



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Intervención en ansia por la comida y obesidad: estudio de caso.

Alumna: Maria Dolores Hernández Juan

Tutor: Silvia Moreno Domínguez

Manuel Miguel Ramos Álvarez

Fecha: Julio 2019

Índice

1. Datos personales del paciente	2
2. Descripción de la demanda del paciente	2
3. Antecedentes históricos.....	2
4. Hipótesis surgidas en la entrevista	3
5. Técnicas y procedimiento de evaluación	5
6. Resultados de la Evaluación Inicial	8
7. Intervención.....	11
7.1 Objetivos y secuenciación	16
7.2 Programa de intervención.....	17
7.4 Resultados.....	25
7.5 Discusión	31
8. Referencias.....	33
9. Anexos.....	38

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1: Clasificación SEEDO-2007	5
Tabla 2: Clasificación Índice de Grasa corporal.....	6
Tabla 3: Resultados de la primera evaluación.....	8
Tabla 4: Resultados Autorregistro de la primera línea base	9
Tabla 5: Tabla resumen de los contenidos tratados en cada sesión durante la intervención	18
Tabla 6: Jerarquía de alimentos y situaciones para la técnica de exposición con prevención de respuesta.....	20
Tabla 7: Ejemplos de Objetivos/Acciones/Barreras para el área de Salud/Bienestar físico	23
Tabla 8: Resultados evaluación post-tratamiento.....	26
Tabla 9: Resultados autorregistro de la línea base postratamiento.....	26
Figura 1: Puntuaciones pre- y post-tratamiento en el cuestionario Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T)	27
Figura 2: Puntuaciones pre- y post-tratamiento en el cuestionario Food Craving Questionnaire-State (FCQ-S)	28
Figura 3: . Puntuaciones pre- y post-tratamiento en el cuestionario Body Image-Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ-12)	29
Figura 4: Puntuaciones pre- y post-tratamiento en el Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ II).....	30
Figura 5: Puntuaciones pre- y post-tratamiento en las medidas de peso, IMC e Índice Grasa Corporal.....	30

Resumen

La obesidad es una enfermedad multicausal, que implica una serie de alteraciones fisiológicas y psicológicas que merman la calidad de vida de la persona afectada y de su entorno. Los modelos explicativos acerca de las causas de la obesidad exógena otorgan un papel principal a las conductas de la persona. Algunos factores determinantes en las conductas de ingesta que subyacen en esta enfermedad, son el ansia por la comida, donde la persona puede perder el control de su conducta de ingesta, y la evitación experiencial, donde la persona recurre a la comida para evitar el malestar. Por tanto, el objetivo de este estudio es comprobar la eficacia de la intervención de la técnica de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) y de técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sobre el ansia por la comida en una persona con obesidad. Se recogieron medidas del constructo de ansia por la comida, del IMC y % de grasa corporal, así como de la flexibilidad psicológica y de la imagen corporal. Tras la aplicación del tratamiento, se observó una mejoría en la reducción del ansia por la comida y una mejora en la flexibilidad psicológica y de la imagen corporal, quedando limitados los resultados sobre el IMC y el índice de grasa corporal. Al final del trabajo, se presentan una discusión sobre los resultados, así como las limitaciones encontradas.

Palabras clave: obesidad, ansia por la comida, exposición con prevención de respuesta, Aceptación y Compromiso

Abstract

The explanatory models of the causes of obesity assert that the individual's behavior performs a major role. Some determining factors in the intake behaviours are food craving, which may lead to the individual losing control of their eating behaviour; and experiential avoidance –this is, the individual turns to food to avoid discomfort. Thus, this study aims to assess the effectiveness of the Exposure and Response Prevention therapy (ERP) and the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in food craving in obese patients. Measures of food craving, Body Mass Index (BMI) and Body Fat Percentage (BFP) have been collected. After the administration of the treatment, there was a reduction of food cravings, as well as an improvement in the psychological flexibility and body image. Nonetheless, there was no significant change in the BMI and BFP. To conclude this paper, the results of the study, as well as the limitations found are further discussed.

Keywords: obesity, food craving, cue Exposure with Response Prevention, Acceptance and Commitment Therapy.

1. Datos personales del paciente

Nombre: Carlos	Estudios: Estudiante universitario
Edad: 23 años	Dirección: C/ Desconocida, nº1
Sexo: Varón	Localidad (Provincia): Pueblo de Jaén.
Estado civil: soltero	Teléfono: 63888xxxx

2. Descripción de la demanda del paciente

El paciente informa de obesidad de tipo exógena y deseos recurrentes de comer muy intensos, además de episodios donde pierde el control sobre las conductas de ingesta. En este sentido el paciente refiere que esto le causa malestar en su vida diaria y a nivel personal, pues dice afectarle a su salud física, psicológica y social, y teme que esta situación vaya a más, perdiendo el control sobre la comida y desarrollando mayor grado de obesidad lo que empeoraría su calidad de vida. Actualmente no presenta enfermedades médicas asociadas a su sobrepeso.

3. Antecedentes históricos

Carlos es un chico de 23 años que padece obesidad de tipo exógena y deseos recurrentes e intensos sobre la comida. Vive con sus padres, aunque durante el periodo académico vive en Jaén compartiendo piso.

Los problemas con la comida y el peso comienzan aproximadamente a los 8 años, coincidiendo con un accidente de coche que sufrió cuando viajaba con su familia, donde afortunadamente todos salieron ilesos. Refiere que recibieron atención psicológica, aunque solo recuerda que a sus padres le dijeron que cuando fueran creciendo no recordarían nada del accidente. Indica que se volvió más introvertido y tímido. Desde entonces dice recordar que comenzó a «asaltar» la nevera por las tardes, hasta el punto de que sus padres tenían que cerrar la cocina con llave. Con el paso del tiempo siguió con conductas de ingesta desadaptativas, refiere que la muerte de su abuelo con 10 años le marcó bastante. Cuando pasó al instituto comenta que recibía insultos por parte de

compañeros sobre su sobrepeso. A la edad de 14-15 años comenzó a adelgazar, controlando su «ansia» y sus conductas de ingestas desadaptativas, su alimentación se volvió más saludable, empezó hacer deporte y a salir con sus amigos. Indica que este patrón saludable se mantuvo más o menos estable hasta los 18 años cuando se fue a estudiar a Jaén lo cual le produjo mucha ansiedad y malestar, obtuvo muy malas calificaciones y la relación con sus compañeros de piso no era muy buena. A raíz de aquí, volvió a antiguos patrones de ingesta descontrolada y comida insana y fue aumentando progresivamente su peso, además refiere que cuando está estresado, aburrido o delante de la comida aumenta su ansia. Esto perdura hasta la actualidad, aunque el paciente refiere que el hecho de haber cambiado de piso y mejorar en el aspecto académico ha ayudado que dichos síntomas se den con menos frecuencia e intensidad.

Ha intentado bajar de peso en varias ocasiones e incluso se ha apuntado al gimnasio dos veces, pero sin éxito, ya que al poco tiempo lo dejaba. Actualmente no practica ningún deporte y siente que en muchas ocasiones no es capaz de controlar su ansia por la comida. Cuenta que su tiempo libre lo dedica a salir con su pareja y a estar con su familia y leer. También refiere que le gusta viajar.

4. Hipótesis surgidas en la entrevista

A continuación, los cuatro tipos de hipótesis que se derivan de la Evaluación Psicológica y la deducción de enunciados verificables extraídos (Fernández-Ballesteros, 2004):

De semejanza:

1. La sintomatología que presenta el paciente es comparable a la de las personas que padecen sobrepeso u obesidad. Por tanto, su peso debería estar dentro de los valores de clasificación para el sobrepeso o la obesidad, los cuales tienen en cuenta el Índice de Masa Corporal y el Índice de grasa corporal.
2. El paciente presenta sintomatología comparable a las personas que presentan ansia por la comida, por lo que debería obtener puntuaciones altas en las medidas de autoinforme de *Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T)* y *Food Craving Questionnaire-State (FCQ-S)*, pues dichos cuestionarios se utilizan para la evaluación concreta del ansia por la comida como rasgo y como estado respectivamente.

3. El paciente presenta sintomatología semejante al trastorno de Evitación Experiencial, en el sentido de que se evita el malestar a través de la comida, esto debería quedar reflejado en *el Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ II)*,

De cuantificación:

El paciente presenta frecuentes episodios de ansia por la comida y conductas de ingesta desadaptativas, por lo que deberían quedar reflejados en un autorregistro realizado especialmente para este caso, donde se recogen la intensidad del ansia, si se ha producido la conducta de ingesta, el desencadenante y el alimento ingerido.

De asociación predictiva:

Los problemas de peso suelen estar asociados a la insatisfacción corporal, (Sánchez-Carracedo, y López-Guimerà, 2011), por lo que esto debería quedar reflejado en el cuestionario *Body Image-Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ-12)*, el cual evalúa la flexibilidad con la imagen corporal.

De relación funcional:

Los modelos explicativos acerca de las causas de la obesidad exógena otorgan un papel principal a las conductas de la persona, por tanto, señalar el constructo «ansia por la comida» como factor determinante en las conductas de ingesta que subyacen a los trastornos de la conducta alimentaria y, concretamente, en la obesidad, pues la persona debe ser capaz de ejercer un control en su conducta de ingesta (Moreno, Rodríguez y Fernández, 2009). Además, Las puntuaciones altas en la FCQ-T se correlacionan positivamente con el IMC (Cepeda-Benito et al., 2003). Asimismo, el ansia por la comida guarda una estrecha relación con los mecanismos que subyacen a las adicciones, en las cuales existe un alto componente de evitación experiencial. En este sentido la ingesta emocional está desencadenada por estados aversivos negativos que la persona intenta eliminar a través de la conducta de ingesta, y por tanto evitando así el malestar (Schag, Schönleber, Teufel, Zipfel, y Giel, 2013). Destacar que, Las puntuaciones en el FCQ-S se correlacionan positivamente con el afecto negativo (Cepeda-Benito et al., 2003). Por tanto, si el paciente mejorase su regulación del ansia por la comida y aumentara su flexibilidad psicológica respecto al malestar, además de llevar una vida orientada hacia sus valores, disminuirían sus conductas de ingesta disfuncionales y por tanto su peso,

mejorando así su salud física y psicológica, lo que quedaría reflejado en las puntuaciones de los instrumentos de medida administrados.

5. Técnicas y procedimiento de evaluación

Se llevó a cabo una evaluación en la que se recogieron medidas antes y después de la intervención psicológica. Los instrumentos utilizados se han escogido dada su fácil y rápida aplicación, además de la adecuada validez y fiabilidad que presentan; se describen a continuación:

Índice de Masa Corporal (IMC) y porcentaje de grasa corporal. Dos medidas recogidas para la medición de las variables del sobrepeso u obesidad. El IMC se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros ($IMC = \text{peso [kg]} / \text{estatura [m]}^2$). Para la evaluación de las medidas obtenidas se utilizó la clasificación de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (Salas-Salvadó, Rubio, Barban, Moreno y de la SEEDO, 2007) (ver *Tabla 1*). Los valores de corte del IMC, para la clasificación del peso, presentan alta especificidad para diagnosticar obesidad, pero baja sensibilidad con respecto a los niveles de grasa corporal, por lo que se complementó este valor con el Índice de Grasa Corporal, el cual se describe a continuación (Okorodudu, Jumean, Montori, Romero-Corral, Somers, Erwiny Lopez-Jimenez, 2010)

Tabla 1: Clasificación SEEDO-2007

Peso insuficiente: $<18,5 \text{ kg/m}^2$
Peso normal: $18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$
Sobrepeso grado I: Entre $25,0$ a $26,9 \text{ kg/m}^2$.
Sobrepeso grado II (Preobesidad): Entre $27,0$ a $29,9 \text{ kg/m}^2$.
Obesidad tipo I: Entre $30,0$ a $34,9 \text{ kg/m}^2$.
Obesidad tipo II: Entre $35,0$ a $39,9 \text{ kg/m}^2$.
Obesidad tipo III (mórbida): Entre $40,0$ a $49,9 \text{ kg/m}^2$.
Obesidad tipo IV (extrema): Igual o mayor a 50 kg/m^2

El Índice de Grasa corporal, para evaluar el exceso de grasa en sobrepeso u obesidad, se calcula con básculas de bioimpedancia especializadas teniendo en cuenta el

sexo y la edad de la persona. Para la evaluación de esta medida se tuvo en cuenta la siguiente clasificación para el sexo masculino (ver *Tabla 2*) (Forbes, 2012):

Tabla 2: Clasificación Índice de Grasa corporal.

Delgado: Hombres menor a 8,0%,
Óptimo: Hombres entre 8,1 a 15,9%,
Ligero sobrepeso: Hombres entre 16,0 a 20,9%
Sobrepeso: Hombres entre 21,0 a 24,9%
Obeso: Hombres igual o mayor a 25,0%

Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T) (Cepeda-Benito, Gleaves, Fernández, Vila, Tara y Reynoso, 2000; Cepeda-Benito, Fernández, y Moreno, 2003) (*Anexo 1*): El FCQ-T es una medida de autoinforme que mide los deseos de comer característicos de la persona estables en el tiempo, es decir, el ansia por la comida de rasgo. El cuestionario consta de 39 ítems, y usa una escala tipo Likert de 6 puntos donde se debe expresar del 1 al 6 si las cuestiones que se plantean le suceden en general: Nunca (1), Raramente (2), Algunas veces (3), A menudo (4), Casi siempre (5) o Siempre (6). Tiene 9 sub-escalas de rasgo: intención de consumir alimentos, falta de control, reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, preocupación por la comida, culpabilidad, emociones, señales que desencadena el deseo de comer y hambre. Para la corrección del cuestionario, como para la de cada factor por separado, se suman las puntuaciones en cada afirmación. La consistencia interna de la puntuación total de dicha prueba es de $\alpha = 0,96$, lo que resulta bastante adecuado. Presenta alta fiabilidad retest y con respecto a la validez de constructo destacar altas correlaciones con cuestionarios de conducta alimentaria.

Food Craving Questionnaire-State (FCQ-S) (Cepeda-Benito, Gleaves, Fernández, Vila, Tara y Reynoso, 2000; Cepeda-Benito, Fernández, y Moreno, 2003) (*Anexo 2*). El FCQ-S es un cuestionario que mide la intensidad de los deseos de comer en el presente por una comida en concreto o en general, es decir, ansia por la comida situacional. Costa de 15 ítems y usa una escala tipo Likert de 5 puntos para contestarlos: Absolutamente de acuerdo (1), Casi nada de acuerdo (2), Neutral (3), Un poco de acuerdo (4) o Muy de acuerdo (5) dependiendo de la afirmación que proceda. Tiene 5 sub-escalas: deseo total de comer, anticipación del reforzamiento positivo que puede resultar de

comer, anticipación del alivio de los sentimientos negativos que resulta de comer, falta de control sobre la comida y ansia como un estado psicológico. Para el cálculo de las puntuaciones totales, así como las de cada sub-escala, se sumarán las puntuaciones dadas en cada cuestión. Dicha prueba presenta una consistencia interna buena siendo, α de Cronbach $> 0,90$. Presenta menos fiabilidad retest que el FCQ-T, pero aun así sigue siendo altas.

Autorregistro, (Anexo 3). En el cual se recogerán episodios de ansia por la comida, donde se incluirá el grado de malestar o ansiedad que experimenta la persona en el episodio, si se produce la conducta de ingesta, alimentos ingeridos y qué estímulos han sido desencadenantes del ansia además del IMC y el % de grasa corporal. Además de instrumento de evaluación será también una herramienta para mantener la motivación y comprobar visualmente los avances obtenidos previendo posibles recaídas. (Saldaña y Bados, 1988).

Body Image-Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ-12) (Sandoz, Wilson, Merwin y Kellun, 2013) (*Anexo 4*). El cuestionario evalúa la flexibilidad con la imagen corporal. Presenta una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta desde 1 (nada de acuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). La puntuación varía de 12 a 84 puntos, las puntuaciones altas serían las que se asocian con mayor inflexibilidad corporal. La escala cuenta con una fiabilidad adecuada, según una estimación de la consistencia interna mediante alfa de Cronbach de 0.92. Se utilizó la versión traducida en castellano (Medrano, 2016). Además, el cuestionario presenta buena validez de constructo y confiabilidad test-retest (Ferreira, Pinto-Gouveia y Duarte, 2011; Sandoz et al., 2013).

Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ II) (Ruíz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013) (*Anexo 5*). Se utilizó la versión en español. Este cuestionario mide de manera genérica la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica. Presenta una consistencia interna de .887, siendo esta sobresaliente. Está compuesto por 7 ítems que se puntúan con una escala tipo Likert de siete puntos, donde 1 es «nunca es verdad» y 7 «siempre es verdad». Cuanto más alta es la puntuación más grado de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica y menor aceptación psicológica. Con respecto a la validez de constructo muestra una confiabilidad con rangos de .81 a .87 y el análisis factorial refleja resultados de un solo factor con rangos de varianza explicada de 40 a 46%. (Hayes, 2005)

La persona que recibió la intervención objeto de estudio del presente Trabajo de Fin de Máster (TFM) se incorporó al estudio de forma totalmente voluntaria, sin percibir ninguna retribución económica. Tras una sesión informativa, en la que se le explicó las características del estudio, el participante cumplimentó el Consentimiento Informado (Anexo 6), posteriormente, fue citado de nuevo para realizar la evaluación inicial.

Esta sesión de evaluación inicial tuvo una duración de una hora aproximadamente, en la que el participante cumplimentó los cuestionarios descritos anteriormente, *Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T)*, *Food Craving Questionnaire-State (FCQ-S)*, *Body Image-Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ-12)*, *el Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ II)*, *el IMC* y *el Índice de grasa corporal*. Además, se explicó la cumplimentación del autorregistro descrito anteriormente, para la obtención de una línea base de las conductas de ingesta provocadas por el ansia por la comida, así como la intensidad de la misma, el estímulo desencadenante y el peso, el IMC y el índice de grasa corporal; este autorregistro se cumplimentó cuatro veces por semana, obteniendo 7 registros en total, menos el peso y el IMC que se cumplimentó una vez por semana. La evaluación se llevó a cabo en una sala acondicionada con mesas y sillas, perteneciente a un edificio público del lugar de residencia del participante, reservada concretamente para ello, excepto las medidas del peso que se llevaron a cabo en una báscula de bioimpedancia de una farmacia.

6. Resultados de la Evaluación Inicial

En la *Tabla 3*, se muestran los resultados obtenidos, siendo estas puntuaciones totales directas, de cada una de las pruebas administradas; y en la *Tabla 4*, los resultados de los autorregistros.

Tabla 3: Resultados de la primera evaluación.

Prueba o subescala	PD
Medidas ansia por la comida	
<i>Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T)</i>	206
Intención	18
Falta de control	30
Reforzamiento positivo	26
Reforzamiento negativo	16
Pensamientos	32
Culpabilidad	12

Emociones	22
Estímulo	22
Hambre	22
<i>Food Craving Questionnaire-State (FCQ-S)</i>	55
Deseo total de comer	11
Anticipación del reforzamiento positivo	14
Anticipación del alivio (refuerzo -)	9
Falta de control sobre la comida	12
Ansia como un estado psicológico	9
Medidas flexibilidad con la imagen corporal	
<i>Body Image-Acceptance and Action Quiestionnaire (BI-AAQ-12)</i>	62
Medidas evitación experiencial e inflexibilidad psicológica	
<i>Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ II)</i>	39
Medidas de peso	
<i>Peso kg</i>	103,1
<i>IMC kg/m2</i>	31,1
<i>Índice de Grasa Corporal %</i>	29,7

Tabla 4: Resultados Autorregistro de la primera línea base

Autorregistro	Ansia por la comida	Intensidad del Ansia (0-10)	Conducta de ingesta
1	si	6	no
2	si	8	si
3	si	7	si
4	no	0	no
5	si	5	no
6	si	9	si
7	no	0	no

A continuación, se describen los resultados de forma cualitativa de las pruebas administradas:

Con respecto al cuestionario *Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T)*, se encuentra que no presenta puntos de corte, por lo que a mayor puntuación obtenida mayor nivel de ansia por la comida rasgo. La puntuación máxima que se puede obtener en dicho instrumento es de 234 y la mínima de 39. El paciente muestra una puntuación de 206 puntos correspondiendo con un 88,03 %, lo que indica una puntuación muy elevada de ansia por la comida como característica rasgo. Además, si se toma como criterio de interpretación lo siguiente, teniendo en cuenta la escala Likert del propio instrumento, donde 1=ausente, 2=leve, 3=moderado, 4= algo grave y 5= grave y 6=muy grave; se

encuentra que, haciendo una media aritmética de las puntuaciones el resultado es 5,28, oscilando dicho resultado en el nivel grave.

El cuestionario *Food Craving Questionnaire-State (FCQ-S)* tampoco presenta puntos de corte, siendo la puntuación máxima que se puede obtener de 75 puntos y la mínima de 15. Los resultados muestran 55 puntos obtenidos por el paciente, la cual corresponde con el 77,33 %, una puntuación bastante alta de ansia por la comida situacional, aunque menor que el ansia por la comida rasgo. Haciendo una media aritmética de la puntuación total, se obtiene como resultado 3,66, que teniendo en cuenta el siguiente criterio donde 1=ausente, 2=leve, 3=moderado, 4= grave y 5= muy grave (tomado de la escala Likert del instrumento), dicho resultado se encuentra en el nivel moderado-grave de ansia situacional. Destacar, que las escalas que presentaron mayor puntuación son, la de anticipación de un estado positivo y falta de control sobre la comida, aunque las demás también presentaron puntuaciones elevadas.

Con respecto al cuestionario *Body Image-Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ-12)* el máximo es 84 puntos y el paciente obtiene 62, siendo este el 73,8 %, una puntuación también elevada. Si se toma como referencia la escala Likert del propio instrumento, tomando como criterio de clasificación 1=ausente, 2=ligero, 3=leve, 4=moderado, 5= algo grave y 6= grave, 7=muy grave, tras la realización de la media aritmética se obtiene un valor de 5,1 correspondiendo este al nivel algo de gravedad.

El Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ II) tampoco presenta puntos de corte, siendo su máxima puntuación 49 puntos, obteniendo el paciente 39, es decir, el 79,59%, mostrando esto una alta inflexibilidad psicológica. Siguiendo el criterio de clasificación siguiente: 1=ausente, 2=ligero, 3=leve, 4=moderado, 5= algo grave y 6= grave, 7=muy grave, tras la media se obtiene una puntuación de 5,57, encontrándose un valor entre algo grave y grave.

Con respecto al peso, destacar que el paciente obtuvo una puntuación de 103,1 kg, siendo las puntuaciones obtenidas en el IMC=31,1 kg/m² y el % de grasa corporal =29,70, coinciden con la clasificación del SEEDO en el valor de obesidad tipo I cuyos valores oscilan en el IMC, entre 30,0 a 34,9 kg/m² y en el Índice de grasa entre valores iguales o mayores al 25,0% en el sexo masculino.

Con respecto a los autorregistros destacar que durante los 7 registros se registraron 5 episodios de ansia por la comida, correspondiendo este resultado al 71,4%;

con respecto a las veces que se produjo la conducta de ingesta teniendo en cuenta cuando se produjo el ansia por la comida, fueron 3, es decir, un 60% de las veces, más de la mitad. La intensidad del ansia tras una media aritmética, teniendo en cuenta las veces que se dio la misma durante los registros, fue de un valor de 7 en una escala de 0 a 10. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en los cuestionarios de medida siendo niveles elevados tanto de ansia como de conductas de ingesta desadaptativas.

7. Intervención

Los resultados que se derivan de la evaluación inicial muestra que, efectivamente, el paciente presenta obesidad, además de niveles muy elevados de ansia por la comida, más de rasgo que situacional, insatisfacción corporal y trastorno por evitación experiencial, oscilando los resultados en la clasificación de gravedad. Tras la obtención de dichos resultados donde se refleja la relación que guardan dichos constructos se formuló la hipótesis de relación funcional vista en el apartado de hipótesis.

Tras una búsqueda en la literatura acerca de las intervenciones y tratamientos utilizados en obesidad, hay evidencia suficiente de que la terapia psicológica es eficaz en pacientes con dicha problemática. Destacar que el abordaje psicológico es fundamental pues como se ha comprobado en la etiología de la obesidad destacan variables cognitivas, afectivas (estados emocionales) y ambientales (hábitos de alimentarios etc.) (Buschiazzo, y Saez, 2018).

La terapia cognitivo conductual se ha visto eficaz en personas con obesidad y en ansia por la comida, en el sentido de proporcionar herramientas para modificar hábitos de alimentación desadaptativos, creencias erróneas, conductas de ingesta descontroladas, favorecer la regulación emocional (desarrollo del autocontrol), manejo del estrés y la ansiedad, mejora del autoconcepto y autoestima, imagen corporal y prevención de recaídas (Iruarizaga, Romero, Rubio y Cabreriso, 2001; Shaw, Rourke, Mar y Kenardy 2005; Bersh, 2006 y Di Mura, Casari, Pancher, y del Rosario Vega, 2018). Dentro de la TCC, destacar las siguientes intervenciones que se han visto eficaces en la consecución de dichos objetivos: psicoeducación por la cual se hace al paciente consciente de todo lo referente a su problemática. Además de proporcionar conocimientos necesarios para el cambio, hace que aumenten la adherencia al tratamiento (Camacho, 2003) Desarrollo de hábitos saludables, por los cuales se instaure una conducta alimentaria controlada y equilibrada, reduce la probabilidad de aparición del ansia por la comida (Moreno,

Rodríguez y Fernández, 2009); técnicas de autocontrol y relajación, para el control de los síntomas fisiológicos y estados emocionales aversivos que disparan el ansia por la comida, aquí también se incluyen autoobservación, registro de la conducta de ingesta y comida y de las situaciones que son desencadenantes de la ingesta y del ansia por la comida. (Teufel, Becker, Rieber, Stephan y Zipfel, 2010). El Auto monitoreo y/o auto registros, las personas con obesidad subestiman las cantidades ingeridas, a través de un registro completo y detallado del número de ingestas, situación en las que se dan, influencias externas e internas etc., da información relevante para comenzar una intervención; además sirve como forma de evaluación del progreso de la persona aumentando la motivación y la adherencia al tratamiento.

Otra técnica que presenta mucho respaldo es la Técnica de Exposición con Prevención de respuesta (a partir de ahora EPR). La EPR ha demostrado ser útil en diversos trastornos como TOC, adicciones, abuso de sustancias...y, concretamente, en el ansia por la comida, pues ha sido utilizada en numerosas intervenciones en trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Abella, Sanjuanelo, García y Maldonado, 2015; Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010). Esta técnica ha demostrado su eficacia directa en el ansia por la comida en personas con TCA, por la cual mediante una exposición directa a estímulos condicionados que provocan el ansia (alimentos, situaciones, estados emocionales etc.) y la prevención de respuesta (conducta de ingesta) durante un periodo de tiempo significativo, se produce un desaprendizaje, es decir, la lógica que subyace a esta técnica es la ruptura de la relación entre dichos estímulos y la conducta de ingesta, se interrumpe ese patrón. Por tanto, un objetivo que persigue la EPR es que, a través de la adquisición de estrategias, la persona sea capaz de generar una actitud de eficacia frente a la activación automática, en este caso, del ansia por la comida (Williams, Mugno, Franklin, Faber, 2013). Concretamente la EPR, se utilizó en un estudio para el ansia por la comida con mujeres que padecían bulimia nerviosa, llevado a cabo en consulta, dando como resultado una reducción de ingestas desadaptativas. (Toro, Cervera, Feliu, Garriga, Jou, Martinez y Toro, 2003; Martínez-Mayén et al., 2007). También se comprobó su eficacia en pacientes con anorexia nerviosa mostrando también resultados de reducción del ansia por la comida. En otro estudio participaron personas con trastorno por atracón, (Jansen, Broekmate y Heymans, 1992) donde a través de la EPR se expusieron a una serie de situaciones reales y alimentos problemáticos que desencadenaban la ingesta compulsiva, los cuales debían tocar, oler, manipular pero no ingerir... originando el

craving de forma acusada, con el objetivo de reducir dicha asociación, eliminando así la relación entre los estímulos desencadenantes (condicionados) y la respuesta de atracón (incondicionada), mediante los procesos de extinción y habituación. Esta técnica se realiza mediante jerarquización de estímulos desencadenantes de la conducta problemática, realizando así una exposición gradual lo cual mejora la autoeficacia del paciente (Bados López y García Grau, 2011). Destacar que la exposición a las situaciones reales desencadenantes del craving puede ser en ocasiones complicado por diversos factores, aunque sí es la más conveniente; una buena alternativa a la exposición en vivo, sería la exposición en imaginación, aunque presenta ciertas limitaciones en comparación. (Agliaro-López, Ferrer-García, Pla-Sanjuanelo y Gutiérrez-Maldonado, 2014).

Por tanto, esta técnica puede llevarse a cabo en las conductas de pérdida de control de la ingesta y por ende en las conductas inducidas por el ansia por la comida y en obesidad. (Moreno et al., 2009)

Las técnicas de tercera generación también están demostrando cada vez más su eficacia en diversos trastornos y conductas problemáticas. Concretamente una de las más completas es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT en siglas inglesas; Hayes, Strosahl y Wilson, 2012) se ha visto eficaz en la promoción de la vida saludable y bienestar psicológico en diferentes ámbitos como son las adicciones, los TCA, en el abuso de sustancias etc., donde el craving es uno de los mecanismos generadores y de mantenimiento de conductas desadaptativas (Weineland, Arvidsson, Kakoulidis y Dahl, 2012; A-Tjak, Davis, Morina, Powers, Smits, y Emmelkamp, 2015)

La teoría en la que se sustenta ACT es la Teoría de los Marcos Relacionales, «que consiste en un análisis básico del lenguaje y la cognición humano bajo los principios del análisis de conducta» (Hayes, Barnes-Holmes, Roche, 2001)

Un elemento esencial de ACT es la evitación experiencial (desde ahora EE), referida a la regulación de los eventos privados (pensamientos, emociones) hacia un patrón de evitación de los mismos. La persona no está dispuesta a entrar en contacto con sus eventos privados que le causan dolor, malestar etc., y, por tanto, realiza una serie de acciones para evitar o alterar la forma o frecuencia de los mismos, así como los contextos, y condiciones que las generan (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, y Strosahl, 1996). Cuando se cronifica dicho patrón de conducta, se denomina Trastorno de Evitación Experiencial (desde ahora TEE). Desde ACT el TEE es un factor predominante en el

desarrollo y mantenimiento de diversos trastornos psicológicos y conductas problemáticas ya que a corto plazo la persona alivia su malestar, siendo las consecuencias a largo plazo lo que genera el sufrimiento. (Bach, Moran, 2008; Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas, 2010). La forma de alterar o evitar los eventos privados es muy variada, por tanto, esta terapia es generalizable a diversas problemáticas (Hayes y Gifford, 1997). ACT promueve una vida plena centrada en acciones dirigidas por valores significativos de cada persona, entendiendo el malestar como algo implícito en la vida. Esto se lograría al minar los esfuerzos por evitar las experiencias emocionales aversivas a través de una desadaptativa regulación emocional. En este contexto, las conductas adaptativas y alternativas a la evitación experiencial hacen referencia a la flexibilidad psicológica. Dicha flexibilidad psicológica se consigue a través de los componentes o fases de ACT: creación del contexto terapéutico, desesperanza creativa, clarificación de valores, el control de los eventos privados como problema, yo-contexto, aceptación y compromiso con la dirección elegida, llevados a cabo a través del uso de metáforas y ejercicios experienciales (Wilson y Luciano, 2002).

Como se ha descrito anteriormente, el ansia por la comida guarda una estrecha relación con los mecanismos que subyacen a las adicciones, en las cuales existe un alto componente de evitación experiencial. En este sentido la ingesta emocional está desencadenada por estados aversivos negativos que la persona intenta eliminar a través de la conducta de ingesta, y por tanto evitando así el malestar (Schag, Schönleber, Teufel, Zipfel y Giel, 2013)

Existe cada vez más evidencia sobre la efectividad de ACT en desórdenes de la conducta alimentaria (Juarascio et al., 2013). Concretamente en la línea de este TFM, la aplicación de ACT sobre el sobrepeso y la obesidad es totalmente válida, además de ser relevantes en pacientes que además del sobrepeso presentan ansia por la comida o adicción a la comida, pues las terapias más tradicionales como las TCCs han mostrado limitaciones en el mantenimiento de los resultados a largo plazo (Prevedini et al., 2011). Por tanto, dotar de estrategias para aumentar la tolerancia al malestar, reducir la lucha contra los eventos privados, aumentar las acciones valiosas, manejar la ingesta emocional fomentaría los resultados positivos a largo plazo, consiguiendo una mayor flexibilidad psicológica (Cattivelli et al., 2015).

Destacar el estudio llevado a cabo por Forman et al. (2007) demostró la eficacia directa de la intervención con ACT en el ansia por la comida sobre la intervención con

técnicas cognitivas conductuales donde se utilizaron estrategias de afrontamiento basadas en el control como la distracción y la reestructuración cognitiva. La condición de ACT donde se llevaron a cabo las estrategias como la aceptación experiencial y la defusión se asociaron con mejores resultados positivos.

Otros estudios muestran que tras recibir la intervención desde ACT los pacientes con obesidad mejoraban las conductas de ingesta, reduciendo las ganas compulsivas de comer, la insatisfacción corporal y aumentaban su calidad de vida, además de una bajada significativa del peso manteniendo dichos resultados en el tiempo, pues el aumento en la flexibilidad psicológica hace que exista menos rigidez en el control de la comida tras la pérdida de peso. (Lillis, Hayes y Levin, 2011; Weineland, Arvidsson, Kakoulidis y Dahl, 2012; Hill, Masuda, Melcher, Morgan y Twohig, 2014; Sairanen, Lappalainen, Lapveteläinen, Tolvanen y Karhunen, 2014)

Incluir ACT en las intervenciones multidisciplinares combinada con TCC o con otras técnicas efectivas para dicha problemática, puede llegar a mejorar la intervención en el sentido de promover conductas adaptativas saludables, duraderas en el tiempo, y más principalmente, cuando existe un acusado patrón de evitación experiencial. (Herbert y Forman, 2013; Hawkes, Pakenham, Chambers, Patrao y Courneya, 2014). Por tanto, la reducción en la evitación experiencial y el aumento en la flexibilidad son una buena estrategia con respecto a problemas de las conductas alimentarias y la reducción del peso (Gifford y Lillis, 2009).

Tras esta revisión en la literatura, donde numerosas técnicas muestran su eficacia en la obesidad y en el ansia por la comida, se muestra la relevancia de realizar una intervención en ambos factores conjuntamente ya que ha quedado reflejado como el ansia por la comida es uno de los mecanismos causantes y de mantenimiento de sobrepeso, y como actuando sobre dicho constructo se consigue una reducción significativa del mismo, además de fomentar acciones que mejoran la calidad de vida de la persona. Por tanto, la intervención estará compuesta por técnicas que han demostrado su eficacia en ambos componentes de forma relevante.

Para la intervención propuesta en este trabajo, se ha diseñado una intervención psicológica basada en técnicas y componentes de la Terapia Cognitivo Conductual y ACT. Para ello, se ha seleccionado una técnica específica que ha demostrado su eficacia directa en el ansia por la comida: Exposición Prolongada con Prevención de Respuesta,

y componentes de la Terapia de Aceptación y Compromiso, debido a la evidencia sobre la eficacia de dichas técnicas en dicha problemática, descrita anteriormente. Resaltar que EPR puede ser un gran complemento para ACT y viceversa, pues como se ha visto anteriormente, la persona se expone al malestar, no lo evita, aspecto en consonancia con ambos componentes. En este sentido se dota de una estrategia concreta y directa que puede fomentar el avance de la terapia de forma satisfactoria. Además, ambas técnicas han demostrado su eficacia en la prevención de recaídas y la cronificación de conductas desadaptativas, un aspecto a tener en cuenta durante la intervención ya que es un factor importante en tratamientos orientados en personas con sobrepeso u obesidad, donde el factor de craving es tan acusado. No tiene por qué existir una adicción a la comida en personas que presentan sobrepeso, pero si existe una relación en cuanto pueden llegar a perder el control en sus conductas de ingesta. (Saldaña y Bados, 1988). En este caso, la persona con obesidad puede volver a viejos hábitos y conductas problemáticas que pueden ser inducidas por los diversos factores, como la afectividad negativa, el ansia etc. Por tanto, dotar de estrategias y herramientas para aumentar el autocontrol, la autoeficacia y poner en valor lo realmente importante para la persona, es esencial en este tipo de intervenciones. (Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Dida-Attas, 2008). Destacar que, además, la efectividad ha sido demostrada tanto en intervenciones de larga duración como de terapia breve obteniendo resultados igualmente significativos. Por tanto, con este tratamiento se pretende conseguir una intervención eficaz sobre el ansia por la comida y obesidad.

7.1 Objetivos y secuenciación

Objetivo general

Teniendo como referencia la hipótesis de relación funcional propuesta anteriormente, en la que el trastorno de evitación experiencial y el ansia por la comida son un factor causal y de mantenimiento de la obesidad, el objetivo que se deriva de este estudio es mejorar el bienestar físico y psicológico del paciente dotando de herramientas para la regulación adaptativa del ansia por la comida, a través de la técnica de exposición prolongada de respuesta, y que el paciente lleve una vida orientada hacia sus valores, mediante componentes de la Terapia De Aceptación y Compromiso, consiguiendo así una reducción en el peso.

Objetivos específicos

1. Que la intervención implique la reducción y regulación adaptativa del ansia por la comida quedando reflejado mediante la disminución de las puntuaciones en los cuestionarios *Food Craving Questionnaire-Trait* y *Food Craving Questionnaire-State*, así como un número menor de registros, en el autorregistro propuesto, de dicha conducta.
2. Que tras la intervención aumente la flexibilidad psicológica y de la imagen corporal, así como la aceptación sobre el malestar a través de la desesperanza creativa, la defusión cognitiva, la clarificación de valores y el compromiso con la dirección elegida, reduciendo así las conductas de ingesta disfuncionales, y aumento de acciones saludables, encontrando un número menor de registros, en el autorregistro propuesto, de ingestas desadaptativas; y puntuaciones reducidas en los cuestionarios *Body Image-Acceptance and Action Questionnaire* y *Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ II)* además de una disminución en *el IMC y el % de grasa corporal*.

El trazado de dichos objetivos se llevó a cabo teniendo en cuenta la secuenciación de su consecución. Por tanto, se pueden apreciar dos momentos diferenciados en la intervención, en un primer lugar se estimó oportuno dotar de una herramienta específica para reducir el ansia por la comida (EPR), ya que el paciente podría ponerla en práctica, en los momentos críticos, aumentando así su autoeficacia para un avance óptimo de la terapia. Posteriormente, se introdujeron aspectos de ACT para la consecución de los demás objetivos. El fin último del estudio es que el paciente consiga llevar una vida valiosa, aceptando el malestar sin evitarlo a través de la comida, reducir el ansia por la comida y por ende su peso. Por tanto, si los resultados muestran resultados favorables la intervención con EPR y ACT resultará eficaz para este caso.

7.2 Programa de intervención

Se escogió la metodología de descripción de un caso clínico. La intervención estuvo constituida por 8 sesiones de intervención, aproximadamente de una hora de duración, además de una línea base inicial y final, en la que se cumplimentó el autorregistro mencionado anteriormente.

La periodicidad de las sesiones de la intervención fue de dos veces por semana, prolongándose durante un mes. Se recogieron 7 medidas de autorregistro iniciales y

finales para establecimiento de la línea base, con una periodicidad de cuatro veces semana, por lo que cada línea base ocupó dos semanas aproximadamente.

La estructura general de las sesiones fue la siguiente: en primer lugar, se repasaban los contenidos vistos en la sesión anterior; posteriormente se introducían los nuevos contenidos a tratar mediante la psicoeducación de los mismos; puesta en práctica de los contenidos, y finalmente se pautaban las tareas para casa.

Durante las dos primeras sesiones se llevó a cabo la EPR. Las sesiones 3, 4, 5, 6 y 7 se ocuparon con las técnicas referentes a ACT. La octava sesión se dedicó a realizar un resumen completo de los contenidos tratados en las sesiones anteriores y a resolver posibles dudas y problemas.

Para la adecuada aplicación de la intervención se tuvo en cuenta durante todo el proceso la necesidad de mantener un buen rapport, así como el compromiso del paciente de asistir a todas las sesiones, y a realizar las tareas para casa favoreciendo así la generalización de los contenidos tratados en terapia a su contexto natural.

A continuación, en la *Tabla 5*, se muestra un resumen de los contenidos tratados en cada sesión durante la intervención:

Tabla 5: Tabla resumen de los contenidos tratados en cada sesión durante la intervención

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
Establecimiento de un buen rapport	Práctica de la técnica de exposición	Psicoeducación Terapia de Aceptación y compromiso	Puesta en práctica de la desesperanza creativa.
Psicoeducación del ansia por la comida y la obesidad, y la relación entre las mismas	prolongada con prevención de respuesta en vivo.	Creación de contexto para la terapia	
Principios e introducción de la técnica de exposición	Tareas para casa	Análisis Funcional de la problemática	Revisar Agenda de control.

prolongada con prevención de respuesta			
---	--	--	--

Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8
Tratamiento y clarificación de valores	Establecimiento de metas concretas y análisis de posibles barreras	Fomento del yo-contexto	Análisis de los avances.
			Resumen de todos los componentes de la intervención, resolver posibles dificultades y dudas.
Tareas para casa y análisis de las mismas.		Compromiso con la dirección elegida.	Cierre de la intervención.

7.3 Descripción de las sesiones.

A continuación, se describen los objetivos y componentes de las sesiones intervención:

PRIMERA SESIÓN

Objetivos:

Establecer un buen rapport y empatía con el participante.

Comprender el constructo de ansia por la comida y obesidad, así como la relación que guardan ambos conceptos, a través de las conductas de ingesta des adaptativas.

Conocer y aprender la Terapia de Exposición con prevención de respuesta.

Descripción:

Se inicia la sesión con la psicoeducación sobre el ansia por la comida y el sobrepeso/obesidad; donde se le explica al paciente la etiología de las mismas, la relación que guardan ambos constructos, las consecuencias perjudiciales para la salud física, psicológica y social. Se señala como el ansia por la comida es una de las causas y

mantenimiento de las conductas de ingesta desadaptativas, haciendo hincapié en como las conductas restrictivas de alimentos es un factor que agudiza el ansia por la comida. A continuación, se recogen los auto registros rellenos por el participante y se hace un pequeño análisis de los mismos. Posteriormente se expuso la Terapia de Exposición con prevención de respuesta como herramienta para aprender a controlar y reducir el ansia por la comida a través de la regulación del organismo y del des aprendizaje. Se explicó la lógica que subyace a la técnica y cómo funciona sobre el ansia por la comida y el organismo, es decir, como al principio el nivel de ansia aumenta notablemente con la exposición al estímulo desencadenante y como posteriormente a lo largo de la exposición los niveles de ansia se reducen considerablemente. Se expuso como una herramienta muy eficaz que el paciente podrá utilizar en momentos críticos. Se realizó una lista entre el paciente y el terapeuta, donde se recogieron los alimentos y las situaciones que habían sido conducentes al ansia por la comida, haciendo uso de los autorregistros rellenos por el paciente durante la línea base (ver *Tabla 6*). Se explicó que la medida para el ansia sería de 0 a 10 USAS, dando por superado el ítem cuando el craving se redujera hasta 2 USAS, dando por superado dicho ítem. Todo esto se llevó a cabo resolviendo todas las dudas surgidas en sesión. Por último, se acordó que el terapeuta se encargaría de preparar los alimentos; los alimentos se escogieron teniendo en cuenta la repetición de los mismos y la intensidad, además de la facilidad de obtención y manipulación de los mismos en sesión.

Tabla 6: Jerarquía de alimentos y situaciones para la técnica de exposición con prevención de respuesta.

ALIMENTOS	SITUACIONES
PAN	Estar comiendo (propio alimento)
PATATAS FRITAS	Estrés por exámenes
ARROZ TRES DELICIAS	Aburrimiento
PIZZA	Estrés por algún acción futura que hay que realizar

SEGUNDA SESIÓN

Objetivos:

Poner en práctica la técnica de exposición prolongada con prevención de respuesta.

Descripción:

En primer lugar, se hizo un pequeño resumen de la sesión anterior sobre la técnica de exposición prolongada con prevención de respuesta. Posteriormente se procedió con la práctica de la misma. Se pidió al paciente que durante la exposición rellenara un gráfico donde el eje X era el tiempo transcurrido y el eje Y el nivel de ansia del 0 al 10 para tener resultados visuales de la evolución su ansia conforme transcurría el tiempo. Se colocó un primer alimento de la jerarquía siendo este pan en la mesa delante del paciente y la primera situación que le provocaba ansia, en este caso era el propio alimento. Se le iban dando indicaciones donde debía observar el alimento, todos sus detalles, luego tocarlo, olerlo e incluso que lo probara. Durante el ejercicio el terapeuta preguntaba periódicamente por los niveles de ansia, hasta que el paciente indicaba 2 USA o menos. Posteriormente, se llevó a cabo el mismo procedimiento con otro alimento más, en este caso patatas fritas, y se escogió la situación de estrés por exámenes, esto se realizó pidiendo al paciente que antes de exponerse al alimento se imaginara dicha situación que le desencadenaba el ansia aumentando sus niveles de malestar y posteriormente se le exponía al alimento, además el paciente se encontraba estudiando para los exámenes lo que facilitó el ejercicio.

Como tarea para casa se le pidió que practicara la técnica con dos alimentos más de la jerarquía y que la pusiera en práctica si tenía algún momento crítico.

TERCERA SESIÓN

Objetivos:

Introducir la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Analizar la relación con la comida del paciente y realizar análisis funcional desde ACT.

Crear un contexto para la terapia.

Descripción:

En primer lugar, se analizaron las tareas para casa viendo si se habían cumplido y si había habido dificultades. En segundo lugar, se presentó la Terapia de aceptación y Compromiso, cuyo objetivo es que la persona lleve una vida orientada hacia sus valores. Se llevó a cabo un análisis funcional desde la perspectiva de ACT para hacer una

«radiografía del problema» hacer entender cuál es verdaderamente el problema, en este caso no sería el sobrepeso, sino que estoy haciendo que me lleva hacia ese camino, evito el malestar a través de la comida: (Anexo 7).

Situación Eventos privados Qué hace Qué obtiene a corto plazo A largo plazo

A continuación, se creó un contexto para la terapia a través de la metáfora de «los dos escaladores» para reflejar la relación terapéutica y el contexto terapéutico; y la metáfora del «vaso sucio» para hacer ver al paciente que el malestar es parte del proceso de mejora, en este caso la suciedad es parte de limpiar el vaso. Se recurrió al recuerdo de las sesiones de exposición donde el paciente se expuso a su malestar (Wilson y Luciano, 2002).

CUARTA SESIÓN

Objetivos:

Comprender como el intentar controlar los eventos privados conducen al aumento de su problemática y malestar.

Revisar agenda de control.

Descripción:

Se llevó a cabo el procedimiento de desesperanza creativa, el paciente debe ser consciente de que lo que está haciendo hasta ahora, su conducta de evitación en respuesta hacia sus eventos privados (la conducta de ingesta), le supone un alivio a corto plazo pero que a largo plazo le está suponiendo alejarse cada vez más de una vida valiosa. Darse cuenta de que la estrategia que sigue no le está dando resultado según su propia experiencia. Para ello se utilizará la metáfora de las «arenas movedizas» la cual consiste en hacer ver al paciente que en las arenas movedizas cuando se lucha contra ellas más te hundes, lo mejor que se puede hacer es entrar en contacto con ellas extendiendo el cuerpo; esto se pone en similitud con lo que hace el paciente con su malestar. También se llevó a cabo la metáfora de «no pensar en un elefante rosa», con el objetivo de revisar la agenda de control de la persona, y en cómo evitar sentir o pensar en lo que nos produce malestar no nos conduce a nada, sino que aumenta la ansiedad y el malestar. Hacer ver que la solución era parte del problema (Wilson y Luciano, 2002).

SESIÓN QUINTA Y SEXTA

Objetivos:

Clarificar los valores.

Entender que el malestar y una vida valiosa no son incompatibles.

Definir objetivos y acciones concretas para ir en la dirección valiosa.

Analizar posibles barreras que impiden la dirección hacia los valores

Descripción:

En primer lugar, se utilizó el cuestionario de Valores (Wilson y Groom, 2002), un cuestionario utilizado clínicamente (Anexo 8). El cuestionario consta de dos áreas: la importancia y la consistencia hacia los valores, y posteriormente se analizaron los resultados cualitativamente sobre la concordancia entre la importancia y la consistencia, obteniendo que, en las áreas de amigos, vida social, educación y formación, y sobre todo cuidado físico (dieta, ejercicio, descanso) existía gran discrepancia entre las puntuaciones. A continuación se utilizó la metáfora del jardín donde éste está dividido en áreas que serían valiosas para la persona y las malas hierbas que serían el malestar, sus eventos privados el cual intenta eliminar constantemente de su jardín, mientras que las otras parcelas apenas tienen dedicación y están secas; y que en realidad puede dedicarse a las parcelas importantes, aunque las malas hierbas estén ahí, es decir, mientras utiliza la comida para aliviar su malestar, deja de realizar cosas valiosas para él, como tener una vida saludable. Posteriormente se continuó analizando y discutiendo que acciones concretas se podrían realizar para aumentar el cuidado de cada área importante de su jardín, definiendo cada objetivo y acción de forma concreta, y posibles barreras que pudieran surgir. Concretamente las metas se centraron en el área de cuidado físico (dieta, ejercicio, descanso) ya que es la que más discrepancia presentaba, y el más importante referente al estudio. Como tarea para casa se le pidió que llevara a cabo algunas de las acciones expuestas en sesión, las cuales se expusieron en la siguiente sesión para ver los resultados y las dificultades encontradas (Wilson y Luciano, 2002).

Tabla 7: Ejemplos de Objetivos/Acciones/Barreras para el área de Salud/Bienestar físico

SALUD/BIENESTAR FÍSICO (DIETA, EJERCICIO, DESCANSO)

OBJETIVOS	ACCIONES	BARRERAS
Mejorar hábitos en la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> -Dieta equilibrada y más sana -Contención en las comidas y en las cantidades. -Dejar de beber alcohol -Tomar refrescos sin azúcar cuando salgo fuera de casa -Tomar solo dos consumiciones y tapas cuando salga. -Sustituir el picoteo de comida insana por fruta -Reducir el consumo de pan en el desayuno y en la cena. 	<ul style="list-style-type: none"> -Alimentos que hay en casa y ansia por la comida. -Hambre, gula y ansia. -Apetecer otro alimento
Mejorar hábitos en el ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> -Irse a andar 2 veces por semana durante 30 minutos. -Hacer ejercicio en casa 	<ul style="list-style-type: none"> -No tener acompañante para ir -Pereza y falta de tiempo.
Mejorar hábitos en el descanso	<ul style="list-style-type: none"> -Acostarme pronto entre semana y madrugar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Móvil, ordenador y falta de sueño por la noche excesivo sueño por la mañana.

SESIÓN SEPTIMA

Objetivos:

Analizar las acciones valiosas realizadas y posibles barreras

Fomentar el yo-contexto

Comprometerse con la dirección elegida.

Descripción:

Se fomentó el yo-contexto del paciente entendiendo que los eventos privados son eso eventos privados y que es la persona los que los siente y los tiene, y que es él que puede llevar las riendas de su vida no sus eventos privados. Se utilizó la «metáfora del autobús», se expusieron ejemplos de sus eventos privados recogidos anteriormente en

terapia como pasajeros del autobús. También se llevó a cabo el «ejercicio experiencial de los papelitos» donde se le lanzaron bolitas de papel mientras el paciente caminaba por la sala, primero intentando evitarlos y posteriormente no haciendo nada solo caminar. Para el compromiso con la dirección elegida se utilizó la metáfora de «apostar entre dos caballos» para superar el miedo al fracaso. Por último, se utilizó la metáfora de «la china en el zapato» donde se mostró como aun teniendo malestar se puede continuar con una vida valiosa y poder seguir caminando. (Wilson y Luciano, 2002)

OCTAVA SESIÓN

Objetivo:

Analizar los avances y las dificultades

Descripción:

Se analizaron los avances y las dificultades surgidas. Para concluir se realizó un resumen de todos los componentes tratados en terapia resolviendo dudas.

7.4 Resultados

Posteriormente tras la intervención tuvo lugar la post-evaluación la cual presentó las mismas características a la evaluación inicial.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos comparando las puntuaciones obtenidas en los diferentes instrumentos de medida antes y después de recibir la intervención

Destacar que el paciente se mostró participativo durante las sesiones y preguntaba las dudas que le iban surgiendo. Comentar, que al principio a Carlos le costó entender la técnica de exposición con prevención de respuesta, pero tras el entrenamiento de la misma en sesión, le quedó claro la lógica que subyace a la técnica, aunque un mayor número de entrenamientos en terapia podrían haber afianzado su mayor utilización en momentos críticos. Resaltar positivamente que realizó las tareas para casa propuestas de la técnica de exposición con prevención de respuesta e incluso indicó que la realizó en algún momento crítico que tuvo durante la intervención, aunque en otros momentos no, como indica en el autorregistro pos intervención. Con respecto a las tareas para casa de poner

en práctica las acciones valiosas acordadas en sesión, solo se llevaron cabo dos de ellas con respecto a la alimentación, que fueron reducir el consumo de pan y tomar refrescos sin azúcar.

Tabla 8: Resultados evaluación post-tratamiento

Prueba o subescala	PD
Medidas ansia por la comida	
<i>Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T)</i>	92
Intención	9
Falta de control	10
Reforzamiento positivo	13
Reforzamiento negativo	7
Pensamientos	12
Culpabilidad	6
Emociones	11
Estímulo	10
Hambre	12
<i>Food Craving Questionnaire-State (FCQ-S)</i>	21
Deseo total de comer	3
Anticipación del reforzamiento positivo	4
Anticipación del alivio	3
Falta de control sobre la comida	4
Ansia como un estado psicológico	7
Medidas flexibilidad con la imagen corporal	
<i>Body Image-Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ-12)</i>	35
Medidas evitación experiencial e inflexibilidad psicológica	
<i>Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ II)</i>	21
Medidas de peso	
<i>Peso kg</i>	102,1
<i>IMC kg/m2</i>	31,2
<i>Índice de grasa corporal %</i>	28,7

Tabla 9: Resultados autorregistro de la línea base postratamiento

Autorregistro	Ansia por la comida	Intensidad del Ansia (0-10)	Conducta de ingesta
1	si	8	si
2	si	6	no
3	no	0	no

4	no	0	no
5	si	8	no
6	si	5	si
7	no	0	no

A continuación, se expondrán de forma detallada los resultados de la intervención psicológica (tanto a nivel cuantitativo como cualitativo) comparando los datos recogidos en la evaluación pretratamiento con los obtenidos en la fase pos-tratamiento.

Con respecto al cuestionario *Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T)*, se encuentra que en la evaluación inicial, Carlos obtuvo una puntuación de 206 y tras la intervención una puntuación de 92, la cual correspondería según el criterio de medida establecido, 1=ausente, 2=leve, 3=moderado, 4= algo grave y 5= grave y 6=muy grave, a una puntuación de 2,35, leve-moderado; en el pre tratamiento los valores se encontraban en el criterio grave, por tanto, existe una reducción considerable del ansia en general. Tras la intervención el paciente refirió que sus pensamientos sobre la comida habían disminuido en frecuencia, dándoles «menos importancia» a los mismos, de manera general, ya que en algunos momentos sigue refiriendo que siguen apareciendo deseos intensos por comer. Se encuentra que en las escalas también ha habido una disminución en general (ver la *Fig.1*).

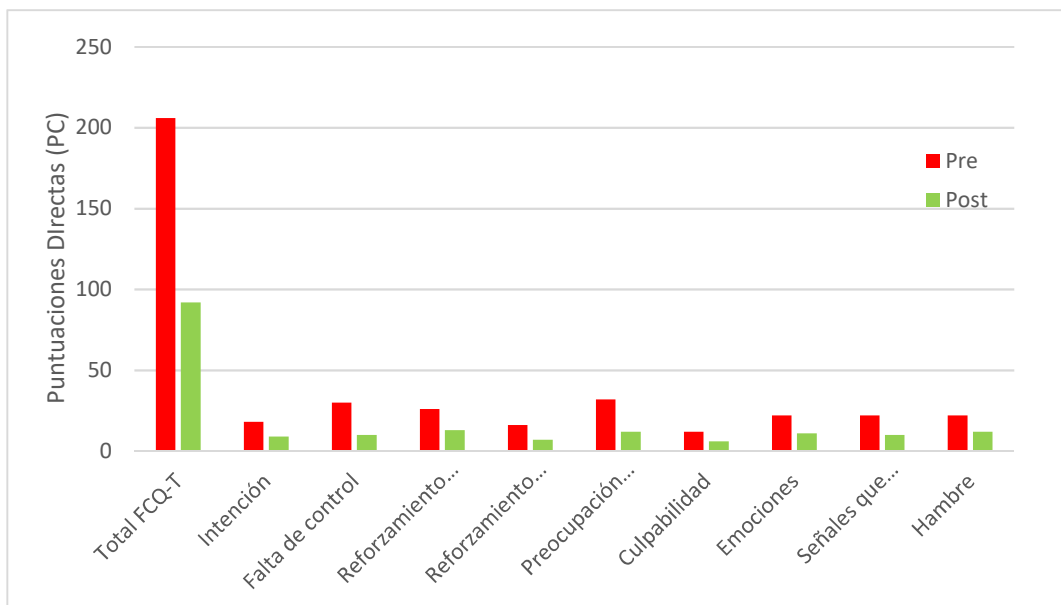


Figura 1: Puntuaciones pre- y post-tratamiento en el cuestionario Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T)

Tras analizar el cuestionario *Food Craving Questionnaire-State (FCQ-S)*, se observa que la puntuación total obtenida es de 21 puntos, que dentro de los criterios establecidos corresponde a 1,4, donde 1=ausente, 2=leve, 3=moderado, 4= grave y 5= muy grave, por tanto, se encuentra dentro del criterio ausente-leve, resultado significativo en cuanto al cambio de criterio del pre a la post intervención. En este sentido el ansia situacional ha disminuido considerablemente en el momento en que se pasó la segunda evaluación. Con respecto a las escalas del cuestionario, se observa una reducción en la puntuación de las mismas a nivel general, aunque la escala de ansia como estado psicológico no se ha visto tan afectada (ver la Fig. 2)

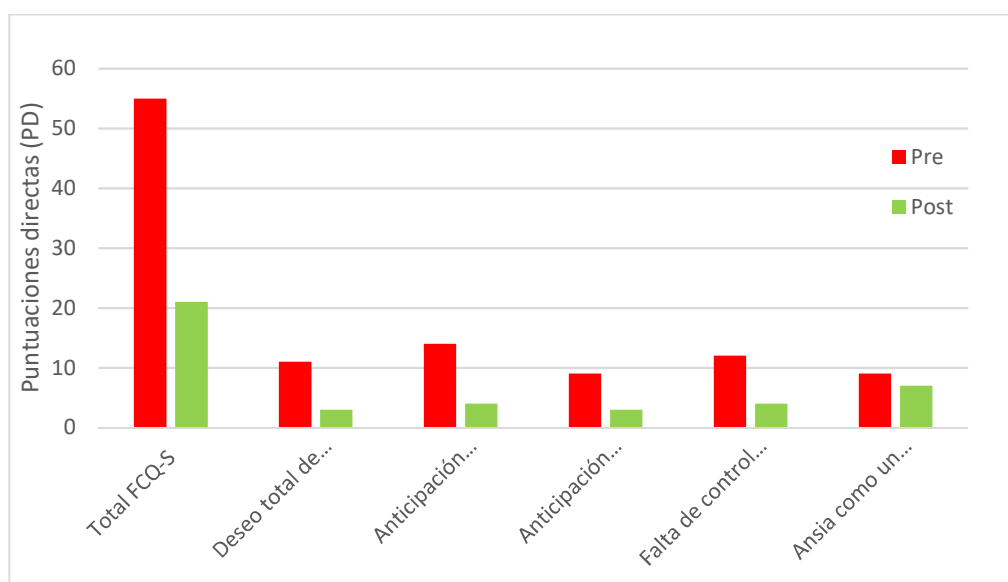


Figura 2: Puntuaciones pre- y post-tratamiento en el cuestionario *Food Craving Questionnaire-State (FCQ-S)*

En el cuestionario *Body Image-Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ-12)* el paciente obtuvo una puntuación total de 35 puntos, obteniendo una puntuación de 2,91 tras la media aritmética correspondiente, siendo el criterio ligero-leve. En la evaluación inicial el criterio fue de algo de gravedad, por lo que se considera relevante la bajada en las puntuaciones debido al cambio de criterio. En el cuestionario se puede observar como puntúa con un 5 (frecuentemente de acuerdo) en el ítem 2 «me preocupo

demasiado por el peso e imagen corporal» y el ítem 8 «Tendré un mejor control de mi vida si puedo controlar mis pensamientos negativos sobre mi cuerpo», siendo las más altas del cuestionario; lo que refleja que aún persiste esa preocupación por la imagen corporal pero que le impiden cada vez menos llevar una vida valiosa como muestra el ítem 9 puntuado con un 2, «Para tener el control de mi vida, necesito el control de mi peso» puntuado en la evaluación inicial de 6 (ver la Fig. 3).

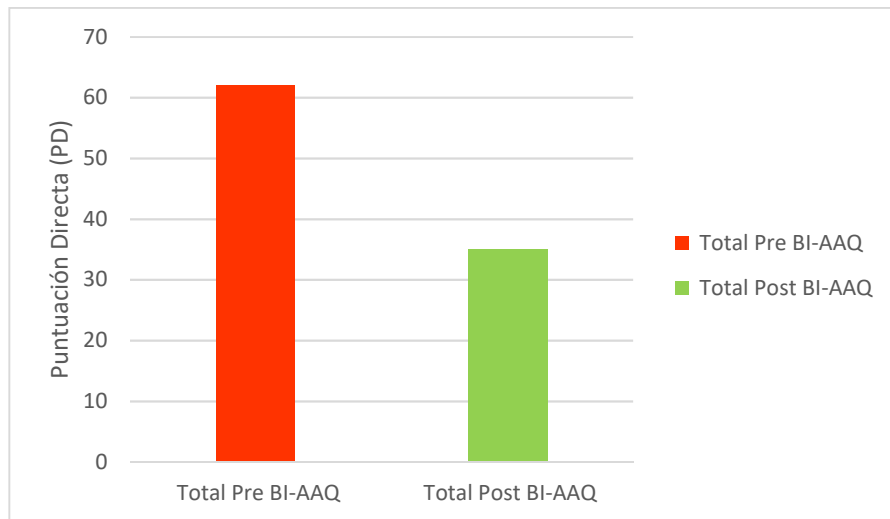


Figura 3: . Puntuaciones pre- y post-tratamiento en el cuestionario Body Image-Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ-12)

Con respecto a los resultados obtenidos en El Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ II) tras el tratamiento se obtiene una puntuación de 3 según el criterio de 1=ausente, 2=ligeramente, 3=leve, 4=moderado, 5= algo grave y 6= grave, 7=muy grave, estaría en el valor de leve, por debajo del encontrado en la puntuación inicial que se encontraba en el criterio de algo grave (ver la Fig. 4).

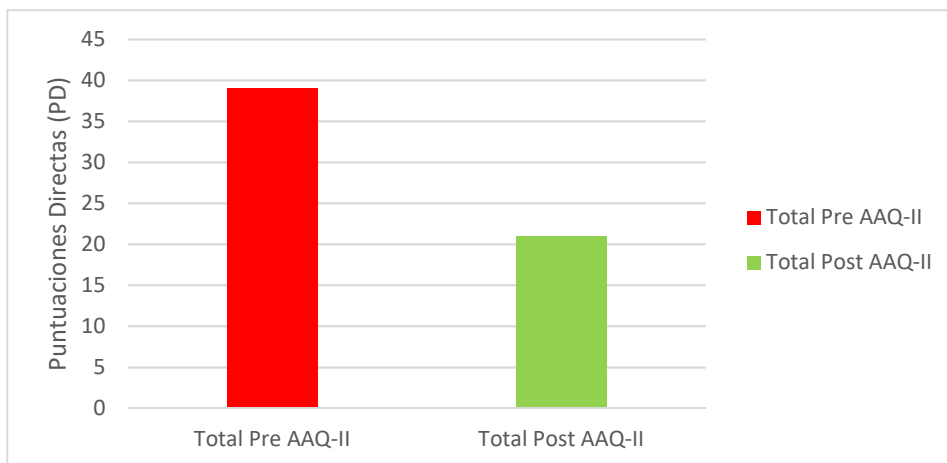


Figura 4: Puntuaciones pre- y post-tratamiento en el Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ II)

En las medidas del peso encontramos que en el post tratamiento el paciente obtiene un peso de 102,1 kg (siendo el peso en el pretratamiento de 103,1 kg) encontrando una reducción de 1 kg. Con respecto al IMC y el % de grasa corporal obtiene 31,2 kg/m² y 28,7% respectivamente, encontrándose estos valores dentro de la misma clasificación de obesidad que en el pretratamiento, por lo que no se aprecia una diferencia significativa (ver Fig. 5).

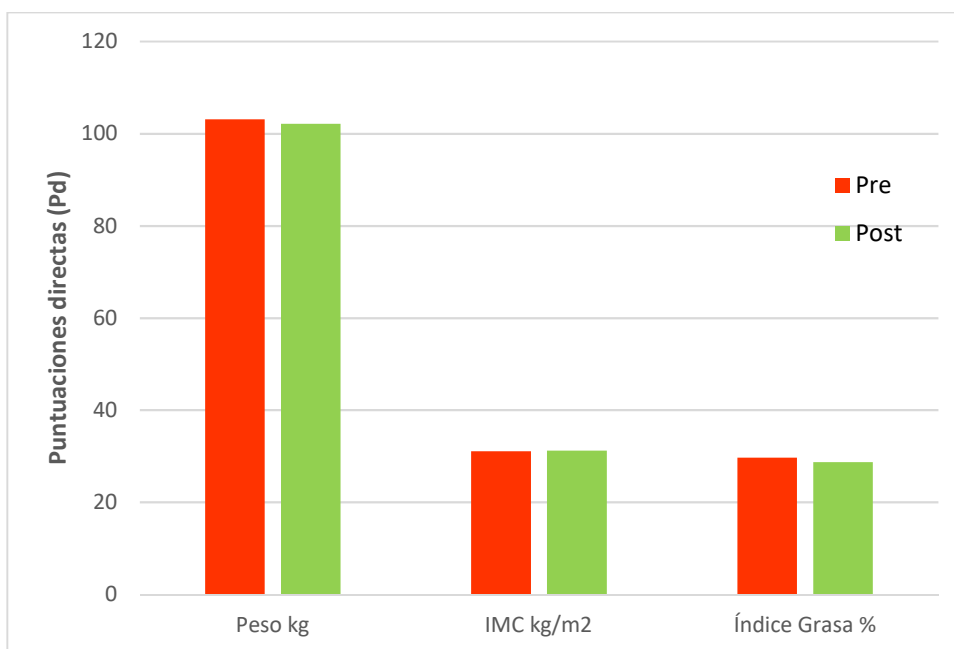


Figura 5: Puntuaciones pre- y post-tratamiento en las medidas de peso, IMC e Índice Grasa Corporal.

Con respecto a las medidas de los autorregistros, se encuentra que durante los 7 registros de la línea base final se registró ansia por la comida en 4 ocasiones (5 en el pretratamiento), y 2 conductas de ingesta con respecto a las veces que se dio el ansia (3 en el pretratamiento). La intensidad del ansia tras una media aritmética se obtuvo un valor de 6,75. Estos resultados muestran una pequeña reducción en el ansia por la comida, en las conductas de ingesta y en la intensidad, pero no siendo esta reducción significativa.

7.5 Discusión

El objetivo del presente estudio radicaba en la disminución del ansia por la comida, de la inflexibilidad de la imagen corporal y del trastorno de evitación experiencial, y como consecuencia una reducción del peso en una persona con obesidad, a través de la técnica EPR y técnicas de ACT.

Tras un análisis visual de los datos obtenidos, parece indicar que ambas técnicas resultaron efectivas en algunas de las variables del estudio. Destacar que Carlos obtuvo puntuaciones más reducidas post tratamiento tanto en el *FCQ-T* y *FCQ-S* y en las diferentes sub-escalas de los mismos, aunque existió mayor disminución en el *FCQ-S* con respecto al pre-tratamiento que en el *FCQ-T*. Resaltar que la reducción de las puntuaciones fue menor en la sub-escala del ansia por la comida como estado psicológico del *FCQ-S*; estos datos implican una reducción considerable del ansia por la comida tanto a nivel de rasgo como ansia situacional, lo que concuerda con lo expresado por el participante con respecto a esta variable tras la intervención, pues indica sentir menos ansia por la comida a nivel general, los pensamientos sobre la comida dice haberse reducido considerablemente y aumento en la consciencia cuando presenta este constructo. Además, siente que ahora tiene herramientas para poder regularla y no perder el control de sus ingestas; lo que concuerda con la baja puntuación obtenida en las sub-escalas de dichos cuestionarios concretamente: falta de control y preocupación sobre la comida. Con respecto a las medidas tomadas en los autorregistros, se encuentra una pequeña

disminución del ansia y de las conductas de ingesta con respecto al pre-tratamiento, pero siendo este un cambio poco significativo; en este aspecto, se recomendaría una mayor práctica de la técnica de EPR, para afianzar el hábito de utilizarla en los momentos crítico, y tomar medidas durante más tiempo para comprobar si en realidad ha habido un cambio significativo. Con respecto a la flexibilidad sobre la imagen corporal, también se encuentran puntuaciones más reducidas en el cuestionario *BI-AAQ-12* lo que significa un aumento de la flexibilidad de la misma, en este sentido Carlos refirió que sus preocupaciones sobre su imagen corporal habían disminuido tras la intervención, aunque aún seguía teniendo preocupación sobre su peso; además, refirió que sentía que su imagen corporal tenía menos relevancia en su vida diaria a la hora de realizar actividades. Se encuentra una reducción de la Evitación Experiencial, a través de la disminución en la puntuación del cuestionario *AAQ-II*, por lo que se infiere un aumento en la flexibilidad psicológica frente al malestar. Carlos refirió que tras la intervención tiene mayor conocimiento de las conductas disfuncionales que hacía para evitar el malestar, y cuál es el camino que quiere seguir para llevar una vida saludable, aspecto muy importante para él al cual no le estaba dedicando la consistencia necesaria.

Los resultados obtenidos en general, reflejan que los objetivos propuestos del estudio se han conseguido parcialmente, ya que, respecto al peso, IMC y % de grasa corporal, no se encuentran cambios significativos. Esto puede deberse a que el paciente no seguía ningún tipo de dieta específica sobre alimentos o cantidades de los mismos. Además, los objetivos y metas que se acordaron durante la intervención con componentes de ACT, en el establecimiento de objetivos y metas valiosas respecto al bienestar físico, fueron de un nivel moderado, considerado así a propósito para empezar el cambio con componentes fáciles de cumplir, aumentando la autoeficacia del paciente. Aun así, de todas las acciones propuestas solo se llevaron a cabo durante la intervención dos de ellas: reducción del pan en el desayuno y en la cena y tomar refrescos sin azúcar.

La duración de la intervención puede ser una gran limitación de este estudio con respecto a la pérdida de peso, ya que resultados favorables de una pérdida saludable de peso, se obtienen más a largo plazo. Otra limitación encontrada, es que la intervención se llevó a cabo durante el periodo de exámenes del paciente, esto pudo suponer un aumento del estrés por los exámenes lo cual quedó reflejado tanto en la línea base inicial como en la final como estímulo desencadenante del ansia, lo que podría explicar que no hubiera habido una reducción significativa de las variables medidas en los autorregistros. Resaltar

que dado que la obesidad requiere una intervención multidisciplinar trabajar con diferentes profesionales conjuntamente para abordar esta problemática arrojaría resultados más positivos en lo referente a la pérdida de peso.

Para futuras investigaciones se deberían aumentar el número de sesiones, tanto de la técnica EPR como de ACT haciendo un seguimiento de los avances del paciente a largo plazo. En la literatura no se encuentra la técnica EPR y ACT aplicadas conjuntamente, pero dados los resultados positivos en este estudio, resultaría interesante aplicar ambas técnicas en más estudios de iguales o diferentes características, para obtener más resultados sobre su eficacia, pues como se ha visto no son incompatibles en el sentido de que se pueden complementar ambos componentes.

Por último, señalar que por la corta duración del estudio presenta fácil aplicación, aunque debido a la complejidad de las técnicas si se necesitaría una formación previa de los componentes utilizados para su adecuada aplicación.

Seguimiento

Se acordó con el paciente seguir en contacto telefónico después de la intervención una vez a la semana durante el primer mes, y llevar a cabo una sesión de recuerdo a los 3, a los 6 y a los 9 meses, para comprobar si se producen cambios en los resultados obtenidos tras la intervención y se insistió en la puesta en marcha de las acciones valiosas acordadas durante la intervención. El seguimiento queda garantizado dada que la localización geográfica tanto del paciente como del terapeuta es muy favorable y estable a largo plazo.

8. Referencias.

- Abella, F. V., Sanjuanelo, J. P., García, M. F., y Maldonado, J. G. (2015). Terapia de exposición mediante Realidad Virtual en los trastornos alimentarios: presente y futuro. *Tesis psicológica*, 10(2), 12-37
- Agliaro-López, M., Ferrer-García, M., Pla-Sanjuanelo, J., y Gutiérrez-Maldonado, J. (2014). Inducción de craving por comida mediante realidad virtual no inmersiva. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 19(3), 243-251.

- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., y Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1), 30-36.
- Bach, P. A., y Moran, D. J. (2008). ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy. *New Harbinger Publications*.
- Bados López, A., y García Grau, E. (2011). Técnicas de exposición. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, 2*. Barcelona
- Barnes-Holmes, S. C. H. D., y Roche, B. (2001). Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. *Springer Science y Business Media*.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35(4), 537-546.
- Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carrasco, E., y Didia-Attas, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20(4), 365-376.
- Buschiazzo, D. S., y Saez, C. F. (2018). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 26(1).
- Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. *Buenos Aires*. Recuperado de <http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf>.
- Cattivelli, R., Pietrabissa, G., Ceccarini, M., Spatola, C. A., Villa, V., Caretti, A., ... y Castelnuovo, G. (2015). ACTonFOOD: opportunities of ACT to address food addiction. *Frontiers in psychology*, 6, 396
- Cepeda-Benito, A., Fernandez, M. C. y Moreno, S. (2003). Relationship of gender and eating disorder symptoms to reported cravings for food: construct validation of state and trait craving questionnaires in Spanish. *Appetite*, 40(1), 47-54
- Cepeda-Benito, A., Gleaves, D. H., Williams, T. L. y Erath, S. T. (2000). The development and validation of the state and trait food cravings questionnaires. *Behavior Therapy*, 31, 151-173

- Di Mura, M. V. G., Casari, L., Pancher, R. J. G., y del Rosario Vega, M. (2018). Análisis de factores psicológicos en pacientes obesos: estudio pre y post tratamiento. *Revista de Psicología, 13*(26), 55-64.
- Fernández Ballesteros, R. (2004). *El proceso como procedimiento científico I: el proceso descriptivo-predictivo*. En R. Fernández Ballesteros (Dir.), Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos. *Madrid: Pirámide*.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., y Duarte, C. (2011). The validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: Exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11*(3), 327.
- Fernández-Montalvo, J., y López-Goñi, J. J. (2010). Adicciones sin drogas: características y vías de intervención. *FOCAD. Formación Continuada a Distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 8*(2).
- Forbes, G. B. (2012). Human body composition: growth, aging, nutrition, and activity. *Springer Science y Business Media*.
- Forman, E. M., Hoffman, K. L., McGrath, K. B., Herbert, J. D., Brandsma, L. L., y Lowe, M. R. (2007). A comparison of acceptance-and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour research and therapy, 45*(10), 2372-2386.
- Gifford, E. V., y Lillis, J. (2009). Avoidance and inflexibility as a common clinical pathway in obesity and smoking treatment. *Journal of health psychology, 14*(7), 992-996.
- Hawkes, A. L., Pakenham, K. I., Chambers, S. K., Patrao, T. A., y Courneya, K. S. (2014). Effects of a multiple health behavior change intervention for colorectal cancer survivors on psychosocial outcomes and quality of life: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine, 48*(3), 359-370.
- Hayes, S.C. (2005). The ACT packet. Disponible en línea:
http://www.actmindfully.com.au/upimages/act_pack.pdf
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2012). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. *New York, NY, US*.

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.
- Hayes, S. C., y Gifford, E. V. (1997). The trouble with language: Experiential avoidance, rules, and the nature of verbal events. *Psychological Science*, 8(3), 170-173.
- Herbert, J. D. y Forman, E. M. (2013). Caution: The differences between CT and ACT may be larger (and smaller) than they appear. *Behavior Therapy*, 44(2), 218-223.
- Iruarrizaga, I., Romero, N., Camuñas, N., Rubio, M. A., y Cabrerizo, L. (2001). Entrenamiento en control emocional en obesidad mórbida. *Psicología.com*, 5(3)
- Jansen, A., Broekmate, J., y Heymans, M. (1992). Cue-exposure vs self-control in the treatment of binge eating: a pilot study. *Behaviour research and therapy*, 30(3), 235-241.
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., ... y Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behavior modification*, 37(4), 459-489.
- Lillis, J., Hayes, S. C., y Levin, M. E. (2011). Binge eating and weight control: The role of experiential avoidance. *Behavior modification*, 35(3), 252-264.
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M., y Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165.
- Luciano, M. C., y WILSON, K. (2002). Terapia de aceptación y compromiso. *Pirámide, Madrid*.
- Martiez-Mallén, E., Castro-Fornieles, J., Lázaro, L., Moreno, E., Morer, A., Font, E., ... y Toro, J. (2007). Cue exposure in the treatment of resistant adolescent bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 596-601.
- Masuda, A., Hill, M. L., Melcher, H., Morgan, J., y Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for women diagnosed with binge eating disorder: A case-series study. *Psychology Faculty Publications*, 1-34
- Medrano, M. J. (2016). Flexibilidad con la imagen corporal y conductas de riesgo alimentario en adolescentes. *Repositorio Institucional, Universidad de Oviedo*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10651/34610>.

- Moreno, S., Rodríguez, S., y Fernández, M. C. (2009). *¿Qué es el ansia por la comida? Madrid: Pirámide.*
- Okorodudu, D. O., Jumean, M. F., Montori, V. M., Romero-Corral, A., Somers, V. K., Erwin, P. J. y Lopez-Jimenez, F. (2010). Diagnostic performance of body mass index to identify obesity as defined by body adiposity: a systematic review and meta-analysis. *International journal of obesity*, 34(5), 791.
- Prevedini, A. B., Presti, G., Rabitti, E., Miselli, G., y Moderato, P. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 33(1 Suppl A), A53-A63.
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Cangas, A. J., y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Sairanen, E., Lappalainen, R., Lapveteläinen, A., Tolvanen, A., y Karhunen, L. (2014). Flexibility in weight management. *Eating behaviors*, 15(2), 218-224.
- Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M., Moreno, B., y de la SEEDO, G. C. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina clínica*, 128(5), 184-196.
- Saldaña, C. y Bados, A. (1988). El problema del mantenimiento en el tratamiento de la obesidad. Un modelo de intervención para la prevención de la recaída. *Anuario de Psicología*, 38(1), 49-66.
- Sánchez-Carracedo, D., y López-Guimerà, G. (2011). Hacia la prevención integrada de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop*, 52, 13-17
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., y Kellum, K. K. (2013). Assessment of body image flexibility: The body image-acceptance and action questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1-2), 39-48.
- Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., Zipfel, S., y Giel, K. E. (2013). Food-related impulsivity in obesity and Binge Eating Disorder—a systematic review. *Obesity Reviews*, 14(6), 477-495.

- Shaw, K. A., O'Rourke, P., Del Mar, C., y Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).
- Teufel, M., Becker, S., Rieber, N., Stephan, K., y Zipfel, S. (2011). Psychotherapie und Adipositas. *Der Nervenarzt*, 82(9), 1133.
- Toro, J., Cervera, M., Feliu, M. H., Garriga, N., Jou, M., Martinez, E. y Toro, E. (2003). Cue exposure in the treatment of resistant bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 34(2), 227-234.
- Weineland, S., Arvidsson, D., Kakoulidis, T. P., y Dahl, J. (2012). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research y Clinical Practice*, 6(1), e21-e30.
- Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology* 46 (6), 365-376.
- Wilson, K. G., y Groom, J. (2002). The valued living questionnaire. *Department of Psychology, University of Mississippi, University, MS*.

9. Anexos.

Anexo 1. Cuestionario Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T)

FCQ-T

Hemos escrito una lista de comentarios que la gente ha hecho acerca de sentimientos, pensamientos, deseos, tentaciones y antojos relacionados con la comida y el comer. Por favor, utilizando los números que hay a la derecha de cada descripción, escribe en el espacio de la izquierda de cada frase la frecuencia con que tú te sientes así, o hasta qué punto cada comentario describe cómo tú piensas o te sientes **en general**.

Nunca (1)	Raramente (2)	Algunas veces (3)
A menudo (4)	Casi siempre (5)	Siempre (6)

1. ____ Cuando estoy con alguien que está comiendo me entra hambre
2. ____ Cuando tengo deseos intensos de comer, una vez que me pongo a comer no puedo parar
3. ____ A veces, cuando como lo que se me antoja, pierdo el control y como demasiado
4. ____ Detesto no poder resistir la tentación de comer
5. ____ Sin duda alguna, las ganas de comer me hacen pensar en cómo voy a conseguir lo que quiero comer
6. ____ No hago más que pensar en la comida
7. ____ A menudo me siento culpable cuando deseo ciertas comidas
8. ____ A veces me encuentro pensativa y preocupada por la comida
9. ____ Como para sentirme mejor
10. ____ Algunas veces mi vida parece perfecta cuando como lo que me apetece
11. ____ Se me hace la boca agua cuando pienso en mis comidas favoritas
12. ____ Siento deseos intensos de comer cuando mi estómago está vacío
13. ____ Siento como si mi cuerpo me pidiera ciertas comidas
14. ____ Me entra tanta hambre que mi estómago se siente como un pozo sin fondo
15. ____ Cuando como lo que deseo me siento mejor
16. ____ Cuando como lo que deseo me siento menos deprimida
17. ____ Cuando como algo que deseo con intensidad me siento culpable
18. ____ Cada vez que deseo comer algo en particular me pongo a hacer planes para comer
19. ____ El comer me tranquiliza
20. ____ Siento deseos de comer cuando estoy aburrida, enfadada o triste
21. ____ Después de comer no tengo tantas ansiedades
22. ____ Si tengo la comida que deseo, no puedo resistir la tentación de comerla
23. ____ Cuando se me antoja una comida, normalmente intento comerla tan pronto pueda

24. ____ Comer lo que me apetece mucho me sienta estupendamente
25. ____ No tengo la fuerza de voluntad de resistir mis deseos de comer las comidas que se me antojan
26. ____ Una vez que me pongo a comer tengo problemas para dejar de comer
27. ____ Por mucho que lo intento, no puedo parar de pensar en comer
28. ____ Gasto demasiado tiempo pensando en lo próximo que voy a comer
29. ____ Si me dejo llevar por la tentación de comer pierdo todo mi control
30. ____ A veces me doy cuenta de que estoy soñando despierta y estoy soñando en comer
31. ____ Cada vez que se me antoja una comida sigo pensando en comer hasta que como lo que se me antojó
32. ____ Cuando tengo muchas ganas de comer algo estoy obsesionada con comer lo que deseo
33. ____ A menudo deseo comer cuando siento emociones fuertes
34. ____ Cada vez que voy a un banquete termino comiendo más de lo que necesito
35. ____ Para mí es difícil resistir la tentación de tomar comidas apetecibles que están a mi alcance
36. ____ Cuando estoy con alguien que se pasa comiendo, yo también me paso
37. ____ Comer me alivia
38. ____ Cuando estoy muy estresada me entran deseos fuertes de comer
39. ____ Me entran deseos fuertes de comer cuando estoy disgustada

Anexo 2.

FCQ-S

Hemos escrito una lista de comentarios que la gente ha hecho acerca de sentimientos, pensamientos, deseos, tentaciones y antojos relacionados con la comida y el comer. Por favor, utilizando los números que hay al lado de cada descripción, escribe en el espacio de la izquierda de cada frase hasta qué punto tú estás de acuerdo con el comentario que se hace, o hasta qué punto tú te sientes así **ahora mismo**. Por favor, observa que algunas preguntas se refieren a una o varias comidas en particular (comidas que te apetecerían ahora), mientras que otras se refieren a comidas que te apetecen en general.

Absolutamente nada de acuerdo (1)	Casi nada de acuerdo (2)	Neutral (3)
Un poco de acuerdo (4)	Muy de acuerdo (5)	

1. ____ Ahora mismo tengo un deseo intenso de comer una o varias comidas en particular
2. ____ Ahora mismo tengo un antojo por una o varias comidas en particular
3. ____ Ahora mismo me urge comer una o varias comidas en particular
4. ____ Si pudiera comer una o varias comidas en particular me sentiría perfectamente
5. ____ Estoy segura de que si comiera lo que deseo mi humor mejoraría
6. ____ Comer una o varias comidas en particular me haría sentir maravillosamente
7. ____ Si comiera algo no me sentiría tan débil y aletargada
8. ____ Me sentiría menos antipática e irritable si pudiera satisfacer mis deseos de comer
9. ____ Me sentiría más alerta si pudiera satisfacer mis deseos de comer
10. ____ Si tomara una o varias comidas en particular no podría parar de comerlas
11. ____ Mi deseo de comer una o varias comidas en particular puede más que yo
12. ____ Ahora mismo sé que voy a seguir pensando en lo que me apetece hasta que lo consiga
13. ____ Tengo hambre
14. ____ Si pudiera comer algo ahora mismo mi estómago no se sentiría tan vacío
15. ____ Me siento débil por no comer

Anexo 3. Autorregistro

AUTORREGISTRO

Día	Ansia por la comida	GRADO DE ANSIA (O-10)	CONDUCTA DE INGESTA	ALIMENTO INGERIDO	ESTÍMULO DESENCADENANTE (situación, emoción...)
	SI		SI		
	NO		NO		
	SI		SI		
	NO		NO		
	SI		SI		
	NO		NO		
	SI		SI		
	NO		NO		
	SI		SI		
	NO		NO		
	SI		SI		
	NO		NO		

IMC:

% GRASA CORPORAL:

Anexo 4.

BI-AAQ

Directrices: A continuación encontrará una lista de ítems. Por favor señale la verdad de cada ítem tal y como lo pienses. Usa las siguientes puntuaciones de la escala para tu elección. Para cada ítem, si considera que una afirmación es "Totalmente cierta", deberías escribir un 7 en el ítem.

Nunca de acuerdo	Muy raramente de acuerdo	Raramente de acuerdo	A veces de acuerdo	Frecuente mente de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

- __1 Preocuparme por mi peso me dificulta vivir una vida que yo quiero.
- __2 Me preocupo demasiado por mi peso e imagen corporal.
- __3 Me cierro en banda cuando me siento mal con la forma de mi cuerpo o mi peso.
- __4 Antes de dar pasos importantes en mi vida, tengo que cambiar mis pensamientos y sentimientos sobre mi peso e imagen corporal.
- __5 Las preocupaciones sobre mi cuerpo me ocupan demasiado tiempo.
- __6 Si empiezo a sentirme gordo/a, intento pensar en otra cosa.
- __7 Tengo que sentirme mejor con mi cuerpo antes de poder hacer algunos planes serios.
- __8 Tendré un mejor control sobre mi vida si puedo controlar mis pensamientos negativos sobre mi cuerpo.
- __9 Para tener el control de mi vida, necesito tener el control de mi peso.
- __10 Sentirme gordo/a causa problemas en mi vida.
- __11 Cuando empiezo a pensar sobre mi talla e imagen corporal, me resulta duro hacer algo más.
- __12 Mis relaciones podrían ser mejores si mi peso y/o la forma de mi cuerpo no me molestasen.

AAQ-II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PARTICIPANTE

Investigadora principal: María Dolores Hernández Juan

Centro: Universidad de Jaén

Yo (Nombre y Apellidos de la persona participante):

.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (*Información al/la participante*)
- He podido hacer preguntas sobre la intervención en persona con María Dolores Hernández Juan, través del número 618751117 y del mail mdhj0003@red.ujaen.es
- He recibido suficiente información sobre la intervención a través de Información al Participante
- He hablado por mail y por teléfono con la profesional informadora si así lo he considerado oportuno: __María Dolores Hernández Juan__
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la donación/información obtenida, a través de la cumplimentación de los cuestionarios de evaluación, sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en esta intervención.

DOY NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

DOY NO DOY

Mi consentimiento para la anonimización de mis muestras o datos

Firmo por duplicado, quedándome con una copia

Fecha:

Firma del participante/paciente

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento

Fecha:

Firma del Investigador o la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento:

Anexo 7. Análisis Funcional.

Situación	Eventos privados	Qué hace	Qué obtiene a corto plazo	A largo plazo
En casa	Aburrido	Come mucha cantidad y alimentos poco saludables	Entretenimiento	Problemas de sobrepeso que pueden derivar a otras enfermedades.
En Casa en Periodo de exámenes	Estrés, nerviosismo	Como o como más rápido y más cantidad	Desinhibición un poco de la realidad y placer	
Veo comida o estoy comiendo	Ansioso	Comer y beber alcohol	Alivio del deseo de comer	Peor salud física
Salgo fuera de casa a comer	Tengo hambre y ansioso por comer	Comer	Saciedad	Sentimientos de culpa y vergüenza.
Preparación para un viaje	Estrés, preocupación		Calma en ese momento	
Me proponen ir a una piscina o a la playa	Preocupación por mi peso y mi cuerpo	Normalmente no voy y si voy suelo estar todo el rato dentro del agua	Alivio sino voy, pero me siento mal conmigo mismo. Y si voy mucho malestar.	Me pierdo disfrutar de esos momentos y si voy no soy capaz de disfrutar.
Me tengo que comprar ropa	No me gusta mi cuerpo	Voy muy poco	Cuando voy malestar.	Ropa nueva.

Anexo 8. Cuestionario de Valores (Wilson y Groom, 2002)

IMPORTANCIA

A continuación se presentan varias áreas o ámbitos de la vida que son importantes para algunas personas. En este punto, nuestro interés es conocer tu calidad de vida en cada una de estas áreas. Uno de los aspectos que se refieren a la calidad de vida es la importancia que uno le da a las diferentes áreas de la vida.

Marca la importancia de cada área en una escala del 1 al 10 rodeando con un círculo. *1* significa que esa área no es nada importante para ti y *10* significa que ese ámbito de tu vida es muy importante. Conviene que sepas que estas áreas no son importantes para todo el mundo y además que el valor que cada persona da a estas áreas es algo muy personal. Lo importante es que lo valores en función de la importancia que para ti personalmente tenga cada una de ellas.

Áreas	Nada importante										Extremadamente importante
10. Familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
11. Esposo/a, pareja, relaciones íntimas	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
12. Cuidado de los hijos/as	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
13. Amigos, vida social	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
14. Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
15. Educación/ formación	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
16. Ocio / diversión	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
17. Espiritualidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
18. Ciudadanía	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
19. Cuidado físico	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10

CONSISTENCIA

Ahora nos gustaría que estimaras el grado en el que has sido consistente con cada uno de tus valores. No te estamos preguntando sobre cómo te gustaría idealmente haberte comportado en cada área. Ni tampoco te estamos preguntando lo que otros piensan de vos. Todos lo hacen mejor en unas áreas que en otras. Queremos saber cómo crees que lo has estado haciendo durante la semana pasada. Marca usando una escala de 1 a 10, rodeando con un círculo, donde *1* significa que tus acciones han sido completamente inconsistentes con tus valores y *10* significa que tus acciones han sido completamente consistentes con tus valores.

Áreas	Nada importante										Extremadamente importante
1. Familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
2. Esposo/a, pareja, relaciones íntimas	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
3. Cuidado de los hijos/as	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
4. Amigos, vida social	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
5. Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
6. Educación/ formación	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
7. Ocio / diversión	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
8. Espiritualidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
9. Ciudadanía	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
10. Cuidado físico	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10