

## **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BASADA EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD: UN ESTUDIO PILOTO**

Javier Manchón, María José Quiles y Sofía López-Roig  
*Universidad Miguel Hernández (España)*

### **Resumen**

En la actualidad, las intervenciones conductuales para pérdida de peso en sobrepeso y obesidad presentan problemas para mantener los resultados de pérdida de peso a largo plazo. La terapia de aceptación y compromiso (ACT) podría ser un enfoque adecuado para favorecer la pérdida de peso a largo plazo. El objetivo de este estudio piloto es evaluar la eficacia de una intervención basada en ACT en el cambio del peso corporal al finalizar la intervención y en el seguimiento a los 9 meses, además de analizar los efectos de la intervención en diversas variables de interés. Nueve mujeres (edad:  $M= 44,11$  años;  $DT= 5,82$ ) participaron en una intervención grupal de 10 diez sesiones semanales, abordando contenidos de hábitos alimentarios, actividad física y ACT. Al finalizar la intervención, la pérdida de peso promedio fue de 2,8%, y en el seguimiento a los 9 meses, fue de 3,9%. A tenor de los resultados, podemos afirmar que el estudio ofrece datos a favor de ACT en las intervenciones de pérdida de peso.

**PALABRAS CLAVE:** *obesidad, sobrepeso, intervención, terapia de aceptación y compromiso.*

### **Abstract**

Current behavioral interventions for weight loss in overweight and obesity present problems in maintaining long-term weight loss results. Acceptance and commitment therapy (ACT) could be a suitable approach to promote long-term weight loss. The aim of this pilot study is to evaluate the efficacy of an ACT-based intervention on body weight change at the end of the intervention and after a 9-month follow-up, in addition to analyzing the effects of the intervention on several variables of interest. Nine women ( $M_{age}= 44.11$  years;  $SD= 5.82$ ) attended a group intervention of 10 weekly sessions, addressing contents of eating habits, physical activity, and ACT. At the end of the intervention, the average weight loss was 2.8%, and after a 9-month follow-up, it was 3.9%. Based on the results, it can be concluded that the study provides evidence in favor of the suitability of ACT to help promote weight loss.

**KEY WORDS:** *obesity, overweight, intervention, acceptance and commitment therapy.*

---

Este trabajo tiene el apoyo de unas ayudas del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de España (FPU17/00206), cuyo beneficiario es el primer autor.

*Correspondencia:* Javier Manchón, Avda. de la Universidad, s/n, 03202 Elche, Alicante (España). E-mail: [jmanchon@umh.es](mailto:jmanchon@umh.es)

## Introducción

En la actualidad, la obesidad es el trastorno nutricional más frecuente en los países desarrollados, siendo declarada en 1998 como un problema de dimensiones pandémicas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021). En España, en datos de 2019 y 2020 de la Encuesta Europea de Salud en España (Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística, 2020), aparecieron tasas elevadas de sobrepeso (37,6%) y obesidad (16,0%) en personas mayores de 15 años.

El sobrepeso y la obesidad además de relacionarse directamente con problemas de salud derivados por el exceso de peso, se asocian a una amplia variedad de comorbilidades, como son la diabetes mellitus, la hiperlipidemia y en los últimos años también se ha encontrado asociación con un mayor riesgo de padecer diversos tipos de cáncer (Lecube *et al.*, 2016).

La causa fundamental para la aparición de sobrepeso y obesidad es el desequilibrio entre el consumo de calorías por una elevada ingesta de alimentos y la reducción del gasto energético por el sedentarismo. Aunque existen factores biológicos y genéticos que contribuyen al aumento de peso, la explicación de la obesidad es multicausal, puesto que el rápido aumento de las tasas de obesidad en las últimas décadas responde a un cambio en nuestro entorno, considerado actualmente como entorno obesogénico (Hill *et al.*, 2003).

Al respecto de la influencia de factores psicológicos en la obesidad, esta parece estar relacionada con la depresión bidireccionalmente y de manera consistente, así como moderadamente con la ansiedad (Rajan y Menon, 2017). Las personas con obesidad presentan una mayor insatisfacción corporal respecto a personas con normopeso, lo que conlleva peor autoestima, un estado de ánimo más bajo y mayor posibilidad de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria (Weinberger *et al.*, 2016). Por otro lado, la obesidad está relacionada con conducta alimentaria desordenada, siendo muy frecuente la presencia de episodios de atracones, o incluso la posibilidad de presentar comorbilidad con el trastorno por atracón o bulimia (Balantekin *et al.*, 2021). Otro de los aspectos conductuales relevantes es el denominado comer emocional, es decir, la regulación emocional a través de la comida. El comer emocional es una de las posibles variables explicativas del aumento en el IMC puesto que su ocurrencia es más frecuente en personas con sobrepeso y obesidad respecto a población normopeso (Péneau *et al.*, 2013).

La dimensión psicológica se considera imprescindible en el abordaje de la obesidad, puesto que la pérdida de peso va asociada indisolublemente a la modificación de conductas, en este caso, relacionadas con la alimentación y la actividad física (Baile, 2019). La terapia psicológica de corte cognitivo-conductual se ha consolidado como el tratamiento de primera línea en el abordaje del sobrepeso y la obesidad (Jensen *et al.*, 2014). En estas intervenciones se combinan como estrategias terapéuticas el seguimiento de hábitos alimentarios saludables, aumento de actividad física y estrategias psicológicas como apoyo para favorecer la adhesión a los hábitos saludables.

Las intervenciones que siguen estos estándares consiguen generar una disminución de entre el 7 y 10% del peso total (Butryn *et al.*, 2011). No obstante, a pesar de ser una forma eficaz de reducir el peso a corto plazo, la mitad de quienes

participan en estos programas recuperan todo el peso que habían perdido en los siguientes cinco años (Wadden y Butryn, 2003). En un metaanálisis se comprobó que las intervenciones de tipo psicosocial generaron un cambio en las conductas de alimentación y de pérdida de peso a corto plazo, pero en el seguimiento a largo plazo los efectos eran menores (Moldovan y David, 2011). El reto actual al que se enfrenta este campo de investigación es el de aumentar la adhesión al tratamiento y mantener los resultados a largo plazo. Ante esta situación, las nuevas terapias psicológicas de tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT), se perfilan como un enfoque eficaz que permite superar estas limitaciones (Lillis y Kendra, 2014).

ACT es una de las llamadas terapias psicológicas de tercera generación, que supone un cambio de paradigma respecto a terapias psicológicas anteriores, puesto que más que centrarse en la modificación de eventos psicológicos, se persigue cambiar la función de estos eventos a través de técnicas como la aceptación, el distanciamiento (*defusion*) y la atención plena (*mindfulness*) a partir del modelo de flexibilidad psicológica (Hayes *et al.*, 2006).

Existen diversos motivos por los que podría considerarse acertado el uso de ACT en sobrepeso y obesidad. Respecto a su eficacia, se han realizado numerosos estudios en los que ACT aparece como un paradigma eficaz en diversas áreas de la psicología clínica y de la salud, entre las que se encuentra el abordaje de la obesidad. En la actualidad, ACT cuenta con más de 150 revisiones estructuradas o metaanálisis que demuestran el interés y la eficacia de este enfoque (Hayes *et al.*, 2021).

La variable fundamental de ACT, la flexibilidad psicológica, se está empleando como variable mediadora del efecto de las intervenciones para sobrepeso y obesidad en la pérdida de peso. La flexibilidad psicológica relacionada con la comida aparece en la literatura como predictora de la pérdida de peso (Ong *et al.*, 2019) y asociada al adecuado mantenimiento del peso saludable tras participar en este tipo de intervenciones (Phelan *et al.*, 2020).

Respecto a elementos específicos de la flexibilidad psicológica, en primer lugar, podemos destacar las estrategias basadas en la aceptación, que tienen como objetivo incrementar la habilidad de tolerar experiencias internas aversivas, y en el control del peso se requiere tolerar experiencias internas como el hambre, el afecto negativo o la fatiga derivada del ejercicio físico. Esto las diferencia de los métodos tradicionales de terapia cognitivo-conductual, que se centran en controlar y reducir los estados internos desagradables. El uso de estrategias basadas en la aceptación parece favorecer una menor ansia por la comida (*craving*) (Forman, Hoffman, *et al.*, 2013).

Otro de los componentes que hace de ACT una propuesta interesante es el uso de la atención plena, con el que se pretende aumentar la conciencia de las conductas de ingesta automática o inconsciente (Forman *et al.*, 2009). Existe evidencia de que las estrategias basadas en la atención plena son útiles para reducir el total de comida consumida y elegir alimentos más saludables (Godsey, 2013). El empleo de la atención plena se asocia con la reducción del comer impulsivo y emocional, y de la frecuencia de episodios de atracones (Ruffault *et al.*, 2017).

Finalmente, a través de las estrategias de identificación de valores y direcciones vitales, se pretende generar un compromiso duradero con las metas que se planteen

(Lillis y Kendra, 2014). Los valores personales pueden dotar de propósito, dirección y sentido a la conducta. Promover la realización de conductas basadas en valores permite modificar la relación de las personas con el malestar que puedan experimentar en un proceso de cambio conductual como en la pérdida de peso, lo que conlleva un mayor compromiso con los nuevos hábitos (Dahl, 2015).

El enfoque desde el que se han realizado más estudios sobre la eficacia de ACT es el propio de las terapias conductuales basadas en la aceptación (ABT, *Acceptance-Based Behavioral Treatment*) en formato grupal. Este enfoque es ligeramente diferente a ACT, puesto que éste se centra en tolerar experiencias desagradables, mientras que ABT se centra en aceptar la reducción a corto plazo del placer (Forman *et al.*, 2015). En sus dos primeros estudios piloto, la pérdida de peso fue de 6,6% del peso total tras 12 sesiones semanales (Forman *et al.*, 2009) y 13,5% tras 24 sesiones semanales (Niemeier *et al.*, 2012).

Posteriormente, se han realizado varios estudios comparando ABT con terapia conductual estándar en ensayos experimentales aleatorizados (Forman, Butryn, *et al.*, 2013, Forman *et al.*, 2016; Forman *et al.*, 2019). Se encontró mayor pérdida de peso en ABT (10,9%) que en la condición estándar (8,7%), aunque no resultó estadísticamente significativa y tampoco se encontraron diferencias en el seguimiento. No obstante, las personas que mostraron un mayor comer emocional o mayores puntuaciones en depresión se beneficiaron más de ABT que los que presentaron puntuaciones bajas. Además, el mayor efecto de ABT aparecía mediado por la aceptación psicológica de ansia (*craving*) por la comida y las personas de la condición de ABT tenían el doble de probabilidad de mantener el peso perdido a los 36 meses respecto a la intervención estándar.

Desde el enfoque de ACT se realizó un ensayo clínico aleatorizado comparando ACT con una intervención estándar (Lillis *et al.*, 2017), en el que se encontró una pérdida de peso de 4,2% del total en la condición experimental frente a un 2,4% en la condición estándar, sin diferencias estadísticamente significativas. En el seguimiento a los 24 meses, las personas que participaron en la condición de ACT recuperaron menos peso que en la otra condición, mostrando datos preliminares a favor de su utilidad para el mantenimiento a largo plazo del peso perdido.

Las investigaciones en este campo se encuentran actualmente en su fase inicial. Entre las áreas en las que se debe recabar más información, tal como se señala en la literatura (Forman *et al.*, 2015) se encontraría la replicación de los estudios en los que se han puesto a prueba ABT y ACT, y una mejor comprensión de los mecanismos de acción del tratamiento. En este sentido, el objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia de una intervención basada en ACT en el cambio del peso corporal al finalizar la intervención y en el seguimiento a los 9 meses, además de analizar los efectos de la intervención en diversas variables de interés. Para ello, se realizó un estudio piloto de la intervención, con el que comprobar, además, la viabilidad y aceptabilidad de la intervención por parte de las participantes. Como hipótesis, se propone que la intervención será útil para reducir el IMC de las participantes. Además, la intervención aumentará la calidad de vida relacionada con la salud, aumentará la aceptación relacionada con la comida, aumentará la claridad y el progreso de los valores personales, aumentará la actividad física realizada, disminuirá el comer emocional, disminuirá la realización de hábitos de alimentación

obesogénicos, disminuirá la insatisfacción corporal y disminuirá el número de episodios de atracones en las participantes.

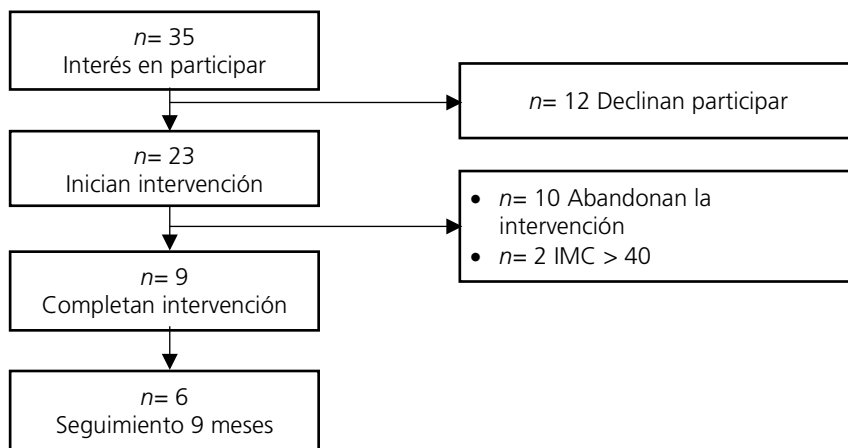
## Método

### Participantes

Inicialmente, 35 personas mostraron interés en la intervención y fueron invitadas a participar. De ellas, finalmente 9 mujeres terminaron la intervención (edad:  $M= 44,11$  años;  $DT= 5,82$ ). Respecto a las características sociodemográficas, acerca del estado civil, una de ellas estaba soltera, seis refirieron estar casadas y dos de ellas, divorciadas. En cuanto a su nivel de estudios, tres de ellas completaron estudios secundarios, una de ellas, estudios universitarios de grado, mientras que cinco tenían estudios de posgrado o doctorado. Ocho de ellas refirieron no estar haciendo dieta para controlar peso, y siete indicaron no realizar actividad física antes de iniciar el programa. En la figura 1 se encuentra el diagrama de flujo de las participantes de la intervención.

**Figura 1**

Diagrama de flujo de participantes de la intervención



Nota: IMC= índice de masa corporal.

### Instrumentos

- Báscula médica con tallímetro y cinta métrica. Se evaluaron el peso (kg) y la altura (m) con una báscula médica con tallímetro, así como el perímetro de la cintura (m) y la cadera (m) con una cinta métrica. Estas mediciones se realizaron con frecuencia semanal. Posteriormente se calculó el IMC de las participantes siguiendo la fórmula  $\text{kg/m}^2$ , y el índice cintura-cadera (ICC) a partir del cociente del perímetro de la cintura entre el perímetro de la cadera.

- b) "Cuestionario de salud SF-36, versión corta" (*Short Form-36 Health Survey*, SF-36; Ware y Sherbourne, 1992), adaptación española de Alonso *et al.* (1995). El SF-36 está formado por 36 ítems para valorar estados positivos y negativos de la salud física y mental, que forman ocho factores con los que se obtiene una puntuación global. Para este trabajo se han empleado las dos medidas que indican de calidad de vida física y calidad de vida mental. La puntuación puede oscilar entre 0 y 100 y una mayor puntuación indica mejor calidad de vida. La consistencia interna de sus escalas se encuentra entre  $\alpha=0,78$  y  $\alpha=0,96$ .
- c) "Cuestionario de hábitos obesogénicos" (Pardo *et al.*, 2004). Este instrumento se emplea para detectar hábitos y conductas relacionados con el control de peso. Consta de 22 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos. Está formado por cinco subescalas, de las cuales se han empleado tres para este trabajo, las referentes al contenido calórico de la dieta, la preocupación por una alimentación saludable y la alimentación con relación al bienestar emocional. Una mayor puntuación indica una alimentación más saludable. El cuestionario mostró valores adecuados de consistencia interna ( $\alpha=0,87$ ).
- d) "Cuestionario internacional de actividad física" (*International Physical Activity Questionnaire*, IPAQ; Craig *et al.*, 2003). El IPAQ permite calcular el volumen de actividad física semanal a través de la unidad de índice metabólico (*metabolic equivalent of task*, MET), que expresa el requerimiento energético de una actividad. El test consta de 7 ítems que miden la frecuencia (días/semana) y la duración (minutos/día) de tres tipos de actividad física: vigorosa, moderada y caminar, que permiten estimar el total de MET y clasificar el nivel de actividad física según los siguientes parámetros:  $< 600$  MET-minutos/semana (bajo);  $600-2999$  MET-minutos/semana (moderado) y  $\geq 3000$  MET-minutos/semana (alto). Los datos de la versión corta original (validada en 12 países) mostraron una adecuada fiabilidad (Craig *et al.*, 2003).
- e) "Cuestionario de aceptación y acción de ansia por la comida" (*Food Craving Acceptance and Action Questionnaire*, FAAQ; Juarascio *et al.*, 2011), adaptación española de Manchón *et al.* (2021). El FAAQ permite evaluar la flexibilidad psicológica relacionada con la alimentación a partir de dos factores: Aceptación y Disposición. Para este trabajo, únicamente se han empleado los 5 ítems del factor Aceptación. Se puntúan con una escala tipo Likert de 6 puntos. Aceptación refleja el grado en que una persona se encuentra abierta a experimentar ansia (*craving*), emociones y sensaciones fisiológicas asociadas a la alimentación sin intentos de controlar, alterar, suprimir o evitar estas experiencias vividas como negativas. Una mayor puntuación indica una mayor aceptación de las experiencias de ansia (*craving*). Esta subescala presenta una adecuada consistencia interna en su versión en castellano ( $\alpha=0,86$ ).
- f) "Cuestionario de valores" (*Valuing Questionnaire*, VQ; Smout *et al.*, 2014), adaptación española por Ruiz *et al.* (2021). El VQ es una medida de valores personales, que consta de 10 ítems distribuidos en dos factores: Progreso y Obstáculos. Progreso representa la puesta en marcha de conductas basadas en valores, así como la claridad de identificar qué es importante a nivel vital. Mayores puntuaciones indican mayor implementación de conductas basadas en valores. Obstáculos refleja la interrupción de vivir de acuerdo con los valores

personales, que puede estar causada por la evitación de experiencias no deseadas, o por el descuido de los valores personales en favor de otras experiencias psicológicas. Las puntuaciones más altas indican mayor presencia de obstáculos. La versión empleada mostró una adecuada consistencia interna ( $\alpha = 0,84$ ) y datos a favor de validez de constructo.

- g) "Escala de alimentación emocional positiva-negativa" (*Positive-Negative Emotional Eating Scale*, PNEES; Sultson et al., 2017), adaptación española por Manchón et al. (2021). La PNEES está formada por 19 ítems distribuidos en dos factores que miden la tendencia a comer en respuesta a emociones positivas y negativas. Se emplea una escala tipo Likert de 0 a 4. Mayores puntuaciones indican mayor comer emocional positivo y negativo. La versión española tiene una excelente consistencia interna ( $\alpha = 0,94$ ).
- h) "Escala de evaluación de la imagen corporal – Dimensiones corporales" (*Body Image Assessment Scale – Body Dimensions*, BIAS-BD; Gardner et al., 1999), adaptación española por Rodríguez-Campayo et al. (2003). La BIAS-BD consta de 13 siluetas con diferentes tamaños corporales, desde delgados a gruesos. Se responde a dos preguntas: con qué figura se identifica la persona y qué forma corporal le gustaría tener. La discrepancia entre ambas informa acerca de la insatisfacción corporal. Esta escala mostró una adecuada fiabilidad test-retest ( $r = 0,84$ ).
- i) "Test de bulimia-revisado" (*Bulimia Test-Revised*, BULIT-R; Thelen et al., 1991), versión española por Mora y Raich (1993). El BULIT-R se emplea para detectar el riesgo de desarrollar bulimia. En este trabajo únicamente se han empleado los 14 ítems referentes a los atracones (subescala de Atracones). Los ítems se responden con una escala Likert de 5 puntos. Una mayor puntuación en esta subescala sugiere una mayor ocurrencia de episodios de atracones. La consistencia interna del cuestionario es adecuada ( $\alpha$  entre 0,92 y 0,98).
- j) "Inventario de ansiedad estado-rasgo" (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberg et al. (1982). El STAI comprende dos subescalas de ansiedad: estado (STAI-E) y rasgo (STAI-R). Para este trabajo se empleó únicamente la ansiedad estado, que consta de 20 ítems, con una escala de respuesta de 0 (Nada/Casi nunca) a 3 (Mucho/Casi siempre). A mayor puntuación obtenida, mayor será la ansiedad-estado. Este instrumento posee una adecuada consistencia interna (entre  $\alpha = 0,90$  y  $\alpha = 0,93$  en esta subescala).
- k) "Inventario de depresión de Beck-II" (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), adaptación española por Sanz et al. (2003). El BDI-II evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva. Consta de 21 ítems con una escala Likert de 0 a 3. La puntuación total se obtiene de la suma de los 21 ítems, y permite clasificar en diferentes rangos de depresión: Mínima (0-13), Leve (14-19), Moderada (20-28) y Grave (29-63). Este cuestionario presenta una consistencia interna adecuada ( $\alpha = 0,87$ ).
- l) Ítems *ad hoc* sobre satisfacción con el tratamiento. Tras finalizar la intervención, se administraron cinco ítems generados para valorar la satisfacción de las participantes con la intervención.

### *Procedimiento*

En primer lugar, se obtuvo la aprobación del estudio por parte del comité ético de la universidad. Seguidamente, se realizó el reclutamiento de la muestra a través del envío de un correo masivo dirigido al personal administrativo y docente de una universidad española. Las personas que mostraron interés fueron atendidas en una entrevista inicial en la que se les explicó la finalidad de este trabajo. En caso de cumplir los criterios de selección, se procedió a la explicación y firma del consentimiento informado y, posteriormente, a la valoración inicial de las variables de interés de la investigación.

Los criterios para participar en el estudio eran: tener entre 18 y 65 años de edad, un IMC mayor de 25 y menor de 40 y no haber participado en un programa de pérdida de peso en los últimos seis meses. Entre los criterios de exclusión estaban: presentar sintomatología de ansiedad y/o depresión clínicas, estar tomando medicación que provocara cambios en el peso, presentar una condición médica o psíquica que impidiera realizar las indicaciones de dieta y/o ejercicio físico.

Se realizaron evaluaciones de las distintas variables en cuatro momentos de evaluación: pretratamiento, sesión 4, sesión 7 y postratamiento. El peso se registró en todas las sesiones y también a los nueve meses de la intervención.

Los evaluadores de las distintas variables fueron ajenos a la aplicación de la intervención. El ensayo no estuvo cegado para los participantes y los administradores del tratamiento.

### INTERVENCIÓN

La intervención grupal constó de 10 diez sesiones semanales de 90 minutos de duración, administrada por el primer autor de este artículo. Los contenidos se basaron fundamentalmente en el manual de ACT de Hayes *et al.* (2014), y los manuales de intervención en obesidad de la terapia conductual basada en aceptación de Forman y Butryn (2016a y 2016b). En el anexo se puede encontrar una descripción detallada de los contenidos de las sesiones, así como los objetivos a conseguir con cada uno de ellos.

### *Análisis de datos*

Se empleó el paquete estadístico SPSS 27 para la obtención de estadísticos descriptivos, así como el cálculo de diferencias en muestras independientes a partir de la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney para analizar las diferencias entre aquellas participantes que abandonaron la intervención y quienes la finalizaron, el cálculo de diferencias en muestras relacionadas a partir de la prueba no paramétrica *Z* de Wilcoxon para evaluar los cambios en las diversas variables entre las mediciones pre y postratamiento, además de las diferencias en el IMC tras finalizar la intervención y a los nueve meses de seguimiento.



## Resultados

En cuanto a la valoración inicial de las participantes, cinco de ellas presentaban niveles bajos de actividad física, por debajo de 600 MET/semana, mientras que cuatro presentaban niveles de actividad física moderada. La ansiedad estado se encontraba, en término medio, cercana al percentil 50 y la sintomatología depresiva era baja. Por otra parte, según el rango posible de puntuaciones, se detectaron puntuaciones bajas en comer emocional positivo y en obstáculos de valores, puntuaciones medias en comer emocional negativo y calidad de vida física y mental, y puntuaciones elevadas en progreso de valores e insatisfacción corporal. Las puntuaciones del cuestionario de hábitos obesogénicos informaron, por otra parte, de que las participantes seleccionaban adecuadamente los alimentos que conforman una dieta saludable, aunque comían para aliviar el malestar y podían descuidar la ingesta calórica global. Además, se realizó un análisis de diferencias de medias a partir de la  $U$  de Mann-Whitney entre las participantes que finalizaron la intervención y aquellas que la abandonaron. Aunque no se detectó ninguna diferencia estadísticamente significativa en ninguna de las variables estudiadas en este trabajo, sí se encontraron diferencias clínicamente relevantes atendiendo a los tamaños del efecto. De este modo, las participantes que abandonaron la intervención, respecto a las participantes que finalizaron, mostraron una mayor preocupación por la alimentación saludable ( $r= 0,50$ ), una menor ansiedad estado ( $r= 0,34$ ) y un mayor comer emocional positivo ( $r= 0,31$ ).

Las puntuaciones iniciales en las diversas variables, así como las puntuaciones tras la intervención y las diferencias de medias a partir de la  $Z$  de Wilcoxon y sus respectivos tamaños del efecto pueden encontrarse en la tabla 1. Al finalizar la intervención, en promedio las participantes perdieron un 2,8% de su peso inicial. En cuanto a la eficacia de la intervención, se detectaron cambios estadísticamente significativos en el aumento de actividad física, la reducción de la insatisfacción corporal, una mayor aceptación relacionada con la alimentación, una reducción de la puntuación en la escala de atracones y la mejora en los hábitos de alimentación. No obstante, atendiendo a la relevancia clínica, se pueden observar tamaños del efecto grandes, además de en las variables anteriores, en reducción del IMC y del ICC, así como una reducción tanto del comer emocional positivo como negativo. Respecto a los niveles de actividad física, al finalizar la intervención, tres mantuvieron niveles bajos de actividad física, cinco presentaron niveles de actividad física moderada y una participante superó los 3000 MET/semana, considerado como actividad física vigorosa.

Al respecto de las variables en las que se detectaron cambios estadísticamente significativos, se analizaron los estadísticos descriptivos a lo largo de las cuatro mediciones realizadas a lo largo de la intervención con el fin de detectar en qué momento se producían los cambios. Parece que el cambio se produjo entre la evaluación inicial y la sesión 4 en las variables de alimentación referidas a *Contenido calórico* (al inicio,  $M= 19,89$ ,  $DT= 2,85$ ; sesión 4,  $M= 26,29$ ,  $DT= 5,31$ ; sesión 7,  $M= 28,5$ ,  $DT= 4,78$ ; al finalizar,  $M= 28,56$ ,  $DT= 4,95$ ) y a *Bienestar emocional* (al inicio,  $M= 6,67$ ,  $DT= 2,12$ ; sesión 4,  $M= 8,57$ ,  $DT= 4,08$ ; sesión 7,  $M= 9,50$ ,  $DT= 3,78$ ; al finalizar,  $M= 9,33$ ,  $DT= 3,57$ ). Por otro lado, respecto a la cantidad de *Actividad*

física realizada, parece observarse un cambio a partir de la sesión 7 (al inicio,  $M=779,00$ ,  $DT=889,40$ ; sesión 4,  $M=657,79$ ,  $DT=864,48$ ; sesión 7,  $M=1307,93$ ,  $DT=1304,58$ ; al finalizar,  $M=1357,94$ ,  $DT=1199,76$ ). La figura 2 refleja la reducción de IMC sesión a sesión, donde puede observarse un aumento paulatino de la diferencia con el IMC inicial desde la segunda sesión.

**Tabla 1**  
Estadísticos descriptivos de las distintas variables de interés y su comparación pre-posttratamiento

Variables	Pretratamiento <i>M (DT)</i>	Postratamiento <i>M (DT)</i>	Z Wilcoxon	<i>r</i>
IMC	31,74 (4,66)	30,74 (3,60)	-1,96	0,65
ICC	0,84 (0,08)	0,80 (0,06)	-1,72	0,57
Calidad de vida física	51,70 (5,93)	52,08 (8,20)	-0,30	0,10
Calidad de vida mental	44,09 (8,13)	42,33(14,74)	-0,53	0,18
Alimentación:				
Contenido calórico	19,89 (2,85)	28,56 (4,95)	-2,67**	0,89
Bienestar emocional	6,67 (2,12)	9,33 (3,57)	-2,12*	0,71
Preocupación	23,11 (2,57)	26,56 (2,74)	-2,26*	0,75
Actividad física (MET/semana)	779,00 (889,40)	1357,94 (1199,76)	-2,31*	0,77
Aceptación rel. alimentación	8,78 (2,86)	16,22 (7,79)	-2,55*	0,85
Progreso de valores	21,22 (2,91)	21,11 (6,49)	-0,12	0,04
Obstrucción de valores	13,22 (6,24)	13,56 (6,17)	-0,24	0,08
Comer emocional positivo	9,56 (5,94)	5,00 (6,16)	-1,54	0,51
Comer emocional negativo	28,33 (10,27)	21,22 (12,31)	-1,41	0,47
Insatisfacción corporal	6,44 (2,40)	4,75 (1,67)	-2,39*	0,80
Atracones	27,67 (6,14)	22,75 (5,47)	-2,37*	0,79
Depresión	9,22 (4,49)	9,44 (7,06)	-0,30	0,10
Ansiedad estado	21,00 (9,73)	21,25 (13,95)	-0,49	0,16

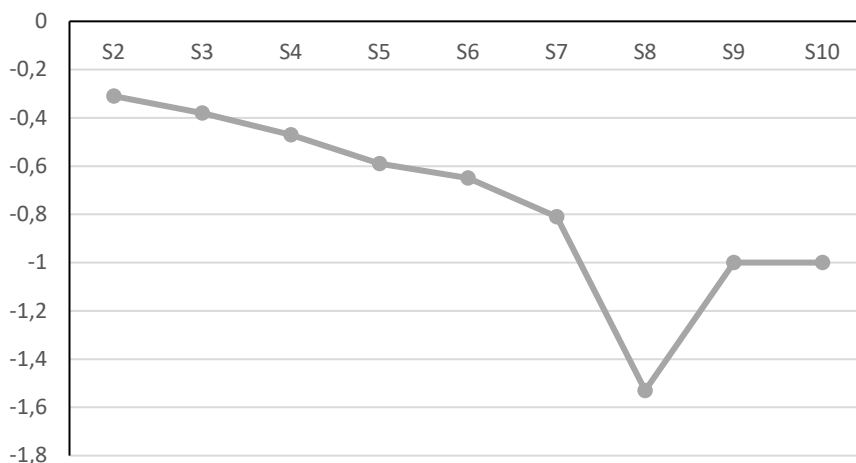
Notas: IMC= índice de masa corporal; ICC= índice cintura/cadera; MET= unidad de índice metabólico \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

Con referencia al seguimiento a los nueve meses de finalizar la intervención, a partir de los datos de aquellas participantes que completaron el seguimiento ( $n=6$ ), se detectaron cambios estadísticamente significativos y clínicamente relevantes en el IMC ( $Z= -2,20$ ;  $p < 0,05$ ;  $r= 0,90$ ), y clínicamente relevantes únicamente en el ICC ( $Z= -1,57$ ;  $p > ,05$ ;  $r= 0,64$ ). La pérdida de peso promedio fue de 3,9%.

En cuanto a la satisfacción con la intervención, se pidió a las participantes que valoraran de 0 a 10 varios aspectos relacionados con la intervención. Así, consideraron que los contenidos de la intervención fueron útiles para ellas ( $M= 8,67$ ;  $DT= 1,00$ ), estuvieron satisfechas con los contenidos impartidos ( $M= 8,67$ ;  $DT= 1,22$ ), satisfechas con el profesional que realizó la intervención ( $M= 9,44$ ;  $DT= 0,73$ ), y satisfechas con el programa de manera general ( $M= 8,67$ ;  $DT= 0,87$ ). Además, consideraron que la duración de la intervención fue óptima ( $M= 5,22$ ;  $DT= 1,99$ ; 0 significaba que el programa era muy corto, 5 significaba duración óptima, y 10, el programa era muy largo).

**Figura 2**

Evolución del IMC inicial y el IMC sesión a sesión (desde la sesión 2 hasta el final de la intervención)



Notas: Al finalizar la intervención, la diferencia del IMC inicial con el final es de 1 punto. En la sesión 8 el número de participantes que se pesó fue de 6.

## Discusión

El objetivo de este trabajo fue evaluar la eficacia de una intervención basada en ACT para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Según los datos disponibles, se trata de la primera aplicación de ACT para pérdida de peso en España. En términos generales, se puede afirmar que el estudio piloto aporta datos a favor de la eficacia de ACT para la reducción de peso.

En primer lugar, se detectaron cambios en el IMC tanto al finalizar la intervención como en el seguimiento a los nueve meses, lo que apoyaría la hipótesis de que la intervención podría resultar útil para reducir el IMC. Cabe señalar que la cantidad de peso perdido es baja respecto a otras intervenciones, especialmente aquellas con un mayor tamaño muestral y en las que se realizó un ensayo clínico aleatorizado (Forman *et al.*, 2013, Forman *et al.*, 2016, Forman *et al.*, 2019). No obstante, se encuentra en la línea de los resultados de Lillis *et al.* (2017), donde el porcentaje de peso perdido no alcanzó el 5%. Una de las posibles explicaciones subyacentes es el número de sesiones, puesto que la intervención realizada en este trabajo cuenta con 10 sesiones, mientras que los estudios citados se suelen encontrar en el rango de 20 a 30 sesiones.

Respecto al efecto de la intervención en las variables de interés, la calidad de vida relacionada con la salud no aumentó al finalizar la intervención. En otros trabajos se ha encontrado un aumento de la calidad de vida en los seguimientos a los 24 meses (Forman *et al.*, 2019), por lo que podría deberse a que los cambios se puedan observar en seguimientos a largo plazo.

Por su parte, sí se observaron cambios tanto en los hábitos alimentarios como en la actividad física. Las aplicaciones de ACT y ABT en intervenciones de peso han

mostrado favorecer el cambio de hábitos de alimentación (Niemeier *et al.*, 2012), y es un enfoque eficaz para aumentar la adhesión a la actividad física (Manchón *et al.*, 2020), por lo que los resultados se sitúan en la línea de lo esperado. En este sentido, los resultados informaron de un aumento de la actividad física, y a su vez una reducción del contenido calórico, una mayor preocupación por la inclusión de alimentos saludables a su dieta y un menor uso de la comida como regulador emocional. En conjunto, este cambio de hábitos puede explicar la reducción de peso conseguida en la intervención.

La aceptación relacionada con la comida, según nuestras hipótesis, aumentó tras la intervención. Este dato consistente con trabajos previos (Forman, Butryn, *et al.*, 2013, Forman *et al.*, 2016, Lillis *et al.*, 2017). Uno de los objetivos principales de estas intervenciones es generar una mayor aceptación de las experiencias internas que pueden aparecer en un proceso de pérdida de peso, lo que conllevaría a su vez un cambio de la relación de la persona con su contexto y la comida. No obstante, cabe destacar que no se ha podido poner a prueba el papel mediador de la aceptación por el bajo tamaño muestral en este trabajo, tal como se realizó en otros trabajos (Forman *et al.*, 2019).

Por otro lado, no se encontraron cambios en los valores personales, contrastando con otras intervenciones de ACT (Levin *et al.*, 2018). Al respecto, cabe mencionar que las puntuaciones iniciales de las participantes indicaban la realización de conductas en relación al progreso de los valores personales, por lo que la intervención puede no haber tenido efecto al partir de unas puntuaciones elevadas.

En relación con el comer emocional, la insatisfacción corporal y la frecuencia de atracones, en los tres casos se encontraron disminuciones en línea con las hipótesis planteadas, que replican los datos de aplicaciones previas de ACT en insatisfacción corporal y conducta alimentaria desordenada (Pearson *et al.*, 2012). El cambio observado en estas variables es interesante puesto que la intervención no únicamente sería útil para modificar los hábitos de alimentación y actividad física relacionados directamente con la pérdida de peso, sino que podría ser útil para abordar aquellos aspectos más característicos de trastornos de conducta alimentaria.

Otro aspecto a destacar es el elevado abandono en la intervención. En nuestro caso, el 52,6% de participantes abandonó la intervención en las primeras sesiones, situándose en el rango de tasas de abandono observado en intervenciones similares (Forman *et al.*, 2016, Niemeier *et al.*, 2012). Respecto a las características de las personas que abandonaron, se encontró que presentaban mayores puntuaciones en la ocurrencia de atracones. Esta variable está asociada a una mayor probabilidad de abandonar este tipo de intervenciones, tal como ha mostrado la literatura previa (Goode *et al.*, 2016).

Los datos deben ser analizados con cautela, puesto que la muestra fue muy reducida, únicamente formada por mujeres y no se contó con grupo control. En el futuro, se debería considerar la realización de un ensayo clínico aleatorizado. Teniendo en cuenta los resultados recientes realizados con este tipo de diseños (Forman *et al.*, 2016, Forman *et al.*, 2019), donde se han aportado datos acerca de la eficacia de ACT para la reducción y el mantenimiento de peso a largo plazo, también sería interesante realizar diseños SMART (ensayo aleatorizado secuencial de asignación múltiple) para entender el efecto aislado de cada componente, teniendo

en cuenta como variables mediadoras de la intervención los valores personales y la flexibilidad psicológica relacionada con la alimentación. En la literatura ya existen ejemplos de este tipo de diseños, como el trabajo de Carels *et al.* (2019), en el que se administraron ocho semanas de autoayuda y posteriormente se aleatorizó a condición de ocho semanas de ABT grupal o continuar en autoayuda si no llegaban a un 2,5% de pérdida del peso corporal. Los futuros estudios deberían contar, también, con seguimientos amplios, idealmente de cinco años para poder comparar su eficacia con las intervenciones estándar (Moldovan y David, 2011, Wadden y Butryn, 2003). En cuanto a la inclusión de otros elementos terapéuticos, podría ser interesante considerar el empleo de estrategias basadas en la autocompasión, que ya han mostrado su utilidad en trabajos previos de trastornos de conducta alimentaria (Horcajo *et al.*, 2019).

Finalmente, podría ser interesante realizar un mayor número de sesiones para fomentar una mayor pérdida de peso semana a semana y consolidar la adquisición de los contenidos de la intervención. No obstante, el aumento de sesiones debería ir acompañado de estrategias que favorezcan la adhesión a largo plazo, teniendo en cuenta el alto abandono detectado en este trabajo. Por ejemplo, en el componente terapéutico de dieta podría promoverse seguir una alimentación tradicional, típica de la zona, puesto que trabajos previos muestran que se pueden conseguir pérdidas de peso similares que con dietas estandarizadas, pero pueden resultar más fáciles de seguir, favoreciendo la adhesión (Laguna-Camacho y Serrano-Plata, 2021).

A tenor de los resultados, podemos afirmar que el estudio ofrece datos a favor de ACT en las intervenciones de pérdida de peso. Con este estudio se pretende aportar una intervención que puede ser aplicada en el ámbito sanitario español para la reducción del peso corporal en personas con sobrepeso y obesidad. El estudio piloto aporta resultados positivos respecto a la implementación de estrategias terapéuticas basadas en ACT en el abordaje del sobrepeso y la obesidad, generando no únicamente cambios en el peso, sino en la relación que tienen las personas con su contexto y con su cuerpo, mejorando su ajuste psicosocial.

### Referencias

- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Baile, J. I. (2019). ¿Por qué no somos eficaces en el tratamiento de la obesidad? La necesaria aportación de la psicología. *Medicina Clínica*, 152(2), 72-74. doi: 10.1016/j.medcli.2018.06.003
- Balantekin, K. N., Grammer, A. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Eichen, D. E., Graham, A. K., Monterubio, G. E., Firebaugh, M. L., Karam, A. M., Sadeh-Sharvit, S., Goel, N. J., Flatt, R. E., Trockel, M. T., Taylor, C. B. y Wilfley, D. E. (2021). Overweight and obesity are associated with increased eating disorder correlates and general psychopathology in university women with eating disorders. *Eating Behaviors*, 41, 101482. doi: 10.1016/j.eatbeh.2021.101482
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory – Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Butryn, M. L., Webb, V. y Wadden, T. A. (2011). Behavioral treatment of obesity. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(4), 841-859. doi: 10.1016/j.psc.2011.08.006

- Carels, R. A., Miller, J. C., Selensky, J. C., Hlavka, R., Solar, C., Rossi, J. y Ellis, J. (2019). Using an acceptance-based behavioral approach as a supplement to obesity treatment: a stepped-care approach. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *12*, 98-105. doi: 10.1016/j.jcbs.2019.03.002
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F. y Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *35*(8), 1381-1395. doi: 10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB
- Dahl, J. (2015). Valuing in ACT. *Current Opinion in Psychology*, *2*, 43-46. doi: 10.1016/j.copsyc.2015.03.001
- Forman, E. M. y Butryn, M. L. (2016a). *Effective weight loss: an acceptance-based behavioral approach, clinician guide*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Forman, E. M. y Butryn, M. L. (2016b). *Effective weight loss: an acceptance-based behavioral approach, workbook*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L. y Herbert, J. D. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*, 223-235. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.09.005
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Juarascio, A. S., Bradley, L. E., Lowe, M. R., Herbert, J. D. y Shaw, J. A. (2013). The Mind your Health Project: a randomized controlled trial of an innovative behavioral treatment for obesity. *Obesity*, *21*, 1119-1126. doi: 10.1002/oby.20169
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Manasse, S. M. y Bradley, L. E. (2015). Acceptance-based behavioral treatment for weight control: a review and future directions. *Current Opinion in Psychology*, *2*, 87-90. doi: 10.1016/j.copsyc.2014.12.020
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Manasse, S. M., Crosby, R. D., Goldstein, S. P., Wyckoff, E. P. y Thomas, J. G. (2016). Acceptance-based versus standard behavioral treatment for obesity: results from the mind your health randomized controlled trial. *Obesity*, *24*(10), 2050-2056. doi: 10.1002/oby.21601
- Forman, E. M., Hoffman, K. L., Juarascio, A. S., Butryn, M. L. y Herbert, J. D. (2013). Comparison of acceptance-based and standard cognitive-based coping strategies for craving sweets in overweight and obese women. *Eating Behaviors*, *14*, 64-68. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.10.016
- Forman, E. M., Manasse, S. M., Butryn, M. L., Crosby, R. D., Dallal, D. H. y Crochiere, R. J. (2019). Long-term follow-up of the Mind Your Health Project: acceptance-based versus standard behavioral treatment for obesity. *Obesity*, *27*, 565-571. doi: 10.1002/oby.22412
- Gardner, R.M., Stark, K., Jackson, N. y Friedman, B.N. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body-image. *Perceptual and Motor Skills*, *87*, 981-993. doi: 10.2466/pms.1999.89.3.981
- Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complementary Therapies in Medicine*, *21*, 430-439. doi: 10.1016/j.ctim.2013.06.003
- Goode, R. W., Ye, L., Sereika, S. M., Zheng, Y., Mattos, M., Acharya, S. D., Ewing, L. J., Danford, C., Hu, L., Imes, C. C., Chasens, E., Osier, N., Mancino, J. y Burke, L. E. (2016). Socio-demographic, anthropometric, and psychosocial predictors of attrition across behavioral weight-loss trials. *Eating Behaviors*, *20*, 27-33. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.11.009
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006

- Hayes, S. C., Merwin, R. M., McHugh, L., Sandoz, E. K., A-Tjak, J. G. L., Ruiz, F. J., Barnes-Holmes, D., Bricker, J. B., Ciarrochi, J., Dixon, M. R., Fung, K. P., Gloster, A. T., Gobin, R. L., Gould, E. R., Hofmann, S. G., Kasujja, R., Karekla, M., Luciano, M. y McCracken, L. M. (2021). Report of the ACBS Task Force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 172-183. doi: 10.1016/j.jcbs.2021.03.007
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: proceso y práctica del cambio consciente*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hill, J. O., Wyatt, H. R., Reed, G. W. y Peters, J. C. (2003). Obesity and the environment: where do we go from here? *Science*, 299(5608), 853-855. doi: 10.1126/science.1079857
- Horcajo, L., Quiles, Q. y Quiles, M. J. (2019). Aplicación de la terapia centrada en la compasión en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria: un estudio piloto. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(2), 295-309.
- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., Hu, F. B., Hubbard, V. S., Jakicic, J. M., Kushner, R. F., Loria, C. M., Millen, B. E., Nonas, C. A., Pi-Sunyer, F. X., Stevens, J., Stevens, V. J., Wadden, T. A., Wolfe, B. M. y Yanovski, S. Z. (2014). AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the obesity society. *Journal of the American College of Cardiology*, 63, 2985-3023. doi: 10.1016/j.jacc.2013.11.004
- Juarascio, A., Forman, E., Timko, C. A., Butryn, M. y Goodwin, C. (2011). The development and validation of the Food Craving Acceptance and Action Questionnaire (FAAQ). *Eating Behaviors*, 12, 182-187. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.04.008
- Laguna-Camacho, A. y Serrano-Plata, M. J. (2021). Efecto en el peso de una dieta casera en mujeres con sobrepeso y obesidad: un ensayo controlado aleatorizado. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29(3), 743-762. doi: 10.51668/bp.8321313s
- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. A., 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 SEEDO 2016. <https://www.seedo.es/images/site/ConsensoSEEDO2016.pdf>
- Levin, M. E., Potts, S., Haeger, J. y Lillis, J. (2018). Delivering acceptance and commitment therapy for weight self-stigma through guided self-help: results from an open pilot trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 87-104. doi: 10.1016/j.jcbpra.2017.02.002
- Lillis, J. y Kendra, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy for weight control: model, evidence, and future directions. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 1-7. doi: 10.1016/j.jcbs.2013.11.005
- Lillis, J., Thomas, J. G., Niemeier, H. M. y Wing, R. R. (2017). Exploring process variables through which acceptance-based behavioral interventions may improve weight loss maintenance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 398-403. doi: 10.1016/j.jcbs.2017.07.005
- Manchón, J., Quiles, M. J., León, E. y López-Roig, S. (2020). Acceptance and commitment therapy on physical activity: a systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 135-143. doi: 10.1016/j.jcbs.2020.07.008
- Manchón, J., Quiles, M. J. y López-Roig, S. (2021). Positive and negative emotional eating are not the same – The Spanish Version of the Positive-Negative Emotional Eating Scale (PNEES). *Frontiers in Psychology*, 12: 709570. doi: 10.3389/fpsyg.2021.709570

- Manchón, J., Quiles, M. J., Quiles, Y. y López-Roig, S. (2021). The role of acceptance in eating behaviors – Spanish validation of Food Craving Acceptance and Action Questionnaire (FAAQ-S). *Frontiers in Psychology*, 12: 717886. doi: 10.3389/fpsyg.2021.717886
- Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística (2020). *Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020*. [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020\\_inf\\_evol\\_princip\\_result.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf)
- Moldovan, A. R. y David, D. (2011). Effect of obesity treatments on eating behavior: psychosocial interventions versus surgical interventions. A systematic review. *Eating Behaviors*, 12, 161-167. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.02.002
- Mora, M. y Raich, R. M. (1993). Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 20(3), 113-135.
- Niemeier, H. M., Leahey, T., Reed, K. M., Brown, R. A. y Wing, R. R. (2012). An acceptance-based behavioral intervention for weight loss: a pilot study. *Behavior Therapy*, 43, 427-435. doi: 10.1016/j.beth.2011.10.005
- Ong, C. W., Lee, E. B., Levin, M. E. y Twohig, M. P. (2019). A review of AAQ variants and other context-specific measures of psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 329-346. doi: 10.1016/j.jcbs.2019.02.007
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Notas descriptivas: Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Pardo, A., Ruiz, M., Jódar, E., Garrido, J., De Rosendo, J. M. y Usán, L. A. (2004). Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 19(2), 99-109.
- Pearson, A. N., Follette, V. M. y Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 181-197. doi: 10.1016/j.cbpra.2011.03.001
- Péneau, S., Ménard, E., Méjean, C., Bellisle, F. y Hercberg, S. (2013). Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97(6), 1307-1313. doi: 10.3945/ajcn.112.054916
- Phelan, S., Halfman, T., Pinto, A. M. y Foster, G. D. (2020). Behavioral and psychological strategies of long-term weight loss maintainers in a widely available weight management program. *Obesity*, 28, 421-428. doi: 10.1002/oby.22685
- Rajan, T. M. y Menon, V. (2017). Psychiatric disorders and obesity: a review of association studies. *Journal of Postgraduate Medicine*, 63(3), 182-190. doi: 10.4103/jpgm.JPGM\_712\_16
- Rodríguez-Campayo, M.A., Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T. y Martínez-Sánchez, F. (2003). Adaptación española de la Escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(2), 59-64.
- Ruffault, A., Czernichow, S., Hagger, M. S., Ferrand, M., Erichot, N., Carette, C., Boujut, E. y Flahault, C. (2017). The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11, 90-111. doi: 10.1016/j.orcp.2016.09.002
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Segura-Vargas, M. A. y Gil-Luciano, B. (2021). Psychometric properties of the Spanish version of the Valuing Questionnaire in Colombian clinical and nonclinical samples. *Journal of Clinical Psychology*, 1-16. doi: 10.1002/jclp.23212



- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y Salud, 14*(3), 249-280.
- Smout, M., Davies, M., Burns, N. y Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*, 164-172. doi: j.jcbs.2014.06.001
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de ansiedad estado/rasgo*. Madrid: TEA.
- Sultson, H., Kukk, K. y Akkermann, K. (2017). Positive and negative emotional eating have different associations with overeating and binge eating: construction and validation of the Positive-Negative Emotional Eating Scale. *Appetite, 116*, 423-430. doi: 10.1016/j.appet.2017.05.035
- Thelen, M. H., Farmer, J., Wonderlich, D. y Smith, M. (1991). A revision of the Bulimia Test: the BULIT-R. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(1), 119-124. doi: 10.1037/1040-3590.3.1.119
- Wadden, T. A. y Butryn, M. L. (2003). Behavioral treatment of obesity. *Endocrinology Metabolism Clinics of North America, 32*, 981-1003. doi: 10.1016/s0889-8529(03)00072-0
- Ware, J. E. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*(6), 473-483.
- Weinberger, N. A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G. y Luck-Sikorski, C. (2016). Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Facts, 9*, 424-441. doi: 10.1159/000454837

RECIBIDO: 4 de agosto de 2021

ACEPTADO: 24 de enero de 2022

**Anexo**

Contenidos de las sesiones y objetivos que se pretenden alcanzar

Sesión	Contenido	Objetivos/Información adicional
1	Presentación del programa	Delimitar normas del grupo, en qué consiste el tratamiento, qué esperar de él.
	Aceptación (control del malestar, evitación del sufrimiento, sufrimiento como experiencia normal)	Contextualizar el programa como un enfoque distinto al habitual en pérdida de peso, explicar por qué pueden haber fallado los intentos previos de pérdida de peso, abordar las implicaciones de controlar/evitar el malestar.
	Entorno obesogénico como reto y control conductual	Ayudar a distinguir qué aspectos se pueden controlar (comportamientos) y cuáles deben aceptarse como son (entorno obesogénico y experiencias internas).
	Presentación de los autorregistros de alimentación y ejercicio físico	Recabar información acerca de los hábitos de las participantes, así como minimizar las infraestimaciones de consumo, minimizar las sobrestimaciones de atracones, permitirles comprobar la existencia de patrones de conducta alimentaria.
2	Introducción de los ejercicios de atención plena	Fomentar los procesos de atención plena, aumentar la conciencia de sensaciones corporales. Todas las sesiones se iniciarán con estos ejercicios breves.
	Trabajo en valores (I): Introducción del concepto y delimitación inicial de los valores	Cuestionar los motivos perder peso. Favorecer la motivación y que se vincule el objetivo de pérdida de peso a sus valores. Entre sesiones, completarán la hoja de asesoramiento en valores, e indicarán en qué aspectos se pueden incluir realizar dieta y ejercicio físico como acciones dirigidas por valores.
3	Trabajo en valores (II): Corrección del registro de valores, delimitación de barreras, procesos y metas asociados a valores	Plantear objetivos y metas alcanzables, realistas, concretas y a corto y largo plazo. Conocer cuáles son los posibles impedimentos para poner en marcha acciones relacionadas con los valores y cómo abordarlos.
	El papel de las emociones en los hábitos	Distinguir los componentes de las emociones, detectar emociones problemáticas (ya sean positivas o negativas) asociadas a comer emocional o reducción de actividad física.
4	Contenido educativo sobre dieta y pautas para una adecuada alimentación	Ofrecer información sobre una adecuada alimentación. Promover el cambio de hábitos alimentarios, construyéndolos a partir del trabajo en valores. Diseñar una dieta propia.

Sesión	Contenido	Objetivos/Información adicional
5	Contenido educativo sobre ejercicio físico (I)	Aportar información sobre los beneficios de la actividad física personalizándolos a cada persona, promover el cambio de hábitos de actividad física a partir del trabajo en valores.
	Presentación del yo-observador: explicación de los modos mentales y ejercicio del yo-observador	Familiarizar con los procesos de atención consciente, fomentar la comprensión desde la distancia ( <i>defusion</i> ) del contenido del sí mismo (trabajando especialmente con el material referente al sí mismo "gordo").
6	Estrategias para mejorar la adhesión a la dieta: retos del entorno	Introducir el control estimular como estrategia, discutir posibles dificultades (comer fuera, disponer de poco tiempo para cocinar, comidas familiares o vacaciones, etc.)
	Repaso de acciones vinculadas a valores y su realización.	Comprobar en qué acciones (dieta y ejercicio físico) se están involucrando y qué problemas encuentran. Corregir posibles errores en el trabajo en valores.
7	Contenido educativo sobre ejercicio físico (II)	Valorar distintas modalidades de ejercicio físico (cardiorrespiratorio, estiramientos, musculación) a las que puedan adherirse, una vez aumente su nivel de actividad física.
	Distanciamiento ( <i>defusion</i> ) (I): Lenguaje mental negativo y manejo de pensamientos asociados a la comida y al ejercicio físico	Reducir la credibilidad de los posibles pensamientos perturbadores que aparezcan en el proceso de adhesión a las prescripciones de dieta y ejercicio físico. Comprender el funcionamiento mental.
8	Distanciamiento ( <i>defusion</i> ) (II): Imagen corporal, estigma de la obesidad	Reducir la credibilidad de determinadas explicaciones de acciones relacionadas con esquemas mentales. Reducir la fusión con el concepto de obesidad y la imagen corporal.
9	Habilidades sociales relacionadas con la dieta	Entender los efectos del apoyo social, o la falta de éste, en la adhesión a hábitos saludables. Aplicar la asertividad a ofertas de comida y buscar apoyo en su entorno.
10	Prevención de recaídas (metáforas de "Escalar" y "El sendero de la montaña") y repaso de los contenidos	Introducir los errores y recaídas como parte del proceso de cambio. Fomentar el recuerdo de los contenidos y reforzar la autonomía de los participantes. Establecer pautas de control de peso para el mantenimiento del peso perdido.