

Desarrollo del programa PsicoObe, una intervención psicoterapéutica grupal para personas con obesidad, y estudio piloto sobre sus efectos

Miriam P. Félix-Alcántara¹, María Villacañas-Blázquez¹, Cristina Banzo-Arguis¹, Cristina Domínguez-García¹, Irene Gutiérrez-Arana¹, Rocío Hermsillo-Torres¹ y Javier Quintero^{1,2}

¹ Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

² Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Development of the program PsicoObe, a psychotherapeutic group intervention for people with obesity, and pilot study on its effects

Abstract: A 21-session psychotherapy group program for people with obesity, developed and implemented in a public hospital in Madrid, is described and the pilot study where program effects were assessed is presented. Changes in body weight, eating patterns and the impact on psychological functioning variables were evaluated in 17 patients at the beginning of the study, at the end of the intervention and six months later. Program completion was associated with progressive body weight loss, decreased risk of eating disorders, lower levels of general distress, as well as an improvement in dietary habits and greater personal commitment to self-care. In conclusion, the results suggest that the PsicoObe program could reduce not only body weight and dysfunctional eating behavior, but also psychopathology and distress variables. These findings show promising results, although a randomized controlled trial with a bigger sample is required in order to assess intervention efficacy.

Keywords: Group psychotherapy; obesity; self-consciousness; self-regulation; acceptance.

Resumen: Se describe un programa de 21 sesiones de psicoterapia grupal para adultos con obesidad, desarrollado e implementado en un hospital público de Madrid y se presenta el estudio piloto donde se exploraron sus efectos. Los cambios en el peso, el patrón alimentario y el impacto sobre variables de funcionamiento psicológico fueron evaluados en 17 pacientes al inicio del estudio, al terminar la intervención y seis meses después. La finalización del programa se asoció a una pérdida ponderal progresiva, la disminución del riesgo de patología alimentaria, la reducción en el nivel de malestar general, así como una alimentación más saludable y un mayor compromiso personal con el autocuidado. En conclusión, los resultados sugieren que el programa PsicoObe podría reducir no solo el peso y la conducta alimentaria alterada, sino también variables de psicopatología y malestar. Estos hallazgos ofrecen resultados alentadores, sin embargo, un ensayo aleatorizado controlado con una muestra mayor es necesario para evaluar la eficacia de la intervención.

Palabras clave: Psicoterapia de grupo; obesidad; autoconciencia; autorregulación; aceptación.

Introducción

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la

salud. Se considera que una persona tiene obesidad cuando su índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilos entre el cuadrado de la talla en metros, es igual o superior a 30. La Obesidad se ha convertido en una pandemia que está afectando tanto a la salud física (Lecube et al., 2017; Rubio et al., 2007), como a la salud mental de la población que la presenta (Cortese et al., 2008; Jorm et al., 2003; Preiss et al., 2013; Quintero et al., 2016; Simon et al., 2010). Según la Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (Ministe-

Recibido: 22 de septiembre de 2022; aceptado: 20 de febrero de 2023.
 Correspondencia: Miriam P. Félix-Alcántara, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Universitario Infanta Leonor, Avenida Gran Vía del Este 80, 28031, Madrid, España. Correo-e: miriampatricia.felix@salud.madrid.org

rio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [MSCBS], 2017), en la población adulta española la prevalencia de obesidad estaba en el 17%, habiéndose incrementado en un 2.5% desde 2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo [MSC], 2006).

Aún está por conocer el efecto que la pandemia de la COVID-19 ha podido tener en la prevalencia de la obesidad, muchos expertos infieren que se ha incrementado de forma importante; sin embargo, no hemos encontrado estudios epidemiológicos europeos desde 2020. La Encuesta Europea de Salud 2020, última encuesta oficial publicada sobre población española, muestra una leve disminución de la prevalencia de la obesidad al 16% acompañada de un leve incremento del sobrepeso que pasa del 37.1% al 37.6% (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2020). Lo que sí se ha comprobado es que tener obesidad incrementaba el riesgo de una evolución grave de la COVID-19, en relación con el aumento de las complicaciones y la mortalidad (Helvaci et al., 2021; Stefan et al., 2021; Yu et al., 2021). Independientemente de la tendencia epidemiológica que se objetive a raíz de la COVID-19, los índices de obesidad así como sus importantes repercusiones en términos de salud, calidad de vida y coste sanitario (Apovian, 2013, 2016; Rubio et al., 2007) hacen que deba de considerarse un problema de Salud Pública de primera magnitud.

La obesidad tiene una etiología y una evolución complejas en las que se combinan factores genéticos, biológicos, ambientales, socioculturales y, naturalmente, varios factores de índole psicológica (Apovian, 2016; Hemmingsson, 2014). De hecho, cada vez son más los estudios que señalan a los factores psicológicos como los causantes de las dificultades personales en adquirir hábitos de alimentación saludable e implementar ejercicio físico, en las personas que presentan obesidad (Hemmingsson, 2014, 2018).

Tradicionalmente se ha abordado el problema de la obesidad desde un enfoque puramente médico, centrado en la balanza ingesta calórica–gasto energético. Sin embargo, este tipo de intervenciones han mostrado resultados inconsistentes y poco significativos (Hooper et al., 2012) con un mínimo impacto a largo plazo (Johansson et al., 2014). Ni siquiera la cirugía bariátrica está mostrando resultados permanentes, como se describe en un reciente meta-análisis (Clapp et al., 2018) en el que se estimó una tasa recuperación ponderal del 27.8% a los 7 años de seguimiento tras la cirugía, incrementándose con el paso del tiempo desde la intervención. En resumen, la modificación del balance energético es condición necesaria para el abordaje de la obesidad, pero también parece claro, que no es suficiente, pues por sí sola sólo produce resultados efímeros y/o frágiles.

En este contexto, consideramos imprescindible la intervención sobre los factores psicológicos para lograr cambios significativos y duraderos (Quintero et al., 2018), siempre dentro de un abordaje inter y multidisciplinar. Algunos tratamientos con un enfoque cognitivo-conductual ya han mostrado eficacia para perder peso (Burgess et al., 2017; Palavras et al., 2017), sin embargo, aún quedan retos pendientes y los tratamientos psicológicos para el abordaje de la obesidad están evolucionando. Hasta hace poco el objetivo principal de las intervenciones psicológicas era reducir el peso corporal y progresivamente los programas de intervención se van centrando cada vez más en mantener las pérdidas ponderales en el tiempo (Teixeira et al., 2015; Van Dorsten y Lindley, 2011), aunque sean más reducidas, y en lograr un mejor funcionamiento psicológico (Teixeira et al., 2015; Van Dorsten y Lindley, 2011), muy en la línea de la corriente de humanización de la salud actual (Consejería Sanidad, 2016, 2022); sin embargo, las propuestas que atienden a este tipo de variables parten de un encuadre individual, incompatible con un abordaje sostenible en el contexto del Sistema Nacional de Salud en el que nace el programa que se presenta. Plantear intervenciones psicológicas individuales en todos los casos de obesidad es impensable dada la elevada prevalencia mencionada y el reducido ratio actual de Psicólogos Clínicos por habitante que tenemos en el Sistema Nacional de Salud, a saber 3 psicólogos clínicos por cada 100.000 habitantes (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental [ORCSM], 2018).

Una alternativa terapéutica más coste-eficiente que la terapia individual podría ser la intervención psicológica grupal. La psicoterapia de grupo ha mostrado su efectividad tanto en el ámbito de la Salud Mental (Burlingame et al., 2013; Burlingame et al., 2016) como en psicología de la salud (Almendro-Marín et al., 2011; Holtmaat et al., 2017; Roncella et al., 2013). Se considera que la naturaleza psicoterapéutica inherente a la propia dinámica de grupo facilita y optimiza los resultados terapéuticos (Yalom y Leszcz, 2005). En personas con obesidad, la evidencia científica disponible hasta el momento plantea que la psicoterapia de grupo puede ser eficaz, siendo al menos tan efectiva como la individual para perder peso (Befort et al., 2010; Renjilian et al., 2001) y mejora asimismo la psicopatología asociada (Renjilian et al., 2001; Ricca et al., 2010).

Sin embargo, los tratamientos psicológicos aplicados en formato grupal que han mostrado eficacia hasta el momento siguen excesivamente ligados al cambio de hábitos de alimentación y ejercicio y, por tanto, están muy dirigidos a buscar la pérdida de peso mediante la modificación del balance energético, sin haber logrado

la evolución humanista alcanzada por las psicoterapias individuales.

En el presente trabajo, presentamos los resultados del estudio piloto que valora la efectividad de un nuevo programa estructurado de intervención psicológica grupal para personas con obesidad «el Programa PsicoObe», que hemos desarrollado e implementado en un hospital público de la Comunidad de Madrid, tras 12 años de práctica clínica con esta población. Los objetivos de este programa se centran en la pérdida de peso, la disminución de la psicopatología alimentaria y del riesgo de desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria y la mejora del funcionamiento psicológico. Se llevó a cabo un estudio piloto con dos objetivos: 1) explorar los cambios tras la intervención en las mencionadas variables de resultado y 2) evaluar si los cambios se mantenían 6 meses después de finalizar la intervención grupal.

Método

Diseño

Se trata de un estudio piloto con diseño de medidas repetidas pre-post-seguimiento a 6 meses, sin grupo de control

Participantes

El estudio fue dirigido a personas mayores de edad con un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 30 que acudían a consulta de endocrinología de un hospital público de la Comunidad de Madrid, con el objetivo de disminuir su peso corporal. Para este estudio piloto se reclutaron de forma consecutiva pacientes que aceptaban ser valorados en la consulta de Psiquiatría y que cumplían los criterios de inclusión: aceptar la intervención grupal, capacidad de lectoescritura en castellano y, si habían sido sometidos a cirugía bariátrica, debían haber pasado al menos 2 años desde la intervención quirúrgica. Se excluyeron a mujeres embarazadas o con intención de embarazo en los siguientes 12 meses, así como casos de obesidad secundaria a trastorno hormonal no estabilizado. El reclutamiento de pacientes tuvo lugar entre mayo de 2016 y marzo de 2017.

Instrumentos

Dentro del protocolo de evaluación, se incluyeron medidas sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo, situación laboral, estado marital), así como variables relacionadas con el peso (peso, talla, IMC, edad de la primera ganancia de peso y número de dietas realizadas). Se utilizaron los siguientes instrumentos:

Tanita BC 420MA Profesional. Se trata de una máquina de impedancia bioeléctrica que permite conocer tanto el peso como la composición corporal subyacente, elegida porque permite pesar hasta 270kg con gran precisión. La Tanita es calibrada cada 2 años.

Tallímetro SECA 216. Cuenta con un alcance de medición de 3.5 a 230 centímetros. La medida se efectuó con los sujetos descalzos, colocados de espalda, en posición erecta y con los brazos extendidos paralelos al cuerpo.

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 3ª Edición (Eating Disorders Inventory, EDI-3; Garner, 2004). Se utilizó la adaptación española de Elosua et al., (2010). El EDI-3 es una medida de autoinforme compuesta por 91 ítems que se organizan en 12 escalas principales, tres escalas clínicas específicas de trastornos de la conducta alimentaria (obsesión por la delgadez -DT-, bulimia -B- e insatisfacción corporal -BD-) y nueve escalas psicológicas generales. Además, arroja seis índices: uno específico de TCA «Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (EDRC)» y cinco índices de constructos psicológicos integradores que se combinan en el índice de segundo grado «Desajuste psicológico (GPMC)». Los ítems se evalúan en una escala tipo Likert de 6 puntos, que van desde «Siempre» hasta «Nunca». Para este estudio utilizaremos los dos índices de segundo grado EDRC y GPMC, así como las escalas clínicas DT, B y BD. La consistencia interna en muestras clínicas es excelente en un rango de valores de alfa entre 0.74 y 0.96; así mismo la fiabilidad test-retest obtuvo coeficientes entre 0.85 y 0.99.

Cuestionario de 90 síntomas, revisado (Symptom Checklist-90-Revised, SCL90-R; Derogatis, 1977). Es un cuestionario autoaplicado que evalúa la presencia e intensidad de diferentes síntomas psicósomáticos y psicopatológicos y se ha utilizado tanto en población psiquiátrica como en pacientes con patología somática. Consta de 90 ítems en los que se chequea hasta qué el sujeto punto ha sentido malestar psicológico asociado a cada uno de los 90 síntomas propuestos a través de una escala tipo Likert graduada entre «nada en absoluto» y «mucho o extremadamente». Ha sido traducido, adaptado y validado en numerosos idiomas. La adaptación española ha sido realizada por González de Rivera y colaboradores (2002). Este cuestionario consta de 10 dimensiones sintomáticas (Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, Psicoticismo y Escala adicional) y tres índices globales (Índice Global de Severidad, IGS; Total de síntomas positivos, PST; e Índice Positivo de malestar, PSDI). En este estudio nos centraremos en los índices

globales. Su fiabilidad es aceptable, con coeficientes de consistencia interna elevados ($\alpha > 0.81$) y test-retest superiores a 0.78.

Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island, revisada (Revised-University of Rhode Island Change Assessment Scale, R-URICA; McCounagh et al. en 1983; versión revisada por Tambling y Ketring, 2014). Se compone de 16 ítems que evalúan el estado motivación para llevar a cabo un cambio de conducta, en este caso comer de forma sana y ordenada. Consta de 3 factores, acción, ambivalencia y búsqueda de tratamiento. Siendo el factor «acción» el más avalado en los distintos estudios y en el que nos centramos en este estudio (Anatchkova et al., 2006; Napper et al., 2008; Sarkin et al., 2001). Una puntuación alta en acción refleja el compromiso con mejorar los patrones de alimentación. Los valores de fiabilidad oscilaban entre alfas 0.59 y 0.75.

Test de Adherencia a la Dieta Mediterránea (TDM; Rodrigo et al., 2015). Fue desarrollado por la Asociación Española de Pediatría y la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria para su utilización en Atención Primaria y en Promoción de la Salud, como un instrumento de cribado rápido basado en las premisas de la dieta mediterránea (Rodrigo et al., 2015). Y aunque estaba inicialmente dirigido a población infantil, su fácil administración, corrección e interpretación hizo que pasara a aplicarse a población adulta mostrando igualmente buenas propiedades psicométricas (Montaña-Miguélez et al., 2012; Durá-Travé y Castroviejo-Gandarias, 2011; Navarro-González et al., 2016). Consta de 16 preguntas dicotómicas y proporciona una puntuación total cuantitativa de «grado de adherencia a la Dieta Mediterránea» que oscila entre 0 y 16. Se evaluó la estabilidad temporal del cuestionario, mostrando valores Kappa entre 0.5 y 0.84.

Procedimiento

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité Ético del hospital el 22 de abril de 2016 y la participación en el estudio fue voluntaria. Los participantes fueron evaluados al inicio de la intervención (T_0), al final de la intervención (T_1) y en un seguimiento a los 6 meses de la finalización de los grupos (T_2). Todas las medidas se obtuvieron a través de cuestionarios de lápiz y papel.

Respecto al procedimiento en la intervención, el programa consta de 20 sesiones de 90 minutos de duración cada una, llevadas a cabo semanalmente en el plazo de cinco meses, y una sesión extra de recuerdo de la misma duración, que se realiza 3 meses después como sesión de seguimiento. Las sesiones están dirigidas por una Psicóloga Clínica, con amplia experiencia en terapia de grupo

y trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los participantes firmaron el consentimiento informado con las normas del grupo, que incluyen la confidencialidad de los temas tratados y el respeto por la intimidad del resto de participantes. Los grupos están compuestos por un máximo de 12 personas con obesidad. Se realizaron 2 ediciones para conseguir la muestra total de participantes. A continuación, se presenta una descripción del programa de intervención:

DESCRIPCIÓN DEL «PROGRAMA DE PSICOTERAPIA GRUPAL PARA PERSONAS CON OBESIDAD PSICOBE»

El programa de intervención está estructurado en cuatro módulos, que se entrelazan de forma progresiva: a) Definiendo un nuevo proceso; b) Aprender a cuidarse; c) Análisis funcional; d) Autorregulación y aceptación, que se entrelazan de forma progresiva. El programa fue desarrollado por los autores, tras 12 años de experiencia clínica con personas con Trastornos Alimentarios (TCA) y obesidad. Se desarrolla desde un enfoque integrador que incluye elementos de distintos enfoques terapéuticos, principalmente de: la terapia cognitivo-conductual, las terapias de conducta de tercera generación, la neuropsicología clínica, la terapia sistémica, el modelo transteórico del cambio, la entrevista motivacional, el modelo de adicción a la comida, el EMDR (desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular) y las teorías del apego. En la Tabla 1 se incluyen de forma integrada las aportaciones de los distintos enfoques terapéuticos mencionados.

Módulo 1: Definiendo un nuevo proceso.

En este módulo el objetivo principal es identificar, cuestionar y flexibilizar las ideas sobrevaloradas relacionadas con la obesidad que han podido estar manteniendo la dificultad para perder peso. Se pretende también tomar conciencia del rol de la evitación experiencial en el deterioro funcional y en la disregulación emocional.

Sesión 1. Presentación. Se presenta el terapeuta y el encuadre terapéutico. Se invita a los participantes a presentarse, a contar brevemente su experiencia previa con tratamientos psicológicos y a compartir las expectativas en relación con el grupo. A partir de sus verbalizaciones se van encuadrando los objetivos y la filosofía terapéutica, esto es, se explica que no se trata de un programa conductual para perder peso sino que lo que vamos a buscar es fomentar la autoconciencia, la autorregulación y la aceptación con el objetivo de mejorar el autocuidado físico y emocional.

Tabla 1. Aportaciones de los distintos enfoques terapéuticos al Programa PsicoObe

Enfoques fuente	Estrategias terapéuticas integradas en el Programa PsicoObe
Terapia cognitivo-conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Influencia de los pensamientos en emoción y conducta. - Identificación de pensamientos relacionados con la comida, el peso y/o la imagen corporal. - Análisis funcional. - Aspectos conductuales del manejo de transgresiones. - Reforzamiento positivo de avances.
Terapia de aceptación y compromiso	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta alimentaria como medio de evitación experiencial. - Uso del trabajo experiencial como medio de alterar la función de los eventos privados. - Trabajo en aceptación. - Ampliación del contexto verbal. - Flexibilidad cognitiva. - Trabajo orientado a valores.
Mindfulness	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en conciencia plena como modo de autorregulación. - Comer con conciencia o mindful eating.
Neuropsicología	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilidad cognitiva. - Alteraciones cognitivas y emocionales asociadas a la malnutrición. - Psicoeducación sobre la relación entre razón y emoción. - Entrenamiento en planificación aplicado a los menús.
Psicología evolucionista	<ul style="list-style-type: none"> - Respuestas dirigidas a la supervivencia del sistema nervioso frente a la malnutrición. - Funcionalidad de las emociones como forma de adaptación. - Paralelismo entre conducta humana y animal.
Terapia sistémica	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar la funcionalidad relacional de la comida. - Intervenciones dirigidas a dejar de relacionarse a través de la comida. - Psicoeducación sobre principios sistémicos: circularidad, tendencia a la homeostasis.
Modelo transteórico del cambio	<ul style="list-style-type: none"> - Balance motivacional. - Aumento de la autoeficacia. - Trabajo en la toma de conciencia. - Psicoeducación en relación a los estadios de cambio.
Entrevista motivacional (EM)	<ul style="list-style-type: none"> - Espíritu de la EM: colaboración, aceptación, evocación y compasión. - Habilidades comunicativas clave. - Procesos: vinculación al terapeuta y al grupo, focalización de objetivos, evocación de motivos para cambiar y planificación. - Trabajo basado en valores. - Trabajo de la ambivalencia (potenciar discurso de cambio). - Afirmación de logros.
Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionar dificultades con la comida con vivencias pasadas no resueltas. - Relacionar vivencias de la primera infancia y patrones de apego con el autocuidado. - Identificación de cogniciones negativas. - Body scan para la identificación de sensaciones corporales. - Instalación de recursos de afrontamiento.

Sesión 2. «Si estuviera delgado/a...». Se propone completar la frase «Si estuviera delgado/a...» con todas las ideas que se les ocurran. Tras la evocación individual, se realiza una puesta en común y se anotan en una pizarra todas las ideas que surgen hasta agotar el discurso. Se plantea la pregunta «¿con cuál de estas afirmaciones estarías 100% de acuerdo que son ciertas?» con el objetivo de tomar conciencia de la subjetividad de di-

chas ideas. Después se inicia el trabajo en flexibilización centrándonos en una de las siguientes categorías de pensamientos: salud, autoestima, relaciones o trabajo. Se introduce el concepto de profecía autocumplida, se discute sobre el rol de la «evitación experiencial» en la alteración funcional y la disregulación emocional, instalándose pensamientos alternativos más flexibles, como, por ejemplo, «la obesidad influye, pero no condiciona».

Sesión 3. Definición e identificación de pensamientos boicoteadores. Partiendo del trabajo realizado en la sesión 2, se plantea la premisa cognitiva de que nuestros pensamientos influyen en lo que sentimos y en nuestra conducta. Trabajamos en la identificación de las ideas sobrevaloradas en relación con la comida, el peso y/o la imagen corporal que pudieran estar obstaculizando el proceso terapéutico, los «pensamientos boicoteadores». Tras identificar pensamientos concretos (por ejemplo, «no tengo fuerza de voluntad» o «tengo un cuerpo que tiende a engordar»), se trabaja en su flexibilización y cuestionamiento a través de lluvia de ideas, psicoeducación y metáforas.

Sesión 4. Trabajo en flexibilización de pensamientos boicoteadores. En la primera parte de la sesión, se continúa trabajando en la flexibilización y cuestionamiento de los pensamientos boicoteadores identificados en la 3ª sesión, tratando de que en esta ocasión sea el propio grupo quien activamente dirija el trabajo tras el modelado realizado previamente. En la segunda parte de la sesión, se explica el registro alimentario como herramienta de trabajo en los «tres pilares» (autoconciencia, autorregulación y aceptación) y se exploran y trabajan las posibles dificultades para realizarlo. Se plantea la tarea para casa de realizar un registro de alimentación semanal. Se explica que el trabajo con los registros se lleva a cabo de forma personalizada, cada semana se entregará un registro al terapeuta y se recogerá el de la semana anterior con feedback, en concreto se refuerza algún aspecto realizado de forma adecuada y se plantea un objetivo a lograr en la semana siguiente. Esta dinámica se repetirá durante varias semanas, según la evolución de cada caso.

Módulo 2: Aprender a cuidarse.

La finalidad de este módulo es que los pacientes cambien su objetivo de «quiero perder peso» a «quiero aprender a cuidarme porque merezco estar bien», y para ello vamos dotándoles de herramientas para mejorar su forma de alimentarse.

Sesión 5. Consejo nutricional I. ¿Qué necesita el cerebro? Esta sesión tiene un enfoque psicoeducativo sobre el funcionamiento cerebral y las necesidades nutricionales del cerebro para funcionar de forma óptima. Se inicia la sesión preguntando de qué se han dado cuenta elaborando los registros de alimentación. Posteriormente se plantea la pregunta de si alguien suele pensar «yo ya sé lo que tengo que comer, pero no tengo fuerza de voluntad» y se plantea una tarea para demostrar si es cierto que saben lo que hay que comer, cada uno rellena individualmente un ejemplar en blanco de la pirámide de la alimentación saludable (Sociedad Española de Nutri-

ción Comunitaria [SENC], 2016). Se ponen en común las pirámides en una pizarra, preguntando los grupos de nutrientes y el orden que ocupan. En esta sesión nos centraremos sólo en el hecho de que los carbohidratos complejos se sitúan en la base de la pirámide alimentaria porque de ellos depende la correcta nutrición del cerebro. Y, como el cerebro es el principal regulador de la conducta, emociones y procesos cognitivos, si el aporte de glucosa no es suficiente para mantenerlo nutrido se producirán distintas alteraciones funcionales: cansancio, problemas de atención-concentración, irritabilidad, sensibilidad emocional, falta de satisfacción en actividades cotidianas y aumento del deseo por alimento de alta palatabilidad. Para concluir, planteamos pautas concretas que incorporar en la alimentación e introducimos la idea de que comer bien no solo implica eliminar alimentos de la dieta, sino también incluirlos.

Sesión 6. Consejo nutricional II. Organización de ingestas y planificación. Tras explicar brevemente «La pirámide de la alimentación saludable», trabajamos en la organización y la planificación de las ingestas y los menús, realizando un entrenamiento en funciones ejecutivas ecológico. Asimismo, se plantea la necesidad de lograr un equilibrio entre «comer sano» y «sentir placer con la comida». Se inicia el trabajo con las planificaciones, que se añaden a los registros de alimentación como tarea para casa.

Sesión 7. Introducción al concepto de transgresión y presentación de estrategias de manejo. Se define el concepto de «transgresión alimentaria» para facilitar su identificación y afrontamiento a lo largo del resto del proceso. Se plantean las transgresiones como todas aquellas ingestas que generan disonancia cognitiva, esto es, que desencadenan malestar porque la persona piensa y/o siente que no deberían haberse dado. Las transgresiones que trabajamos más frecuentemente son los atracones, el picoteo, las cantidades excesivas, los alimentos prohibidos o salirse de la planificación de comidas establecida. Se señala la diferencia entre sus componentes conductual, cognitivo y emocional, y, por lo tanto, la necesidad de abordarlas de forma paralela desde dos perspectivas complementarias: 1) cambiar lo que comemos o cómo lo comemos y 2) aceptar las transgresiones sin culpa. Como tarea para casa se plantea señalar aquellas ingestas que el paciente considera transgresiones.

Sesión 8. Profundización en estrategias de manejo de transgresiones. Se profundiza en el trabajo sobre las transgresiones proporcionando pautas conductuales de manejo basadas en los «tres pilares» de la intervención: la autoconciencia, la regulación emocional y la aceptación. Siempre que es posible se fomenta que sean los propios participantes los que presentan o sugieren pau-

tas concretas de manejo, que el terapeuta va organizando e integrando en cinco líneas estratégicas diferentes, pero interrelacionadas: mantenimiento de una dieta equilibrada, el control estimular, comer despacio, aumentar la conciencia sobre la ingesta y eliminar la culpa y las compensaciones que habitualmente suceden a la transgresión.

Módulo 3: Análisis funcional.

El tercer módulo está dirigido a la identificación de la funcionalidad tanto fisiológica como psicológica de la comida, entendiendo que el mantenimiento de las conductas en el tiempo se relaciona con el balance coste-beneficio. Solo podremos cambiar una conducta si conocemos su funcionalidad.

Sesión 9. ¿Para qué sirve la comida además de para nutrirse? Funciones reguladoras de la comida. Se parte de la propuesta de un ejercicio de reflexión individual en torno a la pregunta: «¿para qué sirve la comida además de para nutrirse?». Pasados unos minutos, los participantes comparten sus reflexiones, a partir de las cuales se van a identificar numerosos ejemplos que, al final de la sesión se organizan en función de dos variables interrelacionadas: 1) Tipo de reforzamiento: la búsqueda de placer y/o evitación del dolor y 2) La función relacional de la regulación: auto-regulación y co-regulación. En estos términos, se revisan los ejemplos planteados, identificando las posibles funciones fisiológicas («hambre») y psicológicas que cumplen las transgresiones alimentarias. Se plantea la tarea para casa de identificar la funcionalidad en virtud de las 2 variables trabajadas de las transgresiones que tengan lugar durante la semana.

Sesión 10. Co-regulación: del amor a la agresión a través de la comida. En la décima sesión se profundiza el concepto de co-regulación. La sesión se articula en torno a dos preguntas: ¿en cuáles de mis relaciones está implicada la comida? y ¿Qué rol juega en cada una de esas relaciones? Se retoman las ideas compartidas en la sesión anterior sobre funciones de la comida que identificaron en el contexto relacional y se revisan los ejemplos de transgresiones que han registrado a lo largo de la semana. Se introducen algunos conceptos sistémicos básicos, como circularidad, homeostasis y jerarquía, para facilitar la comprensión de los procesos que llevan a perpetuar algunas dinámicas en las relaciones.

Sesión 11. Introducción al análisis funcional. Se introduce la herramienta del Análisis Funcional (AF) para facilitar la elaboración de hipótesis sobre los elementos que mantienen las trasgresiones y cómo estas podrían modificarse. Se entrena a los participantes para utilizar un esquema que, partiendo de la descripción de la trans-

gresión y el análisis de sus antecedentes y consecuencias, permite la comprensión de la funcionalidad y el sentido de esa conducta. Se explican conceptos básicos de psicología del aprendizaje, como refuerzo, castigo o extinción. Además de la explicación teórica, se utiliza el esquema de forma práctica a través del análisis de alguna transgresión registrada por los participantes del grupo. Una vez realizado el análisis, se plantean líneas de actuación específicas para ir reduciendo la probabilidad de que esa transgresión en concreto siga teniendo lugar con esa función. Se añade la tarea para casa de realizar el análisis funcional de una de las transgresiones realizadas durante la semana.

Sesiones 12 y 13. Profundización en el AF a través del análisis de transgresiones. A través de ejemplos concretos de los participantes del grupo, o bien de un caso típico preparado por el terapeuta, se profundiza en la herramienta de AF explicada en la sesión anterior. Para facilitar la implicación de los participantes en la tarea se proponen una serie de preguntas que modelen su forma de recopilar información, de analizar las consecuencias y de generar líneas de actuación alternativas. En concreto, las siguientes preguntas utilizadas son: ¿Hay algo que llame la atención? (errores, información que falta, discrepancias...); ¿Creéis que es una conducta fuerte o débil? (se invita a reflexionar sobre la probabilidad de repetición teniendo en cuenta sus antecedentes y consecuencias); y ¿Qué cambiaríais para eliminar la conducta de forma duradera? (se les implica en la búsqueda de pautas de actuación).

Módulo 4: Autorregulación y aceptación.

El módulo 4 está centrado en fomentar la autorregulación y la aceptación, en el ámbito de emociones, relaciones, patrón alimentario, transgresiones alimentarias e imagen corporal. En él se trabajan de forma transversal numerosos objetivos: psicoeducación sobre las funciones adaptativas de las emociones, definición del concepto de aceptación y fomento de su instalación, integración de la experiencia del grupo a través de un modelo teórico de proceso de cambio, entrenamiento en mindfulness y comer con conciencia, vinculación del patrón de autocuidado actual con la historia de apego y, finalmente, empoderamiento del grupo como red de apoyo para favorecer el mantenimiento de los cambios a largo plazo.

Sesión 14. Discusión del artículo «si sabe sufrir, sufrirá menos». Definiendo la aceptación. Se reflexiona sobre el concepto de aceptación a través de la lectura individual y posterior discusión grupal del artículo publicado en El País Semanal, «Si sabe sufrir, sufrirá menos» de Jenny Moix (Moix, 2009). Con esta actividad se

pretende introducir el concepto de aceptación, como toma de conciencia de la experiencia sin juzgar si debería estar sucediendo o no. Se señalan las diferencias frente a resignación y estrategias de evitación y se esbozan las implicaciones de diferentes registros de afrontamiento en la experiencia emocional. Como tarea para casa, se recomienda ver la película de Pixar «Del Revés».

Sesión 15. Autorregulación emocional basada en la aceptación. En esta sesión se retoma el concepto de aceptación y se profundiza en él. Se comienza la dinámica pidiendo que definan qué es «aceptación», en función de lo que entendieron en la sesión previa. Se apuntan en la pizarra las definiciones y se van comentando una a una, diferenciando de forma práctica resignación de aceptación, explicitando las consecuencias negativas a medio plazo de la evitación y facilitando la identificación de juicios tanto en uno mismo como en los otros participantes del grupo. En esta sesión se realiza una importante psicoeducación sobre las funciones adaptativas de las emociones, centrándonos en las emociones básicas, y se utiliza la película «Del Revés» para ejemplificar conceptos. La sesión finaliza con un breve ejercicio de mindfulness en el que se focaliza la atención en la respiración y en zonas no ansiógenas del cuerpo, como los pies, la espalda, los brazos y la cabeza. Para casa se les propone practicar el ejercicio de mindfulness al menos una vez al día.

Sesión 16. Cómo verme más guapo/a. Trabajo en aceptación de la imagen corporal. Se parte de una tarea reflexiva en torno a la pregunta «¿Qué he hecho esta semana para verme más guapo/a?». A partir de la puesta en común de respuestas, se revisan las implicaciones de la tendencia a la evitación experiencial sobre la actualización del esquema corporal y sus consecuencias a nivel de autoconcepto y autoestima. Se introduce la idea de circularidad entre las conductas de autocuidado del cuerpo y el estado de ánimo y se propone como tarea que cada participante verbalice en el grupo el compromiso de alguna acción a desarrollar durante la semana en la línea del autocuidado del cuerpo. Se pide traer una mandarina para la próxima sesión.

Sesión 17. Comer con conciencia. Se comienza la sesión con un ejercicio experiencial en el que se come una pieza de fruta, siguiendo una serie de pautas ofrecidas por el terapeuta con el objetivo de fomentar la conciencia plena de todos los estímulos implicados, tanto propioceptivos como sensoriales. Tras el ejercicio se genera un espacio grupal para compartir vivencias, generar el concepto de «comer con conciencia» y relacionarlo con las estrategias de manejo de transgresiones ya trabajadas previamente.

Sesión 18. Debate a favor en contra de la obesidad. Se divide al grupo aleatoriamente en 2 subgrupos para

que debatan a favor y en contra de estar obesos/de la obesidad. Tras 10 minutos de discusión, se invierte el rol de los subgrupos durante otros 10 minutos. El terapeuta se mantiene al margen del debate, escribiendo en una pizarra los argumentos de cada opción. Una vez finalizado el debate, se realiza una puesta en común, que parte de la exposición de lo que el terapeuta ha ido registrando en la observación. Es habitual encontrar que, tras los primeros minutos en que se enumeran los «contras» más típicos (la salud, la movilidad y la dificultad para encontrar ropa) aparecen otros argumentos que señalan el impacto de la obesidad en el patrón de relaciones interpersonales. Estos argumentos son reformulados por el terapeuta, planteándose como elementos potencialmente protectores, en el sentido de que la gordura puede servir como autoprotección o defensa. Dicho de otro modo, «estar gordo» sería una forma encubierta de mantener a la gente a distancia, de minimizar el sufrimiento en las relaciones interpersonales. Por ejemplo, «solo los amigos de verdad siguen ahí cuando coges peso», «si alguien quiere salir contigo estando así de gordo/o, es porque le gustas de verdad». De esta manera, no sólo la comida tendría funciones psicológicas, sino que la propia gordura también las tiene. Finalmente, como cierre, se vincula la gordura con la historia de apego temprano.

Sesión 19. Modelo Transteórico del cambio. Trabajo en aceptación del proceso de cambio. El grupo comienza con una pregunta escrita en la pizarra para que cada participante reflexione individualmente: «¿qué balance haces de tu proceso terapéutico?». Tras una breve puesta en común, se explica el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska et al., 2002) como marco de referencia para comprender y valorar adecuadamente el proceso de cambio. El objetivo de esta sesión es hacer una revisión de cada proceso terapéutico, en la que se pone en valor el avance dentro del estadio de contemplación, se desvincula el éxito terapéutico de la pérdida de peso y se refuerzan los cambios conseguidos a través de la afirmación de logros.

Sesión 20. Reflexión sobre el proceso terapéutico y cierre. Esta sesión comienza con un listado de preguntas sobre las que cada participante debe reflexionar individualmente: 1) ¿De qué cosas he tomado conciencia sobre mí desde que estoy en el grupo?; 2) ¿He empezado a llevar a cabo algún cambio? ¿Cuál?; 3) ¿Qué cosas debería haber hecho que no he hecho?, ¿Por qué?; 4) ¿Estoy perdiendo peso?, ¿Por qué?; 5) ¿Qué obstáculos me pongo para no hacer los cambios?; y 6) Cuando acabe el grupo, ¿qué me queda por hacer?. En la puesta en común se reflexiona tanto sobre el proceso individual sobre el proceso grupal, haciendo especial énfasis en la afirmación de

logros intra e interpersonales, y en el hecho de que el proceso de cambio continúa tras la finalización del grupo. Se anima al grupo a seguir en contacto y aprovechar el clima de aceptación y cohesión que se ha creado como apoyo en las dificultades que surgen en el día a día.

Sesión 21. Repaso de contenidos/ideas más importantes. Afirmación de logros. Prevención de recaídas. Se trata de una sesión extra, «de recuerdo». Tiene lugar 3 meses más tarde con idea de reforzar los cambios conseguidos,

identificar y manejar los obstáculos encontrados, así como planificar cómo continuar el proceso personal de cada miembro del grupo y del propio grupo. Nuevamente se alienta al grupo a que continúe la relación con el grupo de apoyo creado tras finalizar el proceso terapéutico.

En la Tabla 2 se presenta un resumen de los módulos y las sesiones que conforman el Programa de Psicoterapia Grupal para Personas con Obesidad PsicoObe, así como los objetivos más importantes de cada sesión.

Tabla 2. Descripción del «Programa PsicoObe, de psicoterapia grupal para personas con obesidad»

Módulo	Sesión	Objetivos
I. Definiendo un nuevo proceso	1. Presentación.	<ul style="list-style-type: none"> – Presentación de los participantes y del encuadre – Establecimiento de objetivos y ajuste de expectativas. – Exposición de la filosofía de tratamiento
	2. «Si estuviera delgado...»	<ul style="list-style-type: none"> – Comprender la influencia del pensamiento en las emociones y la conducta. – Tomar conciencia del rol de la evitación experiencial. – Instalar la idea funcional «la obesidad influye, pero no condiciona»
	3. Definición e identificación de pensamientos boicoteadores.	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar ideas sobrevaloradas relacionadas con la obesidad. – Cuestionar y flexibilizar las ideas que bloquean el proceso terapéutico.
	4. Trabajo en flexibilización de pensamientos boicoteadores.	<ul style="list-style-type: none"> – Explicar la importancia y utilidad de los registros alimentarios.
II. Aprender a cuidarse	5. Consejo nutricional I. ¿Qué necesita el cerebro?	<ul style="list-style-type: none"> – Definir en qué consiste una alimentación saludable. – Psicoeducación sobre el funcionamiento cerebral en relación con la conducta alimentaria, la regulación emocional y el funcionamiento cognitivo. – Tomar conciencia de la situación de malnutrición en la que viven las personas con obesidad y sus consecuencias.
	6. Consejo nutricional II. Organización de ingestas y planificación.	<ul style="list-style-type: none"> – Definir en qué consiste una alimentación saludable. – Dar pautas para organizar las ingestas diarias. – Entrenar en planificación de menús – Enfatizar la importancia de que exista un equilibrio entre «comer sano» y «disfrutar comiendo» para poder mantener las pautas en el tiempo.
	7. Introducción al concepto de transgresión y presentación de estrategias de manejo.	<ul style="list-style-type: none"> – Definir el concepto de transgresión alimentaria. – Introducir 2 líneas de intervención complementarias: 1) Modificar lo que se come o cómo se come; y 2) Aceptar las transgresiones.
III. Análisis funcional	8. Profundización en estrategias de manejo de transgresiones.	<ul style="list-style-type: none"> – Presentar pautas concretas de manejo de transgresiones. – Integrar y organizar las pautas en 5 líneas de acción estratégicas.
	9. ¿Para qué sirve la comida además de para nutrirse? Funciones reguladoras de la comida.	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar la funcionalidad psicológica de la comida en virtud de 2 variables complementarias: 1) el tipo de reforzamiento; y 2) la función relacional.
	10. Co-regulación: del amor a la agresión a través de la comida.	<ul style="list-style-type: none"> – Profundizar el concepto de co-regulación. – Introducir conceptos sistémicos básicos para optimizar la comprensión de dinámicas relacionales.
	11. Introducción al análisis funcional (AF).	<ul style="list-style-type: none"> – Explicar conceptos básicos de psicología del aprendizaje. – Entrenar en el uso de un esquema de análisis funcional.
	12. Profundización en el AF a través del análisis de transgresiones.	<ul style="list-style-type: none"> – Poner en práctica el esquema de AF a través de ejemplos registrados por los participantes
	13. Profundización en el AF a través del análisis de transgresiones II.	<ul style="list-style-type: none"> – Generar líneas de actuación específicas derivadas de cada análisis en particular.

Módulo	Sesión	Objetivos
IV Autorregulación y aceptación	14. Discusión del artículo «si sabe sufrir, sufrirá menos». Definiendo la aceptación.	– Introducir y definir el concepto de aceptación.
	15. Autorregulación emocional basada en la aceptación (vs evitación).	– Profundizar en el concepto de aceptación. – Explicar funciones adaptativas de las emociones. – Entrenar un ejercicio de mindfulness.
	16. Cómo verme más guapo/a. Trabajo en aceptación de la imagen corporal.	– Tomar conciencia de la tendencia a la evitación experiencial en relación al cuerpo. – Conocer cómo la evitación impide la actualización del esquema corporal e interfiere en la aceptación de la imagen corporal. – Fomentar el cuidado de la imagen corporal.
	17. Comer con conciencia.	– Explicar en qué consiste «comer con conciencia» a través de un ejercicio vivencial. – Integrar el «comer con conciencia» como una estrategia clave del manejo de transgresiones.
	18. Debate a favor en contra de la obesidad.	– Plantear que la obesidad puede tener una función protectora en las relaciones interpersonales. – Relacionar la obesidad con la historia de apego temprana.
	19. Modelo Transteórico del cambio. Trabajo en aceptación del proceso de cambio	– Explicar el Modelo Transteórico del Cambio como marco para valorar el proceso terapéutico. – Revisar cada proceso terapéutico, poniendo en valor los avances y desvinculando el éxito terapéutico de la pérdida de peso.
Sesión de recuerdo	20. Reflexión sobre el proceso terapéutico y cierre.	– Reflexionar sobre el proceso terapéutico individual y grupal. – Tomar conciencia de la continuidad del proceso terapéutico más allá de la finalización del grupo. – Afirmar logros y establecer de nuevos objetivos. – Alentar que se continúe la relación con el grupo de apoyo creado.
	21. Repaso de contenidos/ideas más importantes. Afirmación de logros. Prevención de recaídas.	– Revisar las dificultades de los últimos 3 meses, planteando alternativas de resolución. – Establecer de nuevos objetivos personales. – Repasar ideas o contenidos más importantes. – Alentar que se continúe la relación con el grupo de apoyo creado.

Análisis estadístico

Los análisis fueron realizados con el programa SPSS versión 23.0 (SPSS, 2015). Se calcularon los descriptivos (medias, desviaciones típicas y/o porcentajes) de todas las medidas sociodemográficas, clínicas y psicológicas. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk y se comprobó que las variables seguían una distribución normal. La evolución de las distintas variables a lo largo de los distintos momentos (T_0 , T_1 y T_2) y los cambios producidos en las mismas se analizaron mediante análisis de la varianza (ANOVA). Previamente, se realizó el test de Mauchly para la asunción de la esfericidad. En los casos en los que se encontró significación en las comparaciones globales, se llevaron a cabo comparaciones por pares siguiendo un efecto principal significativo del tiempo (pruebas *post hoc* de Bonferroni). Finalmente, se calculó la *d* de Cohen para indicar la magnitud de la diferencia

de grupo entre cada par de intervalos de tiempo. Según su autor (Cohen, 1988), un tamaño del efecto de 0.20 a 0.30 sería un efecto «pequeño», alrededor de 0.50 sería un efecto «medio» y a partir de 0.80 sería «alto».

Aunque el número de análisis estadísticos es superior al permitido para fijar el error tipo I en el habitual 5%, no se hicieron correcciones debido a la naturaleza exploratoria de la investigación. Por esa misma razón, a pesar de que se consideró como diferencia significativa el valor $p < 0.05$, las tendencias a la significación ($p = 0.06-0.20$) también se tuvieron en cuenta.

Resultados

De los 35 primeros pacientes evaluados, 4 no cumplían criterios de inclusión (2 por cirugía bariátrica, por 2 deficiente uso del castellano) y 13 no quisieron realizar una psicoterapia grupal semanal. 18 pacientes fueron re-

clutados para el estudio, pero una participante fue excluida por realizarse la cirugía bariátrica tras la primera sesión de grupo, resultando una muestra final de 17 participantes. Todos los participantes realizaron las 3 evaluaciones planificadas y la media de asistencia al grupo fue de 18.8 sesiones ($DT = 1.4$).

La edad media de nuestros pacientes fue de 46.5 ($DT = 10.6$), todos los participantes eran de nacionalidad española, el 77.8% eran mujeres y el 66.7% estaban casados. El 55.6% estaba trabajando frente al 27.8 que estaba en desempleo, el 11.2% que estaba en situación de incapacidad laboral y un 5.6% que estudiaba. El 16.7% tenía estudios primarios, 61.1% estudios secundarios y el 22.2% estudios universitarios.

El peso medio en el reclutamiento fue de 109.2 Kg ($DT = 21.9$), siendo el IMC promedio de 41.6 ($DT = 7.7$). El 70.6% tenían sobrepeso ya desde la infancia, el 11.8% empezaron a engordar en la adolescencia y el 17.6% lo hizo ya en edad adulta. El 23.5% se consideraba en continuo estado de dieta, el 29.4% había realizado más de cinco dietas, el 23.5% había realizado una o dos dietas y no había participantes que no hubieran hecho nunca dieta. El 35.3% había cumplido alguna vez en su vida criterios diagnósticos para algún Trastorno de la Conducta alimentaria (Bulimia Nerviosa y/o Trastorno por Atracón).

Los cambios en el peso y las escalas clínicas analizadas en T_0 , T_1 y T_2 están reflejados en la Tabla 3. Las comparaciones globales (ANOVA) mostraron una mejora post-intervención estadísticamente significativa en cuanto a peso, y en el seguimiento a los 6 meses los pacientes siguieron perdiendo peso, pero no de forma estadísticamente significativa ($T_1 < T_0$ y $T_2 < T_0$).

El índice de *Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria* (EDRC) del EDI-3 se redujo de forma estable y significativa ($T_1 < T_0$ y $T_2 < T_0$). Las tres escalas que componen el índice EDRC muestran una tendencia a disminuir a lo largo del tiempo ($T_2 < T_1 < T_0$). La escala *obsesión por adelgazar* (DT) a un nivel no significativo, no obstante, la variable se reduce a los 6 meses de finalizar el grupo ($T_2 < T_0$), con tendencia a la significación. La escalas de *bulimia* (B) e *insatisfacción corporal* (BD) muestran una tendencia hacia la significación estadística finalizada la intervención, y en el seguimiento a los 6 meses la mejoría ya es estadísticamente significativa ($T_1 < T_0$ y $T_2 < T_0$). Finalmente, respecto del índice de *desajuste psicológico* (GPMC) del EDI-3 también se observa una disminución a lo largo del tiempo, con tendencia a la significación.

Los indicadores de psicopatología también se redujeron tras la intervención de forma estable y significativa. Las puntuaciones del *índice global de severidad* (GSI) y el *índice positivo de malestar* (PSDI) se redujeron de

forma significativa tras la intervención y continuaron con tendencia decreciente 6 meses después ($T_1 < T_0$ y $T_2 < T_0$). Y en el *índice de síntomas positivos* (PST) se observó la misma tendencia a la significación.

La puntuación total del *Test de Adherencia a la Dieta Mediterránea* (TDM) mostró una tendencia a la mejoría al final del grupo ($T_1 > T_0$) a un nivel clínicamente no significativo. Por último, la escala *acción* (ACC) del R-URICA mejora de forma importante, estable y significativa tras la realización del grupo ($T_1 > T_0$ y $T_2 > T_0$).

Al comparar específicamente entre los diferentes tiempos a lo largo del programa (comparaciones *post hoc* de Bonferroni), se observó que tanto el peso como las puntuaciones en todas las escalas mejoraron después de la intervención, y que a los 6 meses de seguimiento o se mantuvo la mejora estable o continuaron mejorando los resultados. Los tamaños del efecto para las relaciones comentadas en el peso fueron pequeños (0.15-0.20) mientras que en las escalas fueron medio-altos (de 0.26 a 0.93).

Discusión

El objetivo de este estudio piloto fue presentar el «Programa PsicoObe de psicoterapia grupal para personas con obesidad» y evaluar su impacto en una muestra de adultos con obesidad en un hospital público de Madrid. La adherencia a la intervención fue alta (se acudió de media a 18.8 de las 21 sesiones programadas), mostrando que fue bien aceptada. El formato de grupo tiene como beneficio principal el adoptar un enfoque no patológico, de contacto con iguales que mantienen las experiencias y las preocupaciones similares. Respecto al potencial de trabajar con un formato grupal, la propia dinámica de grupo parece tener una naturaleza terapéutica inherente que facilita y optimiza los resultados terapéuticos a través de distintos factores como la universalidad, el comportamiento imitativo o la cohesión, entre otros factores (Yalom y Leszcz, 2005).

Los resultados de este estudio piloto han sido muy alentadores, pues parecen indicar que los beneficios de participar en el Programa PsicoObe incluyen una pérdida ponderal progresiva, la disminución del riesgo de patología alimentaria, la reducción en el nivel de malestar general, así como una mejora a una alimentación más saludable y a un mayor compromiso personal de continuar con estos patrones de alimentación sana y estructurada. Además, estos cambios se mantuvieron a lo largo del tiempo; e incluso en la mayoría de las variables siguieron mejorando sus efectos. El compromiso con el autocuidado, así como mejora de la alimentación según los estándares de la Dieta Mediterránea se evidenciaron

Tabla 3. Distribución de las puntuaciones de los pacientes con obesidad a lo largo del tiempo (T_0 , T_1 y T_2)

Instrumento	Variables	Línea de base	Post-intervención	Seguimiento	Comparaciones globales	Comparaciones por pares		
		(T_0) n = 17	(T_1) n = 17	(T_2) n = 17	T_0 - T_1 - T_2	T_0 - T_1	T_0 - T_2	T_1 - T_2
		M (DT)	M (DT)	M (DT)	Estadístico ^o (p)	d de Cohen		
TANITA BC420A	Peso	109.2 (21.9)	106.7 (31.3)	105.9 (19.7)	5.427 (.017)	0.15*	0.20*	0.04
EDI-3	Obsesión por la delgadez (DT)	65.1 (9.4)	62.0 (10.5)	60.0 (9.4)	3.367 (.062)	0.28	0.55 ⁺	0.26
	Bulimia (B)	55.9 (11.3)	50.2 (9.3)	49.2 (6.8)	3.723 (.049)	0.52 ⁺	0.69*	0.12
	Insatisfacción corporal (BD)	65.6 (11.1)	61.7 (12.9)	60.8 (11.8)	3.612 (.052)	0.26 ⁺	0.36*	0.08
	Riesgo de TCA (EDRC)	65.2 (9.9)	59.4 (10.1)	58.3 (9.4)	6.584 (.009)	0.47*	0.67*	0.19
	Desajuste psicológico (GPMC)	55.6 (9.5)	53.3 (12.3)	51.8 (11.8)	3.604 (.053)	0.21	0.30 ⁺	0.07
SCL90-R	Índice global de severidad (GSI)	64.7 (8.1)	58.4 (11.3)	57.2 (14.4)	3.985 (.041)	0.59*	0.60 ⁺	0.08
	Total de síntomas positivos (PST)	65.9 (6.8)	60.7 (11.3)	58.9 (12.9)	2.846 (.090)	0.47 ⁺	0.56 ⁺	0.10
	Índice positivo de malestar (PSDI)	55.4 (9.0)	50.6 (9.7)	51.2 (12.2)	4.256 (.034)	0.42*	0.34 ⁺	-0.03
Test adherencia dieta mediterránea	Puntuación total (TDM)	10.9 (2.1)	12.1 (1.8)	11.7 (2.0)	2.665 (.102)	-0.60 ⁺	-0.41	0.19
R-URICA	Acción (ACC)	21.0 (3.2)	23.8 (2.9)	23.0 (3.2)	11.551 (.001)	-0.93*	-0.64*	0.25

Nota: EDI-3 = Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 3ª Edición; SCL90-R = Cuestionario de 90 síntomas, revisado; R-URICA = Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island, revisada; ^o = ANOVA medidas repetidas (F); p = en negrita se indican los valores estadísticamente significativos ($p \leq .05$) o con tendencia a la significación ($p = .05 - .20$). *Es significativo ($p \leq 0.05$) según la prueba *post hoc* de Bonferroni: $T_1 < T_0$ y $T_2 < T_0$ en Peso, $T_2 < T_0$ en B, $T_2 < T_0$ en BD, $T_1 < T_0$ y $T_2 < T_0$ en EDRC, $T_1 < T_0$ en GSI, $T_1 < T_0$ en PSDI, $T_1 > T_0$ y $T_2 > T_0$ en ACC. ⁺Tendencia a la significación ($p = .05 - .20$) según la prueba *post hoc* de Bonferroni: $T_2 < T_0$ en DT, $T_1 < T_0$ en B, $T_1 < T_0$ en BD, $T_2 < T_0$ en GPMC, $T_2 < T_0$ en GSI, $T_1 < T_0$ y $T_2 < T_0$ en PST, $T_2 < T_0$ en PSDI, $T_1 > T_0$ en TDM.

en la evaluación post-intervención y seis meses después se mantuvieron en un nivel similar. El estatus de peso medido a través de IMC, el riesgo de patología alimentaria y el malestar psicológico siguieron mejorando una vez finalizada la intervención, aunque a un ritmo menor. Parece razonable pensar que los pacientes durante el grupo fueron asimilando una serie de recursos de autoconciencia, autorregulación y aceptación que continuaron poniendo en práctica una vez finalizada la intervención.

La pérdida de peso obtenida en el programa es coherente tanto con los estudios publicados como con el tipo de tratamiento implementado. La evidencia científica se ha descrito que las pérdidas ponderales asociadas a tratamientos psicológicos grupales son, en general, leves; aunque hay mucha variabilidad entre los estudios (Buckroyd et al., 2006; Nauta, et al., 2001; Nauta et al., 2000; Ricca et al., 2010; Stahre y Hallstrom, 2005; Stahre et

al., 2007). Por ejemplo, Nauta y colaboradores (Nauta et al., 2001; Nauta et al., 2000) observaron pérdidas de 3 kg en terapia conductual y de 0.3 kg en terapia cognitiva tras 15 sesiones de 2.5 h de terapia grupal; mientras que otros autores con una intervención grupal cognitivo-conductual de 30 horas en 10 semanas lograron pérdidas de 10.4kg a los 18 meses de seguimiento (Stahre y Hällström, 2005).

Por otra parte, los cambios en el peso nos parecen coherentes con el tipo de intervención psicológica que hemos planteado. El Programa PsicoObe no es un programa conductual para perder peso, sino que está dirigido a que la persona con obesidad tome conciencia de cómo los aspectos psicológicos interfieren en el proceso de pérdida de peso y que aprenda a manejarlos. De hecho, nuestro planteamiento es que no hagan «dieta» porque las dietas son uno de los factores de mantenimiento más importantes de la patología alimentaria, sino que

deben de comer de forma sana y equilibrada pues, a pesar de que las pérdidas serán más lentas, será más fácil que se mantengan en el tiempo. También es plausible que la pérdida de peso haya sido leve puesto que la población con la que trabajamos es especialmente grave a nivel de peso (IMC medio fue de 41.6, obesidad mórbida), seguramente en relación con la situación económica deprimida (Hemmingsson, 2014, 2018) en la que se encuentra el área de influencia del hospital, que es considerada una de las zonas más desfavorecidas de Madrid (INE, 2018). Sería interesante poder comparar nuestros resultados con la implementación del programa de intervención en un área menos desfavorecida.

En nuestra muestra parece que la relación entre TCA y obesidad es estrecha, pues el 35.3% de los participantes habían cumplido criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa o Trastorno por Atracón según el DSM-5 (American Psychiatric Association [A.P.A.], 2013) y la puntuación inicial en el índice Riesgo de TCA (EDRC) del EDI-3 fue muy elevada (65.1, *DT* 9.4) y se situaba más de 1.5 desviaciones típicas por encima de la media. Asimismo, los resultados apuntan a que el «Programa PsicoObe» tiene efectos beneficiosos tanto en el índice EDRC, como en las tres escalas clínicas que lo componen, ya que tras la intervención mejora la obsesión por el peso y por adelgazar (*DT*), la tendencia a darse atracones (*B*) y la insatisfacción corporal (*BD*). No hemos encontrado estudios que utilicen ninguna versión del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI) como variable de resultado para valorar el efecto de una intervención psicológica en personas con obesidad, posiblemente porque la obesidad no se considera oficialmente un trastorno mental, pues en TCA al uso, como la anorexia o la bulimia nerviosas, es un instrumento de evaluación muy utilizado. Los datos de este estudio piloto sirven para recomendar el uso del EDI-3 tanto en la evaluación psicológica de personas con obesidad como en la valoración de los resultados terapéuticos.

Por último, los resultados sugieren que el Programa PsicoObe podría estar reduciendo no sólo el peso y la conducta alimentaria alterada, sino también los indicadores de psicopatología y malestar emocional evaluados a través del SCL90-R. Estos resultados son consistentes con algunos estudios previos (Renjilian et al., 2001), mientras que en otros estudios se reducía el peso pero los índices del SCL90-R se mantenían sin cambios tras la intervención grupal (Minniti et al., 2007; Ricca et al., 2010).

En cuanto a las limitaciones del estudio, por un lado destacaríamos que la muestra ha sido tomada de un solo área sanitaria, con características sociodemográficas particulares. En concreto, nuestra área de salud se consi-

dera una de las más desfavorecidas de Madrid, con elevados niveles de desempleo (9.23%-10.95%) y reducida renta media por hogar (24688€/año-30170€/año) (INE, 2018). No debemos olvidar que la obesidad se ha asociado de forma robusta a situaciones de desventaja socioeconómica (Hemmingsson, 2018; Hemmingsson et al., 2014) y, por tanto, sería recomendable replicar el estudio en otras áreas sanitarias con características sociodemográficas distintas de cara a clarificar la posible generalización de los resultados.

Por otra parte, debemos mencionar el sesgo de selección de la muestra, pues todos los pacientes que formaron parte del estudio habían aceptado ser valorados por psiquiatría, lo cual implica cierto nivel de conciencia con relación a la implicación de variables psicológicas. Por otro lado, se habían comprometido con una intervención intensiva extensa en el tiempo lo cual nos hace inferir un elevado nivel de motivación.

Además, al tratarse de un estudio piloto, el tamaño de la muestra es reducido, lo cual limita la potencia de los resultados estadísticos. Así mismo, debe mencionarse también la ausencia de grupo de control.

Ningún estudio de esta índole se ha efectuado con anterioridad en España. Por tanto, estos resultados sugieren que el Programa PsicoObe podría ser beneficioso para personas adultas con obesidad. Futuros estudios con muestras más amplias deberían confirmarlos.

Este estudio piloto es un paso ineludible para examinar la viabilidad del Programa PsicoObe, y un paso necesario para poder evaluar posteriormente la eficacia del mismo. Este estudio permite valorar la utilidad de las dinámicas realizadas, así como recomendarlo para su uso de forma estandarizada como parte del tratamiento las personas con obesidad que quieren perder peso, siempre incluido dentro de un programa multi e interdisciplinar que integra también a endocrino, nutricionista y psiquiatra, como mínimo. Parece viable y rentable en cuanto a coste y beneficios, y recomienda su uso y más estudios para examinar su eficacia.

Las tendencias de los cambios ofrecen resultados alentadores, sin embargo, podría ser que las mejoras evidenciadas fueran simplemente cambios espontáneos en el tiempo o el resultado de efectos no específicos, como atención o apoyo, más que de los procedimientos y dinámicas desarrollados en los grupos. Para evaluar la eficacia de esta intervención, sería necesario un diseño de ensayo aleatorizado controlado y en esta línea continúa trabajando nuestro equipo de investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- American Psychiatric Association [A.P.A.] (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®) . In: American Psychiatric Pub.
- Almendro-Marín, M. T., Clariana-Martín, S. M., Hernández-Cofiño, S., Rodríguez-Campos, C., Camarero-Miguel, B., y Río-Martín, T. D. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 213-227.
- Anatchkova, M. D., Velicer, W. F., & Prochaska, J. O. (2006). Replication of subtypes for smoking cessation within the precontemplation stage of change. *Addictive Behaviors*, 31(7), 1101-1115. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.08.002>
- Apovian, C. M. (2013). The clinical and economic consequences of obesity. *American Journal Managed Care*, 19(11 Suppl), s219-228.
- Apovian, C. M. (2016). Obesity: Definition, comorbidities, causes, and burden. *American Journal Managed Care*. 22, s176-185.
- Befort, C. A., Donnelly, J. E., Sullivan, D. K., Ellerbeck, E. F., & Perri, M. G. (2010). Group versus individual phone-based obesity treatment for rural women. *Eating Behaviors*, 11(1), 11-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.08.002>
- Buckroyd, J., Rother, S., & Stott, D. (2006). Weight loss as a primary objective of therapeutic groups for obese women: Two preliminary studies. *British Journal of Guidance y Counselling*, 34(2), 245-265. <http://dx.doi.org/10.1080/03069880600583303>
- Burgess, E., Hassmen, P., Welvaert, M., & Pumpa, K. L. (2017). Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Obesity*, 7(2), 105-114. <http://dx.doi.org/10.1111/cob.12180>
- Burlingame, G., Strauss, B., & Joyce, A. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 640-689.
- Burlingame, G. M., Seebeck, J. D., Janis, R. A., Whitcomb, K. E., Barkowski, S., Rosendahl, J., & Strauss, B. (2016). Outcome differences between individual and group formats when identical and nonidentical treatments, patients, and doses are compared: A 25-year meta-analytic perspective. *Psychotherapy*, 53(4), 446.
- Clapp, B., Wynn, M., Martyn, C., Foster, C., O'Dell, M., & Tyroch, A. (2018). Long term (7 or more years) outcomes of the sleeve gastrectomy: a meta-analysis. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 14, 741-747.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. Elrbaum.
- Consejería de Sanidad (2016). *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019*. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, SERMAS.
- Consejería de Sanidad (2022). *II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025*. Dirección General de Humanización y Atención al Paciente.
- Cortese, S., Angriman, M., Maffei, C., Isnard, P., Konofal, E., Lecendreux, M., . . . Mouren, M. C. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: a systematic review of the literature. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 48(6), 524-537. <http://dx.doi.org/10.1080/10408390701540124>
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Version of the SCL-90*. John Hopkins University Press
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7(2), 133-142.
- Durá-Travé, T., y Castroviejo-Gandarias, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 602-608.
- Elosua, P., López-Jáuregui, A., y Sánchez-Sánchez, F. (2010). *Inventory de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 3ª Edición. Manual técnico*. TEA Ediciones.
- Garner, D. M. (2004). *EDI 3: Eating Disorder Inventory-3: Professional Manual: Psychological Assessment Resources*.
- González de Rivera, J.L., de las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M., y Rodríguez Pulido, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Manual*. TEA Ediciones.
- Helvacı, N., Eyupoglu, N. D., Karabulut, E., & Yildiz, B. O. (2021). Prevalence of Obesity and its Impact on Outcome in Patients with COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Endocrinology (Lausanne)*, 12, 598249.
- Hemmingsson, E. (2014). A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: Conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obesity Reviews*, 15(9), 769-779. <http://dx.doi.org/10.1111/obr.12197>
- Hemmingsson, E. (2018). Early Childhood Obesity Risk Factors: Socioeconomic Adversity, Family Dysfunction, Offspring Distress, and Junk Food Self-Medication. *Current Obesity Reports*. <http://dx.doi.org/10.1007/s13679-018-0310-2>
- Holtmaat, K., van der Spek, N., Witte, B. I., Breitbart, W., Cuijpers, P., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2017). Moderators of the effects of meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors on personal meaning, psychological well-being, and distress. *Support Care Cancer*, 25(11), 3385-3393. <http://doi.org/10.1007/s00520-017-3757-x>
- Hooper, L., Abdelhamid, A., Moore, H. J., Douthwaite, W., Skeaff, C. M., & Summerbell, C. D. (2012). Effect of reducing total fat intake on body weight: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *British Medical Journal*, 345, e7666.
- Instituto Nacional de Estadística (2018). *Portal estadístico. El mundo en cifras*. <http://portalestadistico.com/municipioencifras/>
- Instituto Nacional de Estadística (2020). *Encuesta Europea de Salud de España 2020*. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t00/ICV/dim3/yfile=33103.px>
- Johansson, K., Neovius, M., & Hemmingsson, E. (2014). Effects of anti-obesity drugs, diet, and exercise on weight-loss maintenance after a very-low-calorie diet or low-calorie diet: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Clinical Nutrition*, 99(1), 14-23. <http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.113.070052>

- Jorm, A. F., Korten, A. E., Christensen, H., Jacomb, P. A., Rodgers, B., & Parslow, R. A. (2003). Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27(4), 434-440.
- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. Á., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., Salvador, J., y Casanueva, F. F. (2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 64, 15-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.002>
- Minniti, A., Bissoli, L., Di Francesco, V., Fantin, F., Mandragona, R., Olivieri, M., ... & Zamboni, M. (2007). Individual versus group therapy for obesity: Comparison of dropout rate and treatment outcome. *Eating and Weight Disorders*, 12(4), 161-167.
- Moix, J. (2009). Si sabe sufrir, sufrirá menos. *El País Semanal*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Encuesta Nacional de Salud de España 2006*. Ministerio de Sanidad y Consumo. <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Encuesta Nacional de Salud de España*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) e Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Montaña-Miguélez, J., Castro, L., Cobas, N., Rodríguez, M., y Míguez, M. (2012). Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 32(3), 72-80.
- Napper, L. E., Wood, M. M., Jaffe, A., Fisher, D. G., Reynolds, G. L., & Klahn, J. A. (2008). Convergent and discriminant validity of three measures of stage of change. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(3), 362.
- Nauta, H., Hospers, H., & Jansen, A. (2001). One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *British Journal of Health Psychology*, 6(3), 271-284. <http://dx.doi.org/10.1348/135910701169205>
- Nauta, H., Hospers, H., Kok, G., & Jansen, A. (2000). A comparison between a cognitive and a behavioral treatment for obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Behavior Therapy*, 31(3), 441-461. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80024-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80024-6)
- Navarro-González, I., Ros, G., Martínez-García, B., Rodríguez-Tadeo, A., y Periago, M. (2016). Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con la calidad del desayuno en estudiantes de la Universidad de Murcia. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 901-908.
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud.
- Palavras, M. A., Hay, P., Filho, C. A., & Claudino, A. (2017). The Efficacy of Psychological Therapies in Reducing Weight and Binge Eating in People with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder Who Are Overweight or Obese-A Critical Synthesis and Meta-Analyses. *Nutrients*, 9(3). <http://dx.doi.org/10.3390/nu9030299>
- Preiss, K., Brennan, L., & Clarke, D. (2013). A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obesity Reviews*, 14(11), 906-918. <http://dx.doi.org/10.1111/obr.12052>
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Evers, K. E., Glanz, K., Lewis, F., & Rimer, B. (2002). Health behavior and health education: theory, research, and practice. *The transtheoretical model and stages of change*, 60-84.
- Quintero, J., Félix-Alcántara, M. P., Banzo-Arguis, C., Fernández-Rojo, S., y Mora-Minguez, F. (2018). *Hambre, emociones y cerebro. Comer con cabeza*. EMSE EDAPP Ed.
- Quintero, J., Félix-Alcántara, M., Banzo-Arguis, C., Martínez-Velasco, R., Barbudo, E., Silveria, B., y Pérez-Templado, J. (2016). Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud mental*, 39(3), 123-130.
- Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L., & Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 717-721.
- Ricca, V., Castellini, G., Mannucci, E., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Rotella, C. M., & Faravelli, C. (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*, 55(3), 656-665. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2010.09.019>
- Rodrigo, C. P., Fagúndez, L. J. M., Servan, P. R., y Aranceta, J. (2015). Métodos de cribado y métodos de evaluación rápida. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 21(Supl 1), 88-95.
- Roncella, A., Pristipino, C., Cianfrocca, C., Scorza, S., Pasceri, V., Pelliccia, F., ... & Speciale, G. (2013). One-year results of the randomized, controlled, short-term psychotherapy in acute myocardial infarction (STEP-IN-AMI) trial. *International Journal of Cardiology*, 170, 132-139. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.08.094>
- Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., ... & Foz, M. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad*, 5(3), 135-175.
- Sarkin, J. A., Johnson, S. S., Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (2001). Applying the transtheoretical model to regular moderate exercise in an overweight population: validation of a stages of change measure. *Preventive medicine*, 33(5), 462-469. <http://dx.doi.org/10.1006/pmed.2001.0916>
- Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (2016). Guías alimentarias para la población española (SENC, diciembre 2016); La nueva pirámide de la alimentación saludable. *Nutrición Hospitalaria*, 33(8).
- Simon, G. E., Rohde, P., Ludman, E. J., Jeffery, R. W., Linde, J. A., Operskalski, B. H., & Arterburn, D. (2010). Association between change in depression and change in weight among women enrolled in weight loss treatment. *General Hospital Psychiatry*, 32(6), 583-589. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.09.010>
- SPSS (2015). *SPSS 23.0 for windows*. Chicago, IL, 389, 390.
- Stahre, L., & Hällström, T. (2005). A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18

- months from the end of treatment. A randomized controlled trial. *Eating and Weight Disorders*, 10(1), 51-58.
- Stahre, L., Tärnell, B., Håkanson, C.-E., & Hällström, T. (2007). A randomized controlled trial of two weight-reducing short-term group treatment programs for obesity with an 18-month follow-up. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(1), 48-55. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02999227>
- Stefan, N., Birkenfeld, A. L., & Schulze, M. B. (2021). Global pandemics interconnected - obesity, impaired metabolic health and COVID-19. *Nature Reviews Endocrinology*, 17, 135-149.
- Teixeira, P. J., Carraca, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J. M., De Bourdeaudhuij, I. & Brug, J. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BioMed Central Medicine*, 13, 84. <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-015-0323-6>
- Van Dorsten, B., & Lindley, E. M. (2011). Cognitive and behavioral approaches in the treatment of obesity. *Medical Clinics of North America*, 95(5), 971-988. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2011.06.008>
- Yalom, I. D., y Leszcz, M. (2005). *Psicoterapia de grupo*. Artmed Editora.
- Yu, W., Rohli, K. E., Yang, S., & Jia, P. (2021). Impact of obesity on COVID-19 patients. *Journal of Diabetes and its Complications*, 35(3), 107817. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2020.107817>