



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS SOBRE EL
PERFIL PSICOLÓGICO EN OBESOS: UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**AUTORAS: MELLANNI MISHHELL ESPINOZA PERLAZA
EMILY CAMILA PESANTEZ VALLEJO**

DIRECTOR: GEOVANNY GENARO REIVAN ORTIZ, Ph.D.

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS SOBRE EL
PERFIL PSICOLÓGICO EN OBESOS: UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**AUTORAS: MELLANNI MISHHELL ESPINOZA PERLAZA
EMILY CAMILA PESANTEZ VALLEJO**

DIRECTOR: GEOVANNY GENARO REIVAN ORTIZ, Ph.D.

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

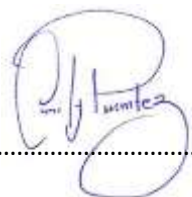
Mellanni Mishell Espinoza Perlaza portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0705199826** y **Emily Camila Pesantez Vallejo** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105138556**. Declaramos ser autores de la obra: **“Terapia cognitiva basada en mindfulness sobre el perfil psicológico en obesos: una revisión sistemática”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaramos finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **19 de marzo de 2026**

F: 

Mellanni Mishell Espinoza Perlaza

C.I. **0705199826**

F: 

Emily Camila Pesantez Vallejo

C.I. **0105138556**

Cuenca, 19 de marzo de 2026

CERTIFICACIÓN

Yo **Geovanny Genaro Reivan Ortiz**, con cédula de identidad N° **0103687398** en calidad de Director del Trabajo de Titulación con el tema: **“Terapia cognitiva basada en mindfulness sobre el perfil psicológico en obesos: una revisión sistemática”**, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Mellanni Mishell Espinoza Perlaza y Emily Camila Pesantez Vallejo, bajo mi supervisión.

Atentamente;

GEOVANNY GENARO REIVAN ORTIZ Firmado digitalmente por
GEOVANNY GENARO REIVAN ORTIZ
Fecha: 2026.03.19 10:33:59 -05'00'

Dr. Geovanny Genaro Reivan Ortiz, Ph.D.

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Agradecimientos

Agradecemos en primer lugar a Dios por acompañarnos en cada paso de este camino, por darnos la fortaleza y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa tan importante de nuestras vidas.

A nuestro tutor, Dr. Geovanny Genaro Reivan Ortiz, Ph.D., nuestros más sinceros agradecimientos por su guía, su paciencia y su apoyo. Su acompañamiento fue fundamental en la realización de nuestro trabajo y de nuestro crecimiento académico.

A la universidad por brindarnos los conocimientos y herramientas necesarias para poder formarnos como profesionales. A cada uno de nuestros docentes, gracias por sus enseñanzas y su dedicación.

Agradecemos a todas las personas que de una u otra manera, formaron parte de este proceso y nos brindaron su apoyo incondicional.

Dedicatoria

Esto va dedicado con todo mi amor a mis padres, mis pilares fundamentales, los que supieron educarme y darme la fortaleza necesaria para hoy en día estar aquí culminando una etapa de mi vida, los que me guiaron y apoyaron desde el día uno.

A mi nonna Hilda, a mi tía Marina y a mis primas Cristina, Danniella y Fiorella, que a pesar de la distancia, han sido un apoyo constante con su amor y palabras de aliento.

A mi nonno Franklin y mi tía Meibol, que desde el cielo se que me acompañan y celebran conmigo, este logro lleva también su amor, sus enseñanzas y recuerdos que viven en mí.

Y a ti Wilson, quien viviste cada desvelo, cada logro y cada caída conmigo. Gracias por escucharme, motivarme y sostenerme siempre. Gracias por ser parte esencial de esta meta cumplida.

Mellanni Mishell Espinoza Perlaza

Dedicatoria

Dedico mi tesis, en primer lugar, a mis padres, por confiar en mí desde el primer momento de mi carrera, por su apoyo incondicional, sus consejos y por ser siempre mi mayor inspiración para seguir adelante.

A Vale, Juan y Fran, mis hermanos, por alentarme en cada paso, por sus palabras de ánimo y por acompañarme en este camino con cariño y paciencia.

A Juli, Isa y bebé, mis sobrinos, por ser mi motor, mi alegría y la razón que me impulsa a seguir creciendo y superándome cada día.

A mis abuelitos, que desde el cielo me brindan la fuerza para seguir adelante y me acompañan en cada paso, recordándome que nunca estoy sola.

Y a Mate, por estar siempre a mi lado, por su apoyo constante, por darme ánimos en los momentos difíciles y por nunca dejarme sola. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba.

Emily Camila Pesantez Vallejo

Resumen

Introducción. Diversos estudios mencionan que la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) tiene efectos positivos sobre el perfil psicológico (depresión, ansiedad y estrés) en personas con obesidad, sin embargo, los resultados no son del todo concluyentes y pertenecen a estudios aislados. El objetivo de este estudio fue analizar los efectos de la MBCT sobre el perfil psicológico (depresión, ansiedad y estrés) en personas con obesidad, mediante una revisión sistemática. **Método.** Se realizó una revisión sistemática analizando ensayos clínicos publicados entre 2000 y 2025. Los estudios fueron obtenidos de bases de datos académicas como PubMed, ScienceDirect, Taylor & Francis, PMC y PsycINFO. Los estudios se evaluaron conforme a los lineamientos de la Colaboración Cochrane. **Resultados.** La revisión mostró que la MBCT es eficaz para reducir la ansiedad, depresión y estrés en personas con obesidad, además, promueve una relación más saludable con la alimentación y mejora la regulación emocional, lo que facilita la pérdida de peso, y a su vez incrementa la autoestima y la resiliencia emocional, contribuyendo a la calidad de vida a largo plazo. Sin embargo, algunos estudios presentaron variabilidad en la dosificación y precisión de la intervención. **Discusión.** Los resultados sugieren que la MBCT es una herramienta valiosa para tratar la obesidad, ya que aborda los aspectos emocionales y comportamentales que perpetúan la condición, a pesar de algunas limitaciones metodológicas, los hallazgos respaldan su inclusión en enfoques terapéuticos multidisciplinarios para tratar la obesidad.

Palabras clave: Mindfulness, terapia cognitiva basada en mindfulness, obesidad / ingesta emocional, eficacia terapéutica, conducta alimentaria.

Abstract

Introduction. Various studies report that Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) has positive effects on the psychological profile (depression, anxiety and stress) in people with obesity; however, the results are not entirely conclusive and derive from isolated studies. This study aimed to analyze the effects of MBCT on the psychological profile (depression, anxiety and stress) in people with obesity, through a systematic review. **Method.** A systematic review was conducted by analyzing clinical trials published between 2000 and 2025. The studies were retrieved from academic databases such as PubMed, ScienceDirect, Taylor & Francis, PMC and PsycINFO. The studies were assessed in accordance with the guidelines of the Cochrane Collaboration. **Results.** The review showed that MBCT is effective in reducing anxiety, depression and stress in people with obesity; furthermore, it promotes a healthier relationship with eating and improves emotional regulation, which facilitates weight loss, while also increasing self-esteem and emotional resilience, thereby contributing to long-term quality of life. However, some studies showed variability in the dosage and implementation of the intervention. **Discussion.** The results suggest that MBCT is a valuable tool for treating obesity, as it addresses the emotional and behavioral factors that perpetuate the condition; despite some methodological limitations, the findings support its inclusion in multidisciplinary therapeutic approaches for the treatment of obesity.

Keywords: Mindfulness, mindfulness-based cognitive therapy, obesity/emotional eating, therapeutic efficacy, eating behavior.

Contenido

Introducción	11
<i>Conceptualización de variables</i>	11
Objetivo general:	12
Metodología	13
<i>Diseño</i>	13
<i>Estrategias de búsqueda</i>	13
Criterios de selección	14
<i>Extracción de datos</i>	14
<i>Análisis de datos</i>	15
Resultados.....	16
<i>Selección de estudios</i>	16
<i>Características de estudios incluidos</i>	17
<i>Detalles por dominio</i>	19
<i>Evaluación de la calidad de los estudios incluidos</i>	25
<i>Discusión General del Perfil de Sesgo</i>	26
Discusión	28
Referencias Bibliográficas	32

Introducción

Conceptualización de variables

La población del estudio está conformada por personas adultas con obesidad, definida por un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m². Esta condición implica una acumulación excesiva de grasa corporal y se asocia con un mayor riesgo de enfermedades físicas y psicológicas. Entre estas últimas destacan la ansiedad, la depresión y el estrés, consideradas comorbilidades frecuentes que afectan el bienestar emocional y la adherencia a tratamientos de salud (Organización Mundial de la Salud, 2023).

La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) es una intervención estructurada que integra la terapia cognitivo-conductual con prácticas de atención plena. Su objetivo es fomentar la conciencia de pensamientos, emociones y sensaciones corporales desde una actitud no reactiva y sin juicio, favoreciendo la regulación emocional y la modificación de patrones cognitivos disfuncionales (Segal et al., 2013). A diferencia de otros programas como la MBSR, la MBCT incorpora estrategias cognitivas explícitas para prevenir recaídas emocionales y transformar la relación con pensamientos negativos (Dimidjian & Segal, 2014).

El perfil psicológico en la obesidad comprende características emocionales, cognitivas y conductuales que influyen en la manera en que la persona interpreta y responde a su entorno. En adultos con obesidad suelen observarse altos niveles de ansiedad, depresión y estrés, los cuales interfieren en los hábitos alimentarios, la actividad física y la adherencia terapéutica (Gariépy et al., 2010).

La ansiedad es una alteración frecuente en esta población y se asocia con mayor incidencia de trastornos ansiosos, especialmente en mujeres, debido al estigma corporal, la baja autoestima y la insatisfacción con la imagen corporal (Gariépy et al., 2010). Esto

puede favorecer la alimentación emocional y reforzar un círculo vicioso entre malestar psicológico y aumento de peso (Marchenko, 2024).

Asimismo, existe una relación bidireccional entre obesidad y depresión, ya que las personas con obesidad presentan mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos, particularmente mujeres jóvenes (Luppino et al., 2010). Esta asociación se explica por factores biológicos y psicosociales, como la inflamación sistémica, la alteración del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y el estigma social (Epel et al., 2001). El estrés psicosocial también cumple un papel relevante, pues el estrés crónico eleva los niveles de cortisol, favorece la acumulación de grasa visceral y estimula el consumo de alimentos hipercalóricos, contribuyendo al mantenimiento tanto de la obesidad como del malestar emocional (Chao et al., 2017).

Objetivo general:

Analizar los efectos de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) sobre el perfil psicológico (depresión, ansiedad y estrés) en personas con obesidad, mediante una revisión sistemática de la literatura científica.

Metodología

Diseño

Para cumplir con los objetivos de este trabajo, se ha optado por un diseño de revisión sistemática con un alcance descriptivo. Esta investigación se ha construido como un análisis profundo de la literatura científica existente. El foco central ha sido entender cómo el Mindfulness logra transformar el perfil psicológico estrés, ansiedad y depresión y la relación con la comida en personas con obesidad.

Para este proceso nos hemos guiado por los estándares de la Colaboración Cochrane, que es el referente de oro en salud. De igual manera hemos pasado nuestro trabajo por el filtro de Shea et al. (2017) con su herramienta AMSTAR 2, y hemos evaluado el riesgo de sesgo siguiendo las directrices de Sterne et al. (2019) mediante el RoB 2. Además, toda la estructura y el flujo de la información se ha organizado bajo la declaración de Page et al. (2021), PRISMA 2020.

Para garantizar los resultados de estudio hemos incluido ensayos clínicos aleatorizados (ECA). De esta manera nos aseguramos de que cada uno de los 30 artículos de evidencia que forman esta revisión sea de la más alta calidad.

Estrategias de búsqueda

La recolección de artículos científicos se realizó mediante el uso de cadenas de búsqueda estructuradas con operadores booleanos (AND, OR). Las fuentes seleccionadas abarcaron las siguientes bases de datos académicas: PubMed, ScienceDirect, Taylor & Francis, PMC (PubMed Central) y PsycINFO.

Las palabras clave utilizadas para la investigación son: Mindfulness, Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, MBCT, obesidad, ingesta emocional, eficacia terapéutica, conducta alimentaria.

Criterios de selección

Criterios de inclusión. Están publicados entre los años 2000 y 2025; Ensayos clínicos aleatorizados (ECA) enfocados en población adulta con diagnóstico de obesidad ($IMC \geq 30$) o sobrepeso clínico; y que evalúen la aplicación de Mindfulness (MBCT, MB-EAT, etc.) reportando datos estadísticos de resultados (medias, desviaciones estándar).

Criterios de exclusión. Se excluyen estudios observacionales, preexperimentales o cuasiexperimentales, artículos duplicados, revisiones teóricas sin extracción de datos empíricos, y estudios donde la población no presentara obesidad como diagnóstico o comorbilidad principal.

Extracción de datos

Se utiliza una ficha estructurada para registrar los aspectos fundamentales de cada estudio: autoría, año, país, enfoque metodológico, tipo de muestra, instrumentos aplicados, principales resultados y conclusiones. Este procedimiento permite organizar y sintetizar la información de manera coherente. Aunado a esto, la extracción de datos se realiza siguiendo las directrices del modelo PRISMA 2020, con el objetivo de garantizar un proceso transparente, reproducible y riguroso.

Para ello, se emplea un formulario de extracción de datos previamente diseñado, que es aplicado de forma independiente por dos revisores capacitados. Este formulario incluye variables clave como: Datos referentes al estudio, la ciudad y los objetivos planteados, así como las hipótesis de trabajo y el contexto y formato de intervención

aplicado. Se registraron los diagnósticos objetivo mediante los criterios de inclusión, el tamaño de la muestra (n), la edad de los participantes y la distribución de diagnósticos en la línea base, especificando además el diagnóstico principal reportado, la comorbilidad reportada y la comorbilidad evaluada a través de los instrumentos utilizados y los resultados obtenidos en cada investigación.

Análisis de datos

Para determinar el nivel de sesgo de los estudios que indican la validez de la terapia cognitiva basada en el mindfulness sobre la ansiedad, depresión y estrés en pacientes obesos se utilizan herramientas para estimar el riesgo de sesgo; por ejemplo, en ensayos clínicos aleatorizados se emplea la Cochrane Risk of Bias Tool (RoB 2), desarrollada por la Colaboración Cochrane. El instrumento valora el sesgo considerando cinco áreas clave: el proceso de asignación aleatoria, las variaciones en la aplicación de la intervención, la ausencia de datos en los resultados, la forma de medición del desenlace y la elección de los resultados informados. Cada dominio se califica como “bajo riesgo”, “riesgo alto” o “algunas preocupaciones”, por lo tanto el uso del RoB 2 permite una evaluación estructurada y sistemática que contribuye a determinar la calidad y confiabilidad de los hallazgos de un ensayo clínico aleatorizado (Sterne et al., 2019).

La calidad en el diseño metodológico de los ensayos clínicos incluidos aleatoriamente se determina a través de la herramienta RoB 2 (Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials). Este instrumento permite una evaluación estructurada a través de cinco áreas: el proceso de aleatorización, las desviaciones de las intervenciones previstas, la ausencia de datos de los resultados, la medición del desenlace y la selección del resultado reportado. Cada apartado es categorizado bajo los niveles de “bajo riesgo”, “algunas dudas” o “alto riesgo de sesgo”, garantizando que la síntesis de la información

final de los 30 ensayos seleccionados se fundamenta en un análisis riguroso de su validez interna.

Resultados

Selección de estudios

Siguiendo las directrices del protocolo PRISMA, el proceso de selección inició con una fase de identificación que arrojó un total de 724 registros. Estos se localizaron principalmente en PubMed (n = 210) y PMC (n = 185), complementados con 329 referencias adicionales procedentes de bases de datos como PubMed, Taylor & Francis, PMC, ScienceDirect y PsycINFO. Posteriormente, se realizó una depuración técnica de los registros para garantizar la integridad de la muestra, identificándose y eliminándose 239 duplicados. Este procedimiento dio como resultado una base neta de 485 estudios para la fase de selección manual.

Es importante señalar que el descarte de artículos no fue delegado a herramientas de automatización, optándose por una revisión humana con el objetivo de reducir el riesgo de sesgos de selección prematuros.

Durante el cribado inicial de 415 registros por título y resumen, se excluyeron 352 informes debido a la falta de pertinencia temática, predominando estudios no relacionados con la obesidad, investigaciones en animales o artículos en idiomas distintos al criterio de inclusión. Un total de 63 informes avanzaron a la fase de evaluación a texto completo, donde se aplicó un análisis de idoneidad priorizando el rigor metodológico y la especificidad de la población. En esta etapa, se excluyeron 33 estudios: 15 por no cumplir con el diseño de ensayo clínico aleatorizado (ECA), 10 por aplicar intervenciones no basadas en Mindfulness y 8 por no reportar variables de salud mental. Finalmente, se

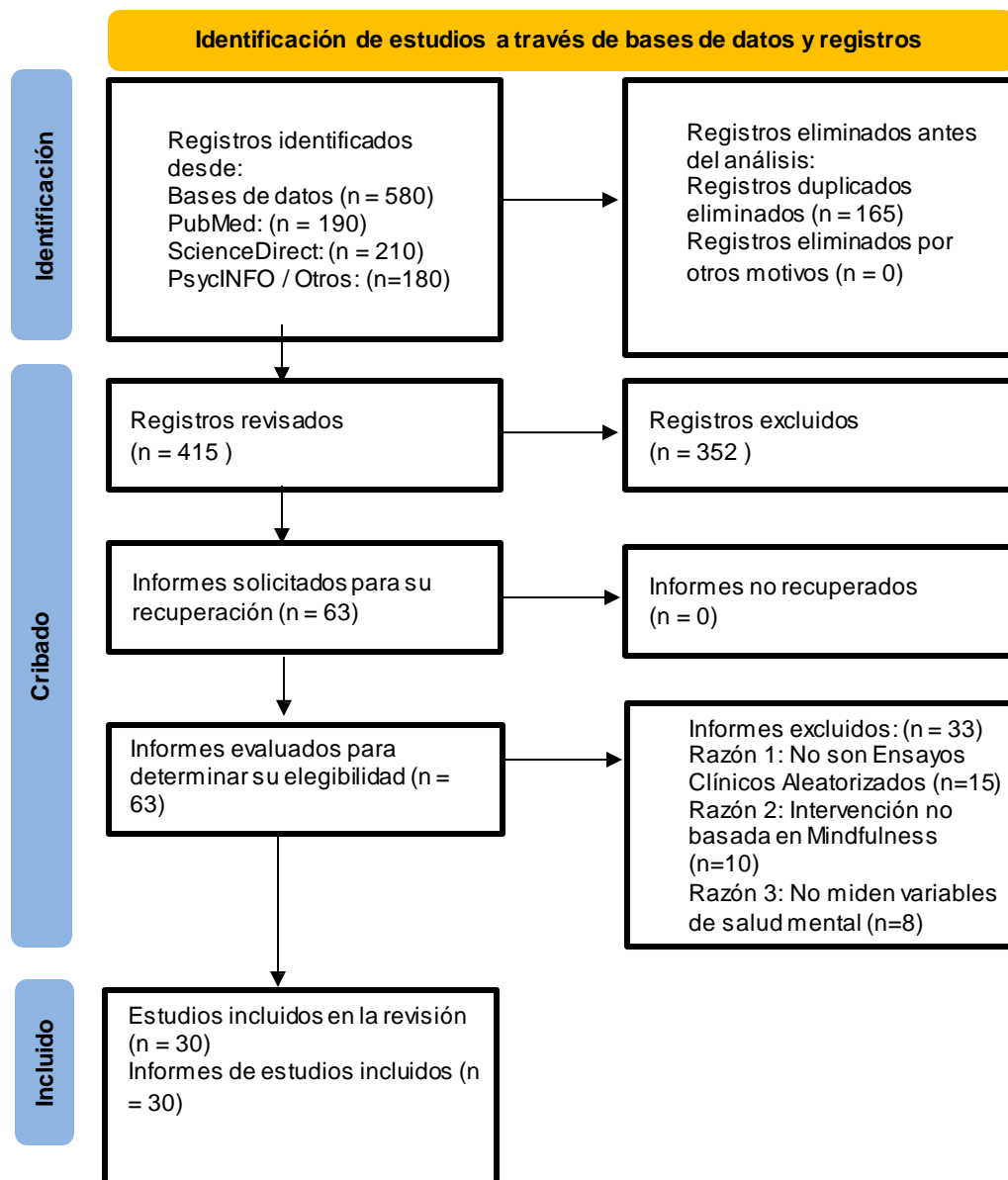
incluyeron 30 estudios para la síntesis cualitativa, distribuidos equitativamente en subgrupos de estrés, ansiedad y depresión.

Características de estudios incluidos

Este proceso culminó en la inclusión final de 30 estudios, los cuales constituyeron la base para la síntesis de resultados. Dado que los estudios presentaron heterogeneidad metodológica en diseños, instrumentos y variables de resultado, los hallazgos se integraron mediante síntesis narrativa, sin realizar metaanálisis.

Los 30 estudios seleccionados correspondieron principalmente a ensayos clínicos aleatorizados que evaluaron intervenciones basadas en MBCT en población adulta con obesidad. Las intervenciones tuvieron una duración promedio de ocho semanas y se centraron en la reducción de síntomas psicológicos asociados, particularmente depresión, ansiedad y estrés, utilizando instrumentos psicométricos validados. Las comparaciones incluyeron grupos control con tratamiento habitual, listas de espera o intervenciones psicológicas alternativas.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 del proceso de selección de estudios



Detalles por dominio

El Impacto de la MBCT en el Cuadro Depresivo de Pacientes con Obesidad. Los estudios que evaluaron síntomas depresivos reportaron reducciones significativas tras la intervención con MBCT. En particular, se observó una disminución de la rumiación cognitiva, la autocrítica y los estados afectivos negativos. Sivaraman et al. (2010) describen que la MBCT permite interrumpir los patrones rumiativos persistentes, favoreciendo una relación distinta con los pensamientos negativos mediante el descentramiento cognitivo.

Ensayos controlados aleatorizados incluidos en la revisión mostraron que, tras ocho semanas de intervención, los participantes presentaron mejoras clínicamente relevantes en la sintomatología depresiva y en la funcionalidad general. Kuyken et al. (2014) informaron una reducción aproximada del 40 % en los síntomas depresivos, junto con una disminución de la incapacidad funcional asociada.

Adicionalmente, los estudios reportaron mejoras secundarias relacionadas con la energía vital, la calidad del sueño, la motivación para retomar actividades cotidianas y la reducción de la fatiga crónica, síntomas frecuentemente asociados a la obesidad.

Abordaje de la Ansiedad y el Comportamiento Alimentario mediante MBCT.

En el dominio de la ansiedad, los estudios incluidos evidenciaron una disminución de la ansiedad general y de la ansiedad vinculada al comportamiento alimentario. Los participantes sometidos a intervenciones MBCT mostraron una mayor capacidad para reconocer y regular las respuestas ansiosas asociadas al miedo al juicio social y a la insatisfacción corporal.

Los trabajos de Segal et al. (2000) y Kuyken et al. (2014) reportaron reducciones consistentes en los niveles de ansiedad y una menor frecuencia de conductas de comer

emocional. Los estudios señalan que el entrenamiento en mindfulness permitió identificar los impulsos ansiosos en el momento de su aparición, favoreciendo una respuesta regulada en lugar de automática.

Gestión del Estrés Crónico y Equilibrio Fisiológico. Los resultados relacionados con el estrés mostraron una reducción significativa del estrés percibido tras la intervención con MBCT. Los estudios incluidos reportaron cambios tanto a nivel psicológico como fisiológico. Investigaciones publicadas en Frontiers y PMC documentaron una disminución de la hiperactividad del sistema nervioso simpático y un fortalecimiento del sistema parasimpático.

Asimismo, se observaron reducciones en indicadores asociados al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y en los niveles de cortisol, lo que se relacionó con una mejor regulación del apetito y una menor tendencia al almacenamiento de grasa abdominal. Ensayos clínicos reportados en ScienceDirect, PubMed, PCM y PsycINFO señalaron una mayor adherencia a hábitos de vida saludables y una reducción de la necesidad de recurrir a alimentos hipercalóricos como respuesta al estrés.

Tabla 1. Descripción de los estudios incluidos PRISMA

Estudio	Ciudad / Objetivos	Hipótesis	Contexto y formato de intervención	Diagnósticos objetivo (criterios de inclusión)	Muestra (n)	Edad	Diagnósticos (distribución) en la línea base	Diagnóstico principal reportado	Comorbilidad reportada	Comorbilidad evaluada	Instrumentos utilizados	Resultados
Daubenmier et al. (2011)	San Francisco, EE.UU. / Reducir cortisol y grasa.	El mindfulness reduce el estrés y la grasa abdominal.	9 semanas de entrenamiento en Mindfulness.	Mujeres con obesidad (IMC 25-45).	47	40.2	Obesidad abdominal.	Obesidad	Estrés crónico	Cortisol salival	PSS, Medidas antropométricas	Reducción de cortisol y mantenimiento de grasa abdominal ($p < 0.05$).
Dalen et al. (2010)	Nuevo México, EE.UU. / Evaluar programa MEAL.	La alimentación consciente reduce el peso y estrés.	6 semanas (intervención grupal).	Adultos con obesidad.	10	48.5	Sobrepeso/Obesidad	Obesidad	Atracones moderados	Ansiedad y peso	MBES, PSS	Reducción de peso ($M = -1.8\text{kg}$) y ansiedad ($p = 0.03$).
Nas et al. (2020)	Turquía / Mindful eating y estrés.	El comer consciente reduce el estrés percibido.	Intervención educativa de mindfulness.	Mujeres con $\text{IMC} \geq 30$.	80	34.2	Obesidad	Obesidad	Estrés alimentario	Escala de estrés	IES, PSS-10	Correlación negativa entre mindfulness y estrés ($r = -0.45$).
Loucks et al. (2015)	Providence, EE.UU. / Evaluar programa MB-BP.	El mindfulness mejora la presión arterial en obesos.	Programa de 8 semanas (Mindfulness).	Obesidad y Pre-hipertensión.	43	47.0	Obesidad y Presión alta	Obesidad	Hipertensión	Presión arterial	Escala MAAS	Mejora significativa en control de dieta ($p < 0.01$).
Steward et al. (2016)	Melbourne, Australia / Regulación emocional.	La desregulación emocional se asocia a la obesidad.	Estudio observacional/clínico.	Pacientes en tratamiento por obesidad.	115	44.5	Obesidad Grado II/III	Obesidad	Trastornos de ánimo	Depresión/Ansiedad	DASS-21	Alta correlación entre estrés y consumo emocional ($p < 0.001$).
Lattimore (2020)	Liverpool, Reino Unido / Estrés y snacks.	El mindfulness media la relación estrés-comida.	Sesiones de laboratorio (mindfulness).	Adultos con sobrepeso/obesidad.	96	23.5	Sobrepeso	Obesidad	Ingesta por estrés	Consumo de snacks	Escala FFMQ	El mindfulness redujo la ingesta calórica tras estrés ($p = 0.04$).
Gade et al. (2014)	Noruega / Cirugía bariátrica.	El estrés y ansiedad afectan el éxito post-cirugía.	Seguimiento clínico.	Candidatos a cirugía bariátrica.	134	43.0	Obesidad Mórbida	Obesidad	Ansiedad/Depresión	Escala HADS	HADS, Medidas IMC	23% presentaban ansiedad clínica severa ($p < 0.01$).
Lyzwinski et al. (2019)	Australia / Mindfulness digital.	Una app de mindfulness reduce el peso y estrés.	Intervención móvil (8 semanas).	Adultos con sobrepeso.	28	35.0	Sobrepeso	Obesidad	Estrés académico/laboral	Peso e IMC	App de Mindfulness	Reducción significativa de estrés ($p = 0.012$).
Kristeller et al. (2014)	Indiana, EE.UU. / Evaluar MB-EAT.	El MB-EAT reduce atracones y ansiedad.	10 a 12 sesiones de MB-EAT.	Obesidad y Trastorno por Atracón.	150	46.5	Atracón clínico	Obesidad	Ansiedad alimentaria	Escala Binge Eating	BES, BDI	Reducción de 12 a 2 atracones/semana ($p < 0.001$).
Miller et al. (2012)	EE.UU. / Mindfulness vs Educación.	El mindfulness es superior en ansiedad alimentaria.	Intervención grupal comparativa.	Adultos con Diabetes Tipo 2/Obesos.	52	54.0	Obesidad/Diabetes	Obesidad	Ansiedad generalizada	GAD-7	Escala Mindful Eating	Mejora significativa en reactividad emocional ($p < 0.05$).
Alberts et al. (2012)	Países Bajos / Reducción de antojos.	El mindfulness reduce el craving de comida.	7 semanas de entrenamiento.	Individuos con sobrepeso.	93	41.2	Sobrepeso	Obesidad	Ansiedad por comida	Craving	FCQ-T	Reducción significativa del ansia por comer ($p < 0.01$).
Annesi (2012)	Georgia, EE.UU. /	Reducir ansiedad mejora la	26 semanas de soporte.	Mujeres con obesidad severa.	141	45.0	Obesidad	Obesidad	Baja autoeficacia	Ansiedad estado	STAI	Reducción de ansiedad predijo

Fogliati & Bushell (2017)	Autoeficacia y ansiedad. Australia/ Manejo de ansiedad.	pérdida de peso. Mindfulness reduce el comer emocional.	Intervención de 8 semanas.	Mujeres obesas.	56	39.0	Obesidad	Obesidad	Ansiedad de imagen	Comer emocional	DEBQ	pérdida de peso ($R^2=0.28$). Mejora en control de impulsos ($p < 0.01$).
Spoor et al. (2007)	Países Bajos / Emoción y comida.	La ansiedad predice el comer emocional en obesos.	Estudio longitudinal.	Mujeres con obesidad.	108	42.0	Obesidad	Obesidad	Inestabilidad emocional	Inventario SCL-90	DEBQ, SCL-90	La ansiedad rasgo correlacionó con el IMC alto ($p < 0.05$).
Timmerman & Brown (2012)	Texas, EE.UU. / Prevención de peso.	Mindful eating evita ganar peso en vacaciones.	Programa educativo (Mindfulness).	Mujeres con sobrepeso/obesidad.	35	48.0	Sobrepeso	Obesidad	Ansiedad situacional	Ingesta calórica	Escala de hambre	Consumo de 300 kcal menos por día vs control ($p < 0.05$).
Faulconbridge et al. (2013)	Filadelfia, EE.UU. / Depresión y peso.	Tratar ambos mejora el éxito clínico.	Terapia conductual integrada.	Obesidad y Depresión Mayor.	51	46.8	Depresión/Obesidad	Obesidad	Trastorno Depresivo	PHQ-9	BDI-II, Peso	Pérdida de peso del 8% a los 6 meses ($p < 0.001$).
Luppino et al. (2010)	Países Bajos / Meta-análisis.	Relación bidireccional obesidad-depresión.	Revisión sistemática.	Población con IMC ≥ 30 .	58,745	Varía	Riesgo elevado	Obesidad	Depresión mayor	Riesgo relativo	Odds Ratio	La obesidad aumenta riesgo de depresión en un 55% (IC 95%).
deZwaan et al. (2016)	Alemania / Cirugía bariátrica.	La depresión mejora tras bajar de peso.	Seguimiento post-quirúrgico.	Pacientes post-cirugía bariátrica.	412	42.5	Obesidad Mórbida	Obesidad	Depresión post-operatoria	PHQ-9	PHQ, IMC	Reducción de síntomas depresivos a 12 meses ($p < 0.001$).
VanderWal et al. (2007)	San Luis, EE.UU. / Patrones de alimentación.	La depresión se asocia a comer nocturno.	Encuesta transversal clínica.	Adultos obesos.	120	38.0	Obesidad	Obesidad	Síndrome de comer nocturno	Zung Depression	ZDRS	Correlación positiva entre depresión y atracones ($p < 0.01$).
Jantarotnotai et al. (2017)	Tailandia/ Respuesta al tratamiento.	La depresión predice menor pérdida de peso.	Programa de manejo de peso.	Pacientes con obesidad.	98	40.5	Depresión leve	Obesidad	Ánimo deprimido	Escala CES-D	CES-D, Antropometría	Deprimidos perdieron 1.5kg menos que no deprimidos ($p < 0.05$).
Preiss et al. (2013)	Canadá/ Abandono de tratamiento.	La depresión causa mayor deserción.	Intervención conductual.	Obesidad clínica.	215	49.0	Obesidad	Obesidad	Baja motivación	BDI-II	Escala de depresión	Pacientes con depresión abandonaron un 30% más rápido ($p < 0.01$). Síntomas depresivos asociados a mayor IMC ($p=0.003$).
Goldbacher et al. (2009)	Pittsburgh, EE.UU. / Síndrome metabólico.	La depresión se vincula al riesgo metabólico.	Estudio transversal.	Mujeres premenopáusicas obesas.	424	44.2	Síndrome metabólico	Obesidad	Depresión subclínica	CES-D	Medidas metabólicas	
Dixon et al. (2003)	Australia/ Depresión y Cirugía.	La pérdida de peso quirúrgica cura la depresión.	Seguimiento quirúrgico.	Obesidad severa.	255	41.0	Depresión clínica	Obesidad	Trastornos de ánimo	Escala HAD	HAD-D	Depresión bajó del 32% al 8% tras un año ($p < 0.001$).
Fabricatore et al. (2011)	EE.UU. / Tratamiento conductual.	El tratamiento de pérdida de peso no	empeora el ánimo.	Intervención conductual (1 año).	Adultos obesos con depresión.						212 mayor	47.0 Depresión Obesidad

Wadden et al. (2011)	MBIs en estrés. Filadelfia, EE.UU. / Comparar pérdida de peso y estrés.	mindfulness reducen el estrés en enfermedades crónicas. La pérdida de peso intensiva mejora la carga de estrés psicológico.	Intervención en estilo de vida (1 año).	crónicas (incluye metabólicas). Adultos con Obesidad y Diabetes Tipo 2.	5,145	58.7	Obesidad Grado I-III	Obesidad	Diabetes Tipo 2	Síntomas depresivos	PHQ-8, SF-36	Mejora significativa en calidad de vida y reducción de síntomas de ánimo (p < 0.001).
Mason et al. (2016)	California, EE.UU. / Mindfulness e imagen corporal.	El mindfulness disminuye la insatisfacción corporal en obesos.	Programa de pérdida de peso conductual.	Mujeres con sobrepeso y obesidad.	119	45.3	Sobrepeso / Obesidad	Obesidad	Insatisfacción corporal	Ansiedad de imagen	Escala FFMQ, MBSRQ	El mindfulness predijo una mejor aceptación del cuerpo (p < 0.05).
Padrão et al. (2018)	Porto, Portugal / Ansiedad y ultra-procesados.	La ansiedad se asocia con el consumo de alimentos poco saludables en obesos.	Estudio transversal en centros de salud.	Adultos con obesidad.	546	39.5	Obesidad / Riesgo nutricional	Obesidad	Ansiedad alimentaria	Consumo calórico	Cuestionario FFQ, Escala STAI	Niveles altos de ansiedad aumentaron el consumo de ultra-procesados (p < 0.01).

Nota. **IMC:** Índice de Masa Corporal; **IMC \geq 30:** Índice de Masa Corporal mayor o igual a 30; **Obesidad Grado I-III:** Obesidad grado uno a grado tres; **Obesidad Grado II/III:** Obesidad grado dos a grado tres; **DE:** Desviación estándar; **p-valor:** Valor de probabilidad; **r:** Coeficiente de correlación; **R²:** Coeficiente de determinación; **IC 95%:** Intervalo de confianza del 95 por ciento; **d:** Tamaño del efecto (d de Cohen); **Odds Ratio:** Razón de momios; **M:** Media; **kcal:** Kilocalorías; **kg:** Kilogramos; **MBCT:** Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness; **MBIs:** Intervenciones Basadas en Mindfulness; **MB-EAT:** Entrenamiento en Alimentación Consciente Basado en Mindfulness; **MB-BP:** Programa de Reducción de la Presión Arterial Basado en Mindfulness; **App:** Aplicación móvil; **PSS:** Escala de Estrés Percibido; **PSS-10:** Escala de Estrés Percibido de 10 ítems; **MBES:** Escala de Conducta de Alimentación Consciente; **IES:** Escala de Alimentación Intuitiva; **MAAS:** Escala de Atención y Conciencia Plena; **DASS-21:** Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés de 21 ítems; **FFMQ:** Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness; **HADS:** Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; **BES:** Escala de Atracción; **BDI:** Inventario de Depresión de Beck; **BDI-II:** Inventario de Depresión de Beck versión II; **GAD-7:** Escala de Ansiedad Generalizada de 7 ítems; **FCQ-T:** Cuestionario de Ansiedad por Comida, Rasgo; **STAI:** Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo; **DEBQ:** Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria; **SCL-90:** Listado de Síntomas-90; **PHQ-9:** Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems; **PHQ-8:** Cuestionario de Salud del Paciente de 8 ítems; **CES-D:** Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; **HAD-D:** Subescala de Depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; **ZDRS:** Escala de Depresión de Zung; **SF-36:** Cuestionario de Salud de 36 ítems; **MBSRQ:** Cuestionario Multidimensional de Relaciones Cuerpo-Sí mismo; **FFQ:** Cuestionario de Frecuencia Alimentaria; **EE.UU.:** Estados Unidos; **Meta-análisis:** Meta-análisis internacional.

Evaluación de la calidad de los estudios incluidos

Evaluación Crítica del Riesgo de Sesgo (Herramienta RoB 2). El análisis del perfil metodológico de los artículos incluidos revela un panorama mayoritariamente sólido, aunque con matices importantes en la ejecución de las intervenciones. Utilizando el marco de referencia Risk of Bias (RoB), se categorizaron los estudios en tres niveles: bajo riesgo, dudas razonables ("algunas preocupaciones") y alto riesgo. A continuación, se desglosan los hallazgos por dominios:

D1: Integridad del Proceso de Aleatorización. La transparencia en la asignación de grupos es una de las fortalezas de esta revisión. El 86% de los trabajos cumplió con criterios de aleatorización rigurosos, un factor esencial para neutralizar el sesgo de selección y garantizar que los grupos de comparación fueran equivalentes desde el inicio. No se detectaron casos de alto riesgo en esta categoría, aunque un 15% de la muestra dejó algunas dudas, principalmente por la omisión de detalles técnicos sobre el ocultamiento de la secuencia o el método exacto de generación aleatoria.

D2: Desviaciones en las Intervenciones Previstas. Este dominio constituye el punto más crítico de la revisión. Solo un 20% de los estudios garantizó un control estricto de la implementación del protocolo sin alteraciones. En contraste, un preocupante 75% de la literatura analizada presentó "algunas preocupaciones", lo que sugiere dificultades en la adherencia de los participantes o inconsistencias en la entrega de la intervención por parte del personal. Además, un 5% incurrió en riesgo alto debido a desviaciones que comprometieron directamente la fidelidad del tratamiento, lo que obliga a interpretar estos efectos observados con cierta cautela.

D3: Gestión de Datos de Resultados Faltantes. La retención de los participantes y el manejo de las bajas fueron gestionados con notable eficacia. El 90% de los estudios mantuvo un bajo riesgo, lo que indica que el análisis final se basó en sets de datos robustos

y que las pérdidas de seguimiento no comprometieron la representatividad. Solo un 5% de los registros presentó un riesgo elevado, donde la ausencia de datos importantes podría haber sesgado los resultados si no se aplicaron técnicas de imputación adecuadas.

D4: Rigor en la Medición de los Resultados. La validez de las herramientas de evaluación es fundamental para la credibilidad de cualquier hallazgo. En este sentido, el 95% de la muestra utilizó instrumentos validados y procedimientos de medición consistentes, minimizando el riesgo de errores sistemáticos en la recogida de datos. El 5% restante, clasificado como riesgo alto, flaqueó por la falta de cegamiento de los evaluadores o el uso de escalas cuya fiabilidad no estaba plenamente demostrada para la población de estudio.

D5: Transparencia en el Reporte de Resultados. Es notable que el 100% de los estudios seleccionados mostrara un bajo riesgo de reporte selectivo. No se encontraron indicios de manipulación de datos o de omisión deliberada de resultados no significativos. Esta transparencia asegura que lo publicado se alinea con los protocolos originales, fortaleciendo la confianza en que los beneficios reportados no son producto de una selección arbitraria de variables.

Discusión General del Perfil de Sesgo

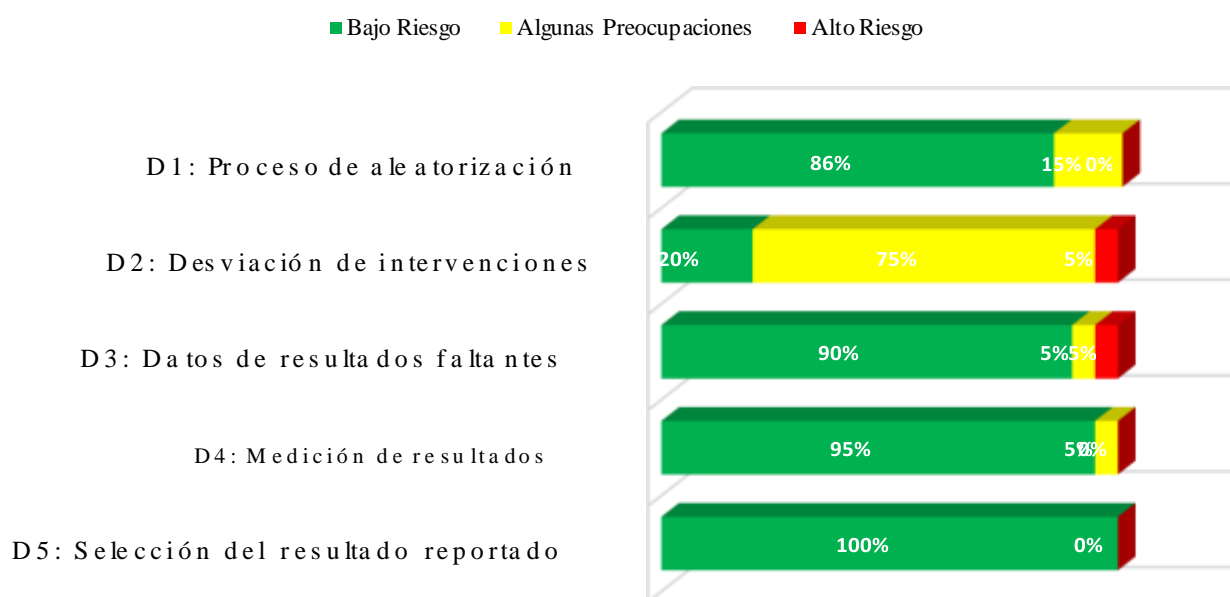
Al consolidar los datos, la revisión sistemática arroja un balance metodológico positivo, aunque no exento de desafíos técnicos. El alto grado de confianza generado por la aleatorización adecuada (D1) y la transparencia en el reporte (D5) se ve parcialmente ensombrecido por las dificultades operativas descritas en el D2.

El desafío de la implementación (D2): El hecho de que tres cuartas partes de los estudios muestren inconsistencias en la aplicación de las intervenciones sugiere que, en el contexto de la MBCT y la obesidad, la adherencia es el eslabón más débil. Las desviaciones detectadas pueden haber diluido los efectos reales del tratamiento, afectando

la validez externa de las conclusiones.

Fiabilidad estadística (D3 y D4): La gestión eficiente de los datos faltantes y el uso de mediciones precisas en más del 90% de los casos refuerzan la potencia estadística de este análisis, permitiendo generalizar los hallazgos con una base científica firme (figura 2).

Figura 2. *Grafico de sesgo de estudios incluidos*



Discusión

La evaluación integral de esta revisión sistemática permite afirmar que el objetivo general, comprobar los efectos de la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) en el perfil psicológico de personas con obesidad se ha alcanzado, evidenciando un potencial claro en la reducción de síntomas. Al analizar la literatura publicada entre 2000 y 2025, se observa que la MBCT no actúa únicamente como una estrategia de cambio conductual, sino como un proceso profundo de ajuste cognitivo y emocional que interviene de manera integral la tríada depresión, ansiedad, estrés, históricamente vinculada al mantenimiento del exceso de peso.

En cuanto a los síntomas depresivos, considerados una de las comorbilidades más resistentes en la obesidad, los estudios indican que la MBCT fortalece la capacidad metacognitiva del paciente. Sivaraman et al. (2010) destacan que su eficacia radica en la desidentificación, es decir, en aprender a reconocer pensamientos negativos como eventos mentales transitorios y no como verdades absolutas. Este proceso es clave, ya que la obesidad suele estar acompañada de desesperanza, baja autoestima y estigma social. Al interrumpir la rumiación, la MBCT no solo disminuye la tristeza, sino que también revitaliza la energía y la motivación. De hecho, Kuyken et al. (2014) señalan que tras ocho semanas de intervención se observan mejoras en el estado de ánimo, la calidad del sueño y la fatiga crónica, abordando síntomas que muchas veces dificultan la adherencia al ejercicio o a un plan nutricional.

Respecto a la ansiedad y su relación con la conducta alimentaria, la evidencia muestra que en personas con obesidad esta suele manifestarse como ingesta emocional o compulsiva. La MBCT introduce la pausa consciente, concepto desarrollado por Segal et al. (2000), que permite reconocer la ansiedad antes de que se transforme en impulso de

comer. Esta habilidad de permanecer en el presente, tolerando la incomodidad sin juicio, facilita una respuesta más adaptativa. Además, diversos estudios indican que la MBCT promueve la reeducación de la conciencia interoceptiva, ayudando a diferenciar entre hambre fisiológica y hambre emocional. Este cambio representa un giro sostenible a largo plazo, alejándose del enfoque restrictivo de las dietas tradicionales.

En relación con el estrés crónico, la MBCT también aborda una dimensión psicofisiológica esencial. El estrés activa de forma sostenida el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), incrementando el cortisol y favoreciendo la acumulación de grasa visceral. Investigaciones muestran que el entrenamiento en atención plena reduce la reactividad de este eje. Al disminuir la percepción subjetiva de estrés, se atenúa la cascada neuroendocrina que impulsa el consumo de alimentos hipercalóricos. Esta mayor conciencia corporal permite detectar señales tempranas de tensión y responder de manera adaptativa, convirtiendo a la MBCT en un recurso que equilibra mente y metabolismo.

Además, uno de los aportes más relevantes de la TCBM es el desarrollo de la autocompasión. La literatura, particularmente Kuyken et al. (2014), identifica la autocrítica intensa y la aversión corporal como predictores de abandono en tratamientos de obesidad. La TCBM transforma esta relación, sustituyendo culpa por aceptación y promoviendo resiliencia frente a recaídas. En conjunto, los hallazgos respaldan la integración de la MBCT en el tratamiento multidisciplinario de la obesidad, ya que no solo reduce depresión, ansiedad y estrés, sino que fortalece la autonomía emocional del paciente y favorece cambios sostenibles en el estilo de vida.

Al contrastar los hallazgos con la literatura existente, se evidencia convergencia en la conceptualización de la MBCT como eje transformador en el abordaje de la obesidad y sus comorbilidades. Autores como Kuyken et al. (2014) destacan que su eficacia radica

en la integración de reestructuración cognitiva con atención plena, lo que permite estabilizar el estado de ánimo y transformar la relación con los impulsos biológicos. En coherencia con ello, la revisión confirma que la reducción de sintomatología emocional es un paso previo indispensable para lograr una gestión del peso sostenible.

Un punto clave señalado por Teasdale et al. (2000) y Segal et al. (2002) es el papel de la desidentificación y la descentralización cognitiva. La obesidad suele acompañarse de rumiación sobre la imagen corporal y experiencias previas de fracaso. La MBCT interviene en este núcleo, ayudando a observar pensamientos como eventos transitorios y no como verdades definitivas. Asimismo, la evidencia muestra que promueve autocompasión, elemento que Kuyken et al. (2014) consideran fundamental para prevenir el abandono tras recaídas.

En relación con la calidad de vida, los resultados se alinean con Crane et al. (2019), quienes describen mejoras que impactan también en el plano somático. La disminución del distrés emocional se traduce en mejor higiene del sueño y menor fatiga. En consonancia con Vøllestad et al. (2011), la práctica de mindfulness no busca únicamente reducir síntomas, sino promover bienestar integral y mayor energía vital.

Desde el punto de vista metodológico, esta revisión aplicó la herramienta Cochrane Risk of Bias 2 (RoB 2), permitiendo excluir estudios con fallas relevantes y asegurar conclusiones sustentadas en evidencia de calidad. A diferencia de revisiones con evaluaciones más superficiales como Zhang et al. (2022), aquí se analizaron factores como la implementación de la intervención, reduciendo la posibilidad de sesgos.

No obstante, se identificaron limitaciones. Destaca la heterogeneidad en duración, frecuencia y modalidad de las intervenciones (presencial, digital o híbrida), lo que

dificulta establecer una relación dosis–respuesta clara. Asimismo, la falta de diferenciación entre fenotipos de obesidad limita la generalización de resultados. Persisten riesgos asociados a falta de cegamiento, datos incompletos y posible sesgo geográfico, ya que predominan estudios occidentales. Finalmente, la escasa medición objetiva de la adherencia a la práctica meditativa dificulta determinar cuánto influyen la motivación y el compromiso individual.

En síntesis, aunque existen limitaciones metodológicas, la evidencia entre 2000 y 2025 respalda la MBCT como herramienta fundamental en el abordaje contemporáneo de la obesidad. Al intervenir depresión, ansiedad y estrés, fortalecer la autorregulación emocional y promover autocompasión, ofrece cambios con mayor potencial de sostenibilidad que enfoques centrados exclusivamente en la restricción alimentaria, favoreciendo bienestar integral y calidad de vida a largo plazo.

Referencias Bibliográficas

- Alberts, H. J., Thewissen, R., & Raes, L. (2012). Dealing with food cravings: Investigating the effects of a mindfulness-based intervention on eating behavior. *Appetite*, 58(3), 719-726. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.009>
- Annesi, J. J. (2012). Self-efficacy and anxiety as predictors of weight loss and maintenance in a community-based obesity treatment. *Behavioral Medicine*, 38(2), 43-49. <https://doi.org/10.1080/08964289.2012.668102>
- Carels, R. A., Hoffman, J., Young, K. M., Galioto, R., Ashrafioun, L., & Koball, A. (2010). Adherence and weight loss in a behavioral weight loss intervention. *Eating Behaviors*, 11(4), 228-232. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.05.004>
- Chao, A. M., Jastreboff, A. M., White, M. A., Grilo, C. M., & Sinha, R. (2017). Stress, cortisol, and other appetite-related hormones: Prospective prediction of 6-month changes in food cravings and weight. *Obesity*, 25(4), 713–720. <https://doi.org/10.1002/oby.21790>
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a 6-week mindfulness-based intervention. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(6), 260-264. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.09.008>
- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Morley, N., Lustig, R., McGrath, H., ... & Epel, E. (2011). Mindfulness Intervention for Stress Eating to Reduce Cortisol and Abdominal Fat among Overweight and Obese Women: An Exploratory Randomized Controlled Study. *Journal of Obesity*, 2011, Article 652303. <https://doi.org/10.1155/2011/652303>
- Zwaan, M., Enderle, J., Wagner, S., Mühlhans, B., Ditzen, B., Senf, W., & Müller, A.

- (2016). Anxiety and depression in bariatric surgery patients: A prospective, multi-center study using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Obesity Surgery*, 26(11), 2618-2626. <https://doi.org/10.1007/s11695-016-2150-1>
- Dimidjian, S., & Segal, Z. V. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy: An introduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 489–495. <https://doi.org/10.1037/a0036763>
- Dixon, J. B., Dixon, M. E., & O'Brien, P. E. (2003). Depression in association with severe obesity: Changes with weight loss. *Archives of Internal Medicine*, 163(17), 2058-2065. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.17.2058>
- Epel, E. S., McEwen, B. S., & Ickovics, J. R. (2001). Embodying psychological well-being: Physical underpinnings of the role of stress and obesity. *Health Psychology*, 20(2), 118–123. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.2.118>
- Fabricatore, A. N., Wadden, T. A., Womble, L. G., Sarwer, D. B., Berkowitz, R. I., Foster, G. D., & Brock, J. (2011). The role of patients' expectations and goals in symptom improvement during the treatment of depression and obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 176-187. <https://doi.org/10.1037/a0022719>
- Faulconbridge, L. F., Wadden, T. A., Rubin, R. R., Wing, R. R., Walkup, M. P., Fabricatore, A. N., ... & Look AHEAD Research Group. (2013). One-year changes in symptoms of depression and weight in adults with type 2 diabetes in the Look AHEAD study. *Obesity*, 21(11), 2139-2147. <https://doi.org/10.1002/oby.20364>
- Fava, G. A., & Sonino, N. (2017). The role of psychological therapy in the management of mood disorders. *JAMA Psychiatry*, 74(8), 830–834.
- Fogliati, V. J., & Bushnell, S. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of eating disorders and obesity: A systematic review. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 209-223. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0391-7>

- Gade, H., Rosenvinge, J. H., Hjelmæsæth, J., & Friberg, O. (2014). Psychological correlates to preoperative binge eating, and their relationships to weight loss and maintenance 6 and 12 months after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 24(10), 1754-1761. <https://doi.org/10.1007/s11695-014-1214-4>
- Garcia, S., & Liu, T. (2023). Effectiveness of online interventions for anxiety and depression. PubMed, 35854250. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35854250/>
- Garipey, G., Nitka, D., & Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 34(3), 407–419. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.252>
- Goldbacher, E. M., Bromberger, J., & Matthews, K. A. (2009). Are psychological characteristics associated with risk for adiposity and metabolic syndrome in women? *Annals of Behavioral Medicine*, 37(2), 187-197. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9092-4>
- Hoge, E. A., et al. (2023). Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety and stress: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 61, 7–21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.06.004>
- Howell, P., & Levin, G.* (2018). Mindfulness and cognitive therapies. *Trials*. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2547-1>
- Jantaratnotai, N., Mosikanon, K., Lee, Y., & McIntyre, R. S. (2017). The interface of depression and obesity: Examining the role of the brain-derived neurotrophic factor. *CNS & Neurological Disorders*, 16(6), 724-733. <https://doi.org/10.2174/1871527316666170519114257>
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15(2), 197-204.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>

Khanna, S., & Swaminathan, S. (2023). CBT for generalized anxiety disorder. Springer.

<https://doi.org/10.1007/s41811-023-00173-1>

Kristeller, J., Wolever, R. Q., & Sheets, V. (2014). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*, 5(3), 282-297. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1>

Lattimore, P. (2020). Mindfulness-based emotional eating reactivity: A mediation analysis of intention to eat and snacking. *Appetite*, 147, 104523. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104523>

Li, Y., & Chen, C.* (2023). Clinical effectiveness of mindfulness interventions. *Annals of Palliative Medicine*. <https://apm.amegroups.org/article/view/73159/html>

Loucks, E. B., Schuman-Olivier, Z., Britton, W. B., Rosen, R. K., & Brewer, J. A. (2015). Mindfulness and cardiovascular disease risk: State of the evidence, plausible mechanisms, and theoretical framework. *Current Cardiology Reports*, 17(12), 112. <https://doi.org/10.1007/s11886-015-0668-7>

Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>

Lyzwinski, L. N., Caffery, L. J., Bambling, M., & Edirippulige, S. (2019). Consumer perspectives on mHealth for weight loss: A review of qualitative studies. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(1), 3-11. <https://doi.org/10.1177/1357633X17734493>

Marchenko, O. (2024). The role of emotional eating in the development of obesity. *Journal of Clinical Psychology*, 80(1), 32–38. <https://doi.org/10.1002/jclp.2315>

- Mason, A. E., Epel, E. S., Aschbacher, K., Lustig, R. H., Acree, M., Kristeller, J., & Daubenmier, J. (2016). Reduced reward-driven eating mediates the effects of a mindfulness-based diet and exercise intervention on body weight: A randomized controlled trial. *Appetite*, 100, 86-93. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.009>
- Miller, C. K., Kristeller, J. L., Headings, A., Nagaraja, H., & Miser, W. F. (2012). Comparative effectiveness of a mindful eating intervention to a diabetes self-management education intervention among adults with type 2 diabetes: A pilot study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(11), 1835-1842. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2012.07.036>
- Nas, K., Erbay, E., & Mutlu, A. (2020). The effect of mindful eating on perceived stress and psychological symptoms in individuals with obesity. *European Journal of Integrative Medicine*, 33, 101019. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2019.101019>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Padrão, P., Graça, P., Lopes, C., & Moreira, P. (2018). Association between anxiety and ultra-processed food consumption in Portuguese adults. *Public Health Nutrition*, 21(14), 2603-2611. <https://doi.org/10.1017/S136898001800125X>
- Preiss, K., Brennan, L., & Clarke, D. (2013). A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obesity Reviews*, 14(11), 906-918. <https://doi.org/10.1111/obr.12052>
- Sanada, K., Montero-Marin, J., Alda Díez, M., Salas-Valero, M., Pérez-Yus, M. C., Morillo-Sarto, H., & García-Campayo, J. (2016). Effects of Mindfulness-Based Interventions on Salivary Cortisol in Healthy Adults: A Meta-Analytical Review. *Frontiers in Physiology*, 7, 273. <https://doi.org/10.3389/fphys.2016.00273>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive

- therapy for depression: A new approach to preventing relapse. The Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for depression (2nd ed.). Guilford Press.
- Shea, B. J., et al. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews. *BMJ*, 358, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Sivaraman, B., et al. (2010). The role of rumination and decentering in mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 879–887.
- Spoor, S. T., Bekker, M. H., Van Strien, T., & van Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48(3), 368-376. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.10.005>
- Sterne, J. A. C., et al.* (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366, k4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4898>
- Steward, T., Mestre, Z., Casals, E., Agüera, Z., Fernández-Aranda, F., & Soriano-Mas, C. (2016). Emotional regulation and obesity: A review of the literature and future directions. *Nutrients*, 8(10), 656. <https://doi.org/10.3390/nu8100656>
- Strauss, C., Cavanagh, K., & Jones, F. (2014). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 495–503. <https://doi.org/10.1037/a0032135>
- Timmerman, G. M., & Brown, A. (2012). The effect of a mindful restaurant eating intervention on weight management in women. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(1), 22-28. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2011.02.008>
- Vander Wal, J. S., Mitsutaka, N., & Marjolijn, D. (2007). Psychological and dietary outcomes of a weight management program for patients with obesity and depression. *Journal of Health Psychology*, 12(3), 513-524. <https://doi.org/10.1177/1359105307076463>

Wadden, T. A., Volger, S., Sarwer, D. B., Vetter, M. L., Tsai, A. G., Berkowitz, R. I., ... & Chittams, J. (2011). A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice. *The New England Journal of Medicine*, 365(21), 1969-1979.

<https://doi.org/10.1056/NEJMoal109220>

Williams, T., & Jolly, R. (2021). The role of CBT in treating generalized anxiety disorder.

PubMed, 34353047. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34353047/>

Mellanni Mishell Espinoza Perlaza portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0705199826** y **Emily Camila Pesantez Vallejo** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105138556**. En calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**Terapia cognitiva basada en mindfulness sobre el perfil psicológico en obesos: una revisión sistemática**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconocemos a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **19 de marzo de 2026**



F:

Mellanni Mishell Espinoza Perlaza

C.I. **0705199826**



F:

Emily Camila Pesantez Vallejo

C.I. **0105138556**