



Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS ADULTAS CON OBESIDAD A TRAVÉS DE TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

Presentado por: Dª SARA ORTEGA SANZ

Tutor/a académico/a: Dra. ISABEL MORALES GIL

Alcalá de Henares, 8 de marzo de 2022

Índice

Re	esumen	3
ΑŁ	ostract	4
1.	Introducción y justificación	5
2.	Objetivos e hipótesis	6
3.	Marco teórico	7
	3.1. La obesidad	7
	3.3.1. Conceptualización de la Obesidad	7
	3.3.2. Prevalencia	9
	3.3.3. Etiología	10
	3.3.4. Comorbilidades	12
	3.3.5. Factores de riesgo en obesidad	13
	3.2. Programas de intervención eficaces para la obesidad basados en terapias	de
	tercera generación	14
	3.3.1. Terapia dialéctico conductual	14
	3.3.2. Terapia de aceptación y compromiso	16
	3.3.3. Mindfulness y mindful eating	17
	3.3.4. Programas anteriores de intervención para la obesidad basados en terap	ias
	de tercera generación	19
4.	Metodología de investigación	22
	4.1. Fuentes de información empleadas	22
	4.2. Criterios de inclusión, términos de búsqueda y operadores	23
5.	Propuesta de intervención	24

	5.1. Presentación de la propuesta	. 24
	5.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta	. 24
	5.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta	. 25
	5.4. Metodología y recursos	. 25
	5.5. Tareas / sesiones	. 26
	5.6. Cronograma de aplicación	. 38
	5.7. Evaluación de la propuesta	. 38
6	. Conclusiones	. 40
7	. Referencias	. 43
8	Anexos	59

Resumen

En los últimos años las cifras de prevalencia de la obesidad han aumentado de manera preocupante, con consecuencias tanto a nivel individual como social. El tratamiento que mayores evidencias ha recibido es la terapia cognitivo-conductual, que se centra en aspectos como la reducción ponderal, el cambio de hábitos alimentarios o la mejora del bienestar psicológico y la calidad de vida. Sin embargo, a largo plazo los programas basados en terapias cognitivo-conductuales no muestran un nivel de eficacia elevado. Por otro lado, las terapias de tercera generación, tales como la terapia dialéctico conductual, la terapia de aceptación y compromiso y el mindfulness, han mostrado resultados prometedores en aspectos como el hambre emocional, la flexibilidad psicológica, la regulación emocional o la reducción de síntomas ansiosos y depresivos, entre otros.

En la presente propuesta de intervención se detalla un programa innovador para personas adultas de entre 25 y 64 años que presenten un índice de masa corporal mayor o igual a 30. Consta de 15 sesiones semanales con una duración de 90 minutos cada una en las que participan 8 personas. En las sesiones se llevan a cabo estrategias propias de las terapias de tercera generación anteriormente mencionadas. El objetivo general de la propuesta es conseguir una mejora en el bienestar psicológico y en la calidad de vida de las personas participantes.

Por último, se explica la metodología de evaluación del programa y se exponen las principales conclusiones obtenidas.

Palabras clave

Obesidad, adultos, terapias de tercera generación, psicoterapia, bienestar psicológico.

Abstract

Recently, obesity prevalence figures have increased worryingly, with consequences both at an individual and social level. The treatment that has received the most evidence is cognitive behavioral therapy, which focuses on aspects such as weight loss, changing eating habits or improving psychological well-being and quality of life. However, in the long term, programs based on cognitive behavioral therapies don't show a high level of efficacy.

On the other hand, third-generation therapies, such as dialectical behavior therapy, acceptance and commitment therapy, and mindfulness, have shown promising results such as emotional hunger, psychological flexibility, emotional regulation, or symptom reduction. anxious and depressed, among others.

This intervention proposal details an innovative program for adults between 25 and 64 years of age who have a body mass index greater than or equal to 30. It consists of 15 weekly sessions with a duration of 90 minutes each with 8 participants.

In sessions are used typical strategies of the aforementioned third-generation therapies are carried out. The general objective of the proposal is to achieve an improvement in the psychological well-being and life quality of participants.

Finally, the program evaluation metodology is explained and the main conclusions obtained are presented.

Key words

Obesity, adults, third generation therapies, psychotherapy, psychological well-being.

1. Introducción y justificación

Actualmente el número de personas que presenta problemas de obesidad en el mundo está aumentando de manera preocupante, triplicándose las cifras desde 1975 hasta la actualidad, tal y como refleja la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021).

Se puede considerar que la obesidad es un problema de salud pública, en el cual influyen múltiples factores, y en cuya prevención e intervención es necesaria la implicación de profesionales sanitarios, agentes políticos, sociales, etc. (Arrizabalaga et al., 2003). De hecho, en el enfoque actual de la obesidad encontramos figuras como endocrinos o nutricionistas los cuales guían la intervención hacia la modificación de comportamientos a través de la información nutricional y de actividad física, ignorando el hecho de que la mera información es posible que no modifique esos patrones y que la psicología posee una amplia gama de técnicas que pueden ser útiles en este propósito (Baile, 2019).

El tratamiento psicológico de la obesidad a partir de terapias cognitivas, conductuales o cognitivo-conductuales se empieza a contemplar a partir de mediados del siglo XX, sin embargo, anteriormente ya se han realizado prescripciones psicológicas desde otras disciplinas debido a que, por ejemplo, el hecho de recomendar una dieta conlleva la modificación de patrones alimentarios (Baile et al., 2020).

Por otro lado, en cuanto a la terapia cognitivo conductual (TCC) en la obesidad, ésta ha demostrado ser una terapia eficaz, aunque en ocasiones no suficiente en la pérdida y mantenimiento del peso a largo plazo (Castelnuovo et al., 2017), por lo que las terapias de tercera generación nacen con el objetivo de vencer los obstáculos de la TCC (Félix-Alcántara et al., 2021). En cuanto al objetivo de pérdida de peso, se estima que una reducción de entre el 5 y 10% del peso corporal ya daría lugar a mejoras en la salud y es un objetivo más práctico y alentador que el de conseguir el peso ideal (Fernández-Rojo et al., 2015).

La presente propuesta de intervención nace con el objetivo de plantear una intervención innovadora que integre estrategias procedentes de diversas terapias de tercera generación, tales como la terapia dialéctico conductual, la terapia de aceptación y compromiso y el mindfulness. Así, una intervención temprana y efectiva en las personas con obesidad permite mejorar los resultados de esta y los costes asociados a dicha problemática (Aprovian, 2016).

2. Objetivos e hipótesis

El objetivo general de esta propuesta de intervención es diseñar un programa grupal que favorezca el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas adultas con obesidad, además de conseguir una mejora de la composición corporal, de la autoestima, una disminución de sintomatología ansioso-depresiva y una reducción del hambre emocional, todo ello a través de estrategias propias de las terapias de tercera generación, tales como la terapia dialéctico conductual, la terapia de aceptación y compromiso y el mindfulness.

A continuación, a partir del objetivo general, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Revisar los tratamientos psicológicos eficaces para la obesidad que se encuentren publicados desde el año 2010 hasta la actualidad.
- Valorar si las citadas terapias de tercera generación resultan eficaces para el tratamiento de la obesidad en personas adultas con edades entre 25 y 64 años.
- Desarrollar y valorar un programa de intervención grupal para personas adultas con obesidad a través de estrategias propias de las terapias de tercera generación.

A partir de estos objetivos se puede establecer la hipótesis de que, tras la aplicación del programa, las personas participantes en el mismo reducirán su sintomatología depresiva y ansiosa y su tendencia a comer de forma emocional, potenciando a su vez una mejora significativa en su autoestima, su composición corporal, su bienestar psicológico y su calidad de vida.

3. Marco teórico

3.1. La obesidad

3.3.1. Conceptualización de la Obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que tanto el sobrepeso como la obesidad se deben a una acumulación excesiva o anómala de grasa, la cual puede llegar a deteriorar la salud de las personas. Uno de los criterios más utilizados para medir el sobrepeso y la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), el cual se obtiene a través de realizar el cociente entre el peso en kilogramos y la altura en metros al cuadrado (OMS, 2021). Sin embargo, el IMC presenta problemas en ciertas poblaciones como, por ejemplo, en personas con alto porcentaje de masa muscular (se sobreestima la proporción de grasa) y en personas con una baja masa magra (se infravalora la proporción de grasa) (Arrizabalaga et al., 2003). Otra medida que se utiliza para determinar la obesidad abdominal es el perímetro de la cintura, el cual se estima utilizando una cinta métrica. Un perímetro mayor a 102 centímetros en hombres y a 88 centímetros en mujeres es indicador de obesidad abdominal (Lecube et al., 2016).

A continuación, en la Tabla 1 se muestran los criterios de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) que definen el grado de obesidad o sobrepeso según el IMC.

Tabla 1.Criterios SEEDO para definir la obesidad en grados según el IMC en adultos

Categoría	Valores límite del IMC (kg/m²)
Peso insuficiente	<18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso grado I	25,0-26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27,0-29,9
Obesidad de tipo I (leve)	30,0-34,9
Obesidad de tipo II (moderada)	35,0-39,9
Obesidad de tipo III (mórbida))	40,0-49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	≥50,0

Nota. Extraído de Caixàs et al., (2020).

Por otro lado, se debe destacar que la obesidad no está considerada como un Trastorno mental ni como un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), aun cuando se ha señalado la importancia de los aspectos psicológicos en su origen y mantenimiento (Baile et al., 2020). Por supuesto, existen otros factores implicados (biológicos, ambientales, sociales...), y debe tenerse en cuenta su influencia (González Di Mura et al., 2017). Así, un abordaje conductual enfocado a conseguir un cambio en el patrón de alimentación no ha obtenido resultados satisfactorios, poniendo de manifiesto la importancia del tratamiento multidisciplinar (Baile et al., 2020). Es por ello por lo que el binomio dieta y ejercicio puede no ser efectivo al olvidar el componente psicológico (Bacete et al., 2019).

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª edición (CIE-11) si incluye la obesidad dentro del apartado "enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas" (WHO, 2018).

3.3.2. Prevalencia

La prevalencia de la obesidad a nivel mundial ha aumentado de forma preocupante en los últimos años (Martínez-Atienzar, 2019). Según la OMS, desde el año 1975 la prevalencia de la obesidad casi se ha multiplicado por tres. Además, en el año 2016 había más de 650 millones de personas obesas en el mundo (OMS, 2021).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), se puede observar que, en la Encuesta Europea de Salud de España (EESE) realizada en el año 2020 a adultos mayores de 18 años, un 16,5% de los hombres y un 15,5% de las mujeres padecen obesidad (INE, 2021). Sin embargo, según refleja la Encuesta Nacional de Salud realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, estas cifras son mayores en años atrás, ya que se observa que en 2017 el 18,2% de los hombres eran obesos, frente al 16,7% de las mujeres (ENSE, 2017). Estos datos concuerdan con los obtenidos en la EESE en cuanto a la prevalencia de la obesidad en personas adultas, mostrando 16,01%. Este dato no resulta tan elevado como los anteriores, aunque continua con la línea ascendente de las últimas décadas y, además, continúa siendo algo más elevada esta prevalencia en hombres (EESE, 2020). Estas cifras concuerdan con las encontradas en otros estudios con respecto a que la prevalencia de la obesidad tiende a ser mayor en varones que en mujeres (Basterra-Gortari et al., 2017).

Por otro lado, según el Estudio Nutricional de la Población Española (ENPE), las comunidades autónomas españolas con las prevalencias más elevadas en obesidad son el Principado de Asturias y Galicia, con unos porcentajes de 25,7% y 24,0% respectivamente. Andalucía y la Región de Murcia se aproximan con un 24,4% y un 23,9% respectivamente (Aranceta-Bartrina et al., 2019).

De mantenerse esta tendencia actual los sobrecostes que supondrá para el sistema sanitario podrían llegar a alcanzar los 3000 millones de euros al año en 2030 (Hernáez et al., 2019). Además, se considera que la obesidad afecta a la economía al reducir la productividad, el capital humano y la esperanza de vida (OECD, 2019).

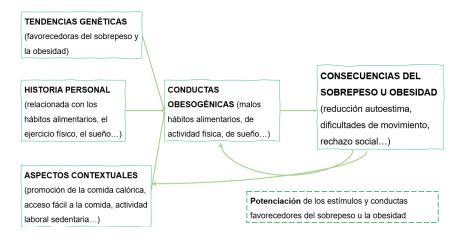
3.3.3. Etiología

La etiología de la obesidad es compleja y multifactorial, ya que intervienen factores genéticos, metabólicos, psicológicos, ambientales, etc. Además, si se diferencia entre obesidad exógena y endógena, las causas son distintas. En la obesidad endógena las causas son internas, como por ejemplo diabetes o tiroides. Sin embargo, en la exógena (más común) la causa puede ser psicológica o emocional, y puede producirse por unos malos hábitos alimentarios, presencia de TCA, etc. (Seijo, 2018).

Un modelo clásico para explicar la obesidad es el elaborado por Baile y González (2013), el cual explica que las conductas de carácter obesogénico pueden producirse por tres razones: genética, historia personal e influencia del contexto. A su vez, las consecuencias de la obesidad pueden favorecer las conductas obesogénicas o incluso reforzar el contexto obesogénico.

Figura 1.

Diagrama explicativo de la obesidad



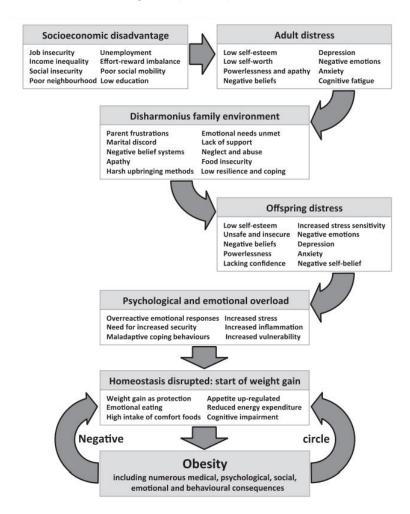
Nota. Adaptado de Intervención psicológica en obesidad (p.56), por J. I. Baile y M. J. González, 2013, Pirámide.

Por otro lado, existen otros factores que explican el origen de la obesidad, tales como la afectación en las funciones ejecutivas, la alfabetización de la salud, la desregulación emocional (Raman et al., 2013), la presencia de trastornos mentales, como por ejemplo depresión o TCA (Rajan y Menon, 2017) la microbiota intestinal (Meldrum et al., 2017) y los factores socioeconómicos y culturales (Apovian, 2016).

Por otra parte, el modelo de Hemmingsson plantea que los factores psicosociales resultan una pieza clave y la primera infancia es un periodo crítico, aunque la obesidad no se desarrolle hasta la edad adulta (Hemmingsson, 2018). Además, uno de los aspectos más relacionados con el desarrollo de la obesidad es la desventaja socioeconómica, ya que esta puede desencadenar un estado de malestar emocional en el adulto, el cual acaba afectando la dinámica familiar. Ante esto, una forma que pueden encontrar las personas para autorregularse es la comida, comenzando círculo vicioso tanto a nivel endocrino como a nivel psicológico (Hemmingsson, 2014).

Figura 2.

Modelo de Hemmingsson para explicar las causas de la obesidad



Nota. Tomado de A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention (p. 771), por E. Hemmingsson, 2014, Obesity Reviews, 15(9).

3.3.4. Comorbilidades

Actualmente, las comorbilidades psicopatológicas más frecuentes en personas con obesidad son los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los TCA y los trastornos por el uso de sustancias (Baile y González, 2011). Además, también se ha vinculado la obesidad con alteraciones en las funciones ejecutivas como, por ejemplo, problemas de regulación emocional (Weiss et al., 2020).

En primer lugar, existen evidencias de que la obesidad puede incrementar el riesgo de padecer depresión, y viceversa (Milaneschi et al., 2019). Numerosos estudios confirman que la depresión es una de las principales comorbilidades que presentan las personas con obesidad (de Wit et al., 2010; Quintero et al., 2016; Luppino et al., 2010; Rajan y Menon, 2016). De hecho, se estima que la obesidad puede incrementar el riesgo de padecer depresión en un 55%, y los trastornos depresivos pueden aumentar hasta un 58% el riesgo de padecer obesidad (Aprovian, 2016). Por lo tanto, es necesario evaluar la presencia de depresión en personas con obesidad, al igual que en personas con depresión es necesario prestar atención a cambios en el peso (Pan et al., 2012).

Se ha observado que las intervenciones para la obesidad tienden a mejorar los síntomas depresivos. Sin embargo, no se ha establecido una relación sólida entre la toma de antidepresivos y la reducción ponderal (Jantaratnotai et al., 2016).

Por otro lado, la relación entre obesidad y trastornos de ansiedad resulta más complicada de establecer (Raman y Menon, 2016). Sin embargo, existen estudios que han encontrado niveles mayores de ansiedad en personas con obesidad en comparación con personas sin obesidad (Amiri y Behnezhad, 2019; Gay-Patiño et al., 2020). Una posible explicación es que las personas tendemos a utilizar la comida para regularnos ante situaciones que sobrepasan nuestros recursos, lo cual puede producir un aumento ponderal si se convierte en una práctica habitual (Reyes et al., 2015).

En cuanto al consumo de sustancias, se ha relacionado el consumo de alimentos de gran palatabilidad con respuestas neuroadaptativas del cerebro similares a las que

se producen ante el consumo (Kenny, 2011). Este hecho puede suponer un efecto de "adicción cruzada", por el cual las personas con obesidad tienden a reducir sus consumos. Por lo tanto, se debe vigilar la tendencia a retomarlos durante la pérdida de peso (Quintero et al., 2016).

Resulta importante destacar que el trastorno por atracón es el TCA más asociado a la obesidad (Cebolla et al., 2012). Según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), el trastorno por atracón se caracteriza por episodios de atracones recurrentes, a los que se le asocia una sensación de pérdida de control con la comida, pero sin posteriores conductas compensatorias (APA, 2013). Estas grandes ingestas calóricas pueden producir un aumento de peso a largo plazo, razón por la cual la obesidad y el trastorno por atracón se encuentran fuertemente relacionados (Agüera et al., 2021).

Por último, en cuanto a las patologías físicas asociadas a la obesidad, se destacan la diabetes tipo 2, la hipertensión, la dislipidemia aterogénica, el síndrome de ovario poliquístico (Arteaga, 2012), el aumento de probabilidad de formación de trombos y de enfermedad cardíaca y la inflamación endotelial (Bryce-Moncloa et al., 2017).

3.3.5. Factores de riesgo en obesidad

Existen una gran cantidad de factores que pueden aumentar las probabilidades de padecer obesidad, por ejemplo, factores hereditarios o genéticos, comorbilidades psicológicas, fármacos, sedentarismo, (Tamayo y Restrepo, 2014), la disminución de la calidad y cantidad del sueño debido a cambios producidos en la sociedad industrializada (Chamorro et al., 2011), y variables sociodemográficas como la edad, estar casado/a, ser varón o pertenecer una clase social baja (Marqueta de Salas et al., 2016).

El National Hearth, Lung and Blood Institute (NHLBI) diferencia entre factores de riesgo modificables (se pueden prevenir) como, por ejemplo, los comportamientos alimentarios poco saludables; y los factores de riesgo no modificables, como la raza o el sexo (NHLBI, 2021).

En cuanto al estrés, existen estudios que confirman que el estrés crónico puede suponer un factor de riesgo para la obesidad (Junee et al., 2017; Van der Valk et al., 2018). El estrés y la obesidad tienen una relación bidireccional, ya que el estrés interfiere a nivel cognitivo (en procesos importantes como la regulación emocional o las funciones ejecutivas), conductual (hábitos de sueño y de alimentación inadecuados), fisiológico (a través de la activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal) y hormonal (estimulando la producción de grelina, leptina y neuropéptido Y). Sin embargo, la obesidad en sí resulta un factor estresante, debido al estigma que se produce al no tener un peso corporal normativo para la sociedad (Tomiyama, 2019). Además, las personas con obesidad conviven con mensajes negativos y estigmatizantes sobre su imagen, lo cual puede derivar en un aumento de la sintomatología ansiosa y depresiva y una disminución en la autoestima (Wu y Berry, 2018).

Por último, se han encontrado problemas en el funcionamiento de las funciones ejecutivas en personas con obesidad (Gameiro et al., 2017), tales como mayores dificultades en la flexibilidad cognitiva y en la toma de decisiones, déficit atencional y una preferencia por el procesamiento global (Segura-Serralta et al., 2020).

3.2. Programas de intervención eficaces para la obesidad basados en terapias de tercera generación

3.3.1. Terapia dialéctico conductual

En sus inicios, la terapia dialéctico conductual (TDC) fue creada para el tratamiento del trastorno de personalidad límite y para la intervención en suicidio, obteniendo resultados satisfactorios (Linehan, 1993, citado en Pisetsky et al., 2019). Sin embargo, posteriormente se ha utilizado para el tratamiento de otras patologías (Lynch et al., 2007). Por ejemplo, existen estudios que confirman que la intervención mediante TDC está produciendo buenos resultados en TCA, mejorando de forma significativa aspectos como la regulación emocional o los síntomas depresivos (Rozakou-Soumalia et al., 2021). Los estudios en el trastorno por atracón son los que mayor evidencia

científica muestran (Ben-Porath et al., 2020) no siendo así en el caso de la anorexia nerviosa (Pisetky et al., 2019).

La TDC se fundamenta en la teoría biosocial del trastorno límite de la personalidad acuñada por Linehad y se apoya en la teoría del comportamiento, la ética de la dialéctica y las aproximaciones al zen, buscando el balance en el paciente entre la aceptación y el cambio (Lynch et al., 2007). Usualmente consta de cuatro componentes fundamentales: la intervención individual, el conjunto de habilidades, las llamadas de coaching y el grupo de consultas para los terapeutas. Las sesiones grupales abordan temas como la atención plena o la regulación emocional, y el objetivo principal de la TDC en los TCA es la eliminación de conductas perturbadoras (por ejemplo, la ingesta compulsiva de alimentos) (Pisetsky et al., 2019).

En cuanto al tratamiento de la obesidad, la intervención mediante TDC ha demostrado ser eficaz para reducir aspectos tan relevantes como la tendencia a comer de manera emocional, la insatisfacción corporal o los síntomas depresivos. Además, también se ha asociado a una reducción del peso corporal (Roosen et al., 2012).

Existen algunas propuestas como la de Braden et al., (2020) en las que se combinan la TDC con estrategias conductuales para la pérdida de peso. Así, en la primera parte del tratamiento (sesiones 1-9) se enseñan las estrategias de regulación emocional típicas de la TDC, que posteriormente utilizarán para realizar la segunda parte del tratamiento (sesiones 10-16) en conjunto con estrategias conductuales de pérdida de peso. El resultado del estudio de Braden et al., (2020) es que, efectivamente, el aprendizaje de estrategias de regulación emocional pareció contribuir a una pérdida y mantenimiento del peso. Este hallazgo resulta fundamental al señalar la importancia de las emociones en los procesos de pérdida ponderal (Glisenti y Strodl, 2012).

Muchas de las conductas disfuncionales asociadas a la obesidad (hambre emocional, atracones) se utilizan como forma de calmar ciertas emociones que resultan desagradables. Así, la TDC puede ayudar a reducir estos comportamientos

relacionados con la alimentación (Souza et al., 2019). Además, una intervención grupal que promueva el desarrollo de habilidades de regulación emocional puede resultar eficaz para lograr un control del peso en los pacientes (Beaulac et al., 2018), por lo que es importante que los profesionales sanitarios tengan en cuenta el papel que ejercen las emociones y la alimentación emocional en los procesos de pérdida ponderal (Braden y O'Brien, 2021).

3.3.2. Terapia de aceptación y compromiso

La terapia de aceptación y compromiso (TAC) se fundamenta en la teoría del marco relacional y emplea seis principios fundamentales para lograr que los pacientes mejoren su flexibilidad cognitiva: aceptación, defusión cognitiva, experiencia presente, el yo como contexto, el conocimiento de los valores y el compromiso (Hayes et al., 2012, citado en Osaji et al., 2020).

Actualmente la TAC se posiciona como un tratamiento prometedor para los TCA (Pisetsky et al., 2020). De hecho, un estudio en el que se aplicó la TAC a pacientes con TCA reveló que los pacientes se sentían muy satisfechos con la terapia, ya que les había ayudado a reconocer sus fortalezas y a encontrar habilidades que les ayudaron a cambiar (Mac Neil y Hudson, 2018), sin embargo, no se ha comprobado que este tipo de intervención sea superior a los tratamientos ya establecidos (Pisetsky et al., 2020).

Por otro lado, se ha comprobado en un estudio que la TAC puede resultar eficaz para mejorar el autoconcepto, los síntomas depresivos y de ansiedad en personas con obesidad, ya que la evitación experiencial puede convertirse en un factor mantenedor de un autoconcepto negativo y de diversos problemas emocionales relacionados con la depresión y la ansiedad (Keyvani y Bolghan 2021).

En relación con la inflexibilidad psicológica, es posible que esté ligada a realizar comportamientos poco saludables que, a largo plazo, conducen a un estado de alteración inmune o metainflamación que aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas. Sin embargo, la TAC parece ejercer resultados satisfactorios sobre la

metainflamación (Järvelä-Reijonen et al., 2020). Además, se ha observado que esta variable puede influir sobre síntomas como los atracones y el estado de ánimo depresivo o ansioso, por lo que intervenciones dirigidas a mejorar la flexibilidad psicológica pueden tener un resultado positivo sobre estos aspectos (Finger et al., 2018).

Por otro lado, los resultados obtenidos por Tronieri et al., (2020) confirman que una actitud de aceptación hacia sentimientos, cogniciones o sensaciones desagradables predice una mayor pérdida ponderal en personas con obesidad en comparación con la evitación experiencial.

Una consideración fundamental es que, desde la TCC, se enfatiza la importancia de cambiar los pensamientos desadaptativos de la persona, sin embargo, desde la TAC, no se pretenden cambiar los pensamientos de la persona, sino que se pretende que los mire desde otra perspectiva, sin juzgarlos, teniendo en cuenta que pueden ser transitorios y pueden no reflejar la realidad (Casanova et al., 2018). Además, la TCC tradicional se centra en tratar los síntomas de los pacientes, mientras que en la TAC se pretende que el paciente adquiera habilidades de afrontamiento de dichos síntomas (Guerrini et al., 2021). De hecho, una de las claves por la cual la pérdida de peso a largo plazo puede ser mejor en pacientes que han recibido la TAC (en comparación con la TCC) es la adquisición de una flexibilidad cognitiva que facilite la adopción de un estilo de vida más saludable (Cattivelli et al., 2021). Así, la incorporación de estrategias de la TAC a las intervenciones conductuales mejora la pérdida ponderal (Forman et al., 2016).

3.3.3. Mindfulness y mindful eating

El objetivo del mindfulness o las intervenciones basadas en la atención plena es llevar la atención en el momento presente, sin juzgarlo, fomentando una mayor conciencia de este. El interés por esta disciplina surgió durante los últimos 30 años y se ha demostrado eficaz para la intervención en dolor crónico, la prevención de recidivas en depresión y reducción de la ansiedad, entre otros (Creswell, 2017). De hecho, una de las primeras intervenciones fue la reducción del estrés basada en la atención plena,

desarrollada por Jon Kabat-Zinn, la cual se ha demostrado eficaz para reducir sintomatología ansiosa y fomentar la regulación emocional (Hoffman y Gómez, 2017).

Existen dos aspectos fundamentales en la atención plena: la autorregulación de la atención (mantener la atención en el momento presente sin ejercer control) y la orientación hacia la experiencia (actitud abierta, de curiosidad y aprobación) (Bishop et al., 2004, citado en Hoffman y Gómez, 2017).

En cuanto a los TCA, la mayor parte de los estudios se han centrado en los atracones y en la alimentación consciente (Wielgosz et al., 2019). Se ha encontrado que la atención plena se relaciona de manera significativa con aspectos como la insatisfacción corporal, el hambre emocional y los atracones (Sala et al., 2020). Además, la atención plena puede ayudar a tomar conciencia sobre los estilos alimentarios, las señales de hambre y saciedad, a establecer una buena relación con la comida y a mejorar la salud en general (Sorensen et al., 2019).

Actualmente se está investigando la validez de las intervenciones basadas en la atención plena para la obesidad (Caldwell et al., 2012). Se ha observado que estas intervenciones pueden disminuir comportamientos alimentarios inadecuados relacionados con la obesidad como los atracones y el hambre emocional, sin embargo, en cuanto a la efectividad para reducir el peso corporal, hay estudios que afirman que el uso de intervenciones centradas en atención plena no producen una disminución del peso por sí mismas (Katterman et al., 2014), aunque otros aseguran que pueden fomentar la pérdida de peso y el posterior mantenimiento del mismo (O'Reilly et al., 2014). Además, un estudio con un diseño de metodología mixta encontró que la utilización de la atención plena ayudó a las pacientes a diferenciar entre hambre real y emocional, lo cual las llevó a tomar mejores decisiones sobre su alimentación y a tener un mayor conocimiento sobre sus emociones (Kidd et al., 2013). Por lo tanto, el entrenamiento en atención plena puede ayudar a mejorar los comportamientos alimentarios desadaptativos relacionados con la obesidad (O'Reilly et al., 2014).

Por otro lado, la alimentación consciente puede ayudar a mejorar aspectos como la regulación emocional, los estados emocionales aversivos o la tendencia a restringir la alimentación en personas con obesidad (Czepczor-Bernat et al., 2020). Además, se ha observado que las personas con un alto porcentaje de grasa corporal tienden a seleccionar los alimentos de forma más impulsiva, lo cual se ha demostrado que puede mejorarse a través de la alimentación consciente y, en consecuencia, se puede prevenir un posterior aumento de peso (Hendrickson y Rasmussen, 2016).

El hecho de realizar cambios en las conductas alimentarias desadaptativas relacionadas con la obesidad e implementar actitudes más saludables supone un reto, por lo que se considera necesario la inclusión de estrategias de atención plena y alimentación consciente. Estas se han visto eficaces para mejorar la conciencia de las señales internas y externas relacionadas con la alimentación, disminuir el hambre emocional o mejorar la pérdida de peso (Dunn et al., 2018). En cuanto a la pérdida ponderal, es necesario focalizar los esfuerzos en mantenerla a largo plazo (Mantzios y Wilson, 2015).

Por último, se debe tener en cuenta que la regulación de la ingesta es un proceso complicado, en el cual intervienen señales internas y externas. Es fundamental enseñar a las personas a reconectar con sus sensaciones internas para que no se dejen llevar únicamente por las externas. Así, las intervenciones basadas en la atención plena pueden ayudan a aumentar la conciencia que tiene la persona sobre sus propios procesos internos (Kristeller et al., 2018) y, por lo tanto, ayudarles a mejorar su alimentación, su salud y calidad de vida (Dalen et al., 2010).

3.3.4. Programas anteriores de intervención para la obesidad basados en terapias de tercera generación

A continuación, se muestra un resumen con 11 investigaciones realizadas desde 2010 hasta la actualidad en personas con obesidad.

Figura 3.

Resumen de la investigación en terapias de tercera generación de personas adultas con obesidad desde 2010 hasta la actualidad.

Autores	Tipo de	Población	Sesiones y	Resultados principales	Limitaciones
	intervención	objetivo (N=)	duración		
Roosen	Terapia	Personas con	20 sesiones	La TDC se asoció con una	Ausencia de grupo control,
et al.,	dialéctico	IMC > = 30 y <	de 2 horas	reducción significativa de	pequeño tamaño muestral
2012	conductual	40	cada una.	la psicopatología	y corto periodo de
	(TCD).	Edad: 18-65		alimentaria y con una	seguimiento (6 meses).
		años.		reducción (o al menos	
		N = 33		mantenimiento) del peso.	
Souza et	Terapia	Personas con	10 sesiones	La TDC se asoció con una	Utilizar cuestionarios de
al., 2019	dialéctico	IMC > 30	de 2 horas	mejora en el patrón	autoinforme, no comparar
	conductual	Edad: 18-59	cada una.	alimentario y una	los resultados obtenidos
	(TCD).	años.		disminución de conductas	con otras intervenciones y
		N = 121		alimentarias problemáticas	sesgo de selección.
Beaulac	Terapia		12 sesiones	La TDC se asoció con un	Diseño no experimental,
at al.,	dialéctico	N = 18	de 1 hora y	aumento en la atención	pequeño tamaño muestral
2018	conductual		45 minutos	plena, de la regulación	y corta duración
	(TDC).		cada una.	emocional y una	
				disminución del hambre	
				emocional	
Maciel et	Terapia	Personas con	10 sesiones	La TDC se asoció con una	Ausencia de seguimiento,
al., 2019	dialéctico	IMC > 30	de 2 horas	disminución de la	pequeño tamaño muestral
	conductual	Edad: 18-59	cada una	severidad de los	y una gran tasa de
	(TDC).	años.		atracones, de los síntomas	abandono del tratamiento
		N = 30		depresivos, de ansiedad y	tras comenzar la
				de estrés, una mejora de la	intervención (44% de la
				alimentación intuitiva y en	muestra).
				la regulación emocional	

Guerrini	Terapia de	Personas con	6 sesiones	La TAC se postula como	Posible sesgo de selección
et al.,	aceptación y	IMC > = 30	de 1 hora	una candidata	(la muestra son personas
2021	compromiso	Edad: 18-65	cada una.	prometedora a ser una	hospitalizadas), y el
	(TAC).	años		alternativa de tratamiento	contexto (dificultad
		N=90		eficaz para la obesidad	generalizar resultados).
Keyvani	Terapia de	Personas con	8 sesiones	La TAC mostró resultados	Los cuestionarios se
у	aceptación y	IMC > 30.	de 90	satisfactorios en cuanto a	utilizaron a modo de
Bolghan	compromiso	Mujeres. Media	minutos	la mejora del autoconcepto	encuesta, el estudio es
2021	(TAC).	edad: 26,14 +	cada una.	y a la reducción en la	transversal y la muestra
		3,59		gravedad de síntomas	comprende únicamente a
		N = 24		depresivos y ansiosos.	mujeres obesas.
Järvelä-	Terapia de	Personas con	6 sesiones	La TAC mostró resultados	La muestra fue
Reijonen	aceptación y	IMC entre 27 y	de 90	satisfactorios en las	mayoritariamente de
et al.,	compromiso	34,9	minutos	conductas alimentarias	mujeres, la escala de
2018	(TAC).	Edad: 25-60	cada una	(hambre emocional,	competencia alimentaria
		años	durante 8	señales de hambre y	mostró una baja
		N = 254	semanas.	saciedad, aceptación de	consistencia interna en
				alimentos y conciencia de	dos de sus subescalas, y
				una alimentación	se llevaron a cabo
				saludable).	entrevistas telefónicas
					cada 48 horas en lugar de
					utilizar registros de
					alimentación (de martes a
					viernes, con lo cual, faltan
					viernes y sábado por
					registrar).

Hendrick	Intervención	Rango IMC:	Taller de 50	La alimentación	La impulsividad es un
		-			
son y	basada en	14,70-47,00	minutos	consciente mostró	término difícil de medir, la
Rasmus	alimentación	Edad media	sobre	resultados satisfactorios	medida que se tomó de la
sen,	consciente.	adolescentes =	alimentació	en cuanto a la reducción	grasa corporal podría
2016		13,33	n	de la impulsividad en la	mejorarse, se deben tener
		Edad media	consciente	selección de los alimentos.	en cuenta los cambios
		adultos = 23,33			hormonales y tener
		N adol. = 172			precaución a la hora de
		N adul. = 176			generalizar los resultados.
Schnepp	Intervención	N = 46	4 sesiones	La intervención consiguió	Se basan en el peso auto
er et al.,	basada en		durante 8	una disminución en el	informado (poco preciso y
2019	atención		semanas	peso (medido a través de	sesgado) y muestra
	plena.			IMC) y una mejora de los	mayoritariamente
				patrones alimentarios	femenina
Dalen et	Intervención	Personas con	6 sesiones	La intervención basada en	Pequeño tamaño muestral,
al., 2010	basada en	IMC > = 30	de 120	la atención plena centrada	ausencia de grupo control,
	atención	Adultos	minutos	en la alimentación puede	corto periodo de
	plena.	N = 10	cada una	producir mejoras en los	seguimiento y ausencia de
			durante 6	patrones alimentarios, en	autorregistros sobre la
			semanas.	el peso y en la salud	práctica de meditación
Kidd et	Intervención	Mujeres con	8 sesiones	La alimentación	Pequeño tamaño muestral,
al., 2013	en	IMC > = 30	de 90	consciente fomentó que	solo participantes
	alimentación	Edad: igual o	minutos	las participantes	femeninas, escasa
	consciente.	superior a 30	cada una	diferenciaran hambre real	validación del instrumento
		años.	durante 8	de hambre emocional y	utilizado para medir
		N = 12	semanas.	mejoró sus decisiones	alimentación consciente
				sobre su alimentación.	

Nota. Elaboración propia.

4. Metodología de investigación

4.1. Fuentes de información empleadas

Se ha llevado a cabo una búsqueda de información con el objetivo de recabar datos para elaborar la presente propuesta de intervención. Para ello, se han utilizado las siguientes bases de datos relacionadas con la Psicología: PubMed, Dialnet,

PsycINFO, Web Of Science, SciELO y Elsevier. Además, para realizar un aprovechamiento óptimo de la información, a partir de las fuentes extraídas de las citadas bases de datos, se han revisado sus referencias y se han incluido artículos que cumplían con los criterios de búsqueda establecidos.

Por otro lado, para recabar información actualizada y veraz sobre cifras y datos, se ha recurrido a fuentes oficiales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional de la Excelencia para la Salud y la Atención del Reino Unido (NICE), la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) o el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Por último, para la elaboración de las sesiones se han consultado libros específicos sobre terapias de tercera generación con el objetivo de obtener información sobre técnicas concretas.

4.2. Criterios de inclusión, términos de búsqueda y operadores

Los términos en español utilizados para realizar la búsqueda bibliográfica son los siguientes: "terapia psicológica", "tratamiento psicológico", "obesidad", "terapia dialéctico conductual", "terapia de aceptación y compromiso", "prevalencia", "comorbilidades". Además, se han utilizado términos en inglés para ampliar la búsqueda, tales como: "obesity", "acceptance and commitment therapy", "dialectical behavior therapy", "mindfulness", "mindful eating", "cognitive behavioral therapy", "psychological comorbidities", "risk factors", "depression", "anxiety", "stress", "eating disorders".

Todos los anteriores términos han sido buscados de forma individual o a través de operadores booleanos, tales como: AND, OR.

Por otro lado, como criterios de inclusión se han establecido que los artículos seleccionados hayan sido publicados desde el 2010 hasta la actualidad, con el objetivo de garantizar que la información sea reciente y novedosa. Por otro lado, se han incluido artículos que traten el tema de la obesidad y las terapias de tercera generación en adultos. Además, como criterios de exclusión, se han descartado todos aquellos

artículos que no tuvieran relación con la propuesta de intervención, por ejemplo, aquellos que estuvieran enfocados a población infantil o anciana, o aquellos artículos que por su antigüedad no cumplían con el criterio de inclusión establecido. Por último, también han sido excluidos aquellos artículos a los que, a pesar de cumplir los criterios de inclusión previamente establecidos, no se podía acceder de forma gratuita.

5. Propuesta de intervención

5.1. Presentación de la propuesta

Actualmente se ha comprobado que el tratamiento en la obesidad, en este caso, la TCC como tratamiento psicológico, no está siendo eficaz a largo plazo para conseguir una pérdida y posterior mantenimiento del peso (Castelnuovo et al., 2017). Por ello, es necesario investigar acerca de nuevas intervenciones que logren este y otros objetivos importantes que ayuden a reducir las tasas de obesidad (Lillis et al., 2021).

En el presente trabajo se plantea una propuesta de intervención grupal para personas adultas con obesidad a través de estrategias propias de las terapias de tercera generación. La propuesta se estructura en 15 sesiones semanales con una duración aproximada de 90 minutos cada sesión. Así, la duración estimada de programa son 15 semanas y está diseñado para ser aplicado a un total de 8 participantes. Posteriormente a la finalización de la intervención, se realizarán seguimientos a los 3, 6 y 12 meses.

5.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta

El objetivo general de la presente propuesta de intervención es lograr una mejora en la calidad de vida y en la salud y el bienestar psicológico de personas adultas con obesidad a través de la aplicación de intervenciones basadas en terapia dialéctico conductual, terapia de aceptación y compromiso y mindfulness.

Objetivos específicos:

- Aprender a tomar conciencia sobre las sensaciones de hambre y saciedad y mejorar la tendencia a comer de manera emocional.
- Mejora de la autoestima de los/las participantes.

- Reducción de los síntomas depresivos y de ansiedad.
- Mejora de la composición corporal.
- Prevención de recaídas.

5.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta

La presente propuesta de intervención está dirigida a adultos entre 25 y 64 con obesidad, ya que es una franja de edad en la que las cifras de obesidad son elevadas (Aranceta-Bartrina et al., 2016) y está diseñada para aplicarse a nivel grupal, debido a que es un formato con el que se obtienen mejores resultados (Baile et al., 2020) y con el que se pueden reducir tiempos de espera y costes económicos, facilitando así el acceso a un mayor número de personas. No es necesario que su aplicación sea en contexto hospitalario, puede darse a nivel de consulta privada.

En cuanto a las características sociodemográficas de las personas participantes, no se tendrá en cuenta su nivel económico, sociocultural o educativo, ni tampoco se hará distinción entre sexos. Si se tendrá en cuenta la edad como criterio de inclusión o exclusión.

5.4. Metodología y recursos

La presente propuesta de intervención se plantea para desarrollarse en un formato presencial y grupal, teniendo en cuenta las medidas que estén vigentes por la pandemia de Covid-19.

En cuanto a las características de los/las participantes, se incluyen en el programa aquellas personas que tengan un IMC mayor o igual a 30 y que tengan entre 25 y 64 años. Por otro lado, se excluyen a aquellas personas que posean un diagnóstico de enfermedad mental grave, personas con abuso de sustancias, embarazadas o en periodo de lactancia y aquellas personas con comorbilidades que impidan (o en las que no se recomiende) una pérdida de peso (NICE, 2000). Además, se excluyen aquellas personas que se hayan sometido o estén a la espera de someterse a cirugía bariátrica.

Por otro lado, en cuanto al procedimiento, en primer lugar, se recogerán los datos personales de los posibles participantes a través de un formulario de Google Forms (nombre, apellidos, sexo, edad, IMC, disponibilidad horaria, enfermedades diagnosticadas...). A continuación, después de seleccionar a las personas candidatas, se procederá a enviar el consentimiento informado (que deberán cumplimentar y devolver firmado) y a la realización de la evaluación pretratamiento a través de las medidas correspondientes. Seguidamente, se informará a las personas participantes de la fecha y hora de inicio del programa y se les entregará un cronograma de las sesiones. Al finalizar la propuesta de intervención, se procederá a obtener medidas postratamiento.

Por último, en cuanto a los recursos para realizar la propuesta de intervención, es necesario contar con un psicólogo/a sanitario/a especialista en obesidad y con formación en terapias de tercera generación. Además, se necesita una sala amplia que disponga de mesas, sillas, pizarra, proyector, pantalla y ordenador, donde poder realizar las sesiones. Por otro lado, es necesario contar con una máquina de impedancia bioeléctrica (Tanita RD-545 HR). Además, en la undécima sesión será necesario disponer de uvas pasas para realizar un ejercicio de alimentación consciente.

5.5. Tareas / sesiones

Sesión 1: Vamos a conocernos.

Objetivos:

- Presentación del grupo.
- Establecer alianza terapéutica y promover el inicio del vínculo entre los/las participantes.
- Explicación de los objetivos del programa y las normas del grupo.

Procedimiento: En primer lugar, será el/la terapeuta quien se presente y realice una breve introducción del programa. A continuación, se pedirá a las personas participantes que se presenten ante el grupo y comenten por qué están allí, qué esperan conseguir...

Es importante que, durante la primera sesión, se comience a formar un vínculo tanto entre las personas participantes como con el/la terapeuta. El grupo debe considerarse como un espacio seguro donde las personas participantes sientan que pueden expresarse sin temor a que sean juzgados, fomentando la creación de una red de apoyo. Además, durante esta primera sesión se expondrán las normas básicas.

Para finalizar, se explicarán de forma más profunda en qué consiste el programa y se entregará un cronograma con el horario de las sesiones. Además, se aconsejará que las personas participantes escojan una libreta o cuaderno durante la semana (antes de la próxima sesión) y la traigan el próximo día para poder anotar aspectos que consideren importantes durante las sesiones.

Sesión 2: Pienso, luego existo.

Objetivos:

- Psicoeducación sobre los pensamientos.
- Explicación de las principales distorsiones cognitivas y fomentar su identificación.

Procedimiento: Se comenzará explicando que los pensamientos y las emociones van de la mano, y en esta sesión nos vamos a centrar en identificar los pensamientos disfuncionales, los cuales suelen ser automáticos y difíciles de identificar.

A continuación, se realizará una presentación para exponer las principales distorsiones cognitivas relacionadas con la obesidad, se expondrán ejemplos y se enviará una tabla resumen a cada participante a su correo electrónico (ver anexo 1). Además, se explicará cómo realizar el registro de los pensamientos (ver anexo 2), en el cual durante la semana deberán registrar los pensamientos distorsionados que vayan identificando, para trabajarlos en la próxima sesión.

Por último, se abordarán diferentes estrategias de "intentos de control" de los pensamientos. Se explicará que la evitación de los pensamientos no es una estrategia funcional con el ejemplo del "elefante verde": "Simplemente, ahora mismo, no pienses en un elefante verde, puedes pensar en lo que quieras, pero no en un elefante verde".

Así, comprobarán que, cuando más no quieres pensar en algo, más potente es ese pensamiento y, por más que quieras, no podrás dejar de pensarlo. Sin embargo, si lo aceptas y continúas con lo que estabas haciendo, el pensamiento se irá diluyendo.

Sesión 3: Y ahora, ¿qué hago con mis pensamientos?

Objetivos:

- Repasar los registros sobre pensamientos distorsionados.
- Entrenamiento en habilidades de defusión cognitiva.

Procedimiento: Para comenzar se revisarán los registros sobre las distorsiones cognitivas y se comentarán las distorsiones más comunes.

A continuación, se comenzará con el entrenamiento en técnicas defusión cognitiva. Este término se utiliza para describir que los pensamientos son, simplemente, pensamientos, no son realidades y no nos definen (Casanova et al., 2018). Un ejercicio útil para aprender a distanciarnos de aquellos pensamientos que nos estén produciendo un malestar es el ejercicio "hojas en un arroyo", y sus instrucciones serían: "Imagínate que estás sentado/a enfrente de un arroyo y que por el flotan enormes hojas de árboles. Coloca tus pensamientos en la hoja y observa cómo se van alejando a través de la corriente. Si algún pensamiento vuelve a aparecer, simplemente deposítalo en otra hoja y observa como también se va alejando (Hayes, 2020).

El proceso de defusión cognitiva se va entrenando a lo largo del tiempo, otras formas de entrenar esta habilidad, según Hayes (2020), son:

- **1. Desobedecer de manera deliberada**: Realizar una acción a la vez que afirmas en voz alta que no puedes hacerlo.
- 2. Ponerle nombre a tu cabeza y escucharla con educación: Esto te ayudará a distanciarte de tu mente y poder ver si estás de acuerdo con lo que piensa.
- 3. Agradece a tu mente lo que intenta hacer por ti: Escucha a tu mente durante un tiempo y después dile algo como: "Gracias por esa idea".

4. Dilo cantando: Encuentra una melodía que te guste e intenta repetir el pensamiento al ritmo de esa melodía.

Sesión 4: ¿Qué son las emociones? La importancia de la regulación emocional.

Objetivos:

- Psicoeducación sobre las emociones.
- Identificación y gestión emocional.
- Promover la regulación emocional.

Procedimiento: La desregulación emocional se encuentra en la base del inicio de multitud de síntomas que se relacionan con síntomas depresivos y ansiosos (Hervás, 2011). Además, es posible que se utilice la comida como una forma de regular las emociones que nos parecen desagradables. Así, durante esta sesión, se realizará una primera parte de psicoeducación emocional a través de una presentación de PowerPoint, donde se expondrán cuáles son las emociones básicas, sus funciones, etc. A continuación, se explicará que el reconocimiento de las emociones es uno de los primeros pasos que debemos realizar para regularlas (McKay et al., 2017). Se proporcionará un registro de las emociones (ver anexo 3) para que los/las participantes lo rellenen de cara a la siguiente sesión y facilitar, así, el reconocimiento de sus propias emociones. Para explicar el registro se realizará un ejemplo práctico.

Para finalizar la sesión, se hará hincapié en que las emociones pueden influir en nuestra conducta, pero también es importante que tengamos en cuenta que nuestros pensamientos pueden influir en las emociones y en las conductas que realizamos.

Sesión 5: ¿Cómo puedo regular mis emociones?

Objetivos:

- Revisar los registros emocionales.
- Identificar estrategias de regulación emocional eficaces e ineficaces.

Procedimiento: El propósito de esta sesión es revisar los registros emocionales que hayan elaborado los/las participantes e identificar qué estrategias de regulación

emocional pueden resultar eficaces a medio y largo plazo y cuáles no. Por ejemplo, como estrategias ineficaces, podemos tener: evitación experiencial de la emoción, rechazo, intentos de control excesivo, negación, utilizar la comida para regularme, etc. Estas estrategias nos producen un alivio pasajero, sin embargo, a medio y largo plazo son ineficaces. Otras estrategias como aceptar la emoción o darse permiso para sentirla resultan más eficaces a largo plazo. Durante la sesión se pondrán más ejemplos.

Por último, como actividad para la semana siguiente, se pedirá a los/las participantes que añadan una columna más a su registro emocional, donde indiquen qué estrategia de regulación emocional más efectiva podrían realizar.

Sesión 6: Aceptación de las emociones

Objetivo:

- Revisar los registros emocionales y las estrategias de regulación emocional.
- Introducir y promover el concepto de aceptación emocional.

Procedimiento: Se revisarán los registros emocionales y se destacarán las principales estrategias de regulación emocional llevadas a cabo.

A continuación, se introducirá el concepto de aceptación emocional. A lo largo de las sesiones ya hemos sido capaces de ver nuestros pensamientos distorsionados, aceptarlos, aprender sobre las emociones y las estrategias para regularlas. Por tanto, ahora es importante aceptar las emociones que tenemos con el fin de poder gestionarlas. Intentar evitar ciertas emociones que nos parecen desagradables es contraproducente a largo plazo y acaba por aumentar el malestar. Por ello, debemos permitirnos sentir todas las emociones, en lugar de luchar contra ellas.

Por último, se realizará un ejercicio para promover la aceptación (Hayes, 2020): Consiste en mirar hacia los diferentes objetos de la sala manteniendo una postura que se base en el no, por ejemplo "no, eso no debería estar ahí, no es aceptable". A continuación, realizamos el mismo ejercicio, pero con la postura del sí, por ejemplo "si, eso está bien, no tiene por qué cambiar". Después, comparamos que ha cambiado en

la postura del sí con respecto a la del no (por ejemplo, la postura corporal puede ser distinta) y cómo nos hemos sentido. Ver el mundo desde la postura del "sí" nos conecta con la apertura y con la aceptación.

Sesión 7: Hambre emocional y funciones de la comida.

Objetivos:

- Explicar las distintas funciones de la comida y la alimentación.
- Diferenciar entre hambre real vs hambre emocional.

Procedimiento: Durante esta sesión, se verán las distintas funciones que puede tener la comida, realizando una lluvia de ideas. Por ejemplo, la comida sirve para nutrir nuestro cuerpo, regular las emociones, como recompensa o castigo... Se hará hincapié en su función hedónica (antiguamente nuestros antepasados comían para sobrevivir, sin embargo, actualmente comemos también por placer).

A continuación, se expondrá un cuadro resumen para ver las diferencias entre hambre real y emocional (ver anexo 4), el cual se enviará por correo electrónico.

Para finalizar la sesión se explicará el autorregistro del hambre real vs emocional (ver anexo 5) y se pedirá que lo rellenen durante la semana. El autorregistro se rellena durante todos los días de la semana y para cada comida que se realice. Se deberá identificar el tipo de hambre antes de la ingesta (real o emocional), las emociones que se sentían antes y después de realizar la ingesta y la sensación de saciedad tras la misma. Se les indica que el autorregistro se debe realizar inmediatamente después de realizar la ingesta para asegurar la precisión.

Sesión 8: Mis emociones me superan.

Objetivos:

- Psicoeducación sobre qué son las habilidades de tolerancia al malestar.
- Aplicación de habilidades de tolerancia al malestar para no utilizar la alimentación emocional cuando la intensidad emocional es elevada.

Procedimiento: Para comenzar se revisarán los autorregistros de identificación de hambre real vs emocional y se comentarán las conclusiones principales.

A continuación, se introduce el tema de las habilidades básicas de tolerancia al malestar propias de la TDC. Se explicará que estas habilidades se utilizan para lidiar con emociones que nos parecen demasiado intensas y nos generan malestar (Broks, 2019): Se hará hincapié en los siguientes aspectos (McKay et al., 2017):

- Aceptación radical: simplemente consiste en aceptar la realidad tal y como es, sin juzgarla. Algunas frases que se pueden utilizar son: "Así es como tiene que ser", "no puedo cambiar algo que ha ya ocurrido", "el presente es el único momento sobre el que tengo control".
- Distracción: No significa evitación. La distracción de una situación que genera mucho malestar te permitirá hacerle frente en un futuro, cuando tus emociones sean menos intensas. Puedes distraerte realizando una actividad agradable, contando (contando de 7 en 7 hacia delante, por ejemplo), etc.
- Relajarte y tranquilizarte: puedes tranquilizarte utilizando tu sentido del olfato, de la vista, del oído, del gusto o del tacto.

Se animará a que utilicen alguna de estas estrategias aprendidas en el momento en el que identifiquen que pueden estar teniendo un episodio de hambre/alimentación emocional.

Sesión 9: Entrenamiento en planificación de las ingestas. La utilidad de los autorregistros.

Objetivos:

- Psicoeducación sobre la alimentación.
- Fomentar la planificación de las ingestas y el equilibrio entre placer y salud.
- Introducir los autorregistros para la planificación de las ingestas.

Procedimiento: En primer lugar, se comenzará con la psicoeducación sobre la alimentación (Baile y González, 2013), a través de una exposición de PowerPoint:

1. Qué comer: Explicación de la pirámide alimenticia (ver anexo 6).

2. ¿Cómo comer?: Recomendaciones básicas: comer sin distracciones (televisión, móvil...), elaborar la comida en lugar de utilizar comida precocinada, comer sentado/a, comer en un único lugar de la casa, realizar las ingestas

siempre a la misma hora...

A continuación, se les pedirá que utilicen un autorregistro para organizar sus ingestas durante una semana (ver anexo 7), intentando aplicar la pirámide alimenticia (que será enviada por correo electrónico) a su día a día. Esto se realizará teniendo en cuenta que debemos encontrar el equilibrio entre la salud y nuestro placer (recordatorio de que somos seres hedónicos). Así, para encontrar el equilibrio es necesario que nos demos permiso para hacer comidas que nos gusten, aunque no sean "sanas", ya que también debemos alimentar nuestro placer.

Por último, se realizará un ejemplo de autorregistro de un día siguiendo las recomendaciones de la pirámide alimenticia.

Sesión 10: Introducción al mindfulness.

Objetivos:

Revisar los autorregistros de las ingestas.

- Introducir el concepto de mindfulness.

Procedimiento: En primer lugar, se revisarán los registros de las ingestas y se repasarán dudas. Es necesario aclarar que siempre se recomendará que acudan a un/a nutricionista y, por supuesto, que se realicen controles anuales en su médico de referencia (así se enfatiza la importancia del trabajo multidisciplinar).

A continuación, se introducirá el concepto de mindfulness (prestar atención de manera consciente al momento presente con una actitud de interés, curiosidad y aceptación). La atención plena es una técnica que utiliza la meditación para poder traer nuestros pensamientos al momento presente de manera consciente y aceptarlos. Para ello, podemos prestar atención a nuestra respiración y trataremos de observar nuestras

sensaciones, sentimientos e ideas sin juzgarlas, dejándolas pasar. Simplemente, podemos dedicar unos minutos al día a realizar un escaneo corporal y ver qué está pasando en mi cuerpo. Esto implica dejar de poner el "piloto automático" y empezar a ser más conscientes en ciertas ocasiones, a aprender a disfrutar de las cosas que hacemos y a traer nuestro pensamiento al momento presente (ya que solemos tenerlo en el futuro, anticipando, y creando ansiedad).

Se pedirá a los/las participantes que realicen la práctica no formal del mindfulness, por ejemplo, dando un paseo con los 5 sentidos una vez al día durante la semana, y registren en una de esas veces qué pensamientos, sensaciones o sentimientos tenían.

Sesión 11: Comer con consciencia.

Objetivos:

- Revisión de la práctica no formal del mindfulness.
- Introducir el concepto de comer consciente y realizar el ejercicio de la uva pasa.

Procedimiento: Se revisarán las prácticas no formales del mindfulness con los registros. Se animará a que lo sigan aplicando en su día a día como una técnica de autocuidado.

A continuación, se explicará en que consiste la práctica de la alimentación consciente para fomentar la consciencia de las sensaciones corporales y la diferencia en sus señales de hambre emocional, real y saciedad, con una actitud de curiosidad y aceptación (Morillo y Campayo, 2017).

Existen 4 preguntas para fomentar la alimentación consciente (Romano, 2018):

- 1. ¿Por qué voy a comer? Así puedo tomar consciencia de mis sensaciones corporales.
- 2. ¿Qué voy a comer? Así, fomento la consciencia de lo que voy a comer.
- 3. ¿Cómo es mi manera de comer? Puede ser impulsiva, descontrolada...
- 4. ¿Cuánto como? Ayuda a aumentar la consciencia sobre la saciedad.

Para finalizar, se explicarán 10 pautas para fomentar la alimentación consciente (ver anexo 8), las cuales se pedirán que apliquen en una comida durante la semana y que anoten qué sensaciones tenían antes y después de comer y cómo les ha resultado la experiencia (se enviarán las pautas por correo electrónico). Por último, se realizará la meditación de la uva pasa (ver anexo 9).

Sesión 12: Aprendiendo a quererme.

Objetivos:

- Explicación del concepto de autoestima y promover la aceptación corporal.
- Meditación escaneo corporal.

Procedimiento: Se revisará la práctica de alimentación consciente y, a continuación, se introduce el concepto de autoestima diferenciándolo del autoconcepto. Se relacionan ambos conceptos con la alimentación, los ideales de belleza, las dietas, la fuerza de voluntad y el auto-diálogo negativo. Se realizará un debate donde todos/as pueden intervenir sobre cómo creen que influyen estos aspectos en la autoestima. Para concluir, se explicará el círculo vicioso de la autoestima y la alimentación: si yo no me quiero, no me gusto y no me acepto, voy a querer cambiarlo y, para ello, voy a intentar realizar algún tipo de dieta para bajar de peso de forma rápida. Sin embargo, una dieta demasiado estricta no voy a poder mantenerla en tiempo y creeré que no tengo "fuerza de voluntad". Así, me asaltarán emociones desagradables como tristeza, enfado... Como consecuencia, es posible que intente calmar esas emociones a través de la comida. Esto puede conllevar que mi peso aumente, no me guste y no me acepte. Así, comienza un círculo vicioso. Para cortarlo podemos cambiar el "no me gusto y no me acepto" por "me acepto tal y como soy, me gusto, me quiero".

Para finalizar la sesión se realizará una meditación de escaneo corporal con el objetivo de que sintonicen con su cuerpo y promover su aceptación (Williams y Penman, 2011). Se pedirá que realicen esta meditación durante la semana al menos 15 minutos

al día y, tras su realización, realicen un registro donde indiquen el día, la hora y cómo se han sentido después de realizarla.

Sesión 13: Soy mucho más que mi peso.

Objetivo:

- Promover aumento de la autoestima: agradecer al cuerpo.
- Identificar las fortalezas personales y aplicarlas en su día a día.

Procedimiento: En primer lugar, se comentará la práctica de la meditación de escaneo corporal revisando el registro semanal.

A continuación, se realizará un ejercicio de agradecimiento al cuerpo, llevando a cabo una lluvia de ideas sobre qué nos permite hacer nuestro cuerpo que podemos agradecer. Por ejemplo, lo más importante que nos permite nuestro cuerpo es vivir. También nos permite disfrutar de un día soleado, escuchar mi canción favorita, amar...

A continuación, se realizará una exposición de cuáles son las 24 principales fortalezas personales (identificadas por Seligman) y se pedirá a los/las participantes que identifiquen su principal fortaleza (con la que se sientan más identificados/as) y la apliquen en su día a día durante 1 semana. Se les facilitará un autorregistro (ver anexo 10) donde deberán anotar qué fortaleza han aplicado, cómo lo han hecho y qué emoción han sentido (nombrarla y añadir su intensidad del 1 al 10).

Sesión 14: Esto se acaba.

Objetivos:

- Repaso de lo aprendido para consolidar los aprendizajes.
- Explicación del término de adherencia.
- Cierre del grupo.

Procedimiento: En esta penúltima sesión se realizará un pequeño recorrido de los conceptos fundamentales, haciendo hincapié los aprendizajes y avances adquiridos.

A continuación, se explicará que la adherencia a un nuevo estilo de vida (nuevas formas de interpretar las emociones, de relacionarnos con nuestro cuerpo, con nuestros

pensamientos...) requiere que éste sea coherente con nosotros/as mismos/as y que nuestras metas sean alcanzables y realistas para mantenerlas a largo plazo.

Por último, para finalizar la sesión se propone la realización de una dinámica grupal en la que cada persona escriba una frase con un breve deseo, que posteriormente todos/as meterán en una caja. A continuación, cada uno cogerá un papel y leerá la frase en alto primeramente como esté escrita y en segunda instancia la cambiará para personalizarla, por ejemplo: "espero que podamos aplicar lo aprendido en nuestras vidas" sería la frase original, por lo que personalizada podría ser: "voy a trabajar en poner en práctica todo lo que he aprendido, con ganas e ilusión".

Sesión 15: Dar un paso atrás, pero para coger impulso.

Objetivos:

- Diferenciar lapso de recaída.
- Anticipar situaciones complicadas y planificar cómo afrontarlas.
- Promover la cohesión del grupo y la formación de una red de apoyo.

Procedimiento: Durante esta sesión se abordarán conceptos muy relevantes como el de lapso (fluctuaciones normales) y recaída (vuelta al estado anterior a la intervención), para diferenciarlos. Además, se hará hincapié en que es posible que ocurran acontecimientos vitales estresantes que pueden alterar la forma que tengamos de manejar los problemas, lo cual es algo natural y no conlleva perder todo el progreso.

A continuación, se pedirá a cada persona que identifique posibles situaciones complicadas que podrían suceder y qué estrategia llevaría a cabo para afrontarla.

Por último, se animará al grupo a que no pierdan el contacto y se fomentará que se convierta en una red de apoyo para sus integrantes.

Al finalizar esta sesión se volverán a administrar los mismos cuestionarios que al inicio de la intervención para obtener las medidas post tratamiento.

5.6. Cronograma de aplicación

Figura 4.

Cronograma de aplicación de la propuesta de intervención.

SESIONES															
MÓDULOS SESIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Presentación y toma de contacto															
Entrenamiento cognitivo															
Entrenamiento emocional															
Planificación de ingestas															
Comer con consciencia y atención plena															
Trabajo en autoestima															
Cierre y prevención de recaídas															

Nota. Elaboración propia.

5.7. Evaluación de la propuesta

La evaluación de la propuesta de intervención se plantea con la comparación de las medidas pre y post tratamiento a través de una prueba t de Student para muestras relacionadas, en la cual se prevé que el nivel de significación sea menor a 0.05. Además, se propone realizar evaluaciones a los 3, 6 y 12 meses de finalizar la intervención con el objetivo de comprobar la estabilidad a largo plazo de las mejoras obtenidas, siguiendo el mismo procedimiento que en la primera comparación de medidas.

Se propone el uso de los siguientes instrumentos:

 Inventario de Depresión de Beck II (BDI II; Beck et al., 1996): es un instrumento autoaplicado con 21 ítems tipo Likert que se evalúan de 0 a 3 en los cuales la persona valora la frase que mejor describe su estado anímico durante las últimas

- 2 semanas, obteniendo puntuaciones entre 0 y 63 puntos. Se aplica en adultos y adolescentes mayores de 13 años (Sanz et al., 2005). En cuanto a sus propiedades psicométricas, se ha encontrado una alta fiabilidad de consistencia interna con un valor de alfa de Cronbach de 0.87 en población general (Sanz et al., 2003) y de 0.89 en población con trastornos psicológicos (Sanz et al., 2005).
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger et al., 1970): se trata de un instrumento autoaplicado con 40 ítems tipo Likert que se evalúan de 0 a 3. Se distinguen dos conceptos: la ansiedad estado, que se describe como una respuesta emocional temporal, y la ansiedad rasgo, que se detalla como una tendencia más estable en el tiempo. La puntuación total en cada subescala está entre 0 y 60 puntos (Fonseca-Pedrero et al., 2012). En cuanto a sus propiedades psicométricas, la adaptación española posee excelente consistencia interna, con valores que oscilan entre 0.9 y 0.93 en ansiedad estado y entre 0.84 y 0.87 en ansiedad rasgo (Spielberger et al., 1982 citado en Del Río Olvera et al., 2018).
- Cuestionario de comedor emocional (CCE; Garaulet et al., 2012): se trata de un cuestionario autoadministrado con 10 ítems. Las respuestas se valoran del 0 al 3 y la puntuación máxima son 30 puntos. Se clasifica en cuatro grupos: 0-5 comedor no emocional; 6-10 leve comedor emocional; 11-20 comedor emocional y 21-30 comedor muy emocional. En cuanto a sus propiedades psicométricas, se ha encontrado una consistencia interna con un valor de alfa de Cronbach que oscila entre 0.612 y 0.773 (Garaulet et al., 2012).
- escala de autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965): se trata de una escala tipo Likert conformada por 10 ítems, de los cuales 5 están enunciados positivamente y otros negativamente. Estos se responden en una escala de 4 puntos y, para su corrección, se deben invertir las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente y sumarse con el resto de los ítems. En cuanto a sus propiedades psicométricas, muestra una consistencia interna excelente con un

alfa de Cronbach de 0.87 (Vázquez-Morejón et al., 2004). Las puntuaciones oscilan entre 10 y 40 (Vázquez-Morejón et al., 2013).

- Cuestionario de salud SF-36: está conformado por 35 ítems que miden 8 dimensiones relacionadas con la salud y 1 ítem adicional que evalúa cambios de la salud en el tiempo. En cuanto a sus propiedades psicométricas, los coeficientes de consistencia interna son próximos a 0.90 (Vilagut et al., 2008). Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, por lo que una puntuación inferior a 50 indica una mala calidad de vida (o un empeoramiento de esta) y una puntuación mayor a 50 indica una buena calidad de vida (o una mejora de esta) (Velásquez-Zambrano et al., 2013). Además, ha demostrado ser un instrumento sencillo y eficaz en personas con obesidad (Callegari et al., 2005)
- Adaptación española de la escala de bienestar psicológico de Ryff (EBP; Díaz et al., 2006): se trata de una versión reducida de la escala de bienestar psicológico de Ryff, adaptada a población española, compuesta por 29 ítems que evalúan 6 dimensiones teóricas (autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal). Su consistencia interna es aceptable, con valores comprendidos entre 0.70 y 0.84 (Díaz et al., 2006).

Por último, para valorar la mejora en la composición corporal, se utilizará una máquina de impedancia bioeléctrica (Tanita RD-545 HR). La impedancia bioeléctrica es una técnica sencilla y no invasiva que mide la composición corporal (masa magra, masa grasa, agua...) a través de dos aspectos: la resistencia y la reactancia (Alvero-Cruz et al., 2011).

6. Conclusiones

El objetivo de este trabajo es desarrollar una propuesta de intervención novedosa para personas adultas con obesidad, que integre elementos propios de las terapias de tercera generación. La propuesta no ha sido llevada a cabo en un entorno

real, sin embargo, se prevé que su diseño y planteamiento teórico permitieran la consecución de los objetivos planteados.

A pesar de los esfuerzos de los diferentes profesionales por llevar a cabo un tratamiento para la obesidad, la realidad es que las cifras de prevalencias siguen aumentando de forma preocupante, llegando a considerar la obesidad como la epidemia del siglo XXI (Martínez-Atienzar, 2019). Por tanto, es necesario realizar un mayor esfuerzo de investigación, ya que los estudios sobre la efectividad de las intervenciones son limitados (Félix-Alcántara et al., 2021).

Las propuestas a nivel grupal para la intervención en personas con obesidad han arrojado resultados satisfactorios. Además, la TCC se ha posicionado como el tratamiento de primera elección en este tipo de casos. (Baile et al., 2020). Sin embargo, no todas las investigaciones respaldan la eficacia de la TCC, de hecho, un ensayo clínico aleatorizado en el cual se valoran los efectos de la TCC 4 años después de su aplicación en personas que se encontraban a la espera de realizarse una cirugía bariátrica, no mostró que un programa de 10 semanas se relacionara con resultados significativos en variables como la pérdida ponderal o la mejora de los síntomas afectivos y de los patrones alimentarios (Hjelmesæth et al., 2019).

Las terapias de tercera generación nacen con el propósito de superar los problemas con los que se ha encontrado la TCC (Félix-Alcántara et al., 2021). Por esta razón se ha realizado la presente propuesta de intervención.

En cuanto a las limitaciones y propuestas de mejora, la falta de guías clínicas y de tratamientos empíricamente validados a partir de terapias de tercera generación en personas con obesidad ha dificultado la realización de esta propuesta de intervención. Además, las terapias de tercera generación son relativamente recientes, por lo que aún es necesaria una mayor investigación en este ámbito.

Por otro lado, la realización de cuestionarios autoaplicados puede dar lugar a sesgos por el componente de deseabilidad social, lo cual se debería tener en cuenta a la hora de analizar los resultados en una aplicación real del programa.

Por último, se propone la recomendación de que las intervenciones en obesidad se realicen en coordinación con diferentes profesionales involucrados, fomentando un enfoque multidisciplinar y mejorando los resultados (Caixàs et al., 2020).

7. Referencias

- Alvero-Cruz, J. R., Correas, L., Ronconi, M., Fernández, R., & Porta i Manzañido, J. (2011). La bioimpedancia eléctrica como método de estimación de la composición corporal: normas prácticas de utilización. Revista Andaluza de medicina del deporte, 4(4), 167-174.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a Ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
- Amiri, S., & Behnezhad, S. (2019). Obesity and anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatrie*, *33*(2), 72-89. https://doi.org/10.1007/s40211-019-0302-9
- Apovian, C. M. (2016). Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden.
 - The American Journal of Managed Care, 22(7), s176-s185. https://doi.org/10.1097/00006205-199911001-00100
- Aranceta-Bartrina, J., Pérez-Rodrigo, C., Alberdi-Aresti, G., Ramos-Carrera, N., & Lázaro-Masedo, S. (2016). Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25–64 años) 2014–2015: estudio ENPE. Revista Española de Cardiología, 69(6), 579-587. https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.02.010
- Arteaga, A. (2012). El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 145-153. https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70291-2
- Arrizabalaga J. J., Calañas-Continente A., Vidal J., Masmiquel L., Díaz-Fernández M. J., García-Luna P. P., Monereo S., Moreiro J., Moreno B. & Ricart F. (2003). Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Endocrinología y Nutrición*, *50*(4), 1-38.

- Bacete, S.; Félix-Alcántara, M.P., Banzo-Arguis, C., Ugalde, B., Rincón, M.G. & Quintero J. (2019). Obesidad, ¿es un trastorno mental? *BMI-Journal*, *9*(2). 2587-2590.
- Baile, J. I., & González, M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. Anales del sistema sanitario de Navarra, 34(2). 253-261. https://doi.org/10.4321/S1137-66272011000200011.
- Baile, J. I. & González, M. J. (2013). Intervención Psicológica En Obesidad. Pirámide.
- Baile, J. I. & González M. J. (2013). *Tratando... Obesidad: Técnicas y estrategias psicológicas*. Pirámide.
- Baile, J., González-Calderón, M., Palomo, R., & Rabito-Alcón, M. (2020). La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. Clínica Contemporánea, 11(1). https://doi.org/10.5093/cc2020a1
- Basterra-Gortari, F. J., Bes-Rastrollo, M., Ruiz-Canela, M., Gea, A., & Martínez-González, M. Á. (2017). Prevalencia de obesidad y diabetes en adultos españoles, 1987-2012. *Medicina clínica*, 148(6), 250-256. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.11.022
- Beaulac, J., Sandre, D., & Mercer, D. (2019). Impact on mindfulness, emotion regulation, and emotional overeating of a dbt skills training group: a pilot study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(2), 373-377. https://doi.org/10.1007/s40519-018-0616-9
- Ben-Porath, D., Duthu, F., Luo, T., Gonidakis, F., Compte, E. J., & Wisniewski, L. (2020).

 Dialectical behavioral therapy: an update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eating disorders*, *28*(2), 101-121.

 https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1723371
- Braden, A., Ferrell, E., Redondo, R., & Watford, T. (2020). Dialectical behavior therapy skills and behavioral weight loss for emotional eating and obesity: A case study. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 50*, 177-186. https://doi.org/10.1007/s10879-020-09451-x

- Braden, A., & O'Brien, W. (2021). Pilot Study of a Treatment Using Dialectical Behavioral

 Therapy Skills for Adults with Overweight/Obesity and Emotional Eating. *Journal*of Contemporary Psychotherapy, 51, 21-29. https://doi.org/10.1007/s10879-020-09477-1
- Broks, E. (2019). Terapia dialéctico conductual: Supera el trastorno bipolar, la ansiedad y la depresión, cambia lo que sientes y desarrolla tus habilidades de comunicación con esta guía de psicoterapia. The positive psychology.
- Bryce-Moncloa, A., Alegría-Valdivia, E., & San Martin-San Martin, M. (2017). Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. *Anales de la Facultad de Medicina 78*(2), 202-206. https://doi.org/10.15381/anales.v78i2.13218
- Caixàs, A., Villaró, M., Arraiza, C., Montalvá, J. C., Lecube, A., Fernández-García, J. M., Corio, R., Bellido, D., Llisterri, J. L. & Tinahones, F. J. (2020). Documento de consenso de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) y de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sobre la continuidad asistencial en obesidad entre Atención Primaria y Unidades Especializadas Hospitalarias 2019. *Medicina clínica*, 155(6), 267.e1-267.e11. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.10.014
- Callegari, A., Michelini, I., Sguazzin, C., Catona, A., & Klersy, C. (2005). Efficacy of the SF-36 questionnaire in identifying obese patients with psychological discomfort. *Obesity surgery*, *15*(2), 254-260.
- Caldwell, K., Baime, M., & Wolever, R. (2012). Mindfulness based approaches to obesity and weight loss maintenance. *Journal of Mental Health Counseling*, *34*(3), 269-282. https://doi.org/10.17744/mehc.34.3.t016616717774643
- Casanova, I., Cabañas, V., & Fernández-Montes, I. (2018). Tratamiento de un caso de trastorno de la conducta alimentaria desde la perspectiva de aceptación y compromiso. Revista de Casos Clínicos en Salud Mental, 6(1), 85-117.

- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varallo, G., & Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychology research and behavior management*, *10*, 165-173. https://doi.org/10.2147/PRBM.S113278
- Cattivelli, R., Guerrini Usubini, A., Manzoni, G. M., Vailati Riboni, F., Pietrabissa, G., Musetti, A., Franceschini, C., Varallo, G., Spatola, C. A. M., Giusti, E., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2021). ACTonFood. Acceptance and Commitment Therapy-Based Group Treatment Compared to Cognitive Behavioral Therapy-Based Group Treatment for Weight Loss Maintenance: An Individually Randomized Group Treatment Trial. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18, 1-19. https://doi.org/10.3390/ijerph18189558
- Chamorro, R. A., Durán, S. A., Reyes, S. C., Ponce, R., Algarín, C. R., & Peirano, P. D. (2011). La reducción del sueño como factor de riesgo para obesidad. *Revista médica de Chile, 139*(7), 932-940. http://.doi.org/10.4067/S0034-98872011000700017
- Cebolla, A., Perpiñá, C., Lurbe, E., Alvarez-Pitti, J., & Botella, C. (2012). Prevalencia del trastorno por atracón en una muestra clínica de obesos. *Anales de pediatría* 77(2), 98-102. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.11.027
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual review of psychology*, *68*, 491-516. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139
- Czepczor-Bernat, K., Brytek-Matera, A., Gramaglia, C., & Zeppegno, P. (2020). The moderating effects of mindful eating on the relationship between emotional functioning and eating styles in overweight and obese women. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(4), 841-849. https://doi.org/10.1007/s40519-019-00740-6

- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. (2010).
 Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. Complementary Therapies in Medicine, 18(6), 260-264. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.09.008
- De Wit, L. M., Fokkema, M., van Straten, A., Lamers, F., Cuijpers, P., & Penninx, B. W. (2010). Depressive and anxiety disorders and the association with obesity, physical, and social activities. *Depression and anxiety*, *27*(11), 1057-1065. https://doi.org/10.1002/da.20738
- Del Río Olvera, F. J., Cabello-Santamaría, F., Cabello-García, M. A., & Aragón-Vela, J. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas psychologica*, 17(1), 1-10. https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-1.caer
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C.,
 & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, *18*(3), 572-577.
- Dunn, C., Haubenreiser, M., Johnson, M., Nordby, K., Aggarwal, S., Myer, S., & Thomas,
 C. (2018). Mindfulness Approaches and Weight Loss, Weight Maintenance, and
 Weight Regain. Current Obesity Reports, 7(1), 37-49. https://doi.org/10.1007/s13679-018-0299-6
- Gameiro, F., Perea, M. V., Ladera, V., Rosa, B., & García, R. (2017). Executive functioning in obese individuals waiting for clinical treatment. *Psicothema*, 29(1), 61-66. https://doi.org/10.7334/psicothema2016.202
- Garaulet, M., Canteras, M., Morales, E., López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., & Corbalán-Tutau, M. D. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for

- use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 645-651. https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5659
- Gay-Patiño, J. V. G., Tlatenchi, D. E. J., González, J. E. G., & Morales, A. Z. (2020).
 Asociación entre ansiedad, sobrepeso y obesidad en población adulta adscrita a una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*, 27(3), 131-134.
 https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.3.75893
- Glisenti, K., & Strodl, E. (2012). Cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for treating obese emotional eaters. *Clinical Case Studies*, 11(2), 71-88. https://doi.org/10.1177/1534650112441701
- González Di Mura, M. V., Casari, L., González-Pancher, R. J., & Vega, M. R. (2018).

 Análisis de factores psicológicos en pacientes obesos: estudio pre y post tratamiento. *Revista de Psicología*, *13*(26), 55-64.
- Félix-Alcántara, M. P., Gutiérrez-Arana, I., Sancho-Salinas, A., Ruiz-Velasco, E., Banzo-Arguis, C., Villacañas-Blázquez, M., Domínguez-García, C., Torres-Hermosillo, R. y Quintero, J. (2021). Actualización en psicoterapias para personas con obesidad. Revista de Psicoterapia, 32(118), 253-271. https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.442
- Fernández-Rojo, S., Grande-Linares, T., Banzo-Arguis, C. & Félix-Alcántara, M.P. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine, 11*(86). 5144-5152. https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.004
- Finger, I. d. R., de Freitas, B. I., & Oliveira, M. d. S. (2018). Psychological inflexibility in overweight and obese people from the perspective of acceptance and commitment therapy (ACT). *Eating and Weight Disorders*, *25*(1), 169-175. https://doi.org/10.1007/s40519-018-0541-y
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de ansiedad estado-

- rasgo (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology-Psicología*Conductual, 20(3), 547-561.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Manasse, S. M., Crosby, R. D., Goldstein, S. P., Wyckoff, E. P., & Thomas, J. G. (2016). Acceptance-based versus standard behavioral treatment for obesity: Results from the mind your health randomized controlled trial. *Obesity*, *24*(10), 2050-2056. https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.004
- Guerrini-Usubini, A., Cattivelli, R., Giusti, E. M., Riboni, F. V., Varallo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Consoli, S., Bastoni, I., Granese, V., Volpi, C., Villa, V., Caretti, A., Bottacchi, M., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2021). The ACTyourCHANGE study protocol: promoting a healthy lifestyle in patients with obesity with Acceptance and Commitment Therapy—a randomized controlled trial. *Trials*, *22*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s13063-021-05191-y
- Hayes, S. C (2020). Una mente liberada: la guía esencial de la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Paidós.
- Hemmingsson, E. (2014). A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obesity Reviews*, *15*(9), 769-779. https://doi.org/10.1111/obr.12197
- Hemmingsson, E. (2018). Early Childhood Obesity Risk Factors: Socioeconomic Adversity, Family Dysfunction, Offspring Distress, and Junk Food Self-Medication.
 Current obesity reports, 7(2), 204-209. https://doi.org/10.1007/s13679-018-0310-2
- Hendrickson, K. L., & Rasmussen, E. B. (2016). Mindful Eating Reduces Impulsive Food

 Choice in Adolescents and Adults. *Health Psychology*, 36(3), 1-10.

 https://doi.org/10.1037/hea0000440
- Hernáez, Á., Zomeño, M. D., Dégano, I. R., Pérez-Fernández, S., Goday, A., Vila, J., Civiera, F., Moure, R. & Marrugat, J. (2019). Exceso de peso en España:

- situación actual, proyecciones para 2030 y sobrecoste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud. *Revista Española de Cardiología*, 72(11), 916-924. https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.009
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, *19*(2), 347-372.
- Hjelmesæth, J., Rosenvinge, J. H., Gade, H., & Friborg, O. (2019). Effects of cognitive behavioral therapy on eating behaviors, affective symptoms, and weight loss after bariatric surgery: a randomized clinical trial. *Obesity surgery*, 29, 61-69. https://doi.org/10.1007/s11695-018-3471-x
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric clinics*, *40*(4), 739-749. https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). Determinantes de salud (sobrepeso, consumo de fruta y verdura, tipo de lactancia, actividad física). Recuperado de: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=125992645705
 8&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDet alle¶m3=1259924822888#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Encuesta%20 Europea%20de,5%25%20de%20mujeres%20padecen%20obesidad.&text=Res %202020.
- Jantaratnotai, N., Mosikanon, K., Lee, Y., & McIntyre, R. S. (2016). The interface of depression and obesity. Obesity Research & Clinical Practice, 11(1), 1-10. https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.07.003
- Järvelä-Reijonen, E., Karhunen, L., Sairanen, E., Muotka, J., Lindroos, S., Laitinen, J.,
 Puttonen, S., Peuhkuri, K., Hallikainen, M., Pihlajamäki, J., Korpela, R., Ermes,
 M., Lappalainen, R., & Kolehmainen, M. (2018). The effects of acceptance and commitment therapy on eating behavior and diet delivered through face-to-face

- contact and a mobile app: a randomized controlled trial. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 15(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/s12966-018-0654-8
- Järvelä-Reijonen, E., Puttonen, S., Karhunen, L., Sairanen, E., Laitinen, J., Kolehmainen, M., Pihlajamäki, J., Kujala, U. M., Korpela, R., Ermes, M., Lappalainen, R., & Kolehmainen, M. (2020). The Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Intervention on Inflammation and Stress Biomarkers: a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(5), 539-555. https://doi.org/10.1007/s12529-020-09891-8
- Junne, F., Ziser, K., Giel, K. E., Schag, K., Skoda, E., Mack, I., Niess, A., Zipfel, S., & Teufel, M. (2017). Determinants of perceived stress in individuals with obesity: exploring the relationship of potentially obesity-related factors and perceived stress. *Obesity facts*, 10(2), 127-138. https://doi.org/10.1159/000454833
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014).
 Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating behaviors*, 15(2), 197-204.
 https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005
- Kenny, P. J. (2011). Reward mechanisms in obesity: new insights and future directions. *Neuron*, *69*(4), 664-679. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2011.02.016
- Keyvani, E., & Bolghan-Abadi, M. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving self-concept, depression, and anxiety in obese women. *International Archives of Health Sciences*, 8(2), 79-83. https://doi.org/0.4103/iahs.iahs_117_20
- Kidd, L. I., Graor, C. H., & Murrock, C. J. (2013). A mindful eating group intervention for obese women: a mixed methods feasibility study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(5), 211-218. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.05.004

- Kristeller, J., Wnuk, S., & Du, C. (2018). Mindfulness-Based Therapies in Severe Obesity. En S. Cassin, R. Hawa, & S. Sockalingam (Eds.), *Psychological Care in Severe Obesity: A Practical and Integrated Approach* (pp. 175-198). Cambridge: Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108241687.011
- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. Á., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., Salvador, J., Masmiquel, L., Goday, A., Bellido, D., Lurbe, E., García-Almeida, J.M., Tinahones, F.J., García-Luna, P.P., Palacio, E., Gargallo, M., Bretón, I., Morales-Conde, S., Caixàs, A., Menéndez, E., ... & Casanueva, F.F. (2016). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la sociedad española para el estudio de la obesidad de 2016. *Endocrinología y Nutrición, 64*(1), 15-22. https://doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.002
- Lillis, J., Dunsiger, S., Thomas, J. G., Ross, K. M., & Wing, R. R. (2021). Novel behavioral interventions to improve long-term weight loss: A randomized trial of acceptance and commitment therapy or self-regulation for weight loss maintenance. *Journal of Behavioral Medicine*, *44*(4), 527-540. https://doi.org/10.1007/s10865-021-00215-z
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, Brenda W.
 J. H, & Zitman, F. G. (2010). Overweight, Obesity, and Depression: A Systematic
 Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229
- Mac Neil, B. A., & Hudson, C. C. (2018). Patient experience and satisfaction with acceptance and commitment therapy delivered in a complimentary open group

- format for adults with eating disorders. *Journal of patient experience*, *5*(3), 189-194. https://doi.org/10.1177/2374373517748640
- Maciel, A. C., de Schuster, L. A., Araujo, R. P., de Lara Machado, W., & Da Silva, M. (2019). Effects of a dialectical behavior therapy-based skills group intervention for obese individuals: A Brazilian pilot study. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 24(6), 1099-1111. https://doi.org/10.1007/s40519-017-0461-2
- Mckay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2017). *Manual práctico de terapia dialéctico conductual*. Desclee de Brouwer.
- Mantzios, M., & Wilson, J. C. (2015). Mindfulness, Eating Behaviours, and Obesity: A Review and Reflection on Current Findings. Current Obesity Reports, 4(1), 141-146. https://doi.org/10.1007/s13679-014-0131-x
- Marqueta de Salas, M., Martín-Ramiro, J. J., & Juárez-Soto, J. J. (2016). Características sociodemográficas como factores de riesgo para la obesidad y el sobrepeso en la población adulta española. *Medicina clínica, 146*(11), 471-477. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.03.017
- Martínez-Atienzar, L. I. M., Jiménez-Espinosa, A., Tárraga-Marcos, L., Madrona-Marcos,
 F., & Tárraga-López, P. J. (2019). Obesidad: una epidemia en la sociedad actual.
 Análisis de los distintos tipos de tratamiento: motivacional, farmacológico y quirúrgico. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(11), 1112-1154. https://doi.org/10.19230/jonnpr.3209
- Meldrum, D. R., Morris M. A., & Gambone, J. C. (2017). Obesity pandemic: causes, consequences, and solutions—but do we have the will? *Fertility and Sterility*, 107(4), 833-839. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.02.104

- Milaneschi, Y., Simmons, W. K., van Rossum, Elisabeth F. C, & Penninx, B. W. (2019).

 Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. *Molecular Psychiatry*, 24(1), 18-33. https://doi.org/10.1038/s41380-018-0017-5
- Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. (2020). Encuesta Europea de Salud en España. Recuperado de:

 <a href="https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaE
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017 notatecnica.pdf
- Morillo, H., & Campayo, J. G. (2017). Alimentación consciente. *Psicosomática y Psiquiatría*, 2(1), 3-6.
- National Hearth, Lung and Blood Institute. Sobrepeso y obesidad. (2021). Recuperado de: https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/espanol/sobrepeso-y-obesidad
- National Heart, Lung, Blood Institute, & North American Association for the Study of Obesity. (2000). The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The Institute.
- OECD. (2019). The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/67450d67-en
- OMS. (2021). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D., & Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity reviews*, *15*(6), 453-461. https://doi.org/10.1111/obr.12156

- Osaji, J., Ojimba, C., & Ahmed, S. (2020). The use of acceptance and commitment therapy in substance use disorders: a review of literature. *Journal of Clinical Medicine Research*, *12*(10), 629-633. https://doi.org/10.14740/jocmr4311
- Pan, A., Sun, Q., Czernichow, S., Kivimaki, M., Okereke, O. I., Lucas, M., Manson, J. E., Ascherio, A., & Hu, F. B. (2012). Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *International journal of obesity*, *36*(4), 595-602. https://doi.org/10.1038/ijo.2011.111
- Pisetsky, E. M., Schaefer, L. M., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2019). Emerging psychological treatments in eating disorders. *Psychiatric Clinics*, *42*(2), 219-229. https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.005
- Quintero, J., Félix-Alcántara, M. P., P., Banzo-Arguis, C., Martínez de Velasco-Soriano,
 R., Barbudo, E., Silveria, B., & Pérez-Templado Ladrón de Guevara, J. (2016).
 Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud mental*, 39(3), 123-130.
 https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.010
- Rajan, T. M., & Menon, V. (2017). Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. *Journal of Postgraduate Medicine*, 63(3), 182-190. https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_712_16
- Raman, J., Smith, E., & Hay, P. (2013). The Clinical Obesity Maintenance Model: An Integration of Psychological Constructs including Mood, Emotional Regulation, Disordered Overeating, Habitual Cluster Behaviours, Health Literacy and Cognitive Function. *Journal of Obesity*, 2013, 1-9. https://doi.org/10.1155/2013/24012
- Reyes, L., Bentancur, J., & Samaniego, A. (2015). Ansiedad y depresión en personas con obesidad de Paraguay. *Salud & sociedad*, *6*(1), 38-48. https://doi.org/10.22199/S07187475.2015.0001.00003
- Romano, J. (2018). Comer despierto: La alimentación basada en mindfulness. Paidós.

- Roosen, M. A., Safer, D., Adler, S., Cebolla, A., & Van Strien, T. (2012). Group dialectical behavior therapy adapted for obese emotional eaters; a pilot study. *Nutrición hospitalaria*, 27(4), 1141-1147. https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5843
- Rozakou-Soumalia, N., Dârvariu, Ş., & Sjögren, J. M. (2021). Dialectical Behaviour

 Therapy Improves Emotion Dysregulation Mainly in Binge Eating Disorder and

 Bulimia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of personalized medicine*, 11(9), 1-20. https://doi.org/10.3390/jpm11090931
- Sala, M., Shankar Ram, S., Vanzhula, I. A., & Levinson, C. A. (2020). Mindfulness and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 834-851. https://doi.org/10.1002/eat.23247
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, *14*(3), 249-280.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud*, *16*(2), 121-142.
- Schnepper, R., Richard, A., Wilhelm, F. H., & Blechert, J. (2019). A combined mindfulness–prolonged chewing intervention reduces body weight, food craving, and emotional eating. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(1), 106-111. https://doi.org/10.1037/ccp000036
- Seijo, N. (2018). Key Points in the Psychotherapeutic Treatment of Obesity. *Journal of Obesity and Nutritional Disorders*, 8(4), 1-7. https://doi.org/10.29011/2577-2244
- Segura-Serralta, M., Ciscar, S., Blasco, L., Oltra-Cucarella, J., Roncero, M., Espert, R., Elvira, V., Pinedo-Esteban, R., & Perpiñá, C. (2020). Contribution of executive functions to eating behaviours in obesity and eating disorders. *Behavioural and*

cognitive psychotherapy, 48(6), 725-733. https://doi.org/10.1017/S1352465820000260

- Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (2016). Guías alimentarias para la población española (SENC, diciembre 2016); la nueva pirámide de la alimentación saludable. *Nutrición Hospitalaria*, 33(8), 1-48. http://dx.doi.org/10.20960/nh.827
- Sorensen, M. D., Arlinghaus, K. R., Ledoux, T. A., & Johnston, C. A. (2019). Integrating mindfulness into eating behaviors. *American journal of lifestyle medicine*, *13*(6), 537-539. https://doi.org/10.1177/1559827619867626
- Souza, L. A., Maciel, A. C., Gomes de Castro, T., & Da Silva, M. (2019). Problematic and adaptive eating in people with obesity after a DBT-based skills training intervention: 3-and 8-month follow-up and mediation analysis. *Psicologia:* Reflexão e Crítica, 32(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/s41155-019-0116-5
- Tamayo, D. y Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos.

 Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 6(1), 91-112.
- Tomiyama, A. J. (2019). Stress and obesity. *Annual review of psychology*, 70, 703-718. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102936
- Tronieri, J. S., Wadden, T. A., Pearl, R. L., Berkowitz, R. I., Alamuddin, N., & Chao, A. M. (2020). Mindful Eating, General Mindful Awareness, and Acceptance as Predictors of Weight Loss. *Mindfulness*, *11*(12), 2818-2827. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01493-5
- Vázquez-Morejón, A. J., Jiménez-García, R., & Vázquez Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.

- Vázquez Morejón, A. J., Vázquez-Morejón, R. & Bellido-Zanin, G. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 37-43.
- Velásquez-Zambrano, J. G., Miranda-Fontalvo, A., Pulgar-Emiliani, M. I., Araujo-Zarate,
 P. L. & Salazar-Mestre, C. J. (2014). Evaluación de la calidad de vida en pacientes
 obesos y cirugía bariátrica. Revista ciencias biomédicas 5(1), 79-87.
- Vilagut, G., Valderas, J. M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., & Alonso, J. (2008).
 Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España:
 componentes físico y mental. *Medicina clínica*, 130(19), 726-735.
- Weiss, F., Barbuti, M., Carignani, G., Calderone, A., Santini, F., Maremmani, I., & Perugi, G. (2020). Psychiatric Aspects of Obesity: A Narrative Review of Pathophysiology and Psychopathology. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(8), 1-18. https://doi.org/10.3390/jcm9082344
- Wielgosz, J., Goldberg, S. B., Kral, T. R., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2019).

 Mindfulness meditation and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, *15*, 285-316. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423
- Williams, M. & Penman, D. (2011). *Mindfulness: guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético*. Paidós.
- World Health Organization (2018). *International Classification of Diseases* (11st ed.). Genève, Switzerland: Who Press, World Health Organization.
- Wu, Y. K., & Berry, D. C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 74(5), 1-13. https://doi.org/10.1111/jan.13511

8. Anexos

Anexo 1. Tabla resumen de las principales distorsiones cognitivas relacionadas con la obesidad (elaboración propia).

Distorsión cognitiva	Definición	Ejemplo
	Tendencia a ver la realidad en términos	"Tengo que hacer la dieta perfecta, sin
Pensamiento dicotómico	absolutos de "todo o nada", "blanco o negro",	hacer mal ninguna comida"
	sin término medio.	
	Tendencia a magnificar lo negativo, es decir,	"Todo me va mal por culpa de la
Magnificación	exagerar los acontecimientos negativos	comida, no valgo para nada"
	Tendencia a minimizar lo positivo, es decir,	"Esta semana he hecho bien las
Minimización	quitarle importancia a lo bueno que nos	comidas, pero podría hacerlo mejor"
	ocurre, haciéndolo insignificante.	
	Sacar conclusiones generales de hechos	"Me he dado un atracón, jamás podré
Generalización excesiva	particulares.	comer sin darme un atracón"
	Sacar conclusiones precipitadas sin tener	"Esta persona me ha mirado mal,
Inferencia arbitraria	toda la información necesaria o incluso con	seguro que es porque estoy gordo/a"
	datos en contra.	
	Tendencia a pensar que todo lo que ocurra	"No puedo ir a la comida de empresa
Personalización	tiene que ver conmigo, es decir, todo lo que	porque se van a fijar en lo gordo/a que
	digan o piensen los demás es por mí	estoy"
	Consiste en poner un nombre etiquetando a	"Los carbohidratos son malos"
Etiquetaje	algo o a alguien, incluso a nosotros/as	"No puedo comerme este dulce porque
	mismos/as.	es malo"
_	Son reglas rígidas que nos imponemos o	"Debería adelgazar para estar bien"
Deberías	que nos imponen desde fuera	

Anexo 2: Registro de distorsiones cognitivas (elaboración propia).

DÍA Y	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	DISTORSIÓN	CONSECUENCIAS
HORA	(qué ocurrió)		COGNITIVA	(qué hice)

Anexo 3. Registro de emociones (elaboración propia).

DÍA Y HORA	SITUACIÓN (qué	EMOCIÓN (cómo	CONSECUENCIAS
	ocurrió)	me sentí)	(qué hice y cómo me
			sentí al hacerlo)

Anexo 4. Hambre emocional (elaboración propia).

FÍSICA	VБ	EMOCIONAL
Es gradual		Es repentina
Acepta <u>cualquier</u> tipo de comida y alimento		Suele aparecer hacia un tipo de comida específica
Se siente en el <u>estómago</u>		Se suele sentir en la zona de la garganta y cuello, aunque es más <u>difusa</u>
Es <u>paciente</u> , puede esperar		Es <u>urgente</u> , produce ansiedad
Ocurre a causa de una necesidad <u>física</u> del organismo		Se relaciona con necesidades <u>emocionales</u>
Se deja de comer al estar saciado/a		Se sigue comiendo aun estando saciado/a
No aparecen sentimientos de culpa, ya que comer es una necesidad		Existen sentimientos de culpa al terminar de comer.

Anexo 5. Autorregistro hambre real vs emocional (elaboración propia).

DÍA Y	HORARIO	TIPO DE HAMBRE	EMOCIONES (antes y	SENSACIÓN DE SACIEDAD del
HORA	DE COMIDA	(real o emocional)	después de la ingesta)	1-10 (después de la ingesta)
			Antes:	
	Desayuno		Después:	
			Antes	
	Comida		Después:	
			Antes:	
	Cena		Después:	
			Antes:	
	Snacks*		Después:	

^{*}Comidas que se realicen fuera de las 3 principales (desayuno, comida y cena).

Anexo 6. Pirámide alimenticia (Fuente: Guías alimentarias para la población española (SENC, diciembre, 2016); la nueva pirámide de alimentación saludable).



Anexo 7. Autorregistro planificación de ingestas semanal (elaboración propia).

	HORARIO	ALIMENTOS
	Desayuno	
DÍA DE LA	Media mañana	
SEMANA:	Comida	
	Media tarde	
	Cena	

Anexo 8. Pautas alimentación consciente (elaboración propia).

PAUTAS PARA FOMENTAR LA ALIMENTACIÓN CONSCIENTE

- 1. Cocina algo rico con calma, disfrutando del proceso.
- Decora la mesa donde vayas a comer y emplata la comida de forma que te guste.
- **3.** Come en un sitio tranquilo, sin distracciones (sin televisor, sin mirar el teléfono), prestando atención a tu comida. Es tu momento.
- 4. Mastica la comida con tranquilidad, degustando cada bocado, poniendo tus 5 sentidos en esa comida. Mira la comida, huélela, tócala, escucha como la masticas, saboréala.
- 5. Suelta los cubiertos entre bocado y bocado.
- Cuando termines de comer presta atención a tu sensación de saciedad.
- Come cuando tengas hambre. Aprende a sentir tus sensaciones de hambre y saciedad, escucha a tu cuerpo.
- 8. Al terminar la comida, agradece el simple hecho de haber comido y haberlo disfrutado.

Anexo 9. Meditación de la uva pasa (Williams y Penman, 2011).

Guion meditación uva pasa: Para realizar el ejercicio necesitaremos una uva pasa, ya que consiste en comer la pasa de forma consciente. Seguimos los siguientes pasos:

- 1. Sujeta la pasa con la palma de la mano o utilizando los dedos. Concéntrate, obsérvala, siente tu peso, su forma.
- 2. Obsérvala con detenimiento, como si nunca hubieras visto una uva pasa. Pon toda tu atención en ella, explórala, examínala con precisión: sus huecos, sus pliegues...
- 3. A continuación, tócala, explora la textura, siéntela en tu mano, pásala entre tus dedos
- **4.** Después, acércala a tu nariz y explora su aroma, percibe las sensaciones que tienes, percibe su olor. Si no huele a nada, percibe esto también.
- **5.** Acércala a tu boca lentamente, sin prisa, y ponla sobre tu lengua despacio. La lengua tiene que "recibir" a la pasa de forma delicada. Explora tus sensaciones con tu lengua, tomándote tu tiempo, sin masticar.

- **6.** Ahora muerde la pasa con delicadeza y de forma consciente, sintiendo como se rompe en tu boca. Percibe su sabor, su textura, mastícala lentamente. Tomate tue tiempo para explorar.
- 7. Por último, nota la sensación de tragar, céntrate en ella conscientemente.

Observa como notas los movimientos de preparación de tu lengua, como pasa por tu garganta, como fluye hasta tu estómago.

Al acabar el ejercicio, se anotarán qué sensaciones y pensamientos han tenido y cómo se sienten después de realizarlo.

Anexo 10. Diario de fortalezas (elaboración propia).

DÍA	Situación	Fortaleza aplicada y	Emoción (intensidad
		cómo la aplico	1-10). Cómo me sentí