



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS BASADAS EN  
ALIMENTACIÓN CON ATENCIÓN PLENA Y AUTOCOMPASIÓN**

**TESIS**  
**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE**  
**DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**  
**AIDA JOSELYN OLVERA RUVALCABA**

**DIRECTORA:**  
**DRA. GILDA LIBIA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ:**  
**DRA. LUCY REIDL MARTÍNEZ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DRA. GISELA PINEDA GARCÍA**  
**UNIVERSIDAD DE BAJA CALIFORNIA**  
**DRA. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DR. AUSIÀS CEBOLLA i MARTÍ**  
**UNIVERSIDAD DE VALENCIA**

**Cd. Mx.**

**OCTUBRE DE 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

*Con un profundo agradecimiento y con gran admiración a la **Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré**, por su toda su paciencia, confianza, motivación e infinita amabilidad.*

*Con infinita gratitud a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por todo el apoyo brindado.*

*A la **Dra. Silvia Platas "Chivis"**, gracias por todo tu apoyo y todo tu cariño.*

*Al comité tutor: A la Dra. Gis Pineda, la Dra. Lucy Reidl y el Dr. Samuel Jurado, por compartir su conocimiento, su gran amabilidad y por ser parte de este proyecto.*

*Al Dr. Ausiàs Cebolla por su amabilidad, atención y por tomarse tiempo para ser parte de este comité.*

*Al **Mtro. Jesús Javier Nieto Calva**, profesor de la Escuela de Dietética y Nutrición por todo el apoyo brindado hacia este proyecto y su infinita amabilidad.*

*Gracias a todos los estudiantes, maestros e instituciones educativas por toda su amabilidad, su tiempo y su colaboración en este proyecto.*

## *Dedicatorias*

*A mi mamá y mi papá, los amo con todo mi corazón, nunca será suficiente para agradecer todo lo que han hecho por mí en esta vida y todo el amor que me han dado.*

*A mis hermanos, los amo mucho y agradezco tanto que sean parte de mi vida.*

*A mi querida Abuela (†), llevo conmigo todas tus enseñanzas, gracias infinitas.*

*A Yeya y Memo, y a todos los tíos, tías y primos, los amo, gracias por todo el cariño y apoyo que me han dado desde que estoy en este mundo.*

*Al Maestro S. N. Goenka, por enseñar el camino que sigo y continuaré recorriendo hacia la claridad, la sabiduría y la paz.*

*¡Que todos los seres sean felices, estén en paz y se liberen del sufrimiento!*

*“Los sueños son las semillas de las realidades”*

## Resumen

Los programas basados en Atención Plena, son aproximaciones fundamentadas sistemáticamente para promover la consciencia, la observación sin juicio y la aceptación de sensaciones corporales, pensamientos y emociones, albergando una actitud amable y compasiva. Estos principios pueden ser implementados en la prevención de trastornos de la alimentación y en la promoción de actitudes positivas hacia uno mismo. Sin embargo, el trabajo empírico reportado en los programas de promoción de la salud y prevención es limitado. Además prácticamente no existen ensayos controlados reportados y los instrumentos que miden estas variables son escasos o inexistentes en población mexicana. El propósito de este estudio fue evaluar la eficacia de un programa de prevención basado en alimentación con atención plena en estudiantes universitarias mexicanas con insatisfacción corporal. Se realizó un pre-test/post-test y un seguimiento a las 12 semanas de la intervención, la cual tuvo una duración de ocho sesiones semanales de dos horas. Un total de 31 estudiantes universitarias con insatisfacción corporal fueron asignadas aleatoriamente a un grupo experimental (n=16) y un grupo control (n=15). Para evaluar las variables de atención plena, alimentación con atención plena y autocompasión se construyeron y validaron tres escalas en fases previas del estudio: una escala de alimentación sin atención plena ( $\alpha=.82$ ); una escala de actitudes compasivas hacia el fracaso y la adversidad ( $\alpha=.81$ ) y por último se validó la Escala de Cinco Facetas de Atención Plena (Baer, et al., 2008), la cual obtuvo un coeficiente de confiabilidad de  $\alpha=.90$ . La media de edad en el grupo de intervención fue de 23 años (DE=2.4, rango=20-28 años) y la media de IMC de 25.52 (DE=3.7), mientras que en el grupo en lista de espera fue de 23.1 (DE=4.3, rango=18-32) y la media de IMC=24.3 (DE=4.4). Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas ( $p\leq.05$ ) entre el grupo control y el grupo en lista de espera en las variables de amabilidad hacia uno mismo ( $d=1.76$ ), aceptación hacia la adversidad ( $d=0.99$ ); alimentación inconsciente ( $d=1.11$ ); conducta alimentaria compulsiva ( $d=1.18$ ), preocupación por el peso y la comida ( $d=.84$ ) y observación sin juicio a la experiencia interna ( $d=1.76$ ). A tres meses de seguimiento, los resultados se mantuvieron en el grupo de intervención. Este estudio provee evidencia preliminar de que un entrenamiento basado en alimentación con atención plena y autocompasión, resulta eficaz en la promoción de actitudes y conductas positivas en estudiantes universitarias mexicanas y en la reducción de conductas y actitudes negativas hacia el peso, la comida y uno mismo.

**Palabras clave:** *alimentación con atención plena, autocompasión, estudiantes universitarias, prevención de trastornos alimentarios.*

## Abstract

Mindfulness based programs are well established systematic approaches to increase awareness, nonjudgmental observation and acceptance of body sensations, cognitions, and emotions, and also a compassionate attitude. All of these principles can be used to prevent disordered eating behaviors and promote positive attitudes toward one-self; however limited empirical work has been reported on health-promotion programs, furthermore, to date, no empirical trials have been reported and reliable assessment instruments are scarce or unavailable on Mexican population. The purpose of this study was to assess the efficacy of a mindful-eating training program on female Mexican undergraduate students with body dissatisfaction. Data was collected at three times point: baseline, completion of two hours group intervention (8 weeks) and 3- months follow up. Thirty-one undergraduate students with body dissatisfaction were randomized to intervention (n=16) or a wait list control (n=15). In order to assess mindfulness, mindless-eating and self compassion, three self-report instruments were constructed or adapted and validated in a previous study phase. A Mindless Eating Scale ( $\alpha=.82$ ) and a Compassionate Attitudes toward Oneself and Adversity Scale were constructed and validated and finally the FFMQ (Baer, et al., 2008) was validated and it obtained an alpha coefficient ( $\alpha=.90$ ). The mean age in the intervention group was 23 year (SD=2.4; range=20-28) and mean BMI=25.2 (SD=3.7) and wait list control was 23.1 (SD=4.3; range=18-32) and mean BMI=24.3 (SD=4.4). Results showed statistically differences between experimental and control group in measures of self-kindness (d=1.76), acceptance toward adversity (d=0.99), mindless eating (d=1.11), overeating behavior (d=1.8), eating and weight concerns (d=.84) and non-judgmental observation to inner experience (d=1.76). After the three months follow-up results were maintained in the intervention group. This study provides preliminary evidence that mindful-eating training can promote positive attitudes and behavior in Mexican undergraduate students and reduce negative attitudes and behavior toward food, weight and oneself.

**Keywords:** *mindful- eating, self-compassion, undergraduate students, disordered eating behaviors.*

## ÍNDICE:

Resumen.....	4
Abstract.....	5
INTRODUCCIÓN.....	10
ANTECEDENTES TEÓRICO-PRÁCTICOS .....	13
Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad .....	13
Prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo en México .....	18
Imagen Corporal y Factores de Riesgo Asociados .....	21
Las Raíces de la Atención Plena (Mindfulness) .....	24
Definición de la Atención Plena (Mindfulness) .....	29
Terapias de Tercera Generación .....	34
Evaluación de la Atención Plena.....	37
Aplicaciones de la Atención Plena en diferentes áreas de la Salud .....	50
Relación entre la atención plena y cogniciones, emociones y conductas disfuncionales asociadas a Trastornos Alimentarios. ....	52
Modelos de Tratamiento Basados en Mindful Eating (Alimentación Consciente) y Atención Plena.....	59
Autocompasión (Self-compassion) .....	79
Autocompasión, conducta alimentaria e imagen corporal .....	90
PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	94
Justificación .....	94
Objetivo general: .....	99
Objetivos específicos:.....	99
Tipo de estudio .....	100
Fase 1 .....	100
Objetivo general: .....	100
Objetivos específicos .....	101

MÉTODO.....	101
Participantes.....	101
Criterios de Exclusión.....	102
Instrumentos.....	102
Procedimiento.....	103
Análisis Estadísticos.....	104
Resultados.....	104
Fase 1.....	104
Obtención de las Propiedades Psicométricas de las Escalas.....	104
1.1 Laboratorios Cognoscitivos.....	104
1.2 Validación por Jueces Expertos.....	105
1.3 Análisis Factorial Exploratorio y de Consistencia Interna.....	106
1.4 Análisis Factorial Confirmatorio.....	116
Fase 2:.....	120
Objetivo General.....	120
Objetivos Específicos.....	121
Definición de Variables.....	121
Variables Dependientes.....	121
Conducta alimentaria compulsiva.....	121
Definición Conceptual:.....	121
Definición Operacional:.....	122
Dieta Restringida.....	122
Definición Conceptual.....	122



Definición Operacional.....	122
Preocupación por el peso y la comida.....	122
Definición Conceptual:.....	122
Definición Operacional: .....	123
Insatisfacción con la imagen corporal:.....	123
Definición Conceptual:.....	123
Definición Operacional .....	123
Deseo de una figura ideal .....	124
Definición Conceptual:.....	124
Definición Operacional: .....	124
Alimentación sin atención plena (mindless-eating).....	124
Definición Conceptual:.....	124
Definición Operacional: .....	124
Actitudes compasivas hacia el fracaso y la adversidad.....	125
Definición Conceptual:.....	125
Definición Operacional: .....	125
Variable Independiente .....	125
Método.....	126
Diseño de Investigación .....	126
Participantes .....	126
Criterios de Inclusión .....	127
Criterios de Exclusión.....	127
Criterios de Eliminación:.....	127
Instrumentos y Aparatos y Materiales:.....	127
Procedimiento: .....	131

Análisis Estadísticos.....	136
Resultados.....	137
2.1 Primer Estudio Piloto del Programa de Intervención.....	137
2.2 Segundo Estudio Piloto del Programa de Intervención.....	138
2.3 Comparación entre un grupo experimental y uno en lista de espera.....	141
2.4 Diferencias intragrupo pre-test, post-test entre grupos en las variables de estudio.....	143
2.5 Diferencias intragrupo pre-test, post-test y seguimiento en las variables.....	148
Discusión y Conclusiones.....	155
Conclusiones.....	172
Debilidades y fortalezas metodológicas.....	176
Referencias.....	177
Anexos.....	216

## INTRODUCCIÓN

Una de las funciones biológicas más importantes para la sobrevivencia es la alimentación y a pesar de que representa una función básica para el ser humano, la conducta alimentaria es sumamente compleja ya que se encuentra influenciada por una variedad de factores de diversa índole (Gómez-Peresmitré, 1995). Existen alteraciones asociadas con esta conducta, las cuales constituyen el inicio de los trastornos de la alimentación, cuyas consecuencias son incluso devastadoras a nivel individual, familiar, social y económico; pesar de que existen diversos métodos y estrategias de intervención para su abordaje, siguen en aumento en particular en el caso del sobrepeso y la obesidad.

Una de las manifestaciones de una conducta alimentaria alterada, se encuentra vinculada a la insatisfacción y distorsión en la forma de percibirse a uno mismo tanto interna como externamente, esto puede generar un profundo malestar en el que subyacen juicios y sentimientos de imperfección, rechazo, indignidad y vergüenza (Chozen-Bays, 2009), propiciando consecuencias adversas en la salud psicológica y el bienestar.

Por lo tanto resulta de suma importancia promover acciones preventivas que incidan en conductas alimentarias de riesgo y en actitudes negativas hacia uno mismo como la insatisfacción corporal y la autocrítica, y que además promuevan conductas saludables y actitudes positivas.

En los últimos veinte años en diversas áreas de la salud, se han implementado intervenciones basadas en la tradición budista, la cual se remonta a 2500 años atrás. Los principios provenientes de esta tradición, ponen énfasis no en el tema de la salud mental en sí, sino en la naturaleza y las causas del sufrimiento humano, la posibilidad y la forma de erradicarlo (Anālayo, 2013). La tradición budista ha desarrollado una serie de prácticas para alcanzar el bienestar psicológico y a su vez, comparte la misma meta de la psicología occidental: la reducción del sufrimiento humano (Wallace y Shapiro, 2006).

Las prácticas provenientes de la psicología budista que han cobrado mayor relevancia alrededor del mundo dentro del campo de la psicología occidental son la atención plena (*mindfulness*) y la compasión, de estas se han derivado intervenciones para el tratamiento de diversos padecimientos físicos y psicológicos como el programa de Reducción de Estrés Basado en Atención Plena (REBAP) (Kabat-Zinn, 1990) o la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena (TCBAP) (Williams, Seagal, & Teasdale, 2002), estas intervenciones incluyen programas diseñados para la atención de trastornos asociados con la conducta alimentaria particularmente el trastorno por atracón (Baer, Fischer, & Huss, 2006; Kristeller & Hallet, 1999; Kristeller & Wolever, 2011) los cuales se encuentran basados en los principios de atención plena, la compasión, y la alimentación con atención plena (*mindful eating*).

Como ya se ha mencionado, la práctica tanto de la atención plena como de la compasión, han sido desarrolladas en las tradiciones orientales meditativas, las

cuales esencialmente no implican una práctica religiosa, mística o esotérica (Nhat Hanh & Cheung, 2010), ya que el poner atención y el sentir compasión son cualidades inherentes al ser humano, asimismo la atención plena involucra una consciencia que emerge al prestar atención de forma intencional al momento presente, sin juzgar (Kabat-Zinn, 2003). Por su parte la compasión implica el deseo de liberarse del sufrimiento (Germer, 2009). Ambas pueden ser practicadas y cultivadas por cualquier ser humano sin importar su condición como estrategias para promover su bienestar.

Son numerosos los estudios que sustentan los beneficios de estas prácticas en distintas áreas de la salud física y psicológica y a pesar de ser un modelo de intervención empleado en distintas partes del mundo, en México su implementación y su estudio empírico es escaso. Por lo tanto la presente investigación pretende desarrollar y evaluar un modelo basado en estos principios como una estrategia preventiva que permita incidir en los factores de riesgo asociados con las patologías alimentarias y promover actitudes positivas hacia uno mismo vinculadas con el bienestar psicológico y basadas en los principios anteriormente descritos (particularmente la autocompasión y la observación sin juicios de la propia experiencia).

## ANTECEDENTES TEÓRICO PRÁCTICOS

### **Trastornos de la alimentación y obesidad**

El mundo occidental se caracteriza por el culto a la estética de las formas corporales, ya que se le atribuye un valor positivo a un cuerpo delgado; es decir, la aceptación del propio cuerpo y la autoestima, generalmente en las mujeres están condicionadas de acuerdo al estereotipo de delgadez establecido en la sociedad (Kimell & Weiner, 1998; Toro, 1999).

El miedo persistente a la ganancia de peso y la necesidad de perderlo pueden generar conductas alimentarias riesgosas como: restricción alimentaria, eliminación o evitación de alimentos, inducción de vómitos, uso de laxantes o diuréticos y ayunos prolongados, entre otros. Esto a su vez puede propiciar un patrón obsesivo o genera un cuadro clínico (Chinchilla, 2003). Este cuadro clínico forma parte de los Trastornos de la alimentación; que se definen como “procesos patológicos que generan actitudes y comportamientos anormales en la relación a la ingestión de alimentos; tienen como base una alteración psicológica, una distorsión en la percepción corporal y un miedo intenso a la obesidad” (Mancilla, et al., 2006, p. 123).

De acuerdo al Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión, los Trastornos de la Alimentación (TA) incluyen: la Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Trastorno de Atracones, el Trastorno de la

Ingesta de Alimentos Especificado, que comprende la Anorexia Nervosa Atípica, Trastorno por Purgas, Bulimia de Frecuencia Baja, entre otros, así como el Trastorno de la Ingesta de Alimentos No Especificado. En esta versión también se incluye el Trastorno de Evitación/Restricción de la ingesta de alimentos, que sustituye y amplía el diagnóstico de Trastorno de la Ingesta Alimentaria de la Infancia o la Niñez, entre otros trastornos (APA, 2014).

Por otra parte, la obesidad también posee una gama de comportamientos alimentarios alterados y se define como el aumento en la proporción de tejido adiposo corporal con múltiples consecuencias en la salud del ser humano. Actualmente se considera una epidemia mundial debido a su prevalencia en todas las regiones del mundo, además representa un serio problema de salud pública. Se estima que existe más de un billón de personas en todo el mundo con problemas de sobrepeso y 300 millones son obesos, estas cifras crecen de forma alarmante, sobre todo en población infantil. La prevalencia de la obesidad, se ha triplicado en muchos países del mundo; aproximadamente 17 millones de personas mueren anualmente en el mundo por causas relacionadas con ella (López, Brito, & González, 2000; Ortiz, Nava, Muñoz, & Vera, 2010; Sandoval, 2010).

La obesidad es el trastorno metabólico más frecuente y es secundario al desequilibrio de energía en el que la ingesta supera al gasto de la misma durante un período prolongado, teniendo consecuencias biológicas, psicológicas y

sociales. Este trastorno se asocia fundamentalmente con enfermedades crónicas como: la diabetes, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, hipertensión, cáncer de mama, de próstata, pancreatitis aguda, etc; además tiene un gran impacto en la calidad de vida, la longevidad y la productividad económica (Ortiz, Nava, Muñoz, & Vera, 2010).

A su vez, tanto la Obesidad como los TCA implican hábitos alimentarios disfuncionales. Se han identificado factores de riesgo compartidos entre estos trastornos relacionados con el peso corporal, entre ellos se encuentran: práctica de dietas, la exposición a los mensajes de estereotipos en los medios de comunicación, insatisfacción corporal y burlas relacionadas con el peso (Haines & Neumark-Sztainer, 2006).

Polivy y Herman (1985) señalan una asociación entre las dietas y la presencia de atracones, siendo las primeras antecedentes secuenciales de los segundos. Rodríguez, Mata y Moreno (2007) también señalan la presencia de afecto negativo y la práctica de dieta restringida como antecedentes de práctica de atracones. Por otra parte; Torres y Nowson (2007) señalan una asociación entre el estrés crónico sostenido, la preferencia de alimentos de alta densidad energética y la ganancia de peso. Geliebter y Aversa (2003) a su vez han reportado asociaciones entre la cantidad de ingesta alimentaria y la presencia de estados emocionales negativos.

Neumark-Sztainer et al., (2006; 2007) estudiaron una muestra de 2516 adolescentes de entre 12 y 17 años durante cinco años, encontrando que las



burlas familiares, la preocupación por el peso, el seguimiento de dietas y las prácticas no saludables para el control de peso (ayuno, dieta restringida, sustitutos de alimentos como polvos o bebidas especiales, saltarse alimentos, fumar, ingerir pastillas para adelgazar, vómito autoinducido y el uso de laxantes y diuréticos) predicen el desarrollo de obesidad y trastorno alimentarios en un período de cinco años. También se encontró que las prácticas no saludables para controlar el peso incrementan el IMC y aumentan aproximadamente tres veces más el riesgo de sobrepeso (Odds Ratio=2.7 para mujeres y Odds Ratio=3.2 para hombres), e incrementan el riesgo para trastorno por atracón con pérdida de control (Odds Ratio=6.4 para mujeres y Odds Ratio=5.9 para hombres).

De acuerdo con Crispo, Figueroa y Guelar (1998) los factores de riesgo pueden clasificarse en predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Dentro de los factores predisponentes socioculturales se encuentran: el culto hacia la delgadez, el prejuicio en contra de la gordura y la influencia de los medios que refuerzan los modelos corporales delgados. Los factores de índole individual por un lado están constituidos por déficits con la autonomía, la autoestima, la expresión emocional, la búsqueda de la perfección, autocontrol y el miedo a madurar; por otro lado se encuentran las intensas preocupaciones por el peso, la comida y la forma corporal además de la tendencia a perder el control en la alimentación. Por último pueden encontrarse factores familiares como: escasa comunicación familiar y distanciamiento afectivo, madre con rasgos de ambivalencia, incapacidad para resolver conflictos, sobreprotección, falta de flexibilidad para encarar las

situaciones nuevas o regular las reglas familiares, expectativas demasiado altas de los padres hacia los hijos, historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo y la existencia en el seno familiar de abuso sexual o físico. Así mismo los factores perpetuantes (estresores) incluyen: actitudes anormales con el peso y la figura así como las dietas extremas y la pérdida de peso (Crispo, et al., 1998; Kirszman & Salgueiro, 2002).

Los factores perpetuantes se traducen como las complicaciones de orden fisiológico y psicológico que derivan de dichos trastornos, se incluyen las prácticas de control de peso y la obsesión por las dietas, entre otros (Crispo et al., 1998).

Gómez-Peresmitré (2001) ha clasificado los factores de riesgo en cuatro grandes grupos de acuerdo a la naturaleza de las variables:

1) Asociados con la imagen corporal: (satisfacción / insatisfacción; alteración sobreestimación/subestimación; preocupación por el peso corporal y por la comida, actitud hacia la obesidad / delgadez; autoatribución positiva / negativa, figura real, ideal e imaginaria; peso deseado y actividad ligada a la delgadez, entre otras)

2) Asociados con conducta alimentaria: siendo el más importante el seguimiento de dieta restrictiva; atracones (“binge eating”), conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse alguno de los alimentos principales (desayuno, comida o cena), disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico y consumo de productos *light*.

3) Aquellos relacionados con el desarrollo biológico: peso corporal, talla o estatura, madurez sexual (precoz, tardía y/o amenorrea).

4) Aquellas prácticas compensatorias tales como ejercicio excesivo (10 horas o más por semana), uso de alguno de los siguientes productos con el propósito de control de peso: inhibidores de hambre, laxantes diuréticos y consumo excesivo de agua (más de 2 litros al día) y de fibra (pp. 21-22).

### **Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en México**

La conducta alimentaria, en el ser humano, resulta extremadamente compleja, ya que se encuentra condicionada por factores de tipo biológico, psicológico, social y cultural (Gómez-Peresmitré, 1995). La conducta alimentaria comprende las acciones vinculadas a la ingesta de alimentos que se llevan a cabo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural (Saucedo-Molina, 2003). Sin embargo, cuando existe alguna alteración en el consumo de alimentos, pueden presentarse conductas de riesgo denominadas Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) o un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA); en ambos los patrones alimentarios se encuentran distorsionados (Saucedo-Molina, & Unikel-Santoncini, 2010).

Así mismo, se han observado CAR características de la Anorexia y Bulimia Nervosa principalmente en población femenina adolescente. Unikel-Santoncini et

al., (2000) reportaron que en una muestra de adolescentes del Distrito Federal (N=10173; 47.9% hombres y 52.1% de mujeres con media de edad de 14.5, DE=1.8 y un rango de 12 a 19 años) fueron referidas: práctica de atracones (5.3% en hombres y 4.9% en mujeres), seguimiento de dieta restringida (2.0% en hombres y 4.0% en mujeres), sensación de pérdida de control al comer (2.6% en hombres y 3.3% en mujeres) y práctica de ayunos (1.0% en hombres y 2.7% en mujeres). Además, la preocupación por la ganancia de peso fue más frecuente en las mujeres (15%) y la tendencia a comer compulsivamente en hombres (4.9%). También se observó que los adolescentes que sobreestiman su peso presentaron mayores porcentajes de CAR y estas aumentan conforme aumenta la edad.

En un estudio realizado por Cruz-Bojorquez et al., (2008) con estudiantes de licenciatura de la ciudad de Mérida (N=111; 81% mujeres, M=20.09, DE=3.84 años), se observó que la restricción alimentaria y el ayuno fueron las prácticas más frecuentes, presentándose predominantemente en varones a diferencia de las mujeres quienes practicaban ejercicio físico excesivo; los varones también mostraron conductas compensatorias de forma más frecuente que las mujeres (laxantes y diuréticos). En contraste las mujeres practicaban con mayor frecuencia el vómito autoinducido.

En una muestra de adolescentes de Guadalajara (N=1134, 40.8% hombres y 59.2% mujeres con una media de edad de 15.2 años y DE=2.2), se observó una prevalencia de CAR del 10.3% en mujeres y 2.8% en hombres, siendo las más frecuentes el seguimiento de dieta, la preocupación por engodar, la práctica de

atracones y el ejercicio excesivo (Nuño-Gutiérrez, Celis de la Rosa, & Unikel-Santoncini; 2009).

Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini (2010) hallaron diversas prácticas (dietas, atracones, falta de control al comer, ejercicio excesivo, preocupación por engordar y factores de riesgo asociados con la imagen corporal) en una muestra hidalguense de adolescentes de preparatoria y licenciatura (381 hombres y 464 mujeres, 44.1% de nivel preparatoria y 54.9% de nivel licenciatura), siendo los adolescentes obesos y con sobrepeso los que presentan mayores porcentajes de CAR. Los ayunos, dietas y uso de laxante-diuréticos fueron las prácticas de mayor incidencia en los estudiantes de licenciatura.

La prevalencia de CAR en una muestra de mujeres adolescentes de preparatorias públicas procedentes de 17 localidades urbanas de la República Mexicana (N=4358, con un rango de edad de 15-19 años) con al respecto riesgo moderado fue de 14.2% y a riesgo alto fue de 6.8%; ambos presentan una tendencia ascendente con respecto a la edad en ambos grupos y una mayor prevalencia en los estados del norte (Tamaulipas y Nuevo León) (Saucedo-Molina & Unikel-Santoncini, 2010).

Por otra parte, en adolescentes del Estado de México de entre 13 y 16 años (N=273, 135 hombres y 138 mujeres), se ha encontrado una alta incidencia de distorsión de la imagen corporal con una percepción mayor al peso real del 8% en

mujeres y en varones una incidencia del 4% de riesgo de TCA (Camarillo, Cebada, Jiménez, & Munguía, 2013).

### **Imagen corporal y factores de riesgo asociados**

La imagen corporal, se considera una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socio culturales (Gómez-Peresmitré, 1998). Para Bruchon-Schweitzer (1990) constituye “la confirmación global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia, a través de diversas experiencias (p.162).

Según Raich (2000) la imagen corporal se conforma a partir de las percepciones de cada una de las partes del cuerpo, del movimiento y los límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que se llevan a cabo y se experimentan emocionalmente. En conjunto la imagen corporal es el resultado de esas valoraciones.

Con respecto a los factores de riesgos asociados con las alteraciones de la imagen corporal, la insatisfacción es uno de los más frecuentes entre los jóvenes, además, probablemente representa el principal factor que antecede el deseo y las conductas para adelgazar. La insatisfacción corporal puede traducirse como un malestar producido por la percepción y evaluación estética subjetiva de la imagen

corporal, conocida como estigma corporal negativa consecuencia de la discrepancia entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal (Toro, 2004).

La imagen corporal es un aspecto de gran relevancia en el desarrollo psicológico e interpersonal del adolescente, particularmente de las niñas. Se sabe que aproximadamente del 40% al 70% de las adolescentes se encuentran insatisfechas con dos o más aspectos de su cuerpo. En algunos países desarrollados entre el 50% y el 80% de las adolescentes les gustaría ser más delgadas y del 20% al 60% reportan hacer dietas. Muchas mujeres en período postpuberal se encuentran insatisfechas con la forma y la imagen de su cuerpo (a pesar de que tienen un peso normal o inferior). Para las adolescentes asiáticas, hispanas y norteamericanas (blancas y de color) hay una pequeña pero significativa correlación inversa entre el índice de masa corporal y la imagen corporal (Levine & Smolak, 2004).

Cabe señalar que no sólo las adolescentes presentan altos índices de insatisfacción corporal y conductas anómalas al comer; estos también se encuentran presentes también en mujeres de edad adulta. Saucedo-Molina y Lora-Cortez (2006) estudiaron una muestra de 659 mujeres de 25-45 años de edad residentes de la Ciudad de México ( $M=38.27$ ,  $DE=4.4$ ), el Índice de Masa Corporal (IMC) observado con mayor frecuencia, fue el de normopeso (53.6%). Se encontró que el 70.1% de la muestra se encontraba insatisfecha con su imagen corporal y deseaban ser más delgadas. También se ha observado que la restricción en el consumo de alimentos es una práctica común en hombres y mujeres de todas las

edades que pretenden controlar o reducir su peso corporal. Por ende las personas que más frecuentemente restringen su alimentación son las que muestran mayor insatisfacción con la imagen corporal (Cruz-Bojorquez et al., 2008).

Kearney-Cooke (2004) menciona que el predominio de los estándares culturales de belleza poco realistas (en conjunto con procesos como la internalización, la identificación y la proyección), conducen al desarrollo de un esquema corporal negativo. Cuando este se ha formado afecta los sentimientos, pensamientos, conductas y percepciones del cuerpo. Este esquema negativo es una de las principales causas del mantenimiento de trastornos de la imagen corporal.

Las alteraciones de la imagen corporal forman parte del grupo de las alteraciones cognoscitivas; éstas alteraciones cubren un amplio espectro de manifestaciones desde las más leves hasta las más severas; van desde el descontento moderado hasta grados extremos donde aparecen sentimientos de vergüenza y profundo malestar; en estos casos llegan a incidir negativamente en la vida de quien los padece y pueden generar a su vez depresión y ansiedad. En las pacientes con TA, las alteraciones de la imagen corporal son nucleares por la fuerte relación de autoestima y autovaloración con la apariencia corporal; en los grados severos estas alteraciones pasan a ser de simples preocupaciones a verdaderas distorsiones perceptivas (Kirszman & Salgueiro, 2002). En suma, resulta necesario desarrollar estrategias preventivas y tratamiento eficaces sustentados en la investigación científica para reducir los riesgos y consecuencias asociadas a estas prácticas y actitudes disfuncionales.



En la actualidad, se han desarrollado nuevas tendencias en la implementación de intervenciones psicológicas en diversos padecimientos clínicos, tal es el caso de la Atención Plena (*mindfulness*) cuya popularidad ha ido en aumento en los últimos años; esta se halla enraizada en las enseñanzas antiguas del Budismo, especialmente en el adiestramiento de la mente mediante la práctica meditativa.

### **Las raíces de la atención plena**

En total Siddharta Gautama, compartió alrededor de 84, 000 enseñanzas y esos textos reverenciados se han convertido en las raíces de las diferentes tradiciones del budismo que se expanden en diversas zonas del continente asiático y en diferentes partes del mundo (Too & Kyabje-Zopa; 2003). Actualmente existen tres escuelas principales: la tradición Theravada (en el sureste de Asia: Tailandia, Birmania, Camboya y Vietnam), el budismo Mahayana (en las escuelas de Vietnam, China, Japón y Corea) y la tradición Vajrayana del Budismo Tibetano (en Tibet, Mongolia, Nepal, Bután, Ladakh y ahora en algunas regiones de la India en la comunidad tibetana en exilio). La tradición Mahayana incluye distintas formas de budismo: el budismo *Chan/Zen*, “*El budismo de tierra pura*” y el budismo tibetano (Kabat-Zinn, 2003; Kang & Whittingham, 2010).

El budismo utiliza principalmente dos tipos de meditación que requieren habilidades mentales y modos de funcionamiento diferentes: *Vipassana* y *Samatha*. *Vipassana* puede ser traducida como introspección de lo que ocurre en el mismo instante que sucede. *Samatha* puede traducirse como concentración o

tranquilidad, un estado en el que la mente se encuentra en descanso, enfocada en un objeto sin permitirle que se distraiga (Thera, 2003).

Existen diversos modos y técnicas de desarrollo mental o *Vipassana* para adiestrar la mente, entre ellas se encuentra *Anapanasati Bhavana* o el cultivo de la serenidad lúcida mediante la respiración. La atención con la respiración es una técnica de meditación de anclaje, ya que el ciclo respiratorio es un instrumento que se usa para explorar la vida a través de la atención sutil y la investigación activa de la respiración. La atención a la respiración es el sistema de meditación, la práctica o cultivo mental que practicó y enseñó Buda Gautama (Bhikkhu, 1988).

*Vipassana* es la más antigua de las meditaciones budistas, cuyo método proviene directamente del *Sattipathána Sutta*, los discursos originales del Buda sobre los “Fundamentos de la Atención”; y puede definirse como “el cultivo directo y gradual de la atención o consciencia pura”. La atención del que la práctica se dirige cuidadosamente hacia diversos aspectos de su propia experiencia; significa “escuchar atentamente, ver totalmente y experimentar con cuidado, aprender a oler con agudeza, tocar con intensidad y atender sin reservas los sentimientos; aprender a escuchar los propios pensamientos sin involucrarse con ellos”(Thera, 2003, p.29-30).

*Shamata* (en Sánscrito) y *Shyiné* (en Tibetano) es un camino de desarrollo de la consciencia que culmina en una atención sostenida y sin esfuerzo la cual puede permanecer varias horas seguidas, en donde la recolección es un aspecto

relevante; este proceso de recolección implica atender un objeto que resulte familiar sin olvido ni distracción; así mismo se le conoce como “morar en calma” (Sogyal-Rimpoché, 1994; Wallace, 2006).

De acuerdo con Davidson y Lutz (2008) la meditación incluye principalmente el entrenamiento en dos principios: la Atención Enfocada (AE), el cual se basa en enfocar la atención de manera voluntaria y sostenida en un objeto determinado y el Monitoreo Abierto (MA), cuyo método implica monitorear el contenido de la experiencia momento a momento sin reaccionar, reconociendo la naturaleza de los patrones emocionales y cognitivos; ambos principios se encuentran con algunas variaciones en muchos sistemas de meditación incluyendo la meditación Vipassana y Mahamudra pertenecientes a diferentes vertientes del budismo.

Ambos métodos se han asociado con cambios en la plasticidad cerebral; la evidencia preliminar, sugiere que la meditación y otras formas de entrenamiento mental, pueden producir cambios demostrables en la experiencia subjetiva, la conducta y patrones de actividad neuronal (Dahl, Lutz & Davidson, 2015).

En suma, la atención plena es el corazón de la meditación budista y se practica hoy en día como hace dos mil quinientos años en diversas partes del mundo. El método de la atención que descubrió Buda, es descrito en el *Sattipathána*: “se dice que es un método para la superación de la pena y el sufrimiento, para la destrucción del dolor y la aflicción” (Thera, 1962, p. 9). Esta técnica no es sectaria,

su principal objetivo es erradicar el sufrimiento humano mediante la autoobservación y la conexión entre la mente y el cuerpo (Goenka, Dhamma.org).

De acuerdo con Kabat-Zinn (2003) puede concebirse al Buda histórico como un científico cuyo único instrumento de experimentación fue su propia mente, su cuerpo y su experiencia. Este fue el método que Gautama empleó para develar la naturaleza de la mente y con ello la raíz del sufrimiento humano a través de una ardua investigación contemplativa, desarrollando una serie de profundos conocimientos acerca de la naturaleza humana.

Puede decirse que la ciencia permite la curiosidad para llegar a nuevos descubrimientos y así desarrollar conocimiento a través del método científico, todo esto a través de un sentido de escepticismo; la atención plena tiene la intención de recordar y observar eventos de forma objetiva sin apegarse a un resultado particular y abrirse a todas las posibilidades, por ende el practicarla es como hacer ciencia, ya que promueve la apertura y el no apegarse a una hipótesis determinada (Stewart, 2004).

Kabat- Zinn (2003) afirma que todos tenemos la capacidad de poner atención de un modo u otro ya que esta capacidad es inherente al ser humano; la contribución de la tradición budista se centra en poner énfasis en maneras de desarrollar y refinar la capacidad de atención, además de enfocarla en varios aspectos de nuestras vidas; el sostener la consciencia momento a momento especialmente en momentos de estrés o agitación es una capacidad que puede ser aprendida.

El término de Atención Plena (AP), como se utiliza en los textos antiguos, se traduce del Pali de la palabra *sati*, la cual denota cualidades como consciencia, atención y el recordar en todo momento el ser consciente (Siegel, Germer & Olendzki, 2009).

*Sati* tiene la connotación de memoria no en el sentido de recordar eventos pasados, sino en el sentido de llamar a la mente cuando esta se ha ido y recordar el momento presente; entre sus características y funciones se encuentran: contemplar desapegada y objetivamente cómo los fenómenos físicos y eventos mentales surgen y desaparecen en una consciencia sin elección ni involucramiento. No se busca intentar cambiar la experiencia, sino profundizar en ella (Anālayo, 2013). *Sati* consiste en observar el nacimiento, crecimiento y cese de todos los fenómenos mentales (Thera, 2003).

Las raíces de la Atención Plena (AP) se encuentran en la psicología Budista. La componen dos elementos fundamentales de actividad humana: la atención y la consciencia. La consciencia puede ser descrita como el registro consciente de los estímulos que llegan a los sentidos como: las sensaciones físicas, kinestésicas y también incluyen las actividades de la mente. La consciencia es el contacto más directo con la realidad. El proceso de atención se da cuando se manifiesta la percatación hacia un objeto determinado (Brown, Ryan & Creswell, 2007).

## **Definición de la atención plena**

Numerosos investigadores han aportado definiciones acerca del concepto de AP. Por un lado describen este concepto desde un contexto científico y otros desde la concepción de una cualidad espiritual o combinando ambos aspectos. La mayoría de las definiciones se enfocan en la forma de vivir, de relacionarse y estar con el mundo. Estas cualidades se desarrollan mediante la práctica que va más allá de un conjunto de técnicas. Implica estar en el presente con una “atención desnuda” como se denomina en la práctica budista y se define de esta forma porque implica la consciencia clara de lo que nos ocurre en los momentos sucesivos de la percepción (Hick & Bien, 2008; Kristeller, 2007; Stewart, 2004; Thera, 1962).

Así pues la AP se ha descrito desde diferentes enfoques. La definición operacional, se centra en la consciencia que emerge al prestar atención de forma intencional en el momento presente, sin juzgar; con esto se busca el permitir que la experiencia se despliegue momento a momento (Kabat-Zinn, 2003).

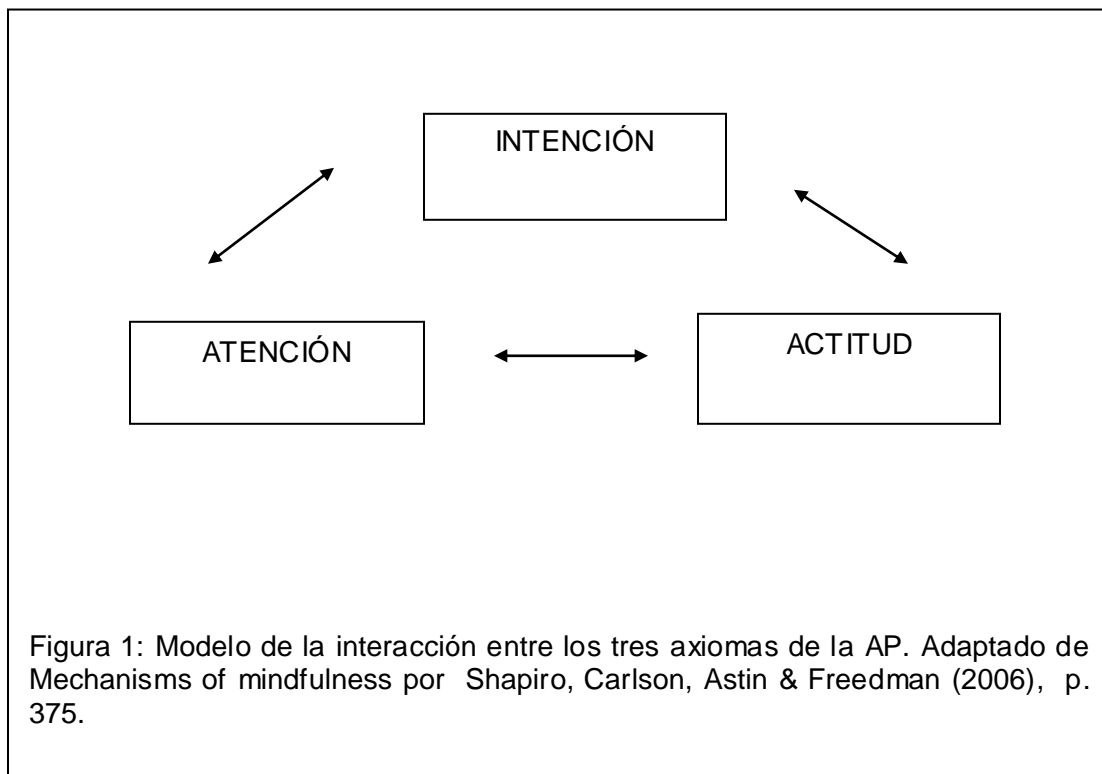
También hay definiciones que incluyen otros aspectos: como tener una actitud imparcial de aceptación y compasión hacia la experiencia; una consciencia ecuánime, no discursiva y centrada en el presente, que reconozca y acepte tal como es cualquier pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional, sin la influencia de deseos, expectativas o distorsiones. La AP

formal se caracteriza por una introspección intensa que consiste en mantener la atención en un objeto (por ejemplo la respiración o las sensaciones corporales o cualquier evento mental que aparezca en el momento). La práctica informal de la AP se caracteriza por una introspección de cualquier aspecto de la vida cotidiana como comer o caminar; lo cual puede tener un efecto altamente terapéutico y promover el desarrollo personal (Kabat-Zinn, 1990; Kristeller, 2007; Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998; Williams, Seagal, & Teasdale, 2002; Stewart, 2004).

Bishop et al., (2004) ofrecen una definición basada en términos operacionales debido a dos aspectos: el creciente interés de su aplicación clínica y la necesidad de incrementar la investigación científica rigurosa en esta área. La definición que proponen se centra en dos componentes fundamentales (pp. 232-233): El primero incluye la autoregulación de la atención; la cual es mantenida en la experiencia inmediata; permite el reconocimiento de los eventos mentales (pensamientos, emociones y sensaciones) justo como surgen en el momento presente; el segundo componente incluye la adopción de una orientación particular hacia la propia experiencia del momento presente, caracterizada por la curiosidad, la apertura y la aceptación. Es necesario desarrollar habilidades de AP para mantener la consciencia de las experiencias presentes. Cabe señalar que esta autoregulación no implica una práctica de supresión del pensamiento, dado que todos los eventos o pensamientos son considerados como objeto de observación, no de distracción. De esta forma, la noción de *mindfulness*, puede concebirse como un proceso metacognitivo. Asimismo puede conceptualizarse como un

proceso investigativo consciente que incluye la observación del flujo cambiante de la experiencia. El objetivo de este proceso es visto como un esfuerzo intencionado en observar y ganar entendimiento en la naturaleza del pensamiento y las emociones.

Shapiro, Carlson, Astin y Freedman (2006) proponen un modelo basado en tres axiomas, basado a su vez en la propuesta de Kabat-Zinn, (1990): intención, atención y actitud. Asimismo, introducen un “metamecanismo” de acción a este modelo, denominado “repercepción”. La intención, la atención y la actitud no son procesos separados, son procesos interconectados de un proceso cíclico, el cual ocurre simultáneamente. Por ende la AP es un proceso que ocurre momento a momento (Shapiro, et al., 2006) Ver figura 1





## Figura 1. Los tres axiomas de la Atención Plena.

La intención es un proceso fundamental que sirve para la autoregulación y la autoexploración. La atención se basa en observar momento a momento la experiencia interna y externa. Por último la actitud que se dé a la atención es esencial; debe tener las siguientes cualidades: paciencia, compasión y la ausencia de apego a las experiencias placenteras o de rechazo a las experiencias aversivas. Una mente atenta y libre de juicios conduce a un cambio significativo de perspectiva, denominado “repercepción”. Este último conduce a cambios positivos como: la autoregulación, la clarificación de valores socioculturales y familiares, flexibilidad cognitiva, emocional, conductual y exposición, este último entendido como la capacidad de experimentar emociones intensas de forma objetiva y menos reactiva. Todos estos mecanismos están relacionados con la reducción de síntomas psicológicos (Shapiro, Carlston, Astin, & Freedman, 2006).

Otra beneficio de practicar AP es la observación de uno mismo; sin juicios y sin reacciones emocionales, lo cual propicia una reducción de conductas impulsivas o autodestructivas. A su vez promueve la autoaceptación y la visión de perspectivas alternas (no sólo las negativas), como la visión holística de uno mismo y de la propia experiencia sin juicios ni categorías (Stewart, 2004).

Con la práctica de la meditación, ya sea con la intención implícita o explícita, se busca desarrollar la compasión por uno mismo y hacia otros seres. Esto se encuentra muy relacionado con la regulación emocional y el cambio de perspectiva, ya que cuando se cultiva la compasión por uno mismo, se observan las experiencias difíciles como parte de la gran experiencia humana, más que como experiencias separadas o aisladas. Este reencuadre, puede en última instancia, resultar en un cambio de perspectiva en uno mismo (Hözel et al., 2011).

Carmody, Baer, Lykins y Olendzki, (2009) evaluaron empíricamente el modelo propuesto por Shapiro et al., (2006) en 320 participantes del programa de REBAP (Kabat-Zinn, 1990), cuya media de edad fue de 49.5 años (DE=11.36) y un rango de 19-77, la mayoría eran mujeres; (68%). Los resultados sugieren que las cuatro variables propuestas como potenciales mecanismos de acción (autoregulación, flexibilidad cognitiva, conductual y emocional, clarificación de valores y exposición) incrementan significativamente en el curso del tratamiento y los niveles de síntomas psicológicos, somáticos y de estrés disminuyen. Los incrementos en reperiencia en este estudio no mediaron la relación entre las mejoras en AP y las otras cuatro variables. Los autores sugieren que esto puede atribuirse a que la AP y la reperiencia son constructos fuertemente relacionados o superpuestos y ambos cambian con la participación en el programa. También se sugiere que los cambios en clarificación y el incremento en flexibilidad cognitiva, emocional y

conductual es un mediador parcial de la relación entre la reopercepción y la reducción de síntomas psicológicos.

### **Terapias de Tercera Generación**

Los fundamentos relacionados con la práctica de la AP son compartidos y agrupados por diversas intervenciones denominadas actualmente como terapias de tercera generación (Baer, 2003; Mañas, 2007; Moreno 2014). Entre ellas se encuentran: El modelo de Reducción del Estrés Basada en Atención Plena REBAP (Kabat-Zinn, 1990); la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 2006); la Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993); la Terapia de Integración de Pareja (Jacobson & Crhistensen, 1996); la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena (Williams, Seagal & Teasdale, 2007); entre otras.

Baer (2006, pp.127-128) describe algunos entrenamientos basados en AP: El modelo mayormente citado es REBAP (Kabat-Zinn, 1990), éste fue desarrollado en el ámbito de la medicina conductual, dirigido a poblaciones con dolor crónico y trastornos relacionados con el estrés; este entrenamiento se imparte entre 8 y 10 semanas con grupos de 30 participantes con una duración de entre 2 a 2.5 horas, tiene el objetivo de practicar habilidades en la práctica de meditación basada en AP (meditación sentada atendiendo a la respiración, meditación caminando, escaneo corporal y posturas de Hatha yoga). La instrucción principal es la de

observar y estar consciente a cada momento, aunque las emociones o pensamientos surjan deben observarse sin ser juzgados.

La Terapia Cognitiva Basada en AP o TCBAP (Williams, Seagal & Teasdale, 2007) es una intervención de 8 semanas con sesiones de 2.5 horas de duración, está basada ampliamente en el programa de Kabat-Zinn (1990). El modelo incorpora elementos de la Terapia Cognitiva de Beck (1979) lo que facilita la visión de que los pensamientos son eventos transitorios y no hechos en sí. Esta aproximación también se aplica a las emociones y las sensaciones corporales. El entrenamiento está diseñado para prevenir recaídas de episodios depresivos recurrentes, mediante el entrenamiento de habilidades que permitan a los participantes desligarse de sus tendencias cognitivas disfuncionales, a través de la observación sin juicios de los pensamientos y emociones para que se perciban como eventos mentales transitorios, en vez de aspectos inherentes a uno mismo o reflejos fieles de la realidad.

Esta práctica previene los pensamientos negativos y la rumiación y por lo tanto la prevención de recaídas (Baer, 2003; Felder, Dimidjian, Seagal, 2012; Ma & Teasdale, 2004). Se ha encontrado que los efectos de la TCBAP son mediados por la mejora en las habilidades de AP y autocompasión a lo largo del tratamiento (Kuyken et al., 2010). La creciente investigación sugiere que las alteraciones en la atención plena, la preocupación, la metaconsciencia y la compasión están

asociados como mediadores o predictores en la reducción de síntomas depresivos pos-tratamiento o el riesgo de recaída, aunque el papel de la rumiación aún no es claro. Por otra parte competencia del terapeuta y la adherencia pueden facilitar el incremento en el potencial de los mecanismos de cambio como la habilidades de atención plena (Maj van der Velden et al. 2015).

La Terapia Cognitiva Basada en AP (TCBAP), ha mostrado su efectividad en estudios piloto y ensayos controlados y aleatorizados en ansiedad, depresión, calidad de vida, rumiación, conductas obsesivo compulsivas y fóbicas (Eisendrath, Delucchi, Bitner, Fenimore, Smit, & Mc Clane, 2008; Fjorback, Arendt, Ornbol, Fink, & Walach; 2011; Kaviani, Hatami, & Javaheri; 2012; Kim et al., 2009). Se ha observado una tasa de reducción de recaídas en episodios depresivos de entre el 36% al 78% y el 20% y el 50% (Ma & Teasdale, 2004) y mayor efectividad que el mantenimiento con antidepresivos en síntomas residuales, menor comorbilidad psiquiátrica y mayor calidad de vida con tasas de mantenimiento de 1 a 15 meses (Kuyken et al., 2008)

Un metaanálisis realizado por Chiesa y Serreti (2011) evaluó la eficacia de la TCBAP en padecimientos psiquiátricos; los resultados de este estudio muestran que la TCBAP es significativamente más efectiva que los tratamientos tradicionales en las recaídas de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) con tres o más episodios previos (resultados consistentes en cuatro estudios). Por otra parte la

TCBAP también resulta efectiva en la reducción de ansiedad en pacientes con Trastorno Bipolar en remisión (un estudio) y en pacientes con Trastornos de Ansiedad (dos estudios). Algunas de las limitaciones halladas en los estudios son el uso de muestras pequeñas, la ausencia de asignación al azar y la ausencia de grupos de comparación.

Existen otras intervenciones que no se encuentran basadas en AP pero que si la incorporan en el modelo de tratamiento (Baer, 2003; pp.127-128): La Terapia Dialéctica Conductual (DBT); Linehan, 1993) es un tratamiento para el Trastorno de Personalidad Límite (TLP). Esta terapia incluye técnicas cognitivo-conductuales para modificar pensamientos, emociones y conductas, además incluye la adquisición de habilidades de la AP (observar y no juzgar emociones, pensamientos y conductas). La Terapia de Aceptación y Compromiso ((Hayes et al., 2006) aunque esta aproximación no describe su tratamiento en términos de meditación de AP, sí incluye diversas estrategias que son consistentes con esta aproximación (observación sin juicios de pensamientos y emociones sin intentar cambiarlas o evitarlas).

### **Evaluación de la Atención Plena**

Se han desarrollado varias escalas para la evaluación de la AP mostrando altos niveles de confiabilidad, entre ellas se encuentran:

La escala de Atención Consciente (“The Mindful Attention Awareness Scale” MAAS; Brown & Ryan, 2004) la cual consta de 15 reactivos que evalúan la tendencia a estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida diaria. Cuenta con un solo factor enfatizando el aspecto esencial de la AP: atención/consciencia, está compuesto de una escala de respuestas tipo Likert de 6 puntos (casi siempre-casi nunca) de acuerdo a que tan a menudo se tienen experiencias de: actuar en piloto automático, estar preocupado y estar desatento al momento presente. El coeficiente de consistencia interna reportado fue de .82. Se han obtenido sus propiedades psicométricas en población española. En una muestra de 95 hombres y 290 mujeres (M= 31 años y DE= 10.66), la cual incluyó un grupo clínico (n=201) (TLP, TDM, TCA y Abuso de sustancias) y un grupo no clínico (n=184). La consistencia interna global de la escala es de 0.897. El análisis factorial exploratorio con rotación VARIMAX mostró una solución inicial de dos factores con valores de 6.42 y 1.18 que agrupan el 50.7% de la varianza. La solución final de un único factor permite explicar el 42.8% de la varianza. Muestra una buena estabilidad temporal. (Soler et al., 2012).

El Inventario Freiburg de AP (“The Freiburg Mindfulness Inventory” FMI; Walsh, Buckheld, Büttenmüller, Kleinknecht, & Schmihl, 2006) consta de 30 reactivos que evalúan la observación sin juicio del momento presente y la apertura a experiencias negativas. Este inventario fue desarrollado en participantes de retiros de meditación Vipassana y se emplea en meditadores experimentados. Los

reactivos tienen una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos (raramente a casi siempre). Se ha reportado un índice de consistencia interna de .93 a .94. Este cuestionario fue evaluado en 115 participantes que asistían a retiros de meditación (M= 43.6 y DE= 9.32 años), es capaz de demostrar el incremento en niveles de AP después de participar en los retiros y discrimina entre meditadores principiantes y experimentados. Por otra parte se evaluaron sus propiedades psicométricas en 86 participantes sin experiencia en meditación, 117 con problemas clínicos y 54 con experiencia en retiros de meditación. La escala se redujo a una versión corta de 15 reactivos obteniéndose un alfa de .86.

La Escala de Afecto y Cognición de AP ("The Cognitive and Affective Mindfulness Scale CAMS: Feldman, Hayes, Kumar, & Greeson, 2004) consta de 12 reactivos y está diseñada para medir atención, consciencia, atención en el presente, aceptación /ausencia de juicios con respecto a los pensamientos y sentimientos y en la experiencia diaria. La escala de respuesta es tipo Likert de 4 puntos (casi nunca, no del todo, a casi siempre). Los coeficientes de consistencia interna que se han reportado son de .74 a .80.

El Cuestionario de AP ("The Mindful Questionnaire MQ; Chadwick, Hember, Mead, Lilley, & Dagnan, 2005) está compuesto por 16 reactivos, los cuales miden la atención hacia los pensamientos e imágenes estresantes. Las respuestas se



encuentran en una escala tipo Likert de 7 puntos (totalmente de acuerdo a totalmente desacuerdo). El coeficiente de consistencia interna es de .89.

Otra propuesta de evaluación de la AP, es la de Lau et al., (2006) quienes desarrollaron y validaron la Escala de Mindfulness de Toronto ("The Toronto Mindfulness Scale") A partir de la definición operacional de AP se derivaron cuarenta y dos reactivos, los cuales reflejan los aspectos subjetivos de la autoregulación de la atención y la calidad de la atención caracterizada por la curiosidad, aceptación y apertura a la propia experiencia. Todos estos se relacionan a la evaluación de una sesión inmediata de meditación. La escala se integra de 5 puntos de 0 (no del todo) a 4 (demasiado) y fue validada en 319 participantes de los cuales 176 eran hombres y 216 mujeres con una media de edad de 40.8 años (D.E= 13.3). Se incluyó en el estudio a 134 participantes que no tuvieron práctica de meditación previa y 232 participantes con varios niveles de experiencia en meditación. Se mantuvieron 35 de los 42 reactivos originales, basados en las respuestas de 374 participantes. Los 35 reactivos mostraron una alta consistencia interna (.95). Del análisis factorial exploratorio, se derivaron dos factores, permaneciendo únicamente 20 reactivos: el factor 1 fue etiquetado como curiosidad refiriéndose a la consciencia del momento presente experimentada con curiosidad y el factor 2 fue etiquetado como decentramiento, este factor enfatiza la consciencia de la propia experiencia con una distancia o desidentificación. La escala final está compuesta por 13 reactivos.

Cardaciotto et al., (2008) desarrollaron la Escala de Mindfulness de Philadelphia (“Philadelphia Mindfulness Scale”), constituye una escala bidimensional que evalúa los componentes clave de la AP: la consciencia del momento presente y la aceptación. El desarrollo y la validación fue desarrollada en dos muestras no clínicas (n=204 y n=559) y tres muestras clínicas con varios trastornos psiquiátricos ambulatorios (n=52), pacientes con TA hospitalizados (n=30) y estudiantes de un centro de consulta psicológica (n=75). Inicialmente se propusieron 105 afirmaciones (55 de consciencia y 50 de aceptación), seis jueces expertos (4 hombres y 2 mujeres) establecieron la validez de contenido de los reactivos iniciales, la escala contiene 5 opciones de respuesta que van de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo). Al final resultaron 20 reactivos, 10 para la subescala de aceptación y 10 para la subescala de consciencia. Los análisis de confiabilidad de esta última arrojaron coeficientes de confiabilidad de .81 para la subescala de aceptación y de .85 para la subescala de consciencia en la muestra no clínica. En la muestra de pacientes con trastornos psiquiátricos, los coeficientes de alfa de Cronbach para la subescala de consciencia y aceptación fueron de .75 y en la muestra de pacientes con TA para la escala de consciencia y de aceptación fueron de .85 y .90 respectivamente.

Tejedor et al., (2014) evaluaron las propiedades psicométricas de esta escala en 395 voluntarios (256 con patología psiquiátrica y 139 estudiantes de psicología),

289 mujeres y 106 hombres con una media de edad de 31.9 años (DE= 10.82). Los participantes de la muestra psiquiátrica cumplían criterios diagnósticos (DSM-IV-TR) para Trastorno Límite de la Personalidad (n=69), Trastorno de la Conducta Alimentaria (n=71), Trastorno Depresivo Mayor (n=48), Trastorno por Dependencia a la Cocaína (n=68). Se realizó un análisis factorial exploratorio con factorización de ejes principales y rotación Promax para evaluar la validez de constructo y el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, para la validez convergente se estimaron correlaciones de Pearson en una submuestra (estudiantes n=83 y grupo clínico n=208) entre la escala y otras escalas que evalúan AP y la validez divergente con una submuestra de 253 participantes (estudiantes n=123 y grupo clínico n=130), la confiabilidad temporal en una muestra de 32 estudiantes y 21 pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y la sensibilidad al cambio en un subgrupo de pacientes con TLP. El análisis factorial exploratorio indicó la existencia de 4 factores con 57.02% de varianza explicada, pero se obtuvieron dos factores a través del gráfico de segmentación y la congruencia con el marco teórico. Se realizó un segundo análisis con estos dos factores, explicando el 42.49% de la varianza total, se eliminó el reactivo 15 y la varianza final total explicada fue de 44.02%, los factores no correlacionaron entre sí. La versión española de la escala presentó un alfa de Cronbach de .82 y de 0.86 para la subescala de aceptación y 0.81 para la subescala de consciencia. La escala mostró una adecuada validez convergente con otros cuestionarios de AP y una

adecuada validez divergente con escalas que miden sintomatología clínica depresiva y ansiosa.

Baer, Smith y Allen (2004) desarrollaron un inventario para evaluar habilidades en AP "The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills". Inicialmente identificaron las dimensiones que componen la AP y realizaron un análisis de contenido mediante la evaluación de 5 practicantes expertos en Terapia Dialéctica Conductual y 6 estudiantes de doctorado en psicología quienes completaron un curso en Terapia Dialéctica Conductual por al menos un año. De esta evaluación se derivó una versión de 77 reactivos que se clasificaron en categorías de habilidades (observar, describir, actuar con consciencia o aceptación sin juicios). Los análisis de consistencia interna se realizaron en una muestra de 205 estudiantes de psicología de la Universidad de Kentucky de entre 18 y 22 años, cerca del 60% eran mujeres, quienes completaron la versión de 77 reactivos; una segunda muestra formada por 215 estudiantes de psicología completaron una versión de los 39 reactivos que permanecieron después del análisis de consistencia interna. Los coeficientes alfa de Cronbach para la subescala de observar, describir, actuar con consciencia y aceptación sin juicio fueron de .91, .84, .83, .87 respectivamente. También se calcularon los coeficientes alfa para la muestra de estudiantes número 2 y los resultados muestran los siguientes coeficientes para cada una de las escalas anteriores respectivamente: .85, .86, .76, .87. A los 39 reactivos que permanecieron de la muestra de estudiantes número 1 se les realizó

un análisis factorial exploratorio, del cual se derivaron 9 factores y explicaron 64% de la varianza. Se realizó un segundo análisis factorial especificando los cuatro factores anteriores, el cual arrojó claramente estos cuatro factores correspondientes a las habilidades en *mindfulness* anteriormente descritas, explicando el 43% de la varianza.

Posteriormente Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney (2006) examinaron la estructura de cinco facetas de la AP identificadas a partir de los cinco cuestionarios anteriormente citados: The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS: Brown & Ryan, 2004); The Friedburg Mindfulness Inventory (FMI, Buchheld et al., 2001); The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS, Baer et al., 2004), The cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS; Feldman & Hayes, 2004); The Mindfulness Questionnaire, Hember et al., 2005). Se examinó si los cuestionarios disponibles tenían una consistencia interna adecuada y si se correlacionaban unos con otros en una muestra de 613 estudiantes de psicología, cuya media de edad fue de 20.5 años y un rango de 18-57 años; se obtuvieron los siguientes coeficientes de consistencia interna: MAAS=.86, FMI=.84; KIMS=.87; CAMS=.81, MQ=.85. Todos los cuestionarios se correlacionan positivamente unos con otros, la mayoría de la muestra tenía poca o ninguna experiencia de meditación (20% y 75% respectivamente). Los datos combinados de los cinco cuestionarios formaron 112 reactivos, los cuales se aplicaron en una muestra de 613 participantes y se sometieron a un análisis factorial exploratorio usando el

método de ejes principales con rotación oblicua para permitir la correlación entre los factores. El análisis arrojó cinco factores y con estos se volvió a realizar un segundo análisis factorial con el método de ejes principales y rotación oblicua, obteniéndose cinco factores con el 33% de la varianza explicada, cinco de los cuatro factores son idénticos a los del KIMS (Baer et al., 2004). El alfa de cada subescala obtenida es el siguiente: sin reactividad=.75, observar=.83, actuar con consciencia=.87, describir=.91, no juzgar=.87. Se realizó una correlación entre las cinco facetas para obtener mayor evidencia de que las facetas no tuvieran contenidos que se traslaparan, las facetas mostraron correlaciones modestas (de .56 a .75) mostrando que la varianza es distinta de cada uno de los factores. Posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio en una muestra independiente de 268 estudiantes de psicología, cuya media de edad fue de 18.9 (77% mujeres), quienes completaron los 39 reactivos asignados a la escala, el cuestionario se denominó Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) con una escala tipo Likert de 5 puntos (1=Nunca o raramente cierto y 5= Muy a menudo o siempre cierto). Este análisis sugiere que al menos cuatro de los cinco factores son componentes de todos los constructos de AP y que esos factores pueden variar con la experiencia de meditación.

Baer et al., (2008) validaron esta misma escala en una muestra de individuos que realizaban meditación regularmente (N=213), con una media de edad de 48.8 (DE= 12.9 y un rango de 18-83 años de edad); la mayoría tenían más de 10 años

meditando (45%), Los coeficientes alfa para todas las facetas en todas las muestras fueron de adecuados a buenos (de .72 a .92). En la muestra de meditadores, los rangos de las correlaciones de las cinco facetas fue de .32 a .56 ( $p \leq .01$ ), sugiriendo que las facetas representan constructos distintos y relacionados. Se observaron correlaciones negativas en las facetas de AP y síntomas psicológicos y correlaciones positivas y significativas con bienestar psicológico (de  $r = .34$  a  $r = .52$ ,  $p \leq .01$ ). A través de análisis de regresión, todas las facetas excepto observar fueron predictores significativos del bienestar psicológico (39% de la varianza). Así mismo en este mismo estudio se encontró que la experiencia de meditación es un predictor significativo del bienestar psicológico ( $\beta = .23$ ,  $p \leq .05$ ), independientemente del edad, educación.

Cebolla et al., (2012) validaron el Cuestionario The Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ, Baer et al., 2006) en una muestra española, la cual estuvo compuesta por 462 participantes (232 hombres y 231 mujeres) con una media de edad de 27.4 años ( $DE = 8.3$ ). La muestra se formó con una submuestra clínica ( $n = 25$  hombres y  $n = 120$  mujeres) y una no clínica ( $n = 198$  hombres y  $n = 104$  mujeres) constituida por estudiantes de psicología. En la muestra clínica se encontraban pacientes diagnosticados con Trastorno de la Personalidad Límite ( $n = 44$ ), Trastorno de Personalidad tipo C ( $n = 16$ ), Depresión Mayor ( $n = 16$ ), adicción a la Cocaína ( $n = 24$ ) y TA ( $n = 37$ ). De acuerdo a la estructura factorial los datos mostraron los mismo factores del instrumento original (describir, actuar con

consciencia, no juzgar la experiencia interna y no reaccionar a la experiencia interna). Se encontró que la escala observar se comporta mejor aislada. El alfa total de la escala fue de 0.88 y de la subescala de observación fue de .81; la subescala de describir fue de .91, la subescala de actuar con consciencia de 0.89, la subescala de no juzgar 0.91 y la de no reaccionar 0.80.

Por su parte, Tanay y Bernstein (2013) desarrollaron una escala, cuyo principal objetivo es evaluar el estado de la AP: *The State Mindfulness Scale*, el objetivo de este estudio fue reflejar en la medición de la AP los conceptos del budismo tradicional y las definiciones psicológicas de AP contemporáneas, para ello, se propuso un modelo de dos niveles interrelacionados del constructo: el primer nivel se centra en la naturaleza del evento o la experiencia individual en el momento presente (el objeto de la atención consciente) incluye los eventos físicos y mentales, entre estos últimos los pensamientos y emociones. El segundo nivel se centra en las cualidades de la AP como un estado metacognitivo (como la persona atiende esos objetos) con cualidades específicas que lo componen: consciencia, sensibilidad perceptual, atención deliberada al momento presente, cercanía o proximidad experiencia subjetiva y curiosidad. La muestra de este estudio se compuso por N=353 adultos (75% mujeres), la cual fue dividida en tres grupos. El análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio dio soporte al modelo teórico de dos factores. Asimismo se obtuvo una adecuada validez convergente y discriminante, además de validez de constructo, validez predictiva y sensibilidad al cambio,



estos resultados se obtuvieron con el tercer grupo al llevar a cabo una medición pre-test /post-test posterior a una breve intervención en atención plena.

Por su parte, Soler et al., (2014) desarrollaron el índice compuesto MINDSENS, debido al escaso reporte en la literatura de las mejoras en las habilidades de atención plena a través de la práctica y de cómo las características de la práctica meditativa afectan los componentes de la AP. Un total de 670 voluntarios con y sin práctica previa de meditación respondieron una encuesta en línea y dos cuestionarios que evalúan AP (FFMQ y el Cuestionario de Experiencia), los resultados mostraron que los participantes con experiencia previa en meditación mostraron significativamente mayores puntajes en todas las facetas de AP en comparación con los participantes sin experiencia en meditación. Los tamaños del efecto fueron grandes para las facetas de Observar y No Reaccionar, con efectos moderados para descentramiento y débiles para No juzgar, Describir y Actuar con Consciencia. Los resultados indican que no todas las variables de la práctica son igualmente relevantes en términos de desarrollar habilidades de AP. Dados que estos seis aspectos mostraron sensibilidad a la práctica, se retomaron aquellos reactivos de ambos cuestionarios que mostraron mayor respuesta a la práctica para desarrollar dicho índice.

Se han desarrollado escalas para medir constructos relacionados con la AP, como la alimentación con atención plena, tal es el caso del constructo Mindful Eating; Framson et al., (2009) desarrollaron el *Mindful Eating Questionnaire*.

Inicialmente realizaron una búsqueda de la investigación en conducta alimentaria y AP para generar una lista de constructos potenciales para el cuestionario. Fueron seleccionados tres constructos: desinhibición (la falta de habilidad para detenerse al comer cuando ya se está satisfecho), alimentación externa (respuestas a la comida de las señales del ambiente), alimentación emocional (comer como respuesta a estados emocionales negativos). Se derivaron 40 reactivos con opciones de respuesta “nunca/rara vez”, “a veces”, “usualmente/siempre”. Se realizó un estudio piloto para evaluar la precisión/ambigüedad de los reactivos con 5 participantes vía telefónica. Se eliminaron tres y los 37 restantes fueron administrados a 20 profesionales de la nutrición. El cuestionario se aplicó a 510 participantes. Del análisis factorial exploratorio mediante rotación oblicua se seleccionaron 5 factores y se eliminaron 3 reactivos, el cuestionario se integró por 5 subescalas: 1) Desinhibición, 2) Consciencia, 3) Señales externas, 4) Respuesta emocional y 5) Distracción. Los coeficientes de correlación arrojados fueron de .83; .74; .70; .71 y .64., respectivamente. El coeficiente de consistencia interna total de la escala fue de .64.

Hulbert-Williams, Nicholls y Hulbert-Williams (2013) desarrollaron una escala para evaluar la atención plena en la conducta alimentaria, la cual fue administrada en una muestra de 127 estudiantes universitarios (77.2 % mujeres con una media de edad de 25.56 años, DE=8.89), encontrando a través del análisis factorial exploratorio seis factores: aceptación, consciencia, no reactividad, actuar con

consciencia, rutina y conducta alimentaria desestructurada, obteniendo un índice de confiabilidad de .89, .82, .77, .75, .81 y .60 para cada factor respectivamente.

### **Aplicaciones de la Atención Plena en diferentes áreas de la Salud**

Las publicaciones científicas sobre AP comenzaron a aparecer en la década de los setentas y desde entonces su crecimiento ha sido exponencial en la última década (Simon, 2010). Jon Kabat-Zinn fue el pionero en implementar las aplicaciones terapéuticas de la AP en escenarios clínicos y desde entonces la AP fue adoptada por la psicoterapia occidental migrando de sus raíces antiguas (Siegel, Germer & Olendzki, 2008).

La reciente investigación en AP ha demostrado efectos benéficos en varias esferas del funcionamiento humano: la esfera mental, neurofisiológica, corporal, conductual, de autoregulación, la esfera social y la disminución del funcionamiento negativo (Bohlmejer, Prengue, Taal, & Cujipers; 2010). Los estudios clínicos sugieren que los mecanismos de la AP no incluyen solamente relajación sino cambios en la cognición, emoción, biología y conducta, lo cual puede actuar sinérgicamente en la mejora de la salud (Brown, Ryan, & Creswell, 2007; Greeson, 2009).

Sedlmeier et al., (2012) mediante un metaanálisis evaluaron los efectos de la meditación en variables psicológicas encontrando un tamaño del efecto de mediano a largo en cambios asociados con variables emocionales, y un tamaño

del efecto mediano en las variables de atención y efectos pequeños en variables cognitivas en poblaciones no clínicas ( $d=0.45$  a  $d=0.58$ ;  $r=.28$  a  $r=.27$ ).

En los últimos treinta años un gran número de clínicos e investigadores alrededor del mundo han mostrado su interés en su aplicación, debido a su eficacia en la reducción de distintas alteraciones físicas y psicológicas, así como la promoción de efectos psicológicos positivos, tanto en poblaciones clínicas y no clínicas (Bishop et al., 2003; Keng, Smoski, & Robins, 2011). Los programas de Reducción de Estrés Basados Atención Plena (REBAP, Kabat-Zinn, 1990) han reportado diversos beneficios en el área de la salud en diversas poblaciones mediante estudios controlados y no controlados en la reducción de estrés, ansiedad, agotamiento, afecto negativo, afecto positivo, reducción de la percepción del dolor y la promoción de bienestar, calidad de vida, ajuste y bienestar psicológico y autoeficacia (Carlson & Garland, 2005; Carmody & Baer, 2008; De la Fuente, Franco & Mañas, 2010; Fjorback, Arendt, Ornbol, Fink & Walach, 2011; Franco, 2009; Gold et al., 2010; Hoffman, et al., 2012; Lengacher, et al., 2009., McCracken & Keogh, 2009; Nyklicek, Karlijn & Kuijper; 2008; Quintana & Rincón, 2011; Tacon, Caldera & Ronaham, 2004; Tacon & Mc Comb, 2009; Vallejo & Ortega, 2007; Vieten & Astin, 2008; Zeidan, Gordon, Merchant, & Goolkasian, 2010); compasión hacia uno mismo, optimismo, satisfacción con la vida, felicidad, conexión social y empatía, (Germer & Neff, 2013; Smeets, Neff, Alberts, & Peters, 2014) y efectos positivos en variables fisiológicas como

incremento de la respuesta inmune, Células Natural Killer (NKC) y disminución de niveles de citocina y cortisol (Carlson, Speca, Patel & Goodey, 2004; Davidson, et al., 2003; Witek-Janusek, et al., 2008 ).

En algunos metaanálisis en poblaciones clínicas (pacientes con dolor crónico, cáncer, ansiedad depresión, ansiedad, cardiopatías) se han encontrado tamaños del efecto  $d = 0.54$ , ( $p < .001$ ) en variables asociadas a salud mental y bienestar (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2003; Sheenan, Payne, & Fenlon; 2011); tamaños del efecto de pequeños a mediados en variables de ansiedad ( $d=0.47$ ), depresión ( $d=0.26$ ) y estrés ( $d=0.32$ ) (Bohlmeijer, Prengue, Taal, & Cuijpers; 2010) y en otros padecimientos tales como trastorno de ansiedad generalizada, síndrome de fatiga crónica, trastorno de pánico, fibromialgia, trastorno de ansiedad social, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, artritis, trastorno de comedor compulsivo, trastorno bipolar, diabetes, enfermedad cardiovascular, hipotiroidismo, insomnio, trasplante, infarto, lesiones cerebrales, a tamaños del efecto (g de Hedges) de .97 a .95 para la mejora de síntomas de ansiedad y depresión respectivamente (Hofman, Saywer, Witt, & Oh, 2010; Vollestad, Siversten, & Nielsen; 2011)

La evidencia reciente sugiere que las intervenciones basadas en AP, implementadas vía internet, pueden resultar efectivas en la reducción de síntomas psicológicos. Spijkerman, Pots y Bohlmeijer (2016) llevaron a cabo un metanálisis

para estimar los efectos de intervenciones basadas en AP en línea, en variables como depresión, ansiedad, estrés, bienestar y AP, en todos los estudios (15) se encontraron efectos pequeños pero significativos para todas las variables anteriormente descritas y un efecto moderado y significativo para la variable de estrés, los efectos encontrados son menores que en intervenciones hechas cara a cara, debido posiblemente a una escasa adherencia al tratamiento.

La evidencia también sugiere que las intervenciones en línea basadas en el modelo de REBAP pueden resultar efectivas en poblaciones no clínicas para la reducción de estrés percibido. Una revisión sistemática que incluyó ocho estudios que cumplían los criterios para ensayos aleatorizados con grupo control y mediciones pre-test, post-test, encontró tamaños del efecto medianos en la variable de estrés percibido ( $g=0.432$ ) pero tamaños del efecto pequeños en la variable de AP. Sin embargo, en el seguimiento, se encontró un tamaño del efecto grande para el estrés percibido ( $g=0.432$ ) y mediano para AP (0.275). Estos resultados sugieren que las intervenciones online pueden ser una estrategia de bajo costo y más conveniente que los entrenamientos presenciales especialmente cuando no hay tiempo suficiente en los participantes pero tienen acceso a internet (Wasantha, Jayawardene, Lohrmann, Erbe & Torabi, 2017).

Por otra parte, algunas investigaciones muestran los efectos de la meditación en diferentes estructuras cerebrales e incrementos en los ritmos de las ondas

cerebrales *Theta* y *Gamma* reflejando una mejor sincronía en la actividad cerebral (Fletcher, Shoendorff, & Hayes, 2010). Las intervenciones basadas en el modelo REBAP muestran efectos en las corteza prefrontal, región anterior izquierda (asociada al afecto positivo) y parietal, hipocampo, parahipocampo, lóbulo temporal, corteza cingulada, (Lazar et al., 2000; Davidson et al., 2003). Asimismo, este entrenamiento ha mostrado efectos en las redes de conectividad funcional intrínseca, reflejadas en las redes visuales y auditivas, produciendo a su vez un mayor foco atencional, una mejora en los procesos sensoriales y la consciencia reflexiva de la experiencia sensorial (Kilpatrick et al., 2011).

También se han observado cambios en la concentración de materia gris dentro del hipocampo ( $p \leq .001$ ), cambios en la corteza posterior cingulada, unión temporoparietal ( $p = .002$ ) y el cerebelo ( $p = .004$ ) después de un entrenamiento de 8 semanas del programa REBAP, en comparación con un grupo control. Estas estructuras cerebrales se encuentran implicadas en procesos de memoria, aprendizaje, regulación emocional, procesos autoreferenciales y toma de perspectiva (Hözel et al., 2011).

Una revisión sistemática realizada por Chiesa, Calatti y Cerreti (2011) se llevó a cabo en 23 estudios que reportaron un entrenamiento en REBAP de 8 semanas, en los que utilizaron mediciones en atención, memoria, funciones ejecutivas, entre otras. Sólo 15 fueron estudios controlados o aleatorizados. Los resultados de esta

revisión sugieren que las fases tempranas de los entrenamientos en AP están relacionados con el desarrollo atencional y el mejoramiento significativo en la atención selectiva y ejecutiva y las fases subsecuentes con una apertura hacia los estímulos internos y externos. Por otro lado se muestran mejoras en la capacidad de la memoria de trabajo y algunas funciones ejecutivas.

En una revisión sistemática, que incluyó entrenamientos basados en REBAP y TCBAP, se analizaron siete estudios que cumplían con los criterios de inclusión como el uso de grupo control, el ensayo aleatorizado, el diseño del estudio, el método de la práctica, la frecuencia de la práctica, entre otros; se encontró como hallazgo más consistente que la actividad de la ínsula se incrementó después de los entrenamientos en comparación con los grupos control; esta estructura cerebral es considerada como el soporte de la consciencia interoceptiva; no se observaron efectos robustos en el incremento de la actividad de regiones específicas corticales prefrontales como se ha reportado anteriormente (Young et al. 2018).

### **Relación entre la atención plena (*mindfulness*) y cogniciones, emociones y conductas disfuncionales asociadas a la conducta alimentaria.**

Se ha encontrado una relación inversa entre la disfunción psicológica y la AP: Entre los hallazgos más significativos destaca el de Masuda y Wendell (2010) quienes encontraron una correlación positiva entre disfunción psicológica,



cogniciones disfuncionales (.35,  $p \leq .01$ ) y estrés (.24,  $p \leq .01$ ) y una correlación negativa entre cogniciones disfuncionales (-.31,  $p \leq .01$ ), disfunción psicológica (-.38,  $p \leq .01$ ), estrés (-.26,  $p \leq .01$ ) y atención plena. Estos hallazgos fueron observados en una muestra de 91 mujeres universitarias de entre 18 y 43 años de edad ( $M=21.3$ ,  $DE=4.9$ ). Al mismo tiempo se encontró que la AP media parcialmente la relación entre las cogniciones y el estrés ( $\beta=.24$ ,  $\beta=.18$ ) y la relación entre las cogniciones y la salud mental en general ( $\beta=.35$ ,  $\beta=.25$ ).

Cowdrey y Park (2012) examinaron la asociación entre rumiación, AP, evitación y síntomas de Trastornos de la alimentación en 228 mujeres estudiantes sin patología alimentaria; la edad promedio fue de 24.03 años ( $DE=7.62$  y un rango de 16-64). El Índice de Masa Corporal promedio fue de 22.03 ( $DE=2.75$ , rango de 17.11-32.27). Los resultados a partir de un análisis de regresión jerárquica sugieren una asociación entre rumiación hacia la comida, el peso y la forma corporal, la evitación y síntomas de TA con bajos niveles de AP.

Lavander, Jardin y Anderson (2009) hallaron que la tendencia a suprimir pensamientos desagradables y la tendencia a estar atento al momento presente contribuyen a la varianza única de síntomas bulímicos. Esta tendencia a suprimir pensamientos puede aumentar la frecuencia de los mismos y conducir a estrategias de afrontamiento desadaptativas en el esfuerzo de suprimirlos. Estos hallazgos fueron observados en una muestra de 219 hombres y 187 mujeres universitarios ( $M=19.1$  años,  $DE=1.5$ , IMC promedio de 24.0) Adicionalmente se

encontró que los hombres y mujeres que presentan puntuaciones altas en AP son menos propensos a experimentar TA.

Así mismo, se encontró una relación negativa entre AP, comparación corporal ( $r = -.18$ ,  $p \geq .01$ ) e insatisfacción ( $r = -.30$ ,  $p \geq .01$ ) y una relación positiva entre AP con la satisfacción con la imagen corporal ( $r = .30$ ,  $p \geq .01$ ) en una muestra de 1287 mujeres alemanas cuyo rango de edad fue de 19 a 80 años ( $M = 49.20$ ,  $DE = 11.16$ ). La AP medio parcialmente la relación entre comparación y satisfacción corporal (Dijkstra, & Barelds, 2011).

Lavander, Gratz y Tull (2011) analizaron la asociación entre las habilidades de AP (cinco facetas de AP: actuar con consciencia, ausencia de reactividad, ausencia de juicios, describir y observar) y patología alimentaria en 276 mujeres universitarias. La media de edad fue de 20.3 años ( $DE = \pm 2.6$  años con un rango de 18 a 42 años). Después de realizar un análisis de regresión jerárquica múltiple, se encontró que tres de las cinco facetas de AP estuvieron significativa y negativamente asociadas con patología alimentaria, estos resultados sugieren que una mayor atención y aceptación a las experiencias internas, así como la habilidad para mantener control conductual y mantenerse desapegado a las experiencias internas durante experiencias de estrés, están asociadas a menores niveles de patología alimentaria en mujeres adultas.

Prowse, Bore y Dyer (2013) realizaron un estudio que evaluó la relación entre las destrezas de AP y trastornos de la alimentación, se administró una batería a 411

estudiantes de psicología de Australia, el rango de edad de estos participantes fue de 17-57 años con una media de 22.5 años. Los resultados revelaron que el 40% de los participantes se encontraban satisfechos con su imagen corporal. Los participantes que reportaron altos niveles de síntomas de TA, reportaban menores índices de habilidades de AP: “actuar con consciencia (centrar la mente en el presente)” y “aceptación sin juicio (tomar una perspectiva neutral)” y los participantes que presentaban mayores niveles de aceptación corporal y bienestar psicológico, presentaban mayores destrezas de AP: “actuar con consciencia” y “aceptación sin juicio”.

De forma consistente con estos resultados, puede señalarse que las intervenciones basadas en atención plena antes de pretender modificar el contenido del pensamiento, lo que pretenden es cultivar una forma más aguda de observarlos, de ser un testigo imparcial de la experiencia. Los pensamientos pueden ser experimentados como eventos dinámicos y transitorios, a veces sin fundamento en la realidad. Esta aproximación terapéutica enfatiza el vincularse con las señales internas y así mejorar la autoregulación (Caldwell, Baume & Wolever, 2013; Williams, Seagal, & Teasdale, 2007). Cabe recordar que la práctica de AP genera un proceso de reperiencia, el cual propicia una vinculación más íntima con la experiencia del instante presente, una clarificación de valores reconociendo los condicionamientos familiares y socioculturales. De este modo surge un sentido de aceptación, un cambio de perspectiva y una visión más objetiva a través del desarrollo de flexibilidad cognitiva; este cambio produce

respuestas más adaptativas y a su vez beneficios en la salud psicológica (Shapiro, Carlston, Astin, & Freedman 2006; Williams, Teasdale & Seagal, 2007).

Por otra parte, el pretender no engancharse en el flujo de pensamientos crea la posibilidad de no reaccionar. Este proceso puede compartir similitudes con la desensibilización sistemática a través de un mecanismo de “descondicionamiento” al poner atención sin juicio. Los efectos vinculados a este mecanismo se asocian a la toma de consciencia de la transitoriedad de las experiencia físicas y emocionales, el desapego a las reacciones emocionales y diálogos internos y el desarrollo de patrones de respuesta diferentes, menos automáticos y más creativos ante los desafíos de la vida (Kristeller, 2007).

### **Modelos de tratamiento basados en alimentación consciente (*mindful eating*) y atención Plena**

Wolever (2008) señala que la mayoría de las personas en occidente comen en “piloto automático”, sin poner atención a la experiencia completa de comer la cual implica el detenerse a disfrutar el sabor de los alimentos, la textura, la experiencia de deglutir la comida y sobre todo la experiencia de notar el hambre y la saciedad del cuerpo. La alimentación consciente (*mindful eating*), enseña a poner atención a esas experiencias y a traer la consciencia al acto de comer.

Por su parte Framson et al., (2009) definen la alimentación consciente (*mindful eating*) como una consciencia sin juicios hacia las emociones y sensaciones físicas al momento de comer, así como al ambiente relacionado a la comida (p.2).

Comer atentamente es una experiencia que incluye todos los sentidos, al ser incluidos se presenta una curiosidad para investigar la propia respuesta a los alimentos y señales internas respecto al hambre y la satisfacción. El comer atentos es una práctica que incluye las experiencias internas momento a momento (Chozen-Bays, 2009).

Alimentarse atentamente promueve la consciencia de los hábitos alimentarios especialmente aquellos que sabotean a alimentación adecuada, como los disparadores que incitan la respuesta alimentaria y la saciedad y por ende se promueve la toma de decisiones adecuadas al consumir alimentos. Por otro lado se promueve la compasión con uno mismo aún cuando las decisiones que se tomen no sean las más adecuadas (Albers, 2008).

De acuerdo con Albers (2008) existen siete habilidades en la alimentación consciente, (p.21-24):

1.-Consciencia: consiste en una atención calmada y dirigida hacia los sentidos y el mundo exterior, a las sensaciones del cuerpo y los hábitos alimentarios.

2.-Observación: implica ver las situaciones con distancia, siendo testigo imparcial de la experiencia, como si se observara a través de una pantalla las emociones,

pensamientos y sensaciones, de esta manera, se puede cobrar consciencia de los disparadores del hambre.

3.-Estar en el momento: La falta de atención al momento presente puede estar vinculada a la alimentación inconsciente y a los hábitos alimentarios inadecuados como comer en exceso.

4.-Ser consciente del entorno: Cuando se pone atención en el entorno, se notan muchos disparadores que promueven el hambre de forma inconsciente, como los anuncios de comida.

5.-No juzgar: Uno de los objetivos principales de la AP es desarrollar una visión neutral y compasiva.

6.-“Dejar ir”: Liberarse de los problemas de alimentación se asocia con el cese del pensamiento “debe ser”, cuando se “dejar ir”, se permite a las emociones intensas pasar sin que exista una reacción y así pueden volverse más tolerables, la sobrealimentación ocurre frecuentemente al huir de las emociones negativas.

7.-Aceptar: Significa estar bien con las cosas tal como son, la aceptación es el primer paso para lidiar con cualquier problema. No aceptarse a uno mismo física y emocionalmente, promueve la realización de prácticas como la privación alimentaria.

Por su parte Nhat Hanh y Cheung (2010) mencionan el ejercicio de siete prácticas para comer conscientemente, entre ellas se encuentran (p.141-142):

- 1) Honrar los alimentos, expresando hacia ellos gratitud.
- 2) Involucrar los sentidos incluyendo también lo que ocurre en la actividad mental al momento de comer (colores, olores, texturas, sabores y respuesta mental).
- 3) Servirse porciones modestas para evitar la alimentación excesiva y por lo tanto el aumento de peso.
- 4) Paladear bocados pequeños y masticarlos meticulosamente, para reducir la velocidad de la comida y permitir la experimentación plena del sabor, contribuyendo a una mejor digestión.
- 5) Comer lentamente para evitar comer de más y percibir cuando se está satisfecho para detenerse y no comer demasiado.
- 6) No saltarse comidas; saltarse comidas puede hacer que resulte más difícil realizar acciones conscientes.
- 7) Seguir una dieta rica en vegetales.

La literatura ha reportado la existencia de modelos de tratamiento en trastornos de la alimentación basados en AP, los cuales se basan en algunos de los mecanismos descritos anteriormente, entre éstas se encuentran:

La Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno por Atracón (TA) fue adaptada de la intervención para Trastorno de la Personalidad Límitrofe (Telch, Agras, & Linehan, 2001). Su principal componente se basa en la autoregulación de la emoción para reducir la presencia de atracones. Se promueve el manejo del

estrés y del afecto negativo en lugar de la evitación, a través de la observación sin juicio y de su visión como eventos transitorios, además se practican habilidades de alimentación consciente.

La Terapia Cognitiva Basada en AP para recaídas de episodios depresivos (TCBAP) también ha sido adaptada para el TA por Baer, Fischer y Huss (2006). Es una intervención de 10 sesiones cuyo eje se centra en practicar la observación no reactiva, con aceptación y ausencia de juicios a las sensaciones corporales, percepciones, pensamientos y emociones especialmente las de hambre y saciedad conjuntamente con la disminución de pensamientos negativos con el objetivo de encaminar a conductas más adaptativas en situaciones estresantes.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC), se ha utilizado en estudios de caso (Heffner, Sperry, Eifert, & Detweiler, 2002); este modelo utiliza diversas estrategias dirigidas a promover la aceptación y observación sin juicio de los pensamientos, imágenes y miedos relacionados con la gordura en vez de engancharse en conductas patológicas resultantes de esos pensamientos.

El Entrenamiento en Consciencia en la Alimentación Basado en AP (MB-EAT) (Kristeller & Hallet, 1999) integra elementos del modelo REBAP y de la TCBAP e incluye meditaciones guiadas acerca de: la alimentación, el peso, la imagen corporal, el apetito, la saciedad, la práctica de la atención sin juicio a pensamientos, sensaciones y emociones asociadas al hambre, saciedad y disparadores del apetito. También incluye movimientos de yoga sencillos,



meditación sentada, caminando. Este modelo consta de 9 sesiones semanales estructuradas, ha demostrado reducir sustancialmente conductas alimentarias compulsivas en pacientes con obesidad y síntomas depresivos (Kristeller, 2003; Kristeller, Baer, & Wolever, 2006).

Kristeller y Wolever (2011) añaden al modelo de Entrenamiento en Alimentación Consciente Basado en AP (MB-EAT), la práctica de la compasión promoviendo una actitud de aceptación sin juzgarse a uno mismo en la vida diaria.

En el 2007 se diseñó el programa EMPOWER por investigadores del Programa de Medicina Integrativa y Atención Plena de la Universidad de Duke en Pensylvania (Caldwell, Baume, & Wolever, 2013) este programa incluye principios del modelo REBAP y enseña a los pacientes con obesidad estrategias para la pérdida de peso y mantenimiento, combina sesiones psicoeducativas grupales de atención plena (2 horas semanales por 12 semanas) y coaching telefónico, con seguimientos de hasta 12 semanas.

Cabe señalar que uno de los componentes de los modelos basados en AP y los modelos en alimentación consciente (*mindfu eating*) utilizan la práctica de yoga consciente, la que puede ser una herramienta complementaria ya que logra inducir sensaciones de relajación, la toma de consciencia hacia uno mismo, hacia las sensaciones internas y las emociones. Además de promover la atención en el presente, se promueve la autoaceptación, el respeto hacia los límites personales, a tolerar la incomodidad y a desafiar la resistencia. Se dice que puede ser un

“laboratorio” para observar los patrones de pensamiento habituales, adicionalmente puede generar cambios en la fisiología del cuerpo (Bennet, 2002; Boudette, 2006; Douglas, 2009, 2011).

El yoga se originó en la India hace más de 4000 años y en su forma original consiste en un sistema complejo de práctica moral, física y espiritual, la cual está destinada a establecer la autoconsciencia. Es una práctica que involucran la mente y el cuerpo y promueve una mayor atención de las sensaciones corporales y permite dejar de percibir al propio cuerpo como un “objeto” (Impett, Daubenmier, Hirschman, 2006).

El propósito de la práctica es la de integrar todos los niveles del ser humano desde el nivel físico, a partir de notar las sensaciones en el cuerpo, los movimientos, la posturas y la sincronización de la respiración. A nivel mental es consistente con la práctica de AP, ya que promueve el ser testigo de cualquier pensamiento y emoción que puedan surgir en la práctica. Por otro lado en el concepto de consciencia está implícito el concepto de aceptación de cualquier pensamiento o emoción que viene a la mente; esta consciencia es esencial para recibir los beneficios óptimos de la práctica (Saraswati, 2008).

Clancy (2010) realizó un estudio experimental con mediciones repetidas para determinar si un programa de yoga tiene efectos positivos en la insatisfacción con la imagen corporal, la disminución de la autoobjetivación y la promoción de AP en mujeres universitarias. La muestra estuvo compuesta de 32 mujeres de las cuales

el 50% de las participantes reportaron haber tenido una experiencia de yoga previa al estudio. Un total de 13 participantes conformaron el grupo experimental (mujeres de entre 18 y 30 años de edad,  $M=21.58$ ,  $DE=3.30$  e IMC promedio de 20.49) y 19 el grupo control (mujeres de 18-28 años,  $M=21.10$ ,  $DE=2.76$ , con un IMC promedio de 21.67). El programa de Hatha yoga (flow o vinyasa) estuvo compuesto de 3 días a la semana con 60 minutos de duración durante 10 semanas. Los análisis de medidas repetidas mostraron puntajes significativamente menores de insatisfacción corporal ( $p\leq.00$ ) y mayores puntajes de satisfacción del pre-test al pos-test ( $p\leq.00$ ) en el grupo experimental. No hubo diferencias estadísticamente significativas intergrupos en ninguna de las variables.

Dale et al., (2009) realizaron un estudio piloto para evaluar los beneficios de un programa intensivo de yoga de 6 días en mujeres con historia de TCA; este estudio fue llevado a cabo en un grupo de 5 mujeres de entre 22 y 36 años de edad ( $M=30$ ) tres de las cuales reportaron tener depresión o ansiedad además del TA. El programa inducía a las participantes a ubicar sus necesidades físicas y emocionales, además aprendían a respirar profundamente conectándose con sus sensaciones corporales, el programa contenía clases de cocina interactivas y bases para alimentarse saludablemente, a su vez contenía reflexiones y enseñanzas de destrezas interpersonales. Los resultados mostraron mejorías en trastornos del humor, ajuste psicológico, consciencia física y emocional y síntomas de trastornos de la alimentación ( $p\leq.05$ ).

A continuación se describen estudios empíricos que han empleado las estrategias antes señaladas y relacionadas con patologías alimentarias como el sobrepeso y la obesidad:

Lillis, Hayes, Bunting y Masuda (2009) realizaron un estudio con 84 pacientes obesos quienes tuvieran al menos 6 meses de haber completado un tratamiento para el control de peso sin haber sido exitoso. Cuarenta de estos pacientes fueron asignados aleatoriamente a un tratamiento experimental basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso y AP y el resto fueron asignados a un grupo control; la intervención consistió en un programa de 1 día con 6 horas de duración basada en un protocolo y un libro de trabajo para enseñar aceptación, atención plena y la aplicación de herramientas para hacer frente a pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales negativas, así como estrategias de pérdida de peso. Se observó una mejoría significativa en las variables de calidad de vida, estrés psicológico, IMC, autoestigmatización debido a la obesidad, aceptación de la propia obesidad y flexibilidad psicológica. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en el peso evaluado a través del IMC ( $F(1,83)=9.8, p \leq .01; d=.68$ ). El porcentaje de pérdida de peso fue de 1.5% en el grupo experimental, a diferencia del control, en el cual hubo una ganancia del .3%. Los cambios en la aceptación del peso y la flexibilidad psicológica, mediaron los efectos de los resultados obtenidos.

El síndrome de Prader –Willi usualmente conduce al sobrepeso y la obesidad, debido a que genera un retraso en las respuestas de saciedad. Se realizó un

estudio de caso con tres pacientes que presentaban este padecimiento mediante una intervención basada en AP en respuestas de saciedad, ejercicios de alimentación consciente y ejercicio físico. Se utilizó una línea base retrospectiva de 9 semanas y una prospectiva de 3 semanas. La media de reducción de peso fue de 256.3 libras a 190.7 libras, en donde hubo un mantenimiento del peso por un período de tres años (Singh et al., 2011).

Kristeller y Hallet (1999) realizaron un estudio piloto para evaluar la eficacia de una intervención basada en meditación para el Trastorno por Atracón (TA); esta intervención fue aplicada en 18 mujeres (M=46.5 años, DE=10.5, con un IMC promedio de 40.33) con problemas de sobrepeso y con episodios de atracones, excluyendo a aquellas mujeres que llevaran un tratamiento para reducción de peso o que tuvieran alguna comorbilidad psiquiátrica. Se utilizó un diseño de un solo grupo con una línea base de tres semanas y una post evaluación. La intervención estuvo compuesta de siete sesiones basadas en AP (meditación general, alimentación y meditaciones breves). Los resultados muestran una disminución de atracones de 4 a 1.5 por semana ( $t(18)=6.37, p \leq .001$ ), en la puntuación de Escala de atracones ( $t(17)=9.86, p \leq .001$ ) ansiedad y depresión después de la intervención y a tres semanas de seguimiento,

Tapper et al., (2009) probaron la eficacia de un programa de pérdida de peso basado en AP en 62 mujeres de 19 a 64 años, quienes fueron asignadas de forma aleatoria a una condición experimental y una condición control, con una línea base de 4 a 6 meses de las variables de IMC, actividad física y salud mental. Seis

meses después de la intervención, las participantes mostraron un gran incremento en la actividad física, comparadas con el grupo control. Se excluyeron aquellas que reportaron nunca practicar los principios de la intervención. La reducción en el IMC estuvo mediada por el decremento en atracones.

En un estudio realizado por Albers, Mulkens, Smeets y Thewissen (2010) se llevó a cabo una intervención con 19 pacientes (2 de sexo masculino) que padecían de sobrepeso y obesidad (Rango= 28-76 años,  $M=51.8$ ,  $DE=12.76$ ), el IMC promedio fue de  $31.3 \text{ kg/cm}^2$ . Todos los pacientes recibieron 10 sesiones de una hora y media de tratamiento nutricional y ejercicio físico y fueron asignados al azar a un grupo control y experimental de 7 semanas, este último se basó en técnicas de AP y alimentación consciente. Los resultados encontrados en este estudio apoyan la efectividad de la aceptación como estrategia para la reducción de ansiedad por la comida (craving)  $t(11)=2.72$ ,  $p=.02$ ,  $d=.98$ ), preocupación por la imagen corporal  $t(11)=3.93$ ,  $p\leq.01$ ,  $d=.68$ , alimentación emocional  $t(13)=1.08$ ,  $p=.30$  y pensamiento dicotómico  $t(11)=2.41$ ,  $p=.03$ ,  $d=.82$ .

Daubenmier et al., (2011) realizaron un estudio piloto aleatorizado con un grupo experimental (con una media de edad de  $40.42$  y  $DE=8.0$  y un peso promedio de  $84.40$   $DE=14.2$ ) y uno en lista espera (con una media de edad de  $41.39$ ,  $DE=6.7$  y un peso promedio de  $85.17$ ,  $DE=14.17$ ); se eligió a mujeres con un IMC entre 25-40, que pesaran menos de 300 libras debido a las limitaciones del densiómetro, sin antecedentes de diabetes o ingesta de suplementos hormonales. La intervención estuvo basada en principio de los programas de REBAP, TCBAP y

EBAPAC (MBEAT). Los resultados de la intervención mostraron un aumento en la AP y consciencia de sensaciones corporales ( $p=.047$   $d= .63$ ), disminución de la ansiedad ( $p=.045$   $d= -.64$ ), reducción del hambre en respuesta a estímulos externos ( $p=0.02$   $d= -.70$ ), y a las emociones ( $p=0.08$   $d= -.53$  y el cortisol mostró una reducción entre los participantes del grupo de tratamiento del grupo experimental en comparación del grupo control ( $p=0.15$   $d= -.56$ ), pero el tamaño del efecto fue moderado pero no significativo. No existieron diferencias significativas con respecto al peso corporal, pero mientras que en el grupo experimental éste se mantuvo, en el grupo control aumentó.

Baer, Fisher y Huss (2006) realizaron un estudio piloto, adaptando el modelo de la TCBAP al Trastorno por Atracón. En este estudio participaron 10 mujeres de 23-65 años de edad, con un rango de IMC de entre 22-40; seis de las cuales completaron la mayoría de los criterios diagnósticos del DSMIV para trastorno por Atracón; sólo 9 completaron el entrenamiento y el posttest. El tratamiento estuvo compuesto por 10 sesiones, Los resultados mostraron una mejora substancial en los síntomas incluyendo la frecuencia de los atracones y la disminución de emociones negativas.

Telch, Agras y Linehan (2001) llevaron a cabo un estudio en el que adaptaron la Terapia Dialéctica Conductual, a pacientes diagnosticadas con Trastorno por Atracón, en este estudio participaron 44 mujeres de entre 18 y 65 años, con una media de edad de 50 años. Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a un grupo experimental y un grupo en espera. La intervención estuvo compuesta de

20 sesiones semanales de dos horas de duración, esta intervención abarcó la promoción de habilidades de regulación emocional adaptativas mediante el desarrollo de habilidades en *mindfulness*, habilidades de regulación emocional y habilidades en tolerancia al estrés. Los resultados mostraron que en el grupo de entrenamiento 89% de las participantes interrumpieron los atracones por al menos 4 semanas antes del término del tratamiento, comparado con 12% de las del grupo control. Sin embargo los porcentajes de abstinencia en los atracones se redujeron en un 56% en seis meses de seguimiento.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Dalen et al., (2010) en el que probaron la eficacia de una intervención breve basada en AP mediante un estudio piloto en 10 pacientes con obesidad de entre 31-62 años (M=44 y DE= 8.7) con un IMC superior a 30 (M=36.9). La intervención estuvo compuesta por seis sesiones con una semana de línea base, un post evaluación y tres meses de seguimiento posterior; la meta principal de la intervención fue la de cultivar la consciencia hacia la conducta y reducir la ingesta automática teniendo como resultado la reducción de conducta alimentaria compulsiva y la de mejorar el funcionamiento psicológico. Todos los pacientes redujeron significativamente su peso (101 a 97 kg) después de 12 semanas, la pérdida promedio fue de 4 kg. El IMC de 37 a 35.7 ( $p \leq 0.01$ ), también se mostró una reducción en la proteína C reactiva, atracones, ansiedad, depresión estrés percibido, síntomas físicos, afecto negativo y una mejora en el afecto positivo.



Safer Robinson y Jo (2010) realizaron un estudio que incluyó a 101 participantes asignados aleatoriamente a 20 sesiones de un terapia de grupo (Dialéctica-Conductual basada en AP) (n=50) y una terapia de grupo (n=51). De los participantes (n=86) era mujeres, (n=15) eran hombres, la edad promedio fue de 52.2 años (D.E= 10.6 años), el IMC promedio fue de 36.38 (D.E.=8.62). El grupo de comparación incluyó factores comunes empleados en la Terapia Dialéctica Conductual tradicional (alianza terapéutica, expectativas terapéuticas y optimismo terapéutico). Modelos lineales mixtos revelaron que la abstinencia de atracones y la reducción en la frecuencia de atracones fueron más rápidas en la TDCBAP que el grupo activo de comparación (una tasa de abstinencia de 64% vs 36% posterior al tratamiento respectivamente), sin embargo las diferencias no persistieron a lo largo del tiempo (3, 6 y 12 meses); a los 12 meses de seguimiento la tasa de abstinencia del grupo de TDCBAAP fue de 64%, y en grupo de comparación fue de 56%. Los resultados no revelaron un impacto sostenido en la regulación emocional. A pesar de estos resultados, se pudo observar que la TDCBAP muestra significativamente menores tasas de abandono y mayor eficacia inicial en la reducción de atracones.

Hepworth (2010) implementó una intervención basada en alimentación consciente (mindful eating) como coadyuvante de un tratamiento a largo plazo para una variedad de TCA. Esta intervención se realizó con 33 mujeres cuya media de edad fue de 21.42 años con una DE de 2.88 y un rango de 18 a 30 años. Del total de las participantes, el 30.3% padecía de BN, 10 (51.5%) AN, 17 (18.2%) TANE; el

promedio del tiempo de padecimiento fue de 4.28 años (DE=1.96). Al grupo de alimentación con AP se le aplicó un programa de 10 semanas por un dietista y un psicólogo, el manual fue adaptado de la Terapia Dialéctica Conductual para pacientes con TA, se les motivó a las pacientes a llevar a cabo ejercicios de tarea como atención en la respiración y el notar la señales de hambre y saciedad. Los resultados pre-test post-test mostraron una reducción estadísticamente significativa en los puntajes del Test de Actitudes Alimentarias ( $p \leq .000$ ) con un tamaño del efecto grande de .63. En la subescala de dieta ( $p \leq .000$ ), con un tamaño del efecto grande de .52; en la subescala de bulimia y preocupación a la comida ( $p \leq .000$ ), con un tamaño del efecto grande de .57 y en la subescala de control oral ( $p \leq .000$ ), con un tamaño del efecto de .43.

Timmerman y Brown (2011) probaron la eficacia de una intervención llamada “Mindful Restaurant Eating”, como estrategia de prevención de ganancia de peso, esta intervención pretendía contribuir a desarrollar habilidades necesarias para reducir la ingesta calórica al comer fuera de casa. Se asignó al azar a 19 mujeres al grupo experimental y a 16 a un grupo en lista de espera (rango de edad de 40-59 años), se controlaron variables que pudieran interferir en los resultados (condiciones médicas, medicación, etc). Las participantes del grupo de la intervención, perdieron significativamente más peso ( $p = .03$ ), consumieron en menor promedio calorías diarias ( $p = .002$ ) y grasa ( $p = .001$ ) e incrementaron su autoeficacia relacionada a la dieta ( $p = .02$ ) y tuvieron menos barreras para manejar su ingesta cuando comían en restaurante ( $p = .001$ ). Entre las limitaciones se

destaca el tamaño de la muestra. Entre las prácticas empleadas en el programa destacan: ejercicios de meditación, alimentación consciente con pasas, fresas, queso, chocolate y galletas, atención consciente hacia los procesos de hambre y saciedad, elecciones conscientes de alimentación y atención a los disparadores de hambre.

Kristeller, Wolever y Sheets (2013) realizaron un estudio piloto de un programa de intervención basado en AP (con el modelo REBAP combinado con prácticas de alimentación consciente similares a las del estudio anterior) para Trastorno por Atracón, para ello se realizó una asignación al azar a tres condiciones: (experimental:  $n=50$ , control:  $n=42$  y estrategias psicoeducativas:  $n=48$ ). Participaron 140 participantes (rango de 26- 78 años,  $M=46.55$ ) con TA sin comorbilidad psiquiátrica, sin condiciones médicas o experiencias previas de meditación. Los participantes de ambas intervenciones recibieron 12 sesiones (incluidas tres de seguimiento). Los resultados mostraron disminuciones significativas en atracones y en los puntajes de la Escala de TA y depresión en el grupo de AP y el grupo psicoeducativo en comparación con el grupo control después de 1 y 4 meses de seguimiento. A cuatro meses posteriores a la intervención 95% de los pacientes con TA en el grupo de AP ya no tenían el diagnóstico de TA a diferencia de 76% de los que participaron en el grupo psicoeducativo. Los atracones que ocurrían eran significativamente menores. Con este estudio se puede concluir que la cantidad de práctica de AP predice una mejora en un rango de variables incluyendo la pérdida de peso ( $r=0.38$ ,  $p \leq 0.05$ ).

Lacaille et al., (2014) evaluaron los efectos de tres habilidades de AP (consciencia, aceptación y desidentificación) en la reducción del ansia estado-rasgo por consumir chocolate mediante tres intervenciones diferentes. Se incluyó un grupo control en el que se emplearon técnicas de distracción. El estudio asignó al azar a 196 participantes a las cuatro condiciones (175 mujeres, con una media de edad de 19.93 y una DE=2.50) que cumplieran con los criterios de inclusión (tener ansiedad intensa (*food craving*) por el chocolate y tener motivación por reducirla y además de contar con un teléfono inteligente con acceso a internet).

A continuación se presenta la descripción de cada condición:

Condición de consciencia (AW, n=37): Se les dio a los participantes la instrucción de ser consciente de la experiencia de tener ansias

Consciencia + Aceptación (AW+ACC, n=39): Se les dio a los participantes la instrucción de que además de ser consciente del ansia, permanecer abierto a la incomodidad de la experiencia sin juzgarla.

Consciencia + Desidentificación (AW+DIS, n=37): Además de ser consciente del ansia, etiquetarlas como “sólo pensamientos” e imaginarse que se distancian de ellos.

Consciencia+Aceptación+Desidentificación (AW+ACC+DIS, n=37): Se les pedía a los participantes se les daba la instrucción de ser consciente acerca del ansia, permanecer abiertos a la experiencia de incomodidad sin juzgarla y etiquetarla como “sólo pensamientos” e imaginarse distanciado de ellas. En la condición

control se les dio la instrucción a los participantes de recitar el alfabeto (n=38). Se les pidió a todos los participantes que aplicaran los ejercicios cada vez que tuvieran ansia por el chocolate. Los resultados mostraron que después de las dos semanas de práctica, aquellos participantes que fueron entrenados en la condición de desidentificación reportaron menor intensidad en el estado de ansia hacia el chocolate que los de la condición control ( $p=.012$ ). Las demás condiciones experimentales no se diferenciaron de la condición control ( $p=.111$  y  $p=.898$ ) sólo la condición de consciencia AW + DIS se diferenció significativamente de la condición control ( $p=.015$ ). Los análisis de mediación revelaron que este efecto fue mediado por un incremento en la destreza de desidentificación, lo cual sugiere que esta destreza fue la más exitosa que las demás en el ansia hacia el chocolate.

Proulx (2008) realizó un estudio fenomenológico con seis mujeres estudiantes con diagnóstico de BN de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSMIV, las participantes recibieron un tratamiento grupal para TCA basado REBAP. Se realizaron entrevistas pre-test, post-test la cuales fueron transcritas, los análisis de las entrevistas, diarios y autoretratos mostraron mayor conexión con ellas mismas, mayor autoconsciencia, aceptación y compasión, así mismo reportaron menor estrés y mejora en las habilidades para hacerle frente.

Albers, Thewissen y Raes (2012) implementaron un estudio para probar la eficacia de una intervención basada en AP para conducta alimentaria problemática: ansia

hacia la comida, imagen corporal, pensamiento dicotómico. Se incluyeron participantes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: tener entre 18 y 65 años, experimentar uno o más de las siguientes conductas alimentarias problemáticas: comer por situaciones emocionales, estrés asociado con la comida, comer sin atención o sobrealimentación. Un total de 26 mujeres con una media de edad de 48.5 años con una DE= 7.90; y una media de peso de 94.6 kg (DE= 16.41, rango de 68.0 a 123.0) y una media de IMC de 32.7 (DE=16.41, rango de 68.0 a 123.0). Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a un grupo control (n=12) y un grupo en lista de espera (n=14) que recibió la intervención 10 semanas después de la evaluación de la línea base. Se diseñó un programa de alimentación basado en TCBAP La intervención consistió en 8 sesiones de 2.5 horas. Los resultados muestran un incremento en la AP ( $p=.04$ ) en el grupo experimental, una disminución significativa en alimentación relacionada a la situaciones emocionales ( $p=.03$ ,  $d=.53$ ), disminución de problemas asociados a la imagen corporal ( $p\leq.01$   $d=.68$ ), menores niveles de pensamiento dicotómico ( $p=.03$ ,  $d=.82$ ) y ansia hacia la comida ( $p=.02$ ,  $d=.98$ ) comparados con el grupo control.

Katterman et al., (2014) realizaron una revisión sistemática acerca de las intervenciones basadas en AP en el trastorno por atracón, alimentación emocional y pérdida de peso, en esta revisión se incluyeron 14 estudios que utilizaron la AP como principal estrategia de intervención. Se incluyeron REBAP, TCBAP y se

excluyeron la TDC y TAC, debido a que la AP no es la única estrategia de intervención empleada; también se excluyeron estudios con anorexia, bulimia y estudios de caso o muestras con menos de 5 participantes. De 10 estudios, 6 incluyeron algún manejo nutricional o de ejercicio y uno incluyó terapia de solución de problemas. Todos los estudios obtuvieron un  $d$  de Cohen=3.29 (con excepción de uno) y los efectos en la pérdida de peso fueron pequeños y no significativos (-0.17 a + 0.4). Los que obtuvieron efectos significativos fueron aquellos en los que la pérdida de peso era el objetivo principal. El tiempo de práctica de AP estuvo disponible en 6 estudios, el rango fue de 8 a 30 minutos por día y de 15 a 22 minutos por día. Así mismo las intervenciones basadas en AP, muestran reducciones significativas en el Trastorno por Atracón y alimentación emocional; sin embargo el programa de entrenamiento REBAP no produce cambios en el peso por sí solo. Por otro lado las intervenciones basadas en AP reducen significativamente del pre-post test los atracones con tamaños del efecto de medianos a grandes.

O'Reilly, Cook, Spruijt-Metz y Black (2014) realizaron una revisión sistemática con 21 estudios acerca de la eficacia de intervenciones basadas en alimentación con atención plena cuyas metas de tratamiento incluyeran atracones, alimentación emocional y a estímulos externos y prácticas de dieta. El 86% de los estudios reportaron mejorías en esas variables.

Por otra parte Hendrickson y Rasmussen (2017), evaluaron la eficacia de un entrenamiento breve en alimentación con atención plena en 172 adolescentes y 176 adultos los cuales fueron asignados al azar a la intervención. Los resultados mostraron que los participantes que los participantes del grupo experimental mostraron mayor autocontrol para la elección de comida que los del grupo control.

Warren, Smith y Ashwell (2017) realizaron una revisión sistemática con 68 estudios que presentaran a detalle intervenciones basadas en alimentación con atención plena y basadas alimentación intuitiva para la elección de alimentos, además de las herramientas para evaluar los efectos. Los estudios incluyeron intervenciones con participantes con normopeso, sobrepeso y obesidad. Los resultados mostraron que las intervenciones basadas en AP, fueron más efectivas para las variables de atracones, alimentación emocional y alimentación en respuesta a estímulos externos. Se destaca en este estudio la falta de evidencia en la variable de manejo del peso corporal. Se sugiere la AP y la alimentación con AP tienen un potencial de eficacia para el manejo de conductas problemáticas asociadas a la ingesta de alimentos.

### **Autocompasión o compasión hacia uno mismo (Self compassion)**

Como anteriormente se ha mencionado, la práctica de la AP además de desarrollar la atención consciente, busca el desarrollo de la compasión hacia uno mismo y hacia todos los seres. Los modelos de intervención basados en AP



incluyen además de la compasión, la práctica de la bondad amorosa “*Metta*”, ambos componentes también provienen de la psicología budista.

El término en Pali “*Karuna*” en la psicología budista equivale a la compasión y se refiere al deseo de prevenir daño y sufrimiento de uno mismo o de los demás, un término en pali que también se relaciona con la compasión es “*Metta*”, el cual puede traducirse como “bondad amorosa”; este término proviene de la tradición Theravada (Bien, 2008; Nhat Hanh, 1998; Tirsch, 2010). Existe otro término de Budismo Tibetano: “*Loyong*”, el cual tiene el significado de adiestrar la mente y la práctica utiliza una aproximación cognoscitiva y reflexiva, cuya meta es la de desarrollar emociones y conductas altruistas hacia los demás, (Gyatso; 2001).

Algunos autores contemporáneos han comenzado a incursionar en el análisis teórico y científico de estos términos. Para Germer (2009, p. 82) la bondad amorosa implica desear felicidad hacia otra persona y la compasión desear que esa persona esté libre de sufrimiento. La compasión es un subconjunto de la bondad amorosa y ocurre cuando alguien se estremece en respuesta al sufrimiento de otro y surge el deseo de aliviar ese sufrimiento. Cuando se está sufriendo y surge la urgencia de ayudarse a sí mismo se está experimentando autocompasión.

Feldman y Kuyken (2011) definen la compasión como la capacidad de encarar el dolor con amabilidad, empatía y paciencia; cuando ésta se cultiva, se da lugar a un proceso que permite la resiliencia.

De acuerdo con Gilbert (2007) la compasión puede entenderse como un proceso multifacético que engloba el desarrollar una mentalidad de autocuidado tanto hacia uno mismo como hacia los demás, con tolerancia, empatía y ausencia de juicio creando al mismo tiempo oportunidades para el crecimiento personal.

Birnie, Speca y Carlson (2010) proponen que el prerrequisito para desarrollar la compasión hacia uno mismo radica en reconocer la condición universal de sufrimiento en el ser humano con una actitud de aceptación. La AP en sí misma es una práctica que se aplica al desarrollo de la consciencia de cualquier experiencia incluido el sufrimiento. La autocompasión además incluye el autocuidado y la consideración propia.

Gilbert (2005; 2009) plantea un modelo de la compasión en el cual intervienen distintas aspectos incluyendo la motivación, el deseo de cuidado y el reconocimiento del sufrimiento. Un aspecto importante en este modelo es que la calidez, tolerancia y paciencia desarrollan una habilidad para resistir las emociones dolorosas en lugar de evitarlas o controlarlas; además se desarrollan habilidades cognitivas para entender las causas de ese sufrimiento y el reconocimiento de las conductas necesarias para aliviarlo a partir de la ausencia de juicio. La autocompasión comienza con el uso de esas habilidades enfocadas a uno mismo, a través de la preocupación genuina por el bienestar propio.

En la actualidad la psicoterapia emplea la AP y el entrenamiento en una mente compasiva para promover una experiencia más funcional y adaptativa momento a

momento. Gilbert (2007); Gilbert y Procter (2006) han desarrollado un entrenamiento de doce sesiones (Entrenamiento en una Mente Compasiva) basado en estos principios para personas con altos grados de autocrítica y han evaluado sus efectos encontrando diferencias estadísticamente significativas en las variables de ansiedad y depresión ( $p=0.03$ ), autocrítica, autocompasión ( $p=0.03$ ), vergüenza, comparación social ( $p=0.03$ ) y conducta sumisa ( $p=0.05$ ) en pacientes psiquiátricos de entre 39 y 51 años ( $M=45.2$ ,  $DE= 5.54$ ).

Rockliff et al., (2008) estudiaron el efecto de la imaginación guiada enfocada en la compasión en el ritmo cardiaco y los niveles de cortisol, autocrítica, estilo de apego y psicopatología en un total de 184 estudiantes de la Universidad de Derby, los cuales tenían entre 18 y 35 años; existieron tres condiciones (condición de relajación, compasión y control). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el ritmo cardiaco y en niveles de cortisol en el grupo de imaginación guiada, en la condición control y en la condición de imaginación guiada en compasión ( $t=2.50$ ,  $p=.022$ ). Sin embargo en los participantes más críticos con un estilo de apego inseguro, no se encontraron efectos.

Neff (2003) propone un modelo de la compasión hacia uno mismo basado en la perspectiva budista. Describe la compasión hacia uno mismo como la posibilidad de ser abierto y receptivo hacia el propio sufrimiento, entendiéndolo como un aspecto inherente a la condición humana sin la necesidad de evitarlo; a su vez implica el deseo de aliviarlo mediante la amabilidad. Implica también el entendimiento sin juicio de las fallas, errores o defectos propios.

Estos aspectos pueden conducir a comparar la compasión con sentir lástima y una conducta pasiva hacia la adversidad, ya que en Occidente la compasión se encuentra asociada con el sentir lástima hacia la presencia del sufrimiento propio o ajeno. Sin embargo Neff (2003) propone una diferenciación entre estos aspectos y la autocompasión ya que menciona que cuando la compasión es genuina las fallas y errores no se juzgan, se observan, reconocen y aceptan y conjuntamente se promueve una acción adecuada óptima, funcional y adaptativa a través de la paciencia y amabilidad

Esta misma autora diferencia la compasión hacia uno mismo de la lástima, ya que esta última implica la separación hacia el sufrimiento ajeno; en el caso de la compasión la persona se siente conectada con el otro ya que se encuentra implícita la consciencia del sufrimiento como parte de la condición humana. El sentir lástima por uno mismo pone énfasis en sentimientos egocéntricos de separación, a veces exagerando el sufrimiento personal y produce una sobreidentificación hacia las reacciones emocionales olvidando otros aspectos que también forman parte de la persona.

Neff (2003) propone tres facetas de la compasión hacia uno mismo al hacer frente a las fallas personales y las dificultades: autoamabilidad (amabilidad y entendimiento en lugar de juzgar o criticarse): humanidad común (ver la experiencia propia como parte de la experiencia humana en lugar de algo separado o aislado) y atención plena (observar conscientemente las emociones y pensamientos del propio sufrimiento sin identificarse con ellos).

Por otra parte Neff (2011) propone una diferenciación con otros aspectos como la autoestima, esta última se refiere al propio sentido de autovalor, el cual representa las diferencias y cualidades que diferencian a las personas; en contraste con la autoestima, la compasión hacia uno mismo no se basa en autoevaluaciones se basa en la noción de que todos los seres humanos merecen compasión y entendimiento independientemente de sus cualidades o defectos; permite observar con claridad los propios defectos, sentimientos de ineficacia y la imperfección con amabilidad, sin la necesidad de esconderlos, ya que no depende de la aprobación y está disponible en todo momento.

Neff y Vonk (2009) en un estudio encontraron que a pesar de que la autoestima y la autocompasión se relacionan negativamente con disfunción psicológica; la autocompasión muestra puntuaciones más altas que la autoestima en las correlaciones: inestabilidad ( $r=-.32$  vs  $r=-.23$ ,  $p\leq.001$ ); autovalor/aprobación social ( $r=-.55$  vs  $r=-.49$ ,  $p\leq.001$ ), autovalor/apariencia ( $r=-.36$  vs  $r=-.25$ ,  $p\leq.001$ ) comparación social ( $r=-.35$ , vs  $r=-.28$   $p\leq.001$ ), autorumiación ( $r=-.52$  vs  $r=-.40$ ,  $p\leq.001$ ) y enojo ( $r=-.31$ , vs  $r=-.18$ ;  $p\leq.001$ ); y la autocompasión muestra una relación más débil con el narcisismo que la autoestima ( $r=.23$  vs  $r=.39$ ;  $p\leq.001$ ) Estos hallazgos se observaron al estudiar una muestra de 2187 participantes de entre 18 y 33 años ( $M=38.6$ ; 74% mujeres).

En un segundo estudio realizado por estos mismos autores a 165 estudiantes ( $M=19.95$ ,  $DE= 1.58$ ; 109 mujeres) se encontró que la autoestima y la autocompasión están correlacionados positivamente ( $r=.62$ ,  $p\leq.001$ );

adicionalmente se realizó un análisis de regresión jerárquica, indicando que la autocompasión predice significativamente una varianza adicional en felicidad optimismo y afecto positivo que la autoestima y los análisis de correlaciones parciales revelaron que la autoestima no tiene una asociación fuerte y significativa con estas últimas variables ( $p \geq .05$ ) (Neff & Vonk, 2009).

Bluth y Blanton (2014) exploraron la relación entre AP, compasión hacia uno mismo y aspectos de bienestar emocional en 67 adolescentes de una escuela urbana de entre 14 y 18 años de edad. Los resultados mostraron que la compasión hacia uno mismo y la AP funciona como mediadores en el bienestar psicológico, ambos constructos promueven el bienestar psicológico; cuando la autocompasión se investigó como mediador, explicó la relación entre AP, afecto negativo y estrés percibido; el ser más atento, consciente y aceptar lo que viene a cada momento, permite a los adolescentes ser menos críticos consigo mismos; cuando se vuelven más conscientes de sus pensamientos pueden reconocer si son críticos o duros y tomar acción en ser más amables con ellos mismos.

Van Dam, Sheppard, Forsyth y Earleywine (2010) evaluaron la compasión hacia uno mismo y la AP como predictores de ansiedad, depresión, preocupación y calidad de vida en 504 participantes canadienses, aunque la muestra incluía paquistaníes, sudafricanos, griegos y eslovenos. Tenían un rango de edad de 18 a los 73 años ( $M=38.2$ ;  $DE= 11.1$ ) y la mayoría eran mujeres (78.6%). Los resultados mostraron que la AP y la compasión hacia uno mismo fue un predictor estadísticamente significativo de síntomas de ansiedad ( $R=.404$ ,  $F(2,503)= 48.9$

$p \leq .001$ ), preocupación ( $R = .664$ ,  $F(2, 503) = 197.6$ ,  $p \leq .001$ ) y calidad de vida ( $R = .521$ ,  $F(2, 503) = 93.1$ ,  $p \leq .001$ ). Los predictores explicaron el 16.3% de la varianza en preocupación, 44% en depresión, 36.6% en preocupación y 27.1% en calidad de vida. Los resultados también sugieren que la compasión hacia uno mismo es el predictor más robusto de la sintomatología ansiosa y depresiva y la calidad de vida, más que la disposición a la AP evaluada a través de la escala MASS.

Neff Kirkpatrick y Rude (2007) realizaron un estudio en 91 estudiantes universitarios ( $M = 20.9$ ,  $DE = 1.5$  años). Los resultados mostraron que la autocompasión estaba asociada con menor ansiedad ( $r = -.23$ ,  $p \leq .05$ ) y las correlaciones entre autocompasión y ansiedad fueron más fuertes que las correlaciones entre autoestima y ansiedad ( $t(88) = 1.44$ ,  $p = .08$ ; la auto compasión estuvo negativa y significativamente relacionada a la ansiedad cuando se controlaba el efecto de la autoestima ( $r = -.21$ ,  $p \leq .05$ ). Otro hallazgo que arrojó este estudio fue que al escribir sobre la debilidad más grande de uno mismo, la autocompasión estaba correlacionada negativamente con el uso del pronombre “yo” ( $r = -.21$ ,  $p \leq .05$ ) y estaba correlacionada positivamente con el uso del pronombre “nosotros” (amigos, familia y otros) ( $r = .23$ ,  $p \leq .05$ ).

En otro estudio realizado por estos mismos autores, se diseñó una intervención para ayudar a los participantes (40 estudiantes con una media de edad de 21.05,  $DE = 1.05$  años) a desafiar sus creencias desadaptativas y autocríticas, permitiéndose ser más empáticos con ellos mismos, a través de una adaptación

de la técnica de la “silla vacía”. Los resultados mostraron que aquellos participantes que experimentaron incrementos en los niveles de autocompasión, también experimentaron incrementos en conexión social ( $r=.35$ ,  $p\leq.05$ ), disminución en la autocrítica ( $r=-.61$ ,  $p\leq.01$ ), depresión ( $r=-.31$ ,  $p\leq.05$ ), rumiación ( $r=-.40$ ,  $p\leq.01$ ), supresión del pensamiento ( $r=-.55$ ,  $p\leq.01$ ) y ansiedad ( $r=-.61$ ,  $p\leq.01$ ).

Yarnell y Neff (2013) estudiaron una muestra de 560 estudiantes (17-21 años,  $M=20.79$  y  $DE=1.24$ ) y encontraron que la autocompasión estuvo significativamente asociada con menor confusión emocional en diferentes contextos de relación interpersonal ( $r=-.32$  con madres,  $r=-.35$  con padres,  $r=-.35$  con los mejores amigos ( $r=-.28$ ) y con compañeros románticos, todas con  $p\leq.05$ ); la autocompasión estuvo relacionada con mayor bienestar en las relaciones ( $r=.23$  con madres,  $r=.29$  con padres,  $r=-.29$  con los mejores amigos y  $r=-.22$  con compañeros románticos, todas con  $p\leq.05$ ).

Por otro lado, se han propuesto intervenciones basadas en autocompasión en las cuales a su vez se combina la práctica de la AP y la práctica de *Metta*.

Germer y Neff (2013) desarrollaron un programa estructurado de ocho sesiones de entrenamiento en AP y compasión hacia uno mismo (Mindful-Selfcompassion, MSC), el cual contiene tres de los componentes de autocompasión antes mencionados, uso de frases compasivas en momentos de estrés y dificultad, práctica de AP a través de la respiración, práctica de la meditación de la bondad



amorosa (*Metta Meditation*) y una sesión de retiro silencioso. El programa tiene una duración de 2.5 horas por sesión.

Germer y Neff (2013) evaluaron el efecto del programa Mindful Self Compassion (MSC) mediante un estudio piloto de ocho sesiones encontrando resultados favorables y significativos en las variables de autocompasión, satisfacción con la vida, felicidad, ansiedad y estrés. Posteriormente realizaron un estudio controlado y aleatorizado para evaluar la efectividad de este mismo programa encontrando diferencias significativas después de la intervención entre los dos grupos de comparación en esas mismas variables con tamaños del efecto grandes.

Birnie Speca y Carlson (2010) aplicaron un programa de REBAP en el que se introdujo la práctica de la bondad amorosa (*Metta Meditation*) en las dos semanas restantes del programa. Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas y tamaños del efecto grandes y medianos ( $d$  de Cohen) en las variables de síntomas de estrés ( $t=9.41$ ,  $p\leq 0.01$ ,  $d=1.23$ ), trastornos del humor ( $t=4.80$ ,  $p\leq 0.01$ ,  $d=.84$ ), AP ( $t=-8.06$ ,  $p\leq 0.01$ ,  $d=1.06$ ), espiritualidad ( $t=-4.49$ ,  $p\leq 0.01$ ,  $d=.40$ ) y compasión hacia uno mismo ( $t=-5.32$ ,  $p\leq 0.01$ ,  $d=0.65$ ) y un tamaño del efecto pequeño en empatía (.40). Así mismo, los puntajes pre-test revelaron correlaciones positivas de la autocompasión con espiritualidad ( $r=0.555$ ,  $p\leq 0.01$ ) y correlaciones negativas de autocompasión y trastornos del humor ( $r=-0.315$ ,  $p\leq 0.01$ ) y los puntajes posteriores al entrenamiento correlaciones positivas con espiritualidad ( $r=0.587$ ,  $p\leq 0.01$ ), atención plena ( $r=0.627$ ,  $p\leq 0.01$ ) y

negativamente correlacionados con síntomas de estrés ( $r=-0.370$  ,  $p\leq 0.05$ ) y trastornos del humor ( $r=-0.587$  , ,  $p\leq 0.01$ ).

Smeets, Neff, Alberts y Peters (2014) investigaron la efectividad de un grupo de intervención basado en la autocompasión de tres semanas para mejorar la resiliencia y el bienestar de mujeres estudiantes adolescentes, Después de la intervención se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de compasión hacia uno mismo ( $p\leq.001$ ,  $d=1.19$ ), aceptación sin juicio ( $p\leq.05$ ,  $d=.70$ ), no reactividad a la experiencia interna ( $p\leq.001$ ,  $d=1.20$ ) y optimismo ( $p\leq.05$ ,  $d=.66$ ). A través de un modelo de regresión múltiple se determinó que un incremento significativo en la autocompasión predice cambios en la atención plena (aceptación sin juicio y no reactividad en la experiencia interna), satisfacción con la vida, conexión, autoeficacia, rumiación, pero no predijo cambios en afecto positivo y negativo.

Otro estudio en el que se incluyeron 90 participantes de entre 17 y 37 años, que completaron la tarea de responder de forma amable a una experiencia vergonzosa tres veces a la semana, reportaron menores estados de vergüenza y afecto negativo a dos meses de seguimiento y redujeron su propensión a la vergüenza ( $p=.001$ ;  $d=.53$ ) y síntomas depresivos ( $d=.49$ ) (Johnson & O'Brien, 2013).

No sólo se han estudiado los efectos de la compasión y la bondad amorosa en variables psicológicas mostrando incrementos en el afecto positivo y disminución

del afecto negativo, a su vez se han realizado estudios que evalúan los efectos de estos dos constructos en variables fisiológicas como la respuesta inmune y la función cerebral, también mostrándose efectos prometedores y efectos en áreas cerebrales asociadas a la empatía (Hoffman, Grossman & Hinton, 2011).

### **Autocompasión, conducta alimentaria e imagen corporal**

Se ha investigado el papel de la compasión en la conducta alimentaria problemática: Adams y Leary (2007) probaron los efectos de la compasión hacia uno mismo en una muestra de 84 estudiantes, las cuales tenía un IMC promedio de 23.1 (DE=3.84). El 31% se encontraban siguiendo una dieta para perder peso. La muestra se dividió en tres grupos con distintos tratamiento en uno de los cuales se trabajaron los tres componentes de la autocompasión: autoamabilidad, atención plena y humanidad común (Neff, 2003). Los resultados mostraron que la autocompasión reduce el estrés entre las comedoras restrictivas, así mismo disminuye la tendencia a la sobrealimentación, esto puede atribuirse a que la autocompasión reduce el afecto negativo y la autocrítica (Adams & Leary, 2007).

En otro estudio Wasykiw, MacKinnon y MacLellan (2012) examinaron la relación entre la compasión hacia uno mismo y la imagen corporal en 140 universitarias (Rango = 17-22 años, M=19 años, DE=1.13). Los resultados mostraron que los niveles altos de autocompasión predicen menores preocupaciones hacia el cuerpo, independientemente del nivel de autoestima. Cuando la autocompasión y la autoestima se incluyeron como predictores, la autocompasión se observó como

varianza única en la preocupación por el cuerpo y el peso, a diferencia de la autoestima. En este mismo estudio, se llevó a cabo otra medición, en la cual participaron 187 mujeres de 17-24 años ( $M=18.41$ ,  $DE= 1.04$ ) se encontró que altos niveles de autocompasión también predicen menores niveles de culpa por la comida, independientemente de la autoestima, adicionalmente, la autocompasión mostró que media parcialmente la relación entre preocupación corporal y síntomas depresivos.

Kelly et al., (2013) probaron un modelo en el que incluyeron las variables de compasión hacia uno mismo, miedo a ser compasivo con uno mismo, vergüenza y síntomas de TA en 74 pacientes diagnosticadas con TCA (97% mujeres con un rango de edad de 18-55 y una media de 27.5), estas pacientes se encontraban en un tratamiento interdisciplinario que incluía Terapia Cognitivo-Conductual. Se encontró que niveles altos de autocompasión estaban asociados con menor vergüenza y psicopatología alimentaria menos severa, así mismo los altos niveles de miedo a ser compasivo con uno mismo se asociaron con mayores niveles de vergüenza y psicopatología alimentaria más severa. También se encontró que las pacientes que presentaban una combinación de baja compasión hacia ellas mismas y altos niveles de miedo a ser compasivas en la línea base, presentaban respuestas al tratamiento más pobre, sin cambios significativos en vergüenza o sintomatología alimentaria después de 12 semanas de tratamiento.

Webb y Forman (2013) evaluaron el efecto de la compasión hacia uno mismo en la severidad de atracones en 215 estudiantes (rango=18-28 años,  $M=19.81$ ,

DE=1.48). Los resultados mostraron que los altos niveles de autocompasión están relacionados con altos niveles de autoaceptación incondicional (.49,  $p \leq .001$ ). Los puntajes altos en compasión hacia uno mismo estuvieron asociados negativamente con la severidad de atracones (-.20,  $p \leq .01$ ) e intolerancia emocional (-.24,  $p \leq .001$ ), además se encontró una relación significativa entre la autocompasión y el IMC ( $r = -.12$ ,  $p = .008$ ). Un análisis mediador múltiple confirmó la presencia de un efecto significativo y directo de la compasión en la severidad de atracones ( $\beta = .15$ ,  $p \leq .001$ ).

Stapleton y Nikalje (2013) examinaron la relación entre autoestima, autocompasión y la alimentación intuitiva (entendida como el acto de comer debido al hambre fisiológica en lugar de causas emocionales o situacionales) el estudio se realizó en una muestra de 216 participantes, de las cuales 149 eran mujeres ( $M = 21.06$ ,  $DE = 3.60$ ) y 67 hombres ( $M = 21.97$ ,  $DE = 3.03$ ). Se encontró una relación significativa entre alimentación intuitiva, autocompasión (.30,  $p \leq .001$ ) y autoestima (.29  $p \leq .001$ ); también ambos constructos se relacionaron negativamente con una imagen corporal negativa (-.35 y -.35,  $p \leq .001$  respectivamente).

Schoenefeld y Webb (2013) evaluaron la relación entre compasión hacia uno mismo y la alimentación intuitiva (cuyas dimensiones comprenden: darse permiso para comer cuando se tenga hambre o antojo de algún alimento; alimentarse por motivos fisiológicos en vez de emocionales y dependencia a señales internas de hambre y saciedad que determinan la cantidad de alimento que se consume). Este

estudio se llevó a cabo en una muestra de 322 mujeres universitarias de entre 18 y 24 años ( $M=19.48$  y  $DE=1.46$ ) y un IMC promedio de 23.55 ( $DE=5.11$ ). Se encontró que las mujeres que tenían niveles altos de compasión hacia uno mismo también reportaron altos niveles de alimentación intuitiva (.39,  $p\leq.01$ ), tolerancia al estrés (.53,  $p\leq.01$ ) y flexibilidad en la imagen corporal y las que reportaron mayores niveles de compromiso con la alimentación intuitiva adicionalmente tendían a reportar mayores niveles de aceptación con la imagen corporal (.49,  $p\leq.01$ ) y autoestima (.53  $p\leq.01$ ).

Kelly y Carter (2014) a través de un estudio piloto compararon el efecto de una intervención basada en la planeación de comida y la autocompasión comparándola con un grupo en lista en espera y un tratamiento alternativo (planeación de comidas y estrategias cognitivo conductuales), los tratamientos se llevaron a cabo por tres semanas. Los resultados mostraron que las dos intervenciones reducen la presencia de atracones, pero la autocompasión reduce además la patología alimentaria global, preocupación por la comida y el peso más que las otras condiciones; además, incrementa la autocompasión.

Liss y Erchull (2015) evaluaron 306 mujeres universitarias de entre 18 y 25 años ( $M=19.23$ ,  $DE=1.82$ ) encontrando que las participantes que reportaron mayores niveles de compasión hacia uno mismo ( $n=106$ ) presentaban menores niveles de vergüenza ( $F(1,201)=80.55$ ,  $p\leq.001$ ) y preocupación hacia la forma corporal ( $F(1,201)=36.38$ ,  $p\leq.001$ ), menos actitudes negativas hacia la comida ( $F(1,201)=40.31$ ,  $p\leq.001$ ) y menor depresión ( $F(1,201)=104.25$ ,  $p\leq.001$ ),

comparadas con las participantes con menor compasión hacia sí mismas (n=104). La compasión hacia uno mismo no tuvo efecto en el IMC ( $F(1,201)=183, p=.18$ ).

Esta investigación tuvo como objetivo probar empíricamente los constructos anteriormente revisados (mindfulness, mindful-eating y autocompasión) a través de la construcción y/ o validación de pruebas psicométricas adaptadas en población mexicana, además de evaluar la eficacia de los mismos en la reducción de factores de riesgo asociados con la imagen corporal y la conducta alimentaria, a través de un programa de intervención con duración de ocho semanas.

Taylor, Daiss y Krietsch (2015) evaluaron la relación entre autocompasión, alimentación con atención plena, sintomatología de trastorno de la alimentación y el IMC en una muestra de N=150 estudiantes universitarios, con una IMC promedio de 23 y una media de edad de 19 años. Los resultados mostraron que a mayor autocompasión se observó un menor IMC y menores niveles de sintomatología alimentaria. Además los niveles altos de autocompasión predijeron mayores niveles de alimentación con atención plena y explicaron una varianza de 11% en la variable de alimentación con atención plena.

## **PLAN DE INVESTIGACIÓN**

### **Justificación**

Los trastornos de la alimentación tales como la AN, BN, TA y Obesidad son patologías que generan un impacto considerable en diversas esferas del

funcionamiento individual, social y familiar. Particularmente el sobrepeso y la obesidad se consideran problemas de salud pública, los cuales generan altos costos para su atención. En México su prevalencia es alta, ya que la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) del 2012 reportó que el 69.4% de los hombres y 73% de las mujeres adultas presentaban sobrepeso u obesidad.

Se han identificado una serie de factores que aumentan la probabilidad de desarrollar estas patologías, entre ellos se encuentran: los factores asociados con la conducta alimentaria (dieta restringida, conducta alimentaria compulsiva, comer por compensación psicológica, ingesta asociada con el afecto negativo, entre otras); la imagen corporal (insatisfacción y alteración corporal, deseo de una figura ideal delgada).

Es por ello que resulta indispensable generar estrategias preventivas eficaces que puedan incidir en la disminución de la vulnerabilidad del riesgo y que adicionalmente promuevan fortalezas individuales que actúen como factores de protección.

Anteriormente se ha expuesto la evidencia empírica que señala el Modelo de Reducción de Estrés Basado en Atención Plena (REBAP), la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena (TCBAP) y la autocompasión como intervenciones eficaces en la reducción de síntomas en poblaciones clínicas y no clínicas que además promueven factores de protección como son el bienestar psicológico, la autoaceptación, el optimismo, el afecto positivo, etc. Por otra parte, los programas



de intervención para trastornos de la alimentación basados en esos mismos principios, anteriormente descritos han mostrado resultados promisorios; tal es el caso de las intervenciones basadas en *mindful eating* (alimentación con atención plena).

Algunas de las razones para su implementación en el tratamiento de estas patologías radica en que los pacientes con TCA y sintomatología asociada sufren una desconexión con su cuerpo, sus emociones asociadas a él y su apetito, en general sufren una desconexión con su experiencia interna (Boudette, 2006).

Además dichos pacientes también muestran pensamientos distorsionados acerca de la importancia de la delgadez, pensamientos desadaptativos acerca de la comida y los patrones alimentarios y esquemas negativos asociados con la imagen corporal, pensamientos automáticos y pensamientos obsesivos disfuncionales (Dalen, et al., 2010; Stewart, 2004).

De esta manera, la importancia de las cogniciones en la iniciación y mantenimiento de los trastornos de la alimentación conduce a la hipótesis de que las estrategias basadas en AP, pueden utilizarse en la reducción de los síntomas debido a que una de las metas de esos entrenamientos se enfocan en desarrollar la observación sin juicios y aceptar las sensaciones, pensamientos y emociones que surjan en la consciencia. La AP se basa en un proceso de introspección y conocimiento en diferentes áreas personales, incluyendo los procesos corporales como la respiración y la conducta alimentaria; asimismo la AP no es compatible

con la rumiación de pensamientos y conductas autodestructivas y puede proveer de estrategias más efectivas para enfrentar emociones negativas a través de su observación, aceptación y de la percepción de las mismas como eventos transitorios que no requieren una reacción específica. Además, la atención deliberada y sostenida a los diálogos internos y señales corporales puede facilitar el reconocimiento y modificación de conductas automáticas e incrementar la habilidad de responder a respuestas de saciedad (Baer, Fischer y Huss, 2006; Dalen, et. Al, 2010; Kristeller, 2003; Kristeller, Baer y Wolever, 2006; Stewart, 2004).

Por otro lado, a pesar de que la evidencia es escasa y se encuentra en sus inicios, la autocompasión y la práctica de la bondad amorosa, se han relacionado con el incremento de afecto positivo y la disminución del afecto negativo y la práctica de la compasión en estudios preliminares ha mostrado su efecto en la reducción de estrés y la respuesta inmune, así como en la activación de áreas corticales asociadas con la empatía. Una ventaja de estas prácticas es que sus efectos pueden observarse en un período de tiempo relativamente corto (Hofmann, Grossman & Hinton, 2011). También se han observado efectos favorables en la disminución de patología alimentaria, atracones, culpa por la comida y mayor aceptación con la imagen corporal, menor culpa y preocupación hacia la forma corporal y mayores niveles de alimentación intuitiva (Liss & Erchull, 2015; Kelly & Carter, 2014; Schoenefeld & Webb 2013; Stapleton & Nikalje, 2013; Wasylikiw, MacKinnon, & MacLellan, 2012). Asimismo se ha reportado que la atención plena

(las facetas y observación y consciencia) y la compasión hacia uno mismo (las facetas de amabilidad hacia uno mismo y humanidad común), son predictores significativos de la felicidad (Campos et al., 2015).

En México la investigación al respecto se encuentra en una etapa temprana, sólo existen algunos estudios controlados que muestran sus efectos positivos en población mexicana, específicamente en el bienestar psicológico y funciones ejecutivas (López-Maya, 2014). Además prácticamente no existen herramientas válidas y confiables para la evaluación de la atención plena, la compasión y la alimentación con atención plena en población mexicana. Al mismo tiempo la investigación en nuestro país sobre el efecto terapéutico y preventivo de estos principios en las conductas alimentarias disfuncionales y factores de riesgo asociados con la imagen corporal se encuentra apenas en sus inicios. Por otra parte Chozen-Bays (2009) desarrolló un modelo de alimentación con atención plena con una teoría y técnicas propias, cuyos principios no se han evaluado aún empíricamente. Por ende la presente investigación, buscó contribuir al avance de los modelos basados en atención plena, alimentación con atención plena y compasión, mediante la sustentación empírica, esto es a través de una intervención preventiva de carácter selectivo. Cabe señalar que esta intervención fue diseñada basada en los principios del programa de Reducción de Estrés Basado en Atención Plena (REBAP) de la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena (TCBAP), los principios del programa de Mindful Eating (Chozen-Bays, 2009), además de ejercicios para promover autocompasión propuestos por Neff

(2012). Este programa de intervención fue implementado muestra de estudiantes mexicanas. Previamente se llevó a cabo la construcción y validación de herramientas que permitieran evaluar dichos constructos.

### **Objetivo general:**

El presente estudio tuvo como finalidad diseñar y evaluar el efecto de un programa de prevención selectiva basado en atención plena, alimentación con atención plena y autocompasión en factores de riesgo asociados con conducta alimentaria (dieta restringida, conducta alimentaria compulsiva), imagen corporal (insatisfacción y figura ideal) buscando al mismo tiempo promover habilidades de atención plena, alimentación con atención plena y autocompasión, en estudiantes universitarias de la Ciudad de México.

### **Objetivos específicos:**

- Diseñar, validar y obtener la confiabilidad de una escala de alimentación con atención plena y una escala de actitudes compasivas hacia el fracaso y la adversidad Ad-Hoc para población mexicana (sector estudiantil universitario de ambos sexos)
- Adaptar, validar y obtener la confiabilidad en población mexicana (sector estudiantil universitario) de las escalas de Cinco Facetas de Atención Plena (Baer et al., 2006., Cebolla et al., 2012); la Escala de

Atención Plena de Philadelphia (Cardacciotto et al., 2006., Tejedor et al., 2014).

- Diseñar un programa de intervención basado en atención plena, alimentación con atención plena y autocompasión.
- Disminuir factores de riesgo asociados con conducta alimentaria e imagen corporal
- Promover actitudes positivas asociadas con el bienestar psicológico (amabilidad con uno mismo, aceptación, no juzgar).

### **Tipo de estudio**

El estudio propuesto es de carácter exploratorio, con grupos experimental y control (grupo en lista de espera) con mediciones pre-test/post-test/ seguimiento, con mediciones dependientes e independientes.

### **Fase 1**

#### **Objetivo general:**

Construir y determinar las propiedades psicométricas de instrumentos que midan y evalúen los resultados de la aplicación de los principales constructos de

investigación (alimentación con atención plena y actitudes compasivas hacia el fracaso y la adversidad), así como adaptar el instrumento de atención plena desarrollado en culturas ajenas a las necesidades de la muestra de población mexicana (sector estudiantil universitario de ambos sexos).

### **Objetivos específicos:**

- Obtener la confiabilidad y validez de constructo de la Escala de Alimentación con atención plena y la de Actitudes Compasivas hacia el fracaso y la adversidad
- Obtener la confiabilidad y validez de constructo de la escalas: Cinco Facetas de Atención Plena (Baer et al., 2006., Cebolla et al., 2012); la Escala de Atención Plena de Philadelphia (Cardaciotto et al., 2006; Tejedor et al., 2014).

### **Método**

#### **Participantes**

Se trabajó con una muestra comunitaria formada por estudiantes universitarios de ambos sexos de las carreras de ciencias biológicas y de la salud, con un rango de entre 18 y 30 años de edad.

### **Criterios de Exclusión:**

Se excluyó de la muestra a aquellos participantes que no se encontraban en el rango de edad establecido.

### **Instrumentos:**

- Cuestionario de Cinco Facetas de Atención Plena, (Baer et al., 2006; Cebolla et al., 2012).

Está compuesto por 39 reactivos y una escala tipo Likert de 5 puntos (1=Nunca o raramente cierto y 5= Muy a menudo o siempre cierto) y cinco subescalas. El alfa de cada subescala de la versión original es la siguiente: sin reactividad=.75, observar=.83, actuar con consciencia=.87, describir=.91, no juzgar=.87. Cebolla et al., (2012) validaron la escala en una muestra española, el alfa total de la escala fue de 0.88 y de cada una de las escalas fue la siguiente: subescala de observación fue de .81, la subescala de describir fue de .91, la subescala de actuar con consciencia de 0.89, la subescala de no juzgar 0.91 y la de no reaccionar 0.80.

- Escala Philadelphia de Atención Plena (Cardaciotto et al., 2006; Tejedor et al., 2014).

Es una escala bidimensional que evalúa los componentes clave de la AP: la consciencia del momento presente con un alfa de .85 y la aceptación con un alfa de .81, consta de 20 reactivos con una escala tipo Likert (0=nunca a 4= muy a menudo). Tejedor et al., (2014) validaron la escala en una muestra española, obteniendo un alfa total de .82 y de .81 para la escala de consciencia y .86 para la escala de aceptación. Para efectos de este estudio sólo se tomaron en cuenta 15 de los 20 reactivos de la escala debido a que los cinco reactivos restantes son redundantes con los de la Escala de Cinco Facetas de la Atención Plena.

Adicionalmente se emplearon las escalas diseñadas para el presente estudio.

### **Procedimiento**

1.-Se obtuvo un banco de reactivos a través de la revisión exhaustiva de la literatura de investigación para la construcción de la Escala de Alimentación con atención plena, se sometió a validación por jueces para posteriormente analizar los resultados con el índice de concordancia de Kendall.

2.-Se realizó el mismo procedimiento anteriormente señalado para la Escala de Actitudes Compasivas hacia el fracaso y la adversidad.

3.-Se empleó la técnica de laboratorios cognoscitivos para la adaptación del lenguaje de cada una de las escalas a muestras de estudiantes universitarios mexicanos.



4.- Se aplicaron las versiones finales del instrumento.

## **Análisis Estadísticos**

Se llevaron a cabo análisis estadísticos pertinentes para la obtención de las propiedades psicométricas: Alfa de Cronbach, Análisis Factorial Exploratorio de ejes principales con rotación ortogonal y Análisis Factorial Confirmatorio de segundo orden. Para el análisis factorial confirmatorio de máxima verosimilitud, se empleó el software *R* y el paquete Lavaan (Roseel, 2012).

## **Resultados**

### *Fase1*

#### *Obtención de las Propiedades Psicométricas de las Escalas*

##### *1.1 Laboratorios cognoscitivos*

Los reactivos de las escalas se sometieron a la técnica de laboratorios cognoscitivos (Zucker, Sassman & Case, 2004), en estudiantes con características similares a la población blanco (estudiantes universitarios), con el objetivo de que todos los reactivos tuvieran un lenguaje claro y entendible y de no ser así, realizar las adecuaciones pertinentes, sobre todo en aquellos que fueron extraídos de escalas validadas en población española.

Para las escalas de alimentación sin atención plena y atención plena participaron 35 estudiantes de las carreras de nutrición y enfermería de ambos sexos (con un rango de edad de entre 18 y 23 años) y para la escala de

Actitudes Compasivas hacia el Fracaso y la Dificultad, participaron 10 estudiantes de la carrera de enfermería de ambos sexos (con un rango de edad de 19 a 25 años), se modificó la redacción de los reactivos que no fueron lo suficientemente claros para la mayoría de los participantes (mínimo el 80% de los participantes debía entender con claridad cada reactivo para no ser modificado). En el cuestionario de alimentación se modificó la redacción de 12 reactivos, en el de atención plena, se modificó la redacción de 6 reactivos y en la escala de actitudes compasivas no se modificó la redacción de ningún reactivo.

### *1.2 Validación por jueces expertos*

Posteriormente, los reactivos de las escalas que fueron construidas (Escala de Alimentación sin Consciencia Plena y la de Actitudes Compasivas hacia el Fracaso y la Dificultad) se sometieron a una revisión mediante la opinión de jueces expertos en el tema, se analizaron los resultados mediante el Índice de Concordancia de Kendall.

Para la escala de Alimentación sin consciencia plena (*mindless eating*), los 44 reactivos diseñados fueron evaluados por nueve jueces (3 especialistas en el área de alimentación consciente, 2 budistas practicantes, 1 especialista en atención plena y 3 practicantes de atención plena con mínimo un año de

práctica constante). Los indicadores a evaluar fueron la claridad, coherencia y relevancia, con una calificación de 1(No cumple con criterio), 2 (Bajo nivel), 3 (Moderado nivel) a 4 (Alto nivel). La media de los puntajes de los tres criterios fue de 3.6. Los estadísticos arrojaron un Índice W de Kendall de .624, con una significancia de  $p = .000$ , indicando un acuerdo entre los jueces en la claridad, coherencia y relevancia de los reactivos de moderado a alto nivel.

Los reactivos de la escala de Actitudes Compasivas (N=33), fueron evaluados por tres jueces expertos en el tema bajo los mismos criterios y puntajes de la escala anterior. La media en las puntuaciones de los tres criterios fue de 2.8. Los estadísticos arrojaron un Índice W de Kendall de .624, con una significancia de  $p = .000$ , indicando un acuerdo entre los jueces en claridad, coherencia y relevancia de los reactivos de nivel bajo a moderado, se realizaron las adecuaciones a los reactivos de acuerdo con las sugerencias de los jueces.

### *1.3 Análisis Factorial Exploratorio y Análisis de Consistencia Interna*

Los cuestionarios de Alimentación sin atención plena (*mindless eating*) y el Cuestionario integrado por el de Cinco Facetas de Atención Plena y los reactivos de la Escala de Atención Plena de Philadelphia, fueron aplicados a una muestra de N=527 estudiantes de ambos sexos, pertenecientes a

universidades públicas y privadas y a distintas carreras. El rango de edad fue de 17 a 25 años, con una media de 20.80 y (D.E. de 1.99). En la tabla 1, se muestra distribución porcentual y características de la muestra que participó en el estudio.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de la muestra (N=527)

Variable	N	%
Sexo:		
Mujeres	405	77
Hombres	122	23
Tipo de escuela:		
Privada	315	60
Pública	212	40
Carrera:		
Psicología	168	32
Nutrición	143	27
Enfermería	128	24
Ciencias de la Tierra	46	9
Biología	35	7

Para la escala de Actitudes Compasivas, se invitó a participar a un total de N=302 estudiantes universitarios de distintas carreras de universitarias, pertenecientes a escuelas públicas y privadas, el rango de edad de los participantes fue de 17 a 30 años, con una media de 20.66 y una D.E.=1.99. En la tabla 2, se muestra distribución y características de la muestra que participó en el estudio.

Tabla 2.

Características sociodemográficas de la muestra (N=302)

Variable	N	%
Sexo:		
Mujeres	244	81
Hombres	58	19
Tipo de escuela:		
Pública	148	49
Privada	154	51
Carrera:		
Nutrición	154	61
Psicología	74	24
Enfermería	34	11
Biología	40	13

Se realizó un análisis de discriminación a los reactivos de las escalas (49 en la Escala de Alimentación, 54 en la escala de Atención Plena y 33 en la escala de Actitudes Compasivas); inicialmente efectuando un análisis de frecuencia de todos los reactivos de cada escala, con el fin de depurar la base y verificar la adecuada captura de los datos, se descartaron los reactivos sesgados (con puntajes menores a  $-0.5$  y  $0.5$ ).

Se creó una nueva variable con los cuartiles extremos (25 y 75) y se aplicó un análisis mediante la prueba t de student para grupos independientes con el objetivo de examinar la capacidad de discriminación de cada reactivo.

Mediante un análisis de tablas cruzadas, se examinó la direccionalidad de cada reactivo para saber si se encontraban en la dirección adecuada, es decir si la suma de las respuestas del grupo 1 era el más bajo (los que presentaban menos cantidad del atributo a medir) y si aumentaban su valor sucesivamente hacia la respuesta 5 (los que presentaban mayor cantidad del atributo a medir), se descartaron los reactivos cuyas respuestas no correspondieron a este patrón de direccionalidad.

Se realizó un análisis de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach y posteriormente un análisis factorial de ejes principales con rotación ortogonal con los reactivos restantes, permanecieron en la escala aquellos reactivos con cargas factoriales  $\geq .40$ .

Para el Cuestionario de Alimentación sin Consciencia Plena (*mindless eating*) se obtuvo una medida de adecuación de muestreo Kayser- Meyer-Olkin de .86 y una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativa ( $p=.000$ ), quedaron 9 reactivos distribuidos en dos factores que explican el 59.1% de la varianza total de la escala y se obtuvo un Alfa de Cronbach de .82.

Las tablas siguientes muestran la distribución de los reactivos y sus cargas factoriales, el alfa de Cronbach, estadísticos y definición de los factores:

Tabla 3.

Dimensiones que integran el cuestionario de alimentación sin atención plena

Reactivo	Factor 1	Factor 2
Cuando como alimentos con mucha grasa o azúcar pienso que voy a engordar	.84	
Me critico cuando como de más	.85	
Me arrepiento después de comer ciertos alimentos, por ejemplo: comida chatarra, grasas, pan, golosinas u otros	.82	
Pienso que debería comer menos	.74	
Cuando estoy comiendo, me detengo por miedo a engordar	.68	
Cuando estoy comiendo me es difícil dejar de preocuparme por mi peso	.49	
Cuando me siento contento (a), como aunque NO tenga hambre	.77	.77
Cuando me siento aburrido (a) como para distraerme		.78
Cuando siento emociones como tristeza o enojo, como para sentirme mejor		.77

Tabla 4.

Alfa de Cronbach, definición y estadísticos descriptivos de cada factor

Factor	Definición	$\alpha$	% de varianza	M (DE)
Alimentación sin consciencia	Tendencia a enfocar la atención en juicios y emociones negativas que aparecen al momento de comer, restándole importancia a la observación consciente de la experiencia	.84	43.1%	2.59 (1.10)
Alimentación emocional	Tendencia a reaccionar comiendo ante la presencia de emociones, sin que exista una necesidad fisiológica	.68	16.0%	1.01 (.422)

Para la escala formada por reactivos del Cuestionario de Cinco Facetas de Atención Plena (Baer et al., 2008; Cebolla et al., 2012) y la Escala de Atención Plena de Philadelphia (Cardacciotto et al., 2006; Tejedor et al., 2014), se obtuvo una medida de adecuación de muestreo Kayser- Meyer-Olkin de .85 y una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativa ( $p=.000$ ). Se obtuvieron cuatro factores y un indicador, formado únicamente por dos reactivos, el cual fue eliminado. Los cuatro factores explicaron el 51.09 % de la varianza total. El total de reactivos fue de 17, obteniéndose un



alfa de Cronbach de .90. En las tablas siguientes se muestran las cargas factoriales y la distribución de los reactivos.

Cabe señalar que los reactivos se agruparon de forma diferente a la versión original del Cuestionario de Cinco Facetas de Atención Plena (Baer, et al., 2008) y se crearon dos dimensiones diferentes: consciencia en el presente y consciencia de las emociones, en lugar de observar y actuar con consciencia.

Tabla 5

Factores que integran el Cuestionario de Facetas de Atención Plena

Reactivo	Factores				
	1	2	3	4	5
Me es fácil expresar en palabras mis creencias, opiniones y expectativas	.75				
Me es fácil describir mis sentimientos	.68				
Tiendo a expresar con palabras mis experiencias	.67				
Me es fácil describir con detalla cómo me siento en un momento determinado	.64				
Cuando me siento muy alterado(a), me es fácil expresarlo en palabras	.62				
Me doy cuenta cuando tengo pensamientos que me alteran, sin dejarme llevar por ellos		.73			
Me doy cuenta de los sentimientos que tengo, sin dejarme llevar por ellos		.67			
Cuando tengo pensamientos que me estresan, recobro la calma poco después		.62			

En situaciones difíciles, soy capaz de mantener la calma SIN tener que reaccionar inmediatamente	.61	
Cuando tengo pensamientos que me afligen, los reconozco y los dejo ir	.60	
Pongo atención a los sonidos que hay a mi alrededor como el cantar de los pájaros o el ruido de los coches	.78	
Me doy cuenta de los colores, los tonos de luz, las formas, las texturas de la naturaleza o el arte	.77	
Percibo los olores y aromas de las cosas	.71	
Cuando camino, pongo atención a las sensaciones de mi cuerpo en movimiento	.61	
Noto mis pensamientos cuando mi estado de ánimo cambia*		.75
Me doy cuenta inmediatamente cuando mis emociones cambian*		.71
Pongo atención a como mis emociones afectan mis pensamientos y conducta		.70
Cuando tengo un mal recuerdo, intento distraerme para que se vaya*		.86
Si hay algo en lo que no quiero pensar, intento muchas cosas para quitármelo de la cabeza*		.86

---

\*Reactivos provenientes de la Escala de Atención Plena de Philadelphia (Cardaciotto et al., 2008).

Tabla 6

Alfa de Cronbach, definición y estadísticos descriptivos de cada factor

Factor	Definición	$\alpha$	% de varianza	M (DE)
Describir	Se refiere a la capacidad de reconocer y nombrar la experiencia interna (sentimientos, pensamientos, etc.), sin la necesidad de analizarla, evitarla o juzgarla	.82	26.4%	2.8 (.65)
Aceptar la experiencia interna (No reaccionar)	Se refiere a la capacidad de que ocurra la experiencia interna (pensamientos o emociones), tal como es, sin evaluarla o juzgarla.	.80	8.71%	2.7 (.53)
Consciencia en el presente	Se refiere a la capacidad de notar una variedad de estímulos internos y externos, que están ocurriendo en el momento presente	.80	8.52%	3.1 (.65)
Consciencia de las emociones	Se refiere a la capacidad de notar los procesos atencionales que se experimentan	.79	7.44	3.36 (.65)
No juzgar la experiencia interna*	Se refiere a la capacidad de observar cuidadosamente, y permitir que ocurran las experiencias desagradables	.55	5.47	2.98 (.65)

\*Indicador eliminado de la escala

Se obtuvo una medida de adecuación de muestreo Kayser- Meyer-Olkin de .85 y una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativa ( $p=.000$ ) para la Escala de Actitudes Compasivas hacia el Fracaso y la Dificultad. El análisis factorial arrojó dos factores que explican el 57.6% de la varianza total de la escala y un Alfa de Cronbach de .81. El total de la escala se constituyó de ocho reactivos. A continuación se muestran las cargas factoriales y la distribución de los reactivos.

Tabla 7.

Factores que integran el cuestionario de actitudes compasivas hacia el fracaso y la adversidad

Reactivo	Factor 1	Factor 2
Acepto mis limitaciones como parte de ser humano	.58	
Me perdono por los errores que cometo	.71	
Puedo aceptarme incondicionalmente, incluso cuando me equivoco	.85	
Soy capaz de ser paciente conmigo mismo (a) cuando algo se me dificulta	.97	
Cuando cometo errores soy capaz de aceptarme en lugar de criticarme	.72	
Cuando atravieso una situación complicada, recuerdo que las dificultades son parte de la vida		
Cuando me siento triste, recuerdo que la tristeza es experimentada por todos los seres humanos		.67
Cuando atravieso una situación difícil, recuerdo que		.75

hay personas en el mundo que atraviesan situaciones más difíciles que yo

.81

Tabla 8.

Alfa de Cronbach, definición y estadísticos descriptivos de cada factor

Factor	Definición	$\alpha$	% de varianza	M (DE)
Amabilidad hacia uno mismo	Es la capacidad de albergar sentimientos de paciencia, bondad y aceptación cuando se reconocen los errores y limitaciones en uno mismo	.79	43.1%	2.59 (1.10)
Aceptación	Es la capacidad de reconocer el sufrimiento y las dificultades como parte de la condición humana.	.68	16.0%	1.01 (.422)

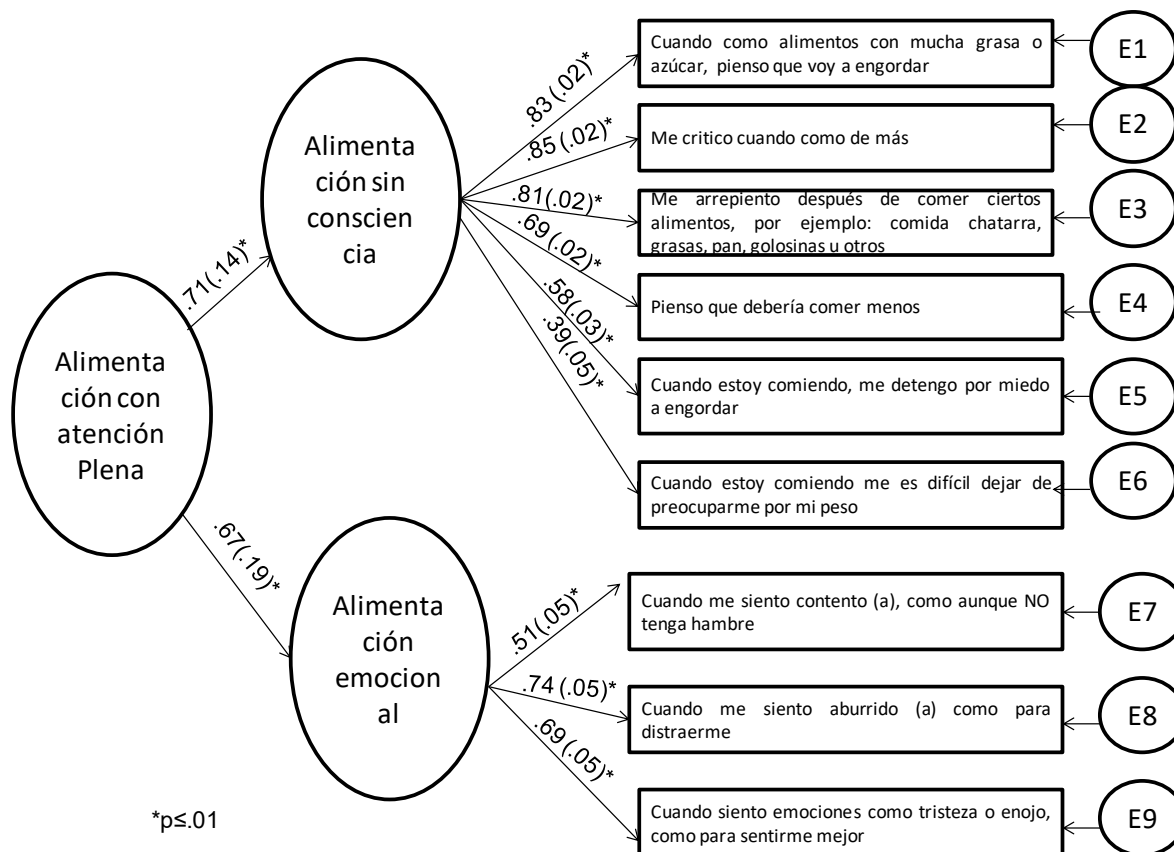
#### 1.4 Análisis Factorial Confirmatorio

- Escala de Alimentación sin Atención Plena

Se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio y se probó el modelo de dos dimensiones resultante del análisis factorial exploratorio. Para evaluar la bondad de ajuste de los modelos, se utilizaron los siguientes índices con valores aceptables de un buen ajuste: Chi cuadrada normada ( $X^2/GL$ ), para

indicar un buen ajuste ( $\chi^2/GL \leq 3$ ,  $p \geq .01$ ), El índice de Tucker-Lewis (TLI), el índice comparativo de Bentler ( $CFI \leq .95$ ), la raíz cuadrada media del error de aproximación ( $RMSEA \leq .08$ ) y SMR ( $p \leq .05$ ).

En la figura 2, se muestran las cargas factoriales estandarizadas de la escala que resultan significativas, positivas y adecuadas para la solución ajustada del modelo bidimensional. La tabla 9, incluye los índices del modelo, puede observarse que mostró un ajuste adecuado.



## Figura 2. Análisis Factorial Confirmatorio

Tabla 9. Índices de ajuste para el análisis factorial confirmatorio del modelo

Modelo	$\chi^2$	P	$\chi^2/gf$	CFI	TLI	RM SE A	IC 90%	SR MR
Bidimensi onal	$\chi^2_{(25)}=$ 34.68	$p \geq .$ 01	1.42	.99	.98	.03	.02, .04	.03

- Escala de Alimentación sin Atención Plena

Se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio y se probaron dos modelos comparativos, uno con una dimensión y otro con dos dimensiones. Para evaluar la bondad de ajuste de los modelos, se utilizaron los índices anteriormente mencionados.

En la figura 3, se muestran las cargas factoriales estandarizadas de la escala que resultan significativas, positivas y adecuadas para la solución de un buen ajuste del modelo bidimensional. La tabla 10, incluye los índices de los dos modelos, puede observarse que el modelo que mostró un mejor ajuste fue el de dos dimensiones.

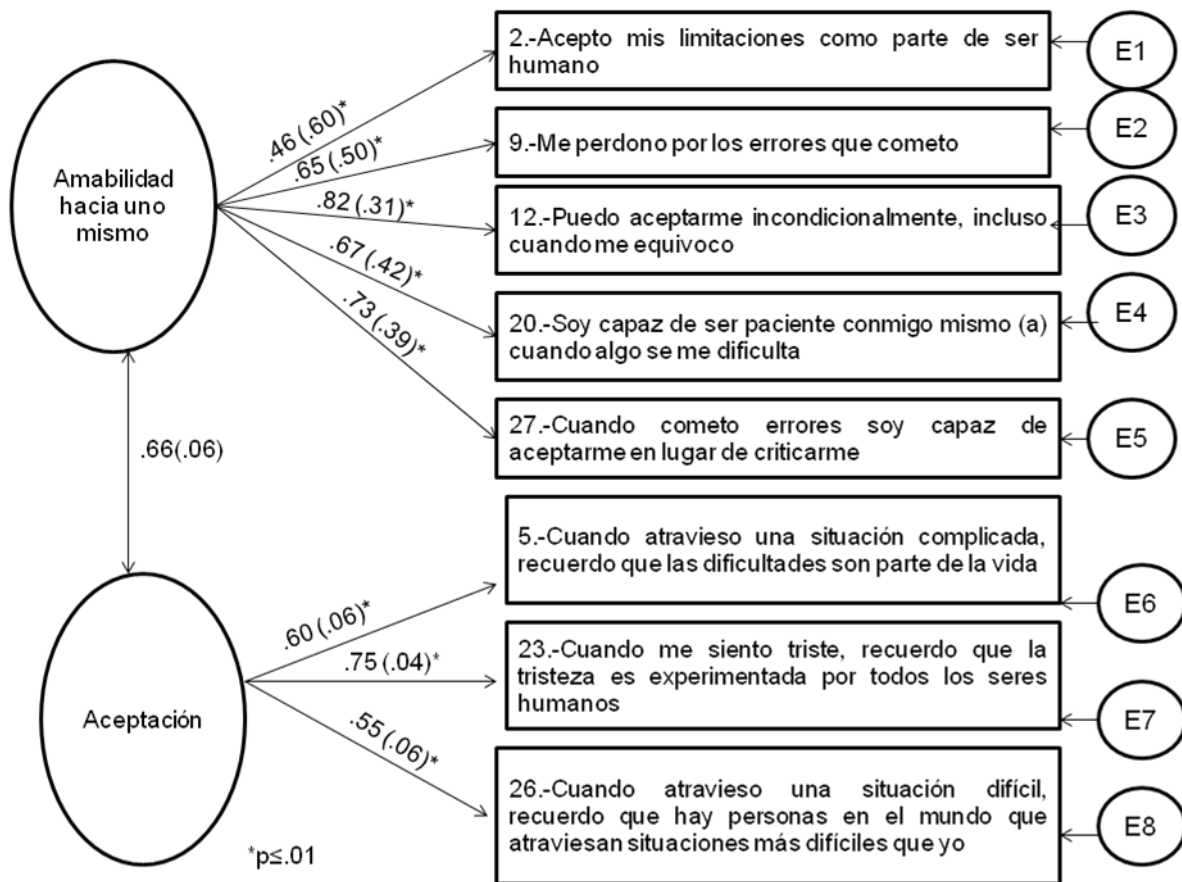


Figura 3. Análisis Factorial Confirmatorio

Tabla 10.

Índices de ajuste para el análisis factorial confirmatorio de los modelos

Modelo	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup> /gl	CFI	TLI	RM SE A	IC 90%	SR MR
Bidimensional	X <sup>2</sup> <sub>(19)</sub> = 19.76	p ≥ . 01	1.04	.99	.99	.01	.00, .05	.03
Unidimensional	X <sup>2</sup> <sub>(20)</sub> = 66.40	p ≤ . 01	3.3	.91	.88	.08	.07, .01	.05



- Cuestionario Facetas de Atención Plena (mindfulness)

Se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio y se probó el modelo de cuatro dimensiones resultante del análisis factorial exploratorio. Para evaluar la bondad de ajuste de los modelos, se utilizaron los siguientes índices anteriormente mencionados. La tabla 11 muestra los índices de ajuste obtenidos.

Tabla 11.

Índices de ajuste para el análisis factorial confirmatorio del modelo

Modelo	$\chi^2$	P	$\chi^2/gl$	CFI	TLI	RM SE A	IC 90%	SR MR
Cuatro Dimensio nes	$\chi^2_{(87)}=$ 110.7	$p \geq$ 0.5	1.27	.95	.97	.02	.02, .03	.03

## **Fase 2**

### **Objetivo general:**

Diseñar, pilotear y evaluar la eficacia de un programa de intervención basado en Atención Plena, Alimentación Consciente y Autocompasión adecuado y aplicable a una muestra de población mexicana (mujeres universitarias); que tuvo como

propósito disminuir o eliminar factores de riesgo en conductas alimentarias e imagen corporal.

**Objetivos específicos:**

- Realizar un primer estudio piloto con el fin de evaluar la claridad y el grado de comprensión de los contenidos del programa en participantes con las características similares a la muestra de la investigación propiamente dicha.
- Realizar un segundo estudio piloto para evaluar la eficacia del programa en una sola muestra de participantes.
- Evaluar la eficacia del programa de intervención en un grupo experimental y un grupo control (lista en espera).
- Reducir conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados con la imagen corporal.
- Promover habilidades de atención plena, alimentación con atención plena y actitudes compasivas hacia el fracaso y la adversidad.

**Definición de Variables:**

*Variables Dependientes:*

**Conducta alimentaria compulsiva**

Definición Conceptual:

Alimentación que supera la ingesta de calorías adecuadas para una persona (Pineda, 2006).

Definición Operacional:

Operacionalmente se entiende como las puntuaciones obtenidas en el factor 1 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con TCA (EFRATA) (Gómez-Peresmitré, 1997).

### **Dieta restringida**

Definición Conceptual:

Seguimiento intencional de un régimen alimentario restringido con el fin de controlar el peso corporal (Gómez-Peresmitré 1997).

Definición Operacional:

Puntuaciones obtenidas en el factor 2 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con TCA (EFRATA) (Gómez-Peresmitré, 1997).

### **Preocupación por el peso y la comida**

Definición Conceptual:

Se refiere a los sentimientos de culpa derivados de la conducta alimentaria, los conflictos que surgen para abstenerse del alimento y las conductas que se

realizan para evitar la ganancia de peso (Gómez-Peresmitré, Pineda, Lésperance, Hernández & Platas, 2002).

Definición Operacional:

Puntuaciones obtenidas con el factor preocupación por el peso y la comida de Escala de Factores de Riesgo Asociados con TCA (EFRATA) (Gómez-Peresmitré, 1997).

### **Insatisfacción con la imagen corporal:**

Definición Conceptual:

Es el grado con el cual la percepción del tamaño y la forma corporal difiere de la forma y tamaño corporal ideal deseado por el individuo (Gómez-Peresmitré, 1997).

Definición Operacional:

Operacionalmente la insatisfacción con la imagen corporal es la diferencia positiva (porque se desea estar más delgada) o negativa (porque se desea tener mayor peso) entre la figura actual y la figura ideal (Gómez-Peresmitré, 1995).

## **Deseo de una figura ideal**

### Definición Conceptual:

El deseo de una figura ideal se caracteriza por querer estar delgada independientemente del peso que se tenga (Gómez Peresmitré, 1995).

### Definición Operacional:

La puntuación de la figura ideal delgada corresponderá a la silueta seleccionada por la participante de entre las 9 siluetas que componen la escala de medición (Gómez-Peresmitré, 1998).

## **Alimentación sin atención plena (*mindless eating*):**

### Definición Conceptual:

Es la tendencia a enfocar la atención en juicios y emociones negativas que aparecen al momento de comer, restándole importancia a la observación consciente de la experiencia, además involucra la tendencia a reaccionar comiendo ante la presencia de emociones sin que exista una necesidad fisiológica.

### Definición Operacional:

Puntuaciones en la escala de Alimentación sin Atención Plena la cual fue construida y validada para la presente investigación.

### **Actitudes compasivas ante el fracaso y la dificultad**

Definición Conceptual:

Incluye la tendencia a mostrar generosidad hacia uno mismo ante los propios errores, así como a observar con aceptación el sufrimiento y la presencia de dificultades, los cuales son vistos como parte de la condición humana.

Definición Operacional:

Se midió con las puntuaciones de la escala que lleva el mismo nombre.

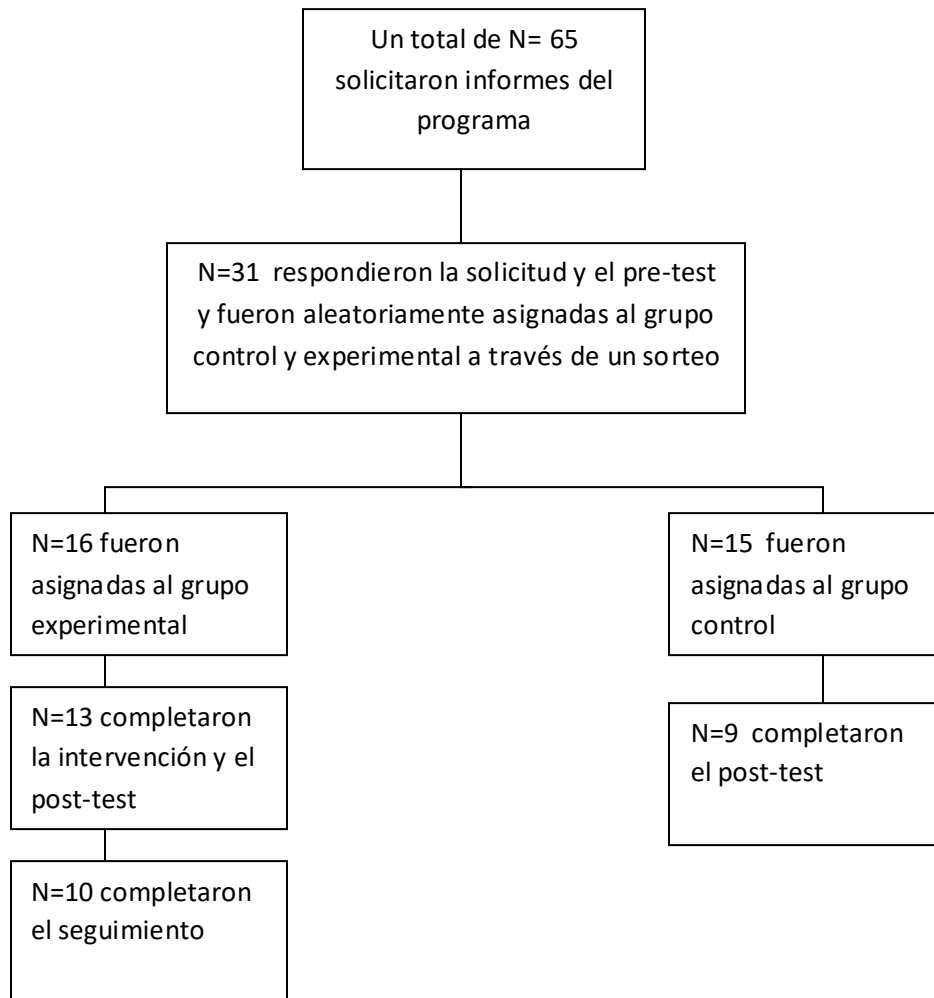
### **Variable Independiente:**

Programa de intervención grupal basado en los principios del modelo de Reducción de Estrés Basado en Atención Plena (REBAP) (Kabat-Zinn, 1990), la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena (TCBAP) (Williams, Seagal & Teasdale, 2007), el modelo de alimentación con Atención Plena (Chozen-Bays, 2009) y el de autocompasión (Neff, 2012).

## Método

### Diseño de Investigación

El diseño de investigación fue de carácter experimental (Pre/Postest/seguimiento) con grupo experimental (tratamiento) y grupo control (lista en espera).



### Participantes

Se trabajó con una muestra formada por estudiantes universitarias 18 y 30 años de edad pertenecientes a la UNAM.

**Criterios de Inclusión:**

- Que las participantes presentaran insatisfacción corporal positiva (desearan estar más delgadas)
- Que los participantes fueran mujeres universitarias
- Que asistieran de forma regular a los programas de intervención (mínimo al 80% de las sesiones).

**Criterios de Exclusión:**

- Que no presentaran insatisfacción corporal
- Que presentaran alguna discapacidad física
- Que se encontraran bajo tratamiento médico o psiquiátrico en el momento de la intervención
- Que no firmaran el consentimiento informado

**Criterios de Eliminación:**

Se excluyó del estudio a aquellas participantes que no tuvieron un porcentaje de asistencia mínimo del 80% a las sesiones.

**Instrumentos y Aparatos y Materiales:**

- Escala de Factores de Riesgo Asociados con la Trastornos de la Conducta Alimentaria (EFRATA) (Gómez-Peresmitré, 1993).



Consiste en una escala autoadministrada, la cual es utilizada en la detección de Factores de Riesgo asociados con Trastornos Alimentarios, contiene 56 reactivos con 5 opciones de respuesta tipo Likert, que van desde nunca (puntaje 1) hasta siempre (puntaje 5). La escala tiene un alpha general de confiabilidad de .90. La versión de mujeres evalúa: conducta alimentaria compulsiva (varianza explicada= 12.4%, alpha=.90), preocupación por el peso y la comida (varianza explicada= 7.4%, alpha=.82), y dieta crónica restrictiva (varianza explicada= 2.6%, alpha=.81). A mayor puntuación, mayor riesgo.

- Escala de Insatisfacción (Gómez Peresmitré, 1993).

Está compuesta por dos escalas visuales integradas por nueve siluetas, las cuales presentan un continuo de peso corporal que va desde una figura muy delgada hasta una muy gruesa (1-9), pasando por una figura que representa peso normal. El orden de presentación de las siluetas es al azar. La escala tiene un alfa de .85; el participante debe marcar con una X la silueta que más se asemeja a su figura actual (la figura que tiene en ese momento) y la figura que más le gustaría tener (figura ideal). El grado de insatisfacción es estimado a partir de la diferencia entre la figura actual y la figura ideal, esta diferencia puede ser positiva o negativa, dependiendo si desea tener mayor o menor

peso respectivamente. Una diferencia igual a 0 indica satisfacción corporal. A mayor diferencia habrá mayor insatisfacción.

### **Escalas construidas y validadas producto de la presente investigación**

- Escala de Cinco Facetas de Atención Plena (derivada de las dos escalas anteriormente citadas).

Se comprobó el modelo de cinco factores en la muestra de universitarios, ya que el análisis factorial con rotación ortogonal arrojó cinco factores, pero uno de ellos estuvo compuesto de solo dos reactivos (ambos pertenecientes a la Escala de Atención Plena de Philadelphia), por lo tanto fue descartado como una subescala en la presente investigación. Los cuatro factores explicaron el 51% de la varianza y de los cuales se obtuvo un alfa de Cronbach total de .90. Los factores arrojados fueron los siguientes: describir, aceptar la experiencia interna (no reaccionar), consciencia en el presente, consciencia de las emociones con índices de consistencia interna de .82, .80, .80 y .79 respectivamente. El total de reactivos fue de 17 con una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta que van desde siempre (puntaje 5) hasta nunca (puntaje 1). A mayor puntuación mayores habilidades de atención plena.

- Escala de alimentación sin atención plena (*mindless eating*)

La escala diseñada pretendía medir el constructo en forma positiva (mindful eating), sin embargo sólo permanecieron reactivos en sentido negativo. El análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal arrojó dos dimensiones que explican el 59% de la varianza total: alimentación sin consciencia y alimentación emocional. El alfa de Cronbach total y de cada subescala fue de .82, .84 y .68 respectivamente. La escala se compuso de 9 reactivos con una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta que van desde siempre (puntaje 5) hasta nunca (puntaje 1). A mayor puntuación mayores niveles de alimentación sin atención plena.

- Escala de Actitudes Compasivas hacia el Fracaso y la Adversidad

Esta escala se compuso de dos dimensiones arrojadas por el análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal: amabilidad hacia uno mismo y aceptación, los cuales explicaron el 57.6% de la varianza total. El alfa de Cronbach total y para cada subescala fue de .81, .79 y .66 respectivamente. La escala se compuso de 8 reactivos con una escala tipo Likert que va desde Muy de acuerdo (5 puntos) hasta Muy en desacuerdo (1 punto). A mayor puntuación mayores niveles de actitudes compasivas hacia el fracaso y la adversidad.

Adicionalmente, se emplearon los siguientes aparatos y materiales:

- Báscula de precisión marca TANITA BC-533, con capacidad de 150 kilos y precisión de 0.1kg
- Manual de intervención
- Hojas de registro
- Lápices, gomas, sacapuntas
- Alimentos (pasas, manzanas, galletas, frituras, chocolates)
- Mats de yoga

### **Procedimiento:**

1.-Se diseñaron, adaptaron y obtuvieron las propiedades psicométricas de las escalas: atención plena, alimentación consciente y compasión (Fase 1).

2.-Se diseñó el Programa de Intervención dirigido a la Reducción de Factores de riesgo asociados con TCA. Se llevaron a cabo dos estudios piloto de dicho programa. Se seleccionó una muestra no aleatoria con N=7 en el primer piloteo de y N=12 participantes en el segundo piloteo con características similares a las de las personas que formaron parte de la investigación propiamente dicha (Fase 2)

3.-Posteriormente se difundió el programa de intervención en las inmediaciones de la Facultad de Psicología, a través de posters y volantes, con el objetivo de contactar estudiantes interesadas en participar en el programa sometido previamente a dos pilotesos.

4.- Se le entregó un formato de entrevista a cada una de las participantes seleccionadas para participar, con el objetivo de obtener sus datos sociodemográficos, además de un consentimiento informado y un contrato de participación en el estudio.

5.-Se efectuaron las mediciones de peso, así como la aplicación de los instrumentos de evaluación para obtener la línea base (pre-tratamiento).

7.-Se realizó una asignación aleatoria de los participantes para formar el grupo experimental y el grupo en lista de espera (control).

8.-Se implementó el programa de intervención en el grupo experimental de forma semanal, cada sesión tuvo una duración de dos horas.

9.-Se realizaron las mediciones de los instrumentos de evaluación como post-tratamiento.

10.-Se llevó a cabo un seguimiento posterior a los tres meses

11.-Se procedió a realizar los análisis estadísticos.

12.-Se aplicó el programa de intervención a los participantes que estuvieron en lista de espera.

En la siguiente tabla se describe el programa de intervención diseñado para la presente investigación.

Tabla 12.

## Descripción del programa de intervención

Número de sesión	Descripción y objetivos
1 "Comenzar a darse cuenta"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir las características de la mente inconsciente</li> <li>• Introducir el concepto de atención plena, sus características, sus raíces históricas y los beneficios de la práctica en la vida cotidiana.</li> <li>• Practicar los principios de la técnica a través de la atención sin juicio a los sonidos del ambiente</li> <li>• Comer una pasa con atención plena</li> <li>• Dirigir la consciencia hacia el cuerpo a través de una secuencia de yoga.</li> </ul>
2 "Aquietando la mente"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducir la técnica de meditación a través de la atención a la respiración, destacando sus beneficios, sus raíces históricas y la adecuada práctica de la misma</li> <li>• Practicar yoga consciente</li> </ul>
3 "Habitando el cuerpo y abrazando las emociones"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir el proceso de "desconexión" de la mente y el cuerpo, el mecanismo de evitación hacia las emociones negativas y el de apego a las positivas.</li> <li>• Destacar la presencia de sensaciones corporales al ocurrir una reacción emocional.</li> <li>• Señalar los procesos mentales y emocionales como eventos transitorios</li> <li>• Practicar los principios anteriormente mencionados a través de una secuencia de yoga, mediante la observación ecuánime del surgimiento de juicios, sensaciones corporales y reacciones emocionales</li> <li>• Practicar la técnica de atención a la respiración</li> <li>• Introducir la práctica de escaneo corporal.</li> </ul>
4 "Llevando la atención a la experiencia de"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuar la práctica de yoga consciente, atención a la respiración y escaneo corporal</li> <li>• Identificar y describir los estímulos visuales, olfativos y gustativos como disparadores de las ganas de comer (hambre visual, olfativa y</li> </ul>

- comer”
- bucal)
- Practicar los principios de atención plena hacia la alimentación al comer una manzana
  - Practicar gratitud al comerla
- 5
- “Escuchando al cuerpo y la mente al momento de comer”
- Continuar la práctica de yoga consciente, atención a la respiración y escaneo corporal
  - Identificar las señales de hambre y saciedad a través de las sensaciones en el estómago
  - Identificar la presencia de juicios hacia los alimentos de alto contenido calórico: azúcar, grasa (y sal), haciendo énfasis en el círculo vicioso de su consumo inconsciente
  - Destacar la importancia del consumo adecuado de estos alimentos para el organismo
  - Promover la alimentación con atención plena de estos alimentos
  - Promover la alimentación intuitiva a través de las sensaciones corporales producidas por el hambre fisiológica
  - Practicar estos principios al comer con atención plena nueces, frituras, pasas, palomitas y/o chocolate.
- 6
- “Escuchando al corazón”
- Continuar la práctica de yoga consciente, atención a la respiración y escaneo corporal
  - Describir el concepto de alimentación emocional
  - Promover la identificación de necesidades emocionales y la satisfacción de las mismas de forma consciente
  - Destacar la importancia de los vínculos sociales positivos en la satisfacción de necesidades emocionales.
  - Describir los antojos como fenómenos transitorios y señalar la opción de satisfacerlos comiendo con atención plena.
- 7
- Continuar la práctica de yoga consciente, atención a la respiración y escaneo corporal

“Siendo amable y  
compasiva conmigo”

8

“Siendo amable con  
mi cuerpo y los  
demás”

- Describir el concepto de compasión y autocompasión
  - Puntualizar las diferencias entre la lástima y la autoestima
  - Identificar el patrón de reacción ante los propios defectos
  - errores.
  - Promover el habla amable y compasiva hacia uno mismo y la
  - aceptación incondicional
  - Señalar la posibilidad de observar el propio sufrimiento como un aspecto compartido por todos los seres humanos y de aceptarlo como parte de la experiencia humana
  - Continuar la práctica de yoga consciente, atención a la
  - respiración y escaneo corporal
  - Promover la aceptación de los aspectos que disgustan del propio cuerpo, mostrando compasión y amabilidad
  - Práctica de escaneo corporal generando gratitud hacia el cuerpo
  - Práctica de metta (meditación de la bondad amorosa)
  - Cierre del programa.
-



## **Análisis Estadísticos**

Se llevaron a cabo los análisis estadísticos pertinentes para comparar las puntuaciones pre-test, post-test mediante una la prueba estadística de Wilcoxon en las puntuaciones obtenidas del segundo piloteo, debido al tamaño de la muestra.

Para el la comparación entre el grupo experimental y el grupo en lista de espera, se llevaron a cabo los análisis estadísticos a través de una prueba no paramétrica (U de Mann-Whitney) debido al tamaño de la muestra ( $n \leq 30$ ).

Para comparar las puntuaciones de las variables dependientes pre-test, post-test intragrupo (grupo experimental) y del pre-test al seguimiento a 12 semanas se empleó la prueba de Wilcoxon.

Cabe señalar que se analizaron los datos con pruebas paramétricas: una prueba t de student para muestras independientes (para el caso del grupo control y experimental) y una prueba t de student para una sola muestra (para el caso del grupo experimental), debido a que los resultados de las pruebas paramétricas y no paramétricas fueron los mismos y las puntuaciones se distribuían normalmente de acuerdo a la prueba de Kolmogorov-Smirnoff ( $p \geq .05$ ), se reportaron los obtenidos a través de las pruebas t de student.

## Resultados

### *2.1 Primer Estudio Piloto del Programa de Intervención*

Se realizó un primer piloteo para evaluar la claridad del contenido de las ocho sesiones del programa de intervención en 6 estudiantes de la carrera de nutrición que estaban cursando el quinto semestre, todas pertenecientes al sexo femenino, el rango de edad fue de 20 a 22 años. Cuatro de las seis participantes asistieron a todas las sesiones y dos de ellas no asistieron a dos y tres sesiones respectivamente.

Al finalizar cada una de las sesiones, las participantes completaron un formato de evaluación de la sesión, el cual consideró seis aspectos (Ver anexo):

- Claridad, facilidad de comprensión del contenido:
- Grado de utilidad y aplicación en la vida cotidiana:
- Los aspectos que más les agradaron
- Los aspectos que menos les agradaron
- Comentarios adicionales para futuras modificaciones

En general el programa de intervención tuvo una muy buena aceptación por parte de las participantes, ya que en su totalidad consideraron muy claros, muy útiles y aplicables para su vida los contenidos que se abordaron a lo

largo de las ocho sesiones, cabe señalar que no fue modificada ninguna de las mismas.

## 2.2 Segundo Estudio Piloto del Programa de Intervención

Se llevó a cabo un segundo piloteo con el objetivo de evaluar el efecto pre-test-post-test del programa de intervención en un grupo intacto de estudiantes de enfermería del sexo femenino. El rango de edad de las participantes fue de 19 a 22 años, con una media de 20.6 (DE=1.08) y el rango de IMC fue de 21.5 a 31.6 con una media de 26.9 (DE=3.35). A continuación se muestran las características sociodemográficas de las participantes que formaron parte de este estudio piloto.

Tabla 13.

Características sociodemográficas de las participantes (n=12)

Variable	N	%
Estado Civil:		
Soltera	11	91.6
Casada	01	8.4
Con quien habitaban:		
Familia nuclear	10	83.8
Sólo mamá	1	8.3
Esposo o novio	1	8.3
Edad de la menarca:		
9-11 año	5	41.7
12-14 años	7	58.3

En la tabla siguiente, se muestran los puntajes obtenidos antes y después del programa de intervención, se obtuvieron las diferencias pre y post a través de la prueba de Wilcoxon ( $p \leq .05$ ), los tamaños del efecto (Cohen, 1988) y la significancia clínica a través del Índice de Cambio Confiable (Jacobson y Truax, 1991). Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en las variables de: conducta alimentaria compulsiva, alimentación sin consciencia plena, juicios hacia la alimentación, alimentación emocional, autocompasión, amabilidad y atención plena, también se muestran tamaños de efecto de medianos a grandes en la mayoría de las variables (Cohen, 1988).

Tabla 14.

Diferencias pre-test, post-test en las variables dependientes de las participantes del estudio piloto

Variable	Pre-test M(DE)	Post-test M(DE)	<i>d</i>	ICC
Conducta alimentaria Compulsiva	2.21 (1.0)	1.56 (.51)*	.81	1.22
Conducta alimentaria restringida	1.66 (.66)	1.39 (.43)	.48	1.68
Preocupación por el peso y la comida	1.90 (.62)	1.56 (.35)	.67	2.8***
Insatisfacción con la imagen	1.75 (2.0)	1.58 (1.6)	.09	--

corporal				
Total actitudes compasivas	3.08 (.73)	3.77 (.84)*	.87	1.38
Amabilidad hacia uno mismo	2.92 (.90)	3.80 (.92)*	.96	2.93***
Aceptación	3.36 (.95)	3.77 (.97)	.42	1.02
Total	2.62 (1.0)	1.87(.40)	.98	1.25
Alimentación sin atención plena				
Alimentación sin consciencia	2.85(1.0)	1.91(.51)*	1.18	2.35***
Alimentación emocional	2.44 (1.1)	1.66(.58)*	.88	2.32
Total Atención plena	2.99 (.76)	3.32(.60)	.48	0.50
Consciencia en el presente	3.15(.87)	3.85(.80)*	.83	1.94
Aceptación de la experiencia interna	2.03 (.82)	2.60(.72)	.73	1.67
Describir	3.00(1.0)	2.7(1.1)	.27	3.0***
Consciencia de las emociones	1.98(.61)	2.1(.65)	.19	0.3

\*p≤.05 significancia bilateral

\*\*p≤.01 significancia bilateral

\*\*\*Valores ≥1.96 representan un cambio clínico significativo

Los resultados de este primer estudio muestran diferencias estadísticamente significativas y tamaños del efecto de medianos a grandes ( $\geq .50$  y  $\geq .80$ , de acuerdo con Cohen, 1988) en las variables de conducta alimentaria compulsiva ( $M_1=2.21$ ,  $DE=1.0$ ,  $M_2=1.56$   $DE=.51$ ,  $p\leq .05$ ,  $d=.81$ ), amabilidad con uno mismo ( $M_1=2.92$ ,  $DE=.90$ ,  $M_2=3.80$   $DE=.92$ ,  $p\leq .05$ ,  $d=.96$ ), alimentación sin consciencia ( $M_1=2.85$ ,  $DE=.1.10$ ,  $M_2=1.91$   $DE=.51$ ,  $p\leq .05$ ,  $d=1.18$ ), alimentación emocional ( $M_1=2.44$ ,  $DE=1.10$ ,  $M_2=1.66$   $DE=.58$ ,  $p\leq .05$ ,  $d=.88$ ) y consciencia en el presente ( $M_1=3.15$ ,  $DE=.87$ ,  $M_2=3.85$   $DE=.83$ ,  $p\leq .05$ ,  $d=.96$ ).

### 2.3 Comparación entre el grupo experimental y el grupo en lista en espera

Con el objetivo de evaluar la eficacia del programa de intervención a través de un estudio experimental, se reclutó a un total de 31 participantes de sexo femenino, todas pertenecientes a la UNAM; la mayoría se encontraba estudiando la carrera de psicología. Las participantes fueron asignadas de forma aleatoria a un grupo experimental (N=16) y a un grupo en lista de espera (N=15); sólo 22 participantes completaron el estudio (13 del grupo experimental y 9 del grupo en lista de espera).

El rango de edad de las participantes del grupo experimental fue de 20 a 28 años (M=23.3, D.E.=2.4); el IMC promedio fue de 25.24 (D.E.=3.7), todas ellas eran solteras y sólo una de ellas trabajaba y estudiaba al mismo tiempo (7.7%). En la siguiente tabla se muestran las distribuciones porcentuales de las características sociodemográficas de este grupo de participantes.

Tabla 15.

Características sociodemográficas de las participantes del Grupo Experimental (n=13)

Variable	N	%
Estado Civil:		
Soltera	13	100
Casada	0	0

Con quien vives:		
Familia nuclear	9	69.2
Sólo mamá	2	7.7
Esposo o novio	2	15.4
Edad de la menarca:		
9-11 año	8	61.5
12-14 años	4	30.8
15 o más	1	7.7
Carrera:		
Psicología	11	84.6
Otra (Ciencias Políticas, pedagogía)	2	15.4

Las participantes del grupo en lista en espera se encontraban en un rango de edad de 18 a 32 años, con una edad promedio de 23.1 (D.E.=4.3) y un IMC promedio de 24.3 (D.E.=4.45), todas se encontraban solteras y únicamente 2 de ellas trabajaba además de estudiar (22%). En la siguiente tabla pueden observarse las distribuciones porcentuales de este grupo de participantes.

Tabla 16.

Características sociodemográficas de las participantes del Grupo en Lista de Espera (n=9)

Variable	N	%
Estado Civil:		
Soltera	9	100
Casada	0	0
Con quien vives:		
Familia nuclear	4	44.4
Sólo mamá	3	33.3
Esposo o novio	1	11.1

Amigos	1	11.1
Edad de la menarca:		
9-11 año	3	33.3
12-14 años	5	56.6
15 o más	1	11.1
Carrera:		
Psicología	6	66.7
Otra (Ciencias Políticas, pedagogía y filosofía y letras)	3	33.3

---

#### *2.4 Diferencias pre-test, post-test entre grupos en las variables de estudio*

Se probó la hipótesis de normalidad en la muestra mediante la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnoff; la distribución en cada una de las variables fue normal ( $p \geq .05$ ).

Cómo ya se ha mencionado, se llevaron a cabo comparaciones entre grupos a través de una prueba paramétrica y no paramétrica para muestras independientes (U de Mann Whitney y t de student para muestras independientes), debido a la distribución normal y a que los resultados de ambas pruebas fueron los mismos para cada una de las variables, se reportaron los resultados obtenidos de la prueba t de student para muestras independientes. En el pre-test, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ninguna de las variables ( $p \geq .05$ ). En la tabla 17 se muestran los estadísticos descriptivos de las puntuaciones obtenidas



por cada grupo en las variables de estudio y en la tabla 18 las diferencias pre-test, post-test entre los grupos.

Como puede observarse en la siguiente tabla (17), las puntuaciones obtenidas por las participantes que integraron el grupo en lista de espera fueron mayores en las variables asociadas con riesgo alimentario y menores en las variables asociadas con actitudes positivas.

Tabla 17. Estadísticos descriptivos del Grupo Experimental (GE) y en Lista de Espera (GLE)

Variable	GE Pre-Test M (D.E.) n=13	GE Post-Test M (D.E.) n=13	GLE Pre-Test M (D.E.) n=9	GLE Post-Test M (D.E.) n=9
Conducta alimentaria compulsiva	2.12 (.69)	1.50 (.35)	2.61 (1.69)	2.97 (.99)
Conducta alimentaria restringida	1.76 (.55)	1.35 (.31)	1.80 (.75)	1.91 (.88)
Preocupación por el peso y la comida	2.26 (.78)	1.68 (.53)	2.53 (.98)	2.86 (.88)
Insatisfacción con la imagen corporal	2.00 (2.0)	.69 (1.2)	1.77 (2.1)	1.66 (2.0)
Figura ideal	3.46 (1.05)	3.46 (1.12)	3.77 (.39)	3.33 (.86)
Total actitudes compasivas	3.05 (.72)	3.74 (.71)	2.40 (.81)	2.55 (.84)
Amabilidad hacia uno mismo	2.87 (.93)	3.58 (.72)	2.15 (.59)	2.31 (.72)
Aceptación Total	3.35 (.58)	4.00 (.88)	2.81 (1.32)	2.96 (1.18)
Alimentación sin atención plena	2.83 (.63)	1.97 (.48)	2.82 (1.01)	3.09 (.94)
Alimentación sin consciencia	2.97 (.83)	1.89 (.50)	2.95 (1.11)	3.35 (1.79)
Alimentación Emocional	2.56 (.77)	2.12 (.64)	2.62 (1.30)	2.59 (.79)
Total Atención plena	2.67 (.31)	3.63 (.66)	2.79 (.57)	2.92 (.37)
Consciencia en el presente	3.03 (.72)	3.57 (.77)	2.94 (.98)	2.86 (.88)
Aceptación de la experiencia interna	2.21 (.46)	3.52 (.81)	2.08 (.72)	2.26 (.60)
Describir	2.69 (.72)	3.63 (.98)	3.24 (1.03)	3.15 (.76)
Consciencia de las emociones	2.92 (1.10)	3.92 (.85)	3.00 (1.24)	3.74 (.43)

Tabla 18.

Diferencias post-test en las variables dependientes entre el grupo experimental (n=13) y el grupo en lista de espera (n=9).

Variable	GE M(DE)	GLE M(DE)	t	gl	d	ICC
Conducta alimentaria compulsiva	1.50(.35)	2.97(.99)**	-4.91	20	1.99	7.1***
Conducta alimentaria Restringida	1.35(.31)	1.91(.88)	-2.58	20	1.08	2.13***
Preocupación por el peso y la comida	1.68(.53)	2.86(.88)**	-3.90	20	1.68	3.26***
Insatisfacción con la imagen corporal	.69(1.2)	1.77(2.1)	2.45	20	.63	1.58
Deseo de una figura ideal	3.46(1.1)	3.33(.86)	.301	20	.13	--
Total actitudes compasivas	3.74(.71)	2.55(.84)*	3.55	20	1.60	4.86***
Amabilidad hacia uno mismo	3.58(.72)	2.31(.72)**	4.06	20	1.76	9.18***
Aceptación	4.00(.88)	2.96(1.1)*	2.36	20	1.01	2.17***
Total Alimentación sin atención plena	1.97(.48)	3.09(.94)*	-3.67	20	1.50	3.31***
Alimentación sin consciencia	1.89(.50)	3.35(1.7)**	-3.97	20	1.62	3.57***
Alimentación emocional	2.12(.74)	2.59(.79)	-1.45	20	.65	1.12
Total Atención plena	3.63(.66)	2.92(.37)*	2.89	20	1.35	3.00***

Consciencia en el presente	3.57(.77)	2.86(.88)	2.00	20	.87	1.45
Aceptación de la experiencia interna	3.52(.81)	2.26(.60)*	3.92	20	1.76	1.2
Describir	3.63(.98)	3.15(.76)	1.20	20	.54	1.2
Consciencia de las emociones	3.93(.51)	3.74(.43)	.589	20	0.27	.37

\*p≤.05 significancia bilateral

\*\*p≤.01 significancia bilateral

\*\*\*Valores ≥1.96 representan un cambio clínico significativo

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas y tamaños del efecto grandes entre los grupos en las variables de conducta alimentaria compulsiva (M=1.50 DE=.35, M2=2.97 DE=.99, t (20)= -4.91, p≤.001, (d=1.8), preocupación hacia el peso y la comida (M=1.68 DE=.53, M2=2.86 DE=.88 t (20)= 2.36, p≤.005, (d=.84), alimentación sin consciencia (M1=1.89 DE1=.50, M2=3.35 DE2=1.79, t (20)= -3.97, p≤.001, (d=1.11), amabilidad con uno mismo (M1=3.58 DE1=.72, M2= 2.31 DE2=.72, t (20)= 4.06, p≤.001, (d=1.76), aceptación de la adversidad (M1=4.00 DE1=.88, M2=2.96 DE=1.18 t (20)= 2.36, p≤.005, (d=0.99), y Aceptación de la experiencia interna (M1=3.52 DE1=.81, M2=2.26 D2=.60, t (20)= 3.92, p≤.005, (d=1.76). Las diferencias entre las variables asociadas con la imagen corporal no resultaron estadísticamente significativas.

### *2.5 Diferencias intragrupo pre-test, post-test y seguimiento en las variables de estudio.*

Se llevó a cabo un seguimiento a las 12 semanas posteriores al término de la intervención en el grupo experimental. Se llevó a cabo una comparación entre las puntuaciones obtenidas entre el pre-test, post-test y el seguimiento mediante una prueba de Wilcoxon y una prueba t de student para muestras relacionadas. Asimismo se llevó a cabo una prueba Kruskal-Wallis y ANOVA de medidas repetidas para las tres mediciones. Los resultados fueron los mismos para ambos procedimientos estadísticos, por lo tanto fueron reportados los datos obtenidos mediante la prueba t de student para una muestra y mediante la prueba de ANOVA. Cabe señalar que únicamente permanecieron 10 participantes en esta tercera medición. En la tabla 19 se muestran los estadísticos descriptivos entre el pre-test, post-test y el seguimiento del grupo experimental; mientras que en la tabla 20 y 21 respectivamente, las diferencias pre-test, post-test y seguimiento entre medias a través de la prueba t de student para una muestra y la prueba ANOVA de medidas repetidas ( $p \leq .05$ ) y el tamaño del efecto en la variable independiente (*d*).

Tabla 19.

Estadísticos descriptivos en el pre-test, post-test y seguimiento del grupo experimental (N=10).

Variable	Pre-test M(DE)	Post-test M(DE)	Seguimiento M(DE)
Conducta alimentaria compulsiva	2.07 (.51)	1.43 (.34)	1.39 (.28)
Conducta alimentaria restringida	1.68 (.33)	1.36 (.31)	1.16 (.28)
Preocupación por el peso y la comida	2.05 (.49)	1.55 (.40)	1.50 (.36)
Insatisfacción con la imagen corporal	2.00 (1.49)	1.10 (.87)	.70 (.82)
Figura ideal	3.70 (.95)	3.60 (1.26)	4.30 (1.15)
Total actitudes compasivas	3.23 (.68)	3.87 (.73)	3.96 (.77)
Amabilidad hacia uno mismo	3.12 (.85)	3.76 (.62)	3.92 (.72)
Aceptación Total	3.43 (.64)	4.0 (1.0)	4.0 (.97)
Alimentación sin atención plena	2.81 (.40)	1.91 (.54)	1.71 (.33)
Alimentación sin consciencia	2.88 (.96)	1.81 (.54)	1.75 (.31)
Alimentación emocional	2.67 (.63)	2.10 (.10)	.81 (.29)
Total Atención Consciencia en el presente	2.66 (.68)	3.63 (.75)	3.59 (.56)
Aceptación de la experiencia interna	3.07(.67)	3.75(.75)	3.65 (.71)
Describir	2.26 (.48)	3.58(.90)	3.34 (.76)
Consciencia de las emociones	2.60 (.74)	3.50 (1.0)	3.78 (.90)
	2.87 (1.20)	3.80 (.94)	4.23 (.63)

Tabla 20.

Diferencias entre el pre-test, post-test en el grupo experimental (N=10)

Variable	Prueba t de student	gl	<i>d</i>
Conducta alimentaria compulsiva	13.03**	9	1.47
Conducta alimentaria restringida	13.80**	9	.99
Preocupación por el peso y la comida	12.12**	9	1.11
Insatisfacción con la imagen corporal	4.24*	9	1.08
Figura ideal	9.00**	9	0.089
Total actitudes compasivas	16.86**	9	0.90
Amabilidad hacia uno mismo	19.27**	9	0.86
Aceptación Total	12.81**	9	0.67
Alimentación sin atención plena	11.11**	9	1.89
Alimentación sin consciencia	10.61**	9	1.37
Alimentación emocional	9.43**	9	1.26
Total Atención plena	15.25**	9	1.35
Consciencia en el presente	16.27**	9	.95
Aceptación de la experiencia interna	12.48**	9	1.83
Describir	10.70**	9	0.96
Consciencia de las emociones	12.71**	9	0.86

\* $p \leq .05$  significancia bilateral

\*\*p≤.01significancia bilateral

Tabla 21.

Diferencias entre el pre-test y el seguimiento en el grupo experimental (N=10)

Variable	F	gl	d
Conducta alimentaria compulsiva	23.03**	2	1.65
Conducta alimentaria restringida	14.83*	1	1.69
Preocupación por el peso y la comida	14.06*	1	1.27
Insatisfacción con la imagen corporal	8.26*	1	0.73
Total actitudes compasivas	11.31*	1	1.00
Amabilidad hacia uno mismo	10.43*	1	1.01
Aceptación Total	8.67*	1	0.69
Alimentación sin atención plena	55.51**		2.99
Alimentación sin consciencia	21.27**	1	1.58
Alimentación emocional	137.06**	1	3.79
Total Atención plena	17.67*	1	1.49
Consciencia en el presente	5.28*	1	.84
Aceptación de la experiencia interna	15.70*	1	1.69
Describir	18.99*	1	1.43
Consciencia de las emociones	13.34*	1	1.41



\* $p \leq .05$

\*\* $p \leq .01$

Cómo se muestra en las dos tablas anteriores (20 y 21), se observaron diferencias estadísticamente significativas en cada una de las variables dependientes ( $p \leq .01$ ) con tamaños del efecto de medianos a grandes ( $\leq .60$ ) en todas las variables tanto en el post-test como en el seguimiento.

En las variables asociadas con la conducta alimentaria se obtuvieron los siguientes resultados: Para la variable de conducta alimentaria compulsiva se observó una disminución en la puntuación de la media del pre-test al seguimiento, con diferencias estadísticamente significativas y tamaños del efecto grandes ( $M1=2.07$   $DE=.51$ ,  $M3=1.39$   $DE=.28$ ,  $F=23.03$ ,  $p \leq .001$ ,  $d=1.65$ ). Lo mismo ocurrió con la variable de conducta alimentaria restringida ( $M=1.68$   $DE=.33$ ,  $M3=1.16$   $DE=.28$   $F=14.83$ ,  $p \leq .05$ ,  $d=1.69$ ) y para la variable de preocupación hacia el peso y la comida ( $M1=2.05$   $DE=.49$ ,  $M3=1.50$   $DE=.36$   $F=14.06$ ,  $p \leq .05$ ,  $d=1.27$ ). En la variable de alimentación sin atención plena se observó la misma tendencia ( $M1=3.43$   $DE=.64$ ,  $M3=4.0$   $DE=.97$ ,  $F=55.51$ ,  $p \leq .001$ ,  $d=2.99$ ), así como para la variable de alimentación sin consciencia ( $M1=2.88$   $DE=.96$ ,  $M3=1.75$ ,  $F=21.27$ ,  $p \leq .001$ ,  $d=1.58$ ) y alimentación emocional, observando cambios en la dirección esperada ( $M=2.67$   $DE=.63$ ,  $F=137.06$ ,  $p \leq .001$ ,  $d=3.79$ ).

Se observó una disminución en las medias similar al grupo anterior de variables del pre-test al seguimiento a doce semanas, en las variables asociadas con la imagen corporal: insatisfacción corporal, con un tamaño del efecto grande ( $M_1=2.00$   $DE=1.49$ ,  $M_3=.70$   $DE=.82$ ,  $F=8.26$ ,  $p\leq.05$ ,  $d=.73$ )

En el grupo de variables de actitudes compasivas también se observaron cambios en la dirección esperada del pre-test al seguimiento a doce semanas, mostrándose una reducción significativa del pre-test al seguimiento ( $M_1=3.23$   $DE=.68$ ,  $M_3=3.96$   $DE=.77$   $F=11.31$ ,  $p\leq.05$ ,  $d=1.00$ ), amabilidad con uno mismo ( $M_1=3.12$   $DE=.72$ ,  $M_3=3.92$   $DE=.72$ ,  $F=10.43$ ,  $p\leq.005$ ,  $d=1.01$ ), aceptación de la adversidad ( $M_1=3.43$   $DE=.64$ ,  $M_3=4.0$   $DE=.97$ ,  $F=8.61$ ,  $p\leq.005$ ,  $d=.69$ ) con tamaños del efecto grandes.

Por último en las variables asociadas con la atención plena también se observó la tendencia a la reducción del pre-test al seguimiento en las medias, con diferencias estadísticamente significativas y tamaños del efecto grandes: atención plena ( $M_1=2.66$   $DE=.68$ ,  $M_3=3.65$   $DE=.71$   $F=17.67$ ,  $p\leq.05$ ,  $d=1.49$ ), consciencia en el presente ( $M_1=2.66$   $DE=.68$ ,  $M_3=3.65$   $DE=.71$   $F=5.28$ ,  $p\leq.05$ ,  $d=.84$ ), aceptación de la experiencia interna ( $M_1=2.26$   $DE=.48$ ,  $M_3=3.34$   $DE=.76$ ,  $F=15.70$ ,  $p\leq.05$ ,  $d=1.69$ ), describir ( $M_1=2.60$   $DE=.74$ ,  $M_3=3.78$   $DE=.90$ ,  $F=18.99$ ,  $p\leq.005$ ,  $d=1.69$ ) y consciencia de las emociones ( $M_1=2.87$   $DE=1.20$ ,  $M_3=4.23$   $DE=.63$   $F=13.34$ ,  $p\leq.005$ ,  $d=1.41$ ).



## **Discusión y Conclusiones**

La presente investigación tuvo como principal objetivo diseñar un programa de intervención de ocho semanas basado en los principios de atención plena, alimentación con atención plena y compasión. Para cumplir con dicho propósito, el procedimiento y la exposición del trabajo se dividió en dos fases: la primera consistió en construir y validar instrumentos que evaluaran dichos constructos en población mexicana en donde prácticamente se inaugura este campo y la segunda fase consistió en diseñar pilotear y evaluar el programa de intervención antes señalado.

Este programa de intervención además de adecuar los contenidos derivados de los constructos anteriormente señalados en participantes de población mexicana tuvo la intención de reducir conductas y actitudes de riesgo asociadas con la conducta alimentaria e imagen corporal y promover actitudes positivas asociadas con el bienestar psicológico como es la amabilidad con uno mismo, la consciencia en el presente y la aceptación de experiencias adversas, dolorosas o estresantes.

El planteamiento de esta investigación parte de la gran importancia que ha cobrado el estudio empírico y la aplicación clínica de conceptos pertenecientes a la psicología budista alrededor del mundo, tal es el caso del constructo de atención plena y el de compasión y de la necesidad de comenzar su estudio y

aplicación clínica en muestras de población mexicana, dado el impacto positivo que han demostrado sus efectos en distintas áreas del funcionamiento psicológico dirigidos a optimizar la calidad de vida.

En la construcción y validación de la escala que midiera el constructo de alimentación con atención plena y el de compasión, se validó al mismo tiempo la escala de atención plena proveniente de otras culturas como el Cuestionario de Cinco Facetas de Atención Plena, Baer et al., 2006 combinado con reactivos de la Escala de Atención Plena de Philadelphia de Cardaciotto, et al., 2008).

En el procedimiento de construcción y validación psicométrica de la escala de *alimentación con atención plena* se encontraron los siguientes resultados: una escala compuesta por dos dimensiones: alimentación sin consciencia con propiedades psicométricas aceptables (Alfa de Cronbach =.84) y baja ( $\alpha=.68$ ) en la escala de alimentación emocional y un porcentaje de varianza explicada (59%).

Es importante señalar que las subescalas representan el constructo en forma negativa, ya que todos los reactivos de la dimensión positiva fueron descartados mediante los análisis estadísticos, debido a la falta de poder discriminante de los mismos; lo anterior difiere de las dos escalas que han

sido construidas y validadas previamente en otras culturas; el Cuestionario de Alimentación con Atención Plena: *Mindful Eating Questionnaire* (Framson et al., 2009) y la Escala de Alimentación con Atención Plena (*Mindful Eating Scale* de Hulbert-Williams et al., 2009 ) las cuales a pesar de tener reactivos en sentido negativo, ambas poseen reactivos en sentido positivo los cuales miden la dimensión de consciencia en la experiencia de comer.

Estos resultados probablemente sean atribuibles a diferencias culturales en la forma en la que se experimenta la consciencia en la conducta alimentaria; las respuestas proporcionadas por los participantes de la muestra en los reactivos de esta dimensión mostraban escasa variabilidad y un sesgo positivo que refleja la alta frecuencia de la atención prestada a los elementos visuales, gustativos, olfativos y táctiles a la hora de comer. Se ha encontrado que el consumo hedónico de los alimentos está influenciado por factores sociales y culturales (Padrón & Barreto, 2010).

La comida posee un amplio espectro de significados relacionados con la historia y la identidad cultural y se hallan presentes las particularidades de cada grupo social: “Mediante la cuidadosa mezcla de sabores, olores, colores, texturas, sonidos y pensamientos que se encuentran en los diversos universos de la comida, cada grupo humano construye fuertes relaciones sociales y simbólicas: en cada bocado de comida vivimos a

diario nuestra doble condición de seres culturales y biológicos” (Delgado, 2001, p.83).

Particularmente en la cultura mexicana la comida ocupa un lugar preponderante en la vida cotidiana y las representaciones sociales, todo esto cobra importancia en la interpretación de los resultados derivados de la construcción y validación de esta escala. Se requiere más investigación para la construcción y manejo de esta escala en población mexicana contrastando por el nivel educativo, edad y nivel socioeconómico.

Con respecto a los reactivos de la escala que fue construida en población inglesa: *Mindful Eating Scale*, (Hulbert-Williams et al., 2013), se ha encontrado que los reactivos poseen mayor similitud con las características del modelo teórico de la AP, ya que para la construcción de los reactivos, los autores se basaron en las escalas disponibles para medir AP.

Esta escala (*Mindful Eating Scale*), está compuesta por seis dimensiones, de las cuales, cuatro de ellas: aceptación (“Me critico a mi mismo por la forma en la que como”), no reactividad (“Cuando tengo hambre no puedo pensar en nada más”) y actuar con consciencia (“Como automáticamente sin estar atento de lo que estoy comiendo) y alimentación desestructurada (“Soy multitareas mientras estoy comiendo”), tal como en la escala del presente estudio, tienen en su totalidad reactivos en sentido negativo que aluden a la ausencia de esa

dimensión a excepción de la dimensión de consciencia (“Noto el sabor y la textura de lo que estoy comiendo”) y rutina (“Tengo una rutina para lo que como”) aunque debe señalarse que esta última no representa una cualidad básica del constructo de atención plena.

Cabe señalar que las participantes de las muestras estudiadas tanto las de la presente investigación como la de Hulber-William et al., (2013) tenían una escolaridad universitaria y por lo tanto no son representativas de la población en general, donde podría encontrarse una tendencia distinta de experimentar la consciencia en la alimentación.

El presente estudio representa una primera aproximación de medición empírica del constructo alimentación sin atención plena en población mexicana; aunque la escala resultante obtuvo en su conjunto un adecuado índice de confiabilidad (Alfa de Cronbach=.82) y también índices de ajuste aceptables de acuerdo al análisis factorial confirmatorio, resulta importante realizar más investigación al respecto para robustecer las escalas que la conforman, especialmente la escala de alimentación emocional que resultó con bajo índice de confiabilidad.

Es importante resaltar que las dos dimensiones que componen esta escala, tienen implícita la falta de consciencia, o de observación sin juicio, de



aceptación y compasión hacia la propia conducta alimentaria (alimentación inconsciente). También es inherente el componente de evitación emocional a través de una reacción desadaptativa (la alimentación emocional), conformando una herramienta disponible para medir la ausencia de atención plena en la alimentación (mindless-eating), cuyo modelo bidimensional fue probado empíricamente en el presente estudio.

Por otra parte del procedimiento de construcción y validación de la escala de compasión se obtuvieron también dos factores resultantes del análisis factorial exploratorio (amabilidad hacia uno mismo y aceptación) que explican un poco más de la mitad de la varianza total. El primero involucra la posibilidad de experimentar actitudes amables o bondadosas hacia uno mismo cuando se cometen errores o se atraviesan dificultades y el segundo, tiene implícita la posibilidad de aceptar el sufrimiento y la adversidad como experiencias compartidas por todos los seres humanos, cualidades inherentes de la ecuanimidad. Ambos factores reflejan de forma tácita la posibilidad o el deseo de aliviar el sufrimiento, propias de la compasión, cabe recordar que estos elementos se encuentran interrelacionados y no funcionan de forma separada.

Estos constructos a su vez representan a los estados mentales o Brahmaviharas que señalan los textos antiguos del budismo (amor bondadoso, compasión y ecuanimidad) (Bien, 2008), mismos que se han

retomado en la psicología occidental para el estudio del bienestar psicológico, por ejemplo; se ha encontrado que la amabilidad con uno mismo y la humanidad común se encuentran asociadas con la felicidad (Campos et al., 2015).

Los datos arrojados en este estudio permiten observar que a pesar de que la *Escala de Actitudes Compasivas hacia el Fracaso y la Adversidad* en su conjunto obtuvo como ya se señaló un adecuado coeficiente de confiabilidad y un porcentaje aceptable de varianza explicada (57%), los índices de las dos subescalas (amabilidad con uno mismo y aceptación) resultaron bajos lo que sugiere la importancia de fortalecer estas subescalas resultantes con más investigación al respecto.

Asimismo se probó el ajuste de un modelo unidimensional y otro bidimensional, resultando este último con mejores índices de ajuste de acuerdo con el análisis factorial confirmatorio de segundo orden.

Por otra parte, es preciso señalar que la Escala de Autocompasión (Neff, 2003 b) ha sido validada en muestras de población española (García-Campayo et al., 2014) y los índices de confiabilidad que ha alcanzado son similares a los de la versión original, pero se aproximan más a los observados en la escala del presente estudio. En ésta, el total de su reactivos (26) reactivos

obtuvieron un coeficiente adecuado de consistencia interna ( $\geq .80$ ), mientras que los de las seis subescalas resultaron aceptables ( $\geq .70$ ), así como también adecuados índices de ajuste con intervalo de confianza al 95 por ciento, lo mismo es válido para la versión corta de doce reactivos.

La escala resultante de la presente investigación (*Escala de Actitudes Compasivas hacia el Fracaso y la Adversidad*), es una escala breve compuesta sólo de 8 reactivos, con un índice de confiabilidad total adecuado, cuyas dos dimensiones poseen un buen nivel de ajuste de acuerdo con el análisis factorial confirmatorio de segundo orden. Es importante señalar que los elementos de su contenido representan las cualidades básicas de los constructos a evaluar dentro del contexto de la psicología budista: el reconocimiento de la conexión entre los seres humanos, la vulnerabilidad inherente a la condición humana, la presencia de sufrimiento y dificultades en la experiencia humana y la posibilidad de despertar una sensación de aceptación, generosidad y cuidado por uno mismo ante tales situaciones (Salzberg, 2011), representando así una alternativa disponible para el estudio de estos conceptos en población mexicana. Cabe señalar la importancia de realizar investigaciones subsecuentes para robustecer las propiedades psicométricas de la escala resultante de esta investigación y así contribuir al estudio de la psicología en este campo en población mexicana o incluso en la

evaluación de programas de intervención que aborden estos elementos provenientes de la psicología budista.

La adaptación y validación del Cuestionario de Cinco Facetas de Atención Plena arrojó resultados concordantes con la versión original de Baer et al., (2006), ya que los 19 reactivos resultantes del procedimiento de validación se agruparon en cinco factores, uno de los cuales fue eliminado debido a que se formó sólo con 2 reactivos, cabe señalar que estos dos reactivos pertenecían a la escala de Philadelphia de Cardacciotto, et al., 2008. Los índices de confiabilidad para la escala total así como los factores o subescalas tales como aceptar la experiencia interna (no reaccionar), consciencia en el presente y consciencia en las emociones también obtuvieron coeficientes de consistencia interna adecuados ( $\geq .80$ ) y cabe recordar que una dimensión se compuso de dos reactivos y por lo tanto fue eliminada (No juzgar  $\alpha = .55$ ). Debe señalarse que estos índices son similares a los obtenidos en la escala original.

Baer et al., (2008) han señalado que a pesar de que son cinco las facetas o dimensiones claramente identificadas en muestras de estudiantes universitarios, son al menos cuatro las que constituyen un constructo general de atención plena: describir, actuar con consciencia, no juzgar y no reaccionar y estos pueden variar dependiendo de la experiencia en meditación que se tenga.

Baer et al., (2006) hacen énfasis en la dimensión observar la importancia de notar o atender una variedad de estímulos incluyendo los fenómenos internos como las sensaciones corporales, pensamientos y emociones, así como los fenómenos externos como los sonidos o los olores. En la dimensión de actuar con consciencia resalta el estar comprometido completamente en lo que se realice en el presente, el enfocarse en una sola cosa a la vez. En la faceta describir pone énfasis en nombrar los fenómenos sin que haya juicios de por medio, sólo con el objetivo de notar lo que está ocurriendo. La faceta de aceptar (sin juzgar) implica evitar evaluar o colocar etiquetas y permitir que la realidad sea tal cual es sin necesidad de cambiarla o evitarla.

Cómo ya se ha mencionado, a pesar de que las dimensiones obtenidas en el presente estudio son consistentes con el modelo teórico, los reactivos se agruparon de forma diferente de la versión original: tres reactivos que involucran la observación o consciencia de las emociones fueron agrupados en una dimensión nombrada de la misma forma (consciencia de las emociones, que apuntan a la consciencia de los estímulos internos), mientras que la observación de estímulos externos fue agrupada en una dimensión denominada consciencia en el presente, la cual incluye un reactivo que alude a realizar una actividad a la vez. En otra dimensión, se agruparon reactivos que resaltan la habilidad para mantenerse ecuánime ante emociones o

pensamientos desagradables o estresantes y es consistente con la dimensión de aceptar sin juicio. La dimensión describir es la que mayor similitud posee con esta misma dimensión del cuestionario original (Cuestionario de Cinco Facetas de Atención Plena, FFMQ). Cabe señalar que en el presente estudio se reformularon varios reactivos de la versión española (Cebolla et al., 2012) para adecuarlos al lenguaje de la muestra mexicana.

La escala resultante del presente estudio tiene buenos índices de confiabilidad y es consistente con el modelo teórico y empírico del constructo de AP y el modelo de facetas de AP propuesto por Baer et al., (2006) y representa una alternativa para evaluar el constructo de atención plena en población mexicana.

La segunda fase de esta investigación buscó diseñar, pilotear y evaluar un programa de intervención basado en los principios anteriormente señalados.

El programa diseñado quedó compuesto de ocho sesiones semanales y se piloteó en dos ocasiones, la primera con el objetivo de evaluar la claridad, viabilidad y utilidad del contenido. En el segundo piloteo se evaluó la eficacia de dicho programa en un grupo intacto de doce participantes mediante un diseño pre-test, post-test, seguimiento.

La información recabada en el primer piloteo se analizó de forma cualitativa mediante formatos de evaluación al término de cada sesión y con un formato de evaluación general del todo el programa. Estos resultados cualitativos mostraron que el programa era aplicable, útil y claro para las participantes.

El segundo piloteo se llevó a cabo en un grupo intacto de estudiantes de enfermería que cursaban el quinto año de la carrera, los resultados mostraron diferencias pre-test, post-test estadísticamente significativas ( $p \leq .05$ ) en las variables de conducta alimentaria compulsiva, amabilidad con uno mismo, alimentación sin consciencia, alimentación emocional y consciencia en el presente con tamaños del efecto de medianos a grandes ( $\geq .60$ ), no hubo diferencia en la insatisfacción con la imagen corporal posteriores a la intervención, ni en las variables asociadas con la aceptación sin juicio. La variable conducta alimentaria restringida tampoco mostró diferencias, pero los puntajes fueron muy bajos en la primera medición.

A pesar de que las estudiantes aceptaron participar voluntariamente en el programa, las autoridades de la institución a la que pertenecían decidió implementar el programa como una actividad curricular por lo que la motivación pudo no ser la misma que la de las participantes del estudio final (comparación entre el grupo experimental y grupo en lista de espera) quienes buscaron ingresar al programa por interés propio. A pesar de lo anterior el programa mostró efectos promisorios, es decir se redujeron los niveles de

conducta alimentaria compulsiva, alimentación inconsciente, además se aumento la amabilidad con uno mismo y la conciencia en el presente. Por lo tanto se buscó evaluar su eficacia mediante la comparación de dos grupos (experimental y en lista de espera).

En la comparación en el grupo de intervención propiamente dicho, se observó que no existieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables ( $p \geq .05$ ) antes de llevar a cabo la intervención, ambos grupos eran equiparables.

Los resultados fueron concordantes con el segundo piloteo, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las variables de conducta alimentaria compulsiva, alimentación sin atención plena tanto en la comparación entre grupos como en intragrupo ( $\leq .01$ ), sugiriendo unas disminución de conductas y actitudes negativas asociadas con alimentación, lo cual concuerda con estudios previos que han evaluado la eficacia de la alimentación con atención plena en la disminución de estas mismas conductas (Baer, Fisher & Huss, 2006; Dalen, et al., 2010; Daubenmier et al., 2011; Kristeller & Hallet, 1999; Kristeller, Wolever & Sheets, 2013; Tapper et al., 2009). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables asociadas con la imagen corporal en el piloteo ni en la comparación entre los grupos, lo cual difiere de algunos estudios que han encontrado efectos en esta variable (Albers, Thewissen, & Raes 2012), estos



resultados por una parte sugieren que el entrenamiento diseñado para este estudio puede no resultar suficiente para incidir en la carga social que se le da al peso y la figura corporal en nuestra sociedad occidental.

En cuanto a las dimensiones de AP en el estudio realizado en el grupo de enfermería sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la dimensión de consciencia en el presente, posteriores a la intervención, mientras que en la comparación entre grupos sólo en la variable de aceptación de la experiencia interna.

Por otra parte, los resultados de la comparación intra-grupo (pre-test/post-test/seguimiento) revelaron diferencias estadísticamente significativas, mostrando una reducción después de la intervención de las variables asociadas con conductas alimentarias disfuncionales, llamando la atención la reducción aún más grande encontrada en el mediano plazo, en la medición del seguimiento realizada a las doce semanas. Dichas variables incluyeron insatisfacción corporal, conducta alimentaria compulsiva, dieta restringida, alimentación inconsciente, la alimentación emocional. Todas ellas con tamaños del efecto aceptables (de medianos a grandes)

Una revisión sistemática realizada por Katterman et al., (2014) ha reportado efectos similares en conducta alimentaria con tamaños del efecto de medianos

a grandes. Asimismo con respecto a las variables asociadas con actitudes compasivas se encontraron: amabilidad con uno mismo, aceptación, atención plena, consciencia en el presente, consciencia en las emociones, aceptación de la experiencia interna y describir, todas ellas con tamaños del efecto grandes ( $\geq .80$ ) y diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados descritos concuerdan con los de los estudios que revelan que a mayores niveles de atención plena, menores niveles de rumiación o preocupación con el peso y la comida (Cowdrey & Park, 2012), menor comparación corporal y mayores niveles de satisfacción corporal (Dijkstra, & Barelds, 2011).

Prowse, Bore y Dyer (2013) encontraron que habilidades tales como actuar con consciencia (centrar la mente en el presente) y aceptación sin juicio (tomar una perspectiva neutral) se asocia con mayores niveles de aceptación corporal y bienestar psicológico y menores síntomas de TA. Cabe señalar que estas habilidades resultaron estadísticamente significativas en el estudio realizado en el grupo de enfermería, así como en las comparaciones entre grupos (experimental y control) e intra-grupo (pre-test/post-test/seguimiento), lo que sugiere que son elementos importantes que inciden en el bienestar y la reducción de sintomatología alimentaria de acuerdo a los autores anteriormente señalados y a los hallazgos encontrados en la presente

investigación, además sugiere que son variables que pueden aumentarse o promoverse a través del programa de intervención diseñado en el presente estudio.

Estos resultados pueden entenderse en función del entrenamiento en atención plena y alimentación con atención plena que enfatizan el vínculo con las señales internas lo que conduce a mejorar la autoregulación (Caldwell, Baume & Wolever, 2013; Williams, Seagal, & Teasdale, 2007). Además cabe señalar que la práctica de AP genera un proceso de *re-percepción* propiciando una vinculación más íntima con la experiencia del instante en el presente, una clarificación de valores y condicionamientos familiares y socioculturales, un cambio de perspectiva a través de una visión más objetiva a través del desarrollo de flexibilidad cognitiva, produciendo respuestas más adaptativas y beneficios en la salud psicológica (Shapiro, Carlston, Astin, & Freedman 2006; Williams, Teasdale & Seagal, 2007).

Por otra parte debe recordarse que el programa de intervención tuvo como objetivo promover la práctica de compasión, amabilidad hacia uno mismo y la ecuanimidad ante el sufrimiento como parte transitoria de la experiencia humana, compartida por todos los seres humanos. El programa de intervención cumplió con este objetivo al mostrar un aumento en la amabilidad con uno mismo y en las actitudes compasivas tanto en el piloteo como en las

diferencias entre los grupos y entre las participantes del grupo experimental, este aumento se mantuvo hasta el seguimiento, con tamaños del efecto grandes ( $\geq .80$ ). La importancia de la práctica de la compasión reside en la relación positiva con el bienestar psicológico, menor autocrítica, menor ansiedad y depresión (Bluth & Blanton, 2014; Van Dam, Sheppard, Forsyth y Earleywine; 2010), menor tendencia a la sobrealimentación (Adams & Leary, 2007); mayor satisfacción corporal (Wasylikiw, MacKinnon, & MacLellan (2012); menor patología alimentaria (Kelly et al., 2013), menor severidad de atracones (Stapleton & Nikalje; 2013), mayor alimentación intuitiva (Schoenefeld & Webb; 2013) y menor preocupación por el peso y menor preocupación por comer (Kelly & Carter; 2014) menores niveles de vergüenza y preocupación hacia la forma corporal (Liss y Erchull; 2015).

Los resultados de esta investigación sugieren la efectividad de la práctica de la atención plena y de la alimentación con atención plena en la reducción de conducta alimentaria compulsiva o atracones, alimentación emocional y la alimentación derivada de estímulos externos y puede por lo tanto representar una estrategia potencialmente útil en la prevención de la ganancia de peso tal como lo plantean Warren, Smith y Ashwell (2017) en una revisión sistemática sobre sus efectos en estas variables. También el presente estudio sugiere el alcance de efectos positivos relacionados con el bienestar al mostrar un aumento en las actitudes compasivas, amabilidad hacia uno mismo y

aceptación, variables asociadas con la felicidad y el bienestar psicológico (Campos et al., 2015).

## **Conclusiones**

De acuerdo con los resultados arrojados por este estudio, puede concluirse lo siguiente:

- Los instrumentos contruidos y validados para medir los constructos de atención plena en la alimentación y actitudes compasivas hacia el fracaso y la adversidad mostraron tener validez y confiabilidad aceptables indicando su utilidad para la medición de estos constructos en población mexicana. Se requiere mayor investigación al respecto para fortalecer las subescalas resultantes.
- El instrumento adaptado y validado para evaluar el constructo de atención plena (Cuestionario de Cinco Facetas de Atención Plena) mostró adecuadas propiedades psicométricas y se agrupó de manera consistente con el modelo original de cinco dimensiones, aunque los reactivos se agruparon de manera distinta a la versión original, esto puede atribuirse a diferencias culturales. La escala derivada de este estudio representa una herramienta adecuada para la evaluación del

constructo de atención plena en población mexicana, también se requiere ampliar la investigación al respecto.

- El programa de intervención no mostró diferencias entre grupos en las variables de insatisfacción corporal, deseo de una figura ideal, consciencia en el presente, describir, consciencia de las emociones, así como en alimentación emocional, pero si se observaron diferencias en la comparación intragrupo y en el seguimiento, mostrándose en este último una disminución de las conductas y actitudes negativas y un aumento en las positivas.
- Por otra parte el programa si mostró diferencias entre grupos y diferencias intragrupo en las variables de: conducta alimentaria compulsiva, alimentación sin atención plena, alimentación inconsciente, observándose una disminución de las mismas a las doce semanas en el seguimiento. También se observaron diferencias en las variables de actitudes compasivas, amabilidad con uno mismo y aceptación, atención plena y aceptación de la experiencia interna, las cuales aumentaron en el seguimiento. Los cambios fueron en la dirección esperada.

- La práctica de la atención plena, la alimentación consciente y la compasión son estrategias potencialmente útiles en el ámbito de la psicología de la salud, sus efectos pueden reducir conductas y actitudes disfuncionales relacionadas con el peso y la comida y promover actitudes positivas asociadas con el bienestar.
- La práctica de dichas estrategias de acuerdo con los resultados de este estudio preliminar sugieren en un primer momento, la aceptación de los constructos provenientes de la psicología budista en nuestra cultura.

### **Debilidades y fortalezas metodológicas**

Entre las limitaciones más importantes del presente estudio se encuentran su muestreo no probabilístico y el tamaño pequeño de las muestras lo que impide, entre otras cosas la generalización de los resultados. Sin embargo atendiendo a su condición de estudio preliminar y a su posición inaugural en nuestro contexto social los resultados producto de un diseño experimental controlado aportan valiosa información y una base firme para el desarrollo de la teoría y aplicación del conocimiento de este nuevo campo de la psicología de la salud. Por otra parte los resultados del Análisis Factorial Confirmatorio de las escalas derivadas de este estudio deben tomarse con reservas, debido a que se realizaron con la misma muestra que la del Análisis Factorial

Exploratorio, lo cual representa una limitación importante. Finalmente debe subrayarse la necesidad amplia de investigación y de diversificación de la misma que abarque variables sociodemográficas, bio-psicosociales, socioeconómicas y ecológicas entre otras.



## Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.<sup>th</sup> ed.). Madrid: Editorial Médica Americana.
- Adams, C. E., & Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(1), 1120-1144.
- Albers, S. (2008). *Eat, drink and be mindful*. Canada: Raincoast Books
- Albers, H., Mulken, S., Smeets, M., & Thewissen, R. (2010). Coping with food cravings. Investigating the potential of mindfulness based intervention. *Appetite, 55*(1), 1-4.
- Albers, H. J.E. M., Thewissen, R., & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behavior. The effects of a mindfulness-based on eating behavior, food cravings, dichotomous thinking and body image concerns. *Appetite, 58*(3), 847-851.
- Anālayo. (2013). Sati. En Anālayo (Ed.), *Satipatthana. The direct path to realization*. Cambridge: Windhorse Publications.

- Baer, (2006). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology, 10*(2), 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of Mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*(3), 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45.
- Baer, R., Fischer, S., & Huss, E. D. (2006). Mindfulness and acceptance in the treatment of the disorders eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 23*(4), 9-15.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. (2008). Construct validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire in meditating and non-meditating samples. *Assessment, 15*(3), 329-342.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press: Nueva York.

- Bennet, B. (2002). Emotional yoga, how the body can heal the mind. Nueva York: Fireside.
- Bhikkhu, B. H. (1988). Atención plena con la respiración. Pax: México.
- Bien, T. (2008). Las cuatro moradas sublimes, preparándonos para estar presentes. En S.F. Hicks & T. Bien (Eds.), *Mindfulness y psicoterapia*. (pp.59-85). Barelona: Kairos.
- Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L.E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health*. Recuperado de: [www.intersciencie.wiley.com](http://www.intersciencie.wiley.com).
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Seagal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Bluth, K., & Blanton, P. (2014). Mindfulness an self-compassion: Exploring pathways to adolescent emotional well-being. *Journal of Children and Family Studies*, 23(7), 1298-1309.

Bohlmejer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539-544.

Boudette, R. (2006). Question and answer: yoga in the treatment of disordered eating and body image disturbance. How can the practice of yoga be helpful in recovery of eating disorder?. *The Journal of Treatment & Prevention*, 14(2), 167-170.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242-248.

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.

Bruchon-Schweitzer, M. (1990) *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.

Caldwell, K. L., Baime, M. J., & Wolever, R. Q. (2013). Mindfulness based approaches to obesity and weight loss maintenance. *Journal of Mental Health and Counseling*, 34(3), 263-282.

- Camarillo, O. N., Cebada, R.E., Jiménez, G. A., & Munguía, A. K. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 18(1), 51-55.
- Campos, D., Cebolla, A., Quero, S., Breton-López, J., Botella, C., Soler, J., García, J., Campayo, R., Demarzo, M., & Baños, R. M. (2015). Meditation and happiness: Mindfulness and self compassion may mediate the meditation-happiness relationship. *Personality and Individual Differences*, 93, 1-6.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance the Philadelphia mindfulness scale. *Assessment*, 15(2), 204-223.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodely, E., Angen, M., & Speca, M. (2001). The effects of mindfulness based stress reduction programo in mood symptoms of stress in cáncer outpatients: 6-month follow up. *Supportive Care in Cancer*, 9(2), 112-123.
- Carlson, L.E., Speca, M., Patel, K., & Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in to quality of life, mood, sympstoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfata (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cáncer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, 29(4), 448-474.
- Carlson, L.E., & Garland, S. N. (2005). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatient. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(4), 278-285.

- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(1), 23-33.
- Carmody, J., Baer, R.A., Lykins, L.B., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanism of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 613-626.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of a Spanish validation of Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126.
- Chadwick, P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B., & Dagnan, D. (2005). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire. Manuscrito no publicado.
- Chiesa, A., & Serreti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 18(3), 441-453.

Chiesa, A., Calati, R., & Serreti, A. (2011). Does mindfulness trainings improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 449-464.

Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Masson.

Chozen-Bays, J.C. (2009). *Comer atentos*. Barcelona: Kairos.

Clancy, S.E. (2010). *The effects of yoga on body dissatisfaction, self-objectivation and mindfulness of the body in college women*. (Tesis doctoral inédita). Recuperada de [http://www.dissertations.wsu.edu/Dissertations/Summer2010/S\\_Clancy050710.pdf](http://www.dissertations.wsu.edu/Dissertations/Summer2010/S_Clancy050710.pdf)

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral Sciences*. Hillsdate, NJ: LEA

Cowdrey, F.A., & Park R.J. (2012). The role of experiential avoidance, rumiation and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors, 13*(2), 100-105.

Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia, un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.

Cruz-Bojorquez, R. M; Ávila-Escalante, M. L., de la Cruz-Cortés, M. C., Vázquez-Arévalo, R., & Mancilla-Díaz, J. M. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de

trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Psicología y Salud*, 18(2), 189-198.

Dhal, C.J., Lutz, A., & Davidson, R.J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: Cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends Cognitive Science*, 19(9) 515-523.

Dale, L. P., Mattison, M. A., Greening, K., Galen, G., Neace, W. P., & Matacin, M. L. (2009). Yoga workshop impacts psychological functioning and mood of women with self-reported history of eating disorders. *The Journal of Treatment & Prevention*, 17(5), 422-434.

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 mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 8(6), 260-4.

Daubenmier, J. (2005). The relationship of yoga, body awareness, and body responsiveness to self objectivation and disordered eating. *Psychology Women*, 29(2), 207-219.

Daubenmier, J., Kristeller, J., Hetchm F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., Lustig, R.H., Kemeny, M., Karan, L., & 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*, 1-13.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., Urbanowsky, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sherindan, J.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.

Davidson, R. J., & Lutz, A. (2008). Buddha's Brain: Neuroplasticity and Meditation. *IEEE Signal Process Magazine*, 25(1), 174-176.

De la Fuente, A.J., Franco J.C., & Mañas M. I. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en el estado emocional de estudiantes universitarios. *Estudios sobre Educación*, 19, 31-52.

Delgado, S. R. (2001). Comida y cultura: Identidad y significado en el mundo contemporáneo. *Estudios de Asia y África*, 36(1), 83-108.

Dijkstra, P., & Barelds, D. P. H. (2011). Examining a model of dispositional mindfulness, body comparison and body satisfaction. *Body Image*, 8 (4), 419-422.

Douglas, L. (2009). Yoga as an intervention in the treatment of eating disorders: Does it Help?, *Eating Disorders*, 17(2), 126-139.

- Douglas, L. (2010). Thinking through the body: The conceptualization of yoga as therapy for individuals with eating disorders. *Eating Disorders*, 19(1), 83-96.
- Eisendrath, S. J., Delucchi, K., Bitner, R., Fenimore, P., Smit, M., & Mc Clane, M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(5), 319-320.
- Felder, J. N., Dimidjian, S., & Seagal, Z. (2012). Collaboration in mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Clinical Psychology: In sesión*, 68(2), 179-186.
- Feldman, G.C., Hayes, A.M., Kumar, S.M., & Greeson, J.M. (2004). Development, factor structure and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale. Manuscrito no publicado.
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 143-155.
- Fjorback, L.O., Arendt, M., Ornbol, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(2), 102-119.

Fletcher, L.B., Shoendorff, B., & Hayes, S.C. (2010). Searching for mindfulness in the brain: A Process-Oriented approach to examining the neural correlates of mindfulness. *Mindfulness*, 1(1), 41-63.

Foster, G.D., Phelan, S. Wadden, A.T., Gill, D., Ermold J., & Didie, E. (2004). Promoting more modest weight losses: A pilot study. *Obesity Research*, 12(8), 1271-1277.

Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J., Littman, A., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of American dietetic association*, 109(8), 1439-1444.

Franco, C. (2009). Modificación de los niveles de burnout y de personalidad resistente en un grupo de deportistas a través de un programa de conciencia plena (mindfulness). *Anuario de Psicología*, 40(3), 377-390.

García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., & Piva, D. M. (2014) .Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(4), 1-9.

Garland, S. N., Tamagawa, R., Todd, S. C., Speca, M., & Carlson, L. E. (2013). Increased mindfulness is related to improved stress and mood following participation in a

mindfulness-based stress reduction program in individuals with cancer. *Integrative Cancer Therapies*, 12(1), 31-40.

Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3(4), 341-347.

Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self compassion; Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. Nueva York: The Gilford Press:

Germer, C. K., & Neff, K. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 6(8), 856-867.

Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(6), 353, 379.

Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. En P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy* (pp.9-74). London: Routledge.

Gilbert, P. (2007). Engaged minds and compassion in the therapeutic relationship. En P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. Nueva York: Routledge.

Gilbert, P. (2009). The Nature and basis for compassion focused therapy. *Hellenic Journal of Psychology*, 6, 273-291.

Gyatso, T. XIV Dalai Lama (1999). *Loyong, adiestrar la mente*. España: Ediciones Dharma

Gold, E., Smith A., Hopper, I., Herne, D., Tansey, G., & Hurland, C. (2010). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for primary school teachers. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 184-189.

Goldin, P., Ramel, W., & Gross, J. (2009). Mindfulness meditation training and self-referential processing in social anxiety disorder: Behavioral and neural effects. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(3), 242-257.

Gómez, Peresmitré G., (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12(1), 185-198.

Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteracion corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología, 14(1)*, 31-40.

Gómez, Peresmitré G., (1998). Desordenes del comer: La imagen corporal en México. *La Psicología Social en México, 7*, 277-282.

Gómez Peresmiré, G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria: teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. División de Investigaciones de Estudios Profesionales, Facultad de Psicología, UNAM.

Gomez-Peresmitré, G., Pineda, G.G., L'esperance, L.L., Hernández, L.R., & Platas, A. R.S. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolsecetes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología, 19(2)*, 125-132.

Greeson, J.M. (2009). Mindfulness research update: 2008. *Complement Health Practice Review, 14(1)*, 10-18.

Griffith, K., Camic, P. M., & Hutton, J. M. (2009). Participants experiencies of a mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Health Psychology, 14(5)*, 675-681.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach H. (2003) Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.

Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: Evidence of postintervention and 3 years follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(4), 226-223.

Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., & Villalpando-Hernández, S., Franco A., & Cueva-Nasu, L. (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública.

Haines, J., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders a consideration of shared risk factors. *Health Education Research, Theory and Practice*, 21(6), 770-782.

Hayes, S.C. (2004) Acceptance and commitment therapy relational frame theory and the three wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment therapy: Model, process and outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 232-236.

Hendrickson, K. L., & Rasmussen, E. B. (2017). Mindful eating reduce impulsive food choice in adolescents and adults. *Health Psychology*, 36(3), 226-235.

Hepworth, N. (2010). A mindful eating group as an adjunct to individual treatment for eating disorders: A pilot study. *Eating Disorders*, 19(1), 6-16.

Hick, S. F., & Bien, T. (2008). *Mindfulness y Psicoterapia*. Barcelona: Kairos.

Hofmann, S.G., Grossman, P., & Hinton, D.E.(2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological intervention. *Clinical Psychology Review*. 31(7), 1126-1132.



- Hözel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S., Gard, T., & Lazar, S.W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, *191*(1), 36-43.
- Hözel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, *6*(6), 537-559.
- Hoffman, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effects of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(2), 169-183.
- Hoffman, S. G., Grossman, P., & Hinton, D.E. (2011). Love-kindness and compassion meditation: Potential psychological interventions. *Clinical Psychology Rev*, *31*(7), 1126-1132.
- Hoffman, J. C., Ersser, S. J., Hopkinson, J. B., Nicholls, P. G., Harrington, J. E., & Thomas, P. W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast and endocrine related quality of life and wellbeing in stage 0 to III breast cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, *33*(13), 1335-1342.

Hulbert-Williams, L., Nicholls, W.J. J., & Hulbert-Williams, N. (2013). Initial validation of the mindful eating scale. *Mindfulness*, 5(6), 719-729.

Impett, E. .A., Daubenmeier, J. J., & Hirschman, A. (2006). Minding the body: Yoga, embodiment, and well-being. *Sexuality Research & Social Policy*, 3(4), 38-48.

Jacobson, N. S., & Truax, R (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59, 12-19.

Jacobson, N. S. & Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy. Promoting acceptance and change*. Nueva york: Norton.

Johnson, E. A., & O'Brien, K. A. (2013). Self-compassion soothes the savage ego-threat system: Effects on negative affect, shame, rumination and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(9) 939-963.

Katterman, S. N., Kleinman, B. N., Hood M. M., Nackers, L. M., & Cosrica, J .A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating and weight loss: A systematic review. *Eating Behavior*, 15(2), 197-204.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Vivir con Plenitud las Crisis. Usar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés*. Barcelona: Kairos.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness based interventions in context: Past, present and future. *American Psychological Association, 10(2), 144-156.*
- Kang, C., & Whittingham, K. (2010). Mindfulness a dialogue between Buddhism and clinical psychology. *Mindfulness, 1(3), 161-173.*
- Kaviani, H., Hatami, N., Javaheri., & F. (2012). The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBTC) on mental health and quality of life in a sub-clinically depressed population. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 1, 21-28.*
- Kearney-Cooke, A. (2004). Familial Influences on Body Images En T. Cash y T. Pruzinsky (Eds.) *Body image: A hand book of theory research and clinical practice.* (pp. 99-108) Nueva York: Guilford.
- Keng, S. L., Smosky, M, J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review, 31(6), 1041-1056.*
- Kelly, C. A., Carter, J. C., & Zuroff, D. C, & Borari, S. (2013). Self-compassion and fear of self-compassion interact to predict response eating disorder treatment: A preliminary investigation. *Psychotherapy Research, 23(3), 252-264.*

- Kelly, C. A., & Carter, J. C. (2014). Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12044-12048.
- Kilpatrick, L.A., Suyenob, B.Y., Smith, S.R., Bueller, J.A., Goodman, T., Creswell, J.D., Tillisch, K., Mayer, M.A., & Naliboff, B.D. (2011). Impact of mindfulness-based stress reduction training on intrinsic brain connectivity. *Neuroimage*, 56(1), 290-298.
- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S.Y., Kim, B., Kim, C.M., Cho, S.J., Kim, M.J., Yook, K., Ryu, M., Song, S.K., & Yook, K.H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26(7), 601-606.
- Kimell, C. D., & Weiner, B.I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Kirszman, D. & Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: Tea.
- Kristeller, J. L., & Hallet, C. B. (1999) An exploratory study of meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 357-363.
- Kristeller, J. L. (2003). Mindfulness, wisdom and eating: applying a multidomain model of meditation effects. *Journal of constructivism in the human science*, 8(2), 107-118.

Kristeller, J. L., Baer, R. A., & Wolever, R. Q. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders. En R. A., Baer. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp.75-919) EEUU: Elsevier.

Kristeller, J. L. (2007). Mindfulness meditation. En P.M Lehrer, R.L Woolfolk W.E. Sime (Eds.), *Principles and practice of stress management* (pp.393-427). Nueva York: The Guilford Press.

Kristeller, J.L., & Wolever, R.Q. (2011). Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The conceptual Foundation. *Eating Disorders*, 19, 49-61.

Kristeller, J.L. (2013). Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT) for binge eating: a randomized clinical trial. *Mindfulness*, 3(4), 3-18.

Kocovski, N.L., Fleming J.E. & Rector, N.A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 276-289.

Kuyken, W., Taylor, R., Barret, B., Evan, A., Byford, S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Byng., & R., Mullan, E. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent

relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966-978.

Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J.D., Dalglish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work. *Behavior Research Therapy*, 48, 1105-112.

Lacaille, J., Ly, J., Zacchia, N., Bourkas, S., Glaser, E., & Knäuper, B. (2014). The effects of three mindfulness skills on chocolate cravings, *Appetite*, 76, 101-112.

Lau, M. A., Bishop, S. R., Seagal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. F., Carlson, L., Shapiro, S., & Carmody, J. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445-1467.

Lavander, J. M., Jardin, B. F., Anderson, J., & D. A. (2009). Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. *Eating Behavior*, 10(4), 228-231.

Lavander, J. M., Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. *Cognitive Behavior Therapy*, 40(3), 174-182.

- Lazar, S. W., Bush, G., Gollub, R. L., Fricchione, G. L., Khalsa, G., & Benson, H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Autonomic Nervous System Neuroreport*, 7(15), 1581-1585.
- Lengacher, C., A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M., S., Jacobsen, P., B., KleinT., W., Widen, R., H., Fitzgerald, S. G., Shelton, M. M., Barta, M., Goodman, M., Cox, C.,E., & Kip, K., E. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1261–1272.
- Levine, M. & Smolak, L. (2004). Body image development in adolescence. En T.Cash y T. Pruzinsky (Eds.) *Body image. a hand book of theory research and clinical practice*. (pp. 74-82) Nueva York: Guilford.
- Lillis, J., Hayes, S.C., Bunting, K., & Masuda A. (2009) Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A Preliminary Test of a Theoretical Model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 58-69.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: The Gilford Press.

Liss, M., & Erchull, M. J. (2015). Not hating what you see: Self compassion may protect against negative mental health variables connected to self-objectivation in college women. *Body Image, 14*, 5-12.

López, A.J; Brito, C. G., & González, B. J. (2000). Concepto, definición y diagnóstico de la obesidad. En M.G Castro y J. López Bárcena. *Temas de Medicina Interna. Asociación Mexicana de Medicina Interna* (pp. 1-13). México: Mc Graw Hill.

López-Maya, E. (2014). Atención Plena (mindfulness) y bienestar psicológico: Relación con una tarea de control ejecutivo. (Tesis doctoral inédita). Universidad Nacional Autónoma de México.

Lutz, A., Brefczynsky-Lewis, J., Johnstone, T. & Davison, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *Plos One, 3* (3), 1-10.

Ma, H.S. & Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 31-40.



- MacCracken, L.M., & Keogh, E. (2009). Acceptance, mindfulness, and values-based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: An Analysis of Anxiety Sensibility. *The Journal of Pain*, 10(4), 408-415.
- Mancilla, J.M., Gómez – Peresmitré, G., Álvarez, R., Paredes, K., Vázquez, A., López A. X., Acosta, G. V. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En Mancilla, J.M. y Gómez-Peresmitré, G. (Eds.), *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 123-171). México: Manual Moderno:
- Mañas, M.I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Masuda, A., & Wendell, J.W. (2010). Mindfulness mediates the relationship between disordered eating related cognitions and psychological distress. *Eating Behaviors*, 11(4), 293-296.
- Moreno, A. B. (2012). Terapias cognitivo conductuales de tercera generación. La atención plena (mindfulness). *Revista Interamericana de Psicología*, 12(1), 1-18.
- Nhat Hanh, T. (2005). *El corazón de las enseñanzas del Buda*. Barcelona: Oniro.
- Nhat Hanh, T. & Cheung, L. (2010). *Saborear: mindfulness para comer y vivir bien*. México: Paidós.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.

- Neff, K. D., Kirkpatrick, K.L., & Rude, S.S. (2007). Self-Compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality, 41*(1), 139-154.
- Neff, K. & Vonk, R. (2009). Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *Journal of Personality, 71*(1) 23-29.
- Neff, K. (2011). Self-compassion, Self-esteem and well-Being. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(1), 1-12.
- Neff, K. (2012). *Sé amable contigo mismo. El arte de la compasión hacia uno mismo*. Madrid: Oniro.
- Neff, K. D. & Germer, C. K. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology, 68*(2) 1-17.
- Neumark-Szteiner, D., Wall, M; Guo, J., Story, M., Haines, J., & Eisenber, M. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare 5 year later?. *Journal of the American Dietetic Association, 106*(4), 559-568.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M. M., Haines, J. I., Story, M., Sherwood, N.E., & van den Berg, P.A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(5), 359-369.

Nyklicek , I., Karlijn, F., & Kuijper, M. A. (2008), Effects of mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Psychological Well Being and Quality of Life: Is Increased Mindfulness Indeed the mechanism?. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 331-340.

Nuño-Gutiérrez, B.L., Celis-de la Rosa, A., & Unikel-Santoncini, C. (2009). Prevalencia y Factores Asociados con Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según su sexo. *Revista de Investigación Clínica*, 61(14), 286-293.

O' Reilly, G. A., Cook, L., Sprijt-Metz. D., & Black, D. (2014). Mindfulness-Based Interventions for Obesity-Related Eating Behaviors: A Literature Review. *Obesity Review*, 15(6), 453-461.

Ortíz, E.A., Nava, C.G., Muñoz, J. S., & Vera, G. M. (2010). Epidemiología de la obesidad. En J. A. Morales (Ed.), *Obesidad, un enfoque interdisciplinario* (pp. 75-96). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

- Padrón, C.M., & Barreto, I. (2010). Representaciones sociales asociadas al consumo hedónico de los alimentos en restaurantes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 487-496.
- Pineda, G. G. (2006) Estrategias preventivas de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. (Tesis doctoral inédita). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Polivy, J.H. & Herman, C.P. (1985) Dieting and Binging: A causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193-201.
- Proulx, K. (2008). Experiences of women with bulimia nervosa in a mindfulness-based eating disorder treatment group. *Eating Disorders*, 16(1), 52-72.
- Prowse, E., Bore, M., & Dyer, S. (2013). Eating disorder symptomatology, body image and mindfulness: Findings in a non-clinical sample. *Clinical Psychologist*, 17(2), 77-87.
- Quintana, M., Rincón & F. E. (2011). Eficacia del entrenamiento en mindfulness para pacientes con fibromialgia. *Anuario de Psicología*, 40(3), 377-390.

- Raes, F., Pommier, E., Neff, K.D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(3), 250-255.
- Raich, R. (2000) *Imagen corporal: aprender y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, S., Mata, J.L., Moreno, S., Fernández, M.C. & Vila, J. (2007). Mecanismos implicados en la regulación afectiva y la restricción alimentaria de mujeres con riesgo de padecer bulimia nervosa. *Psycothema*, 19(1), 30-36.
- Rockliff, H., Gilbert, P., Mc Ewan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A Pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(3), 132- 139.
- Roseel, Y. (2012). Llavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36.
- Salzber, S. (2011). Mindfulness and loving-kindness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 177-182.
- Saucedo-Molina, T. (2003). Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres (Tesis doctoral inédita), Universidad Nacional Autónoma de México.

Saucedo-Molina, T., & Lora-Cortez, I.C. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al Índice de Masa Corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 29 (3), 60-67.

Saucedo-Molina, T., & Unikel Santoncini, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33(1), 11-19.

Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B. (2010). Outcome from randomized controlled trial group therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavioral Therapy*, 41(1), 106-120.

Saraswati, S. S. (2008). *Asana, Pranayama, Mudra, Bandha*. India: Yoga Publications Trust Munger.

Sandoval, G. E. (2010). Obesidad: definición, clasificación, sintomatología y diagnóstico. En J. A. Morales (Ed.), *Obesidad, un enfoque interdisciplinario* (pp.145-155). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Schoenefeld, S. J., & Webb, J. B. (2013). Self-compassion and intuitive eating in college women: Examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eating Behaviors*, 14(4), 493-496.

Sogyal-Rimpoché. (1994). El libro tibetano de la vida y de la muerte. Barcelona: Círculo de lectores.

Soler, J., Cebolla, A., Feliu-Soler A., Demarzo, M. M. P., Pascual, J. C., Baños, R., García-Campayo, J. (2014) Relationship between Meditative Practice and Self-Reported Mindfulness: The MINDSENS Composite Index. *PLoS ONE*, 9(1). Recuperado de e86622. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086622>.

Williams, J. M. G. Seagal, Z. V., & Teasdale, J. D., (2007). *Terapia cognitiva basada en atención plena: Una nueva aproximación para prevenir recaídas*. Barcelona: Paidós.

Sedlmeier, P., Eberth, J., Schwarz, M., Zimmermann, D., Haerig, F., Jaeger, S. & Kunze, S. (2012). The psychological effects of meditation: A meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 138 (6), 1139-1171.

Siegel, R. D., Germer, C. K. & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where Did it Come From?. En F. Didonna (Ed.) *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 17-37), Nueva York: Springer Science and Business Media

Shapiro, L.S., Schartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness based stress reduction on medical or premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581-599.

Shapiro, S.L., Bootzin, R. R., Figueredo, A.J., Lopez, A.M., & Schwartz, G. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in treatment of sleep disturbance in women with breast cancer An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(1), 85-93.

Sheenan, C., Payne, S., & Fenlon, D. (2011). What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. *PsychoOncology*, 20(7), 681-697.

Schoenefeld. S.J. & Webb, J.B. (2013). Self-compassion and intuitive eating in college women: Examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eating Behaviors*, 14(4), 493-496.

Simon, V. (2010). Mindfulness y psicología: Presente y futuro. *Información Psicológica*, 100, 162-170.



Singh, N. N., Lancioni, G. E., Singh, A. N., Winton, A. S., Singh, A. A., & Singh, J. (2011). A mindfulness-based health wellness program for individuals with Prader-Willi syndrome, *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 4(2), 90–106.

Shapiro, S. L., Carlson, L.E; Astin, J.A; & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinica Psychology*, 62(3), 373-386.

Smeets, E., Neff., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self compassion intervention for female college student. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 794-807.

Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J.C., Cebolla, A., Soriano, J., Alvarez, E., & Pérez, V. (2012). Propiedades psicometricas de la version española de la escala Mindful Attention Awareness (MAAS). *Acta Española de Psiquiatría*, 40(1), 19-26.

Stapleton, P., & Nikalje, A. (2013). Constructing body image in university women: The relationship between self-esteem, self-compassion, and intuitive eating. *The International Journal of Healing and Caring*, 13(2), 1-20.

Stewart, T.M. (2004). Light on body image treatment. *Behavior Modification*, 28(6) 783-811.

Tacon, A.M., Caldera, Y.M., & Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer. *Families Systems and Health*, 22(2), 193-203.

Tacon, A.M., & McComb, J. (2009). Mindful exercise, quality of life, and survival: a mindfulness-based exercise program for women with breast cancer. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 15(1), 6-41.

Tanay, G., & Bernstein A. (2013). State Mindfulness Scale (SMS): Development and Initial Validation. *Psychological Assessment*, 25(4), 1286-1299.

Tapper, K., Shaw, C., Isley, J., Hill, A. J., Bond, F.W., & Moore, L. (2009). Exploratory randomized controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52(2), 396-404.

Taylor, M. B., Daiss S., & Krietsch, K. (2015). Associations among self-compassion, mindful eating, eating disorder symptomatology, and Body Mass Index in college students. *Translational Issues in Psychological Science*, 1(3), 229-238.

Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J.C., Cebolla A., Portella, M.J., Trujols, J., Soriano, J., Pérez, V., & Soler, J. (2014). Propiedades psicométricas de la versión española de la Philadelphia Mindfulness Scale. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(4),1-9.

Thera, H.G. N. (1962). *The heart of buddhist meditation. A handbook of mental training based on the Buddha's way of mindfulness*. Sri Lanka: Buddhist publications.

Thera, H.G. N. (2003). *El cultivo de la atención plena*. México: Pax.

Timmerman, G. M., & Brown, A. (2011). The effect of a mindful restaurant eating intervention on weight management in women. *Journal of Nutritional and Educational Behavior*, 44(1), 22-28.

Tirch, D. (2010). Mindfulness as context for the cultivation of compassion. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 113-123.

Too, L., & Kyabje Zopa Rinpoche (2003). *El libro de Buda*. Madrid: Alfaomega

Toro, T. J. (1999). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

Toro, T. J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia*. España: Ariel.

- Torres, S. J & Nowso, C.A. (2007). Relationship between stress, eating behavior and obesity. *Nutrition*, 23(11), 887-894.
- Telch, F.C., Agras, W.F., Linehan, M.M., (2001). Dialectical behavioral therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(6), 1061-1065.
- Unikel-Santoncini, C., Villatoro, V.J., Medina-Mora, I.M., Bautista, C.F., Alcantar, M.E., & Hernández, R. S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *La Revista de Investigación Clínica*, 52(2), 140-147.
- Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T. D. J., Trujillo, E. M., García-Castro, F., & Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de investigación clínica*, 62, 424-432.
- Vallejo, M. A., & Ortega, J. (2007) La utilización del mindfulness en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 4(1), 35-41.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earlwine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptoms severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130.

Maj van der Velden A. M., Kuyken W., Crane, C., Pallesen, J., Dahlgaard, J., Fjorback, L. O., & Piet, J. (2015). A systematic review of mechanism of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review, 37*, 26-39.

Vieten, C. & Astin, J. (2008). Effects of a mindfulness-base intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives Womens Mental Health, 11*(1) 67-74.

Goenka, N.S. Recuperado de [www.dhamma.org/es/bycountry/la](http://www.dhamma.org/es/bycountry/la),

Vollestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen G.H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patient with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Reseach and Therapy, 49*(4), 281-288.

Wallace, B. A. (2006). *Attention revolution, Unlocking the power of the focused mind*. Boston: Wisdom Publications.

Wallace, B. A., & Shapiro, S. L. (2006). Mental balance and well-being: Building bridges between Buddhism and Western psychology. *American Psychologist, 61*(7), 690-701.

- Walash, H., Buccheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknetch, N & Scmith S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543-1555.
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, 30(2), 272-283.
- Wasantha, P., Jayawardene, M.D., Lohrmann, D. K., Erbe, R. G., & Torabi, M.R. (2017). Effects of preventive online mindfulness interventions on stress and mindfulness: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Preventive Medicine, Reports*, 5, 150-159.
- Wasylikiw, L. Mackinnon, A.L. & MacLellan, A.M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 9(2), 236-245.
- Webb, J. W., & Forman, M. J. (2013). Evaluating the indirect effect on self compassion on binge eating severity through cognitive-affective self regulatory pathways. *Eating Behaviors*, 14(2), 224-228.

Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K.R., Chroniak, C., Durazo, R. & Mathews, H.L. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain Behavioral Immunity*, 22(6), 969-981.

Wolever, R.Q. (2008) Food Sense. *Costumers Reports on Health*, 6.

Yarnell, L.M., & Neff, K.D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions and well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146-159.

Young, K. S., Maj van der Velden, A., Craske, M. G., Pallesen, J. K., Fjorback, L., Roepstorff, A., & Parson, C. E. (2018). The impact of mindfulness-based interventions on brain activity: A systematic review of functional magnetic resonance imaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 424-433.

Zeidan, F., Gordon, N. S., Merchant, J., & Goolkasian, P. (2010). The effects of a mindfulness meditation training on experimentally induced pain. *The Journal of Pain*, 11(3), 199-209.

Zucker, S., Sassman, C., & Case, B.J. (2004). Cognitive labs ., technical report. Pearson Inc. Recuperado de [http://images.pearsonassessments.com/images/tmrs/tmrs\\_rg/CognitiveLabs.pdf](http://images.pearsonassessments.com/images/tmrs/tmrs_rg/CognitiveLabs.pdf)





ANEXOS  
Solicitud de Registro e Información General

Antes que nada, agradecemos tu interés en participar, te invitamos a que leas la siguiente información:

- Este programa, está hecho con fines de investigación para un proyecto doctoral, sin lucro y consta de tres bloques: atención plena, alimentación con atención plena y compasión hacia uno mismo, está dividido en ocho sesiones de dos horas.
- El programa requiere de compromiso serio en la práctica de atención plena, por lo tanto es indispensable la asistencia a todas las sesiones y la práctica en casa derivada del contenido de las sesiones.
- El programa se impartirá los días lunes en un horario de 2:15 a 4:15 de la tarde. Las fechas programadas son las siguientes: 28 de agosto, 4, 11, 18, 25 de septiembre y 02, 9 y 16 de octubre de 2017. El lugar en el que se impartirá es en el salón 06 del Mezzanine del edificio de posgrado.
- El programa se impartirá en dos ocasiones, esto es debido al cupo limitado, al espacio disponible y al diseño de investigación, por lo que posiblemente seas de forma aleatoria integrada en el segundo grupo. La segunda aplicación iniciará inmediatamente después de la primera, el lunes 23 de octubre.
- Si aceptas participar en el estudio y formas parte de la segunda aplicación, en el mes de octubre se te solicitará atentamente que vuelvas a contestar los cuestionarios que a continuación se te presentan.

- Los datos e información que proporcionas serán tratados con absoluta confidencialidad y serán usados únicamente con fines estadísticos.
- El programa contiene práctica de yoga consciente y meditación por lo que se recomienda lleves ropa cómoda a las sesiones, un cojín pequeño y tu propio tapete, de no contar con él, se te proporcionará uno.
- Una semana previa al inicio del programa, se te dará aviso si fuiste seleccionada para participar en esta primera aplicación o la segunda.

Agradecemos mucho tu interés y colaboración

1.-Si has leído la información anterior, aún te encuentras interesada en participar y estás dispuesta a tener el compromiso de asistir todas las sesiones, llevar a cabo la practica en casa o responder los cuestionarios por segunda ocasión si es que formas parte de la segunda aplicación, por favor coloca tu nombre y la fecha en el siguiente apartado. A continuación se te pedirá que respondas algunas preguntas. Las cuales llevarán aproximadamente 30 minutos en responderse.

---

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

---

Fecha

Escribe tu dirección de correo electrónico y un número de contacto:

---

---

2.-Sección 1: Responde el siguiente cuestionario de datos sociodemográficos:

A1. ¿Cuántos años tienes?

---

A2. ¿Cuál es tu estado civil?: soltera ( ) casada ( )

A3. ¿Estudias en la UNAM?, de no ser así ¿En qué universidad estudias?

---

A4. ¿Qué carrera estudias y en qué semestre estas?

---

A5. ¿Trabajas además de estudiar? Si ( ) No ( )

A6. ¿Cuánto pesas?, si no lo sabes con exactitud marca con una x ( ) y escribe tu peso aproximado

---

A7. ¿Cuánto mides?, si no lo sabes con exactitud marca con una x ( ) y escribe tu estatura aproximada

---

**A8. Actualmente vives con:**

- a) familia nuclear (padres y hermanos)
- b) hermanos
- c) sólo mamá
- d) sólo papá
- e) esposo o novio
- f) sola
- g) amiga (o)
- h) tíos o abuelos

**A9. ¿Cuál fue la edad tu primera menstruación?**

- a) antes de 9 años
- b) 9 a 11 años
- c) 12 a 14 años
- d) 15 años o más

**A 10. ¿Cursas alguna enfermedad física o psicológica? Si ( ) No ( ) ¿Cuál?**

---

**A11. ¿Presentas alguna discapacidad física? Si ( ) No ( ) ¿Cuál?**

---

A12. ¿Tienes alguna lesión? Si ( ) No ( ) ¿En dónde?

---

A13. ¿Te encuentras bajo tratamiento psicológico?, ¿Por qué motivo?

---

A13. ¿Te encuentras bajo tratamiento psiquiátrico?, ¿Por qué motivo?

---

A14. ¿Has practicado yoga? Si ( ) No ( ) ¿Por cuánto tiempo?

---

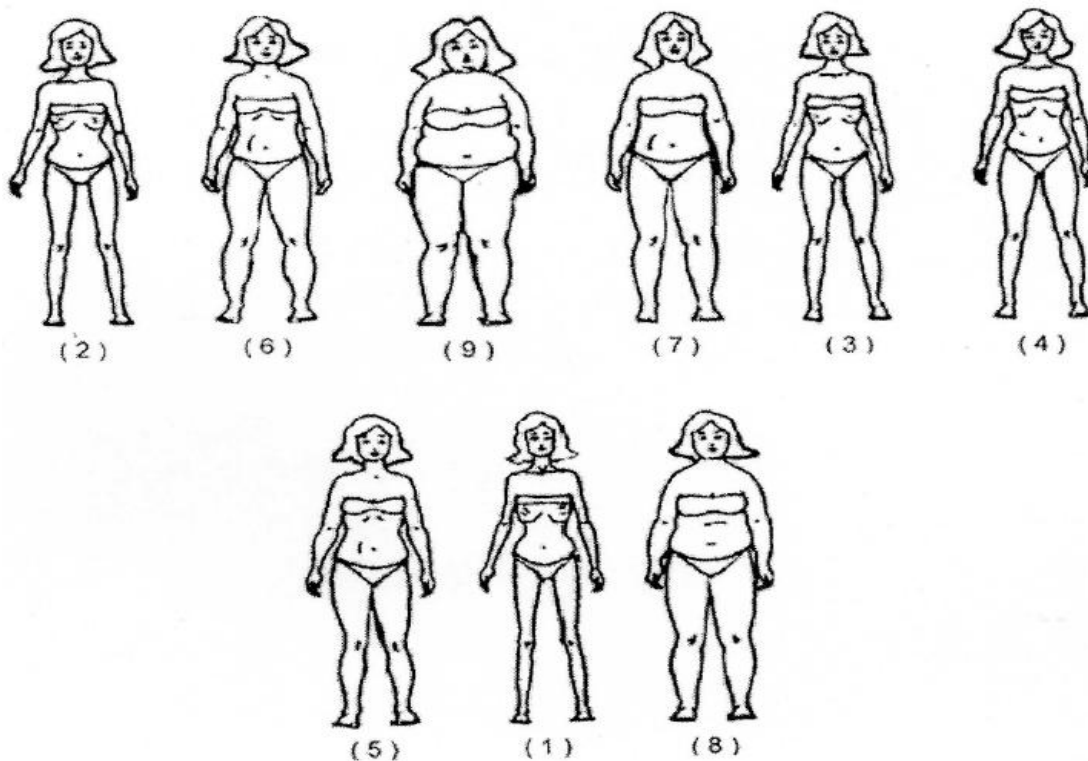
A14. ¿Has practicado meditación? Si ( ) No ( ) ¿De qué tipo? y ¿Por cuánto tiempo?

---

Sección2: A continuación se te harán algunas preguntas con respecto a tu cuerpo, responde con honestidad, los datos son completamente confidenciales y serán usados sólo con fines estadísticos.

Observa con cuidado las siguientes figuras o siluetas y selecciona aquella que se **parezca más** a tu cuerpo. Recuerda sólo seleccionar **una**

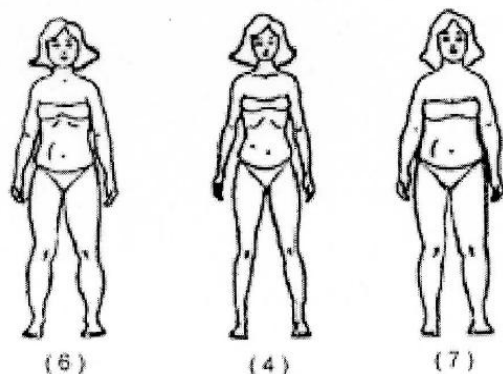
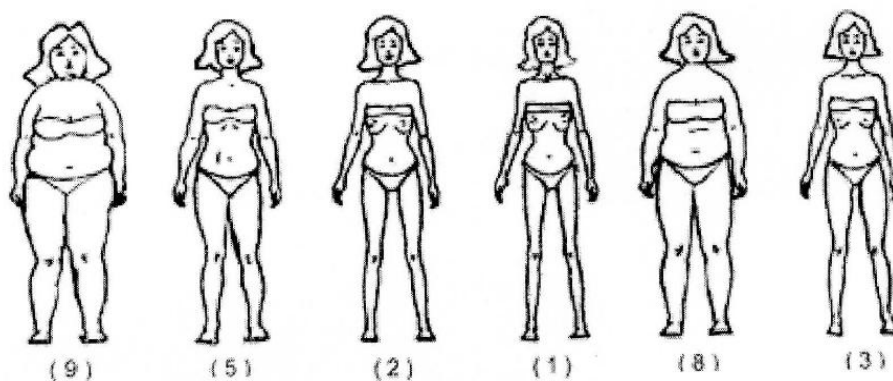
**Mi cuerpo se parece más a:**



B1.-Escribe aquí el número de la silueta que elegiste (    )

Observa con cuidado las siguientes figuras o siluetas y selecciona aquella que **más te gustaría tener**. Recuerda sólo seleccionar **una**.

**Me gustaría que mi cuerpo fuera como:**



B2. Escribe aquí el número de la silueta que elegiste (      )

B3.- Responde la siguiente pregunta, seleccionando sólo una opción y marcándola con una X:

Creo que estoy:

- (1) Muy delgada
- (2) Delgada
- (3) Ni gorda, ni delgada
- (4) Gorda
- (5) Muy Gorda

### SECCIÓN 3 ¿Qué tan de acuerdo estás?


#### Instrucciones:

Lee con atención las siguientes afirmaciones y elije marcando con una X la opción que más se asemeje a tu grado de acuerdo. Recuerda: **iNo existen respuestas correctas o incorrectas!**

Ejemplo:

Me gusta mi forma de ser, si estás De acuerdo con esta afirmación, tacha la opción 3:

1.-Nada de acuerdo	2.-Algo de acuerdo	3.-De acuerdo <b>X</b>	4.-Muy de acuerdo	5.-Totalmente de acuerdo
--------------------	--------------------	---------------------------	-------------------	--------------------------

¡Comienza Aquí!  Afirmación	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
C1. Acepto mis limitaciones como parte de ser humano					
C2. Me perdono por los errores que cometo					
C3. Puedo aceptarme incondicionalmente, incluso cuando me equivoco					
C4. Soy capaz de ser paciente conmigo mismo (a) cuando algo se me dificulta					
C5. Cuando cometo errores, soy capaz de aceptarme en lugar de criticarme					
C6. Cuando atravieso una situación complicada, recuerdo que las dificultades son parte de la vida					
C7. Cuando me siento triste, recuerdo que la tristeza es experimentada por todos los seres humanos					
Afirmación	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
C8. Cuando atravieso una situación difícil, recuerdo que hay personas en el mundo que atraviesan situaciones más difíciles que yo					



### SECCIÓN 4 ¿Qué tan frecuente?


#### Instrucciones:

Lee con atención las siguientes afirmaciones y elije marcando con una X la opción que más se asemeje con lo que acostumbras hacer. Recuerda: **iNo existen respuestas correctas o incorrectas!**

Ejemplo:

Como fuera de casa, si lo haces **a veces**, elije la segunda opción

Nunca	A veces X	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
-------	--------------	----------------	-----------------------	---------

¡Comienza Aquí! 	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
	D1. Me critico por comer ciertos alimentos, por ejemplo comida chatarra, golosinas u otros				
D2. Cuando como alimentos con mucha grasa o azúcar, pienso que voy a engordar					
D3. Me critico cuando como de más					
D4. Pienso que debería comer menos					
D5. Cuando estoy comiendo, me detengo por miedo a engordar					
D6. Cuando estoy comiendo, me es difícil dejar de preocuparme por mi peso					
D7. Cuando estoy contento (a), como aunque NO tenga hambre					
D8. Cuando me siento aburrido (a), como para distraerme					
D9. Cuando siento emociones como tristeza o enojo, como para sentirme mejor					
D10. Evito comer algunos alimentos, por miedo a subir de peso, por ejemplo: el pan, la grasa, golosinas					

Afirmación	Nunca	A veces	Frecuente	Muy Frecuente	Siempre
E1.Me doy cuenta de los colores, los tonos de luz, las formas y las texturas de la naturaleza y el arte					
E2.Percibo los olores y aromas de las cosas					
E3.Pongo atención a los sonidos que hay a mi alrededor, como el cantar de los pájaros o el ruido de los coches					
E4. Cuando camino, pongo atención a las sensaciones de mi cuerpo en movimiento					
E5.Me doy cuenta cuando tengo pensamientos que me alteran, SIN dejarme llevar por ellos					
E6.Cuando tengo pensamiento que me afligen, los reconozco y los dejo ir					
E7.Me doy cuenta de los sentimientos que tengo, sin dejarme llevar por ellos					
E8.En situaciones difíciles, soy capaz de mantener la calma SIN tener que reaccionar inmediatamente					
E9.Cuando tengo pensamientos que me estresan, recobro la calma poco después					
E10.Me es fácil describir mis sentimientos					
E11.Me es fácil expresar en palabras, mis creencias, opiniones y expectativas					
E12.Tiendo a expresar con palabras mis experiencias					
E13.Me es fácil describir con detalle cómo me siento en un momento determinado					
E14. Cuando me siento muy alterado (a), me es fácil expresarlo en palabras					
E15 Noto mis pensamientos cuándo mi ánimo cambia					
E16.Me doy cuenta inmediatamente cuándo mis emociones cambian					
E17.Pongo atención a cómo mis emociones afectan mis pensamientos y mi conducta					
E18.Cuando tengo un mal recuerdo, intento distraerme para que se vaya					
E19.Si hay algo en lo que NO quiero pensar, intento muchas cosas para quitármelo de la cabeza					
F1.Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar					
F2. Como sin medida					

Afirmación	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
F3.No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene					
F4. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas					
F5.Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme					
F6. Disfruto, me gusta sentir el estomago vacío					
F7. Siento que no puedo parar de comer					
F8. Si NO veo la comida, me la puedo pasar sin comer					
F9. No soy consciente de cuanto como					
F10. Difícilmente pierdo el apetito					
F11. Soy de las que se hartan (se llenan de comida)					
F12.Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come					
F13. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)					
F14. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito, me lo incrementan					
F15. Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre"					
F16. Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer					
F17. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estomago lleno					
F18. Paso por períodos en los que como en exceso					
F19. Siento que mi forma de comer se sale de mi control					
F20. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan comidas					
F21. Me avergüenzo de comer tanto					
F22. Como grandes cantidades de alimento aunque NO tenga hambre					
F23.Comer me provoca sentimientos de culpa					
F24.Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso					
F25.Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de comer alimentos "engordadores"					

Afirmación	Nunca	A veces	Frecuente	Muy Frecuente	Siempre
F26. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso					
F27. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso					
F28.-Evito la tortilla y el pan para mantenerme delgada					
F29. Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa					
F30.Soy de los que se preocupan constantemente por la comida					
F31.Me deprimó cuando como de más					
F32.Cuido que mi dieta sea nutritiva					
F33.Como lo que es bueno para mi salud					
F34.Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra					
F35.Procuro mejorar mis hábitos alimentarios					
F36.Como con moderación					
F37.Procuro comer verduras					
F38.Procuro estar al día sobre lo que es una dieta adecuada					

Evaluación de sesión del programa: "Nutriendo el cuerpo, la mente y el corazón"

1.-En qué grado consideras que es útil para ti lo que se abordó en esta programa

Muy útil ( ) Útil ( ) Poco útil ( ) Nada útil ( ). ¿Por qué?, ¿En qué puede ayudarte en tu vida lo que aprendiste? \_\_\_\_\_

2.-¿En qué grado consideras que es aplicable para tu vida lo que se abordó?, Mucho ( ) Algo ( ) Poco ( ) Muy Poco ( ) Nada ( ) ¿Por qué?, ¿Cómo lo has aplicado?, ¿Qué más podrías continuar aplicando en tu vida? \_\_\_\_\_

3.-¿Qué fue lo que **más** te gustó del programa?

4.-¿Qué fue lo que **menos** te gustó del programa?

5.-¿Qué le cambiarías?

6.-¿Si notaste algún cambio en ti desde que inició el programa, hasta ahora, cuál o cuáles fueron esos cambios? (En tus emociones, tu conducta, tus pensamientos, la forma de percibirte y de percibir el mundo). \_\_\_\_\_