



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

**“Inflexibilidad Psicológica en personas con obesidad que  
asisten a una ONG en la ciudad de Rosario”**

Director: Lic. Layacona, Federico

Tesista: Marder, David

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Rosario, Santa Fé

Marzo, 2019

*La confusión y esterilidad de la psicología no se puede explicar por el hecho de que es una "ciencia joven"; no se puede comparar su estado, por ejemplo, con el de la física en sus comienzos (...) En efecto, en psicología existen métodos experimentales y confusión conceptual.*

Ludwig Wittgenstein

*Si uno critica los supuestos y valores del adversario intelectual, lo hace en virtud de un análisis basado en sus propios supuestos y valores, por lo general, ocultos (...) Por definición, los supuestos no son los resultados de un análisis, sino que, ellos posibilitan el análisis. En efecto, uno no puede decir honestamente: "Mis supuestos y valores encajan mejor con mis parámetros que tus supuestos y valores, por lo tanto, mis supuestos y valores son mejores".*

Steven C. Hayes

## Resumen

Actualmente, el sobrepeso y la obesidad, términos que refieren a la existencia de un exceso acumulado de grasa corporal que se presenta como resultado de un balance positivo sostenido de energía originado, a su vez, por un desequilibrio permanente entre la ingesta alimenticia y el gasto energético, se encuentran entre los principales factores de carga de enfermedad y de riesgo de muerte a nivel mundial (OMS, 2018; Martínez Sopena, Redondo del Río y Franch, 2006; Baile Ayensa y González Calderón, 2013). Por otra parte, existe una creciente evidencia de que la Inflexibilidad psicológica, entendida como el dominio de los eventos privados sobre los valores y las contingencias, como guías de acción, desempeña un papel en una variedad de problemáticas clínicas, incluidos los problemas de salud (Levin *et al.*, 2014; Luciano, 2016) . Por dicha causa, el presente estudio tuvo como propósito explorar el nivel de inflexibilidad psicológica en personas con obesidad que asistieron a una ONG de la ciudad de Rosario, Argentina, en el año 2018. Para llevar adelante el estudio cuantitativo, se emplearon dos cuestionarios de tipo Likert: el Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) y el *Acceptance and Action Questionnaire II* (AAQ-II), ambos destinados a obtener una medida del nivel de fusión cognitiva y evitación experiencial, constructos psicológicos que conforman a la Inflexibilidad psicológica. La muestra, no probabilística por conveniencia, estuvo constituida por 27 personas con obesidad, 19 mujeres (70,37%) y 8 hombres (29,63%), cuyas edades oscilaban, al momento de la recolección de datos, entre los 18 y los 72 años. El análisis de los resultados obtenidos reveló que existen niveles medios de Inflexibilidad psicológica (puntaje=21-33) en las personas con obesidad que componen la muestra, encontrándose valores levemente superiores de fusión cognitiva. Como conclusión, el estudio ha demostrado que la Inflexibilidad psicológica se encuentra relacionada con la obesidad, pudiendo afectar la calidad de vida de quienes la presentan, limitándolas en sus diferentes contextos funcionales y, por tanto, acrecentando las consecuencias, particularmente psicosociales, de la problemática.

**Palabras clave:** Obesidad, Inflexibilidad psicológica, Evitación experiencial, Fusión Cognitiva.

## **Agradecimientos**

A Sari, mi vieja, por todo.

Al profesor Raúl Mesa, por despertarme un saludable escepticismo y sentido crítico.

## Índice

	Pág.
<b>Introducción</b> .....	1
<b>Antecedentes del tema</b> .....	5
<b>Planteamiento del problema</b> .....	8
<b>Objetivos</b> .....	8
<b>Marco Teórico</b> .....	8
<b>Capítulo I: La Obesidad</b> .....	9
<i>Definición</i> .....	9
<i>Etiología</i> .....	9
<i>Desequilibrios energéticos</i> .....	10
<i>Causas genéticas</i> .....	10
<i>Causas endócrinas</i> .....	11
<i>Por medicamentos</i> .....	11
<i>Clasificación</i> .....	11
<i>Según el IMC</i> .....	11
<i>Etiológica</i> .....	12
<i>Según donde se ubique la acumulación de grasa</i> .....	12
<b>Capítulo II: Un modelo de psicopatología y salud</b> .....	13
<i>Inflexibilidad y Flexibilidad psicológica</i> .....	13
<i>La fusión cognitiva y la alternativa de la defusión</i> .....	15
<i>La evitación experiencial y la alternativa de la aceptación</i> .....	16
<i>La pérdida de contacto flexible con el presente y la alternativa del contacto</i> .....	16
<i>El apego al yo conceptualizado y la alternativa del yo como contexto</i> .....	16
<i>La falta de claridad con los valores y la alternativa de su clarificación</i> .....	16
<i>La inacción, impulsividad o persistente evitación y la alternativa del compromiso de actuar</i> .....	17
<i>Terapia de Aceptación y Compromiso</i> .....	17
<i>Teoría del Marco Relacional</i> .....	19
<i>Una ciencia de la conducta: la Ciencia Contextual-Conductual</i> .....	20
<i>El contextualismo funcional: una filosofía para la ciencia</i> .....	21
<b>Marco metodológico</b> .....	23
<i>Diseño</i> .....	23
<i>Área de estudio</i> .....	23

<i>Participantes</i> .....	24
<i>Definición conceptual y operacional de las variables/categorías de análisis</i> ..	24
<i>Técnicas e instrumentos</i> .....	25
<i>Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)</i> .....	26
<i>Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II)</i> .....	26
<i>Consideraciones éticas</i> .....	26
<b>Resultados</b> .....	27
<i>Análisis de datos</i> .....	27
<i>Discusión</i> .....	38
<b>Conclusiones</b> .....	41
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	44
<b>Anexo A. Cuestionario de Evitación Experiencial</b>	
<b>Anexo B. Cuestionario de Fusión Cognitiva</b>	
<b>Anexo C. Modelo de consentimiento informado entregado a las unidades de muestra</b>	

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, en lo siguiente) (2018), el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Para determinar operacionalmente cuándo el porcentaje de tejido adiposo es "anormal" o "excesivo", existen valores de referencia respecto a cuál es la proporción de grasa que se considera adecuada para una persona adulta. Baile Ayensa y González Calderón (2013) señalan que los valores de tejido graso aceptables oscilan, en el sexo femenino, entre el 20% y el 25% del peso corporal total y, en el sexo masculino, entre el 15% y el 18%. Así, de acuerdo con lo expuesto por estos autores, es posible afirmar que una persona comienza a padecer de sobrepeso cuando supera los límites de dicho intervalo, reservando la calificación de obesidad para los casos en que el tejido graso excede el 32% del peso corporal, en el sexo femenino, y 25% del peso corporal, en el masculino.

Más allá de lo expuesto, cabe destacar que los datos anteriores refieren a la grasa corporal global y que, actualmente, suele tenerse presente no sólo la cantidad sino también la localización de ésta, ya que los riesgos para la salud podrían estar más asociados a un tipo de grasa localizada que a otro, y no tanto al porcentaje total. En este sentido, las ubicaciones corporales donde se suele acumular la grasa son las vísceras y/o la región subcutánea de forma difusa en ambos sexos, y más específicamente en el abdomen en los hombres y en las caderas en las mujeres (Baile Ayensa y González Calderón, 2013).

El sobrepeso y la obesidad se encuentran hoy entre los principales factores de carga de enfermedad y de riesgo de muerte a nivel mundial. Según estadísticas de la OMS (2018), en 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos. En el mismo año, se registraron más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad.

En Argentina, la investigación para conocer la situación epidemiológica de la obesidad, llevada adelante por Galante y colaboradores (2016), estimó que si el porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad se hubiese mantenido estable de acuerdo a los valores conocidos en 2005 (49,1%), en 2013, donde se registró un aumento a 52,5%, se hubieran evitado el 5,5% de las muertes ocurridas en adultos, que representan aproximadamente 18.000 fallecimientos.

Para la Organización Mundial de la Salud (2010) la obesidad es ya un problema de salud con proporciones de pandemia que se encuentra asociado a un amplio conjunto de patologías tales como trastornos cardiovasculares y metabólicos, como la diabetes mellitus tipo 2 y la resistencia a la insulina; problemáticas respiratorias, como el síndrome de apnea obstructiva del sueño; alteraciones musculoesqueléticas, principalmente la osteoartritis; alteraciones hepatobiliares y pancreáticas; cáncer de esófago, colon-recto, próstata, mama, entre otros; y problemáticas dermatológicas (López Alvarenga y González-García, 2001; Marcos Becerro y Basilio Moreno, 2001; Cabrerizo *et al.*, 2008). Además, se encuentra relacionada a múltiples problemáticas de orden psicológico, tales como depresión, trastornos de ansiedad, baja autoestima, trastornos de la alimentación, peor calidad de vida asociada a la salud, insatisfacción y distorsión de la imagen corporal (Vázquez Velázquez, 2004; Baile Ayensa y González Calderón, 2013; Monserrat Reséndiz Barragán y Sierra Murguía, 2014), por lo que el abordaje aconsejado para su tratamiento es interdisciplinar.

En este sentido, podría resultar de utilidad el modelo de Flexibilidad psicológica que, durante los últimos años, comienza a erigirse como un aspecto fundamental de la salud, y va ganando terreno en la literatura experimental básica y aplicada (Kashdan, 2010), debido a las varias ventajas empíricas que reporta, entre ellas, la posibilidad de aplicarse a prácticamente todas las áreas del funcionamiento conductual, donde se incluyen tanto las preocupaciones clínicas tradicionales relacionadas con la salud mental como las aplicaciones no clínicas relacionadas con el cambio de comportamiento, como mejorar la calidad de vida, aumentar la actividad física, modificar los hábitos alimenticios, etc. Además de las ventajas conceptuales antes destacadas, la Flexibilidad psicológica cuenta con un gran cuerpo de apoyo empírico en términos de aplicaciones clínicas e investigación experimental básica (Levin *et al.*, 2014; Zaheer, 2015), lo que la vuelve apta para el estudio aquí propuesto.

Desde la psicología, se han planteado intervenciones para el tratamiento de la obesidad que dan mayor importancia a la clasificación diagnóstica y al cambio de topografías de conducta específicas, las cuales han mostrado ser poco efectivas a largo plazo, ya que aproximadamente el 80% de los participantes recuperan el peso perdido en los siguientes años luego de terminado el tratamiento (Pulido Castelblanco, 2011).

Frente a este escenario, la Inflexibilidad psicológica puede ser un modelo trans-diagnóstico<sup>1</sup> prometedor en el que centrarse, ya que existen varios métodos que sirven para reducirla, como la Terapia de Aceptación y Compromiso. Expandir este modelo trans-diagnóstico para dar cuenta de más áreas problemáticas podría aumentar su utilidad en el desarrollo de intervenciones de aplicación general para tratar poblaciones clínicas heterogéneas, incluyendo a la población con obesidad (Levin *et al.*, 2014). De esta manera, el profesional psicólogo, al promover aspectos de Flexibilidad psicológica, ayudaría a sus pacientes a manejar mejor sus problemas relacionados con el peso, ya que se juzga que las personas psicológicamente flexibles podrían involucrarse en patrones de alimentación menos emocionales o defensivos, ser conscientes de las causas de su alimentación y mantenerse comprometidos con sus objetivos relacionados con la salud (Ciarrochi *et al.*, 2014).

Pese a que existe una evidencia creciente que respalda la correlación positiva entre la inflexibilidad y la mayoría de síntomas psicológicos, así como una relación negativa con diferentes constructos como calidad de vida y salud general (Levin *et al.*, 2014), a la fecha de redacción del presente estudio se cuenta con un limitado número de investigaciones en la literatura básica en las que se relacione este constructo con la obesidad. De este modo, explorar los niveles de Inflexibilidad psicológica en personas con obesidad puede aportar información valiosa en pos de promover el avance de otras investigaciones, básicas y aplicadas, centradas en la medición y disminución de ésta, y en el desarrollo de la Flexibilidad psicológica.

En este sentido, se enfatiza la necesidad de modelos unificados<sup>2</sup> y parsimoniosos, tal como la Inflexibilidad Psicológica, que funcionen adecuadamente, esto es, que cumplan con el objetivo de predecir y de actuar, con precisión, visión y profundidad, sobre organismos como una totalidad, interactuando en y con un contexto situacional e histórico (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014), de manera que los profesionales puedan aprender un limitado conjunto de principios, derivados de la investigación básica, relacionados con técnicas y procedimientos, producto de la investigación aplicada, que discriminen que componentes son importantes, cuando deben ser usados y que procesos de cambio son críticos.

---

<sup>1</sup> Un modelo trans-diagnóstico tiene como objeto proporcionar una base para entender, clasificar e integrar diferentes síntomas, fenómenos clínicos y/o diagnósticos desde procesos y factores (dimensiones) comunes y/o generales (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

<sup>2</sup> Un modelo unificado es "un conjunto de procesos congruentes que se aplica con precisión, visión y profundidad a una amplia gama de problemas clínicamente relevantes así como a cuestiones de funcionamiento y adaptabilidad humana" (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014, p.105).

Resumiendo, este estudio, al concretarse como una aproximación a esta problemática particular, persigue, como se propuso anteriormente, el fin de preparar el terreno para futuros trabajos, encaminados, a su vez, hacia un propósito general, y en consecuencia, más amplio: entender el sufrimiento humano, en sus diversas manifestaciones, y la mejor manera de tratarlo.

## Antecedentes del tema

Dado lo novedoso de la temática, se cuenta con una limitada cantidad de estudios que la abordan. En consecuencia, se citan cuatro investigaciones que tuvieron como objetivo explorar la relación entre la Flexibilidad e Inflexibilidad psicológica con las problemáticas relacionadas a la salud y, particularmente, con el peso y la alimentación. En tres de ellas, se utilizó como intervención la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT<sup>3</sup>, en lo siguiente), cuyo principal objetivo es el desarrollo de repertorios de Flexibilidad psicológica (Luciano, 2016).

La primera investigación, realizada por Lillis y Hayes en el año 2008, *Medición de la evitación e inflexibilidad en problemas relacionados con el peso*, tuvo por objetivo obtener datos en torno a la creciente evidencia de que la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica desempeñan un papel en una variedad de presentaciones clínicas, incluidos los problemas relacionados a la salud y la alimentación. Los autores presentaron datos preliminares sobre una nueva medida de estos procesos, en relación con pensamientos, sentimientos y acciones difíciles relacionados con el peso: *The Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties* (AAQW). La muestra estuvo conformada por 84 participantes inscritos en un estudio de mantenimiento de peso. El AAQW mostró buena consistencia interna ( $\alpha = .88$ ) y con otras medidas, incluido el *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ) original. Este instrumento demostró ser útil para evaluar nuevos objetivos de intervención para el control de peso, como la aceptación de emociones difíciles.

El siguiente estudio fue llevado a cabo por Jadidi y Kazemi-Zahrani en 2016. Titulado *Investigación del efecto de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) sobre la calidad de vida de las mujeres adultas que sufren de obesidad*, tuvo como objetivo estudiar el efecto psicológico de la ACT sobre la calidad de vida de las mujeres adultas que sufrían de obesidad. La población incluyó a todas las mujeres con exceso de peso con rango de índice de masa corporal (IMC) entre 30 y 40 que participaron en sesiones de capacitación familiar realizadas en la ciudad de *Shahin Shah*, Irán. Finalmente, se seleccionaron 40 pacientes que tenían las características para el muestreo y se colocaron al azar en grupos de prueba y control (cada grupo con 20 personas). La

---

<sup>3</sup> En inglés, ACT, dicho como una palabra y no como letras individuales (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014). Es incierto el uso del acrónimo en inglés o castellano. Dado que la versión inglesa se encuentra ampliamente difundida en textos castellanos y tiene una funcionalidad semántica en el contexto de la terapia (por ejemplo, actuar), mientras que el acrónimo en castellano puede conducir a confusiones con otros conceptos (por ejemplo, tomografía axial computarizada), se utilizará la versión inglesa en este documento.

intervención se basó en 12 sesiones de ACT en grupo. Se evaluó a los participantes de cada grupo antes y después de la intervención, con el cuestionario de Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (OMSQOL). Como resultado, se obtuvo que el grupo de prueba mostró una mejora significativa en las variantes de las dimensiones de salud física, el nivel de independencia en las relaciones sociales y ambientales y la espiritualidad. Se concluyó que es posible utilizar la ACT para mejorar la calidad de vida de las mujeres que sufren sobrepeso y obesidad.

En la misma línea que el anterior, el objetivo del estudio realizado por Nouria y Aghaei (2016), publicado bajo el título *Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la Flexibilidad psicológica en mujeres obesas*, fue determinar la efectividad de ACT sobre la Flexibilidad psicológica en mujeres obesas de *Isfahan*, Irán. Para el diseño se empleó un ensayo cuasi-experimental pre-test y post-test con seguimiento. La población incluyó a todas las mujeres obesas (con  $IMC \geq 30$ ) en Isfahan, en 2014. La muestra se seleccionó mediante el método de muestreo por conveniencia. Luego, las participantes fueron asignadas aleatoriamente a dos grupos: experimental y de control -15 unidades por grupo-. La intervención en el grupo experimental consistió en 8 sesiones de 90 minutos de duración de ACT. El instrumento empleado para la recolección de datos antes y después del tratamiento fue el *Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties* (AAQW) (Lillis y Hayes, 2008). Los datos obtenidos fueron analizados por SPSS. Los resultados del análisis de covarianza mostraron un aumento significativo en la Flexibilidad psicológica en la etapa posterior a la prueba y seguimiento. Los hallazgos demostraron que ACT fue efectiva para desarrollar repertorios de Flexibilidad psicológica en las mujeres obesas.

Por último, la investigación *La Flexibilidad psicológica media el cambio en la regulación de la alimentación intuitiva en las intervenciones de terapia de aceptación y compromiso*, llevada a cabo por Sairanen *et al.* (2017), se propuso explorar los mecanismos de cambio en la alimentación intuitiva y el peso en las intervenciones de terapia de aceptación y compromiso. El estudio indagó si la Flexibilidad psicológica, las habilidades de atención plena y el sentido de coherencia mediaron el efecto de las intervenciones sobre la alimentación intuitiva y el peso. Para el diseño, se empleó un análisis secundario de un estudio de casos y controles. El análisis de mediación comparó dos intervenciones de ACT cara a cara (en un grupo) y móvil (individualmente) con un grupo de control que utilizó un modelo de puntuación de diferencia latente. Se empleó una muestra de 219 sujetos participantes con sobrepeso u

obesidad. Luego del análisis de los datos obtenidos, se concluyó que el efecto de las intervenciones en las dimensiones de IMC, alimentación intuitiva y sus sub-escalas, alimentación por razones físicas en lugar de emocionales, y dependencia de las señales internas de hambre y saciedad, estuvieron mediados por cambios en la Flexibilidad psicológica. En resumen, estos descubrimientos sugieren que las intervenciones de ACT que apuntan a cambios en el estilo de vida, median los efectos de la intervención a través de la capacidad mejorada para continuar con actividades valiosas, incluso cuando se enfrentan con emociones negativas y pensamientos relacionados con el peso.

## **Planteamiento del problema**

¿Cuál es el nivel de Inflexibilidad psicológica en personas con obesidad que asisten a una ONG de la ciudad de Rosario?

### **Objetivo general**

- Explorar el nivel de Inflexibilidad psicológica en personas con obesidad que asisten a una ONG de la ciudad de Rosario, Argentina, en el año 2018.

### **Objetivos específicos**

- Identificar el nivel de fusión cognitiva en personas con obesidad que asisten a una ONG de la ciudad de Rosario, en función del sexo y la edad.
- Conocer el nivel de evitación experiencial en personas con obesidad que asisten a una ONG de la ciudad de Rosario, Argentina, en función del sexo y la edad.

## Marco Teórico

### Capítulo I: La Obesidad

#### *Definición*

Una definición estricta de obesidad refiere a la existencia de un exceso acumulado de grasa corporal que se presenta como resultado de un balance positivo sostenido de energía originado, a su vez, por un desequilibrio permanente entre la ingesta alimenticia y el gasto energético, que provoca un mayor riesgo de padecer problemas de salud, tanto de carácter biomédico como psicosocial (Martínez Sopena, Redondo del Río y Franch, 2006; Baile Ayensa y González Calderón, 2013).

Desde un enfoque psicológico, la obesidad se ha definido como la ingesta de alimentos en magnitud, frecuencia y calidad desproporcionadas, relacionada con acontecimientos vitales estresantes, estados emocionales, hábitos alimenticios inadecuados y/o con un marco social que moldea y modela comportamientos que generalmente tienen que ver con el sedentarismo y el alto consumo de alimentos hipercalóricos (Ribes, 1990; Berrocal *et al.*, en Pulido Castelblanco, 2011).

Desde una perspectiva analítico-comportamental, se considera que la historia de aprendizaje de cada persona es la que moldea su repertorio conductual, y en la medida en que incluya una mayor diversidad de comportamientos y situaciones, el repertorio será más amplio, lo cual facilitará nuevas acciones alternativas y efectivas ante situaciones presentes, reduciendo la probabilidad de que se presenten comportamientos problemáticos. Esa historia de aprendizaje es la que posibilita la singularidad de cada persona, puesto que vive experiencias particulares que, aunque puedan ser semejantes a las que otras personas viven, no tendrán los mismos resultados y, por tanto, moldearán comportamientos diferentes en topografía y/o función. De esta manera, la forma en que una persona ha aprendido a comportarse a través de su historia de aprendizaje puede aumentar o disminuir la probabilidad de presentar dificultades de salud (Ribes, 1990).

#### *Etiología*

Parece haber un consenso entre los autores en considerar a la obesidad como una “problemática multi-causal, es decir, como resultado de la interacción de múltiples factores que incluyen vulnerabilidad genética, procesos metabólicos,

funcionamiento neuroendocrino, factores ambientales y elementos conductuales” (Pulido Castelblanco, 2011, p.10).

El asunto se complica aún más cuando se involucran diferentes factores como la etnia, los hábitos dietéticos culturales y familiares, y la disminución de la vulnerabilidad a las enfermedades que previamente limitaban la esperanza de vida, y que aumentan la posibilidad de ganar peso.

Por otro lado, aunque en muchos sujetos afectados la sobrealimentación y la baja actividad física se encuentran entre los principales motivos del exceso de grasa corporal, existen diferencias individuales en el procesamiento energético y en la tendencia hacia el almacenamiento de calorías (Hernández-Jiménez, 2004). A continuación, se expondrá una breve descripción del complejo de factores interrelacionados.

#### *Desequilibrios energéticos*

Según la OMS (2018), la principal causa del sobrepeso y de la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, que se considera consecuencia de dos eventos que ocurren a nivel mundial: un aumento en la ingesta de productos alimenticios de alto contenido calórico que son ricos en grasas y carbohidratos, acompañado de un descenso en la actividad física, debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.

#### *Causas genéticas*

Entre las causas genéticas, se ha determinado que existen por los menos 15 genes que se asocian de manera significativa con la grasa corporal o el porcentaje de grasa corporal y 5 genes relacionados con la cantidad de grasa visceral abdominal, aunque, en grandes estudios de encuesta, se han identificado más de 250 genes, marcadores y regiones cromosómicas relacionadas con la obesidad (Hernández-Jiménez, 2004).

Asimismo, Rubio *et al.*, en Pulido Castelblanco (2011), señalan que ciertas malformaciones genéticas, al entrar en contacto con determinadas condiciones ambientales tales como mayor disponibilidad de alimentos hipercalóricos, o estilos de vida que promueven mayor sedentarismo, vuelven a la persona vulnerable de volverse obesa.

### *Causas endócrinas*

La aparición de la obesidad también puede deberse a una enfermedad de origen endocrino. Las principales alteraciones se encuentran producidas en los ejes hipotálamo-hipofisoadrenal e hipotálamo-hipofisogonadal, o en la segregación de la hormona de crecimiento (Rodrigo-Cano, Soriano del Castillo y Merino-Torres, 2017).

### *Por medicamentos*

La ingesta de ciertos fármacos puede provocar o aumentar el grado de obesidad. Entre ellos, se encuentran los glucocorticoides, utilizados como inmunosupresores para tratar enfermedades autoinmunes, o como antiinflamatorios, en pacientes con órganos transplantados, entre otros (Barbany y Foz, 2002).

### **Clasificación**

La obesidad se clasifica en tres grupos: en función del Índice de Masa Corporal (IMC en lo siguiente), etiológicamente y debido a la ubicación en donde se acumula la grasa corporal (Barbany y Foz, 2002).

### *Según el IMC*

Es el método de referencia más utilizado. Se calcula dividiendo el peso expresado en kilogramos, por la altura en metros al cuadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Acorde a la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), en Barbany y Foz (2002), la clasificación queda establecida tal como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1

*Clasificación de la obesidad según el IMC (SEEDO, en Barbany y Foz, 2002).*

Valores límites del IMC	Tipo de obesidad
IMC 30 – 34,9	Obesidad de tipo I
IMC 35 – 39,9	Obesidad de tipo II
IMC 40 – 49,9	Obesidad de tipo III (mórbida)
IMC >50	Obesidad de tipo IV (extrema)

$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$

### *Etiológica*

Tal como se abordó en el apartado anterior, la obesidad se considera un fenómeno multi-causal, pudiendo clasificarla en función de la prevalencia de uno de ellos.

### *Según dónde se ubique la acumulación de grasa*

La distribución de la acumulación de grasa puede tener un predominio inferior o superior. Si se trata del primer caso, se la conoce como obesidad periférica o ginoide. Siendo más habitual en el sexo femenino, la grasa se acumula en la región infraumbilical del abdomen, en la región glútea, en los muslos y en las caderas. Si es del segundo tipo y aparece concentrada en la región superior, se la denomina también central o androide. Más propia del sexo masculino, la grasa se acumula en la cara, en la región cervical y supraumbilical, y en el tronco (Barbany y Foz, 2002).

## Capítulo II: Un modelo de psicopatología y salud

### *Inflexibilidad y Flexibilidad psicológica*

La Inflexibilidad psicológica es, por un lado, un patrón de conductas, y por otro, un modelo de psicopatología. En palabras de Vargas-Mendoza, Osorio-Cuesta y Velasco-Tobón (2016), como repertorio conductual, es entendida como

[...] el rígido dominio de reacciones psicológicas, sobre valores escogidos y contingencias, como guías de acción. Esto frecuentemente ocurre cuando las personas se fusionan con pensamientos evaluativos y auto-descriptivos e intentan evitar experimentar eventos internos indeseables, lo que irónicamente magnifica su malestar, reduciendo su contacto con el momento presente y disminuyendo la probabilidad de actuar basándose en sus valores (p.2).

La Inflexibilidad psicológica es un patrón de respuestas sin dirección valiosa, directamente bajo control de la única función presente, que emana del evento privado (pensamientos, emoción, recuerdo, etc.) que esté en cada momento. Este conjunto de acciones es establecido a través de múltiples ejemplos e interacciones que se dan en el seno de la comunidad verbal, en los cuales la persona sigue reglas en las que el malestar estaría situado en oposición con hacer aquello que podría ser útil para su vida, y en las que la solución que se especifica, es la evitación para reducir dicho malestar. Por ejemplo, se aprende a través de otros a seguir reglas e interactuar con la propia conducta, para controlar el malestar, como paso previo para continuar con lo que es importante, aprendiendo así, a comportarse de manera inflexible en presencia del malestar (Luciano, 2016).

Como modelo, ofrece una concepción de la psicopatología alternativa a las concepciones de carácter nosográfico al uso, como el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés), y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE), de carácter trans-diagnóstico, sobre la base de una dimensión funcional subyacente, común a una diversidad de diagnósticos. Es decir que, desde este análisis, el énfasis pasa de las características formales –topográficas- de los trastornos psicopatológicos (por ejemplo, un trastorno depresivo mayor, un trastorno de ansiedad generalizada, etc.) hacia la función que cumplen esas conductas en la vida de la persona (Pérez Álvarez, 2014). De esta manera, este enfoque se basa en una serie de hallazgos que sugieren que las similitudes entre los trastornos pueden ser importantes para la evaluación y el tratamiento (Levin *et al.*, 2014).

Se considera, que un enfoque puede provocar confusión en el caso de que existan demasiadas dimensiones sin una importancia real, por lo que resulta necesario el llevar a cabo una selección entre los múltiples procesos disponibles, con el fin de articular un conjunto más pequeño en una perspectiva coherente. Así, un enfoque funcional “persigue la utilidad, limitando el número de dimensiones, vinculando las dimensiones a los procesos básicos y organizándolos en un modelo congruente” (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014, p.107)

En los inicios del modelo, el proceso psicopatológico se identificaba como Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) o Evitación Experiencial Destructiva (EED), y era definido, siguiendo a Pérez Álvarez (2014) como “un patrón recurrente por el que uno trata de cambiar o quitar (evitar) eventos privados discomfortantes (experiencias, pensamientos, recuerdos, imágenes, etc.), consiguiendo acaso un alivio inmediato, pero resultando improductivo y contraproducente a largo plazo” (p.147).

La Evitación Experiencial se podía detectar en múltiples trastornos de acuerdo a los criterios taxonómicos del DMS y el CIE, tales como depresión, ansiedad, adicciones, etc. En formulaciones posteriores, este modelo se extiende y expande, y pasa a denominarse Inflexibilidad psicológica.

En el otro polo, se encuentra la Flexibilidad psicológica, entendida como “un modo especial de abordar la propia conducta” (Luciano, 2016, p.11), la cual representaría en este modelo el componente de “salud psicológica”. En lo referente a una definición de este proceso, Törneke, Luciano, Barnes-Holmes y Bond, citados en Luciano (2016), sostienen que:

En términos técnicos, hemos definido la flexibilidad psicológica como una clase funcional, una operante, que consiste en responder a la propia conducta en un marco de jerarquía con la perspectiva deíctica-YO. Esto permitirá (1) una reducción substancial en el control conductual de las funciones presentes al enmarcar en coordinación la propia conducta, sin distinguirla de uno mismo, y (2) un incremento de respuestas desde el enmarque jerárquico. Lo que significa dar la oportunidad para que se hagan presentes las funciones apetitivas de *augmentals* y, consecuentemente, las acciones coordinadas con esa clase relacional. (p.11)

De manera menos técnica, se puede describir a la Flexibilidad psicológica, como la capacidad para experimentar eventos privados (pensamientos, sentimientos, sensaciones, recuerdos e imágenes) de manera plena, sin intentar evitarlos, controlarlos,

explicarlos o juzgarlos, (re)orientando la vida hacia metas valiosas, comprometiéndose en torno a acciones que se orienten hacia esos fines (Pérez Álvarez, 2014).

La Inflexibilidad psicológica se describe a partir de seis procesos conductuales, interrelacionados entre sí, que se identifican con términos propios del lenguaje ordinario. Cada uno de esos procesos lleva enlazado el equivalente proceso terapéutico, que en conjunto definirían a la Flexibilidad psicológica. La distinción de estos seis componentes es puramente pragmática, es decir, no representan aspectos fundamentalmente diferentes del comportamiento humano, sino que se ofrecen para resaltar el énfasis en las intervenciones. En otras palabras, estas categorías funcionan para sensibilizar al clínico, enfatizando distintos aspectos en la intervención (Sandoz, Wilson y Dufrene, 2010). La siguiente tabla presenta estos procesos de Inflexibilidad psicológica y sus correspondientes procesos de flexibilidad.

Tabla 2  
*Procesos “psicopatológicos” y “terapéuticos”.*

Procesos de Inflexibilidad psicológica	Procesos de Flexibilidad psicológica
Fusión cognitiva	Defusión
Evitación experiencial	Aceptación
Pérdida de contacto flexible con el presente	Contacto con el momento presente
Apego al yo conceptualizado	El yo como contexto
Falta de claridad con los valores	Clarificación y elección de valores
Inacción, impulsividad o persistente evitación	Compromiso de actuar

*La fusión cognitiva y la alternativa de la defusión*

La fusión cognitiva hace referencia a un control excesivo, inapropiado y literal del lenguaje, de un modo que imposibilita una conducta más adecuada dadas las circunstancias. Cuando esto ocurre, la conducta se encuentra bajo control de redes verbales inflexibles, de manera que se vuelve insensible a las contingencias. El lenguaje, lo que uno se dice o piensa, se vive como si fuera una “verdad absoluta”.

La defusión cognitiva consiste en crear contextos verbales que disminuyan las funciones de control del lenguaje, como su carácter literal, para facilitar el contacto con

las contingencias directas, esto es, se intenta disminuir la credibilidad de los propios eventos privados y la “fusión” (comillas propias) con ellos (Pérez Álvarez, 2014).

#### *La evitación experiencial y la alternativa de la aceptación*

La evitación experiencial hace referencia al intento de modificar, eliminar o controlar la forma o frecuencia de ciertas experiencias privadas aversivas, tales como pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales o recuerdos, aun cuando su resultado sea inefectivo, costoso o innecesario.

La aceptación implica hacer contacto abiertamente con las propias experiencias, tanto “buenas” como “malas”, sin intentar cambiarlas. Implica dejar que la experiencias estén allí, mientras la persona dirige su propia vida (Sandoz, Wilson y Dufrene, 2010).

#### *La pérdida de contacto flexible con el presente y la alternativa del contacto*

La pérdida del momento presente vendría a ser una consecuencia de la misma evitación experiencial y la fusión cognitiva. Por otro lado, el contacto con el presente implica una atención enfocada a los eventos que están en curso, esto es, a las percepciones de los eventos estímulo, tanto externos como privados (Pérez Álvarez, 2014).

#### *El apego al yo conceptualizado y la alternativa del yo como contexto*

“El yo conceptualizado es la narrativa personal y la descripción de lo que uno es” (Pérez Álvarez, 2014, p.150). Es el proceso de una acumulación de contingencias basadas en responder a numerosas preguntas que la comunidad verbal nos plantea respecto a lo que pensamos, sentimos, opinamos, etc., en relación a numerosas facetas de la vida y en relación a nosotros mismos en ella. Cuando existe un apego a éste, el foco está ausente y la atención se sobresalta de un evento a otro, perdiéndose el contacto con el presente.

El yo como contexto es “el sí mismo que está siempre, como detrás, de cualquier contenido, que siempre está ahí al cambiar el proceso y contenido verbales” (Wilson y Luciano, 2002, p.61), la promoción de este yo contexto, yo trascendental o yo observador, permitiría contemplar los eventos privados temidos o aversivos, sin fusionarse ni reducirse a ellos.

#### *La falta de claridad con los valores y la alternativa de su clarificación*

Wilson y DuFrene (2009) afirman que en la Terapia de Aceptación y Compromiso,

[...] los valores se eligen libremente y son consecuencias elaboradas verbalmente de patrones de actividad en curso, dinámicos y en desarrollo, que constituyen el principal reforzador de tal actividad y son intrínsecos a la implicación en la propia pauta de conducta valiosa (p.66).

La cuestión es poder clarificar los valores y ponerlos en un primer plano movilizante. Si estos no existen, o no están claros, ese puede ser considerado como el problema, y no tanto la fusión cognitiva o la evitación experiencial, como procesos conductuales que se dan en paralelo. Cuando una persona actúa siguiendo una dirección no acorde a sus valores, lo hace en función de evitar (o siguiendo la regla de evitar) un evento temido, es decir, haciéndolo más para sentirse mejor que para hacerlo mejor (Sandoz, Wilson y Dufrene, 2010).

*La inacción, impulsividad o persistente evitación y la alternativa del compromiso de actuar*

Como señala Pérez Álvarez (2014), el patrón de inacción o acción rígida resumiría la situación a la que da lugar un problema psicológico, en tanto que los síntomas por los que se suelen definir los trastornos funcionan como formas de evitación que impiden a la gente implicarse en acciones consistentes con sus valores.

El objetivo es generar repertorios de conducta controlados -encaminados- por valores, en base a objetivos concretos. De lo que se trata, entonces, es de lograr un compromiso de actuar.

***Terapia de Aceptación y Compromiso***

El principal objetivo de cualquier modelo de tratamiento, tal como plantean Hayes, Strosahl y Wilson (2014) es "su capacidad de conducir a intervenciones clínicamente significativas" (p.106). La Flexibilidad psicológica, como modelo unificado de funcionamiento humano, relacionado en cada uno de sus procesos clave, a programas de investigación, tales como la línea de condicionamiento operante y la insensibilidad a las contingencias, por su diseño, es, al mismo tiempo, un modelo de tratamiento psicológico, que cuenta con un enfoque de intervención, basado en métodos específicos que son capaces de promover estos procesos de cambio, tales como la Defusión y la Aceptación (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014).

Ese enfoque es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), un tratamiento psicológico orientado conductualmente en la vertiente analítico-funcional, con base

filosófica en el Conductismo Radical de Skinner y el Contextualismo Funcional de Hayes, y estructurado en las investigaciones experimentales del lenguaje y la cognición de la Teoría del Marco Relacional (TMR) (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, en Luciano, 2016). Este modelo psicoterapéutico en la década de 1990 se incluye en el paradigma de las denominadas terapias conductuales de tercera generación (Hayes *et al.*, 1999, 2011, en Fernández Fernández, 2013).

Los métodos y técnicas de ACT proceden, en parte, de otras terapias, tanto de tradición conductual como ajenas a ella, y son generadas, también en parte, por la propia investigación experimental básica, como el uso de metáforas y paradojas. En este sentido, la clave no está en las técnicas o los métodos en sí, sino en su fin, que es lograr Flexibilidad psicológica (Luciano y Valdivia Salas, 2006).

Una de las características más notables de la ACT, y que más la diferencia de las Terapias Cognitivo-Conductuales, es el hecho de que no persigue como objetivo el intento de modificar, eliminar o disminuir la frecuencia e intensidad de eventos privados aversivos en la persona, sean estos pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones, etc., sino que intenta alterar la función de éstos, y se direcciona en torno a la aceptación y activación psicológica, buscando dotar al individuo de un repertorio conductual amplio y flexible, orientándolo hacia metas y objetivos valiosos para él mismo, además de trabajar sobre la conciencia del momento presente; por tanto, el proceso terapéutico enfatiza el trabajo sobre valores<sup>4</sup> (Pérez Álvarez, 2014).

Pese a que la obesidad no se considera dentro del grupo de Trastornos del Comportamiento Alimentario (como la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa) ni como una enfermedad en la clasificación de la OMS, así como tampoco en las clasificaciones de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), que es referente en el diagnóstico psicopatológico a escala mundial (Baile Ayensa y González Calderón, 2013), la aplicación de ACT, ``como corresponde a su carácter trans-diagnóstico y trans-terapéutico, cubre prácticamente toda la variedad de problemas clínicos, así como aspectos psicológicos de la salud asociados a condiciones médicas'' (Pérez Álvarez, 2014, p.173).

---

<sup>4</sup> De acuerdo a Páez-Blarrina *et al.* (2006) los valores son entendidos como reforzadores verbalmente construidos.

### ***Teoría del Marco Relacional***

La Teoría de los Marcos Relacionales (TMR, en lo siguiente), base del modelo de Flexibilidad e Inflexibilidad psicológica y de ACT, es un programa de investigación experimental básica del lenguaje y la cognición, de carácter analítico-funcional, naturalista, monista y no reduccionista, que parte de la línea de investigación iniciada por Skinner con su obra *Conducta Verbal*, publicada en 1957, y de las relaciones derivadas de la equivalencia entre estímulos, descubierta por Sidman, en 1971. Hayes, Barnes-Holmes y Roche, en Luciano (2016), definen a la TMR como:

[...] una aproximación analítico-comportamental al 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 ejemplares. Los tipos específicos de comportamiento relacional, denominados marcos relacionales, se definen en términos de las tres propiedades de implicación mutua, implicación combinatoria y transformación de funciones. Los marcos relacionales son aplicables arbitrariamente, aunque no se aplican necesariamente de manera arbitraria en el contexto del lenguaje natural. (p.141)

La vinculación mutua implica una relación bidireccional entre dos eventos (ej., si A es equivalente a B, entonces B es equivalente a A). La vinculación combinatoria implica una relación transitiva en la que dos relaciones se pueden combinar para derivar una tercera (ej., si A es mayor que B; y B es mayor que C, de esto se aprende una nueva relación derivada de las anteriores, donde C es menor que A). Y la transformación de funciones implica que la función que tenga un estímulo puede cambiar la función de todo aquel otro con el que se relacione (Luciano, 2016).

Como estudio del lenguaje y la cognición en términos contextuales-funcionales, se ha centrado en la habilidad humana para aprender a establecer relaciones entre eventos y a derivar funciones nuevas, no entrenadas. Se entiende que la habilidad relacional es un repertorio de conducta operante aprendido en el curso normal de socialización, a partir de innumerables ocasiones, que forman parte de la práctica cotidiana. De esta manera, al aprender el lenguaje se posibilita que las palabras, los eventos y las cosas con las que interactuamos adquieran funciones de estímulo (principalmente aversiva, reforzante, motivacional y discriminativa) que no vienen dadas ni por sus características físicas -topografía-, ni por experiencias directas

contingenciales, sino que proceden de los marcos relacionales en los que se incluyen (Wilson y Luciano, 2002).

Desde la concepción del lenguaje adoptada por la TMR, existen diferentes contextos socio-verbales o condiciones socio-culturales que contribuyen a desarrollar y mantener problemas psicológicos. Y dado que el lenguaje, una vez adquirido, impregna prácticamente todos los ámbitos de la vida, pueden participar, acrecentando y/o mediando en las consecuencias y factores psicológicos presentes en la obesidad. Se parte entonces de una idea fundamental: “el sufrimiento psíquico es la característica básica de la vida humana” (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014, p.13), el cual surge de procesos psicológicos básicos y “normales” (comillas propias), en donde el lenguaje se encuentra fuertemente implicado. Tan fuerte es su nivel de implicancia que se puede sostener que el sufrimiento, “en el sentido de volver sobre las penalidades de la vida tal como uno las vive y/o poner en el presente un sufrimiento futuro, es una experiencia reservada a los seres humanos verbales como especie” (Wilson y Luciano, 2002, p.31).

Partiendo de una perspectiva evolucionista, la generalización del sufrimiento puede sugerir que ésta se origina a partir de procesos que fueron evolucionando para favorecer la adaptación del organismo humano. Este planteo es la base del supuesto de la “normalidad destructiva” (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014, p.26), la idea de que ciertos procesos psicológicos “normales” (comillas propias) y exclusivos del organismo humano, útiles en ciertas circunstancias, pueden conducir a resultados catastróficos y destructivos. En síntesis, desde esta postura se sostiene la idea de que la psicopatología en los seres humanos es resultado en gran parte del predominio de las relaciones derivadas en la regulación de la conducta. Dicho de otro modo, el predominio de lo verbal dificulta el contacto con el mundo y tiende a generar rigidez conductual.

### ***Una ciencia de la conducta: la Ciencia Contextual-Conductual***

La idea central de todo conductista se resume en que es posible construir una ciencia de la conducta. El modelo de la Flexibilidad e Inflexibilidad psicológica, forma parte de un ámbito más amplio, que es el proyecto de ciencia natural del comportamiento denominada Ciencia Contextual Conductual (CBS por sus siglas en inglés), que, siguiendo a Hayes, Barnes-Holmes y Wilson (2012), se entiende como una estrategia comunitaria centrada en principios de desarrollo científico y práctico reticulado. Basado en suposiciones filosóficas contextualistas, y anidado dentro de la ciencia de la evolución multidimensional y multinivel como una visión contextual de la vida, busca el desarrollo de conceptos y métodos científicos básicos y aplicados que sean útiles para

predecir e influir en las acciones contextualizadas de todos los organismos, individualmente y en grupos, con precisión, alcance y profundidad, extendiendo ese enfoque al desarrollo del conocimiento mismo a fin de crear una ciencia del comportamiento más adecuada a los desafíos de la condición humana.

***El contextualismo funcional: una filosofía para la ciencia***

La filosofía de la ciencia que se erige como la piedra basal de estos planteos se denomina Contextualismo Funcional, y confluye con “el Conductismo Radical de Skinner y el Interconductismo de Kantor” (Luciano, Valdivia-Salas, Gutiérrez Martínez y Páez-Blarrina, 2006, p.180), considerándose un tipo de contextualismo que es, a su vez, una de las concepciones del mundo, entre otras existentes, de acuerdo con el filósofo Stephen Pepper quien, en su libro *World hypotheses* de 1942, reconoce cuatro grandes hipótesis del mundo, según la “metáfora-raíz” (comillas propias) desde la cual parten: formismo, mecanicismo, organicismo y contextualismo (Pérez Álvarez, 2014).

El contextualismo tiene su metáfora-raíz en el “acto-en-contexto”, que se conceptualiza como la interacción históricamente construida entre un organismo como un todo y su contexto situacional, físico, biológico y socio-verbal. “Estos actos o eventos son intrínsecamente complejos, compuestos de actividades interconectadas con patrones continuamente cambiantes. Son como episodios de la trama de una novela o drama” (Pérez Álvarez, 2014, p. 143).

A su vez, el contextualismo tiene varias vertientes, siendo el que interesa, el contextualismo funcional, cuya teoría de la verdad se presenta de carácter práctico. Lo que significa que, tal como escribe Peña Correal (2014), parte de “la idea pragmatista de que el conocimiento verdadero es el conocimiento efectivo” (p. 126). Tomando como objetivo la predicción e influencia de los fenómenos con precisión -un número restringido de constructos se aplica a cualquier evento-, alcance -estos constructos se aplican a un gran número de eventos- y profundidad -los constructos a nivel psicológico se unen con aquellos en otros niveles-, para el contextualismo funcional lo que es “verdadero” o “correcto” es lo que permite la predicción y la influencia del comportamiento con precisión, alcance y profundidad (Sandoz, Wilson y Dufrene, 2010). Resulta pertinente aclarar, que, desde esta perspectiva, los objetivos analíticos, por sí mismos, no pueden ser evaluados ni justificados, solo pueden ser formulados. Así, se considera que los criterios de verdad que posibilitan el análisis científico y la formulación de objetivos, no son el resultado de este análisis; es la filosofía de la

ciencia, la encargada de describir y elegir esos supuestos y criterios que posibilitan el trabajo científico e intelectual (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014).

## **Marco metodológico**

### ***Diseño***

Esta investigación de campo, de acuerdo con Hernández Sampieri, Fernández Collado y Pilar Baptista (2014), es de carácter cuantitativo, ya que utilizó la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías, y presenta diseño transversal exploratorio, puesto que su objetivo central consistió en examinar un tema poco estudiado o novedoso.

Puede encuadrarse además dentro de lo que los mismos autores señalan como enfoque no experimental, ya que se llevó adelante sin manipular deliberadamente variables, y clasifica como de tipo transversal, debido a que se recolectaron los datos en una sola oportunidad, siendo su propósito describir variables y analizar su incidencia en un momento dado, a fines del segundo cuatrimestre del año 2018.

### ***Área de estudio***

La presente investigación tuvo lugar en la ciudad de Rosario, situada en el sureste de la provincia de Santa Fe, República Argentina. Rosario es la ciudad más poblada de la provincia de Santa Fe y la tercera ciudad más poblada del país, detrás de Buenos Aires y Córdoba.

El sitio elegido para el estudio fue una ONG que funciona dentro las instalaciones de en una escuela primaria. Allí, en el marco de las actividades que organiza esta ONG, se coordinan grupos de ayuda para personas con problemas de obesidad. Estos grupos, cuyos encuentros son semanales, brindan formación e información sobre aspectos relacionados con la obesidad, nutrición y actividad física.

Las personas que participan de las actividades llegan a los encuentros y son recibidas por estudiantes de medicina que colaboran con la ONG efectuando controles de peso y tensión arterial, entre otros. Luego, se llevan adelante los encuentros grupales coordinados por personas que, por lo general, fueron o continúan obesas, con experiencia en tratamiento “recuperados” o “ex-obesos”(según sus propias palabras), y que desempeñan la función de “guías”(término empleado para referirse a sí mismos), permitiendo que cada participante pueda relatar sus experiencias de la semana, particularmente sobre el seguimiento de su tratamiento nutricional, y de cuenta de los obstáculos o dificultades que enfrentan día a día.

Un aspecto a destacar del trabajo grupal son las funciones de apoyo, contención y acompañamiento emocional que se producen tanto en la relación coordinador-participante, como entre todos los participantes de cada encuentro.

### ***Participantes***

La población comprendió a todas las personas con obesidad que asistían a una ONG de la ciudad de Rosario, Santa Fe, República Argentina

La muestra escogida fue no probabilística por conveniencia (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Pilar Baptista, 2014), debido a que se seleccionó a las unidades por su disponibilidad en el momento de la recolección de datos. Estuvo compuesta por 27 personas con obesidad que asistieron a la ONG escogida en las fechas en las que se relevó la información, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 18 y 72 años.

Como criterios de inclusión para participar del estudio se estableció que todas las personas debían padecer obesidad, ser mayores de 18 años de edad, asistir a la ONG en el momento de aplicación del instrumento de medición y aceptar por escrito participar en el estudio.

Se consideraron criterios de exclusión que las personas no dieran su conformidad al momento del relevamiento de datos, o que no asistieran a la institución en la fecha estipulada para la visita por parte del investigador con dicho fin.

### ***Definición conceptual y operacional de las variables/categorías de análisis***

Tabla 3

*Definición conceptual y operacional de las variables/categorías de análisis.*

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Tipo</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Técnicas e instrumentos de recolección de datos</b>
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio.	Cuantitativa	Número de años cumplidos.	Cuestionario
<b>Sexo</b>	Características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres.	Cualitativa nominal	Masculino	Cuestionario
			Femenino	

<b>Evitación Experiencial</b>	Incapacidad para mantenerse en contacto con eventos privados y que conduce al intento por eliminar, alterar o disminuir la forma y frecuencia de éstos, aunque eso lleve a resultados perjudiciales. (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996, en Patrón Espinosa, 2010).	Cualitativa ordinal	Eventos privados aversivos (pensamientos, emociones, sensaciones, etc.)	Aplicación del <i>Acceptance and Action Questionnaire II</i> (AAQ-II)
			Conductas de evitación	
<b>Fusión Cognitiva</b>	Tendencia a creer el contenido literal del pensamiento y del sentimiento, así como un control verbal excesivo por sobre las contingencias directas (Hayes <i>et al.</i> , 2011, en Ramos, Rodríguez, Aintzane Sánchez y Mena, 2018)	Cualitativa ordinal	Eventos privados aversivos (pensamientos, emociones, sensaciones, etc.)	Aplicación de Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)
			Conductas de evitación	

### ***Técnicas e instrumentos***

Los instrumentos de evaluación que se aplicaron a los participantes, fueron dos cuestionarios individuales, auto-administrados, completados en presencia del investigador, quien los proporcionó directamente a los participantes.

Al ingresar a la institución, se planteó a los participantes de la ONG en qué consistía la investigación y se los invitó a participar. A quienes se ofrecieron como voluntarios, se les explicó cómo proceder, se les hizo entrega del consentimiento informado, que ambas partes firmaron, y el duplicado del documento quedó en manos del investigador.

Los cuestionarios fueron completados de manera individual, cara a cara con el investigador, en forma privada, despejando aquellas dudas que surgieron durante el proceso. El tiempo de realización promedio fue de 15 minutos. Una vez finalizado, se les pidió a los participantes que escribiesen en el reverso de los cuestionarios sus nombres, para poder contactarlos ante la necesidad de cotejar los datos.

### *Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)*

Descripción del instrumento: adaptado y validado para la población argentina, este cuestionario es una escala auto-aplicable tipo Likert, que permite medir la fusión cognitiva, o defusión cognitiva, dependiendo de la orientación de sus siete re-activos, cada uno con siete opciones de respuesta, que van de “nunca” a “siempre”, según las creencias y experiencias de cada evaluado.

Se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los siete puntos o categorías de la escala. A cada punto, se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Pilar Baptista, 2014). Los puntajes entre 7 y 20, indican baja fusión cognitiva; entre 21 y 33, fusión cognitiva media; y entre 34 y 49, alta fusión cognitiva. Las alternativas de respuesta son: (1) Nunca, (2) Muy rara vez, (3) Rara vez, (4) Alguna vez, (5) Con frecuencia, (6) Casi siempre, (7) Siempre.

### *Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II)*

Descripción del instrumento: traducido y adaptado por el Grupo ACT Argentina. Este cuestionario es una escala autoaplicable tipo Likert que permite obtener una medida general de evitación experiencial, o de aceptación experiencial, dependiendo de la orientación de sus siete re-activos, cada uno con siete opciones de respuesta, que van de “nunca” a “siempre”, según las creencias y experiencias de cada evaluado. Los puntajes entre 7 y 20 indican baja evitación experiencial; entre 21 y 33, evitación experiencial media; y 34 y 49, alta evitación experiencial.

### ***Consideraciones éticas***

Los sujetos fueron informados de los objetivos de la investigación. Además, se les garantizó el anonimato, la no difusión de sus datos personales y la confidencialidad, asegurando que no serían usados para ningún otro propósito que esta investigación.

La participación fue de carácter voluntario, por tanto, de ningún modo fueron forzados a formar parte de la muestra. A cada participante se le entregó una copia del consentimiento informado bilateral en el que quedaron plasmados por escrito los detalles de la investigación de la que participaron y el compromiso del investigador para con la información recabada.

## Resultados

### *Análisis de datos*

El análisis estadístico se realizó utilizando el *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). La muestra estuvo conformada por 27 personas, 19 mujeres (70,37%) y 8 hombres (29,63%), de entre 18 y 72 años, siendo la franja etaria más numerosa la comprendida por las unidades de muestra entre los de 50 y 65 años (40,74%).

Tabla 4

### *Distribución de edades en años*

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
18-33	3	11,11%
34-49	8	29,63%
50-65	11	40,74%
65+	5	18,52%
Total	27	100,00%

Se establecieron tres niveles para los constructos psicológicos en estudio: (1) Alto, cuando la puntuación en el cuestionario fue igual o superior a 34; (2) Medio, cuando la puntuación se encontró entre 21 y 33; y (3) Bajo, cuando fue igual o inferior a 20. Sin embargo, se consideró necesario emplear, para algunos análisis, otros intervalos de puntaje, ya que posibilitaron realizar análisis más detallados, respetando los tres niveles anteriores.

De los resultados obtenidos con el cuestionario de Fusión cognitiva (CFQ), se observa que el puntaje promedio fue de 30,22, lo que indicaría un nivel de fusión cognitiva media, encontrándose una puntuación máxima de 49 y mínima de 7.

Tabla 5

*Niveles de Fusión Cognitiva*

Nivel/Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto (34-49)	10	37,04%
Medio (21-33)	12	44,44%
Bajo (7-20)	5	18,52%

En la tabla 5 puede observarse que el menor porcentaje de la muestra obtuvo un puntaje que indicó bajo nivel de fusión cognitiva (18,52%), seguido por aquellos que alcanzaron un alto nivel (37,04%), en tanto que la mayoría (44,44%) obtuvo niveles medios.

Tabla 6

*Resumen de respuestas en porcentaje de Fusión Cognitiva.*

	Nunca	Muy rara vez	Rara vez	Alguna vez	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre	Total
Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional.	3,7%	18,5%	7,4%	29,6%	22,2%	11,1%	7,4%	100,0%
Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer.	14,8%	18,5%	7,4%	29,6%	14,8%	7,4%	7,4%	100,0%
Tiendo a analizar demasiado las situaciones hasta el punto en que me resulta de poca ayuda.	11,1%	7,4%	22,2%	7,4%	18,5%	14,8%	18,5%	100,0%
Suelo luchar contra mis pensamientos.	7,4%	7,4%	18,5%	14,8%	7,4%	18,5%	25,9%	100,0%
Me enojo conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos.	3,7%	7,4%	11,1%	37,0%	14,8%	11,1%	14,8%	100,0%
Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos.	7,4%	7,4%	22,2%	7,4%	7,4%	25,9%	22,2%	100,0%
Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos desagradable, aun cuando sé que eso sería útil para mí.	11,1%	7,4%	14,8%	14,8%	18,5%	18,5%	14,8%	100,0%

A partir de los datos obtenidos, se puede observar que en el Ítem "Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional", "Alguna vez" es la opción más elegida (29,6%), en segundo lugar, la opción "Con frecuencia" (22,2%), luego "Muy rara vez" (18,5%), seguida de "Casi siempre" (11,1%). Las opciones "Rara vez" y

``Siempre`` tuvieron el mismo puntaje (7,4%), y por último, se encuentra la opción ``Nunca`` (3,7%).

En el Ítem ``Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer``, ``Alguna vez`` es también la opción más elegida (29,6%), en segundo lugar, la opción ``Muy rara vez`` (18,5%), en tercer lugar ``Nunca`` y ``Con frecuencia`` (14,8%), y por último, se encuentran las opciones ``Rara vez``, ``Casi siempre`` y ``Siempre`` (7,4%).

Se observa que en el Ítem ``Tiendo a analizar demasiado las situaciones hasta el punto en que me resulta de poca ayuda``, ``Rara vez`` (22,2%) es la opción que aparece con mayor frecuencia, la acompañan en segundo lugar, ``Con frecuencia`` y ``Siempre`` (18,5%), continua la opción ``Casi siempre`` (14,8%), luego ``Nunca`` (11,1%), y por último, ``Muy rara vez`` (7,4%).

En el Ítem ``Suelo luchar contra mis pensamientos``, ``Siempre`` es la opción con mayor porcentaje (25,9%), ``Rara vez`` y ``Casi siempre``, están en el segundo lugar (18,5%), la ``Alguna vez`` (14,8%) está en el tercer lugar, y por último, se encuentran las opciones ``Nunca``, ``Muy rara vez`` y ``Con frecuencia`` (7,4%).

En el Ítem ``Me enojo conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos``, se observa que en primer lugar se encuentra la opción ``Alguna vez`` (37%), en el segundo lugar, están las opciones ``Con frecuencia`` y ``Siempre`` (14,8%), siguen ``Rara vez`` y ``Casi siempre`` (11,1%), continua ``Muy rara vez`` (7,4%), y por último, se encuentra la opción ``Nunca`` (3,7%).

En el Ítem ``Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos``, se eligió con mayor frecuencia la opción ``Casi siempre`` (25,9%), seguida en segundo lugar por ``Rara vez`` y ``Siempre`` (22,2%), por último, el resto de las opciones, ``Nunca``, ``Muy rara vez``, ``Alguna vez`` y ``Con frecuencia``, obtuvieron el mismo porcentaje (7,4%).

Por último, en el Ítem ``Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos desagradable, aun cuando sé que eso sería útil para mí``, ``Con frecuencia`` y ``Casi siempre`` (18,5%) son las opciones más elegidas, en segundo lugar, se encuentran las opciones ``Rara vez``, ``Alguna vez`` y ``Siempre`` (14,5%), continúa la opción ``Nunca`` (11,1%) y por último, ``Muy rara vez`` (7,4%).

Tabla 7

*Niveles de Fusión Cognitiva por sexo*

Nivel	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto	8	80%	2	20%
Medio	8	66,67%	4	33,33%
Bajo	3	60%	2	40%

Teniendo en cuenta los valores de la tabla 7, el 80% de la muestra que obtuvo niveles altos de fusión cognitiva estuvo conformado por el sexo femenino. Por otro lado, el 33,33% de los hombres obtuvo niveles medios, contra un 66,67% de las mujeres. Por último, se encuentra mayor similitud en las puntuaciones que indican niveles bajos, ya que 60% lo obtuvo el sexo femenino y 40% en masculino.

Especificando los intervalos de puntajes, en el sexo femenino, un 21,1% obtuvo un puntaje entre 36 y 40 (alta fusión cognitiva), siendo el intervalo más frecuente en este sexo. En tanto que en el sexo masculino, el resultado más frecuente se localizó entre 31 y 35 puntos (37,5%). Estos valores permitirían postular una pequeña diferencia en cuanto al nivel de fusión cognitiva entre ambos grupos. No obstante lo anterior, si se tiene en cuenta el intervalo de puntaje menos frecuente, que en ambos sexos se halló entre 46 y 49, el 5,3% de las participantes del sexo femenino obtuvo puntajes dentro de esta franja, y un 12,5% de los participantes del sexo masculino también lo hizo, estarían encontrándose en ambos sexos elevados porcentajes de fusión cognitiva.

Tabla 8

*Puntaje en el Cuestionario de Fusión Cognitiva por grupos de edad*

Intervalos de puntajes	Edad (años)								
	18-33		34-49		50-65		65+		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Fusión cognitiva	1-10	-	-	-	-	1	9,1%	-	-
	11-20	-	-	2	25,0%	1	9,1%	1	20,0%
	21-30	-	-	2	25,0%	3	27,3%	2	40,0%
	31-40	-	-	3	37,5%	5	45,5%	2	40,0%
	41-50	3	100,0%	1	12,5%	1	9,1%	-	-
	Total	3	100,0%	8	100,0%	11	100,0%	5	100,0%

Resulta interesante observar que la presencia de grandes niveles de fusión cognitiva por franja etaria fue disminuyendo conforme aumentó la edad, ya que el 100% de la muestra que conforma el grupo más joven (18-33 años) obtuvo un puntaje entre 41 y 49 puntos, comparado con un 0% en la edad comprendida entre los 65-72 años.

Por otro lado, se encontró que el intervalo de puntaje más frecuente (31-40) fue el mismo para aquellos que conformaron el grupo de 41 a 49 años (37,5%), 50-65 años (45,5%) y 65+ años (40%), lo que estaría hablando de niveles altos y medio/altos de fusión cognitiva en gran parte de la muestra.

En relación a las respuestas analizadas, un 25,9% de la muestra dice luchar “siempre” contra sus pensamientos (Ítem 4), así como “casi siempre” enredarse con ellos (Ítem 6). Sin embargo, pese a las funciones aversivas que esos eventos privados puedan tener para ellos, un 14,8% ha dicho que los pensamientos “nunca” han actuado como barreras que los vuelvan incapaces de hacer las cosas que realmente quieren hacer (Ítem 2). Ese dato resulta importante, dado que la fusión cognitiva se vuelve patológica, no efectivamente cuando existe malestar o dolor emocional (Ítem 1), como un 29,6% planteó haber sentido “alguna vez”, sino cuando las personas, dado un excesivo control verbal, se alejan de (o pierden contacto con) sus fuentes de reforzamiento, o bien se alejan de aquellas situaciones valiosas o importantes.

Otro ejemplo de un inapropiado control por parte del lenguaje se produce cuando las personas tienden a analizar demasiado las situaciones, hasta el punto en que les resulta de poca ayuda (Ítem 3), lo que se vuelve muchas veces un problema en sí. En

este punto los resultados fueron dispares, ya que un 22% afirma haberlo sentido “rara vez”, contra un 18,5% que dijo experimentarlo “siempre”.

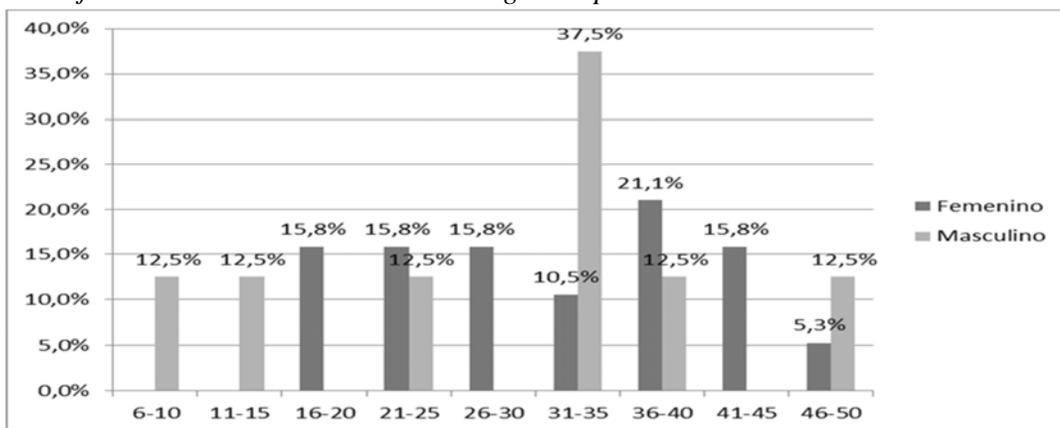
La conducta también se mantiene bajo un control inflexible de redes verbales, cuando se experimenta dificultad para dejar pasar los pensamientos desagradables, aun cuando saben que eso sería útil (Ítem 7), tal como a un 18,5% “casi siempre” le sucede.

En resumen, aunque en promedio la muestra presenta niveles que van de medios a altos, la fusión cognitiva se observa con mayor frecuencia en el sexo femenino, particularmente en lo que refiere a la vivencia de sufrimiento, intento de lucha contra los pensamientos (un 71,43% de las mujeres afirmó vivirlo “siempre”, contra un 28,57% en los hombres) y el enojo (un 75% de las mujeres expresó enojarse “siempre” con determinados pensamientos, comparado con un 25% en el sexo masculino).

En los hombres, la experiencia de luchar contra sus sentimientos es vivida con muy poca frecuencia aunque sí resulta más habitual en ellos sentirse atrapados en sus pensamientos, hasta el punto de sentirse incapacitados para moverse en dirección a lo que quieren, así como a enredarse en éstos, lo que permite asumir que la fusión cognitiva en el sexo masculino se produce más en torno al contenido verbal, que al emocional.

Gráfico 1

*Puntajes en el cuestionario de Fusión Cognitiva por sexo*



Sobre el análisis de los resultados obtenidos mediante el *Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II)*, se obtuvo un puntaje promedio de 25,04, lo que significa un

nivel medio de evitación experiencial en la muestra, 5 puntos menor al promedio de fusión cognitiva, con un puntaje máximo de 44 y un mínimo también de 7.

Tabla 9

*Niveles de Evitación Experiencial*

Nivel/Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto (34-49)	8	29,63%
Medio (21-33)	9	33,33%
Bajo (7-20)	10	37,04%

Tal como se observa en la tabla 9, la muestra presentó niveles más equilibrados que en fusión cognitiva y, a diferencia de ese proceso, aquí la mayor cantidad obtuvo niveles bajos de evitación experiencial (37,04%), en tanto que el menor porcentaje, niveles altos (29,63%). Por último, el 33,33% restante de la muestra reportó un nivel medio.

Tabla 10

*Resumen de respuestas en porcentaje de Evitación Experiencial*

	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad	Total
Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	18,5%	18,5%	11,1%	22,2%	18,5%	3,7%	7,4%	100,0%
Tengo miedo de mis sentimientos.	29,6%	14,8%	11,1%	22,2%	7,4%	3,7%	11,1%	100,0%
Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	11,1%	22,2%	3,7%	25,9%	11,1%	11,1%	14,8%	100,0%
Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	29,6%	11,1%	7,4%	14,8%	18,5%	3,7%	14,8%	100,0%
Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	18,5%	11,1%	11,1%	18,5%	18,5%	11,1%	11,1%	100,0%
Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	33,3%	14,8%	7,4%	7,4%	11,1%	7,4%	18,5%	100,0%
Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	25,9%	7,4%	7,4%	25,9%	14,8%	7,4%	11,1%	100,0%

Se observa en el Ítem "Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría", la opción "A veces es verdad" (22,2%) es la más elegida, continúan en segundo lugar, "Nunca es verdad", "Muy raramente es verdad" y "Con frecuencia es verdad" (18,5%), luego, se encuentra la opción "Raramente es verdad" (11,1%), continúa la opción "Siempre es verdad" (7,4%), y por último, "Casi siempre es verdad".

En el Ítem "Tengo miedo de mis sentimientos", la opción "Nunca es verdad" (29,6%) es la más elegida, seguida de la opción "A veces es verdad" (22,2%), en tercer lugar, "Muy raramente es verdad" (14,8%). Continúan las opciones "Raramente es verdad" y "Siempre es verdad" (11,1%), "Con frecuencia es verdad" (7,4%) y para finalizar, "Casi siempre es verdad" (3,7%).

En el Ítem "Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos", "A veces es verdad" es la opción más elegida con un 25,9%, seguida por "Muy raramente es verdad" con un 22,2%, en tercer lugar se encuentra la opción "Siempre es verdad" con un 14,8%, a continuación, en cuarto lugar, están las opciones "Nunca es verdad", "Con frecuencia es verdad" y "Casi siempre es verdad" con un 11,1%, y por último, está la opción "Raramente es verdad" con un 3,7%.

En el Ítem "Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena", la opción más elegida, con un 29,6% es "Nunca es verdad", en segundo lugar está la opción "Con frecuencia es verdad" con un 18,5%; a continuación se encuentran las opciones "A veces es verdad" y "Siempre es verdad" con un 14,8%, en cuarto lugar está la opción "Muy raramente es verdad", con un 11,1%, "Raramente es verdad" con un 7,4%, y en último lugar, con un 3,7%, "Casi siempre es verdad".

Tal como se observa en el Ítem "Mis emociones interfieren en como me gustaría que fuera mi vida", las opciones "Nunca es verdad", "A veces es verdad" y "Con frecuencia es verdad" son las más elegidas con un 18,5%, en tanto que el resto de las opciones, obtuvieron un 11,1%.

En el Ítem "Parece que la mayoría de la gente lleva una vida mejor que yo", "Nunca es verdad" es la opción más elegida, con un 33,3%, en segundo lugar se encuentra "Siempre es verdad" con un 18,5%, seguida de "Muy raramente es verdad" con un 14,8%, en cuarto lugar, con un 11,1% está la opción "Con frecuencia es

verdad'', en tanto que las opciones menos elegidas, con un 7,4%, son ''Raramente es verdad'', ''A veces es verdad'' y ''Casi siempre es verdad''.

Por último, en el Ítem ''Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir'', las opciones ''Nunca es verdad'' y ''A veces es verdad'' son las más elegidas, con un 25,9%, sigue, en segundo lugar, con un 14,8%, ''Con frecuencia es verdad'', a continuación, la opción ''Siempre es verdad'' con un 11,1%, y por último, como las opciones menos elegidas, están ''Muy raramente es verdad'', ''Raramente es verdad'' y ''Casi siempre es verdad'', con un 7,4%.

Tabla 11

*Niveles de Evitación Experiencial por sexo*

	Sexo			
	Femenino		Masculino	
Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto	7	87,50%	1	12,50%
Medio	6	66,67%	3	33,33%
Bajo	6	60%	4	40%

Como expresan los guarismos de la tabla 11, los valores son bastante similares a los obtenidos en fusión cognitiva, ya que aquí también se observa un gran predominio del sexo femenino en los niveles altos de evitación experiencial, habiendo obteniendo un 87,50% del total de valores, e iguales porcentajes en cuanto a nivel medio (66,67%) y bajo (60%) que en el cuestionario anterior.

De manera más específica, en cuanto al sexo masculino, los intervalos de puntaje más frecuentes se encuentran entre los 6 y 10 puntos (25%) y los 15 y 21 puntos (25%), indicando que el 50% de los hombres experimenta niveles bajos de evitación experiencial. En tanto que en el resto, un 12,50%, demuestra niveles altos, y el 37,50% restante, niveles medios.

En el sexo femenino, un 21,1% obtuvo un puntaje entre 26 y 30 puntos, y un 10,5% entre 41 y 49 puntos, indicando un alto nivel de evitación experiencial, en tanto que en el sexo masculino, no se alcanzaron cifras tan altas. Así, solo un 31,58% de las mujeres evidencia niveles bajos de evitación experiencial, contra un 68,42% con niveles medios y altos, con predominio del último.

Tabla 12

*Puntaje en el Acceptance and Action Questionnaire II por grupos de edad*

		Edad (años)							
		18-33		34-49		50-65		65+	
Intervalos de puntajes		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Evitación experiencial	1-10	-	-	2	25,0%	1	9,1%	1	20,0%
	11-20	-	-	-	-	5	45,5%	1	20,0%
	21-30	-	-	4	50,0%	1	9,1%	2	40,0%
	31-40	2	66,7%	1	12,5%	4	36,4%	1	20,0%
	41-50	1	33,3%	1	12,5%	-	-	-	-
	Total	3	100,0%	8	100,0%	11	100,0%	5	100,0%

Como se observa en la tabla, se produce un fenómeno similar a los resultados de fusión cognitiva, los mayores puntajes se evidencian en el grupo más joven, conformado por personas de 18 a 31 años, en donde un 67,7% obtuvo un puntaje entre 31-40 puntos, en tanto que el 33,3% restante, alcanzó un puntaje entre 41-49 puntos, indicando altos niveles de evitación experiencial. Los puntajes más frecuentes del resto de los grupos etarios se encuentran entre los 21 y los 30 puntos para el 50% de las personas entre 34 y 49 años, y para el 40% de las personas entre 65 y 72 años. Por último, el 45,5% de los participantes entre 50 y 65 años, obtuvo un puntaje entre 11 y 20, lo que significa bajos niveles de evitación experiencial.

Entre las respuestas analizadas, un 18,5% dijo sentir “con frecuencia” que sus emociones interfieren en cómo les gustaría que fuera su vida (Ítem 5), así como también, con la misma frecuencia y porcentaje, expresaron que sus experiencias y recuerdos dolorosos hacen difícil vivir la vida que querrían (Ítem 1). Esos datos son significativos, dado que la evitación de eventos privados aversivos, como las emociones, puede tener importantes costos para la calidad de vida de las personas.

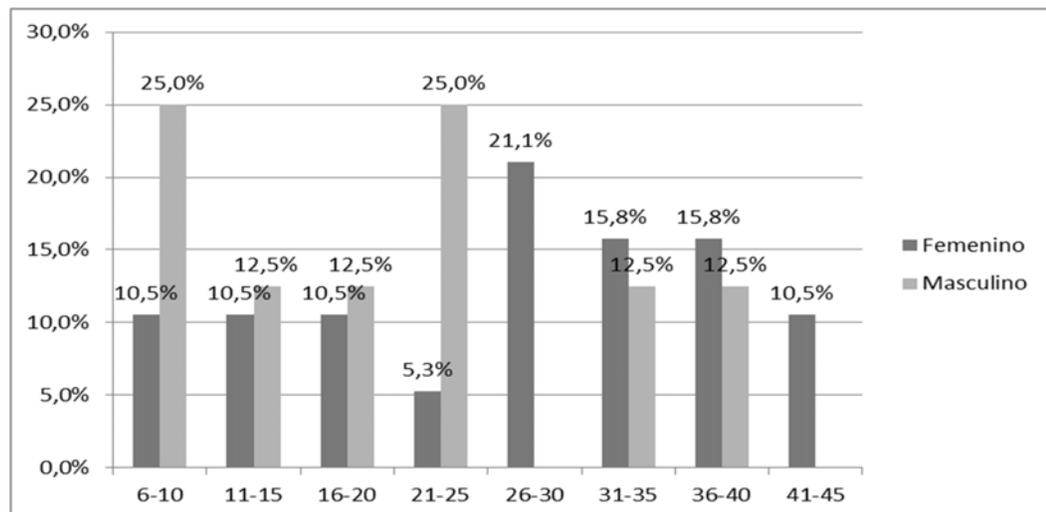
De todos los sujetos, el 25,9% ha dicho que “a veces” sus preocupaciones interfieren en el camino de lo que quieren conseguir (Ítem 7). En este sentido, de la misma manera que con la fusión cognitiva, debe mencionarse que no importa tanto el contenido de las experiencias privadas o el malestar que puedan causar, sino cómo la persona se relaciona con esas experiencias, pudiendo dificultar el contacto con el mundo y con aquello valioso e importante para ella. Así, la evitación se vuelve inefectiva y costosa, como se observa en un 14,8% de la muestra, a quien “siempre” le inquieta no ser capaz de controlar sus preocupaciones y sentimientos (Ítem 3).

En el mismo sentido, se evidencia que en muchas circunstancias las estrategias de supresión de eventos privados resultan inefectivas, ya que, paradójicamente, pueden aumentar (y de hecho lo hacen) algunas de las características topográficas de éstos, como su intensidad y frecuencia. El desarrollo y mantenimiento de este fenómeno podría deberse al reforzamiento negativo de los propios repertorios conductuales de evitación y escape.

Otra información de interés que surge del análisis estadístico, da cuenta que un 33,3% de la muestra “nunca” consideró que la gente llevase su vida mejor que la de ellos (Ítem 6), en tanto que un 18,5% afirma que “siempre” lo percibe así. Esto podría significar que la evitación de eventos privados se produce tanto en función de contenidos referidos a la propia persona que lo vivencia como en función de los otros que conforman su comunidad verbal más próxima.

Gráfico 2

*Puntajes en el cuestionario de Evitación Experiencial por sexo*



Retomando la variable sexo, tal como se observa en el gráfico, con similares valores a los derivados del análisis en la fusión cognitiva, la muestra femenina ha obtenido valores más altos de evitación experiencial, particularmente en lo que refiere a las experiencias y recuerdos dolorosos que dificultan vivir la vida que querrían (100% de la muestra que eligió “siempre” es verdad, fue femenino) y al miedo de sus propios sentimientos (66% de los hombres optó por “raramente es verdad”, contra un 100% de mujeres que optó por “casi siempre” es verdad).

Resumiendo, los valores de evitación experiencial son menores a los de fusión cognitiva y se encuentran más distribuidos. Al comparar los resultados de ambos cuestionarios, se observa que: un 37,04% de la muestra ha obtenido altos niveles de fusión, contra un 29,63% de evitación. Existe también un mayor porcentaje de personas que presentan niveles medios de fusión (44,44%) que de evitación (33,33%) y, como consecuencia, se desprende que hay mayor porcentaje de niveles bajos de evitación (37,04%) que de fusión (18, 52%).

### ***Discusión***

Los datos revelan que existen niveles medios de fusión cognitiva (promedio de 30 puntos) y evitación experiencial (promedio de 25 puntos) y, por lo tanto, de Inflexibilidad psicológica, en la muestra de estudio, conformada por 27 personas con obesidad.

En referencia a la edad, y pese a que la mayoría de la muestra está conformada por personas mayores de 50 años, la presencia de ambos fenómenos psicológicos alcanza su puntaje más alto en la población más joven, disminuyendo conforme ésta avanza. Este aspecto resulta de importancia, debido a que la edad no ha sido planteada como una variable importante de estudio en otras investigaciones y no se cuenta con datos que permitan correlacionarla con distintos grados de Inflexibilidad psicológica.

En relación al sexo de la muestra, las mujeres han alcanzado niveles más altos de Inflexibilidad psicológica que los hombres. En este sentido, parece ser que en el sexo masculino existe una manera de relacionarse más flexible con los propios eventos privados, particularmente con las emociones y recuerdos. Sin embargo, cabe destacar que la muestra se conforma por una mayor cantidad de mujeres (70,37%), por lo que estas afirmaciones deberían tomarse en carácter de condicional.

Así pues, conforme a lo indicado hasta el momento, el estudio ha demostrado que la Inflexibilidad psicológica se encuentra presente en la obesidad, en distinto grado

conforme al sexo y a la edad, pudiendo afectar la calidad de vida de quienes presentan esta problemática de peso, limitando a las personas en sus diferentes contextos de funcionamiento, y por tanto, acrecentando las consecuencias, particularmente psicosociales de ésta. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por otros estudios similares, aunque metodológicamente diferente en muchos aspectos respecto al presente (diseño experimental con grupo de control).

Tal como se presenta en el marco teórico, los seres humanos observan el mundo que los rodea, incluyendo su propio comportamiento y el de los demás, de cierta manera. Esta manera particular que es posibilitada por el lenguaje o la capacidad de aprender a relacionar eventos de manera arbitraria, o de enmarcarlos relacionamente, abre un abanico de posibilidades y permite contactar con más beneficios. En otras palabras, tiene su lado positivo. Pero también el lenguaje tiene su lado negativo, de manera que, una vez que éste (nos) atraviesa (en) nuestra historia de aprendizaje, no sólo se multiplican las posibilidades de alcanzar “felicidad”, “paz”, o cualquiera de esas topografías que indican fuentes de reforzamiento, sino que también, en virtud de la propia transformación de funciones, tal como la plantea la teoría del marco relacional, se multiplican las fuentes de sufrimiento, esto es, la probabilidad de interactuar con estimulación aversiva. El hecho de que la opción de respuesta más frecuente haya sido “a veces” en gran parte de la muestra (42,85% en Fusión Cognitiva y 57,14% en Evitación Experiencial), independientemente del sexo y la edad, vendría a señalar la frecuente vivencia de ciertas topografías de conductas que responden a los procesos de Inflexibilidad psicológica, esto es, que estas vivencias son eventos más comunes de lo que se considera, afianzando varios de los postulados teóricos.

Este mismo hecho, por un lado, permite sostener que el sufrimiento humano no es un fenómeno “anormal”, producto de procesos, constructos hipotéticos o variables intervinientes patológicas e inusuales. A su vez, esta ubicuidad del sufrimiento humano, apoya el supuesto de la “normalidad destructiva” (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014), que afirma que ciertos procesos habituales y comunes pueden llegar a tener efectos destructivos y que muchas veces los tienen.

Por último, puede sugerirse la posibilidad de que uno de estos procesos habituales, fuentes de sufrimiento, sea el lenguaje, tal como es concebido desde la TMR. Puede resumirse la idea sosteniendo que el malestar (de carácter clínico, o no) en los seres humanos es resultado, en gran parte, del predominio de las relaciones derivadas en el control de la conducta. Dicho de otro modo, el predominio de lo verbal

dificultaría el contacto con el mundo y podría generar rigidez o inflexibilidad conductual.

En otro orden de ideas, es menester señalar que este estudio presenta tres limitaciones principales. Primero, se trabajó con una muestra pequeña y no representativa estadísticamente, por dicha causa los resultados no pueden extrapolarse a poblaciones enteras.

Segundo, no se contó con el IMC o porcentaje de grasa corporal de los participantes ni con otras variables etiológicas de importancia. De esta manera, se eliminaron las posibilidades de explorar la relación entre el nivel de Inflexibilidad psicológica con los distintos tipos de obesidad.

Tercero, otra limitación importante del estudio fue el uso exclusivo de medidas de autoinforme para evaluar los constructos psicológicos de interés. En este sentido, no se contó con otras medidas de registro que permitiesen obtener mayor información con el menor grado de inferencia o interpretación.

En último lugar, dada la característica del estudio, no pudo respetarse la naturaleza ideográfica propia de la tradición analítica-funcional. Así, los resultados obtenidos no derivan de un análisis individualizado de las conductas específicas y sus relaciones funcionales con las variables contextuales de control. En cualquier caso, pese a que la Inflexibilidad psicológica pueda conceptualizarse como una unidad funcional operante, es la singular<sup>5</sup> historia de aprendizaje de cada persona la que moldea su repertorio conductual.

---

<sup>5</sup> Vale aclarar que lo que es singular es la historia de aprendizaje, no la persona. En caso contrario se estaría incurriendo en una visión organocéntrica, confundiendo el nivel de análisis psicológico, que es respecto a interacciones, con otro como el biológico, que es respecto a entidades.

## Conclusiones

La obesidad es una epidemia creciente. Las intervenciones pueden lograr la pérdida de peso, pero la mayoría se recupera con el tiempo. El presente estudio tuvo como objetivo principal explorar el nivel de Inflexibilidad psicológica en personas con obesidad que asisten a una ONG de la ciudad de Rosario, Argentina, en el año 2018. El análisis de los datos permite concluir que existen niveles medios de Inflexibilidad psicológica en la muestra.

Teniendo en cuenta estos resultados y contrastándolos con los elementos propuestos en el marco teórico, se podría confirmar lo que señala la literatura: la Inflexibilidad psicológica, como dimensión funcional y modelo de psicopatología, se presenta en problemáticas que exceden el campo de lo psicológico, particularmente en la obesidad, tal como apunta el estudio.

De esta manera, dados los resultados obtenidos, podría ser conceptualmente válido traducir las dificultades relacionadas con el peso desde un nivel de análisis psicológico en términos de déficit particulares en la defusión cognitiva, la aceptación experiencial, la vida valiosa y la acción comprometida.

Durante la realización del presente trabajo, se encontraron tanto fortalezas como debilidades que permiten reconocer los alcances y las limitaciones de esta investigación. Entre las fortalezas, este estudio señala la conveniencia de incluir esta variable, hasta ahora ausente, en la evaluación de características psicológicas en el ámbito del tratamiento de la obesidad. Estudios de carácter exploratorio pueden impulsar la expansión de este modelo trans-diagnóstico, para dar cuenta de más áreas problemáticas, pudiendo aumentar su utilidad en el desarrollo de intervenciones de aplicación general que puedan tratar poblaciones clínicas heterogéneas.

Sumado a esto, se considera que se cumplió con los objetivos específicos de la investigación concerniente a identificar los niveles de evitación experiencial y fusión cognitiva, según el sexo y la edad, puesto que, una vez analizados los datos de todos los casos, se alcanzaron resultados que indican, teniendo en cuenta las características y limitaciones de la muestra, que los niveles más altos de Inflexibilidad psicológica se presentan con mayor frecuencia en edades más jóvenes y en el sexo femenino, con un mayor predominio de la fusión cognitiva que de la evitación experiencial. Resulta concerniente mencionar que, pese a no haberse planteado en los objetivos, se realizó una comparación de los datos entre los distintos sexos y edades.

Por último, aunque la Inflexibilidad psicológica puede conceptualizarse como una sola dimensión para gran parte de la literatura experimental y teórica, puede verse como una construcción amplia que abarca varios componentes y/o procesos, tales como el yo-contenido, la pérdida con el momento presente y, en particular, la fusión cognitiva y la evitación experiencial. Estudios como éste pueden resultar de importancia y estimular a futuras investigaciones para analizar sus componentes por separado.

Entre las limitaciones, debe reconocerse que resulta imposible saber si el nivel de Inflexibilidad psicológica informado se corresponde realmente con el que presentaban los participantes en el momento en que participaron de la investigación. Serían necesarios nuevos estudios prospectivos longitudinales que confirmen estos resultados.

Por otra parte, también se considera que estudios semejantes con muestras más amplias, y utilizando otras estrategias para la recolección de datos, como el *Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties* (AAQW) (Lillis y Hayes, 2008), un instrumento novedoso para evaluar pensamientos, emociones y sensaciones difíciles relacionados al peso, que aún no cuenta con una validación española, podrían resultar de interés para ampliar el conocimiento y, por ende, las posibilidades de tratamiento para quienes sufren de sobrepeso y obesidad.

Tal como se ha visto hasta aquí, puede ser problemático enfocarse en cambiar los pensamientos y sentimientos en un intento de cambiar la conducta alimentaria de las personas. Otros estudios, empleando diseños experimentales, podrían enfocarse en modificar las relaciones entre los pensamientos y sentimientos que experimentan las personas con obesidad y la forma en que comen, con el objetivo de lograr un debilitamiento del patrón conductual inflexible en torno a la alimentación, y su cambio hacia la Flexibilidad psicológica.

Ya que los resultados aquí obtenidos sugieren que una forma de aumentar comportamientos alimentarios saludables podría ser mejorar la Flexibilidad psicológica relacionada con los problemas de peso, un nuevo modelo destinado a reducir el comportamiento evitativo y a aumentar dicha flexibilidad, como la ACT, que ha demostrado ser relevante en el tratamiento de otros problemas de salud crónicos, debería examinarse para mejorar la vida de las personas obesas.

Cabe resaltar que es importante realizar un constante seguimiento a ese tipo de tratamientos y de sus resultados, lo cual permitirá tener más elementos de juicio en cuanto a su efectividad y alcances, respetando, de esta manera, los criterios no solo

de las prácticas psicológicas basadas en la evidencia, sino también de las prácticas basadas en procesos.

Finalmente, sin dejar de atender al hecho de que el nivel de análisis de lo psicológico refiere a una dimensión individual, en tanto que su objetivo de estudio es la interacción históricamente construida entre un organismo total con su medio ambiente físico, biológico y convencional, se considera importante plantear estudios que permitan dar respuesta a la obesidad en tanto problemática social. Así, se podrían explorar factores contextuales, orientados a la prevención y diseño de macro-contingencias y/o contextos socio-verbales en los que el reforzamiento de topografías “psicopatológicas” no llegase a ocurrir, manteniendo una coherencia con los principios y bases de la Ciencia Contextual Conductual.

## Referencias bibliográficas

- Baile Ayensa, J. I. y González Calderón, M. J. (2013). Intervención psicológica en obesidad. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Barbany, M. y Foz, M. (2002). Obesidad: concepto, clasificación y diagnóstico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(1), 7-16.
- Barbero Rubio, A. (2014). Análisis Experimental de la Inflexibilidad psicológica (tesis doctoral). Universidad de Almería. Almería, España.
- Cabrerizo, L., Rubio, M. A., Ballesteros, M.D. y Moreno Lopera, M. (2008). Complicaciones asociadas a la obesidad. *Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)*, 14(3), 156-162.
- Ciarrochi, J., Sahdra, B., Marshall, S., Parker y P., Horwath, C. (2014). Psychological flexibility is not a single dimension: The distinctive flexibility profiles of underweight, overweight, and obese people. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 236-247.
- Fernández Fernández, V. (2013). El impacto psicológico de los sucesos vitales en personas mayores: el papel del pensamiento rumiativo, la evitación experiencial y el crecimiento personal (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Galante, M., O'donnell, V., Gaudio, M., Begué, C., King, A., y Goldberg, L. (2016). Situación epidemiológica de la obesidad en la Argentina. *Revista argentina de cardiología*, 84(2), 1-10.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 1-16.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (2014). Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness). Bilbao, España: Desclée de Brouwer
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Pilar Baptista, L. (2014). Metodología de la Investigación (6ta ed.). México D.F., México: Mcgraw-Hill.
- Hernández-Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140 (2)
- Jadidi, G. y Kazemi-Zahrani, H. (2016) Investigation of the Effect of Acceptance and Commitment Psychotherapy (ACT) on Quality of Life of Adult Women

Suffering from Obesity. *Open Journal of Medical Psychology*, **5**, 27-34.  
doi: 10.4236/ojmp.2016.52004.

- José Quintero, P.S. (2017). *Adaptación y validación del Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) para población argentina* (tesis doctoral). Universidad de Flores. Buenos Aires, Argentina.
- Kashdan, T. B. y Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, **30**(7), 865-78.  
doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes, S. C., Biglan, A., y Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of contextual behavioral science*, **3**(3), 155-163. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.06.003
- Lillis, J. y Hayes, S. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: a preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, **37** (1), 58-69. doi:10.1007/s12160-009-9083-x
- Lillis, J., y Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, **4**(1), 30-40. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100829>
- López Alvarenga, J. C. y González-García, L. T. (2001). Enfermedades asociadas a la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, **9**(2), 77-85.
- Luciano, M. C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, **42** (165-166), 3-14.
- Luciano, M. C. y Valdivia Salas, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso: Fundamentos, características y evidencias. *Papeles del Psicólogo*, **27**(2), 79-91.
- Luciano, M.C., Valdivia-Salas, M.S., Gutiérrez Martínez, O. y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Edupsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, **5**(2), 173-201.
- Marcos Becerro, J.F. y Basilio Moreno, E. (2001). Sobrepeso y Obesidad. Problemas y soluciones. *Archivos de Medicina del Deporte*. **18**(82), 151-163.
- Martínez Sopena, M.J., Redondo Del Río, M. P. y Franch, M. A. (2006). Valoración estado nutricional del obeso: estimación de la masa grasa. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*. **46**, 275-291.
- Monserrat Reséndiz Barragán, A. y Sierra Murguía, A. (2014). Psicopatología e intervención cognitivo-conductual del paciente con obesidad. En Reynoso

- Erazo, L. y Becerra Gálvez, A. L. (Ed.) *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 213-235). México D.F., México: Qartuppi.
- Nourian, L. y Aghaei, A. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility in Obese Women. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, 7(3): 133-137
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Obesidad y sobrepeso*. Ginebra, Suiza.  
Recuperado de: <https://www.who.int>
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., y Luciano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (1), 1-20.
- Patrón Espinosa, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15 (1), 5-19.
- Peña Correal, T. (2010). ¿ES VIABLE EL CONDUCTISMO EN EL SIGLO XXI?. *Liberabit. Revista de Psicología*, 16 (2), 125-130.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las Terapias de Tercera Generación como Terapias Contextuales*. Madrid, España: Editorial Síntesis
- Pulido Castelblanco, D. P. (2011). *Efectos de intervenciones analítico comportamentales sobre los comportamientos problema relacionados con la condición clínica de obesidad mórbida (tesis de maestría)*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Ramos, J. M., Rodríguez, A., Sánchez, A. y Mena, A. (2018). Fusión cognitiva en trastornos de personalidad: una contribución a la investigación sobre mecanismos de cambio. *Clínica y Salud*, 29(2), 49-57. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a8>
- Ribes, E. (1990) *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. México: Trillas
- Rodrigo-Cano, S., Soriano del Castillo, J. M. y Merino-Torres, J. F. (2017). Causas y tratamiento de la obesidad. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 37(4), 87-92. doi: <https://dx.doi.org/10.12873/374rodrigo>
- Sairanen, E., Tolvanen, A., Karhunen, L., Kolehmainen, M., Järvelä-Reijonen, E., Lindroos, S. y Lappalainen, R. (2017). Psychological flexibility mediates change in intuitive eating regulation in acceptance and commitment therapy interventions. *Public Health Nutrition*, 20(9), 1681-1691. doi: <https://dx.doi.org/10.1017/S1368980017000441>

- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva Frontera en Psicología Clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G. y Dufrene, T. (2010). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: a process-focused guide to treating anorexia and bulimia. Oakland, USA: New Harbinger Publications.
- Vargas-Mendoza, J., Osorio-Cuesta, N. y Velasco-Tobón, U. (2016) Niveles de Flexibilidad psicológica (AAQ-II) en cuatro pequeñas poblaciones. *Conductitlán*, 3(1) 5-12.
- Vázquez Velázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso?. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 12(4), 136-142.
- Wilson, K.G., y Luciano, M. C. (2002). Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid, España: Ediciones pirámides.
- Zaheer, I. (2015). The Role of Psychological Flexibility on Mental Health and School Functioning of Adolescents with Social, Emotional and Behavioral Problems (Tesis doctoral). Lehigh University, Lehigh, USA.

## Anexo A. Cuestionario de Evitación Experiencial

Edad:.....

Sexo:.....

1	2	3	4	5	6	7				
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad				
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría				1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo miedo de mis sentimientos				1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos				1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena				1	2	3	4	5	6	7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida				1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo				1	2	3	4	5	6	7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir				1	2	3	4	5	6	7

## Anexo B. Cuestionario de Fusión Cognitiva

Edad:.....

Sexo:.....

1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	Muy rara vez	Rara vez	Alguna vez	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre	
1. Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer	1	2	3	4	5	6	7
3. Tiendo a analizar demasiado las situaciones hasta el punto en que me resulta de poca ayuda	1	2	3	4	5	6	7
4. Suelo luchar contra mis pensamientos	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enojo conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos	1	2	3	4	5	6	7
6. Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos	1	2	3	4	5	6	7
7. Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos desagradables, aun cuando sé que eso sería útil para mí	1	2	3	4	5	6	7

**Anexo C. Modelo de consentimiento informado entregado a las unidades de muestra**

Fecha: ..... de .....de 2018.

La investigación que se va a realizar está relacionada con....., y tiene como objetivo principal.....

Yo.....(tipo y numero de documento)..... certifico que he sido informado con claridad sobre los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación a ello, acepto participar de una encuesta que se realizará una vez veces durante el transcurso del estudio. Declaro haber sido notificado por quien llevará adelante investigación, el estudiante de la carrera Licenciatura en Psicología, DNI N°....., quien me ha invitado a participar y, que en caso de no entender alguna palabra o concepto, se tomará el tiempo que sea necesario para explicarme detalladamente. Dejo constancia que fui informado que tal encuesta será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por el investigador y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo personal, ya que se resguardará nombre y apellido. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada por el estudiante, resguardada en dependencias de la Universidad y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio. Actúo voluntariamente como colaborador. Soy conocedor de que poseo la libertad para dejar de participar cuando lo crea conveniente y sin necesidad de dar explicación alguna. Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes, a los..... días del mes de..... de 2018.

Firma:..... Firma:.....