

# Atención plena y conciencia corporal en mujeres con trastorno de la conducta alimentaria

## *Mindfulness and body awareness in women with an eating disorder*

Fecha de recepción: 18-02-2021

Fecha de aceptación: 04-07-2021

*Candela Fernández Alcaraz*

CREA. Centro de Recuperación Emocional y Alimentaria. España

*María José Quiles Sebastian,*

Departamento de Ciencias del Comportamiento y Salud. Universidad Miguel Hernández.

CREA. Centro de Recuperación Emocional y Alimentaria. España

*Yolanda Quiles Marcos*

Departamento de Ciencias del Comportamiento y Salud. Universidad Miguel Hernández.

CREA. Centro de Recuperación Emocional y Alimentaria. España

### resumen/abstract:

A las personas con un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) les resulta complicado sentir o reconocer señales corporales, ya que presentan un bloqueo emocional acompañado de pensamientos obsesivos en torno al peso, comida y cuerpo. El objetivo del estudio es describir en un grupo de mujeres con un TCA las variables conciencia y disociación corporales, actitud consciente, no enjuiciamiento, restricción cognitiva, sintomatología ansioso/depresiva y estilos de ingesta, relacionar esas variables entre sí y, por último, analizar si existen diferencias con un grupo de población general. Respecto al método, el estudio es descriptivo de carácter transversal. Se realizó un muestreo incidental y participaron 31 mujeres diagnosticadas de TCA con una media de 30,32 años (DT=11,19) y 66 mujeres de la población general con características sociodemográficas equivalentes a las participantes del grupo de pacientes, donde la media de edad fue de 28,97 años (DT=9,75). Se emplearon los cuestionarios DASS-21, FFMQ-E, TFEQ-R18, DEBQ, SBC y un cuestionario sociodemográfico elaborado ad hoc. En los resultados obtenidos, existen diferencias significativas entre el grupo de TCA y el grupo de población general en las variables ingesta incontrolada ( $p=.003$ ), dieta restrictiva ( $p=.001$ ), comer emocional ( $p=.001$ ) y comer externo ( $p=.001$ ). Los resultados sugieren la relevancia de incluir intervenciones centradas en el mindful eating en estas pacientes.

*People with an ED find it difficult to feel or recognise body signals as they have an emotional blockage accompanied by obsessive thoughts about weight, food and body. The aim of the study is describe in a group of women with an ED the variables body awareness and dissociation, conscious attitude, non-judgement, cognitive restriction, anxious/depressive symptomatology and eating styles, to relate these variables to each other and finally to analyse if there are differences with a general population group. Regarding the methodology, is a descriptive study of a transversal nature. An incidental sampling was carried out and 31 women diagnosed with ED with a mean age of 30,32 (SD=11,19) and 66 women from the general population participated, with sociodemographic characteristics equivalent to those of the patient group, where the mean age was 28,97 (SD=9,75). DASS-21, FFMQ-E, TFEQ-R18, DEBQ, SBC and an ad hoc socio-demographic questionnaire were used for evaluation. Regarding the results, there are significant differences between the ED group and the general population group in the variables uncontrolled eating ( $p=.003$ ), restrictive diet ( $p=.001$ ), emotional eating ( $p=.001$ ) and external eating ( $p=.001$ ). As a conclusion, the results suggest the relevance of including interventions focused on mindful eating in these patients.*

### palabras clave/keywords:

trastornos de la conducta alimentaria, alimentación consciente, mujeres, conciencia corporal, estudio descriptivo.  
*eating disorders, mindful eating, women, body awareness, descriptive study.*

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen una serie de alteraciones psicológicas que conllevan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta (Raich, 2011). Los TCA tienen una etiología multifactorial donde intervienen, de forma simultánea, diversos factores que afectan sobre todo a población preadolescente y adolescente (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009). Este tipo de trastornos va más allá del hecho de comer o no comer, o de “no comer para no engordar”, por lo que es interesante evaluar todos los factores que pueden estar influyendo, ya sea a nivel psicológico, sociocultural, familiar y genético.

Existe una gran variedad de autores que afirman que las personas con un TCA presentan dificultades con la gestión e identificación de sus emociones (Pascual et al., 2011), vinculando la presencia de estos trastornos con factores psicológicos, como la baja autoestima, la ansiedad, la alexitimia, la rigidez psicológica y la dificultad en el manejo de las sensaciones interoceptivas, entre otros (Solano y Cano, 2012). Asimismo, se ha visto que el término de “conciencia emocional” se asocia a los TCA por su afectación en esta patología (Álvarez et al., 2021), debido a que presentan elevados niveles de evitación y sentimientos de “anestesia emocional” (López y Treasure, 2012).

A las personas con un TCA, ya sea Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), como con un Trastorno de atracones (TA), les resulta complicado “sentir” o reconocer señales corporales (como por ejemplo hambre y saciedad), ya que presentan un bloqueo emocional que les impide identificar y reconocer emociones, acompañado de pensamientos obsesivos y/o rumiativos entorno al peso, comida y cuerpo (Álvarez et al., 2021). Está ampliamente demostrado que las diferencias emocionales en estas pacientes, tanto en la conciencia, disociación corporal, como en la evitación, afectan a la conducta alimentaria (Ganley, 1989, como se citó en Ruiz y Llorca, 2016; Lattimore et al., 2017; Sala et al., 2020). De hecho, se hipotetiza que pueden ser una estrategia ante problemas emocionales, debido a que al refofocalizar la atención en la alimentación y el peso, estas pacientes mantienen un espejismo de autocontrol (Álvarez et al., 2021). Además, en los estudios mencionados se ha comprobado que las pacientes que tienen más dificultades a nivel emocional presentan mayores restricciones alimentarias y conductas impulsivas.

Por ello, para mejorar estas dificultades en pacientes con TCA, en trabajos recientes se está sumando al tratamiento de elección avalado por las guías de práctica clínica para estas patologías, la terapia cognitivo-conductual (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009; NICE, 2017), intervenciones basadas en terapias contextuales o de tercera generación, entre ellas destacamos el mindfulness y, en concreto, el mindful eating, puesto que puede resultar una buena vía para modificar comportamientos alimentarios anómalos, ayudando a fomentar un patrón alimentario más saludable (Ruiz y Llorca, 2016), integrando habilidades para dirigir la atención hacia la elección de alimentos, la textura, el sabor, los pensamientos antes, durante y después de la comida (García, 2017), mejorando la aceptación, la atención plena y el no-judicio

(Kristeller et al., 2014) y, por último, aumentando la autoregulación emocional y la conciencia corporal, como indicaban Shapiro y Schwartz en sus estudios (2000).

El mindfulness se incluye dentro de las llamadas terapias de tercera generación, y hace referencia a “una experiencia meramente contemplativa”, tratándose de observar el momento presente con aceptación y sin juzgar o valorar la experiencia (García y Demarzo, 2015).

Mientras que el mindfulness se traduce como “atención plena” o “consciencia plena” al momento presente (Kabat-Zinn, 2007), con el mindful eating se trata de “comer con consciencia plena”, en un estado de aceptación y con actitud de apertura, trasladándolo a todos los elementos fisiológicos (comer con todos los sentidos puestos en el acto de alimentarse, la vista, el olfato, el gusto, el tacto, el oído e incluso las sensaciones interoceptivas, aquellas que proceden de nuestros órganos internos, como por ejemplo el hambre o la saciedad) (ITA Salud Mental, 2019), psicológicos y conductuales de la experiencia alimentaria (García et al., 2017).

La literatura previa ha puesto de manifiesto que el mindful eating añadido a las intervenciones para los TCA es eficaz para obtener mejoras en el estado de ánimo y gestión del pensamiento obsesivo (Giannopoulou et al., 2020; Sala et al., 2019). Esta herramienta favorece la estabilización de un patrón alimentario saludable (muy alterado, por lo general, en pacientes con AN), la reducción de conductas automáticas de ingesta y la disminución de episodios de atracón (tan comunes en BN y TPA). A nivel emocional, ayuda en la regulación emocional, fomenta la aceptación, la actitud compasiva, aumenta la flexibilidad, ayuda a tomar distancia de las emociones sin necesidad de sumergirse en ellas y, por tanto, aporta estrategias diferentes a la evitación y distracción, muy presentes en estas patologías (García et al., 2017).

Teniendo en cuenta la literatura previa, el objetivo de este estudio fue triple; en primer lugar, realizar un análisis descriptivo de las variables conciencia y disociación corporal, actitud consciente, no enjuiciamiento, restricción cognitiva, sintomatología ansioso/depresiva y estilos de ingesta en pacientes con un TCA; en segundo lugar, relacionar esas variables entre sí y, por último, comparar las puntuaciones obtenidas entre el grupo de TCA y otro de población general.

Se espera encontrar que las pacientes con un TCA presenten una menor conciencia corporal y un mayor enjuiciamiento que el grupo control, así como un mayor comer emocional y mayores niveles de ansiedad y depresión.

## Método

### Participantes

Se reclutó un total de 97 mujeres, dividiéndose la muestra en dos grupos. Respecto al grupo de personas con un TCA, estaba compuesto por 31 mujeres diagnosticadas con un TCA que estaban recibiendo tratamiento en un centro de día especializado. Sus edades oscilaban entre los 14 y los 53 años, siendo la edad media de 30,32 años ( $DT=11,19$ ). En cuanto al diagnóstico, un 38,7 % presentaba AN, un 19,4 % BN y un 41,9 % TPA. El diagnóstico fue facilitado por las profesionales del centro que las atendían, y que previamente había sido evaluado, atendiendo a los criterios del DSM-V (APA, 2013).

Respecto al grupo de población general, participaron 66 mujeres, con edades comprendidas entre los 16 y 58 años, con una media de 28,97 años ( $DT=9,75$ ).

Entre ambos grupos no existieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad ( $Z = -,233$ ;  $p = ,816$ ).

### Variables e instrumentos

A continuación, se exponen las variables evaluadas en el estudio y los instrumentos de recogida de datos empleados:

#### Datos sociodemográficos:

Para el grupo con un TCA: se administró un Cuestionario Sociodemográfico elaborado *ad-hoc* donde se recabó información sobre su edad y nivel educativo. El diagnóstico fue facilitado por las profesionales que le atendían en el centro, que fue realizado siguiendo los criterios del DSM-V.

Para el grupo de población general: se administró un Cuestionario Sociodemográfico elaborado *ad-hoc* donde se recabó información sobre su edad, si habían estado o no en tratamiento psicológico durante los últimos 12 meses y, de ser afirmativo, de qué problemática se trataba.

#### Mindfulness:

*Five Factor Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer et al., 2006; Baer et al., 2008). La versión española (FFMQ-E) empleada en este estudio (Cebolla et al., 2012; Asensio-Martínez et al., 2019) se deriva de la traducción doble inversa de la versión original (Quintana, 2016) está compuesta por 5 factores (observar, describir, actuar con consciencia, no enjuiciamiento y no reactividad), repartidos en 39 ítems, que se responden mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1= nunca o muy raramente, 2= raras veces, 3 = a veces, 4 = a menudo, 5 = muy a menudo o siempre es cierto). La adaptación española presenta una consistencia interna que oscila entre  $\alpha = .80$  y  $.91$ .

*Escala de conexión corporal* (SBC) (Price y Thompson, 2007). Se utilizó la adaptación española validada por Soler y García-Campayo (2014), compuesta por 20 ítems que puntúan en una escala tipo Likert que va de 0 = “en absoluto o nunca”, 1 = “un poco”, 2 = “algunas veces”, 3 = “la mayoría del tiempo” a 4 = “todo el tiempo”. Esta escala incluye dos factores: la conciencia y la disociación corporales. Este cuestionario presentó unas propiedades psicométricas adecuadas, con un alfa de Cronbach de  $.83$  y  $.78$ , respectivamente.

### Sintomatología ansioso-depresiva:

*Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21), (Lovibond y Lovibond, 1995), utilizando la versión española de Bados et al. (2005). Está formado por 21 ítems englobados en tres escalas, que evalúan la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés, mediante una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos, donde 0 = No aplicable a mí, 1 = Aplicable a mí un poco, o una pequeña parte del tiempo, 2 = Aplicable a mí bastante, o una buena parte del tiempo, 3 = Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo. Cada escala tiene 7 ítems y su puntuación total varía entre 0 y 21 puntos. El coeficiente alfa de Cronbach fue satisfactorio en todas las subescalas, oscilando entre .73 y .81.

### Relacionados con la conducta alimentaria:

*Three Factor Eating Questionnaire* (TFEQ) (Stunkard y Messick, 1985), utilizando en este estudio la adaptación española (TFEQ-R18) de Jáuregui-Lobera et al. (2014). Este cuestionario está compuesto por 18 ítems y evalúa tres dimensiones de la conducta alimentaria: restricción cognitiva, ingesta incontrolada e ingesta emocional. Se valora mediante una escala tipo Likert de 4 puntos (1 = Raramente, 2 = A veces, 3 = A menudo y 4 = Siempre). Los estudios informan que tiene coeficientes de fiabilidad de consistencia interna adecuados, entre .75 y .87.

*Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ) (Van Strien et al., 1986). Empleamos la escala validada en mujeres españolas por Cebolla et al. en el 2014, compuesta por 33 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = Nunca, 1 = Poco, 2 = A veces, 3 = A menudo y 4 = Muy a menudo). El cuestionario evalúa los estilos de ingesta: restrictivo, emocional y externo. La adaptación española presenta buena consistencia interna ( $\alpha = .79$ ).

### Procedimiento

El estudio se realizó de acuerdo con los principios éticos referidos al estudio con personas y, previamente, fue aprobado por la institución encargada de revisar el trabajo (Oficina de Investigación Responsable, OIR).

La recogida de información se realizó durante los meses de noviembre y diciembre de 2020 y enero de 2021, en un centro de día especializado en el tratamiento de los TCA y a través de un link a Google Forms para la población general. Las participantes del primer grupo cumplimentaron las pruebas en formato papel y de forma presencial.

Antes de cumplimentar el cuestionario, se les explicaron (de forma verbal a las pacientes con TCA y en la primera página del enlace a la batería de cuestionarios a las mujeres de población general) los objetivos del estudio y el uso que se haría de la información (fines de investigación), informando del carácter confidencial y anónimo de su participación. Tras la información facilitada sobre el estudio firmaron el consentimiento informado.

Durante la administración de los cuestionarios se resolvieron las posibles dudas sobre los ítems de la prueba de forma individual. El tiempo medio de cumplimentación de los cuestionarios fue de 15 minutos.

### Tipo de diseño

Se trata de un estudio descriptivo de carácter transversal, en el que se describieron las variables citadas en un grupo de mujeres con TCA, se analizaron las relaciones entre ellas y se compararon los resultados obtenidos con un grupo de mujeres de población general.

### Análisis de los datos

Se realizó en tantas etapas como objetivos tiene el estudio, y se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS v25 (IBM Corp., 2017). Los análisis de normalidad mostraron que la muestra cumplía los supuestos de normalidad. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio, así como se analizaron las relaciones entre variables con un análisis de correlación de Pearson en el grupo de pacientes con TCA. Para la comparación de grupos se utilizó la prueba no paramétrica de *U* de Mann-Whitney. Asimismo, se calculó el tamaño del efecto mediante la *r* de Rosenthal (1991).

## Resultados

### Análisis descriptivo del grupo pacientes con TCA

En la tabla 1 se presentan las puntuaciones medias, desviaciones típicas y puntuaciones mínimas y máximas del grupo de pacientes con un TCA en las variables evaluadas.

### Análisis de relaciones

De estos análisis, en la Tabla 2 se puede observar que, respecto al cuestionario DASS-21, la variable *ansiedad*, presentó relaciones fuertes y positivas con las variables *restricción cognitiva* y *disociación corporal*, y relaciones elevadas y negativas con las variables del FFMQ-E *actitud consciente*, *no enjuiciamiento* y *no reactividad*. Con respecto a la variable *depresión*, estableció correlaciones fuertes y positivas con *restricción cognitiva* y *disociación corporal*, así como relaciones fuertes y negativas con *actitud consciente*, *no enjuiciamiento* y *no reactividad*, igual que la variable *estrés*. En cuanto al TFEQ-R18, sólo la variable *restricción cognitiva* mostró una correlación fuerte y positiva con la de *ingesta*. Para continuar, en el DEBQ, el factor *ingesta externa* presentó una correlación fuerte negativa con *no enjuiciamiento*. Por último, del cuestionario FFMQ-E, hubo dos variables que se relacionaron fuerte y positivamente, como son *no reactividad* con *conciencia corporal*, mientras que la *no reactividad* mostró una relación fuerte y negativa con la variable del cuestionario SBC *disociación corporal*.

### Análisis de diferencias entre grupos

Se calculó si existían diferencias significativas entre el grupo de mujeres con TCA y el grupo de población general, con respecto a todas las variables evaluadas.

Como puede observarse en la Tabla 3, los resultados muestran que las mujeres del grupo de población general frente al grupo con TCA, presentaron puntuaciones medias más elevadas y significativamente diferentes en las variables relacionadas con *mindfulness*, tales como *describir* ( $p=,001$ ), *observar* ( $p=,001$ ), *actuar con conciencia* ( $p=,001$ ), *no enjuiciamiento* ( $p=,001$ ) y *no reactividad* ( $p=,001$ ), así como *conciencia corporal* ( $p=,001$ ). Además, ellas, en comparación con TCA, obtuvieron puntuaciones medias más elevadas y estadísticamente diferentes en la variable de *mindful eating restricción cognitiva* ( $p=,001$ ).

Por su parte, las pacientes del grupo con TCA frente al de población general, presentaron puntuaciones medias más elevadas y significativamente diferentes en las variables de conducta alimentaria, como son *ingesta incontrolada* ( $p=.003$ ), *dieta restrictiva* ( $p=.001$ ), *comer emocional* ( $p=.001$ ) y *comer externo* ( $p=.001$ ). En comparación con el grupo de población general, el de TCA mostró puntuaciones medias significativamente más elevadas en las variables emocionales *ansiedad* ( $p=.035$ ) y *depresión* ( $p=.002$ ). En la misma línea, tal y como indica la tabla, las pacientes con TCA obtuvieron puntuaciones medias significativamente más altas en la variable *disociación corporal* ( $p=.001$ ), entendida como lo contrario al mindfulness y caracterizada por la evitación de la experiencia interna.

Por último, los análisis de resultados mostraron que, aunque la población con TCA puntuó más elevado en la variable *estrés* que las mujeres de población general, estas diferencias no fueron significativas ( $p=.152$ ).

## Discusión

Este estudio ha tenido como objetivo describir en un grupo de pacientes con un TCA variables relacionadas con el mindful eating, con la conducta alimentaria y el estado emocional, así como analizar las relaciones entre estas variables. Además, también tuvo como objetivo comparar las puntuaciones obtenidas en el grupo de TCA con un grupo de población general.

Con respecto a los descriptivos del grupo de TCA, las puntuaciones medias obtenidas en las variables de mindful eating *describir*, *no enjuiciamiento*, *no reactividad*, *actitud consciente*, *ingesta emocional y externa* y *disociación corporal* son elevadas y similares a las obtenidas en otros estudios en pacientes con TCA (Ruiz y Llorca, 2016; Yu et al., 2020), ya que estas mujeres presentan niveles elevados de evitación y desconexión, encontrándose ausentes y anestesiadas emocionalmente en el momento de comer, presentando comportamientos impulsivos en forma de atracones (Godfrey et al., 2015, como se citó en Ebrahim et al., 2020).

En cuanto a los análisis de relaciones, los niveles de ansiedad y depresión se relacionaron de manera positiva con la *restricción cognitiva* y *disociación corporal* y de manera negativa, con *no enjuiciamiento*, *no reactividad* y *actitud consciente*. De este modo, los resultados de nuestra muestra parecen indicar que en estas pacientes los niveles de *depresión* y *ansiedad* se relacionan con restringir de manera consciente la ingesta de alimentos para controlar el peso corporal (Pérez-Fuentes et al., 2019). En cuanto a las variables de mindful eating, se obtiene que la *ingesta externa* se relacionó de forma negativa con *no enjuiciamiento*, tal y como se relacionaron los niveles de *no reactividad* con los de *disociación corporal*, mientras que la *no reactividad* se relacionó de forma positiva con los niveles de *conciencia corporal*. Estos resultados sugieren, en la misma línea que la literatura previa, que las pacientes con TCA cuando se exponen a señales relacionadas con la comida (gusto, olfato, vista), presentan niveles elevados de autocrítica (Andrés et al., 2017), así como que los niveles de *depresión* y *ansiedad* se relacionan con conductas alimentarias anómalas, además de con niveles elevados de *ingesta emocional y externa*, *enjuiciamiento* y *disociación corporal* (Borda et al., 2014).

En lo referente a las diferencias entre grupos, se concluye que las mujeres con TCA presentan puntuaciones más bajas que la población general en *describir, observar, actuar con consciencia, no enjuiciamiento, no reactividad y conciencia corporal* y, por el contrario, presentan puntuaciones superiores a la población general en las variables *dieta restrictiva, comer emocional, comer externo, ingesta incontrolada*, así como en *ansiedad y depresión*. Estos resultados confirman nuestra hipótesis en la que se esperaba encontrar que las pacientes con un TCA presentarían una menor conciencia corporal y un mayor enjuiciamiento que el grupo control, así como un mayor comer emocional y mayores niveles de ansiedad y depresión. Estos resultados son similares a los hallados en la bibliografía previa, e indican que las pacientes con TCA, en comparación con las mujeres de población general, presentan un peor estado emocional, se muestran más desconectadas de su cuerpo, prestan menos atención al entorno, actúan más en piloto automático, no consiguen distanciarse de sus pensamientos y emociones, reaccionan a estímulos externos, comportándose de manera pasiva, presentan mayor dificultad a la hora de detectar aspectos sutiles de la ingesta y tienen una respuesta emocional mayor en el momento de la ingesta, tanto *emocional* como *externa* (Quintana, 2016; Yu et al., 2020).

Estos resultados sugieren la importancia de incluir en el tratamiento de estas pacientes intervenciones que incluyan *mindfulness* y *mindful eating*. En la literatura reciente donde se han aplicado este tipo de programas en mujeres con TCA, se ha demostrado que, al potenciar la actitud consciente, se producían cambios en la ingesta emocional. En la misma línea, las conclusiones arrojaban información sobre que, a mayores puntuaciones en *actitud consciente, no reactividad, observación y aceptación, menor enjuiciamiento*, niveles más bajos de crítica interna, mejoras en sintomatología ansioso/depresiva y reducción de la *ingesta incontrolada y emocional* y, por tanto, de los atracones; es decir, trabajando *mindfulness* y *mindful eating* se reducía la sintomatología propia del TCA y mejoraban variables clínicas asociadas a estos trastornos (Cura, 2020; Sala et al., 2018).

Aun así, las conclusiones de este trabajo se deben tomar con cierta cautela dadas las limitaciones que presenta. En primer lugar, el reducido tamaño muestral de las mujeres con un TCA, así como la heterogeneidad de diagnósticos y las edades. Estas limitaciones dificultan la generalización de los resultados encontrados. Asimismo, otro aspecto a tener en cuenta son las condiciones de administración: el grupo con TCA cumplimentó la batería de cuestionarios en el momento en el que asistían al centro de día en el que se las trataba, mientras que el grupo de población general lo cumplimentó de manera online a través de un formulario de Google Forms. Por último, se considera importante mencionar que, debido a la situación sanitaria de la COVID-19, los resultados de ambas muestras pueden no ser del todo precisos, sobre todo en las variables *ansiedad/depresión*, debido al desgaste emocional que se ha podido sufrir.

No obstante, y a pesar de estas limitaciones, los resultados de nuestro trabajo son prometedores respecto a la idoneidad de incluir en el tratamiento de los TCA intervenciones centradas en el *mindful eating* (Murray, 2019; Tronieri et al., 2020), con la finalidad de mejorar en estas pacientes su relación con la comida y consigo mismas.

Debido a que el avance en el conocimiento de los TCA nos devuelve, una y otra vez, su complejidad (Hernangómez, 2020), los resultados de este trabajo implican la necesidad de seguir investigando sobre la pertinencia de incluir el mindful eating como herramienta en el tratamiento de los TCA (Álvarez et al., 2021), ya que los resultados obtenidos nos muestran cómo un aumento de la conciencia en la experiencia de la alimentación se correlaciona de forma negativa con los estilos de ingesta y éstos, a su vez, están relacionados con la aparición de TCA (Beccia et al., 2020).

## Referencias

- Álvarez, V., Maldonado-Ferrete, R., Catalán-Camacho, M., y Jáuregui-Lobera, I. (2021). Quién influye en quién: el trío Flexibilidad Cognitiva – Emociones – Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Journal Of Negative and No Positive Results*, 8(1), 47 – 67. DOI: 10.19230/jonnpr.3687
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a ed.)*. Arlington, VA: Autor.
- Andrés, A., Oda-Montecinos, C., y Saldaña, C. (2017). Comportamientos alimentarios en una muestra comunitaria de hombres y mujeres: propiedades psicométricas del DEBQ. *Terapia Psicológica*, 35(2), 141 – 152. Recuperado a partir de <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/174>
- Asensio-Martínez, A., Masluk, B., Montero-Marín, J., Olivan-Blázquez, B., Navarro-Gil, M. T., García-Campayo, J., y Magallón-Botaya, R. (2019). Validation of Five Facets Mindfulness Questionnaire – Short form, in Spanish, general health care services patients sample: Prediction of depression through mindfulness scale. *PLoS One*, 14(4). doi: 10.1371/journal.pone.0214503.
- Bados, A., Solanas, A., y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679 – 683. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8331>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27 – 45. DOI: 10.1177/1073191105283504
- Baer, R., Smith, G., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., y Williams, J. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329 – 342. DOI: 10.1177/1073191107313003
- Beccia, A. L., Ruf, A., Druker, S., Ludwig, V. U., y Brewer, J. A. (2020). Women's Experiences with a Mindful Eating Program for Binge and Emotional Eating: A Qualitative Investigation into the Process of Change. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 26(10), 937–944. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0318>
- Borda, M., Celemin, A., Palacio, L., y Majul, F. (2014). Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*, 31(1). <http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.1.5751>
- Castillo, M. (20 de abril, 2019). Mindfuleating o comer con conciencia plena. Un nuevo enfoque en el tratamiento de los Trastornos Alimentarios. *ITA Salud Mental*. Recuperado de <https://itasaludmental.com/blog/link/123>
- Cebolla, A., Barrada, J. R., Van Strien, T., Oliver, E., y Baños, R. (2014). Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite*, 73, 58 – 64. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.10.014>
- Cebolla A., García-Palacios A., Soler J., Guillén V., Baños R., y Botella C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the five facets of mindfulness questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118 – 126. <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Cura, M. (2020). Efectividad de un programa de mindfulness en los trastornos de la conducta alimentaria (proyecto de investigación). *Revista Enfermería CyL*, 12(1), 81 – 90.
- Ebrahim, H., Abo-Elyazeed, S., y Abdelaty, L. (2020). Eating Disorders among Female University Students and its' Relation with their Body Attitudes and Mindful Eating. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 19(1), 8-32. doi: 10.21608/tsnj.2020.131959
- García, J., y Demarzo, M. (2015). *Mindfulness y compasión. La nueva revolución*. Siglantana.

- García, J., Morillo, H., López-Montoyo, A., y Demarzo, M. (2017). *Mindful eating: el sabor de la atención*. Siglantana.
- Giannopoulou, I., Kotopouleas-Nikolaïdi, M. K., Daskou, S., Martyn, K., y Patel, A. (2020). Mindfulness in eating is inversely related to binge eating and mood disturbances in university students in health-related disciplines. *Nutrients*, *12*(2), 396. <https://doi.org/10.3390/nu12020396>
- Godfrey, K. M., Gallo, L. C., y Afari, N. (2015). Mindfulness - based interventions for binge eating: A systematic review and meta-analysis. *Journal of behavior medicine*, *38*(2), 348 – 362.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Hernández-Lalinde, J., Franklin, J., Peñaloza, M. E., y Rodríguez, J. E. (2018). Sobre el uso adecuado del coeficiente decorrelación de Pearson: definición, propiedades y suposiciones. *AVFT—Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, *37*(5), 587–595.
- Hernangómez, L. (2020). Complejidad de los trastornos alimentarios. *Revista de Psicoterapia*, *31*(115), 1 – 3. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.351>
- IBM Corp. Released (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jáuregui-Lobera, I., García-Cruz, P., Carbonero-Carreño, R., Magallares, A., y Ruiz-Prieto, I. (2014). Psychometric properties of Spanish version of the Three-Factor Eating Questionnaire-R18 (TFEQ-SP) and its relationship with some eating- and body image-related variables. *Nutrients*, *6*, 5619 – 5635. DOI: 10.3390/nu6125619
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Kairós.
- Kristeller, J. L., y Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, *4*(3), 357 – 363. DOI: 10.1177/135910539900400305
- Larrañaga, A., Docet, A., y García-Mayor, R. (2012). High prevalence of eating disorders not-otherwise specified in northwestern Spain: population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(10), 1669 – 1673. doi: 10.1007/s00127-012-0473-1.
- Lattimore, P., Mead, B. R., Irwin, L., Grice, L., Carson, R., y Malinowski, P. (2017). ‘I can’t accept that feeling’: Relationships between interoceptive awareness, mindfulness, and eating disorder symptoms in females with, and at risk of an eating disorder. *Psychiatry research*, *247*, 163–1717. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.022>
- López, C. C., y Treasure, J. (2012). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica*, *22*(1), 85 – 97.
- Lovibond, P., y Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 335 – 343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u.
- Murray, S. B. (2019). Updates in the treatment of eating disorders in 2018: A year in review in eating disorders: The Journal of Treatment & Prevention. *Eating disorders*, *27*(1), 6-17. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1567155>
- National Institute for Health and Care Excellence (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment*. NICE.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. S., y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *11*(2), 229 – 247.
- Price, C., y Thompson, E. (2007). Measuring Dimensions of Body Connection: Body Awareness and Bodily Dissociation. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *13*, 945 – 953. doi: 10.1089/acm.2007.0537
- Quintana, B. M. (2016). *Evaluación de Mindfulness: Aplicación del cuestionario Mindfulness de cinco facetas (FFMQ) en población española* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/37535/>
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Ediciones Pirámide.
- Rosenthal, R. (1991). Effect sizes: Pearson’s correlation, its display via the BESD, and alternative indices. *American Psychologist*, *46*(10), 1086–1087. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.10.1086>
- Ruiz, S., y Llorca, G. (2016). Mindful eating y estilos de ingesta en pacientes con trastornos alimentarios. *Àgora de Salut*, *3*(36), 339 – 345. doi: <http://dx.doi.org/10.6035/>

- Sala, M., Brosos, L. C., y Levinson, C. A. (2019). Repetitive negative thinking predicts eating disorder behaviors: A pilot ecological momentary assessment study in a treatment seeking eating disorder sample. *Behaviour Research and Therapy*, 112, 12–17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.005>
- Sala, M., Shankar, S., Vanzhula, I. A., y Levinson, C. A. (2020). Mindfulness and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 1–18. <https://doi.org/10.1002/eat.23247>
- Sala, M., Vanzhula, I. A., y Levinson, C. A. (2018). A longitudinal study on the association between facets of mindfulness and eating disorder symptoms in individuals diagnosed with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 27(3), 295–305. <https://doi.org/10.1002/erv.2657>
- Shapiro, S. L., y Schwartz, G. E. (2000). The role of intention in self-regulation: Toward intentional systemic mindfulness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation*, 253–273. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50037-8>
- Solano, N., y Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. [Versión electrónica]. *Psicothema*, 24(3), 384–389.
- Soler, J., y García-Campayo, J. (2014). Conciencia corporal y mindfulness: Validación de la versión española de la escala de conexión corporal (SBC). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(2), 57–67.
- Stunkard, A. J., y Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 71–83. DOI: 10.1016/0022-3999(85)90010-8
- Tronieri, J. S., Wadden, T. A., Pearl, R. L., Berkowitz, R. I., Alamuddin, N., y Chao, A. M. (2020). Mindful Eating, General Mindful Awareness, and Acceptance as Predictors of Weight Loss. *Mindfulness*, 11, 2818–2827. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01493-5>
- Van Strien, T., Rijters, J. E., Bergers, G., y Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295–315.
- Yu, J., Song, P., Zhang, Y., y Wei, Z. (2020). Effects of Mindfulness-Based Intervention on the Treatment of Problematic Eating Behaviors: A Systematic Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 1–14. DOI: 10.1089/acm.2019.0163

Tabla 1.- Descriptivos del grupo de mujeres con TCA

|                        | M (DT)        | Mín. | Máx. |
|------------------------|---------------|------|------|
| Depresión              | 9,16 (6,25)   | 0    | 19   |
| Ansiedad               | 8,45 (5,66)   | 0    | 19   |
| Estrés                 | 11,32 (5,25)  | 2    | 20   |
| Ingesta incontrolada   | 31,77 (15,99) | 12   | 97   |
| Restricción cognitiva  | 19,03 (11,66) | 9    | 74   |
| Observar               | 22,42 (7,44)  | 12   | 35   |
| Describir              | 25,06 (6,47)  | 17   | 38   |
| Actuar con consciencia | 20,71 (6,56)  | 11   | 33   |
| No enjuiciamiento      | 20,10 (5,79)  | 9    | 30   |
| No reactividad         | 17,84 (3,63)  | 8    | 26   |
| Conciencia corporal    | 23,90 (6,54)  | 9    | 35   |
| Disociación corporal   | 13,97 (5,96)  | 4    | 30   |
| Dieta restrictiva      | 25,55 (10,04) | 7    | 37   |
| Ingesta emocional      | 34,00 (8,68)  | 7    | 51   |
| Comer externo          | 23,23 (8,89)  | 3    | 37   |

DT = desviación típica; M = media; Mín. = mínimo; Máx. = máximo; TCA = Trastornos de Conducta Alimentaria

Tabla 2.- Análisis de relaciones en grupo de pacientes con un TCA

|      | (2)    | (3)    | (4)   | (5)    | (6)    | (7)    | (8)    | (9)   | (10)    | (11)    | (12)   | (13)    | (14)   | (15)    |
|------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|-------|---------|---------|--------|---------|--------|---------|
| (1)  | ,903** | ,864** | -,260 | -,236  | ,521** | ,304** | ,287** | -,014 | -,632** | -,631** | ,032   | -,593** | -,119  | ,531**  |
| (2)  |        | ,815** | -,259 | -,154  | ,602** | ,369*  | ,307** | -,060 | -,532** | -,528** | -,164  | -,735** | -,241  | ,524**  |
| (3)  |        |        | -,173 | -,105  | ,399** | ,202   | ,291** | ,017  | -,627** | -,619** | ,025   | -,581** | -,074  | ,403*   |
| (4)  |        |        |       | ,516** |        | -,068  | ,030   | -,037 | -,002   | ,133    | ,004   | ,139    | ,121   | -,164   |
| (5)  |        |        |       |        | -,060  |        |        |       |         |         |        |         |        |         |
| (6)  |        |        |       |        | ,228   | ,259   | ,377*  | -,245 | -,063   | ,049    | -,077  | ,180    | ,070   | -,103   |
| (7)  |        |        |       |        |        | ,826** | ,808** | -,114 | -,416*  | -,465** | -,124  | -,384*  | -,136  | ,229    |
| (8)  |        |        |       |        |        |        | ,868** | -,229 | -,214   | -,455*  | -,138  | -,092   | -,272  | ,315    |
| (9)  |        |        |       |        |        |        |        | -,278 | -,206   | -,540** | -,135  | -,021   | -,216  | ,057    |
| (10) |        |        |       |        |        |        |        |       | -,181   | ,168    | ,661** | ,039    | ,357*  | -,157   |
| (11) |        |        |       |        |        |        |        |       |         | ,437*   | ,338   | ,150    | ,231*  | -,576** |
| (12) |        |        |       |        |        |        |        |       |         |         | -,279  | ,245    | -,218  | -,302   |
| (13) |        |        |       |        |        |        |        |       |         |         |        | ,371*   | -,112  | ,055    |
| (14) |        |        |       |        |        |        |        |       |         |         |        |         | ,557** | -,116   |
| (15) |        |        |       |        |        |        |        |       |         |         |        |         |        | -,357*  |

(1)=DASS\_Ansiedad;(2)=DASS\_Depresión;(3)=DASS\_Estrés;(4)=TFEQ\_Restricción;(5)TFEQ\_Ingesta;(6)=DEBQ\_Restricción;(7)=DEBQ\_Emocional;(8)=DEBQ\_Externo;(9)=FFMQ\_Describir;(10)=FFMQ\_Actitud\_consciente;(11)=FFMQ\_No\_enjuiciamiento;(12)=Observar;(13)=FFMQ\_No\_reactividad;(14)=SBC\_Conciencia\_Corporal;(15)=SBC\_Disociación\_corporal.

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 3.- Análisis de diferencias entre grupos

| Test     | Variable        | Grupo TCA<br>M (DT) | Grupo PG<br>M (DT) | Z      | p    | r     |
|----------|-----------------|---------------------|--------------------|--------|------|-------|
| DASS-21  | Depresión       | 9,16 (6,25)         | 5,18 (5,49)        | -3,125 | ,002 | -0,32 |
|          | Ansiedad        | 8,45 (5,66)         | 6,00 (5,40)        | -2,111 | ,035 | -0,21 |
|          | Estrés          | 11,32 (5,25)        | 9,48 (5,36)        | -1,434 | ,152 | -0,15 |
| TFEQ-R18 | Ing.emocional   | 31,77 (15,99)       | 11,38 (4,62)       | -2,989 | ,003 | -0,30 |
|          | Restr.cognitiva | 19,03 (11,66)       | 22,98 (8,47)       | -4,598 | ,001 | -0,47 |
| FFMQ-E   | Observar        | 22,42 (7,44)        | 28,15 (5,77)       | -3,529 | ,001 | -0,36 |
|          | Describir       | 25,06 (6,47)        | 29,97 (6,29)       | -3,391 | ,001 | -0,34 |
|          | Act.consc.      | 20,71 (6,56)        | 26,83 (6,27)       | -4,167 | ,001 | -0,42 |
|          | No enj.         | 20,10 (5,79)        | 27,89 (7,45)       | -4,795 | ,001 | -0,50 |
|          | No react.       | 17,84 (3,63)        | 22,29 (5,07)       | -3,896 | ,001 | -0,40 |
| SBC      | Conc. corp.     | 23,90 (6,54)        | 33,26 (7,72)       | -5,109 | ,001 | -0,52 |
|          | Disociac. corp. | 13,97 (5,96)        | 7,89 (5,25)        | -4,671 | ,001 | -0,47 |
| DEBQ     | Restricción     | 25,55 (10,04)       | 15,05 (8,02)       | -4,625 | ,001 | -0,50 |
|          | Emocional       | 34,00 (8,68)        | 21,68 (10,37)      | -5,299 | ,001 | -0,54 |
|          | Externo         | 23,23 (8,89)        | 13,52 (7,07)       | -4,765 | ,001 | -0,48 |

*Act.consc* = actitud consciente; *Conc.corp* = conciencia corporal; *Disociac.corp* = disociación corporal; *Enj.* = enjuiciamiento; *Ing*= ingesta; *DT* = desviación típica; *M*= media; *P* =sig.asintótica; *PG* = población general; *r* = r de Rosenthal; *React.*=reactividad; *Restr.* = restricción; *Z* = estadístico de contraste.