

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Mindful eating en grupos de descenso de peso con obesidad

Alumna: María Cecilia Moral

Tutor: Licenciada Claudia Garber

Buenos Aires, 18 de febrero de 2020

## Índice

1	Introducción.....	3
2	Objetivos.....	4
2.1	Objetivo General.....	4
2.2	Objetivos específicos .....	4
3	Marco teórico.....	4
3.1	Obesidad .....	4
3.1.1	Conceptualización de la obesidad .....	4
3.1.2	Causas y consecuencias.....	5
3.1.3	Características del trastorno por atracón .....	12
3.2	Intervenciones .....	15
3.2.1	Intervenciones cognitivo - conductuales.....	15
3.2.2	Tratamientos grupales .....	18
3.3	Mindfulness .....	21
3.3.1	Conceptualización. ....	21
3.3.2	Tipos de intervenciones en mindfulness .....	23
3.3.3	Mindful eating.....	25
4	Metodología.....	28
4.1	Tipo de estudio.....	28
4.2	Participantes.....	28
4.3	Instrumentos y procedimientos.....	29
5	Desarrollo .....	29
5.1	Describir las intervenciones basadas en el mindful eating dentro de los grupos de descenso .....	29

5.2 Describir cómo se trabaja la técnica del mindful eating en talleres específicos dentro de los grupos de descenso..... 35

5.3 Analizar si los pacientes logran utilizar el mindful eating y las dificultades que tienen para incorporar la técnica. .... 39

6 Conclusiones..... 42

7 Referencias Bibliográficas..... 44

## 1 Introducción

El presente Trabajo Final Integrador se basa en la práctica profesional realizada en un Centro Terapéutico que se especializa en el tratamiento de la obesidad. En el mismo se aplica un tratamiento interdisciplinario por medio de un equipo formado por médicos, psicólogos, nutricionistas y profesores de educación física.

Las intervenciones que se utilizan en el centro terapéutico corresponden a la línea de la terapia cognitivo-conductual, teniendo la finalidad de que los pacientes no sólo bajen de peso, sino que también adquieran recursos de afrontamiento para las distintas situaciones que pueden presentarse. Con esa finalidad se incluyen técnicas psicoeducativas y conductuales que favorecen la adherencia al tratamiento, técnicas de relajación para disminuir la activación fisiológica y entrenamiento para el desarrollo de habilidades sociales en relación con el grupo de descenso y la comunicación con el equipo, interpretando y evaluando las problemáticas a futuro. El modelo terapéutico de la institución plantea dicha enfermedad como una dependencia, una relación adictiva con la comida que implica mecanismos biológicos, conductuales y sociales que se relacionan con la obesidad. El mismo tratamiento se utiliza en diferentes países como Uruguay, Brasil, Paraguay, España y Chile; aplicándose a las distintas etapas de la vida, desde la niñez hasta la tercera edad, ofreciendo planes personalizados con apoyo constante.

La práctica constó de 280 horas en la institución, concurriendo al centro tres veces por semana en jornadas de ocho horas. La actividad principal fue la observación no participante de los grupos de descenso y mantenimiento de peso. En distintas ocasiones hubo jornadas intensivas con pacientes que llegan desde el interior u otros países asistiendo también a talleres especiales.

El interés por la incorporación de la práctica de mindfulness en el abordaje de la obesidad y el sobrepeso surgió a partir de la observación de un taller dedicado a la misma. El trabajo se basa específicamente en la observación no participante de grupos terapéuticos de descenso y de los talleres de mindful eating como así también las intervenciones que realizan los profesionales a cargo.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo General

Describir la utilización de mindful eating en un tratamiento de obesidad en grupos de descenso de peso.

### 2.2 Objetivos específicos

- Describir las intervenciones basadas en el mindful eating dentro de los grupos de descenso.
- Describir cómo se trabaja la técnica del mindful eating en talleres específicos dentro de los grupos de descenso.
- Analizar si los pacientes logran utilizar el mindful eating y las dificultades que tienen para incorporar la técnica.

## 3 Marco teórico

### 3.1 Obesidad

#### 3.1.1 Conceptualización de la obesidad

La obesidad es el resultado de un balance positivo de energía, que ocurre cuando las calorías incorporadas exceden el gasto energético, ocasionando un aumento en los depósitos de la grasa corporal y, por lo tanto, ganancia de peso (Megías, 2012).

Para determinar la presencia de obesidad se utiliza el método del índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la estatura en cm elevada al cuadrado. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define como obesa a la persona que tiene un IMC mayor o igual a 30, mientras que la que tenga un valor mayor o igual a 25 se considera con sobrepeso. Esta referencia es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Este método ha sido aceptado universalmente como el más simple para establecer el diagnóstico de obesidad, debido a la alta correlación que presenta con el porcentaje de grasa corporal medido por otros medios. También existen

otros procedimientos antropométricos para estimar la cantidad de grasa corporal en forma indirecta, como el índice cintura /estatura, que se obtiene dividiendo la circunferencia de la cintura (en centímetros) por su estatura (también en centímetros); cuando el resultado es igual o mayor a 0.50 se lo considera como indicador de obesidad central. Otros métodos de mayor complejidad para medir el porcentaje de grasa corporal son la resonancia magnética nuclear, la tomografía computada y la absorciometría dual de rayos X (Perea-Martínez et al., 2014).

El aumento del sobrepeso y la obesidad a nivel mundial ha sido muy importante en los últimos años, con porcentajes crecientes fundamentalmente entre los niños y adolescentes. Como respuesta a esta problemática, la OMS formuló un plan mundial en el cual tiene como objetivo, contribuir en la lucha sobre los avances de las enfermedades no transmisibles (ENT), entre ellas la obesidad. Se espera que para el año 2025 exista una detención en el aumento de la obesidad mundial (OMS, 2018).

El aumento de la prevalencia de la obesidad en los últimos años ha producido también un aumento de la cantidad de muertes a causa de enfermedades asociadas a ella. A esto se le deben sumar otras consecuencias psicosociales, como la discriminación que sufren las personas con obesidad, algo que es especialmente importante en la niñez, por las consecuencias que tiene a futuro (Megías, 2012).

### 3.1.2 Causas y consecuencias.

Como lo plantea Llona (2018) la obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial, de curso crónico en la cual se involucran aspectos biológicos, además de psicológicos, sociales y ambientales. Megías (2012) señala que los factores que explican la obesidad y el sobrepeso pueden ir aumentando su efecto, además de sumarse unos a otros, lo que conlleva a una interacción entre ellos.

Entre los factores biológicos, se ha intentado avanzar en el conocimiento, identificando los neurotransmisores, mensajeros y hormonas que intervienen en el proceso de regulación del apetito. Por ejemplo, desde hace tiempo se sabe que los niveles de leptina e insulina en sangre son significativamente más altos en la población de personas con obesidad cuando se los compara con aquellos que no padecen la enfermedad (Jiménez,

2015). Hasta el presente se han encontrado cambios hormonales, revelando resistencia a la insulina y leptina. Esta última actúa en la reducción de la ingesta de alimentos, las sensaciones de hambre y saciedad, y el equilibrio energético. La resistencia a la insulina, por su parte, es considerada un factor común a enfermedades metabólicas y no metabólicas, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la obesidad y la enfermedad cardiovascular (Serrano Ríos, 2005). A través de estos mecanismos, se facilita la acumulación de grasa corporal y su consecuencia a largo plazo, la obesidad. La investigación acerca de los mecanismos moleculares implicados en la obesidad ha permitido también comprender la relación entre esta enfermedad y otras de tipo crónicas como la hipertensión, las enfermedades cardiometabólicas y los eventos cerebro vasculares. En este campo se han identificado eventos a nivel molecular que afectan las señales producidas por la insulina, apareciendo su resistencia. Al mismo tiempo, esos eventos inducen un estado inflamatorio en las personas con obesidad que produce efectos a nivel circulatorio y pueden llegar a generar episodios isquémicos (Najera & Álvarez Gordillo, 2016).

Schlienger (2015) coincide con la hipótesis del *gen ahorrador*, que plantea que cuando el ser humano era cazador y recolector y debía resistir a períodos de carencia alimentaria, fueron seleccionados aquellos cuyos genes les daban la capacidad de ahorrar energía durante los periodos de abundancia de alimentos. Estos genes ahorradores permitían acumular la grasa corporal como reserva de energía y esto hacía posible sobrevivir en un medio adverso con pocos nutrientes. En la primera mitad del siglo XX la obesidad fue considerada como obesidad exógena o endógena según la importancia de lo genético entre los factores intervinientes. A lo largo de miles de años hubo un cambio ambiental profundo donde la falta de alimentos dejó de ser el principal problema de los seres humanos y pasaron a estar disponibles de manera continua. Con las nuevas condiciones ambientales, la capacidad de acumular grasa corporal como reserva de energía dejó de ser adaptativa para convertirse en un problema de salud. Esto explicaría la incidencia del factor hereditario, ya que se sabe que la obesidad materna es buena predictora de la obesidad infantil, ya que el bebé nacido de una madre obesa o con

sobrepeso tiene mayor riesgo de padecer obesidad al llegar a la edad adulta (Hidalgo, 2018).

Una explicación complementaria de la obesidad involucra al circuito de la dopamina relacionado con la recompensa. Desde esta perspectiva, la persona ejecuta conductas de sobre-ingesta para obtener el bienestar causado por la liberación de dopamina. En los obesos, los receptores están reducidos, por eso ingieren alimentos como una forma de elevar los niveles de la hormona, algo similar a lo que ocurre con las personas que son dependientes de sustancias (Buzchiazio & Saez, 2018). Muchos tratamientos, que consideran válida esta hipótesis, incluyen intervenciones y técnicas comunes con el abordaje de las adicciones. Lopera y Restrepo (2014) sostienen que la ingesta excesiva y su efecto sobre la dopamina, pueden llevar a que las personas que se encuentran bajo condiciones estresantes recurran a esta conducta como una forma de afrontamiento del estrés, sabiendo por experiencia que le generará una sensación de bienestar. Según Cortese y colaboradores (2013), una disfunción en la recepción de dopamina a nivel cerebral explicaría la comorbilidad entre el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la obesidad, ya que comparten bases neurobiológicas comunes y las personas que han padecido TDAH en la infancia suelen presentar mayor riesgo de obesidad en la adultez.

Un fenómeno asociado en muchos casos al exceso de peso es el síndrome metabólico, que puede comenzar a manifestarse a partir de los ocho años de edad. Se caracteriza por un conjunto de síntomas y signos como, obesidad, colesterol y triglicéridos altos y diabetes mellitus o tipo II, tal como lo describe Llona (2018). La comorbilidad entre obesidad y trastorno metabólico coincide con la prevalencia de la resistencia insulínica y dependencia a la leptina, ambas presentes en estas enfermedades, como así también en otras como la diabetes mellitus tipo II, la dislipidemia aterogénica, la hipertensión, el hígado graso y el síndrome ovárico poliquístico (Arteaga, 2012; Buzchiazio & Saez, 2018; Llona, 2018).

Las fallas en la regulación de la ingesta y del peso corporal como resultado de alteraciones en las funciones de la leptina y la insulina, y otros factores biológicos, pueden ser la base sobre la que actúen factores ambientales, especialmente en el ámbito familiar.

En los seres humanos, las conductas alimentarias no corresponden sólo a las necesidades biológicas, sino que forman parte de un repertorio social que refiere a las costumbres y al aprendizaje, desarrollándose a lo largo de los años (González García & Villa Montes de Oca, 2015). Existe entonces una diferencia entre el hambre fisiológica, es decir la necesidad de ingerir alimentos para cubrir las necesidades energéticas, y el apetito, que corresponde a la selección de alimentos en función de gustos personales, con una base social y cultural. Esto abre la posibilidad de llevar la ingesta más allá de las necesidades fisiológicas. Entonces, pueden intervenir factores ambientales y psicológicos, como la ansiedad, por lo que una persona puede comer sin hambre, hacerlo en exceso o permanentemente (Megías, 2012).

El ambiente familiar y escolar tienen una influencia significativa en el desarrollo de los hábitos de alimentación en los niños. Cuando estos son acostumbrados desde la infancia a calmar su ansiedad ingiriendo alimentos, o se intenta compensar la falta de presencia y cariño con la comida, se está favoreciendo el aprendizaje de conductas que conducen al aumento de peso. Esto es fundamental ya que un niño que a los seis años presenta sobrepeso, una ingesta calórica alta y no realiza actividad física tiene una alta probabilidad de padecer obesidad en la edad adulta. Los problemas de obesidad y sobrepeso, cada vez más, se inician a edades más tempranas, incrementándose la obesidad infantil y adolescente, como resultado de la interacción entre factores familiares, socioeconómicos y culturales (Hidalgo, 2018; Megías, 2012). Por esto es importante tener en cuenta la historia familiar en los casos de obesidad y sobrepeso, especialmente cuando no está clara su etiología. En algunas circunstancias la obesidad se registra primero y luego aparecen conductas de ingesta compulsiva, mientras que en otros la situación es la contraria, son las conductas de ingesta excesiva las que llevan al sobrepeso u obesidad, siendo esto un esquema recursivo.

En un sentido más amplio, los factores ambientales se relacionan con el estilo de vida de las sociedades industrializadas, caracterizadas por el sedentarismo, que dispone a que las personas consuman menos calorías en su actividad diaria en comparación con otras épocas históricas. Según Lopera y Restrepo (2014), el desarrollo tecnológico propio del progreso de la sociedad, estimula dicho sedentarismo ya que cada vez más personas realizan

ocupaciones frente a una computadora. Las actividades actuales se encuentran demasiado mecanizadas ya que por ejemplo el uso de ascensores, el transporte, los electrodomésticos como el lavarropas y ver televisión, facilitan el ahorro de energía física. Estos hábitos favorecen un incremento en el peso cuando se combinan con el consumo de alimentos de alto valor calórico que, por otra parte, son ofrecidos por la industria alimentaria en grandes cantidades y a precios relativamente más accesibles que los más saludables (Hidalgo, 2018; Megías, 2012).

Considerando la interrelación que se da entre los efectos de los distintos factores que intervienen, el exceso de peso puede producir una baja tolerancia a la actividad física, ya que hay una tendencia a fatigarse. Varios autores señalan que estos problemas se incrementan significativamente en el caso de la obesidad infantil, pudiendo ser a causa de su contexto familiar que minimiza el problema, considerándolo simplemente un malestar. Al no hacer nada al respecto, llevan a que se genere un círculo vicioso, el sobrepeso produce más sedentarismo, menos actividad física, y entonces el peso aumenta, si no se cambia la conducta alimentaria. A esto se suma el problema de la baja autoestima de los niños y adolescentes con sobrepeso, que trae aparejados sentimientos de vergüenza que también influyen en la reducción de las actividades físicas, por temor a la burla de los pares (Arteaga, 2012; Cordero & Cesani, 2019; Megías, 2012),

Los factores económicos también influyen en la forma de alimentación y el bajo nivel de actividad física que se asocian a la obesidad, Cordero y Cesani (2019) mencionan que el no tener acceso a clubes o lugares recreativos, no haber aprendido maneras saludables de cocinar, no contar con el dinero para comprar frutas y verduras en lugar de consumir comidas procesadas o empaquetadas, el no desayunar, como así también otros factores de índole socioeconómica contribuyen a la adquisición de hábitos generadores de sobrepeso y obesidad. De acuerdo con Megías (2012) también coadyuvan a este problema la tendencia a comer fuera del hogar y las alteraciones en el sueño. Muchas personas deben comer en horario de trabajo, en el cual tienen un tiempo corto de descanso, esto hace más complicado lograr una ingesta tranquila y que sea más saludable, debiendo alimentarse con comidas rápidas, que aportan más calorías que nutrientes, y comiendo apresuradamente. Por otra

parte, el mal descanso contribuye al aumento de la grasa corporal y del peso a lo largo de los años.

Entre los factores psicológicos, merece mencionarse el papel que tienen las emociones en algunas conductas de ingesta excesiva. Se denomina *comer emocional* al resultado de la influencia de las emociones sobre las conductas alimentarias. Aunque la relación entre estos dos últimos factores es compleja, se considera que ciertas formas de comer son una respuesta frente a emociones negativas como la ira, el miedo, la tristeza y el aburrimiento. En algunos casos, consumir grandes cantidades de alimentos es una forma de aliviar el malestar que generan estas emociones, que en el largo plazo resulta una conducta poco saludable (Anger & Katz, 2015). Fairburn (2014) y Frontado (2019) concuerdan en que los afectos negativos son disparadores de ingesta compulsiva frente a la comida cuando hay dificultad para controlar las emociones y la compulsión anula el pensamiento. Cuando esto sucede de forma periódica puede convertirse en un trastorno alimentario y derivar en problemas de peso (Tamayo & Restrepo, 2014).

Por su parte, López Morales y Garcés de los Fayos Ruiz (2012) proponen, desde una perspectiva multidisciplinar, al estrés como uno de los factores psicológicos más importantes para explicar la génesis de la obesidad, junto con la ansiedad y la adicción. Björntorp (2001) realizó una revisión sistemática, tanto de estudios de población como de experimentos con animales. Sus conclusiones señalan que existe una asociación positiva entre el nivel de cortisol, como medida del estrés, y la concentración de grasa abdominal, así como una asociación entre las reacciones típicas del estrés y algunas perturbaciones metabólicas típicas del síndrome metabólico. Siguiendo a éste y otros investigadores, Serrano Ríos (2005) se pregunta si este síndrome no es la versión más representativa de enfermedad asociada al estrés, incluyendo en el cuadro la obesidad abdominal. Tamashiro, Sakai, Shively, Karatsoreos y Reagan, (2011), a partir de una revisión de estudios transversales y longitudinales, encuentran que los estresores psicosociales están significativamente asociados a la obesidad, el síndrome metabólico, la diabetes tipo II y las enfermedades cardiovasculares. Aclaran que aún estarían faltando identificar los mecanismos causales en detalle para poder intervenir sobre ellos, pero mencionan que se están realizando experimentos con roedores para identificar dichos mecanismos, algunos de

los cuales muestran efectos de la vulnerabilidad al estrés sobre el ritmo circadiano, el metabolismo y la plasticidad neuronal, este último compartido con la diabetes.

También algunos trastornos psicopatológicos y rasgos como la alexitimia están asociados con la obesidad, existiendo en algunos casos comorbilidad entre esta enfermedad y rasgos de personalidad disfuncionales como el neuroticismo, la baja apertura a la experiencia, en la esfera cognitiva, afectiva y en las relaciones interpersonales. La constancia de cierta probabilidad de comorbilidad psicopatológica obliga al clínico a considerar su evaluación en los casos de obesidad y a considerar un plan de intervención terapéutico de orden psicológico (Arteaga, 2012; Lopera & Restrepo, 2014; Sivak, Wiater & Lolas, 1997).

Esto es particularmente importante en el caso de la obesidad mórbida, en la cual se registra una mayor presencia de alteraciones psicológicas de diversa índole. Este tipo de pacientes suelen presentar déficits cognitivos, en funciones ejecutivas, planificación o resolución de problemas (Baile & González, 2008; Buzchiazio & Saez, 2018).

Además de las enfermedades y trastornos comórbidos, y los que se incluyen entre los factores causales, la obesidad tiene como consecuencia un aumento importante del riesgo de sufrir enfermedades metabólicas, cardiovasculares, pulmonares, hígado graso y algunos tipos de cáncer. El riesgo de padecer diabetes mellitus, o tipo II es 93 veces mayor en pacientes con obesidad; el de sufrir muerte súbita el triple y el de desarrollar enfermedades cardíacas o cerebro vasculares es de casi el doble (García Milian & Creus García, 2016). Otras consecuencias físicas de la obesidad se deben a los cambios físico-mecánicos del exceso de peso, como la hipoventilación y la osteoartritis, implicando rodillas, cadera y columna. Las incidencias de varices, posiblemente ocurran por el incremento del volumen circulatorio (Buzchiazio & Saez, 2018). La apnea nocturna es otro de los problemas cuyo riesgo aumenta con la obesidad, ya que es causado en parte por el exceso de grasa corporal acumulada. Consiste en problemas respiratorios durante la noche que afectan el descanso, llegando a producir ceses de la respiración por diez segundos o más. Se considera que la ingesta excesiva por las noches complica el cuadro (Arteaga, 2012).

La polisarcia también tiene inferencias psicológicas. Más allá de los trastornos psicopatológicos, como depresión y ansiedad, existen otros problemas psicosociales que

pueden surgir como consecuencia de la obesidad. Según Buzchiazio y Saez (2018), uno de los más importantes es la pérdida de la autoestima en conjunción con la discriminación. Los estigmas de la sociedad, que señalan muchas veces a las personas con obesidad como feos, inaceptables, perezosos, tienen efectos negativos en quienes padecen dicha enfermedad. Como resultado de la descalificación y la discriminación desarrollan insatisfacción con su apariencia y su estado físico; esto afecta el área afectiva y emocional, con dificultad para identificar y expresar sus sentimientos. Si esto se extiende en el tiempo puede llegar a derivar en un cuadro de depresión.

En el presente trabajo se consideran las conductas de ingesta excesiva por ser frecuentes en los casos de pacientes con obesidad y, fundamentalmente, porque al no ser la obesidad considerada como un trastorno psicológico, no existen intervenciones psicoterapéuticas diseñadas específicamente para pacientes obesos, pero sí para modificar conductas de este tipo, que son típicas del trastorno por atracón (APA, 2013).

### 3.1.3 Características del trastorno por atracón

Uno de los primeros antecedentes en el abordaje de este tipo de fenómenos en relación con la obesidad fue realizado, según Palacios (2014), por Stunkard en 1959. Este investigador distinguió entre obesos con atracones y obesos sin atracones, identificando lo que denominó trastorno por ingesta compulsiva. Al igual que sucede con la obesidad, el trastorno por atracón obedece a causas múltiples, involucrando aspectos psicológicos, fisiológicos, sociales y culturales. Las personas que sufren este trastorno suelen ser perfeccionistas y tener una baja tolerancia al fracaso; ante repetidos fracasos, su autoestima baja y la ingesta compulsiva surge debido a la carencia de control de sus impulsos. Estos rasgos de personalidad deben tenerse en cuenta en el tratamiento, ya que su evolución y pronóstico dependen de su influencia sobre la conducta alimentaria. Además, existe una hipótesis con evidencia empírica favorable que afirma que las personas que padecen trastornos por atracones son propensas a tener estos episodios como respuesta a problemas emocionales. La falta de estrategias y habilidades para la regulación de las emociones es lo que explicaría los atracones como formas desadaptativas de afrontar ciertas emociones (Gianini, White & Masheb, 2013).

El trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de atracones que no tienen un comportamiento compensatorio inadecuado asociado, como sí ocurre con la bulimia nerviosa (Faiburn, 2014). Los criterios diagnósticos para el trastorno por atracón en el DSM-5 (APA, 2013) se ordenan de A a E. El criterio A, que es el principal, describe la presencia de episodios recurrentes de atracones, caracterizados por la ingesta de una gran cantidad de alimentos en un periodo relativamente corto de tiempo, por ejemplo dos horas. Además, esta conducta debe estar acompañada de una sensación de falta de control, como cuando los pacientes dicen que no pueden dejar de comer. El criterio B enumera una serie de características de los atracones, de las cuales deben cumplirse al menos tres. Ellas son: comer grandes cantidades de alimentos aún cuando no se siente hambre físicamente; la tendencia a comer mucho más rápidamente de lo normal, o a comer hasta que se tiene una desagradable sensación de estar completamente lleno; comer solo, a escondidas, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere; y una muy importante, sentirse disgustado con uno mismo, deprimido o muy avergonzado después de estos episodios. El criterio C es que la persona experimente un malestar significativo respecto a los atracones y el D establece la frecuencia de estos episodios en un promedio de al menos uno a la semana durante tres meses consecutivos. Para el diagnóstico diferencial, el criterio E propone indagar si el atracón no se asocia a comportamientos compensatorios inapropiados, como sucede en la bulimia nerviosa. Cabe aclarar que en el trastorno por atracón la ingesta excesiva es bastante frecuente, mientras que en la bulimia nerviosa los episodios por atracones en su mayoría son una vez por semana. Por último, la gravedad del trastorno se juzga en función de la cantidad de atracones semanales: se considera leve cuando hay entre uno y tres atracones a la semana, moderado cuando son entre cuatro y siete, grave si se dan entre ocho y 13, y extremo si son 14 o más. También se pueden tener en cuenta la existencia de otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. El manual recomienda considerar la presencia de otros trastornos, ya que suele darse comorbilidad psiquiátrica con otros como el trastorno bipolar, el trastorno depresivo, trastornos por ansiedad y, eventualmente, con el consumo de sustancias.

Las conductas de este tipo afectan mayormente al sexo femenino, y la maternidad es uno de los acontecimientos vitales que pueden generar situaciones propicias para ello.

Durante el embarazo, se encuentran oportunidades para la ingesta excesiva a causa de los llamados antojos. Además, muchas mujeres suelen hacer dietas y restringirse con la comida luego del parto, aunque pueden llegar a sufrir recaídas relacionadas con la ingesta excesiva. Cabe mencionar que los medios de comunicación hacen una apología a la delgadez como un prototipo de belleza en la mujer, lo que significa una presión para someterse a dietas restrictivas para recuperar el peso anterior; pero sin el complemento de otras intervenciones, los atracones siguen existiendo y manteniendo el sobrepeso. En algunas ocasiones el contexto social cercano, fundamentalmente la familia, permite conductas de ingesta excesiva, agravando el problema. En cambio, cuando las familias no se acomodan al trastorno del paciente e intentan ayudarlo a superarlo, éste mejora. Considerando esto, se deben tener en cuenta en el momento de una entrevista los antecedentes familiares del paciente para evaluar la influencia del entorno familiar y las posibilidades de éxito de un tratamiento (Fairburn, 2014).

Otro problema que suele estar presente en los casos de obesidad es el síndrome del comedor nocturno; una disfunción del ritmo circadiano que refiere a una disociación entre comer y dormir. La persona que presenta este síndrome suele tener episodios de ingesta excesiva por las noches como una forma de poder dormir (Arteaga, 2012). Para este autor se debe tener en cuenta también la apnea nocturna, ya que trae aparejados problemas respiratorios, cesando la respiración por diez segundos o más mientras se duerme. Este problema se complica en el caso de los comedores nocturnos porque la ingesta es significativamente mayor por las noches, lo que hace más difícil respirar con normalidad.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) adaptada ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del trastorno por atracón. Fairburn y colaboradores (2015) diseñaron un modelo terapéutico denominado Terapia Cognitiva Conductual mejorada (CBT-E), basado en la perspectiva transdiagnóstica. Es decir, que el tratamiento puede aplicarse a pacientes con distintos trastornos de la alimentación, ya que se focaliza en los procesos comunes a ellos: los hábitos de alimentación, las conductas sobre el control de peso y las preocupaciones y creencias acerca de la comida, la imagen corporal y el peso; para lograr un cambio que se sostenga en el tiempo.

### 3.2 Intervenciones

Por tratarse de una enfermedad compleja, la obesidad requiere de un abordaje interdisciplinario, de manera que el manejo terapéutico permita reducir el exceso de peso, al mismo tiempo que se controlan todas las complicaciones asociadas con la enfermedad. El consenso en la comunidad científica establece que un tratamiento adecuado debe incluir el apoyo nutricional, médico, psicológico y actividad física.

El rol de los profesionales de la psicología dentro de los equipos interdisciplinarios es importante, ya que el mantenimiento de los logros del tratamiento sólo puede alcanzarse mediante el cambio de hábitos, por la aplicación de técnicas específicas para la modificación de la conducta (Custodio, Elizathe, Murawski & Rutzstein, 2015). Los tratamientos considerados efectivos para la obesidad tienen como objetivos la modificación de los hábitos relacionados con la alimentación y la actividad física, para así lograr una reducción de peso que se sostenga en el tiempo, evitando las recaídas.

En concomitancia, los tratamientos más eficaces para la obesidad, sobrepeso o los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son aquellos que, con una perspectiva interdisciplinaria, incluyen profesionales de distintas especialidades: médicos, nutricionistas, psiquiatras y psicólogos, como así también profesores de educación física (Buzchiazio & Saez, 2018; Gómez, 2018).

Cuando se trata de obesidad severa, estos tratamientos pueden no lograr su objetivo; en estos casos se suele recurrir a una cirugía bariátrica. Aunque esta técnica permite la reducción de la ingesta, consiguiendo un balance energético que facilite la pérdida de peso, siempre debe estar acompañada de una terapia de apoyo para el paciente ya que el cambio estético es notorio (Bellido, 2016).

Las intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales son en la actualidad el tratamiento de preferencia para el abordaje psicológico de la obesidad y han demostrado su eficacia para lograr el mantenimiento del peso perdido en comparación con otras terapias (Shaw, O'Rourke, Del Mar & Kenardy, 2005).

### 3.2.1 Intervenciones cognitivo - conductuales

En el marco de un abordaje multidisciplinar de la obesidad, las técnicas cognitivo conductuales se usan como apoyo para el cambio de hábitos alimenticios, buscando que el efecto pueda prolongarse en el tiempo. La psicoterapia de base cognitivo conductual propone un trabajo conjunto entre el paciente y el terapeuta, involucrando sus valores, sentimientos, emociones y actitudes (Gabalda, 2019).

El inicio de una terapia se basa en el auto monitoreo y la psicoeducación, para que el paciente reconozca los patrones problemáticos de alimentación y ejercicio físico, y conozca también las conductas saludables en ambos aspectos. Una vez comprendidos los problemas se aplican distintas técnicas y estrategias en ese contexto de colaboración (Bellido, 2006).

La psicoeducación es importante en cuanto se produce la alianza terapéutica ya que fomenta la adherencia al tratamiento. De esta manera se va promoviendo el conocimiento de la patología, lo que ayuda a afrontar los diferentes temores y ansiedades frente al tratamiento, generando un cambio de actitud, además de desactivar creencias erróneas respecto a la enfermedad. Gracias a la psicoeducación las familias logran comprender la enfermedad obteniendo más tolerancia frente a las posibles dificultades que se le presenten al paciente. También se debe educar acerca del auto cuidado, la detección de los indicios de una recaída y los factores desencadenantes (Gabalda, 2019).

Para que la práctica de la psicoterapia sea posible se necesita que el paciente sea capaz de tener autoconciencia de la enfermedad que padece, a partir de la auto observación. Un problema a considerar al inicio del tratamiento es que las personas con obesidad tienden a minimizar la ingesta calórica real, siendo esto algo muy común en las adicciones; por ello el auto monitoreo debe ser más minucioso, debiendo llevar el paciente un registro de ingesta diaria para que pueda apreciar la realidad de su conducta alimentaria (Buschiazio & Saez, 2018; Guzmán Saldaña, 2010).

Además de la provisión de información adecuada a través de la psicoeducación y del auto monitoreo de los hábitos, el profesional a cargo del tratamiento debe favorecer la expresión de los conflictos por parte del paciente, ya que éste en su mayoría presenta problemas en el área afectiva y cognitiva, como lo son la baja autoestima, autoimagen y baja percepción de logros personales. Para ello es necesario que el paciente pueda

observarse a sí mismo, sintiéndose cómodo con el terapeuta y confiando en él (Gabalda, 2019). Para Cordero (2019), un cambio en sentido positivo en la auto percepción es importante para el desarrollo personal, ya que una autovaloración positiva se asocia con mayor bienestar psicológico y una actitud positiva hacia el cambio de conductas. Los problemas del paciente deben abordarse psicológicamente desde un enfoque que comprenda las variables cognitivas, afectivas y ambientales que actúan en cada caso particular, para diseñar estrategias de cambio específicas. A través del trabajo conjunto debe otorgársele seguridad, remarcando las fortalezas personales y aportando técnicas para el manejo de las emociones y ansiedades (Buzchiazio & Saez, 2018; Gómez, 2018)

Aunque la inclusión de técnicas e intervenciones basadas en, TCC, en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad han mostrado buenos resultados, tanto en la disminución del IMC como en los hábitos de alimentación, se observó que, en algunos casos, los resultados sólo se mantienen a corto plazo, ya que existe una ambivalencia en las personas en relación con la necesidad de cambiar. Para abordar este problema se puede recurrir a la entrevista motivacional (EM), que favorece la adherencia al tratamiento, ayudando a generar la motivación necesaria para un cambio en la conducta del paciente con exceso de peso (Martínez & Aranda, 2016) al centrarse en el paciente, busca aumentar la motivación intrínseca para el cambio, focalizándose en las fortalezas de la persona, mediante la reflexión y la generación de frases auto motivadoras (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1997).

Algunos estudios muestran que la falta de adherencia en los tratamientos de enfermedades crónicas puede variar entre el 40 y 75%, con porcentajes mayores de incumplimiento de las dietas y, en segundo lugar, con la toma de la medicación (Escalona, 2005; Tavares et al., 2013; como se cita en Leija Alva et al., 2019). En cuanto a las terapias conductuales, la falta de adherencia se ubica en una posición intermedia, lo que es coherente con las estrategias dirigidas a mejorar la adherencia en aspectos relacionados con los hábitos de vida como dieta o ejercicio físico. Estos aspectos son, por lo general, más difíciles de modificar mediante estrategias educativas, en comparación con tratamientos que requieren conductas más simples, como tomar un medicamento durante un periodo de tiempo. El éxito de los tratamientos conductuales para el control de la obesidad depende en

gran medida del cumplimiento de un programa que no sólo incluye la asistencia a las sesiones, sino también la realización de las actividades relacionadas con la ingesta de calorías y la actividad física (Leija Alva et al., 2019).

La técnica es una escucha reflexiva, en donde se van realizando preguntas abiertas y permitiendo que el paciente se exprese, para dar un giro a las resistencias que se presenten. Ha demostrado ya su eficacia en el abordaje de pacientes con problemas de adicciones, por lo que cabe suponer que su adaptación al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria puede ser también eficaz. Para lograr una intervención más oportuna es necesario reconocer las distintas fases en las que puede encontrarse una persona en relación con la decisión de cambiar. El modelo propone cinco de ellas: *Pre contemplación*, cuando la persona todavía no reconoce que tiene un problema y, por lo tanto, no tiene ninguna motivación para cambiar; *contemplación*, cuando ya sabe que tiene un problema pero no siente todavía la necesidad de cambiar; *decisión*, es el momento en que surge la necesidad de cambiar en un futuro aunque no se sepa aún cómo es posible ese cambio; *acción*, aquí el paciente comienza a trabajar en su conducta y es necesario acompañarlo para alcanzar ese cambio deseado; *mantenimiento*, se alcanza el cambio y es necesario trabajar para sostenerlo y evitar la recaída, que también puede ser considerada como una fase dentro de este proceso de cambio y que debe prevenirse aportando información y herramientas al paciente (Di Clemente & Prochaska, 1982; como se cita en Fernandez & Cano, 2003).

### 3.2.2 Tratamientos grupales

La terapia grupal puede considerarse un formato adecuado para el tratamiento de la obesidad. Villalonga, Repetti y Delfante (2008) sostienen que el intercambio continuo entre los miembros de un grupo genera una dinámica productiva, especialmente cuando el grupo es homogéneo. Distinguen entre grupos coordinados por ex integrantes, es decir por pacientes que han pasado por la experiencia y han obtenido buenos resultados, y grupos coordinados por profesionales de distintas disciplinas, nutricionistas, médicos o psicólogos. En cualquier caso, la terapia grupal ofrece un entorno de contención para los pacientes y les permite compartir sus experiencias. Además, cuando los grupos se reúnen semanalmente, esto mejora las posibilidades de seguimiento y control de la evolución del tratamiento. Las

actividades que típicamente se realizan en estos encuentros son el control de peso, el intercambio de vivencias de la semana con respecto a los logros y dificultades para cumplir con el tratamiento, al mismo tiempo que se pueden trabajar en conjunto cuestiones de educación alimentaria, imagen corporal y problemas con el control de las emociones, en aquellos casos en que éstas tienen influencia sobre las conductas alimentarias. La terapia grupal resulta un recurso útil tanto durante la fase de reducción de peso como para el mantenimiento, una vez logrados los objetivos (Villalonga, Repetti & Delfante, 2008).

Se han realizado algunos estudios comparando la eficacia de las terapias grupales con las administradas de forma individual. En uno de ellos (Garulet, 2006), se compararon los resultados obtenidos por cuatro grupos de pacientes, dos de ellos hicieron terapia individual y los dos restantes grupal, para cada uno de los formatos de intervención se contó con un grupo que prefería el formato asignado y otro que prefería el otro formato. En la evaluación post tratamiento, quienes hicieron tratamiento grupal tuvieron una reducción del peso inicial significativamente mayor que los que hicieron un tratamiento individual, incluidos aquellos que habían manifestado al inicio de la investigación que preferían un formato individual de intervención. La autora destaca la importancia de los factores terapéuticos del grupo como variables explicativas, especialmente la empatía y el apoyo social, combinados con la competencia entre los miembros de los grupos, que estimularía la motivación para lograr los objetivos propuestos.

Para comprender la importancia del trabajo grupal puede recurrirse al modelo de los factores terapéuticos propuestos por Yalom (2000). De acuerdo con el mismo existen 11 factores por los cuales los grupos ofrecen un valor agregado a un tratamiento. Ellos son la *esperanza*, a la que considera un factor estructural de los grupos de autoayuda, ya que éstos tienden a transmitir el mensaje de que el cambio es posible; *universalidad*, que consiste en la experiencia de compartir los problemas con otros y es el que hace posible que el resto de los factores actúen; *cohesión*, como conjunto de los vínculos cuya fuerza mantiene unido al grupo y se acompaña de un sentimiento de pertenencia; *transmisión de información*, que incluye todos los procesos didácticos grupales que permiten a los miembros de un grupo acceder a información sobre las características de sus problemas, los posibles cursos de evolución y los cambios y su impacto en el entorno personal; *altruismo*, que se realiza en la

actitud de ayuda de los miembros de un grupo que tiene un impacto recíproco, tanto para el que ayuda a otro como para el que recibe la ayuda: *catarsis*, ya que el grupo ofrece la posibilidad a cada miembro de expresarse libremente acerca de los problemas que enfrenta y sobre las emociones que éstos le generan, sabiendo que el grupo constituye un contexto seguro; *recapitulación correctiva del grupo social primario*, un grupo terapéutico es un tipo de microcosmos social y los isomorfismos que presenta con otros grupos, como la familia, actúan ofreciendo situaciones donde se ponen en juego roles, autoridad, vínculos interpersonales, conflictos y todo un conjunto de fenómenos que permiten modificar los modelos incorporados a partir de la socialización primaria; *imitación*, cada miembro encuentra en algunos de sus compañeros de grupo modelos de relación, de conductas apropiadas para superar su problema, que pueden incorporar a su propio repertorio cognitivo y comportamental; *aprendizaje interpersonal*, considerando que el cambio de conductas va más allá de cada individuo, para poner en juego la conducta del otro para lograr una forma diferente de actuar con y en relación con los demás; *resocialización*, la interacción grupal facilita la modificación de las conductas a partir de un proceso de ensayo y error que encontrará en el grupo *feedback* confirmador y correctivo, lo que permite evaluar el valor de las conductas que ponen a prueba; *factor existencial*, la experiencia grupal permite profundizar la reflexión sobre aspectos existenciales del problema que enfrenta cada miembro del grupo.

Zukerfeld (2011) agrupa estos 11 factores según lo que considera principios teóricos generales. Estos son el principio de *semejanza*, el de *modelización* y el de *confrontación*. El primer principio se refiere a la relación que se da entre la semejanza de los problemas compartidos por los miembros del grupo y la posibilidad de cambio, basada en la identificación entre ellos. En este principio incluye la cohesión, la universalidad, la esperanza, el altruismo y la imitación. El principio de modelización establece una relación directamente proporcional entre la explicitación, la claridad y el consenso acerca de la propuesta terapéutica y la eficacia de la misma. Aquí se cuentan la información, la resocialización y el factor existencial. El principio de confrontación se define por la relación entre el grado en que un grupo ofrece la posibilidad de afrontar realidades negadas hasta el momento y la eficacia terapéutica. Los factores incluidos bajo este principio son la

catarsis y el aprendizaje interpersonal. Los tres principios se relacionan con la eficacia terapéutica de los tratamientos grupales, de manera que mientras mayor cantidad de factores de cada uno de ellos estén presentes en un grupo terapéutico, manteniendo un equilibrio, mayores serán las probabilidades de obtener el éxito. En la medida en que uno de los principios cobra mayor importancia en comparación con otro se obtienen tanto ganancias como pérdidas. Así, predominio del principio de modelización por sobre el de semejanza, por ejemplo, significará mayor posibilidad de aprendizaje, pero menos mística del grupo y menos importancia otorgada a las experiencias personales.

### 3.3 Mindfulness

#### 3.3.1 Conceptualización.

El *mindfulness* -o atención plena- se conoce en muchos países orientales desde hace más de 2600 años, siendo parte de la tradición budista. Desde allí se fue expandiendo a través de las décadas por distintos factores; con la invasión china del Tibet, por ejemplo, cuando se exiliaron muchos monjes y maestros del budismo en países occidentales, llevando sus enseñanzas a ellos. A través del mindfulness se puede aprender a manejar las emociones y sentirse más completo e integrado a través del cuerpo y de la mente, ayudando a encaminar la energía en situaciones estresantes. La atención plena constituye básicamente una forma determinada de prestar atención al momento presente, sin juzgar. En este sentido, es una técnica que se puede aprender y practicar sin necesidad de conocer sus vínculos con la cultura oriental o reconocer la autoridad budista. La atención plena puede considerarse como una capacidad humana, independiente de cualquier ideología, por lo que sus beneficios son accesibles a todas las personas. Sin embargo, no es casualidad que la atención plena proceda del budismo, que tiene por interés supremo el alivio de las penalidades y la disipación de falsas ilusiones. Lo que se ofrece a través de esta técnica es la capacidad de contemplar con una actitud de aceptación los problemas para adaptarse mejor ante una situación, haciendo una vida más agradable de lo que sería si los pensamientos y emociones que surgen tomaran el control (Kabat- Zinn, 2004).

La falta de conciencia puede dominar la mente en cualquier momento afectando la capacidad para actuar. La mayor parte del tiempo, las personas no son conscientes de lo que

hacen, como si estuvieran en piloto automático, sin poner atención al momento presente; mientras que en algunas situaciones, especialmente en momentos de crisis, los pensamientos son dominantes y bloquean la conciencia del presente. El entrenamiento en la capacidad para concentrarse en la propia respiración durante un período permite estabilizar y calmar la propia mente. Kabat-Zinn (2004) propone un experimento de tres minutos para comprender la base de la meditación. Durante ese lapso se observa el cuerpo y la mente, permitiendo que las experiencias se desplieguen de un momento a otro y aceptándolas tal como son, sin rechazar las ideas que surgen, ni suprimirlas, ni tratar de controlarlas. Al cultivar de esta manera el arte de la meditación, una persona adquiere más consciencia de lo que le está pasando en cada momento y se vuelve más capaz de producir una respuesta voluntaria y no una automatizada.

La atención plena no significa sentir algo especial, sino simplemente estar donde ya se está y familiarizarse con las propias experiencias, abriéndose a ellas para contemplar diferentes puntos de vista. El modo de hacerlo es centrarse en el presente, en lugar de estar pendiente del pasado o del futuro, esto permite focalizar la atención en los procesos internos y en los estímulos externos. La intención de esta práctica es experimentar estos eventos sin emitir juicio y con aceptación, es decir, sin oponer resistencia al fluir de la vida, reduciendo la angustia psicológica y desarrollando la capacidad de concentración de la mente (Kabat-Zinn, 2009).

Desde que el autor creó el programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR, por sus iniciales en inglés), la práctica de esta forma de meditación ha tenido grandes repercusiones tanto en el ámbito clínico como en el ámbito de la investigación. Dentro del primero se ha extendido su uso al tratamiento de múltiples problemas psicológicos y físicos orgánicos, obteniendo buenos resultados en depresión, ansiedad, problemas alimenticios, insomnio, disfunciones sexuales, dolores crónicos, problemas digestivos, obesidad e hipertensión entre otros. Así surgió un grupo de terapias que incluyen mindfulness en distintos niveles de importancia como la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT), entre otras. Todas ellas forman parte de lo que se ha llamado *tercera ola* en terapia cognitivo conductual (Hayes, 2004).

Así mismo, se ha investigado en todo el mundo, como complemento de tratamientos específicos así como también en relación con la prevención de trastornos y el aumento del bienestar psicológico (Gutiérrez, 2011; Hervás, Cebolla & Soler, 2016).

### 3.3.2 Tipos de intervenciones en mindfulness

De acuerdo con Paladino (2017) la práctica de mindfulness se puede incluir dentro de diferentes modelos terapéuticos, entre ellos la TCC. Entre los métodos desarrollados desde la introducción de Mindfulness en el campo de la salud se encuentra el mencionado MBSR, donde los componentes del programa son cinco: la meditación sentada, la atención en la vida cotidiana, la meditación caminando, revisión del cuerpo prestando atención (escaneo corporal) y la práctica de yoga. Este programa tiene una duración de ocho semanas, durante las cuales las personas que lo practican deben realizar auto registros, a eso se suma una reunión semanal para una práctica grupal (Kabat-Zinn, 2004).

La terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT), es un tratamiento que se utiliza para prevenir recaídas en pacientes con depresiones crónicas. En el mismo se adiestra al paciente para que pueda descentrarse y observar sus pensamientos negativos como lo que son, simplemente pensamientos que no necesariamente reflejan una realidad (Teasdale et al., 2000).

La terapia dialéctico- comportamental (DBT) es un método desarrollado por Linehan (1993) para tratar personas con desregulación emocional y conductas disfuncionales graves, como intentos suicidas y conductas autolesivas. Originalmente fue concebido para atender personas con Trastorno Límite de Personalidad, aunque en los últimos años se ha ampliado su uso a otros trastornos, como las adicciones y los trastornos de la conducta alimentaria. En DBT, el mindfulness forma parte de una de las habilidades en las que se entrena a los pacientes, con el objetivo de ayudarlos a soportar el malestar que experimentan y regular sus emociones.

En las primeras investigaciones sobre la práctica de meditación se planteó que podía llegar a producir efectos psicológicos significativos acompañados de cambios endócrinos; en la actualidad se pusieron de manifiesto que estos estados de relajación permitirían un incremento de la actividad del sistema nervioso central, aumentando su capacidad de

atención (Hervás, et al, 2016). La práctica de mindfulness no tiene riesgos ni efectos adversos pero requiere compromiso para su adherencia por parte del paciente y del terapeuta, “de cara a facilitar” la recuperación de los reflejos y del equilibrio homeostático. Una vez que el aprendizaje esté firme, el tiempo de práctica lo puede regular cada persona (Vázquez et al., 2018).

En una revisión sistemática de investigaciones que informaban resultados de intervenciones donde el mindfulness era la modalidad primaria de tratamiento se evaluó el impacto de la práctica sobre las conductas de sobre ingesta, el comer emocional y la pérdida de peso (Katterman, Kleinman, Hood, Nackers & Corsica, 2014). De un total de 14 artículos seleccionados, en siete se ellos que evaluó la sobre ingesta con instrumentos diseñados para el diagnóstico de trastorno por atracón y se encontraron reducciones significativas de estos eventos, con tamaños de efecto medianos y grandes. En las comparaciones entre grupos, se encontró que las intervenciones basadas en mindfulness lograban una reducción significativamente mayor de los atracones con respecto a grupos control sin intervenciones; aunque en dos estudios no se hallaron diferencias significativas al comparar este tipo de intervenciones con TCC. Dos artículos informaban reducciones significativas en las conductas del comer emocional y sólo uno entre seis artículos que medían el peso antes y después de la intervención reportó un descenso significativo de peso. En el resto de las investigaciones el peso se mantuvo o se redujo levemente, no resultando la diferencia estadísticamente significativa. Sintetizando estos hallazgos, las intervenciones basadas en mindfulness especialmente DBT, serían eficaces para reducir los atracones, así como para el tratamiento del comer emocional, al menos para personas que informan altos niveles de conductas de este tipo. En cambio, intervenciones no específicas como, por ejemplo, MBSR no producen una disminución significativa de peso, cuando no se aplican junto con otras estrategias más focalizadas en este objetivo.

O'Reilly, Cook, Spruijt Metz y Black (2014) encontraron resultados similares analizando un lapso más reducido y con criterios más amplios que les permitieron seleccionar 21 trabajos. Los resultados observados fueron especialmente positivos en cuanto a la disminución de la frecuencia y gravedad de los atracones, con tamaños de efecto grandes cuando se combinaron las prácticas de mindfulness con intervenciones de TCC.

Los mejores resultados en los casos de comedores emocionales se obtuvieron también con esta combinación y con *Mindfulness-based eating awareness therapy* (MB-EAT). Considerando lo que informan ambas revisiones, surge que la práctica de meditación mindfulness por sí sola no es suficientemente eficaz para el tratamiento de las conductas relacionadas con la obesidad. Por ello resulta combinarla con otras técnicas específicamente orientadas a este tipo de problemas, como las propuestas por la TCC, o bien contar con programas específicos como la mencionada MB-EAT.

### 3.3.3 Mindful eating

El monje budista Thich Nhat Hanh y la nutricionista de Harvard, Dra. Lilian Cheung ofrecieron una forma de abordar los problemas de la alimentación aplicando la meditación mindfulness (Hanh & Cheung, 2018). La propuesta es comenzar por un trabajo interior, desarrollando la conciencia plena de cada instante vivido; específicamente, se busca que la persona sea más consciente a la hora de alimentarse. El objetivo final es incorporar la alimentación y el movimiento conscientes a la vida cotidiana y para ello se comienza trabajando con base en herramientas sencillas para ir aumentando progresivamente la práctica de mindfulness. El desarrollo de la atención plena en la vida cotidiana es un medio para abandonar los hábitos fijados a lo largo de la historia personal, ya que al tomar conciencia de los pensamientos, emociones y conductas en el momento de ingerir alimentos es posible detener el impulso a repetir aquello que es una respuesta automática. No se trata de negar esos pensamientos y emociones, sino de aceptarlos tal como son y dejarlos fluir sin abandonar la calma. Desde esta perspectiva, “la detención, la calma y el descanso son condiciones previas para la curación” (Hanh & Cheung, 2018; p. 21).

Basándose en estos principios, MB-EAT fue diseñada originalmente para tratar el trastorno por atracón. Su objetivo es que el paciente cultive la aceptación, la conciencia plena en el momento de comer, el balance emocional y la auto aceptación, a través de sesiones individuales y grupales. Específicamente, el programa se basa en la auto regulación, enfatizando como objetivo que las personas recuperen el registro del hambre fisiológico a través de la atención a las señales físicas internas. De esta manera se pueden superar distorsiones psicológicas y aumenta la influencia de procesos corticales sobre los

impulsos emocionales. Conectando con la experiencia del presente, (por ejemplo saboreando los alimentos y registrando cuando la satisfacción obtenida comienza a decrecer) las personas pueden maximizar el placer comiendo menos cantidad, incluso de sus comidas favoritas. Esto permite recuperar la sensación de saciedad, interrumpiendo el ciclo típico de restricción *-craving-* atracón (Kristeller, Wolever & Sheets, 2013).

El entrenamiento de la conciencia en la alimentación, que está en la base de MB EAT se implementa como un programa diseñado para ayudar a las personas a estar presentes al momento de comer, desarrollando la conciencia de los factores internos y externos que actúan como disparadores de la ingesta excesiva. La atención es una habilidad cognitiva importante que a su vez se verá alterada por la cantidad de distractores que se presentan, así se practica y se entrena la mente para lograr gobernarla. Desde esta perspectiva, se buscará un estado de calma, observando los impulsos, sentimientos, pensamientos y juicios de valor propio (Kristeller & Wolever, 2010).

El entrenamiento atencional incluye tres componentes: intención, atención y actitud. La intención refiere a la determinación consciente, intentar sentirse bien, siendo ésta la fuerza para llegar a la meta. Para lograr modificar los hábitos alimentarios se piensa por qué se hace, como así también se debe tener presente en cada momento evitar la dispersión, renovando la intención día a día. La atención se basa en sostener las metas y aferrarse a ellas, esta misma se entrena estando presente, conectándose con los aromas y sensaciones que ofrecen los alimentos. La educación de la atención plena es un proceso, ésta es fugaz y en varios momentos se va perdiendo el encadenamiento de las imágenes mentales, la mente salta de un lado al otro, por una línea de tiempo que va del pasado al futuro, volviendo al presente para volver a distraerse. Allí es donde se renueva la intención para redirigir el foco atencional, lo que provocará que se fortalezca la atención. La actitud, por su parte, se basa en no juzgar, solamente observar los pensamientos, sensaciones y emociones que surgen ante la experiencia. Los cambios son graduales y llevan un tiempo prudencial, por lo que requieren paciencia, sabiendo que pueden surgir problemas y que será necesario renovar el compromiso en más de una oportunidad. La curiosidad permitirá conectarse con la experiencia reconociendo el propio ambiente, siendo amable con uno mismo y con los demás, contemplando los errores, pero no para sufrir a causa de ellos, sino para mejorarlos.

Esto aumenta la autoconciencia, el autocontrol de los impulsos y la regulación emocional, evitando repetir las conductas habituales, para descubrir nuevas y más adaptativas formas de afrontamiento de las distintas situaciones que se presenten (Kristeller & Wolever, 2010; Romano, 2018).

Por otra parte, el trabajo simultáneo sobre los aspectos nutricionales y placenteros del comer, favorece el desarrollo de patrones saludables en cuanto a la elección de alimentos y cantidad de comida, logrando que los patrones disfuncionales comiencen a desaparecer. El aumento progresivo de la aceptación ayuda a que los niveles de frustración disminuyan, reconociendo que evitar o reprimir emociones genera un elevado sufrimiento (Kristeller & Wolever, 2010).

Por su forma de abordaje, este programa es especialmente efectivo para internalizar los cambios y mantenerlos en el tiempo. La evidencia actual refiere que este programa disminuye el número de atracones, los síntomas depresivos y mejora el sentido de autocontrol. Esta técnica es una potente herramienta que ayuda a las personas a tener una relación sana con la comida, pudiendo diferenciar el hambre físico del hambre emocional (Kristeller, et al., 2013). En estudios realizados con personas con patologías de la alimentación, éstas presentan una mejoría luego de diez sesiones y ordenan sus hábitos de alimentación (Romano, 2018).

Un problema significativo para la implementación de este tipo de intervenciones y la evaluación de los resultados es la especificidad de la atención cuando se trata de alimentación. Apolzan y colaboradores (2016) encontraron que los puntajes en la subescala de conciencia de la *Escala de Conciencia de Atención Plena* (MAAS) “por sus siglas en inglés”, instrumento diseñado para evaluar las dimensiones de mindfulness en población general, no se correlacionan con la misma dimensión del Cuestionario de alimentación consciente (MEQ), diseñado para evaluar atención en el dominio de la alimentación. Esto sugiere que este es un dominio específico y que no puede evaluarse con los mismos instrumentos que otras conductas de la vida cotidiana. Pueden existir casos en los que la conciencia o atención al momento presente en conductas alimentarias no sea igual a la que se puede observar como tendencia general en otras situaciones de la vida cotidiana.

Otro problema que puede surgir en la implementación de MB-EAT y que ha sido reportado por Kristeller y colaboradores (2013), es la interpretación errada de la práctica de saborear los alimentos, incluso los favoritos, y la negativa a adoptar una dieta restrictiva. En la investigación realizada por los autores del estudio, algunos participantes aumentaron de peso, aunque disminuyó significativamente la cantidad de atracones. Esto puede explicarse porque ellos interpretaron la flexibilidad del programa de tratamiento como una señal de que podían abandonar las restricciones en general. Es necesario entonces reforzar el aspecto educativo acerca del balance calórico y la cantidad de comida ingerida, junto con el control permanente del peso.

Por otra parte, Daubenmier y colaboradores (2011) plantean que en la mayoría de las intervenciones diseñadas para la reducción de peso no se incluye como objetivo central la reducción del estrés psicológico y, en algunos casos, ni siquiera se considera esta variable. Esto es considerado como una falta importante, ya que el manejo del estrés es un factor fundamental para el éxito de los tratamientos y el mantenimiento de sus resultados en el largo plazo.

## **4 Metodología**

### **4.1 Tipo de estudio**

El tipo de estudio del presente trabajo fue descriptivo.

### **4.2 Participantes**

- Un grupo de pacientes en tratamiento de descenso de peso, formado por ocho mujeres y dos hombres, de entre 35 y 45 años de edad, que participaron del taller mindful eating.

- Los profesionales de la institución, incluyendo a los nutricionistas que trabajaron desde la atención al paciente, como así también realizando jornadas de divulgación sobre la temática. Los psicólogos que coordinan los diferentes grupos que ofrece el instituto fueron de una apoyatura importante.

Se entrevistó a una psicóloga, mujer de 52 años, especialista de mindful eating, con orientación en terapia cognitivo conductual y especialización en terapias cognitivas que incluyen mindfulness, yoga y técnicas de relajación.

### 4.3 Instrumentos

Se realizó observación no participante en grupos de terapia de descenso de peso. Se registraron por escrito las observaciones. Se realizó una entrevista semidirigida a una psicóloga especialista en mindful eating para puntualizar sobre el tema y clarificar si los pacientes lograron utilizar la técnica como así también cuáles fueron las dificultades que se le presentaron durante el tratamiento. También se realizó una observación participante dentro del taller mindful eating.

### 4.4 Procedimiento

Se realizó la observación no participante de los grupos terapéuticos de descenso de peso que se llevaron a cabo en forma diaria de lunes a domingo en diferentes horarios durante dos meses y medio aproximadamente. Además, se realizó observación participante en el taller específico de la práctica de mindful eating. El taller duró aproximadamente 1 hora y media. Luego se entrevistó de manera individual por media hora aproximadamente, a la psicóloga (especialista en mindfulness) responsable de los talleres de mindful eating, a quien se llamará Paola, por razones de confidencialidad. La observación en los grupos de descenso también se orientó a indagar si los pacientes lograron incorporar la técnica ejercitada en el taller de mindful eating.

## 5 Desarrollo

### 5.1 Describir las intervenciones basadas en el mindful eating dentro de los grupos de descenso

El objetivo principal es describir las intervenciones basadas en mindful eating en grupos de descenso y cómo se trabaja para ayudar a los pacientes a cumplir con el tratamiento, particularmente con la dieta hipocalórica. Una de las coordinadoras aclaró en una de las reuniones que *“esto no es un grupo terapéutico, es un método para bajar de peso en el que se trabaja grupalmente”*. Esto significa que no hay un plan de intervenciones para modificar los aspectos psicológicos, cognitivos y conductuales, que representan un problema para los pacientes, sino que la forma de abordaje principal es la de acompañamiento y orientación durante la etapa de descenso de peso, a través del apoyo

mutuo que se brindan entre los miembros del grupo y el valor agregado que suponen los intercambios entre ellos, siempre con la intervención de los coordinadores. Esto coincide con la posición de Villalonga y colaboradores (2008), que consideran al formato grupal útil para el tratamiento de la obesidad, destacando que el intercambio que se da entre los participantes genera una dinámica positiva. El factor terapéutico del altruismo es exclusivo de la terapia de grupo y además de potenciar la autoestima, desfocalizando la atención en sí mismo (Yalom, 2011).

En la institución se enfatiza la importancia del trabajo en los grupos, controlando que los pacientes asistan regularmente a las reuniones y promoviendo los grupos de Whatsapp, para que estén siempre conectados y se apoyen y alienten para concurrir a los grupos. En cada grupo de descenso de peso se forman varios grupos más pequeños de Whatsapp, que luego tienen una conexión más cercana y se acompañen mutuamente para continuar con el tratamiento. *“El grupo funciona como espejo y contención”*. La coordinadora explica: *“Uno ve que el otro baja y sabe que se puede. Cuando el gordo queda flaco, el grupo le sirve para ver a los gordos que ingresan y no olvidar el gordo que fue”*. En concordancia con Zukerfeld (2011) y haciendo referencia en la riqueza vincular que hay en los encuentros, se va dejando de lado la rotulación del problema que tienen en común los grupos; por eso mismo es importante que los grupos se reúnan de forma periódica para que se amplíe la ayuda mutua y no se cierren sobre sí mismos generando dependencias patológicas.

Aunque no resulta fácil encontrar intervenciones de los coordinadores que estén explícitamente basadas en los principios de mindful eating en particular, o incluso de mindfulness en general, algunas de ellas pueden interpretarse desde dichos principios.

Una paciente dijo: *“siempre se presentan discusiones a la hora de cenar, yo enciendo la televisión, para distraerme y comer tranquila”*. Una de las recomendaciones que se les hacen a los pacientes a la hora de comer es evitar los distractores, como puede ser el mirar televisión mientras se come, usar o trabajar con la computadora. En lugar de comer distraídos se les aconseja que se concentren y que tengan más registro de lo que están comiendo, que miren el plato, que tomen bocados pequeños, saboreen y mastiquen con calma varias veces cada bocado. La idea detrás de esto es que comiendo distraídos,

pueden comer más de lo necesario porque no prestan atención a los registros, como la cantidad de comida que ya han ingerido, ni a los internos, como la sensación de saciedad. Una indicación como esta puede interpretarse como la detención, la calma y el descanso que Hanh y Cheung (2018) proponen como primer paso necesario para lograr la curación; al mismo tiempo se recuerda la propuesta básica de Kristeller y colaboradores (2013) en donde la conciencia plena al momento de comer es fundamental para poder recuperar el registro del hambre fisiológica a través de la percepción de las señales internas.

En otra oportunidad, una paciente planteaba sus dificultades para respetar los estrictos límites de la dieta y decía que *“agrandaba la porción hasta que ya no podía decir qué tanto estaba comiendo de más”*. La recomendación de la coordinadora fue *“Por eso se necesita estar más consciente”*, y hablándole a todo el grupo afirmó *“hay que desmitificar el 'tengo hambre'; ¿de verdad tengo hambre? O tengo sed, o soledad, o aburrimiento”*. Aunque en esta intervención de la coordinadora no se siguieron desarrollando las cuestiones que plantea la distinción entre el hambre y la saciedad con otras necesidades que se canalizan a través de la comida, se relaciona con lo que en mindful eating supone superar esos conflictos que se presentan, mediante la ingesta excesiva (Kristeller et al., 2013) y desarrollar la conciencia de los factores internos y externos que pueden actuar como disparadores de esa ingesta (Kristeller & Wolever, 2010). En el grupo un paciente dijo que *“a veces tengo miedo de tener hambre”*. Respecto a la frase anterior la coordinadora comenta al grupo: *“la necesidad de distinguir y manejar estas situaciones, del temor en general, del hambre fisiológico”*. Esto último se trabaja dentro de los grupos de descenso con una perspectiva cognitivo-conductual, identificando las emociones que con mayor frecuencia se encuentran asociadas a los episodios de atracones.

El aporte de la práctica de Mindfulness a esta forma de abordar el problema estaría en el desarrollo de la capacidad para llevar la atención hacia los pensamientos y emociones que surgen en cada momento con una actitud de aceptación y sin dejar que ellos tomen el control de las conductas, como propone Kabat- Zinn (2004). De esta manera aumenta la capacidad para reconocer las emociones que surgen en cada momento y distinguirlos claramente de otros estímulos; también se desarrolla a través de esta actitud de atención plena la capacidad para observar los propios pensamientos sin identificarse con ellos. Al

respecto, uno de los miembros del grupo expresa “*me lo merezco, entonces me lo voy a comer todo*”. Es que, además de las emociones, los pensamientos automáticos son muchas veces obstáculos que los pacientes tienen que superar para lograr el éxito que se proponen. En este caso, se expresa una creencia que coloca a la comida en el lugar de un premio merecido; y al sujeto en una posición de autoconmiseración. Según la coordinadora, este tipo de creencia “*es algo que los pacientes expresan en muchas oportunidades en el trabajo grupal*”, sumergiéndose en su propia idea conflictiva de la vida, como los pensamientos que mencionan a veces acerca del tratamiento, y de su capacidad para llevarlo a cabo o de las razones que los llevaron a tener exceso de peso y que les hacen complicado lograr el descenso a un peso adecuado.

Cuando estos pensamientos negativos se transforman en preocupaciones de los pacientes frente a la presión que significa el tratamiento, se los puede encadenar con la fuerte relación entre estrés y obesidad postulada por Björntorp (2001), que ubica al primero como uno de los factores más importantes en la génesis de la obesidad (López Morales & Garcés de los Fayos Ruiz, 2012). Con respecto a esto, una de las coordinadoras le advierte a una paciente preocupada porque una situación próxima muy probablemente la haga salirse de la dieta; la paciente relata, “*el fin de semana tengo un cumpleaños y va a haber ricos alimentos irresistibles para comer*”. Por esa razón “*Anticiparte a los hechos es algo negativo*”, dice Paola. Luego le explica a ella y al resto del grupo que no tienen que ocupar su cabeza pensando en todas las cosas malas que pueden llegar a pasar con el tratamiento, sino que deben esforzarse por concentrar su atención en lo que les ayude a cumplir con el mismo. Como plantea Yalom (2011), el estímulo y el mantenimiento de la esperanza es una de las variables estructurales de los grupos de autoayuda, como las narraciones de recaídas y recuperaciones permiten visualizar a los miembros del grupo que lo que se está viviendo no es permanente y que el cambio es posible.

Se deben generar maneras saludables en relación con la comida, como recurrir a estrategias de compromiso ante alguna situación en la que la persona no pueda autocontrolarse recurriendo a esas estrategias previas para reducir las tentaciones del entorno, como pedir que “*lleven por favor el resto de la comida que está en la mesa a otro*

*lado*". Se puede pensar en relación con el mindful eating en la autorregulación inteligente que propone una táctica para mejorar el autocontrol (Romano, 2018).

Quizás la forma más grave en la que se pueden manifestar los pensamientos como obstáculos para el tratamiento es la rumia. En varias reuniones de grupo los pacientes han relatado que *"pasan mucho tiempo con pensamientos en torno a la comida y la angustia que eso les suele generar"*. Una de las coordinadoras le advierte al grupo que el pensamiento rumiante es un obstáculo a vencer y que *"por eso debemos observar nuestros pensamientos para encontrar soluciones"*.

En Mindfulness, no se trata de evitar los pensamientos negativos, sino de poder contemplarlos sin emitir juicio. Kabat-Zinn (2009) plantea que la aceptación, que implica no oponer resistencia al fluir de la vida, reduce la angustia psicológica. En síntesis, un abordaje de los pensamientos negativos basada en los principios de mindfulness no consistiría en evitarlos, sino por el contrario en poder dirigir la atención hacia ellos para aceptarlos, sin intentar rechazarlos o cambiarlos.

Los coordinadores recomiendan mantener la calma como un *estado prioritario* que requiere de cierto trabajo para alcanzarlo. La calma es uno de los puntos a la que se refieren Hanh y Cheung (2018) como un freno necesario para poder iniciar la curación, sino que aparece relacionada con ser paciente: *"deben tener paciencia y respirar, para relajarse, prestar más atención cuando hay comida, porque el tratamiento bien hecho funciona para todos"*, dice una de las coordinadoras al grupo. Aquí aparece la referencia a elementos relacionados con mindfulness como la calma y la relajación, que implican poner una pausa para evaluar los estímulos y redirigir la atención al cuerpo para no ser llevado por la corriente de los pensamientos. En el caso de pacientes en un grupo de descenso de peso, la relación es puesta al servicio del cumplimiento con el tratamiento, más precisamente con la dieta.

Hasta aquí, y a partir de la observación del trabajo en los grupos de descenso, se pudieron identificar algunas intervenciones que pueden vincularse con principios de mindfulness aplicados a la relación con la comida, aunque en la mayoría de los casos no sean planteadas claramente desde esta perspectiva por los coordinadores o desarrolladas en sus consecuencias dentro del modelo de tratamiento MB-EAT. Sin embargo, algunas de los

mencionados recursos tienen una relación cercana con aspectos como la calma, la relajación, la conciencia del momento presente y la atención hacia las emociones y pensamientos que los pacientes experimentan en situaciones difíciles para ellos, para poder manejarlos mejor. Podría agregarse una frase más de una de las coordinadoras que se relaciona con la propuesta de Kristeller y colaboradores (2013) acerca de recuperar a través del saboreo la capacidad de disfrutar de la comida, incluso de las comidas favoritas, comiendo pequeñas cantidades. Ella dijo: *“El placer es tener una medida y no comer desahogado.”*. En esta intervención se está animando a los pacientes a que encuentren placer en la comida, pero no en la cantidad. Los atracones que algunos pacientes tienen son más una forma de descarga de tensiones, emociones y pensamientos que no se pueden tolerar, que una forma de obtener placer. Al respecto, Kristeller y Wolever (2010) sostienen que el trabajo sobre el placer de comer es un complemento necesario de la educación nutricional, en conjunto, ambos aportan al surgimiento de nuevos hábitos de alimentación, más saludables tanto en relación con el tipo de alimentos que se ingieren, como en la cantidad que se ingiere. En los grupos suelen relatar *“estoy todo el día fuera de casa y como en el trabajo, hay un lugar para ello, pero es difícil comer del recipiente”*. La coordinadora explica: *“en lo posible se debería tener un plato para nutrir el hambre visual”*. El plato se utiliza para medir la porción, mayormente se usa un plato de postre ya que en la clínica se habla mucho de la medida del plato; Paola también sugiere *que se puede utilizar el recipiente de las viandas que compran en el instituto*. El plato debe ser playo, al ser más pequeños hacen que una porción normal parezca más grande y supone que se come menos cantidad y más variado sin aburrirse además de forma equilibrada, eliminando la ansiedad por comer compulsivamente.

Esto último es fundamental para el éxito del tratamiento, porque si se quiere que los hábitos no saludables que llevaron a la obesidad disminuyan, es necesario que sean reemplazados por otros saludables, para que no vuelvan a surgir los viejos hábitos cuando se haya logrado el descenso de peso planificado y se termine la etapa de rigurosa dieta hipocalórica. Es una forma de persuadir al grupo para que no lo abandone, mayormente cuando llegan al *“techo”*, sienten que esos hábitos se fueron y no regresan (Cordero, 2019; Gabalda, 2019; Zukerfeld, 2011).

En este caso, la coordinadora recomienda: ” *buscar otro interés de atención distinto del que venía siendo predominante, la comida, y así poder evitar que se enfoquen en esos pensamientos y esto produzca malestar*”. Cumplir con el programa de descenso, asistiendo a las sesiones grupales e individuales y realizando actividad física es una forma de comprometerse con el tratamiento, lo que permite reforzar hábitos sanos para lograr mayores resultados siendo un momento para el desarrollo de sus propias potencialidades, descubriendo, incluso, nuevas oportunidades y nuevos desafíos (Leija Alva, et al., 2019, Zukerfeld, 2011).

Hasta aquí se trabajó en las descripciones de mindful eating dentro de grupos de descenso, en el próximo apartado se focalizará sobre cómo se trabaja la técnica en talleres específicos.

## 5.2 Describir cómo se trabaja la técnica del mindful eating en talleres específicos dentro de los grupos de descenso.

Ante todo, sobre este objetivo es necesario aclarar que el taller que se dicta en la institución puede considerarse como una forma de introducir a los pacientes de la clínica a la práctica de la meditación mindfulness y a sus principios, no se trata de un programa terapéutico como es el MB-EAT, que consta de ocho sesiones siendo una vez por semana, sino que se proponen actividades más allá de las clases. En este caso, los talleres tienen una duración de hora y media, aproximadamente. Cabe mencionar que los mismos son opcionales dentro del tratamiento que propone la institución y, según lo observado, los pacientes que concurren son sólo un pequeño porcentaje de quienes integran los grupos de descenso y mantenimiento de peso.

De acuerdo con lo que expresa la coordinadora del taller, el objetivo del mismo es brindar a los pacientes la oportunidad de experimentar la práctica de mindfulness para que puedan incorporarla como una herramienta complementaria en su tratamiento de descenso de peso. Se les recomienda allí que lo apliquen en aquellos momentos en que se encuentran frente a situaciones o estímulos que pueden tener efectos negativos sobre el tratamiento. Estos pueden ser una reunión en la que hay muchos alimentos que no están permitidos en la dieta, o un momento del día en el que los pensamientos negativos se hacen presentes y los viejos hábitos quieren imponerse.

La coordinadora explica que la atención plena es un medio para frenar los impulsos y tener la oportunidad de tomar una decisión beneficiosa para el tratamiento. Aquí se puede encontrar una referencia a la pausa y la calma que Hanh y Cheung (2018) proponen como la clave del mindfulness para la alimentación y condición necesaria para el cambio y que responde a los principios del budismo. Al respecto, Kabat-Zinn (2004) sostiene que cultivar la meditación permite acceder a esa forma de consciencia del momento presente que caracteriza a mindfulness, brindando la capacidad para producir una respuesta voluntaria y no una automatizada. Se propone describir la gran importancia que tiene la técnica para que los pacientes obesos se dispongan a dejar atrás sus hábitos para reemplazarlos por otros más saludables.

Las actividades se realizan en una sala con iluminación tenue en la que suena una música relajante. En la reunión observada, los participantes tenían ropa cómoda, estaban descalzos y sentados en unas colchonetas sobre el piso. Paola, la profesional que dicta el taller, dio un toque de platillos para indicar el comienzo y con una voz muy suave y calma comenzó a dar instrucciones, guiando los ejercicios para la relajación, concentración en la respiración y contacto con el pensamiento, las emociones y con el cuerpo. Luego de que los participantes se recostaran, con los ojos cerrados, apoyando la espalda en la colchoneta, Paola les pidió que fueran concentrando su atención sobre cada una de las partes de su cuerpo, comenzando desde los dedos de los pies, los talones y el empeine, para ir subiendo por las piernas, la espalda (que estaba en contacto con el suelo), los brazos, cada uno de los dedos, y el cuello, hasta llegar a la cabeza. Estas acciones corresponden al escaneo corporal descrito por Kabat-Zinn (2004) y su objetivo, según aclaró en el taller la coordinadora, es aprender a prestar atención a cada una de las partes del cuerpo, a las sensaciones que allí se dan y a la tensión o relajación que se siente. En varios momentos de este ejercicio la coordinadora recordaba a los participantes que utilizaran el foco en la respiración para volver a dirigir su atención al cuerpo ante cualquier distracción.

Efectivamente, en un momento se hizo hincapié en las sensaciones, y las preguntas que guiaban a los participantes fueron: *¿Sienten calor o frío? ¿Cómo están los pies en contacto con el piso? ¿Sienten algún dolor o malestar? ¿El cuerpo está relajado? ¿Está tenso? ¿Qué parte está tensa? ¿Qué sienten en el estómago?* Los beneficios del escaneo

corporal se vinculan con la recuperación del registro de las señales internas del cuerpo, condición necesaria para el desarrollo de la autorregulación en el programa MB-EAT, según (Kristeller et al., 2013). Así como en los grupos de descenso se indica a los pacientes que eviten los distractores a la hora de comer y que sean conscientes de lo que están por hacer, la práctica de mindfulness orientada al registro del propio cuerpo es una herramienta útil para desarrollar la sensibilidad necesaria para detectar sus señales internas.

Por ejemplo, es importante para las pacientes en tratamiento de reducción de peso que puedan registrar todo aquello que se siente en el estómago, en primer lugar el hambre, las sensaciones físicas que se originan en el estómago cuando está vacío, pero también se producen otras sensaciones que están asociadas con la irritabilidad, ansiedad, el miedo y la angustia. En el taller se dirigió la atención hacia distintas áreas del abdomen ayudando a identificar las sensaciones en el estómago. Se les pedía que apoyaran la mano sobre la parte superior, detrás de las dos últimas costillas sobre el lado izquierdo. Poniendo atención a las sensaciones, se les pedía que evaluaran su sensación de hambre en una escala de 1 a 7, indicando aquellas señales que les ayudarían a hacer esa evaluación, (por ejemplo, los ruidos como señal de hambre o la tirantez del abdomen como signo de saciedad). La idea es que *“nadie puede reconocer el hambre mejor que vos*. La coordinadora hizo referencia de que: *“Se trata de aprender a reconocer las sensaciones que ayudan a reconocer el hambre físico”*. Después de haber hecho esto, se les pedía que dirigieran su atención a los pensamientos y sentimientos, enojo, culpa, ansiedad. Luego se les indicaba que los observaran sin juzgar y que, ayudados por la respiración volvieran a conectarse con su cuerpo. Este ejercicio tiene la finalidad de enseñar a los pacientes a reconocer en qué parte y de qué forma se siente realmente el hambre y distinguir esta sensación de las que producen el temor o la ansiedad. Esto responde a uno de los objetivos centrales de los creadores de Mindful eating, que las personas recuperen el registro del hambre fisiológico a través de la atención a las señales físicas internas y puedan diferenciarlo de otras sensaciones y de las expresiones físicas de algunas emociones (Hann & Cheung, 2018; Kristeller et al., 2013; Romano, 2018).

Además del escaneo corporal, en el taller se hacen meditaciones guiadas con el recurso de las visualizaciones. Para ello, en el encuentro observado se les pidió a los

participantes que imaginaran un paisaje de su elección y que se vieran a ellos mismos estando allí. La coordinadora los iba ayudando a lograr la imagen deseada haciendo preguntas: “*¿Cuál es ese lugar? ¿Dónde se encuentra ese paisaje? ¿Es de día o es de noche? ¿En qué país se encuentra? ¿Están solos? ¿Con quién están?*”. Como después explicara, este primer momento del ejercicio se focaliza en lo visual, para luego ir incorporando los sentidos auditivo y olfativo a la imagen visual ya creada del paisaje. Las preguntas entonces fueron cambiando para dar lugar a estos sentidos: “*¿Hay ruido o el lugar está en silencio?, ¿Se escuchan otras voces, ruidos de animales, de agua que corre, el viento? ¿En qué nivel se escuchan esos ruidos? ¿Están lejos o cerca?, ¿Resultan molestos o agradables?, ¿Qué olores pueden percibir? ¿A flores, vegetación, lluvia?*”. La meditación guiada terminó cuando Paola hizo sonar de nuevo los platillos. Entonces, fue guiando a los participantes para que recorrieran con su mente todas las partes de su cuerpo, tomando conciencia de las sensaciones que percibían en cada una de ellas, para luego incorporarse de manera lenta.

La coordinadora propuso que esta práctica ayuda a discriminar todos los registros sensoriales que se pueden presentar para luego incorporarlos en el momento de tener que ejercitar la atención plena y así captar mejor las sensaciones que se presentan en las diferentes situaciones. Según Paladino (2017), el trabajo con los sentidos (vista, oído, olfato) a través de las meditaciones guiadas que se describe en el párrafo anterior es complementario con el del escaneo corporal, ya que también tiene como objetivo que los participantes incorporen la capacidad para focalizar su atención en las distintas formas en que se pueden captar las sensaciones corporales, por separado. Cabe señalar que no se hicieron ejercicios para trabajar con los sentidos frente a los estímulos reales que ofrece la comida (Kristeller & Wolever, 2010; Romano, 2018).

Dichas capacidades son importantes para alcanzar la conciencia de los factores internos y externos que actúan de manera automática disparando la ingesta excesiva, uno de los objetivos a los que se refieren Kristeller y Wolever (2010) en su presentación de MB EAT. En la medida en que los pacientes aprendan a prestar atención a su cuerpo y estén mejor preparados para captar las sensaciones que allí se generan tendrán más probabilidades de identificar estos factores y, a su vez, esto mejorará su capacidad para

evitar episodios de atracones o desviaciones de la dieta con efectos negativos para el tratamiento.

Tanto durante la práctica del escaneo corporal como durante la meditación guiada, la coordinadora intentaba que los participantes no perdieran el control de las respiraciones. Especialmente en el escaneo corporal, el trabajo de traer de vuelta la atención a la respiración frente a las distracciones sirve de ayuda para mantener la atención enfocada en las partes del cuerpo sin dejarse llevar por los pensamientos que surgen. La respiración se vuelve entonces más profunda y lenta y sirve como un *ancla* (según Paola) para retornar al aquí y ahora, al momento presente, cada vez que la mente se quiere ir del foco de atención deseado. Al finalizar los ejercicios, todos los participantes expresaron que, una vez que lograban ese estado de relajación, podían reconocer sus sensaciones corporales con mucha más claridad que habitualmente.

Una vez concluidos los ejercicios, los participantes relataron su experiencia y contaron las diferentes sensaciones que fueron teniendo durante cada una de las actividades. Una paciente dijo que *“participar ya es una experiencia, esto no tiene nada que ver con lo que una está acostumbrada a hacer”*. El resto de sus compañeras estuvo de acuerdo en que lo vivido es el taller era muy bueno para su tratamiento, alguien dijo que le había ayudado a *“comprender que cada uno es quien dirige sus pensamientos, sentimientos y sensaciones”*.

Practicar la atención plena resulta útil para los diferentes ámbitos de la vida, por otra parte, la alimentación es esencial para la existencia y, por lo tanto, se debería aplicar esta estrategia en esta área fundamental de la que tanto adultos y niños pueden ser beneficiados.

### 5.3 Analizar si los pacientes logran utilizar el mindful eating y las dificultades que tienen para incorporar la técnica.

Este objetivo refiere a la utilización del MB-EAT posterior al taller, para lo cual se contó con los testimonios de los pacientes que participaron en el encuentro observado, tanto en la puesta en común que cerró la actividad como en conversaciones después de finalizada la actividad. La paciente que ya había participado del taller viene del interior para los encuentros *Vale Clave*; es una jornada que se realizan todos los meses durante un fin de

semana, asisten pacientes del interior del país como así también desde países limítrofes para poder trabajar intensivamente en las actividades grupales y controles individuales. La paciente ya se había inscripto al taller en su último viaje. Dice que le gusta la meditación mindfulness, que la practica en su casa, no todos los días, pero cuando siente la necesidad: *“Esto es muy útil para muchos momentos de lo cotidiano”*. *“Esta técnica me ha enseñado que no hay comidas permitidas y prohibidas”*.

Algo que la mayoría de los participantes del taller consideraron positivamente fue el trabajo con los sentidos y las sensaciones corporales. Una de las pacientes afirmó: *“ fue una experiencia novedosa ejercitar la imaginación en relación con los sentidos y que siente que así se puede comprender mejor lo que se capta con ellos”*. También hubo participantes que dijeron: *“tomaron conciencia de su cuerpo de una manera que nunca antes habían experimentado”* porque sucede bastante seguido *“Se pierde el control con la comida y ella te controla”*. Esto permite pensar que es posible avanzar en la comprensión de las sensaciones que se presentan en las diferentes situaciones a través de la práctica de esta forma de meditación.

A pesar de los muchos comentarios positivos sobre el taller, algunas pacientes reconocieron que a lo largo de los ejercicios se les presentaron pensamientos intrusivos más de una vez, o que se distrajeron con algún ruido o movimiento que percibieron en el entorno. Con respecto a los pensamientos intrusivos, cabe recordar que el entrenamiento en las habilidades de mindfulness se propone desarrollar el poder de aceptar cada pensamiento que surge de la conciencia, sin juzgarlo ni confrontarlo (Kabat-Zinn, 2009), esto significa que no sería malo en sí mismo que los pacientes tengan pensamientos indeseados durante su práctica de meditación, sino que la práctica misma debería ayudarlos a poder enfrentar esos pensamientos de manera calma, sin emitir juicio sobre ellos y, sobre todo, sin dejarse controlar por ellos.

Paola les explicaba a los participantes al final del taller, que cuando aparecen estos pensamientos hay que incorporarlos a la meditación en vez de esforzarse por eliminarlos; esto concuerda con lo que destacan los expertos en mindfulness como Hanh y Cheung (2018) o Kabat-Zinn (2004; 2009), quienes sostienen que la meditación permite observar

las emociones y pensamientos de manera activa pero sin abandonar la calma, sin reaccionar frente a ellos. Sin embargo, algunos pacientes comentan: *“cuesta mucho evitar algunos pensamientos que vienen a la mente cuando estás meditando. Uno de ellos asegura: “Cuando estás ahí tratando de no pensar en nada te viene la idea ‘¿Qué estoy haciendo?, no puedo dejar la comida’ y la verdad es que no podés dejarla”*. Considerando que, dadas las características del taller que se observó, los pacientes recién están teniendo sus primeras experiencias con la meditación mindfulness, es esperable que se presenten dificultades a la técnica para lograr una actitud de aceptación frente a sus pensamientos y emociones, más aún cuando están haciendo un tratamiento para bajar de peso, con todo lo que esto implica en cuanto a preocupaciones y temores con respecto al futuro resultado del mismo.

La otra situación mencionada por los pacientes, el de las distracciones, también es algo que puede ocurrir cuando se está recién iniciando la práctica de la meditación. Paola les explica que *“es algo que seguramente va a pasar, cuando intenten concentrarse en alguna parte del cuerpo o cuando estén intentando imaginar algo, van a aparecer cosas que los distraigan, hasta un dolorcito en otra parte del cuerpo puede ser”*. En el caso de la reunión observada hubo elementos distractores: algunos ruidos que llegaron desde afuera, el celular de una de las pacientes que sonó durante el escaneo corporal o los movimientos de otra participante que no fue con ropa adecuada. Un participante que asistió a varios talleres comenta: *“No es lo mismo comer apurados mirando la televisión que alimentarse y prestar atención a lo que estamos masticando, lo he puesto en práctica, es difícil, pero se puede”*.

En este momento es cuando resulta necesario, según Romano (2018) renovar la intención de continuar con la práctica, para volver a conducir el foco atencional de manera voluntaria, lo que provocará que se fortalezca la atención. Este autor plantea el complemento entre el trabajo con la atención, la intención a la que se hace referencia aquí y la actitud, que es de aceptación, es decir de una observación neutra, sin juzgar, solamente llevando intencionalmente el foco de atención a los pensamientos, sensaciones y emociones que surgen ante la experiencia. Frente a cualquiera de los dos obstáculos mencionados por los pacientes, los pensamientos negativos o los distractores, la intención aparece como un elemento importante para sostener la práctica de mindfulness; así lo reconoce Kabat-Zinn

(2004) cuando afirma que la voluntad es importante para acceder a los beneficios de mindfulness y también Vázquez y colaboradores (2018) quienes destacan la importancia del compromiso en la práctica de la meditación mindfulness.

Un obstáculo de menor importancia que los anteriores fue planteado por uno de los participantes, quien expresó que se quedó dormido durante la actividad. La coordinadora dijo: *“esto es algo que suele pasar”*, dado el nivel de relajación y concentración que se logra, aunque aclaró, en la práctica de meditación mindfulness se requiere estar presente en el momento, lo que significa mantener un nivel de conciencia. De cualquier manera, Paola les aclara que todos pueden lograr incorporar la técnica y evitar las distracciones y otros obstáculos, como quedarse dormido, pero después de un entrenamiento prolongado. Para eso, les dice que la práctica diaria, aunque sea durante cinco minutos, es una muy buena forma de entrenarse. Practicar la alimentación consciente empieza adoptándola como un estilo de vida. Desde el momento en que se realizan las compras en el supermercado y elegir los productos, a cocinar los alimentos con amor y presencia, conciencia para luego llevarlos al plato.

## 6 Conclusiones

El desarrollo del presente trabajo logró cumplir, al menos en lo principal, con los objetivos específicos en el contexto de la indagación sobre la utilización del mindful eating como herramienta en el tratamiento de la obesidad. En relación con el primer objetivo, se pudieron identificar algunas intervenciones de los coordinadores de grupo que, sin estar basadas en los principios de mindfulness (Hann & Cheung, 2018), se pueden pensar en una relación cercana con aspectos del mismo como la calma, la relajación, la conciencia del momento presente y la atención hacia las emociones y pensamientos sin juzgar y con una actitud de aceptación. Lo fundamental se dio en relación con el grupo, ya que cobró importancia el aprendizaje entre los participantes que fueron compartiendo los mismos problemas, identificándose con ellos, lo que conllevó a una catarsis y a una cohesión en el grupo (Zuckerfeld, 2011).

En cuanto al segundo objetivo, la descripción del taller que se ofrece a los pacientes de la institución muestra que el mismo funciona como un primer acercamiento a la práctica

de mindfulness a través del escaneo corporal y ejercicios de meditación guiada con visualizaciones, reconociendo las diferentes sensaciones que llevan a lograr una imagen deseada y en donde se prestó atención plena al cuerpo, a las respiraciones y a las señales que fueron sucediendo en el momento de la práctica como así también el reconocimiento de las sensaciones en la panza (Kabat-Zinn, 2004; Kristeller et al., 2013; Paladino, 2017).

Para el tercer objetivo se consultó a los pacientes, quienes expresaron su interés en la práctica de mindfulness, aunque sólo uno de ellos pudo dar testimonio más concreto de su utilidad por ser el único que había participado anteriormente del taller y practicaba la meditación mindfulness con cierta periodicidad. Los participantes del taller mencionaron que tienen dificultades siendo éstas relativas para llevar a cabo la práctica de la meditación mindfulness, como la aparición de pensamientos intrusivos y la exposición a fenómenos distractores. Considerando que estos fenómenos son parte de la cultura occidental contemporánea y prácticamente todos los participantes tuvieron su primera experiencia con esta práctica en el taller observado, es de esperar que estos obstáculos puedan ser superados con la práctica sostenida más adelante, asimismo, deberían realizar un mayor entrenamiento sobre esta técnica ya que sería muy útil para el manejo de las frustraciones, siendo que también tienden a ser más vulnerables al estrés (López Morales y Garcés de los Fayos, 2012). Por ello es importante el trabajo en los grupos de descenso, estos favorecen un vínculo crucial, una ilusión, como también el intercambio de información, lo que permite reflexionar para que puedan entrenar la capacidad de meditación y así lograr la incorporación del método en forma gradual, esto lleva un tiempo razonable, sabiendo que pueden surgir en el camino de la meditación obstáculos lo que dificultó la concentración; por eso no hay fracaso, sino que hay un constante aprendizaje (Yalom, 2000; Kristeller & Wolever, 2010; Kabat-Zinn, 2004).

#### Limitaciones, aporte personal/crítica y futuras líneas de investigación

La limitación más importante fue la de haber observado sólo un encuentro del taller de mindful eating. Hubiera sido de mucha utilidad para la elaboración de este trabajo poder hacer un seguimiento de aquellos pacientes que recién estaban iniciándose en la práctica de mindfulness, que eran la gran mayoría, a través de los encuentros para poder observar

objetivamente si lograban incorporar la meditación como herramienta en el tratamiento y si las dificultades para concentrarse y aceptar los pensamientos que surgían iban disminuyendo con la práctica. Otra limitación agregada a la anterior es la escasa cantidad de participantes del taller. Indagando posteriormente entre los pacientes de la institución se pudo saber que, en muchos casos, no se inscribían en el taller de mindfulness porque era pago. Otros pacientes no sabían que existía este taller o bien decían que se los habían mencionado cuando comenzaron el tratamiento, pero que no les había quedado claro para qué podía servirles. Esto último sugiere que, dentro del tratamiento ofrecido por la clínica, la práctica de mindfulness es considerada algo complementario y opcional, que no constituye una parte importante del mismo, ya que de ser así lo difundirían más y recomendarían a todos los pacientes ingresantes que lo hicieran.

Lo anterior sugiere, desde una perspectiva crítica, que la práctica de mindfulness podría integrarse al tratamiento de descenso de peso como parte integral del mismo, si bien no es indispensable, existen estudios que sustentan empíricamente su eficacia para modificar pensamientos y conductas relacionados con la alimentación (Katterman et al., 2014; O'Reilly et al., 2014). El presente trabajo de investigación, con sus limitaciones, ha servido para relevar el interés por la práctica de mindfulness como herramienta para llevar adelante el tratamiento de reducción de peso que el taller despierta en los pacientes de la institución que han podido participar de él. Por otra parte, las dificultades que estos mencionan para realizar esta práctica se superan, según aclara la propia responsable del espacio, a través de la práctica frecuente y sostenida en el tiempo, por lo cual estos talleres podrían hacerse con una frecuencia al menos semanal, en concordancia con la propuesta elaborada por los autores del programa.

Otras limitaciones presentes en la práctica fue no tener acceso a ninguna entrevista de ingreso como así también en el egreso de la clínica ya que existen pacientes que abandonan el tratamiento por diferentes motivos los cuales algunos son motivacionales, otros de índole económica. Asimismo se encuentran los pacientes que realizan una readmisión porque creían que podían continuar solos, tampoco se tuvo acceso a dichas entrevistas.

Para afirmar la eficacia de MB-EAT como parte de los tratamientos con personas obesas, en futuras investigaciones se podrían realizar estudios empíricos analizando su efecto sobre variables relacionadas con esta enfermedad, especialmente en lo que refiere a cambios de hábitos, con la finalidad de identificar las necesidades saludables para los distintos estilos de vida, promoviendo educación para la salud y así prevenir los problemas que acarrea la obesidad; la incorporación de la atención plena en las intervenciones clínicas debería ser cada vez más común para abordar temas relacionados con la alimentación.

La regulación emocional a través de talleres específicos facilitarían el reconocimiento de emociones propias y ajenas, aprender a dejar fluir, saber expresarse, encontrar un equilibrio potenciando un bienestar personal y grupal. La alimentación consciente también ayudaría a los pacientes a obtener herramientas para el manejo de la ansiedad y hábitos saludables para la vida cotidiana a través de la realización de una práctica con alimentos, como así también entrega de ejercicios prácticos para realizar en el hogar. Asimismo se ampliaría la capacidad de abstracción ante respuestas automáticas sobre los atracones y a su vez colaboraría en el vínculo mente y cuerpo.

Otra de las variables de estudio podría ser la imagen corporal que refiere a la percepción que se tiene del cuerpo, ésta influye en la autoestima para lo cual la institución debería tener más actividades deportivas ya que suelen tener horarios restringidos.

También se podrían realizar comparaciones sobre la eficacia de este modelo de intervención de manera aislada y como parte de un tratamiento multidisciplinario como el que se implementa en la institución donde se realizó la observación.

## 7 Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Arlington: Panamericana. American Psychiatric Publishing.
- Anger, V., & Katz, M. (2015). Relación entre IMC, emociones percibidas, estilo de ingesta y preferencias gustativas en una población de adultos. *Actualización en Nutrición*, 16(1), 31-36.
- Apolzan J.W., Myers, C. A., Cowley, A. D., Brady, H., Hsia, D.S. & Stewart, T.M. (2016). Examination of the reliability and validity of the Mindful Eating Questionnaire in pregnant women. *Appetite*, 100, 142–151.
- Arteaga, A. L. (2012). El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. *Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 145-153.
- Baile, J. I., & González, M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 34 (2), 253-261.
- Björntorp, P. (2001). Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obesity reviews*, 2(2), 73-86.
- Buschiazzo, D. S., & Saez, C. F. (2018). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 26(1), 17-34.
- Cordero, M. L., & Cesani, M. F. (2019). Calidad de vida relacionada a la salud, sobrepeso Y obesidad en contextos de fragmentación socio territorial de la provincia de Tucumán. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 39(1), 146-155.
- Cortese, S., Olazagasti, M. A. R., Klein, R. G., Castellanos, F. X., Proal, E., & Mannuzza, S (2013). Obesity in men with childhood ADHD: a 33-year controlled, prospective, Follow - up study. *Pediatrics*, 131(6), 731-738.
- Custodio, J., Elizathe, L., Murawski, B., & Rutzstein, G. (2015). Obesidad en Argentina: un desafío pendiente. Políticas de salud pública y tasas de prevalencia. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 137-142.
- Faiburn, C. (2014). *La superación de los atracones de comida*. España. Paidós.

- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour research and therapy*, 70, 64-71.
- Fernández, L. & Cano, T. (2003). Entrevista motivacional y actitudes ante el cambio en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario. *Adicciones*, 15(1), 51-56.
- Frontado, C. C. F. (2019). Síntomatología prefrontal en personas con obesidad. *Neuropsicología Latinoamericana*, 11(1), 1-8.
- Gabalda, I. C. (2019). Ética y psicoterapia: Una perspectiva sociocultural. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 73-91. Recuperado de <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.304>
- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating behaviors*, 14(3), 309-313.
- González García, C. J. & Villa Montes de Oca, D. (2015). Herencia alimentaria: Promoción de hábitos alimentarios saludables desde la infancia, una estrategia pedagógica durante la crianza para la prevención de la obesidad en niños. *Reidocrea*, 4(6), 35-47.
- Guerrero, D. B. & de Luis Román, D. A. (2000). *Manual de nutrición y metabolismo*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Gutiérrez, G. S. (2011). Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de literatura. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(2), 26-32.
- Guzmán, S. R. M. E., Del Castillo, A., & García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario*, 201-218.
- Hanh, T. N. & Cheung, L. (2018). *Saborear: mindfulness para comer y vivir bien*. Barcelona: Zenith.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mindfulness, Acceptance, and Relationship. En S. C. Hayes, V. M. Follett & M. Linehan (Eds.). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.

- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y salud*, 27(3), 115-124.
- Hidalgo, M. J. (2018). Factores de riesgo asociados a la obesidad en niños y adolescentes. *Investigaciones Cualitativas en Ciencia y Tecnología. 2017: VI Congreso Internacional de Investigaciones*, 1(31) 143.
- Jiménez, M. C. (2015). Niveles séricos de leptina e insulina en sujetos obesos y no obesos. In *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas* 38(1-2), 55-62.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Paidós.
- 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.
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q (2010). Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49–61.
- Kristeller, J., Wolever, R. Q. & Sheets, V (2013). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*, 5(3), 282–297.
- Lacunza, A. B., Caballero, S. V., Salazar, R., Sal, J., & Filgueira, J. (2013). Déficit sociales en adolescentes con sobrepeso y obesidad. *Ciencias Psicológicas*, 25-32.
- Leija Alva, G., Peláez Hernández, V., Pérez Cabañas, E., Pablo Santiago, R., Orea Tejada, Domínguez Trejo, B., & Santellano Juárez, B. (2019). Factores cognitivos predictivos de adherencia terapéutica en personas con sobrepeso y obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 85-94. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.451>
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Llona, A. A. (2018). Etiopatogenia de la obesidad. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 26(1), 13-17.

- Lopera, D. T., & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112.
- López Morales, J. L., & Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2012). Hacia una integración comprensiva de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1810-1816.
- Martínez, M. C., Cedillo, I. G., & Aranda, B. D. E. (2016). Adherence to nutritional therapy: Intervention based on motivational interviewing and brief solution-focused therapy. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 32-39. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.002>
- Megías, S. M. (2012). *Nuevos retos en la prevención de la obesidad: tratamientos y calidad de vida*. Bilbao, España. Fundación BBVA.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2016). Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. *Obesidad: determinantes, epidemiología y su abordaje desde la salud pública*. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/obesidad>
- Najera, I., Antonio, C., & Álvarez Gordillo, G. D. C. (2016). Mecanismos moleculares de la obesidad y el rol de las adipocinas en las enfermedades metabólicas. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 35(2), 174-183.
- 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.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Sobrepeso y obesidad*. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Palacios, A. G. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 70-74.
- Paladino, Carlos (2017). Mindfulness como práctica clínica: alcances y limitaciones. Una evaluación de su eficacia. *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro De Investigadores en Psicología del Mercosur*, 154-157. Universidad de Buenos aires.

- Perea-Martínez, A., López-Navarrete, G. E., Padrón-Martínez, M., Lara-Campos, A. G., Santamaría-Arza, C., Ynga-Durand, M. A., & Ballesteros-del Olmo, J. C. (2014). Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *Acta pediátrica de México*, 35(4), 316-337.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1997). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Romano, J. (2018). *Comer despierto*. Buenos Aires: Paidós.
- Schlienger, JL (2015). De grasa prestigiosa a grasa vergonzosa: historial médico de obesidad. *Medicina de la enfermedad metabólica*, 9(6), 625-631.
- Serrano Ríos, M. (2005). El síndrome metabólico:¿ una versión moderna de la enfermedad ligada al estrés?. *Revista española de cardiología*, 58(7), 768-771.
- Shaw, K. A., O'Rourke, P., Del Mar, C., & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane database of systematic reviews*. Disponible en <http://weightmanagementpsychology.com.au/wp-content/uploads/2011/06/Cochrane-Report-on-Psychological-Interventions-for-Overweight-or-Obesity.pdf>
- Sivak, R., Wiater, A., & Lolas, F. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos: teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Tamashiro, K. L., Sakai, R. R., Shively, C. A., Karatsoreos, I. N., & Reagan, L. P. (2011). Chronic stress, metabolism, and metabolic syndrome. *Stress*, 14(5), 468-474.
- Tamayo, D. & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615.
- Vázquez, G., Maynar, S., Morón, M., Julián, D., Mart, F. & Lázaro, M (2018). *Mindfulness: fundamentos y aplicaciones*. Madrid. Paraninfo.
- Vilallonga, L., Repetti, M., & Delfante, A. (2008). Tratamiento de la obesidad. Abordaje nutricional. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 28(2), 63-70.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Zukerfeld,R. (2011). *Psicoterapia en la obesidad*. Buenos Aires: Letra Viva.