quienes creemos ser y hay muchas versiones elaboradas para encajar con los propósitos sociales de diferentes contextos.</p>	<p>Nos acompaña siempre, independientemente de donde estemos, de con quien estemos o de cuál sea la situación.</p>

Comer con todos los sentidos

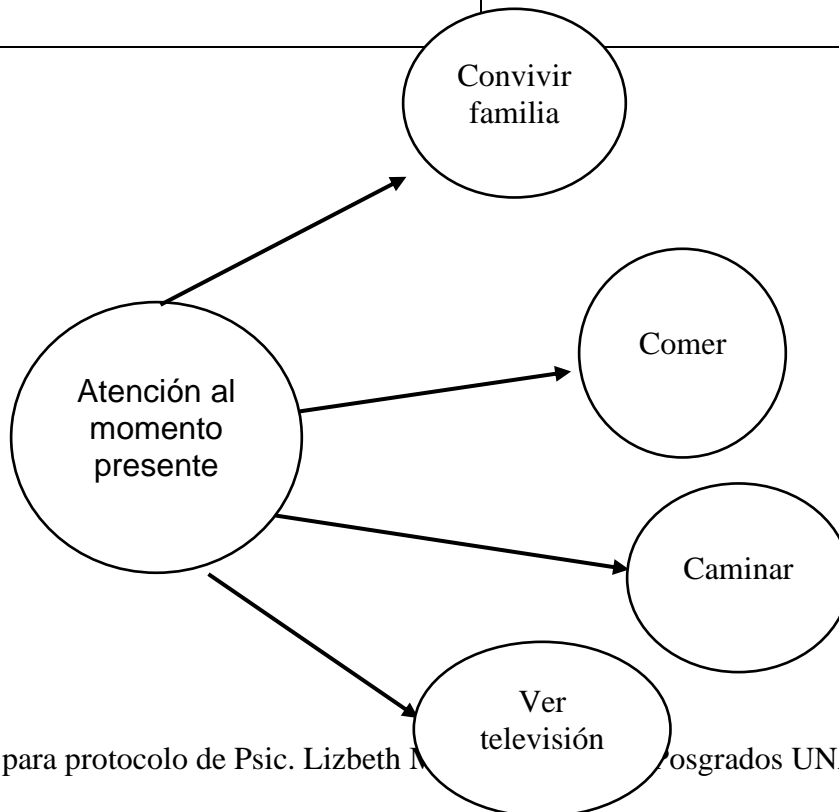
“Toda la vida ocurre en el momento presente; incluyendo las divagaciones sobre el pasado y el futuro” (Hayes, et. al, 2014)

Metáfora comer una manzana (Adaptado de Ferriter, 2013 en Stoddard, & Afari, 2014)

Imagina que eliges entre comer una manzana o un panquecito, por las razones que sean, eliges la manzana y mientras lo haces, en tu mente empiezan a aparecer pensamientos como “esto no es tan rico como un panquecito” y entonces empiezas a compararla, en cada bocado estás pensando en cómo la manzana no es tan dulce, esponjosa y rica como el panquecito. Incluso puede que cuando la hayas terminado, probablemente te comas el panquecito de todos modos. Por otra parte, si eliges el panquecito, mientras lo comes en tu mente empiezan a aparecer pensamientos como “esto no es tan nutritivo como la manzana, no debería estar comiendo esto” y a cada bocado estás pensando en cómo el panquecito no es tan buena opción como la fruta, en lo mal que estás por haberlo elegido. Incluso puede que cuando lo hayas terminado sientas culpa, no lo hayas disfrutado y pienses en cómo “compensar” tu elección. Otra opción para comer ya sea la manzana o el panquecito es hacerlo con atención (atentamente) permitiendo que cada uno sea lo que es, en lugar de necesitar o querer que sea algo más, es decir, estar atento y notar lo que es comerlo, en cada bocado notar su textura y su sabor en lugar perderte en tus pensamientos y juzgarlo por lo que no es.

Algunos conceptos:

Atención al momento presente	Comer atentamente
“Poner atención de manera intencional al momento presente sin juzgar” (Kabat-Zin traducción de Neria), es decir a lo que sucede tanto en nuestro interior como en el entorno.	Observar las numerosas sensaciones, pensamientos y emociones que surgen ante la comida, sin juicio ni lucha.



Ejercicio: Comer atento (Adaptado de Siegel, 2011)

Iniciemos evaluando tu hambre en este momento ¿Qué tan hambrienta te sientes, en una escala del 0 al 10? (Donde 0 es nada de hambre y 10 Muy hambriento) ¿En qué parte de tu cuerpo buscas para saber decir cuánta hambre tienes?

Ahora coloca el alimento sobre tu mano y examínalo detenidamente, imagina que es la primera vez que lo ves, permítete ser curioso. Observa su color y forma, ahora usa tu dedo índice y pulgar para explorar su textura, presta atención a cualquier pensamiento o sentimiento que surja. Ahora pregúntate, en una escala de 1 al 10 ¿cuánta hambre sientes por ese alimento basándote en lo que ves y sientes?

Acerca el alimento junto al oído, sostenlo un rato ahí, colócalo entre el pulgar y el índice, ejerciendo una pequeña presión. Resiste una eventual tentación de introducir el alimento en la oreja. Veamos si puedes oír el débil sonido que emite al aplastado. Presta atención a cualquier pensamiento o sentimiento que surja y pregúntate, en una escala de 1 al 10 ¿cuánta hambre sientes por ese alimento basándote en lo que escuchas?

Llévalo lenta y conscientemente delante de la punta de la nariz. Huélelo, toma aire y observa si detectas algún aroma, refresca la nariz y vuelve a olfatearlo, repara también en tus sensaciones como reacción al posible aroma. ¿Lo encuentras agradable, desagradable o neutro? Respira hondo varias veces para asimilar realmente su olor. Evalúa ¿cuánta hambre sientes por este alimento basándote en su olor?

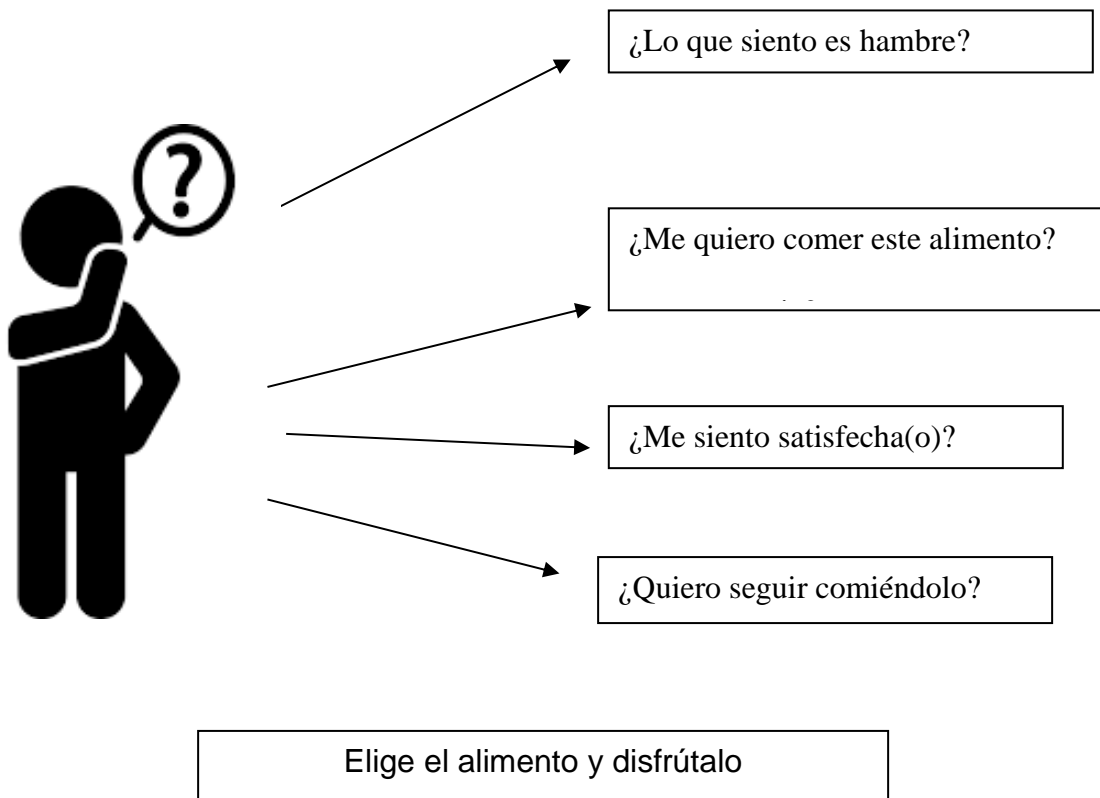
Investiga el alimento con la boca, llévalo frente a tus labios y permite que tu lengua lo tome y lo lleve dentro de tu boca, pero no lo muerdas, deja que permanezca un momento entre la lengua y el paladar. Nota bien cualquier reacción que experimente la boca. Nota de nuevo cualquier sentimiento que surja como reacción. A continuación, empieza a utilizar la lengua para darle vueltas y explorarlo. Nota también cómo cambia el alimento conforme permanece en la boca y pregúntate ¿cuánta hambre sientes por este alimento basándote en su sabor?

A continuación, coloca el alimento suavemente entre las muelas superiores e inferiores. Mantenlo ahí un poco de tiempo y veamos a qué se parece dicha sensación. Veamos si nos entran ganas de comerlo, o tal vez más bien de protegerlo. Dejemos ahora que las muelas se junten una vez, pero sólo una vez. Observa lo que ocurre. Nota bien cualquier sensación de sabor o de otro tipo, y cualquier deseo de comerla. Permanece simplemente con esta experiencia del alimento aplastado entre tus dientes mientras la boca y la mente reaccionan a ella.

Sigue masticando con lentitud, notando los cambios de textura y sabor que se producen en la boca. Una vez que el alimento se ha despedazado, permítete seguir masticando, notando bien todas las diferentes sensaciones y tentaciones que surjan. Observa el acto reflejo de tragar y cómo siguen cambiando las sensaciones en nuestra boca. Investiga con tu lengua si ha quedado algún trozo por ahí dando vueltas, ¿durante cuánto tiempo sigues manteniendo su sabor?, evalúa ¿se siente el estómago lleno o no, está satisfecho o no? ¿el estómago quiere más de lo mismo?

Ahora que el alimento ha pasado a tu sistema digestivo, qué te dice la mente sobre lo que acabas de comer, aparecen “deberías” o “no deberías”, pregúntate, en una escala del 0 al 10 ¿hasta qué punto me dice la mente que quiere más de lo mismo? Con la misma escala, ¿te dice que lo que comiste es tranquilizador o reconfortante?

Cuando consumes algún alimento o bebida pregúntate



Caminando mi senda vital

“La pasión sin perseverancia es una tragedia, y la persistencia sin propósito es un insulto al potencial humano” (Hayes, 2020)

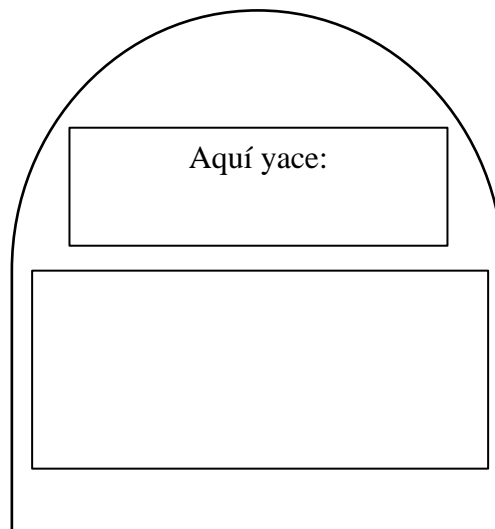
Metáfora de esquiar (Hayes, et. al, 2014)

Imagina que estás esquiendo y, en el momento en el que descienes del telesilla, le comentas a tu compañero de ascensión que tienes pensado bajar esquiendo hasta el albergue, donde te vas a encontrar con un grupo de amigos para merendar. “No hay problema”, te contesta tu compañero y, de pronto, le hace señas a un helicóptero que, a su señal, descende para recogerte y, a continuación, te deposita en el albergue. Tú protestas enérgicamente pero el piloto te mira incrédulo mientras te contesta: “¿De qué se queja, amigo? Usted dijo que su objetivo era bajar desde la cima de la montaña hasta el albergue”.

El piloto del helicóptero tendría razón si la única cuestión fuera bajar al albergue. Si fuera así, bajar la pendiente volando proporcionaría exactamente el mismo resultado que descender esquiendo. En los dos casos, el comienzo está en la cima de la montaña y el final en el albergue. El helicóptero, además, tiene notables ventajas: no coges frío, no te cansas y no te mojas, por ejemplo. Solo hay un problema: El objetivo de llegar al albergue se refería a completar el proceso de descender esquiendo. El proceso era la auténtica meta...paradójicamente el resultado es el proceso mediante el cual el proceso puede llegar a ser el resultado. Es decir, necesitamos objetivos, como lo es llegar al refugio, pero lo realmente importante es que participemos plenamente en el viaje. Entonces, el verdadero objetivo es, precisamente, esquiar, no alcanzar la meta (el albergue)

Ejercicio del Epitafio (Hayes, et. al, 2014)

Cuando entierran a la gente, a veces le dedican un epitafio. Suelen poner cosas como “Aquí está Sue. Amó su familia de todo corazón. Si la lápida fuera tuya ¿qué inscripción te gustaría que llevara? ¿cómo te gustaría que caracterizaran tu vida? Esto no es una descripción, ni una predicción; es una esperanza, una aspiración, un deseo. Piénselo por un momento e intenta sintetizar tus valores más profundos en un breve epitafio y escríbelo en lápida de abajo.



Algunos conceptos

Objetivo a corto plazo	Objetivo a largo plazo
Son puntos en el mapa que puedes alcanzar en el futuro inmediato.	Puntos en el mapa que están más lejos en tu camino.
<p>Ejemplo: imagina que tu valor es aprender y decides reflejarlo en elegir “leer más”, y lo pones en un objetivo de leer dos libros en 6 meses, para lograr este objetivo e iniciar piensas en varias acciones como</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En esta semana buscar qué libro te gustaría leer ● Comparar el libro ● Leer 15 minutos al menos 4 días de la semana <p>Tu valor de aprender no se reduce a leer más, sin embargo, es una forma de reflejarlo.</p>	

Los **objetivos** constituyen un medio práctico para hacer manifiestos tus valores, también proporcionan una medida con la que puedes contrastar tu progreso a lo largo de tu senda vital. Fijar metas a corto y a largo plazo ayuda a establecer un camino graduado que conduce de un indicador al siguiente. Lo cual constituye una forma muy eficaz de viajar.

Ejercicio: Plan de acciones valiosas para mi vida

La pregunta vital: (Hayes et al., 2014)

Basándose en la diferencia entre quién es usted como ser consciente y la historia que la mente le cuenta acerca de quién es, y en este tiempo y en esta situación, ¿está dispuesto a experimentar sus experiencias tal como son, no como le dicen que son, plenamente y sin ponerse a la defensiva innecesariamente? ¿Está dispuesto a dirigir su atención y sus esfuerzos a crear hábitos de conducta que reflejen sus valores elegidos y cada vez más amplios? ¿sí o no? Responder sí implica dos cosas: comprometerse con un rumbo y, realmente, cambiar de conducta. Dentro de algún tiempo, tal vez dentro de muy poco, la vida te lo volverá a preguntar de nuevo, y una vez más, y otra, y otra. Y, cada vez, tendrás que decidir tu respuesta.

Ejercicio: Plan de acciones valiosas para mi vida

(Adaptado por Neria (2020) de la hoja de asesoramiento de valores de Hayes, Strosahl & Wilson, 1999.)

Área	Valores	Objetivos a largo plazo	Barreras	Acciones
Trabajo/educación				
Ocio/ tiempo libre				
Amor/relaciones personales				
Salud/crecimiento personal				