

Universidad Iberoamericana-UNIBE

Escuela de Psicología



Proyecto Final para optar por el título de  
**Maestría/Especialidad en Interacción en Crisis y Trauma**

**Relación entre los estilos de apego y la regulación emocional en adultos con obesidad del  
Centro Médico de Diabetes Obesidad y Especialidades.**

**Sustentante(s):**

Kristie Diane Belliard Rosario 23-1051

**Nombre asesor(a/es):**

Gloriannys Báez Rodríguez

Los conceptos expuestos en el presente trabajo son de la exclusiva responsabilidad del/la (los) sustentante(s) del mismo.

Santo Domingo, D.N.  
República Dominicana  
Junio, 2024

## **Relación entre los estilos de apego y la regulación emocional en adultos con obesidad del Centro Médico de Diabetes Obesidad y Especialidades.**

### **Resumen**

“El objetivo fue relacionar los estilos de apego y la regulación emocional en adultos con obesidad de un centro médico en República Dominicana. La muestra fueron 32 pacientes a los que se aplicó la escala CAMIR-R para los tipos de apego y la escala DERS que mide la desregulación emocional. Se llevó a cabo la prueba exacta de Fisher con un intervalo de confianza de 95 % dando como resultado en el grupo con obesidad 0.267 ( $p > 0.05$ ) y en el grupo sin obesidad 0.545 ( $p > 0.05$ ). Se encontró que el 75% de la muestra tiene un tipo de apego inseguro, prevaleciendo el apego desorganizado y una alta capacidad de regulación emocional. No se encontró asociación estadísticamente significativa en función de regulación emocional y tipo de apego en los grupos con obesidad y sin obesidad. Aun así, se considera relevante continuar investigando sobre el apego, la obesidad y la regulación emocional. Trabajar estos patrones que funcionan como reguladores podría ser un enfoque diferente en el tratamiento psicológico de la obesidad. Se propone un programa de intervención grupal para trabajar la regulación emocional y modificar los patrones comportamentales de apego que puedan aportar más herramientas en la intervención psicológica de la obesidad.

**Palabras claves:** Apego, regulación emocional, obesidad”.

## **Dedicatoria**

**A Noah,**

**tu resiliencia te hará grande, gracias por tu amor y tu paciencia en tus primeros  
años de vida,**

**Te amo.**

## **Agradecimientos**

Las palabras quedarían cortas para expresar lo que siente mi corazón al terminar esta etapa. Un esposo maravilloso que me motivó durante todo este año y estuvo siempre para brindar protección y seguridad. Una mamá que se hizo cargo de su nieto para que su hija pudiera lograr sus objetivos; un papá y unas hermanas que modificaron su rutina de vida para verme crecer.

¡Que hermosa y grande es mi red de apoyo!

Gracias a Manuel Soto por ser guía, luz y por hacerme ver que la investigación es hermosa si tienes la orientación correcta.

A mis colegas Clara, Ana, Caluz, Antonio, Jorge y los compañeros de este viaje gracias por estar disponibles y ser impulso para no abandonar este sueño.

Por último agradecer a todo el equipo asistencial de CEMDOE que fue de suma importancia la segunda fase de esta investigación.

"Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo a dondequiera que vayas." Josué 1:9

## Introducción

“La obesidad es uno de los problemas de la humanidad que más en riesgo pone la salud mental y física de las personas (*Salud mental/corporal*, 2010). Este trabajo busca encontrar la relación entre los estilos de apego y la regulación emocional en adultos con obesidad. Existe una estrecha relación entre la alimentación emocional y la regulación emocional (Willem et al., 2020).

Es un trastorno metabólico de clasificación crónica, la obesidad se caracteriza por una acumulación excesiva de energía almacenada en forma de grasa en el organismo, que tiene como resultado un aumento de peso corporal con respecto al valor esperado (*Obesity and Overweight*, 2021). Según la federación mundial de la obesidad (World Obesity), el 38 % de la población mundial vive con obesidad (*World Obesity Federation*, 2022). En América Latina y el Caribe se registra un 58 % de la población (FAO, et al., 2019). República Dominicana tiene una prevalencia de obesidad de un 26.9 % de las personas adultas; el 60.3 % de la población dominicana tiene un Índice de Masa Corporal elevado (FAO, et al., 2019). La obesidad es una enfermedad crónica y representa un factor de riesgo para problemas cardiometabólicos y psicológicos (Puhl & Latner, 2007). Un factor crucial es el psicológico. La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que el 5 % de la población adulta padece depresión y el 4 % ansiedad (*Depresión*, 2023). Un 40.8 % de los pacientes obesos presentan trastornos psiquiátricos (Guleç Öyekçin et al., 2018). Además, se encontró que la ansiedad por el tipo de apego se relaciona con el índice de masa corporal (Illing et al., 2010).

Conociendo que la obesidad es multifactorial; es importante tomar en cuenta que el entorno familiar y la forma de relacionarse influyen en la forma en cómo el individuo se enfrenta a las dificultades de la vida y la forma en que ejerce el autocuidado. Un concepto relacionado con la manera de relacionarnos en la familia es el estilo de apego. El estilo de apego es incursionado por John Bowlby y se refiere a la manera en que una persona aprende a vincularse o relacionarse con sus cuidadores principales (Koskina & Giovazolias, 2010). Si un sujeto tiene un cuidador que responde saludable ante el estrés durante la infancia, sus formas de buscar apoyo y regularse serán apropiadas para hacer frente al estrés, resultando un apego seguro. Sin embargo, si ocurre lo contrario y el cuidado de respuestas insensibles o irregulares, resultará un apego inseguro (Hunter & Maunder, 2001). Se ha encontrado que el estilo de apego persiste en la adultez, creando un esquema cognitivo y conductual prediciendo el comportamiento ante momentos de estrés (Hunter & Maunder, 2001). El nivel de estrés, la capacidad de resolver problemas se ven diferentes en la obesidad y existe una mayor dificultad para regular emociones, afectando también la percepción de autoeficacia (Lizama et al., 2021).

Las personas con obesidad tienen dificultades para contactarse apropiadamente con sus emociones, lo que provoca complicaciones en su reconocimiento y regulación (Silva, 2008). Recurren a sistemas básicos de compensación (ingesta de calorías), a causa de confundir diversas emociones con el hambre (Goleman, 1995), sus mecanismos de autorregulación emocional son incapaces de afrontar las situaciones con seguridad, utilizando la ingesta como apoyo en situaciones emocionalmente complejas (Cordella M, 2008). Existe una posible relación entre el apego inseguro y el riesgo de trastornos alimentarios y esta relación podría estar mediada por el perfeccionismo y las estrategias de regulación emocional (Tasca & Balfour, 2014)”.

La regulación emocional comenzó a hacerse interesante a través de la psicología evolutiva, específicamente observando los procesos regulatorios extrínsecos de los niños,

encontrando que son el resultado del vínculo con los demás (Gross & Thompson, 2007). Se basa en “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (Gross, 1999, p. 275). Es un proceso adaptativo y la energía que se dirige a cambiar un estado emocional intenso puede resultar exitosa, pero también tornarse inútil o incluso dañina (Santos, 2022).

“Por otro lado, la desregulación emocional se ve como una bajada en la activación y efectividad en las habilidades regulatorias utilizadas por el sujeto ante estados afectivos negativos (Hervas & Vazquez, 2006) tiene un efecto dañino en el equilibrio e interfiere en el tratamiento clínico (Berking et al., 2008). Dentro del ámbito clínico, la desregulación emocional tiene presencia en muchos desórdenes psicológicos tales como los hábitos de consumo. Existe una relación negativa entre la autoeficacia general y la dificultad de la regulación emocional (Lizama et al., 2021).

Esta investigación propone que la regulación emocional y el tipo de apego juegan un rol importante en la obesidad. El objetivo principal de este estudio es determinar la prevalencia entre los patrones de apego y la regulación emocional en adultos con obesidad en comparación con adultos no obesos del Centro Médico de Diabetes, Obesidad y Especialidades en la República Dominicana. Partiendo de la hipótesis de que en la población de adultos con Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 30 predomina el tipo de apego inseguro y la capacidad de regulación emocional es reducida en este grupo en comparación con el grupo IMC menor a 30.

Se espera que en los sujetos con IMC mayor o igual a 30 predomina el tipo de apego inseguro y su capacidad de regulación emocional es reducida en comparación con el grupo IMC menor a 30.

Esta investigación brinda a los profesionales de salud mental herramientas teóricas y prácticas para apoyar a las personas en el área clínica y de la salud. Con los resultados de este estudio se espera poder proponer recomendaciones y dar herramientas para trabajar la obesidad como parte del tratamiento integral a través de la regulación emocional en la obesidad, tomando en cuenta el tipo de apego”.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Encontrar la relación entre los estilos de apego y la regulación emocional en adultos con obesidad del Centro Médico de Diabetes Obesidad y Especialidades.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar y categorizar los estilos de apego en adultos con obesidad.
- Identificar el nivel de regulación emocional en adultos con obesidad
- Comparar la capacidad de regulación emocional según los estilos de apego.
- Analizar la relación entre el estilo de apego y la obesidad.
- Relacionar comorbilidad entre depresión y obesidad.
- Categorizar a los sujetos según BMI

## **Metodología**

### **Diseño del estudio:**

#### **Tipo:**

“El presente estudio tiene un enfoque observacional de tipo transversal, descriptivo, analítico. Para encontrar la relación entre los estilos de apego y la regulación emocional en adultos con obesidad del Centro Médico de Diabetes Obesidad y Especialidades.

#### **Muestra:**

El tamaño de la muestra seleccionado es de 50 personas determinadas para la realización de la prueba estadística de Fisher, utilizada en la estadística psicológica, ya que demuestra ser válida para los estudios con muestras pequeñas, (Riobóo, I., 2011; Riobóo, J., 2011).

El muestreo fue no aleatorio de tipo conveniencia por cuota, puesto que se seleccionaron los sujetos de acuerdo con la característica del IMC igual y mayor a 30 y menor a 30 y poder garantizar una representación adecuada para evitar o reducir sesgos.

#### **Criterios de inclusión:**

- -Hombres y mujeres
- -Consulta de primera vez en CEMDOE
- -Consentimiento informado
- -Capacidad lectora y comprensora para responder las escalas

#### **Criterios de exclusión:**

- Menor de 18 años
- Embarazo y Lactancia
- Trastornos psiquiátricos severos identificados
- Condiciones cognitivas severas
- Pacientes del área de diabetología

#### **Procedimiento y recopilación de datos**

El principal objetivo de este estudio es encontrar la relación entre los estilos de apego y la regulación emocional en adultos con obesidad del Centro Médico de Diabetes Obesidad y Especialidades.

El método utilizado se describe a continuación: luego de obtener la autorización a través del Departamento de Investigación del Centro Médico de Diabetes, Obesidad y Especialidades, se hizo un acercamiento inicial con las doctoras del área para que tengan conocimiento del estudio, así también como acercamiento a las psicólogas que voluntariamente quieran colaborar con el proceso de aplicación de las escalas. De igual forma, se les informó a las enfermeras del área, que son las que llevan a cabo el proceso de tamizaje. Se recolectaron los datos de sujetos que asistieron por primera vez a una consulta en el centro. En las salas de espera del centro se preguntó a cada sujeto si deseaba participar en el estudio de forma voluntaria. Si el paciente accedía, se procedía a pedir al sujeto leerlo detalladamente y se creó espacio para responder



cualquier pregunta antes de continuar. Una vez firmado el consentimiento informado de forma física, aquel que no quiso participar en el estudio continuó su proceso en el Centro.

Una vez en el área de tamizaje, luego de haber tomado sus medidas corporales, se procedió a completar las escalas: DERS y CAMIR-R apego con lápiz y papel. Luego de recolectada la muestra procedi a observar el historial clínico de los sujetos para obtener los datos demográficos (edad, sexo, BMI). Se excluyeron aquellas personas que no cumplieron con los criterios de inclusión y la muestra final fue el resultado de aquellos que cumplieron con estos criterios. Quienes estuvieron presente mientras el paciente completaba las escalas eran personas capacitadas del área de psicología y las enfermeras que realizan el tamizaje. No se realizó seguimiento de los participantes”.

## **Instrumentos**

Cuestionario de Apego de la Infancia de Main-Reunión, CAMIR (Balluerka et al., 2011). Originalmente desarrollada por Mary Main y Judith Solomon. Su versión revisada por Lacasa F. Muela consta de 32 preguntas que el participante debe responder en escala tipo Likert de 5 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo). Se completa entre 15-20 minutos. Estas miden 5 dimensiones: Seguridad, Preocupación familiar, Interferencia de los padres, Autoridad, Permisividad parental, Autosuficiencia, Traumatismo infantil. De estas 5 son referentes al tipo de apego (Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; Preocupación familiar; Interferencia de los padres; Autosuficiencia y rencor contra los padres; y Traumatismo infantil). Estas dimensiones incluyen los tres principales prototipos de apego seguro, evitativo y preocupado. La dimensión de “Seguridad” se asocia al apego seguro, las dimensiones de “Interferencia de los padres” “Preocupación familiar” se asocia al apego preocupado, “Autosuficiencia” se asocia a apego evitativo y “Traumatismo infantil” al apego desorganizado. Los índices de consistencia interna oscilaron entre 0,60 y 0,85 Lacasa y Muela (2014). Exceptuando la dimensión de «Permisividad parental», que no mostró una buena fiabilidad, el instrumento posee validez convergente. El test-retest mostró valores superiores a 0,56 en todas las dimensiones, excepto la dimensión “permisividad parental”, que obtuvo un valor de 0,45 (Lacasa y Muela, 2014).

“Escala de las dificultades en la regulación emocional DERS por sus siglas en inglés Difficulties in Emotion Regulation Scale. La escala original fue desarrollada por Gratz y Roemer (2004) y luego adaptada a la población española por Hervás y Jódar (2008). La escala original cuenta con 36 ítems con un formato de respuesta Likert de 5 posiciones (desde 1 = casi nunca hasta 5 = casi siempre) y una estructura de seis factores: 1) Dificultades en el Control de Impulsos; 2) Acceso Limitado a Estrategias de Regulación Emocional; 3) Falta de Aceptación Emocional; 4) Interferencia en Conductas Dirigidas a Metas; 5) Falta de Conciencia Emocional y 6) Falta de Claridad Emocional. Cabe señalar que las diferentes escalas presentan una elevada consistencia interna (valores  $\alpha$  comprendidos entre 0.8 y 0.89) así como también la escala total ( $\alpha = 0.93$ ) (Guzmán-González et al., 2014).

### **Plan de análisis estadístico:**

Se efectuó un análisis descriptivo donde se resumen las variables cuantitativas mediante promedio y desviación estándar; y las cualitativas con su frecuencia y porcentaje.

La parte inferencial se realizó comparando dos grupos utilizando Chi cuadrada y prueba de Fisher. Esta prueba nos permitió comparar la prevalencia de la regulación emocional y el tipo de apego en sujetos según la presencia de obesidad.

Para el análisis se llevó a cabo una tabla de contingencia: grupos: apego inseguro y baja regulación emocional (1) // apego inseguro y baja regulación emocional (2). IMC: mayor o igual a 30 // menor o igual a 30.

## Resultados

En el presente estudio se recolectó una muestra de 41 sujetos que asistieron por primera vez a consulta de endocrinología, nutrición, medicina interna y cardiología. De los cuales 9 no cumplieron con los criterios de inclusión por esta razón fueron dejados fuera del análisis. La muestra tomada en cuenta es de 32 sujetos, de los cuales 12 pertenecen al grupo sin obesidad formado por 11 mujeres y 1 hombre y de estos 8 tienen sobrepeso (IMC 25 - 29.9); y 20 pertenecen al grupo con obesidad dividido en 14 mujeres y 6 hombres. La edad se comprende desde 21 hasta 82 años, la media de edad en los sujetos obesos es de 45 años y en sujetos no obesos es de 48 años. 24 sujetos tienen algún tipo de apego inseguro, 14 un apego desorganizado y 10 un apego preocupado representando el 75% de la muestra; 8 tienen un tipo de apego seguro. En cuanto a la regulación emocional 20 presentan una alta capacidad y 12 una baja capacidad de regulación emocional. Cuando vemos las dimensiones del apego relacionadas con la regulación emocional, 13 sujetos tiene algún tipo de apego inseguro y alta regulación emocional y 11 tiene apego inseguro y baja regulación emocional, 7 sujetos tienen apego seguro y alta regulación emocional y 1 sujeto tiene apego seguro y baja regulación emocional. El 35% de la muestra tiene alta regulación emocional y un tipo de apego inseguro desorganizado. El 30% un tipo de apego inseguro preocupado para un total de 65% global para el tipo de apego inseguro y un 30% un tipo de apego seguro. En cuanto a la baja regulación emocional, el 58% presenta un tipo de apego inseguro desorganizado, un 33% apego inseguro preocupado, con un total de 91.67% para la tipología insegura y un 8% tipo de apego seguro. Es decir, que de la muestra el estilo de apego inseguro (incluyendo sus variantes) representa la mayoría de los participantes en este estudio.

Para el análisis estadístico se llevó a cabo la prueba exacta de Fisher para identificar la significancia estadística de la asociación entre las variables tipo de apego, regulación emocional y obesidad. En cuanto al análisis descriptivo de las variables utilizadas se toma en cuenta las medias, el número de sujetos y la desviación estándar”.

**Tabla 1**  
**Tabla de contingencia de la relación entre regulación emocional, apego y obesidad**

Obesidad	Interpretación DERS	Tipo Apego		Total
		Apego Inseguro	Apego Seguro	
No	Alta regulación	3	3	6
	Baja regulación	5	1	6
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>12</b>
Sí	Alta regulación	10	4	14
	Baja regulación	6	0	6
	<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
Total	Alta regulación	13	7	20
	Baja regulación	11	1	12
	Total	24	8	32

“El objetivo principal de este estudio era comparar la prevalencia de la regulación emocional y el tipo de apego en sujetos según su Índice de Masa Corporal en Centro Médico de Diabetes Obesidad y Especialidades. Partiendo de la hipótesis de que en la población de

adultos con IMC mayor o igual a 30 predomina el tipo de apego inseguro y la capacidad de regulación emocional es reducida en comparación con el grupo IMC menor a 30. Para esto se aplicó la escala CAMIR-R para identificar los tipos de apego y la escala DERS que mide la desregulación emocional. Para el análisis se llevó a cabo la prueba exacta de Fisher con un intervalo de confianza de 95% dando como resultado en el grupo con obesidad 0.267 ( $p > 0.05$ ) y en el grupo sin obesidad 0.545 ( $p > 0.05$ ). En este estudio no existe asociación estadísticamente significativa en función de DERS y tipo de apego en los grupos con obesidad y sin obesidad. Esto puede deberse a la cantidad de participantes en la muestra. Por el momento se puede decir que la hipótesis planteada es nula.

## Análisis descriptivo

**Tabla 2**

**Diferencias en función de las subescalas del DERS y la obesidad.**

Subescalas DERS	IMC $\geq$ 30 Media	IMC $\geq$ 30 DE	IMC < 30 Media	IMC < 30 DE
Desatención emocional	8.2	3.25	8.67	4.23
Confusión	6.3	2.52	6.33	2.5
Rechazo	13.2	5.54	14.33	8.31
Interferencia	8.3	2.81	9.5	4.32
Descontrol emocional	15.7	4.36	15.1	6.23

DERS es la escala que mide la desregulación emocional. Esta tabla muestra las subescalas de DERS según el grupo con obesidad y sin obesidad (IMC < 30). Las medias de desatención emocional nos indica problemas para atender y tener constancia a las respuestas emocionales, son similares en ambos grupos, aunque ligeramente mayor en el grupo sin obesidad (8.67, DE= 4.23) y la variabilidad es mayor en este grupo. La variable de rechazo indica la tendencia a mostrar respuestas emocionales negativas ante una situación no grata, en el grupo sin obesidad es ligeramente mayor y una variabilidad mayor (14.33 DE=8.31) en comparación con el grupo con obesidad. En la variable interferencia la media es mayor en el grupo sin obesidad (9.5, DE=4.32) esto indica que el grupo sin obesidad presenta más dificultad para llevar a cabo sus tareas diarias y lograr metas cuando sienten emociones negativas. La media de la variable descontrol emocional es ligeramente mayor en el grupo con obesidad (15.7 DE igual a 4.36) pero el grupo sin obesidad tiene mayor variabilidad, esto indica que el grupo con obesidad presenta mayor dificultad de gestionar las emociones negativas. Por último, la variable confusión que indica la dificultad para entender las emociones tiene medias y desviación estándar similares. Esto podría indicar que las personas sin obesidad (IMC <30) tienen más herramientas o diversidad para regular sus emociones.

**Tabla 3**  
**Diferencias en función de las dimensiones de CAMIR-R y la obesidad**

Subescala de CAMIR-R	IMC $\geq$ 30 Media	IMC $\geq$ 30 DE	IMC < 30 Media	IMC < 30 DE
Seguridad	49.008	9.7	48.97	15.31
Preocupación	48.95	12.44	46.78	13.87
Interferencia de los padres	60.53	11.55	57.88	14.31
Valor de la autoridad	58.52	4.67	57.003	5.28
Permisividad	54.95	14.79	54.21	11.99
Autosuficiencia y rencor	24.22	12.03	54.12	12.18
Traumatismo	63.87	17.44	57.52	15.93

CAMIR-R es la escala utilizada en este estudio para categorizar los tipos de apego. Esta tabla presenta la media ( $\mu$ ) y la desviación estándar ( $\sigma$ ) de los grupos con obesidad (IMC  $\geq$  30) y sin obesidad (IMC < 30). La subescala seguridad muestra una media mayor en el grupo con obesidad ( $\mu$  49.008,  $\sigma$  9.7) y una variabilidad mayor en el grupo sin obesidad ( $\mu$  48.97,  $\sigma$  15.31). La subescala preocupación e interferencia de los padres la media es mayor en ambas en el grupo con obesidad ( $\mu$  48.95  $\sigma$  12.44;  $\mu$  60.53  $\sigma$  11.55 respectivamente) pero la variabilidad es mayor en el grupo sin obesidad ( $\mu$  46.78  $\sigma$  13.87;  $\mu$  57.88  $\sigma$  14.31). La media en la subescala autosuficiencia es mayor en el grupo sin obesidad ( $\mu$  54.12  $\sigma$  12.18) pero tiene desviación estándar ligeramente similar al grupo con obesidad. La media de la subescala traumatismo infantil, que califica el apego desorganizado, tiene un valor mayor en el grupo de obesos ( $\mu$  63.87  $\sigma$  17.44) y una variabilidad mayor que con el grupo sin obesidad ( $\mu$  57.52  $\sigma$  15.93). Esto sugiere que el grupo obeso tiene el recuerdo de haber experimentado falta de disponibilidad, violencia y amenazas de abandono. Las dimensiones valor de la autoridad y la dimensión de permisividad tiene una media y una desviación estándar ligeramente mayor en el grupo con obesidad ( $\mu$  58.52  $\sigma$  4.67;  $\mu$  54.95  $\sigma$  14.79 respectivamente).

## Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo principal encontrar la relación entre el tipo de apego inseguro y la baja regulación emocional en sujetos obesos en comparación con no obesos. Los estudios y literatura que tratan sobre el apego son amplios y actualizados (Abramis, 2020 en una revisión de Holmes y Salde (2018); Jurado, Sánchez & San Martín, 2018) pero es difícil encontrar investigaciones que relacionen los estilos de apego con la salud física. El interés surge debido a la escasez de literatura científica de estas dos variables en la población escogida y es un punto de partida para futuras investigaciones.

En el primer análisis realizado utilizando la prueba de Fisher los resultados no son estadísticamente significativos rechazando lo planteado en la hipótesis, la cual plantea que en sujetos obesos predominaba un tipo de apego inseguro y baja regulación emocional, lo mismo fue encontrado en el estudio de López, (2020) donde los participantes con el tipo de apego inseguro, de manera global, tenían una alta capacidad de regulación emocional aunque este fue realizado en población general.

Aunque estadísticamente no se encontró relación significativa entre la capacidad de regulación emocional y el tipo de apego en los grupos con obesidad y sin obesidad. El estudio obtuvo resultados que apoyan una posible prevalencia entre el tipo de apego inseguro y la presencia o no de la obesidad, esto se respalda en el estudio de Guleç Öyekçin et al., (2018) donde un 55.4% de los participantes tenía un tipo de apego inseguro y este era mayor en pacientes obesos.

No obstante, viendo cada dimensión de los test realizados, se encontró información descriptiva que puede ser de valor y un punto de partida para futuras investigaciones.

En cuanto a las dimensiones de apego, los estudios encontrados presentan resultados muy variables acerca de cuál es la dimensión de apego inseguro predominante. Esto puede deberse a que las investigaciones utilizan diferentes instrumentos para medir esta variable lo cual mantiene dudas indefinidas. Esto podría explicarse en que existe una variable que no hemos logrado identificar que funcione como moduladora, también es importante resaltar que la cultura tiene un peso importante sobre el estilo de crianza (Dallos, 2004 citado por Biedermann & Martínez, 2009). Este es un desafío realizar investigaciones más profundas para relacionar el apego y la salud física.

En este estudio en ambos grupos (obesidad y no obesidad) predomina el tipo de apego inseguro desorganizado, aunque el grupo de personas con obesidad es mayor, además que del grupo sin obesidad 8 de los 12 se clasifican como Sobrepeso. Analizándolo desde la regulación emocional las personas con este tipo de apego, relacionado con traumatismo infantil tienen la capacidad de distanciarse de las situaciones que lo requieran y desactivar la afectividad (Shaver & Mikulincer, 2008), además de que pueden mostrar estrategias regulatorias variables en ocasiones altos niveles de ansiedad y en otras la evitación presentan conductas contradictorias. Esto podría explicar por qué la mayoría de los sujetos en este estudio tienen alta capacidad de regulación emocional. Aunque esto podría representar un coste mayor en cuanto a salud mental. Esta es una variable interesante para investigar en estudios futuros.

Algunos estudios como el de Jones et al., (2019) y el (Willem et al., 2020) indican que la desregulación emocional está significativamente asociada con un mayor IMC sólo a través de la alimentación emocional en el desarrollo y el mantenimiento. La dimensión descontrol

emocional es relevante porque el grupo con obesidad tiene una puntuación ligeramente más elevada, lo que puede indicar que este grupo experimenta dificultades con la regulación de emociones. Esta variable puede ser un punto de partida en estudios futuros, viendo como se ve el descontrol emocional en los pacientes con obesidad y estilo de apego desorganizado, tomando en cuenta que este estilo de apego tiene la tendencia de evitar o tener estados ansiosos. Van Vlierberghe et al., (2009) en su estudio longitudinal encontró que el tipo de apego inseguro tiene un mayor riesgo de presentar conductas alimentarias distorsionadas y Tasca & Balfour, (2014) indica que el desorden alimenticio y la ansiedad puede estar relacionada con la severidad del desorden o un mayor IMC”.

“Aunque en este estudio no se encuentran pruebas empíricas de la relación entre el apego inseguro, la baja capacidad de regulación emocional y la existencia o no de obesidad, es evidente que el tipo de apego predominante en esta población es de tipo inseguro y en sus dimensiones existe una gran variabilidad de conductas que funcionan como reguladoras comportamentales. En sí el sistema de apego es un regulador y responde a una homeostasis comportamental y está relacionado con la posibilidad de desarrollar mecanismos de regulación emocional (Tonella, 2012, p.4). Tomando en cuenta que el apego inicia el desarrollo desde el momento de nacimiento con la figura materna o de seguridad, en la vida adulta se mantiene este mismo, aunque se puede desplazar hacia la pareja o amigos (*Castro, Regina.pdf, 2020*) o incluso hacia objetos. Winnicott, (2018) nos habla del objeto transicional y como este le ayuda a los niños a gestionar la separación con sus figuras de apego y la ansiedad. Lo mismo hizo en adultos Le Page, (2005) extendiendo la teoría del apego al uso de objetos simbólicos como parte de la regulación emocional. Hauck et al., (2020) destaca que los alimentos pueden ser utilizados como mecanismos de afrontamiento para el estrés además defiende que la regulación emocional, los estilos de apego inseguro en presencia o no de obesidad puede llevar a desórdenes incluyendo los alimenticios (Kiesewetter et al., 2012). La ingesta alimentaria se puede ver como una respuesta exitosa de afrontamiento emocional a corto plazo. Pero, a largo plazo, se puede convertir en un hábito disfuncional para el control de los estados disfóricos que facilite la ganancia de peso a largo plazo (Polivy y Herman, 1989 citado por Gavilán & Manjón, 2020).

La obesidad es un problema multifactorial y es importante que la intervención sea de manera integral, involucrando a diversos profesionales de la salud. Tomando en cuenta que el estilo de apego, en sí, sistema regulador, influye en el éxito de una intervención en reducción de peso enfocada en el estilo de vida; Kiesewetter et al., (2012) nos deja claro la importancia de considerar aspectos y así mismo su intervención necesita el apoyo de diferentes profesionales de la salud y que trabajar estos patrones comportamentales que funcionan como reguladores podría ser un enfoque diferente en el tratamiento psicológico de la obesidad. Desde este punto de vista se plantea la guía de intervención grupal para trabajar la regulación emocional y modificar los patrones comportamentales de apego que puedan aportar más herramientas en la intervención psicológica de la obesidad.

## **Recomendaciones**

Dada la importancia de la regulación emocional y como esta se ve en los diferentes tipos de apego, además de no existir estas variables en conjunto con la obesidad, que es una condición que hoy en día en nuestra población está en aumento; es fundamental continuar investigando estas áreas. Aquí presento algunas recomendaciones:

1. Aumentar la muestra: se recomienda a futuras investigaciones que la muestra sea más grande y así poder hacer una generalización de los resultados.
2. Nuevas variables: incluir escalas que puedan medir ansiedad, depresión y alimentación emocional.
3. Explorar los mecanismos de defensa de los diferentes tipos de apego en relación con la obesidad y el papel de la regulación emocional en estos.
4. Investigación interdisciplinaria: incluir áreas como nutrición, neuropsicología, sociología, deportes y las áreas involucradas con la obesidad.
5. Intervenciones: desarrollar y evaluar intervenciones propuestas.

### **Limitaciones:**

En este estudio existen diferentes limitaciones, la muestra es una de ellas, en el lapso de tiempo indicado para recolección de muestra no fue posible recolectar la cantidad suficiente, por esto el análisis se vio afectado y por el tipo de muestreo no puede ser generalizado a la población dominicana. En cuanto a la información, una de las limitantes más importantes de este estudio, es la poca información existente sobre estas 3 variables en conjunto.

Otra limitante es que los sujetos al llenar las escalas algunos no completaron y otros al revisar el sistema utilizado en el centro no tenían la información del BMI, por esta razón de 40 participantes solo obtuvimos 32. Además los sujetos estaban buscando ayuda, por esto puede haber una mayor prevalencia a personas con BMI mayor, sin embargo, se intentó seleccionar sujetos de ambos grupos.



## **Propuesta de guía de intervención para apoyar el tratamiento de la obesidad.**

A continuación, se expone un protocolo de intervención mixto basado en técnicas de modificación conductual y cognitiva, que diversos estudios han demostrado ser la más eficaz para el tratamiento de la obesidad Amigo (2013) y Wadden et al. (2005); estos últimos analizaron 42 trabajos de investigación publicados entre 1974 y 2002. Este protocolo también incluye la Terapia Narrativa ya que algunos hallazgos sugieren que las narrativas de vida sobre el sobrepeso desempeñan un papel crucial en la corrección de hábitos nutricionales y la reducción del IMC (Mackean et al., 2011) además que los efectos de la terapia narrativa son duraderos (Zolfalipormaleki et al., 2023) es efectiva en la reducción del autoestigma por peso en mujeres obesas y con sobrepeso (Zolfalipourmaleki et al., 2024) y la combinación con estrategias tradicionales fue efectiva para lograr cambios significativos en el peso, el índice de masa corporal y el apetito (Ajami et al., 2022).

Además, se sugieren modificaciones de hábitos de estilo de vida que han demostrado ser importantes tanto para la reducción de peso como para su mantenimiento a largo plazo, funcionando también como apoyo en el proceso terapéutico (Larrañaga & García-Mayor, 2007). El acompañamiento multidisciplinar incluye psicoterapia conductual (psicólogo), Coach de deporte o actividad física, tratamiento dietético (dietista/nutricionista), médico (endocrinólogo/internista) y psicoeducación. El objetivo principal es sostener a largo plazo el peso perdido. Es importante destacar que la depresión juega un rol relevante en la obesidad y a lo largo de las sesiones se sugiere explorar en qué momento inicia a cambiar la conducta alimentaria, de donde viene el estado de ánimo del sujeto, que papel juega la familia y el entorno.

Por último, se debe aclarar que las personas con traumas pueden necesitar otro tipo de intervención, aunque esta propuesta les puede beneficiar gracias al sentido de pertenencia, es importante entender que el trauma no siempre sana con información. Los principales beneficios de esta intervención se dirigen hacia población medianamente sana.

### **Objetivos hacia los profesionales**

Proporcionar a los profesionales de la salud mental una propuesta de intervención basada en la terapia narrativa y la terapia cognitivo-conductual, para ayudar a sus pacientes a gestionar de forma sana sus emociones y trabajar los patrones de apego conductuales y cognitivos, mejorando la relación con la comida y el cuerpo.

### **Objetivos hacia el centro**

Implementar un programa que aborde los aspectos emocionales, cognitivos, conductuales y de estilo de vida relacionados con la obesidad. De esta forma garantizar un servicio integral con un estándar de calidad para las personas que necesiten perder peso.

### **Objetivos hacia el paciente**

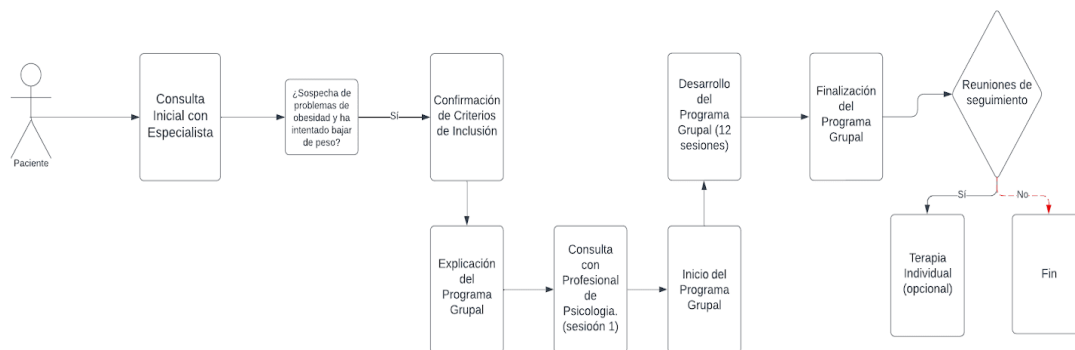
- Desarrollar técnicas prácticas de regulación emocional aplicándolas para gestionar eficazmente estados emocionales.
- Identificar patrones de apego desadaptativos que interfieran con el objetivo de pérdida de peso.

- Adoptar hábitos de vida saludables que incluyan una alimentación adecuada y la práctica regular de actividad física.
- Facilitar un entorno de apoyo que fomente un sentido de pertenencia y validez para fortalecer el bienestar emocional y la motivación.
- Mejorar la relación con los alimentos y el cuerpo, promoviendo una imagen corporal positiva y fortaleciendo la autoestima.

### Criterios de inclusión

- IMC igual o mayor a 30.
- Haber intentado perder peso anteriormente
- Disposición y compromiso para participar.
- No tener condiciones médicas y psicológicas crónicas.
- Consentimiento informado.
- Disponibilidad para asistir a las reuniones del programa.
- No estar participando en otros programas.
- Puede considerarse incluir personas en sobrepeso con valores cercanos a obesidad”.

### Recomendación o diagrama de flujo de cómo llegaría al programa.



### Teoría del apego

Al nacer, los bebés son totalmente dependientes de los cuidados de un adulto para sobrevivir. A partir de 1969, John Bowlby estudió estas interacciones y formuló la teoría del apego. Según esta teoría, la madre suele ser la figura de apego, pero en general es aquella persona “que se comprometa en una interacción afectiva y social durable con el bebé, quien animará la interacción, una persona que responderá fácilmente a sus acercamientos y a sus señales” (Tonella, 2012, p.3). Es decir, es una conexión emocional recíproca entre el bebé y la figura de apego.

La relación de apego se basa en torno a la búsqueda de seguridad. El bebé busca una "base segura" desde la cual explorar el mundo y volver cuando necesita refugio en situaciones estresantes. Esta seguridad se logra inicialmente por la proximidad física de la figura de apego y, posteriormente, por la confianza en su disponibilidad.

A través de las interacciones con la base segura, el niño puede utilizar una memoria procedimental para elaborar y anticipar estrategias efectivas que permitan que el vínculo y sus

emociones positivas perduren, reajustando sus comportamientos. Bowlby denominó a estos mecanismos como "modelos internos de trabajo". Bretherton y Munholland (2008) citado por Biedermann & Martínez, (2008) indican que las representaciones internas del apego tienen dos facetas: una es la expectativa sobre la disponibilidad y accesibilidad de la figura de apego, y la otra es la representación del propio valor y cuán merecedor es de ayuda y protección.

## **Estilos de Apego**

El experimento de la "Situación Extraña" de Ainsworth y sus colaboradores (1978) estudió la parte emocional del apego y propuso la primera clasificación de los estilos de apego:

- **Apego Seguro:** Se caracteriza por conductas de exploración activa, disgusto ante la separación de la base segura y una respuesta positiva ante su regreso, con mayor facilidad de consolución. Este estilo se corresponde con figuras de apego sensibles y disponibles.
- **Apego Inseguro Evitativo:** Los niños presentan conductas de distanciamiento, no lloran al separarse de la madre, se concentran en el entorno y evitan el contacto cercano. Este estilo se corresponde con figuras de apego insensibles y rechazantes.
- **Apego Inseguro Ansioso/Preocupado:** Los niños reaccionan fuertemente a la separación o pérdida de la base de seguridad, mostrando conductas ansiosas, de protesta, ira y dependencia. Les cuesta retomar la exploración, y este estilo se corresponde con figuras de apego inconstantes o ambivalentes, no siempre disponibles.
- **Apego Desorganizado:** Descrito por Main y Hesse (1990) y Main y Solomon (1990), citado por Biedermann & Martínez, (2008) estos niños presentan conductas desorientadas en presencia de la madre, con comportamientos que demuestran miedo o confusión, y conductas contradictorias. Se hipotetiza que el niño siente a la vez miedo y deseo de aproximarse. Van Ijzendoorn et al., (1999) señalan que el niño ve a la figura de apego como una fuente de miedo, pero al mismo tiempo la única fuente de seguridad, lo que le impide desarrollar una estrategia reguladora organizada. Esta conducta causa ansiedad y estrés, ya que el cuidador puede ser evitativo, poco interactivo o buscar que sea el niño quien calme su ansiedad. Estos comportamientos son confusos e inexplicables para el niño y le generan ansiedad en vez de seguridad.

## **Impacto del Apego Inseguro en el Estrés y el Neurodesarrollo**

“Un apego inseguro mantenido puede suponer un estado de estrés crónico para la persona, constituyendo una experiencia traumática. La respuesta de estrés se desencadena, impactando potencialmente en el neurodesarrollo, por ejemplo, a nivel de desregulación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA). A través de la liberación de distintas hormonas, se activa la producción del principal glucocorticoide en las glándulas suprarrenales: el cortisol (Selye, 1936) citado por Marcos, (2021).

Investigaciones recientes han relacionado el apego inseguro con el estrés, señalando que un estado de estrés crónico debido a un apego inseguro puede tener consecuencias significativas para el desarrollo psicológico y emocional del individuo.

Es importante señalar que el impacto del apego en el bienestar no se limita únicamente a la exposición temprana al estrés, sino que los estilos de apego inseguro podrían influir en las trayectorias de salud y enfermedad al influir en la carga alostática McEwen et al., (2012) citado

por Lemos, (2015). Es importante señalar que el impacto del apego en el bienestar no se limita únicamente a la exposición temprana al estrés, sino que los estilos de apego inseguro podrían influir en las trayectorias de salud y enfermedad al influir en la carga alostática McEwen et al., (2012) citado por Lemos, (2015). Una figura de apego segura tiene la capacidad de prever y evitar situaciones estresantes para el infante, lo que podría disminuir las experiencias estresantes. Se ha observado que los niños con apegos inseguros tienden a experimentar más eventos estresantes durante la infancia en comparación con aquellos con apego seguro (Gluckman et al., 2008 citado por Lemos, 2015). Esto se hace visible gracias a investigaciones que sugieren que los individuos que viven situaciones estresantes durante la niñez pueden presentar una dificultad para regular el cortisol (Goldman-Mellor et al., 2012), niveles elevados de marcadores intermedios de enfermedades (Raitakari et al., 2003), así como depresión y obesidad (Danese et al., 2009).

## **Regulación Emocional**

Antes de adentrarnos en la regulación emocional, es prudente definir de forma precisa y general lo que son las emociones. Las emociones son fenómenos humanos con componentes fisiológicos, psicológicos y conductuales, según una revisión de 40 artículos realizada por Gómez (2016); en esta revisión de estudios desde el 2000 hasta 2016 encontró que la mayoría de los autores consideran que las emociones tienen bases evolutivas, adaptativas y funcionales. Las emociones requieren la interpretación de objetos, personas o situaciones y preparan a la persona para realizar determinadas acciones y comunicar su estado al entorno. Están conformadas de sistemas como los pensamientos, la apreciación de la situación y el sentimiento, la expresión facial, corporal y verbal, las respuestas fisiológicas periféricas y el comportamiento (Gross & Barrett, 2011; Reeve, 2018). Básicamente, la emoción puede ser considerada como una de las variables de gran impacto en la vida de los individuos, ya que incluye en el comportamiento en gran medida”.

## **Definición de Regulación Emocional**

Gómez y Calleja (2016), apoyándose de otros autores definieron la regulación emocional (RE) como “el proceso a través del cual los individuos modulan sus emociones y modifican su comportamiento para alcanzar metas, adaptarse al contexto o promover el bienestar tanto individual como social”. La regulación emocional cumple una función adaptativa en el cerebro, recibe y procesa información sobre lo que sucede en el cuerpo y en el ambiente, de esta forma gestiona entre uno y otro para poder sobrevivir (Schore, 2001). Esto permite poner en práctica diferentes estrategias para regular la forma en que se experimenta la emoción y como se pone en práctica, ya sea de forma adaptativa o perjudicial. En los últimos años, la regulación emocional ha llamado más la atención debido a su asociación con el bienestar, la salud, el desarrollo psicológico y el desempeño de los individuos (Gómez y Calleja, 2016).

## **Regulación Emocional y Apego**

El apego tiene la capacidad de desarrollarse en orden jerárquico cerebral a partir de la experiencia interpersonal. La información externa se procesa a través de áreas límbicas y corticales y a medida que maduran van cambiando la estrategia de regulación que utiliza el individuo el cual alcanza "niveles de madurez" que le permiten pasar de la regulación externa a una regulación interna o autorregulación (Garrido-Rojas, 2006). Para Bowlby estas conexiones con la figura de apego ayudan en la regulación emocional en los niños y se

convierten más adelante en ejemplos de recursos para gestionar emociones de forma independiente. El Psicoanálisis por su parte, considera que la conducta de comer en exceso es aprendida como un mecanismo para disminuir la ansiedad, que genera la respuesta inadecuada de la figura de apego ( Bruch, 1961, citado en Silvestri & Stavile, 2005); es una fijación en la fase oral del desarrollo (Kaplan & Kaplan, 1957, citado en Remesal Cobreros, 2002).

“Berlin & Cassidy, (2003), Kobak et al., (1993) y Pierrehumbert et al., (2002) confirman en sus estudios en adolescentes la relación entre la adecuada capacidad de regulación emocional y un apego seguro. Cuando el sujeto no ha internalizado esta capacidad autorreguladora, buscará en el exterior, una forma de calmarse y regularse emocionalmente. Esto puede generar conductas relacionales desadaptativas, como una relación patológica con la comida en el caso de la obesidad. Esto apunta a que los comedores emocionales poseen un estilo afectivo vulnerable, implicaría sensibilidad al estrés, un bajo nivel de activación de la ansiedad y finalmente, dificultad en la regulación de las emociones negativas (Silva, 2008).

La restricción alimentaria, combinada con situaciones de estrés crónico, puede tener efectos perjudiciales en la salud de una persona, contribuyendo al desarrollo de la obesidad (Silva, 2008). Estas respuestas están influenciadas por la forma en que se interpretan las emociones de forma negativa puede provocar una aumento excesivo de alimentos. (Silvestri & Stavile, 2005).

## **Obesidad**

La obesidad es una enfermedad crónica en la cual influyen múltiples factores; algunos internos como, las causas genéticas, psicológicas y fisiológicas, y externos como el ambiente, factores sociales, económicos y políticos (*SEEDO - Guía Giro, 2024*). Esta impacta directamente en el bienestar emocional, psicológico y social del individuo de forma negativa (Preiss Contreras, et.al, 2022). Además, está vinculada a factores neuropsicológicos, como las funciones ejecutivas, observándose en personas con obesidad un control inhibitorio reducido y una capacidad deficiente para la toma de decisiones (*Ciscar et al., 2019*).

En relación con los factores psicologicos la obesidad parece estar relacionada en doble vía de manera consistente con la depresión, y moderadamente con la ansiedad (Rajan & Menon, 2017): según Preiss Contreras, et.al, (2022) debido a la persistente estigmatización y discriminación se da un aumento en los casos de depresión y ansiedad. Se cree que el peso excesivo de la persona es resultado de su falta de voluntad, autodisciplina, de aquí viene la discriminación; sin embargo Rubino et al., (2020) en su revisión de literatura disponible encontraron que los factores biológicos, genéticos y ambientales tienen un papel muy importante y que la gestión del peso no está por completo bajo control consciente. El individuo llega a sentir culpa y vergüenza mezcladas con una sensación de fracaso gracias a las actitudes de su entorno teniendo esto un impacto negativo en su autoestima (Buschiazzo & Saez, 1997). Muestran una mayor insatisfacción corporal en comparación con las personas normopeso y esto aumenta la probabilidad de desarrollar una conducta alimentaria alterada (Weinberger et al., 2016), los episodios de atracones aparecen de forma más recurrente (Balantekin et al., 2023). Un aspecto conductual importante es el llamado comer emocional que según Péneau et al., (2013) es una de las posibles variables explicativas del aumento de IMC ya que es más frecuente en personas con sobrepeso y obesidad, y se trata de usar la comida como estrategia de regulación emocional.

## **Desafíos asociados con la Obesidad, el Apego y la Regulación emocional en la República Dominicana**

Según la World Obesity Federation (2024), se proyecta que la obesidad en la República Dominicana aumentará un 2.6% anual en adultos y un 2.8% en niños desde el 2020 hasta el 2035. República Dominicana tiene una prevalencia de obesidad de un 26.9 % de las personas adultas; el 60.3 % de la población dominicana tiene un Índice de Masa Corporal elevado (FAO, et al., 2019)

En el país, se han realizado diversos estudios sobre experiencias adversas, pero aún hay una falta de investigaciones que definan claramente el vínculo de apego y la regulación emocional. Aunque Espinosa et al., (2022) hizo un gran avance en su investigación encontrando la relación entre la desregulación emocional y las experiencias traumáticas en la infancia en la República Dominicana, el mundo del apego continúa siendo extenso por explorar, muy especialmente en relación con la salud mental y física.

García García y Andrés-Roqueta, (2017) señalan que en la población dominicana existe un patrón generacional de experiencias adversas, por esto la intervención en la educación de la gestión emocional en los niños es relevante para mejorar la competencia emocional y reducir los problemas conductuales. A pesar de esto no se ha logrado establecer una relación clara entre el nivel de regulación emocional y estas experiencias así como tampoco sus estrategias para enfrentar situaciones difíciles en general incluyendo en la obesidad.

### **Enfoques utilizados en la propuesta**

El enfoque multidisciplinario e interdisciplinario es clave para el éxito, psiquiatría, psicología, nutriólogos, especialistas en actividad física, endocrinólogos, médicos internistas, deberían estar incorporados en el equipo terapéutico para un abordaje integral.

Diferentes estudios en sujetos de diferentes edades demuestran que la terapia cognitivo conductual (TCC) reduce el peso, el IMC (Madigan et al., 2022) (Tronieri et al., 2019), y mejora aspectos psicológicos, mayor autoeficacia (Baños et al., 2019) y sensación de bienestar psicológico Roth et al., (2011) citado por Baile et al., (2020) psicosociales, así como aquellos vinculados directamente con la salud, como la percepción de la calidad de vida (Weinreich et al., 2017). El tratamiento cognitivo-conductual para obesidad no utiliza un protocolo cerrado pero si debe seguir un proceso terapéutico: evaluación/diagnóstico, análisis funcional, establecimiento de objetivos, aplicación de las técnicas de tratamiento, prevención de recaídas y seguimiento (Baile et al., 2011). Este suele centrarse fundamentalmente en promover hábitos saludables de alimentación y actividad física (Murguía et al., 2014).

Respecto de la modalidad de tratamiento más eficaz, *Berk et al., (2018)* dice que parece que la de tipo grupal no permite mantener los resultados en mayor medida que la terapia individual sola, aunque Wild, et al. (2009) citado por Murguía et al., (2014) propone que la intervención grupal puede ayudar a los pacientes con obesidad a reducir sintomatología depresiva y a aumentar la motivación al tratamiento. Wadden y Osei, (2002) proponen que es preferible un tratamiento grupal frente a uno individual porque aumenta el sentido de pertenencia y facilita el cambio; asimismo, advierte la importancia de que los grupos sean cerrados.

En cuanto a la frecuencia, el tratamiento es más eficaz si se realiza semanalmente para un total de 16 y 26, según Wadden y Osei, (2002) en un análisis de diferentes estudios. Aunque

Duque, (2017) indica que entre 12 y 26 sesiones tuvieron un resultado favorable. Respecto del mantenimiento de los resultados, parece que la intervención cognitivo-conductual es una terapia eficaz para mantener los logros durante al menos medio año (Madjd et al., 2020) aunque el nivel de eficacia no parece ser muy elevado, ni superior a otras modalidades de intervención, como los programas de autoayuda (Cooper et al., 2010).

Uno de los puntos más importantes en el proceso terapéutico de la obesidad es que las personas puedan identificar y gestionar su propio comportamiento. El autocontrol es un proceso complejo que incluye tres estrategias: autoobservación, autorregistro y autorreforzamiento. A través del modelo de autocontrol se pueden gestionar y modificar los estímulos, la conducta, integrar patrones de alimentación y actividad física sanos y reforzar las conductas positivas (Gavilán y Manjón, 2020)”.

La Terapia Narrativa propone que el significado que le damos a nuestras vivencias se construye a través de interacciones con otras personas y que no dependen solo de cuestiones individuales (diferentes autores citados por Tarragona, 2013). White y Epston, (1990) creen que la gente se enfrenta a dificultades cuando vive con “historias dominantes” que están “saturadas de problemas” y estas las llevan a llegar a conclusiones negativas sobre su identidad.

“Para llevar a cabo la terapia narrativa el esquema que presentan los autores es el siguiente: escribir y nombrar el problema. Es muy importante trabajar con las palabras exactas que usa el cliente y se puede invitar también a compartir imágenes o metáforas que describen el problema. Luego, explorar los efectos del problema. Entender la historia y explorar historias alternativas. Deconstruir o poner el problema en contexto. Encontrar, dentro de la propia narración del cliente sobre su vida, evidencia de otras posibles historias o narrativas sobre su identidad. Esto es similar a la búsqueda de excepciones, Y por último fortalecerlo (White & Epston, 1990).

En los modelos de apego inseguro la comunicación incluye distorsiones que no permiten hablar abiertamente o claramente cómo nos sentimos y que necesitamos. La capacidad para reflexionar sobre la experiencia y la habilidad narrativa para contar la historia coherente sobre la vida, está moldeada por la experiencia de apegos familiares (Main et al. 1985, Crittenden, 1998, citado por Vetere & Dallos, 2008).

El tratamiento de los estados emocionales alterados es crucial para el bienestar y la adherencia al programa de adelgazamiento. Asumiendo que se debe mantener un seguimiento constante, creo que abordar los sentimientos, la baja autoestima y la conexión interna y externa podrían contribuir a que el programa de pérdida de peso tenga resultados sostenibles.

Para este protocolo se toma como guía la intervención de formato grupal propuesta por Vera, (1998), la cual se dirige a personas con sobrepeso u obesidad sin comorbilidades psicológicas importantes basada en Terapia Cognitivo Conductual. Además, se propone la Terapia narrativa como una parte importante para trabajar la historia y la modificación del apego. Sin duda, se utilizan técnicas como la mentalización, Tap tapping, escultura y otros que entiendo pueden ser funcionales para el proceso de adquisición de conciencia y que no solo se pueda perder peso o afianzar los hábitos, sino que también se pueda trabajar un poco más a fondo y tal vez mejorar la adherencia a estos cambios a largo plazo. Básicamente, se busca posibilitar el tomar e implementar decisiones que nos acerquen a lo que queremos lograr en la vida, a lo que preferimos hacer y cómo nos gustaría ser.

Se propone un esquema de 13 sesiones, siendo la primera individual. Al finalizar el programa se deben establecer reuniones de seguimiento del grupo hasta al menos 1 año más. Se deja abierta la posibilidad de asistir a consultas de manera individual una vez finalizado el programa grupal. Es importante tomar en cuenta que esto es solo una propuesta y debe ser puesta en práctica y revisada para conocer los beneficios reales en la población”.

## **Instrumentos**

Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS por sus siglas en inglés. Esta escala mide varios aspectos del proceso de regulación emocional en los que pueden presentarse dificultades: descontrol emocional, interferencia en la vida diaria, desatención emocional, confusión emocional y rechazo emocional. La regulación emocional abarca los “procesos externos e internos responsables de monitorear, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” (Thompson 1994, pp.27-28). Estos procesos parecen jugar un papel crucial en la aparición y mantenimiento de diversos problemas físicos y psicológicos (Hervás y Vazquez, 2006). Aunque existen otras escalas capaces de medir la regulación emocional se decide usar el DERS ya que evalúa diferentes aspectos de la regulación desadaptativa, considerados clínicamente relevantes (Gratz y Roemer, 2004 citado por Hervás y Jódar, (2008)). Esta herramienta abarca las principales dificultades funcionales y déficits que pueden surgir durante el procesamiento emocional de un evento.

“Beck Anxiety Inventory, BAI y Beck Depression Inventory-II, BDI-II son útiles debido a las cualidades psicométricas demostradas y a su extendida utilización. El BAI consta de 21 ítems sobre la ansiedad estado y mide la intensidad de síntomas de ansiedad cognitivos, afectivos y somáticos experimentados durante los últimos siete días. El BDI tiene 21 ítems que evalúan los principales síntomas depresivos. Sus propiedades psicométricas se han estudiado también de forma extensa (Beck, Steer y Garbin, 1988; Bourque y Beaudette, 1982) y han demostrado ser excelentes. Estos breves inventarios deberían administrarse regularmente durante la terapia, en el pretest, en el postest y en el seguimiento (Caballo, 2002).

Binge Eating Scale, BES. es la única escala que ha sido cuidadosamente revisada tanto por clínicos como por investigadores y diseñada específicamente para evaluar el Trastorno de Atracónes (TA). Su continua actualización y completa validación en diversos contextos y ámbitos están garantizadas (Baile y González, 2016 citado por Pérez López, 2020). Esta escala consta de 16 ítems con opciones de respuesta que varían entre cuatro y cinco, evaluando la relación entre episodios de atracones y los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales de la persona (Pérez López, 2020).

CAMI-R Es una herramienta de evaluación del apego que posee sólidas propiedades psicométricas, adecuada para su uso en contextos clínicos y de investigación con adolescentes y adultos. Sus dimensiones pueden emplearse tanto para describir las representaciones del apego y la concepción del funcionamiento familiar, además determinar sus estilos de apego a partir de esas dimensiones (Lacasa, 2014).



## **Protocolo de intervención**

### **Sesión 1. Individual**

60-90 minutos

Tiempo: 1 semana

Objetivos: El paciente completará una historia clínica, historia familiar, contexto social y una evaluación del estado mental, además de participar en la Entrevista de Apego Adulto para explorar sus patrones vinculares guiada por el terapeuta. Se registrarán datos específicos en cada área mencionada. Estos datos proporcionarán una base integral para comprender los factores que contribuyen a su situación. Se completará dentro de la sesión individual de 60-90 minutos.

Terapeuta: Invitar al paciente a contar su historia desde su perspectiva, invitarle a reflexionar en cómo se ha relacionado con su cuerpo y la comida a lo largo de su vida. Utilizar el mapeo de la historia para visualizar los eventos relevantes en la vida del paciente que contribuyen con la obesidad.

### **Sesión 2. Grupal**

Duración 1 a 2 horas

Cantidad de participantes: 6-10 sujetos

Tiempo: 1 semana

Objetivos: Completar las escalas ya mencionadas y recibir información sobre la obesidad y la importancia de los hábitos saludables, identificando factores personales importantes. establecerá al menos un objetivo realista. Cada participante debe establecer sus objetivos en esta sesión.

Terapeuta: Guiar a los participantes a crear objetivos SMART.

### **Actividad:**

- Presentación de los miembros del grupo.
- Anotar en una cartulina el peso objetivo y reflexionar sobre su significado (que espera sentir cuando lo logre, que significa lograrlo, etc).
- Aplicar escalas (BAI, BDI-II, CAMIR-R, BES, DERS)
- Psicoeducación en relación a los hábitos (alimentación, descanso adecuado y actividad física).

**Tarea:** Realizar un autorregistro para identificar emociones, conductas y pensamientos (TCC) y conocer los estados autónomos.

### **Sesión 3. Grupal**

Duración 1 a 2 horas

Tiempo: 1 semana

Objetivos: Revisar los autorregistros para identificar patrones de pensamientos irracionales relacionados con la alimentación y responderán preguntas reflexivas sobre sus hábitos alimenticios y emociones asociadas. Cada miembro identificará al menos un patrón de pensamiento irracional y responderá a las preguntas proporcionadas. Los participantes pueden reflexionar sobre sus propias experiencias y compartirlas en un entorno de grupo. Ayudará a

los participantes a reconocer y abordar pensamientos negativos relacionados con la alimentación.

**Actividad:**

- Subdividir el grupo para comentar el autorregistro: alimentación, detonantes, responder a las preguntas que significa comer, qué sientes cuando comes, etc.
- Discutir la motivación y el compromiso con el programa.
- Enseñar técnicas de Tap Tapping y visualización de un lugar seguro.
- Explicar los estados del autónomo (lucha, huida, inmovilización, conexión social).

**Tarea:** Continuar con el autorregistro, practicar Tap Tapping, y trabajar en los objetivos establecidos.

**Sesión 4. Grupal**

Duración 1 a 2 horas

Tiempo: 1 semana

**Objetivos:** Analizar brevemente los objetivos logrados en estas 4 semanas. Discutir la relación entre el apego, la obesidad y la regulación emocional, utilizando actividades de mentalización y reflexión grupal. Se registrarán los objetivos alcanzados y se discutirán en términos de su relación con el apego y la regulación emocional. Ayudará a los participantes a comprender cómo el apego y la regulación emocional pueden influir en su comportamiento alimentario.

**Terapeuta:** Al discutir la relación entre el apego y la obesidad introducir la terapia narrativa. Animar a los participantes a reflexionar sobre las historias que se cuentan a sí mismos sobre su cuerpo y su alimentación, y cómo estas pueden haber sido influenciadas por sus experiencias de apego. Utilizar la técnica de la externalización para separar a los participantes de sus problemas de alimentación y ayudarles a verlos como entidades separadas que pueden ser exploradas y cambiadas. Motivar al grupo a llevar las recomendaciones de los especialistas, y la importancia de reconocer y valorar sus pequeños logros.

**Actividad:**

- Breve ejercicio para centrarse en el momento presente.
- Hoja de trabajo sobre pensamientos irracionales relacionados con la alimentación y el peso:
  - Identificación de pensamientos irracionales.
  - Exploración de emociones y sensaciones corporales asociadas con la alimentación emocional.
  - Reflexión sobre la influencia del estilo de apego.
  - Desarrollo de estrategias de afrontamiento saludables.
  - Planificación de acciones concretas para promover un cambio positivo en el comportamiento alimentario.
- Seleccionar la situación más difícil del autorregistro y reflexionar sobre el estilo de apego y estrategias alternativas.

**Tarea:** Continuar con el autorregistro, seguir las recomendaciones de los especialistas, y enfocarse en los hábitos que han funcionado.

**Sesión 5. Grupal**

Duración: 1-2 horas

Tiempo: 1 semana

Objetivos: Los participantes aprenderán a distinguir entre hambre real y emocional, aplicando técnicas de mindful eating y adoptando hábitos alimenticios más saludables. Elaborar un plan de acción para mejorar sus hábitos alimenticios. Ayudará a los participantes a desarrollar una relación más saludable con la comida y a mejorar su alimentación.

### **Actividad:**

- Recomendaciones sobre alimentación:
  - Comprar con una lista evitando empacados, procesados y altos en azúcar.
  - Preparación previa de comidas (meal prep).
  - Seleccionar una persona de apoyo para cumplir estos objetivos.
  - Psicoeducación sobre alimentación equilibrada, influencia de los alimentos en el estado de ánimo y hábitos. Método del plato”.
- Modificación de pensamientos de "Todo o Nada" y "Auto-devaluaciones".
- División de grupos para verbalizar y modificar pensamientos de todo o nada y auto-devaluaciones. Tomar en cuenta de dónde viene este pensamiento, identificar si es propio o si viene de alguien de su entorno.
- Psicoeducación sobre hambre real y hambre emocional

**Tarea:** Continuar con el autorregistro y practicar la modificación de pensamientos todo o nada y autoevaluaciones. Anotar estos pensamientos si se desea.

### **Sesión 6. Grupal**

Duración: 1-2 horas

Tiempo: 15 días

“Objetivos: Los integrantes consolidarán sus avances, compartirán sus logros y desafíos, reforzarán las habilidades adquiridas en sesiones anteriores. Si es necesario establecer nuevos objetivos. Ayudará a los participantes a mantener su motivación y a seguir avanzando en su proceso de cambio.

Terapeuta: Animar a los participantes a reflexionar sobre cómo están cambiando las historias que se cuentan a sí mismos sobre su capacidad para manejar su alimentación y su imagen corporal. Utiliza la técnica de reautoría para ayudar a los participantes a reconstruir sus narrativas personales de una manera más empoderada y resiliente”.

### **Actividad:**

- Revisar los avances realizados desde la última reunión.
- Cada miembro del grupo comparte sus logros y desafíos.
- Establecer nuevos objetivos si es necesario.
- Discutir estrategias efectivas para enfrentar situaciones desafiantes.
- Usar la hoja de trabajo de la sesión 4, incluyendo la pregunta: "¿Qué diferencia encuentro entre cómo me siento ahora y cómo me sentía en ese momento?".
- Practicar respiración diafragmática mezclada con la visualización de un lugar seguro y el contacto físico con algún compañero.

**Tarea:** Realizar un registro de hábitos guiados a sus nuevos objetivos que puedan marcar como realizados o no.

### **Sesión 7. Grupal**

Duración: 1-2 horas

Tiempo: 15 días

“Objetivos: Los participantes aprenderán y practicarán el mindful eating, enfocándose en comer despacio y disfrutar la comida, mientras trabajan en mejorar su imagen corporal y autoestima. Cada participante aplicará técnicas de mindful eating durante la sesión. Reflexionar sobre los pensamientos relacionados con su imagen corporal, en la subdivisión del grupo. Ayudará a los participantes a mejorar su relación con la comida y a fortalecer su autoestima.

#### **Actividad:**

- Llevarse trozos pequeños a la boca, masticar despacio, y comer en compañía para poder conversar. Si es posible ponerlo en práctica durante la sesión.
- Hablar sobre el orden de los alimentos y recordar las señales de hambre y saciedad.
- Subdividir grupos para hablar sobre pensamientos de sobregeneralización y excusas.
- Identificar los pensamientos irracionales relacionados con su imagen corporal.
- Escribir una carta así mismo imaginar que es un amigo externo siendo compasivo.
- 

**Tarea:** Continuar con el autorregistro y aplicar la modificación de pensamientos. Guardar la carta en un lugar seguro.

### **Sesión 8. Grupal**

Duración: 1-2 horas

Tiempo: 15 días

Objetivos: Los participantes revisarán sus hábitos y logros, expresarán sus emociones y experiencias, y trabajarán en la modificación de pensamientos irracionales utilizando el método socrático. Cada participante identificará al menos un hábito y un logro, y participará en la discusión sobre la modificación de pensamientos irracionales. Los participantes pueden reflexionar sobre sus hábitos y logros, expresar sus emociones y participar en la discusión grupal. Ayudará a los participantes a reconocer sus logros y a trabajar en el cambio de pensamientos negativos.

#### **Actividad:**

- Con el autorregistro, tomar un caso de ejemplo y comentarlo considerando el tremendismo.
- Usar el pensamiento socrático para modificar los pensamientos irracionales.
- Meditación Guiada de Autocompasión: Comenzar la sesión con una meditación guiada centrada en la autocompasión. Pedir a los participantes que se sienten cómodamente, cierren los ojos y se concentren en su respiración. Guiarlos para que visualicen una versión más joven de sí mismos o un momento en el que se sintieron vulnerables y ofrecerse palabras de consuelo y apoyo, como lo harían con un amigo.
- Definir afirmaciones como mecanismos de protección.

**Tarea:** Continuar con el autorregistro y aplicar la modificación de pensamientos. Llevar un registro de hábitos. Poner en práctica sus afirmaciones.

### **Sesión 9. Grupal**

Duración: 1-2 horas

Tiempo: 15 días

**Objetivos:** Los integrantes compartirán sus logros y desafíos recientes, reforzarán los aspectos positivos y explorarán las emociones relacionadas con el proceso de cambio, utilizando la técnica de la escultura para profundizar en las dinámicas de apego. Cada participante compartirá al menos un logro y un desafío reciente, y participará en la actividad de la escultura. Los participantes pueden compartir sus experiencias y participar en la actividad propuesta. Ayudará a los participantes a reflexionar sobre su progreso y a explorar las emociones relacionadas con el cambio.

**Terapeuta:** Introducir la terapia narrativa al compartir logros y desafíos recientes. Anime a los participantes a explorar las emociones relacionadas con su proceso de cambio a través de la narración de sus experiencias. Utilizar la técnica de documentación de excepciones para ayudar a los participantes a identificar momentos en los que han desafiado sus patrones habituales de alimentación y pensamiento, y a construir nuevas historias de éxito a partir de estos momentos”.

#### **Actividad:**

##### **Técnica de la Escultura:**

- Seleccionar un tema puede ser de su autorregistro, de las relaciones vinculares o de regulación emocional.
- Aplicarlo en la técnica de escultura, donde uno actúa como "escultor" y el otro como "bloque de arcilla". Cada uno crea una escultura que represente el tema elegido.
- Al finalizar, compartir experiencias: ¿Cómo se sintieron al representar las situaciones? ¿Qué aprendieron sobre sus propias reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento?

**Tarea:** Reflexionar sobre las experiencias durante la actividad de la escultura y cómo pueden aplicarse en la vida diaria. Considerar cómo las estrategias de afrontamiento identificadas pueden ayudar a gestionar los pensamientos irracionales en el futuro.

### **Sesión 10. Grupal**

Duración: 1-2 horas

Tiempo: 15 días

**Objetivos:** Los integrantes del grupo trabajarán en la identificación de cadenas conductuales y aprenderán a romperlas, aplicando estrategias para prevenir recaídas y resolver problemas. Cada uno identificará al menos una cadena conductual y desarrollará estrategias para romperla. Los integrantes pueden participar en la identificación de cadenas conductuales y en el desarrollo de estrategias para prevenir recaídas. Ayudará a los participantes a evitar recaídas y a resolver problemas relacionados con su comportamiento alimentario.

#### **Actividad:**

- Enseñar a discriminar conductas y pensamientos que actúan como escalones hacia una conducta determinada.
- Usar una hoja de trabajo en forma de escalera para identificar las conductas.
- Reflexionar sobre lo escrito y generar estrategias para romper los escalones antes de llegar a la conducta final.

**Tarea:** Realizar pre-registros y registros de cadenas conductuales. Buscar una persona de apoyo que ayude a identificar la conducta en cadena antes de llegar a la conducta final.

## **Sesión 11. Grupal**

Duración: 1-2 horas

Tiempo: 1 mes

**Objetivos:** Los participantes aprenderán a evitar recaídas y a enfrentarse a ellas utilizando estrategias de solución de problemas y apoyándose en su círculo de apoyo. Cada participante identificará al menos una estrategia de solución de problemas y un miembro de su círculo de apoyo. Los miembros pueden participar en la identificación de estrategias de solución de problemas y en el fortalecimiento de su círculo de apoyo. Ayudará a los participantes a mantener su progreso y a enfrentarse a posibles desafíos.

### **Actividad:**

- Diferenciar entre caída, recaída, y pérdida total de lo conseguido.
- Estrategias para solucionar problemas y manejo de cadenas conductuales.
- Técnicas para solución de problemas:
  - Distanciarse de la escena y evaluar objetivamente.
  - Identificar creencias irracionales y sustituirlas.
  - Recordar los progresos.
  - Establecer nuevos objetivos o soluciones.
  - Pedir ayuda al compañero y al grupo.
- Diseñar una estrategia de solución de problemas.
- Enseñar técnica de respiración y recordar el lugar seguro.

**Tarea:** Identificar situaciones de alto riesgo y elaborar un plan de acción.

## **Sesión 12. Grupal**

Duración: 1-2 horas

Tiempo: 1 mes

**Objetivos:** Preparar a los integrantes para finalizar el programa y trabajar en la consolidación de los hábitos adquiridos, identificando posibles miedos y discutiendo creencias irracionales. Cada participante identificará al menos un hábito consolidado y discutirá al menos una creencia irracional. Los participantes pueden reflexionar sobre sus hábitos y creencias, y participar en la discusión grupal. Ayudará a los participantes a prepararse para finalizar el programa y a mantener los cambios realizados.

**Terapeuta:** Anime a los participantes a explorar las creencias irracionales que puedan estar alimentando estos miedos y a reescribir sus historias de futuro de una manera más positiva y esperanzadora. Utiliza la técnica de la reescritura de finales para ayudar a los participantes a imaginar y construir narrativas alternativas sobre cómo les gustaría que fuera su futuro en términos de su relación con la comida y su cuerpo.

**Actividad:**

- Identificar posibles miedos al finalizar el programa y discutir creencias irracionales.
- Enfatizar en el seguimiento de hábitos y estrategias de enfrentamiento.
- Aplicar escalas usadas al inicio del programa.

**Sesión 13. Grupal**

Duración: 1-2 horas

Tiempo: 45 días

Objetivos: Los participantes revisarán sus hábitos, estrategias de modificación de conducta y cognición, y técnicas de gestión emocional, reevaluando su progreso y ajustando según sea necesario. Cada participante identificará al menos un hábito revisado y una técnica de gestión emocional aplicada. Los participantes pueden reflexionar sobre su progreso y participar en la discusión grupal. Ayudará a los participantes a mantener su progreso y a continuar trabajando en su bienestar emocional.

**Actividad:**

- Revisar la cartulina grupal de la primera sesión.
- Leer la carta de la sesión 7, quien desee lo puede hacer en voz alta. Comentar que creen y sienten de esa carta.
- Expresar lo que sienten al ver ese número, qué significa y reflexionar sobre los logros.
- Compartir experiencias y discutir el grado de satisfacción con las sesiones”.

## Referencias

- “Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns Of Attachment: A Psychological Study Of The Strange Situation*. New Jersey: Eribaum.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-Regulation Skills As A Treatment Target In Psychotherapy. *Behaviour Research And Therapy*, 46(11), 1230-1237. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.005>
- Cordella M, P. (2008). Obesity As A Mental Disorder In Dsm-Iv *Revista Chilena De Nutrición*, 35(3), 181-187. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182008000300003>
- Depresión. (2023, Marzo 31). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Fao, Fida, Oms, Pma Y Unicef. 2019, *El Estado De La Seguridad Alimentaria Y La Nutrición En El Mundo 2019. Protegerse Frente A La Desaceleración Y El Debilitamiento De La Economía*. Roma, Fao.
- Goleman, D. (1998). *La Práctica De La Inteligencia Emocional*. Editorial Kairos. S. A. <https://mendillo.info/Desarrollo.Personal/La.Practica.De.La.Inteligencia.Emocional.Pdf>
- Gross, J. J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. *Handbook Of Emotion Regulation*, 3-27.
- Guleç Öyekçin, D., Şahin, E. M., & Aldemir, E. (2018). Psychiatric Co-Morbidity And Attachment Styles In Obese Adults: A Comparative Study With Healthy Volunteers. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 21(4), 326-333. <https://doi.org/10.5505/kpd.2018.88700>
- Guzmán-González, M., Trabucco, C., Urzúa M, A., Garrido, L., & Leiva, J. (2014). Validez Y Confiabilidad De La Versión Adaptada Al Español De La Escala De Dificultades De Regulación Emocional (Ders-E) En Población Chilena. *Terapia Psicológica*, 32(1), 19-29. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100002>
- Hervás, G., & Vazquez, C. (2006). La Regulación Afectiva: Modelos, Investigación E Implicaciones Para La Salud Mental Y Física. *Revista De Psicología General Y Aplicada*, 59, 9-32.
- Historia\_de\_la\_probabilidad\_y\_de\_la\_ Estadística.Pdf. (2011). [https://ocw.uniovi.es/pluginfile.php/2789/mod\\_resource/content/1/Historia\\_de\\_la\\_probabilidad\\_y\\_de\\_la\\_estadistica.pdf#page=373](https://ocw.uniovi.es/pluginfile.php/2789/mod_resource/content/1/Historia_de_la_probabilidad_y_de_la_estadistica.pdf#page=373)
- Hunter, J. J., & Maunder, R. G. (2001). Using Attachment Theory To Understand Illness Behavior. *General Hospital Psychiatry*, 23(4), 177-182. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00141-4](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00141-4)
- Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2010). Attachment Insecurity Predicts Eating Disorder Symptoms And Treatment Outcomes In A Clinical Sample Of Women. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 198(9), 653-659. <https://doi.org/10.1097/Nmd.0b013e3181ef34b2>
- Koskina, N., & Giovazolias, T. (2010). The Effect Of Attachment Insecurity In The Development Of Eating Disturbances Across Gender: The Role Of Body Dissatisfaction. *The Journal Of Psychology*, 144(5), 449-471. <https://doi.org/10.1080/00223980.2010.496651>
- Lacasa, F. (2014). *Guía Para La Aplicación E Interpretación Del Cuestionario De Apego Camir-R*.
- Lizama, A. J. C., Villanueva, B. J., Martínez, D. P., Leiva, F. C., & Mella, E. R. (2021). Obesidad: Autoeficacia Percibida, Regulación Emocional y Estrés. *Psicología: Teoría E Pesquisa*, 36, E36411.
- Obesity And Overweight. (S. F.). Recuperado 12 De Febrero De 2024, De <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>



Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, Obesity, And The Health Of The Nations Children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557-580. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.557>

Salud Mental/Corporal: La Obesidad. (2010). <https://www.apa.org/https://www.apa.org/topics/obesity/obesidad>

Santos, D. A. De Los. (2022). Regulación Emocional Y Terapias Psicológicas Empíricamente Apoyadas: Confluencias, Complementariedades Y Divergencias. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 48(177), Article 177. <https://doi.org/10.33776/Amc.V48i177.5467>

Silva, J. R. (2008). Anxiety Induced Overeating, Part Ii: A Reference Framework For The Development Of Psychotherapeutic Techniques And Prevention Programs. *Terapia Psicológica*, 26(1), 99-115. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100009>

Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment And Eating Disorders: A Review Of Current Research. *The International Journal Of Eating Disorders*, 47(7), 710-717. <https://doi.org/10.1002/Eat.22302>

Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T.-Y., & Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Affect Regulation, Negative Mood, And Interpersonal Problems: The Mediating Roles Of Emotional Reactivity And Emotional Cutoff. *Journal Of Counseling Psychology*, 52(1), 14-24. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.1.14>

Willem, C., Gandolphe, M.-C., Doba, K., Roussel, M., Verkindt, H., Pattou, F., & Nandrino, J.-L. (2020). Eating In Case Of Emotion Dys-Regulation, Depression And Anxiety: Different Pathways To Emotional Eating In Moderate And Severe Obesity. *Clinical Obesity*, 10(5), E12388. <https://doi.org/10.1111/Cob.12388>

World Obesity Atlas 2022.Pdf. (2022). [https://S3-Eu-West-1.Amazonaws.Com/Wof-Files/World obesity atlas 2022.Pdf](https://S3-Eu-West-1.Amazonaws.Com/Wof-Files/World%20obesity%20atlas%202022.Pdf)

Guzmán López, N., & Meléndez Pérez, R. A. (2021). Impacto de la calidad de vida en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en el período julio-agosto de 2021 en la República Dominicana (Trabajo Profesional Final, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, Universidad correspondiente).

Garabito, I., Jiménez, J., & Espinosa Basilis, M. L. (2022). Relación entre las experiencias adversas en la niñez y la regulación emocional (Proyecto Final de Grado, Facultad de Psicología, Universidad correspondiente).

Abramis, M. (2020). Review Of Attachment In Therapeutic Practice: By Jeremy Holmes And Arietta Slade. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications, 2018. 240 Pp. *Contemporary Psychoanalysis*, 56(4), 661-673. <https://doi.org/10.1080/00107530.2019.1657693>

Baile, J. I., González-Calderón, M. J., Palomo, R., Rabito-Alcón, M. F. (2011). La Intervención Psicológica De La Obesidad: Desarrollo Y Perspectivas. *Psychology*, E3, 1-14. <https://doi.org/10.5093/Cc2020a1>

Baños, R. M., Oliver, E., Navarro, J., Vara, M. D., Cebolla, A., Lurbe, E., Pitti, J. A., Torró, M. I., & Botella, C. (2019). Efficacy Of A Cognitive And Behavioral Treatment For Childhood Obesity Supported By The Etiobe Web Platform. *Psychology, Health & Medicine*, 24(6), 703-713. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1566622>

Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-Regulation Skills As A Treatment Target In Psychotherapy. *Behaviour Research And Therapy*, 46(11), 1230-1237. <https://doi.org/10.1016/J.Brat.2008.08.005>

Berlin, L., & Cassidy, J. (2003). Mothers Self-reported Control Of Their Preschool Childrens Emotional Expressiveness: A Longitudinal Study Of Associations With Infant–

Mother Attachment And Childrens Emotion Regulation. *Social Development*, 12, 477-495. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00244>

Biedermann, K., & Martínez, V. (2009). Aportes De La Teoría Del Apego Al Abordaje Clínico De Los Trastornos De Alimentación.

Buschiazzo, D. S., & Saez, C. F. (1997). Obesidad: Factores Psiquiátricos Y Psicológicos. *Ars Medica Revista De Ciencias Médicas*, 26(1), Article 1. <https://www.arsmedica.cl/index.php/med/article/view/1211>

Caballo, V. E. (1998). Manual Para El Tratamiento Cognitivo-Conductual De Los Trastornos Psicológicos V.2.

Cabrera, K. (2005). Aspectos Psicológicos De La Obesidad Importancia De Su Identificación Y Abordaje Dentro De Un Enfoque Interdisciplinario. [https://www.academia.edu/35767712/Aspectos psicol%C3%93gicos de la obesidad importancia de su identificaci%C3%B3n y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario](https://www.academia.edu/35767712/Aspectos_psicol%C3%93gicos_de_la_obesidad_importancia_de_su_identificaci%C3%B3n_y_abordaje_dentro_de_un_enfoque_interdisciplinario)

Consorcio Chileno Para El Estudio De La Obesidad, Preiss Contreras, Y. (2022). Obesity In Adults: Clinical Practice Guideline Adapted For Chile. *Medwave*, 22(10), E2649-E2649. <https://doi.org/10.5867/medwave.2022.10.2649>

Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., Oconnor, M. E., & Fairburn, C. G. (2010). Testing A New Cognitive Behavioural Treatment For Obesity: A Randomized Controlled Trial With Three-Year Follow-Up. *Behaviour Research And Therapy*, 48(8), 706-713. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.008>

Cordella M, P. (2008). Obesity As A Mental Disorder In Dsm-Iv? *Revista Chilena De Nutrición*, 35(3), 181-187. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182008000300003>

Danese, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., Polanczyk, G., Pariante, C. M., Poulton, R., & Caspi, A. (2009). Adverse Childhood Experiences And Adult Risk Factors For Age-Related Disease: Depression, Inflammation, And Clustering Of Metabolic Risk Markers. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(12), 1135-1143. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.214>

Duque, I. D. E. (2017). Guía De Práctica Clínica (Gpc) Para La Prevención, Diagnóstico Y Tratamiento Del Sobrepeso Y La Obesidad En Adultos. *Universitas Médica*, 58(2), Article 2. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.Umed58-2.Obes>

El Estado De La Seguridad Alimentaria Y La Nutrición. Pdf. (2019). De <https://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>

García García, I., & Clara, A.-R. (2017). La Educación Emocional Como Método Para Mejorar Los Problemas De Conducta De Los Niños Y Niñas. Una Experiencia Llevada A Cabo En República Dominicana. *Fòrum De Recerca*, 22, 81-91. <https://doi.org/10.6035/Forumrecerca.2017.22.5>

Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, Emoción Y Regulación Emocional: Implicaciones Para La Salud. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 38(3), 493-507.

Gavilán, S. G., & Manjón, B. V. (S. F.). *Intervención Psicológica En La Obesidad*.

Goldman-Mellor, S., Hamer, M., & Steptoe, A. (2012). Early-Life Stress And Recurrent Psychological Distress Over The Lifecourse Predict Divergent Cortisol Reactivity Patterns In Adulthood. *Psychoneuroendocrinology*, 37(11), 1755-1768. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.03.010>

Pérez López, E. (2019/2020). *Trastorno de la conducta alimentaria: ¿Qué es el trastorno por atracón?* (Tesis de grado). Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad de Madrid.

Goleman, D. (1998). *La Práctica De La Inteligencia Emocional*.

Grammer, A. C., Monterubio, G. E., Dadamo, L., Balantekin, K. N., Taylor, C. B., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Wilfley, D. E. (2023). Evaluation Of A Combined, Online

Intervention For Binge-Type Eating Disorders And High Body Weight In Young Adults. *Eating Behaviors*, 50, 101789. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101789>

Gross, J. J., & Barrett, L. F. (2011). Emotion Generation And Emotion Regulation: One Or Two Depends On Your Point Of View. *Emotion Review*, 3(1), 8-16. <https://doi.org/10.1177/1754073910380974>

Gross, J. J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. *Handbook Of Emotion Regulation*, 3-27.

Group Cognitive Behavioural Therapy And Weight Regain After Diet In Type 2 Diabetes: Results From The Randomised Controlled Power Trial | *Diabetologia*. (2018). <https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-017-4531-9>

Guleç Öyekçin, D., Şahin, E. M., & Aldemir, E. (2018). Psychiatric Co-Morbidity And Attachment Styles In Obese Adults: A Comparative Study With Healthy Volunteers. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 21(4), 326-333. <https://doi.org/10.5505/kpd.2018.88700>

Hauck, C., Cook, B., & Ellrott, T. (2020). Food Addiction, Eating Addiction And Eating Disorders. *Proceedings Of The Nutrition Society*, 79(1), 103-112. <https://doi.org/10.1017/S0029665119001162>

Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.

Hervás, G., & Vazquez, C. (2006). La Regulación Afectiva: Modelos, Investigación E Implicaciones Para La Salud Mental Y Física. *Revista De Psicología General Y Aplicada*, 59, 9-32.

Hunter, J. J., & Maunder, R. G. (2001). Using Attachment Theory To Understand Illness Behavior. *General Hospital Psychiatry*, 23(4), 177-182. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00141-4](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00141-4)

Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2010). Attachment Insecurity Predicts Eating Disorder Symptoms And Treatment Outcomes In A Clinical Sample Of Women. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 198(9), 653-659. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181ef34b2>

Jones, J., Kauffman, B., Rosenfield, D., Smits, J. A. J., & Zvolensky, M. J. (2019). Emotion Dysregulation And Body Mass Index: The Explanatory Role Of Emotional Eating Among Adult Smokers. *Eating Behaviors*, 33, 97-101. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.05.003>

Kiesewetter, S., Köpsel, A., Mai, K., Stroux, A., Bobbert, T., Spranger, J., Köpp, W., Deter, H.-C., & Kallenbach-Dermutz, B. (2012). Attachment Style Contributes To The Outcome Of A Multimodal Lifestyle Intervention. *Biopsychosocial Medicine*, 6(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-6-3>

Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W. S., & Gamble, W. (1993). Attachment And Emotion Regulation During Mother-Teen Problem Solving: A Control Theory Analysis. *Child Development*, 64(1), 231-245.

Koskina, N., & Giovazolias, T. (2010). The Effect Of Attachment Insecurity In The Development Of Eating Disturbances Across Gender: The Role Of Body Dissatisfaction. *The Journal Of Psychology*, 144(5), 449-471. <https://doi.org/10.1080/00223980.2010.496651>

Larrañaga, A., & García-Mayor, R. (2007). Tratamiento Psicológico De La Obesidad. *Medicina Clínica*, 129(10), 387-391.

Le Page, H. (2005). Healing Trauma: Attachment, Mind, Body, And Brain. *The Canadian Child And Adolescent Psychiatry Review*, 14(4), 120-121.

Lemos, M. (2015). La Teoría De La Alostasis Como Mecanismo Explicativo Entre Los Apegos Inseguros Y La Vulnerabilidad A Enfermedades Crónicas. *Anales De Psicología*, 31(2), 452-461. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.176361>

Lizama, A. J. C., Villanueva, B. J., Martínez, D. P., Leiva, F. C., & Mella, E. R. (2021). Obesidad: Autoeficacia Percibida, Regulación Emocional y Estrés. *Psicología: Teoría E Pesquisa*, 36, E36411.

Madigan, C. D., Graham, H. E., Sturgiss, E., Kettle, V. E., Gokal, K., Biddle, G., Taylor, G. M. J., & Daley, A. J. (2022). Effectiveness Of Weight Management Interventions For Adults Delivered In Primary Care: Systematic Review And Meta-Analysis Of Randomised Controlled Trials. *Bmj*, 377, E069719. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069719>

Madjd, A., Taylor, M. A., Delavari, A., Malekzadeh, R., Macdonald, I. A., & Farshchi, H. R. (2020). Effects Of Cognitive Behavioral Therapy On Weight Maintenance After Successful Weight Loss In Women; A Randomized Clinical Trial. *European Journal Of Clinical Nutrition*, 74(3), 436-444. <https://doi.org/10.1038/s41430-019-0495-9>

Marcos, 2021, El Vínculo De Apego Y La Psicoterapia Breve.Pdf. (2021.). [https://www.psicociencias.com/pdf\\_noticias/Vol.11n1mayo2021.pdf](https://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Vol.11n1mayo2021.pdf)

Murguía, M. S., Sierra, A. V., & Tamayo, M. T. (2014). Intervención Cognitivo-Conductual Grupal Para Pérdida De Peso Y Calidad De Vida En Pacientes Candidatos A Cirugía Bariátrica. *Acta Colombiana De Psicología*, 17(1), Artículo 1. <https://doi.org/10.14718/acp.2014.17.1.3>

Obesity And Overweight. (2021, Junio 9). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Péneau, S., Ménard, E., Méjean, C., Bellisle, F., & Hercberg, S. (2013). Sex And Dieting Modify The Association Between Emotional Eating And Weight Status. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 97(6), 1307-1313. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.054916>

Pierrehumbert, B., Bader, M., Miljkovitch, R., Mazet, P., Amar, M., & Halfon, O. (2002). Strategies Of Emotion Regulation In Adolescents And Young Adults With Substance Dependence Or Eating Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9, 384-394. <https://doi.org/10.1002/cpp.339>

Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, Obesity, And The Health Of The Nations Children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557-580. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.557>

Raitakari, O. T., Juonala, M., Kähönen, M., Taittonen, L., Laitinen, T., Mäki-Torkko, N., Järvisalo, M. J., Uhari, M., Jokinen, E., Rönnemaa, T., Åkerblom, H. K., & Viikari, J. S. A. (2003). Cardiovascular Risk Factors In Childhood And Carotid Artery Intima-Media Thickness In Adulthood: The Cardiovascular Risk In Young Finns Study. *Jama*, 290(17), 2277-2283. <https://doi.org/10.1001/jama.290.17.2277>

Rajan, T. M., & Menon, V. (2017). Psychiatric Disorders And Obesity: A Review Of Association Studies. *Journal Of Postgraduate Medicine*, 63(3), 182-190. [https://doi.org/10.4103/jpgm.jpgm\\_712\\_16](https://doi.org/10.4103/jpgm.jpgm_712_16)

Reeve, J. (2018). *Understanding Motivation And Emotion*. John Wiley & Sons.

Remesal Cobreros, R. (2002). Aspectos Psicológicos De La Obesidad Infantil. <https://idus.us.es/handle/11441/16004>

Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H.-R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., ... Dixon, J. B. (2020). Joint International Consensus Statement For Ending Stigma Of Obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485-497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>

Salud Mental/Corporal: La Obesidad. (2010). <https://www.apa.org/topics/obesity/obesidad>

Santos, D. A. De Los. (2022). Regulación Emocional Y Terapias Psicológicas Empíricamente Apoyadas: Confluencias, Complementariedades Y Divergencias. *Análisis Y*

Schore, A. N. (2001). Effects Of A Secure Attachment Relationship On Right Brain Development, Affect Regulation, And Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1)

Segura-Serralta M, Perpiñá C, Ciscar S, Blasco L, Espert R, Romero-Escobar C, Domínguez JR, OltraCucarella J. Executive functions and emotion regulation in obesity and eating disorders. *Nutr Hosp* 2019;36(1):167-172 DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02016>

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2008). Adult Attachment And Cognitive And Affective Reactions To Positive And Negative Events. *Social And Personality Psychology Compass*, 2(5), 1844-1865. <https://doi.org/10.1111/J.1751-9004.2008.00146.X>

Silva, J. R. (2008). Anxiety Induced Overeating, Part Ii: A Reference Framework For The Development Of Psychotherapeutic Techniques And Prevention Programs. *Terapia Psicológica*, 26(1), 99-115. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100009>

Tarragona, M. (2013). Psicología Positiva Y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora. *Terapia Psicológica*, 31(1), 115-125. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000100011>

Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment And Eating Disorders: A Review Of Current Research. *The International Journal Of Eating Disorders*, 47(7), 710-717. <https://doi.org/10.1002/Eat.22302>

Thompson. pdf. (1994). <https://sedlpubs.faculty.ucdavis.edu/wp-content/uploads/sites/192/2015/03/Thompson1994.pdf>

Tonella, G. (S. F.). La Regulación Interpersonal del Sí-Mismo.

Tronieri, J. S., Wadden, T. A., Leonard, S. M., & Berkowitz, R. I. (2019). A Pilot Study Of Acceptance-Based Behavioral Weight Loss For Adolescents With Obesity. *Behavioral And Cognitive Psychotherapy*, 47(6), 686-696. <https://doi.org/10.1017/S1352465819000262>

Universidad Nacional Autónoma De México, Gómez Pérez, O., Calleja Bello, N., Universidad Nacional Autónoma De México. (2016). Regulación Emocional: Definición, Red Nomológica Y Medición. *Revista Mexicana De Investigación En Psicología*, 8(1), 96-117. <https://doi.org/10.32870/Rmip.Vi.312>

Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized Attachment In Early Childhood: Meta-Analysis Of Precursors, Concomitants, And Sequelae. *Development And Psychopathology*, 11(2), 225-249. <https://doi.org/10.1017/S0954579499002035>

Van Vlierberghe, L., Braet, C., & Goossens, L. (2009). Dysfunctional Schemas And Eating Pathology In Overweight Youth: A Case-Control Study. *The International Journal Of Eating Disorders*, 42(5), 437-442. <https://doi.org/10.1002/Eat.20638>

Vetere, A., & Dallos, R. (2008). Systemic Therapy And Attachment Narratives. *Journal Of Family Therapy*, 30(4), 374-385. <https://doi.org/10.1111/J.1467-6427.2008.00449.X>

Wadden, T. A., & Osei, S. (2002). The Treatment Of Obesity: An Overview. En *Handbook Of Obesity Treatment* (Pp. 229-248). Guilford Press.

Weinberger, N.-A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2016). Body Dissatisfaction In Individuals With Obesity Compared To Normal-Weight Individuals: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Obesity Facts*, 9(6), 424-441. <https://doi.org/10.1159/000454837>

Weinreich, T., Filz, H.-P., Gresser, U., & Richartz, B. M. (2017). Effectiveness Of A Four-Week Diet Regimen, Exercise And Psychological Intervention For Weight Loss. *Journal Of Clinical And Diagnostic Research: Jcdr*, 11(3), Lc 20-Lc24. <https://doi.org/10.7860/Jcdr/2017/24112.9553>

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means To Therapeutic Ends* (1st Ed). Norton.

Willem, C., Gandolphe, M.-C., Doba, K., Roussel, M., Verkindt, H., Pattou, F., & Nandrino, J.-L. (2020). Eating In Case Of Emotion Dys-Regulation, Depression And Anxiety: Different Pathways To Emotional Eating In Moderate And Severe Obesity. *Clinical Obesity*, 10(5), E12388. <https://doi.org/10.1111/Cob.12388>

Winnicott, D. W. (2018). *Transitional Objects And Transitional Phenomena 1—A Study Of The First Not-Me Possession 2*. En A. C. Furman & S. T. Levy (Eds.), *Influential Papers From The 1950s* (1.<sup>A</sup> Ed., Pp. 202-221). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429475931-14>

[World\\_obesity\\_atlas\\_2022.Pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/Wof-Files/World_obesity_atlas_2022.Pdf). (2022). [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/Wof-Files/World\\_obesity\\_atlas\\_2022.Pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/Wof-Files/World_obesity_atlas_2022.Pdf)

Zolfalipormaleki S, Gamari kivi H, Rezai sharif A. Effectiveness of narrative therapy on social physique anxiety in obese and overweight women. *J Ardabil Univ Med Sci* . 2023;23(3 ( :278 -291”.