



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL

SANITARIA

Curso 2020-2021

Trabajo Fin de Máster

**Atención plena y conciencia corporal en un grupo de mujeres con un Trastorno de
Conducta Alimentaria**

Autora: Candela Fernández Alcaraz

Tutora: María José Quiles Sebastián

Co-tutora: Yolanda Quiles Marcos

Convocatoria: enero 2021

Resumen

Introducción. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen una serie de alteraciones psicológicas que conllevan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta. A las personas con un TCA les resulta complicado sentir o reconocer señales corporales, ya que presentan un bloqueo emocional acompañado de pensamientos obsesivos entorno al peso, comida y cuerpo. **Objetivo.** 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. **Método.** Estudio 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 ($DT=9,75$). Para la evaluación se emplearon los cuestionarios DASS-21, FFMQ-E, TFEQ-R18, DEBQ, SBC y un cuestionario sociodemográfico elaborado Ad-hoc. **Resultados.** 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* ($p=,001$). **Conclusiones.** Los resultados sugieren la relevancia de incluir intervenciones centradas en el mindful eating en estas pacientes.

Palabras clave: trastornos de conducta alimentaria, alimentación consciente, mujeres, conciencia corporal, estudio descriptivo.

Abstract

Introduction. Eating disorders (ED) are a series of psychological disorders that lead to serious abnormalities in eating behaviour. People with 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. **Objective.** To 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. **Method.** 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. **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 ($p=,001$). **Conclusions.** The results suggest the relevance of including interventions focused on mindful eating in these patients.

Key words: eating disorders, mindful eating, women, body awareness, descriptive study.

Atención plena y conciencia corporal en un grupo de mujeres con un Trastorno de Conducta Alimentaria

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).

En las últimas décadas, los TCA se han convertido en una de las áreas de mayor preocupación para el ámbito sociosanitario, puesto que se ha ido incrementando la incidencia y prevalencia de casos clínicos (Álvarez et al., 2015; Gaete y López, 2020; Sánchez-Carracedo et al., 2016), así como la mortalidad en estas patologías (Larrañaga et al., 2012). En España, la prevalencia de mujeres con TCA es aproximadamente de un 4 – 6% y en hombres del 1% (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [SEMG], 2018). En mujeres, los TCA son la tercera causa de enfermedad crónica en la adolescencia, según datos obtenidos por la Fundación FITA (Ostiz y Díaz, 2019) y por la Organización Mundial de la Salud (2018).

Los TCA tienen una etiología multifactorial donde intervienen, de forma simultánea, diversos factores que afectan sobre todo a población femenina (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 personas con un TCA presentan dificultades con la gestión e identificación de sus emociones (Harrison et al., 2009; 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 Trastorno de Atracones (TPA), 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 (Fox y Froom, 2009), debido a que al refocalizar 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 las que destacamos el mindfulness y, en concreto, el mindful eating, ya que puede resultar una herramienta

adecuada 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 et al., 2017), mejorando la aceptación, la atención plena y el no-juicio (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; Shapiro et al., 2006; Vallejo, 2006).

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) (Castillo, 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).

Entre los programas y terapias psicológicas que incluyen mindful eating en sus intervenciones para pacientes con TCA, destacan (García et al., 2017):

- Entrenamiento de Mindfulness para comer de manera consciente (MB-EAT) (Kristeller y Hallet, 1999). Fue el primer estudio publicado y diseñado para el TPA. Se basa en el MBSR de Kabat-Zinn (Mindfulness Basado en la Reducción del Estrés), en la Terapia Cognitiva y meditaciones de imaginación guiada, enfocadas en la imagen corporal, el peso y las sensaciones físicas de hambre y saciedad. Los resultados del estudio mostraron mejoras en ansiedad/depresión, aumento en conciencia de hambre/saciedad y reducción de atracones. Los autores concluyeron que los cambios en la atención correlacionaron positivamente con cambios en comer emocionalmente.
- Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) (Segal et al., 2006). Programa dirigido a pacientes con TCA. Se centra también en el MBSR de Kabat-Zinn (2003). Incluye técnicas para aprender a observar sin juzgar, aceptación de las sensaciones interoceptivas y propioceptivas corporales, así como de las emocionales. Su aplicación favorece la reducción de atracones, aumenta los niveles de autoobservación y aceptación y reduce la crítica interna.
- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes et al., 1999). Tiene como objetivo aumentar la flexibilidad psicológica, a través del aprendizaje de habilidades que enseñan a estar en contacto con el momento presente de forma consciente y plena.

- Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) (Linehan, 1993). Se trata de una adaptación del programa DBT para el trastorno límite de la personalidad dirigido a pacientes con TPA y BN. Su intervención va dirigida hacia la mejora de la regulación emocional y de la tolerancia al malestar, llevando consigo una reducción de las conductas impulsivas automáticas.

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 corporales, actitud consciente, no enjuiciamiento, restricción cognitiva, sintomatología ansioso/depresiva y estilos de ingesta; 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.

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 de 16 a 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 grupo de TCA: se realizó un Cuestionario Sociodemográfico elaborado ad-hoc donde se recabó información sobre su edad y diagnóstico de TCA.
 - Para grupo de población general: se realizó 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 (Asensio-Martínez et al., 2019; Cebolla et al., 2012) 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 dimensiones de la conducta alimentaria: restricción cognitiva e ingesta incontrolada/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, el Comité Ético del Hospital de Elche (HGUA) (Apéndice A).

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 explicó (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. Asimismo, se les instó a leer la protección de datos y el consentimiento informado elaborado para el proyecto, que se encontraba en la primera página del cuadernillo de respuestas (Apéndice B).

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 versión 25 (IBM Corp., 2017).

- Se realizaron los análisis pertinentes para comprobar si las variables evaluadas en las diferentes muestras seguían una distribución normal. Los resultados mostraron que no se cumplían los supuestos de normalidad.
- Para el primer objetivo, se realizó un análisis descriptivo de los datos, obteniendo descriptivos de la muestra y de cada una de las variables (medias, desviaciones típicas, mínimos y máximos).
- Para el segundo, se aplicó el análisis de correlación de Pearson para analizar las relaciones entre variables, basándome en Hernández-Lalinde et al. (2018) para su interpretación.
- Y, para el tercero, se realizó un análisis de diferencias para poder comparar los dos 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.

Tabla 1

Descriptivos del grupo de mujeres con TCA

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

DT = desviación típica; *M* = media; *Mín.* = mínimo; *Máx.* = máximo; *TCA* =

Trastornos de Conducta Alimentaria

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 incontrolada*. 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*.

Tabla 2

Análisis de relaciones

	(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**	-,060	-,068	,030	-,037	-,002	,133	,004	,139	,121	-,164
(5)					,228	,259	,377*	-,245	-,063	,049	-,077	,180	,070	-,103
(6)						,826**	,808**	-,114	-,416*	-,465**	-,124	-,384*	-,136	,229
(7)							,868**	-,229	-,214	-,455*	-,138	-,092	-,272	,315
(8)								-,278	-,206	-,540**	-,135	-,021	-,216	,057
(9)									-,181	,168	,661**	,039	,357*	-,157
(10)										,437*	,338	,150	,231*	-,576**
(11)											-,279	,245	-,218	-,302
(12)												,371*	-,112	,055
(13)													,557**	-,116
(14)														-,357*

(1)=DASS_Ansiedad;(2)=DASS_Depresión;(3)=DASS_Estrés;(4)=TFEQ_Restricción;(5)TFEQ_Ingesta_Incontrolada;(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).

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 consciencia* ($p=,001$), *no enjuiciamiento* ($p=,001$) y *no reactividad* ($p=,001$), así como *consciencia 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 ($p=,152$).

Tabla 3*Análisis de diferencias entre grupos*

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

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 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).

Nuestros 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 en lo referente 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 (Braet y Van Strien, 1997, como se citó en Beccia et al., 2020). Por todo ello, se considera que estos datos son relevantes de cara a la intervención terapéutica de los TCA, así como para la prevención de estas patologías en población general.



Referencias

- Álvarez, M. L., Bautista, I., y Serra, L. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2283 – 2288. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8583>
- 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*, 6(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., Oliván-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., Celemín, 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>
- Braet, C., y Van Strien, T. (1997). Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year old obese and non-obese children. *Behavior Research Theory*, 35, 863 – 873.
- 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
- Fox, J. R. E., y Froom, K. (2009). Eating disorders: A basic emotion perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 328–335. DOI:10.1002/cpp.622
- Gaete, V., y López C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: rol del pediatra. Recomendaciones de la Rama de Adolescencia de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(5), 800 – 808. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i5.1537>
- Ganley, R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 343 – 361.

[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198905\)8:3<343::AID-EAT2260080310>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198905)8:3<343::AID-EAT2260080310>3.0.CO;2-C)

- 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., Kotopoulea-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. DOI: 10.1007/s10865-014-9610-5
- 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.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., y Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 348 – 356. DOI: 10.1002/cpp.628

- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford.
- Hernández-Lalinde, J., Franklin, J., Peñaloza, M. E., y Rodríguez, J. E. (2018). Sobre el uso adecuado del coeficiente de correlación 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(12), 5619 – 5635. DOI: 10.3390/nu6125619
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73–107.
- 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

- Kristeller, J. L., Wolever, R. Q., y Sheets, V. (2014). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*, 5(3), 282 – 297. DOI 10.1007/s12671-012-0179-1
- 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>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- 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.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11)*. OMS.
- Ostiz, M., y Díaz, T. (10 de enero de 2019). Trastornos alimentarios: niños cada vez más pequeños, diagnósticos más precisos. *La Vanguardia*. Recuperado de <https://www.lavanguardia.com/vida/20190110/454064477994/trastornos-alimentariosninos-cada-vez-mas-pequenosdiagnosticos-mas-precisos.html>
- 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.
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Gázquez, J. J., y Oropesa, N. F. (2019). Psychometric properties of the Three Factor Eating Questionnaire in healthcare personnel. *Nutrición Hospitalaria*, 36(2), 434 – 440. Epub 20 de enero de 2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.2189>
- 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., Brosóf, 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>
- Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., López-Guimerà, G., Leiva, D., Puntí, J., Trepàt, E., Pàmias, M., y Palao, D. (2016). The MABIC project: An effectiveness trial for

reducing risk factors for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 23 – 33. DOI: 10.1016/j.brat.2015.11.010

Segal, Z., Williams, J., y Teasdale, J. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. (1a Ed.). Descleé de Brouwer.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20237>

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>

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (30 de noviembre de 2018). *Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes*. Recuperado de
<https://www.semg.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>

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>
- Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles Del Psicólogo*, 27(2), 92–99.
- Van Strien, T., Frijters, 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

Apéndices

Apéndice A. Solicitud aprobada por el Comité Ético del Hospital de Elche y justificante admitido a trámite por la Oficina de Investigación Responsable (OIR)



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

Dña. Leticia Soriano Irigaray, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital General Universitario de Elche.

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta referida al estudio titulado **"Atención plena y conciencia corporal en un grupo de mujeres con un Trastorno de Conducta Alimentaria"** con código PI 85/2020, presentado por la **Dra. María José Quiles Sebastián** del Centro de Recuperación Emocional y Alimentaria (CREA) de Elche.

Que en este estudio:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado (si aplica).
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.

Los miembros del CEIm, tras la lectura y evaluación de las aclaraciones solicitadas, acuerdan emitir **Informe Favorable**.

Lo que firmo en Elche a 12 de Enero de 2021




Fdo.: Dña. Leticia Soriano Irigaray
Secretaría CEIm HGU de Elche



Oficina de Investigación Responsable . <oir@umh.es>
para Yolanda, María, mí ▾

jue, 30 Jul 2020 12:03 ☆ ↶ ⋮

Estimado/a tutor/a:

Tras revisar su solicitud de evaluación de TFG/TFM, se le ha asignado el código provisional de admitido a trámite siguiente: 200729171302

- Nombre tutor/a: Dña. Yolanda Quiles Marcos y Dña. María José Quiles Sebastián
- Nombre estudiante TFG/TFM: Candela Fernández Alcaraz

Apéndice B. Protección de datos y consentimiento informado.

Protección de datos

Se solicita su autorización para participar en el estudio titulado "Atención plena y conciencia corporal en un grupo de mujeres con un Trastorno de Conducta Alimentaria", cuyas investigadoras son Candela Fernández Alcaraz y María José Quiles Sebastián. El objetivo principal es describir las conductas relacionadas con mindful eating en pacientes con un TCA y analizar si existen diferencias en estas conductas con respecto a la población general. Solicitamos su colaboración para cumplimentar una serie de cuestionarios que se le muestran a continuación.

Los beneficios que se esperan de este trabajo pueden ser de gran utilidad para mejorar el conocimiento que tenemos hoy día de esta enfermedad y de este aspecto en concreto, lo que permitirá diseñar tratamientos que incluyan este componente psicológico y, por tanto, sean más completos que los que poseemos en la actualidad. El estudio se realizará desde diciembre de 2020 hasta febrero de 2021.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria, si usted no desea participar en el estudio, o si en cualquier momento desea retirarse del mismo y dejar de contestar los cuestionarios, no habrá ninguna consecuencia negativa. La respuesta es completamente anónima, por lo que no se dispondrá de ningún dato que pueda identificarle.

Si le surge alguna pregunta sobre este proyecto de investigación, puede consultar en cualquier momento a las investigadoras del mismo, María José Quiles Sebastián (mj.quiles@umh.es) y Candela Fernández Alcaraz (candelapsico@gmail.com)

Si usted responde a las cuestiones que se le propone, se entiende de forma tácita que ha comprendido el objetivo del presente estudio, que ha podido preguntar y aclarar las dudas que se le hubieran planteado inicialmente y que acepta participar en el estudio. Las investigadoras le agradecen enormemente su valiosa participación.

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participante (inicial de tu nombre + 3 últimos números de tu DNI):

Edad:

Quién ha informado:

Acompañante (tutor o representante legal):

	SÍ	NO
Acepto participar de forma voluntaria en el estudio: "Atención plena y conciencia corporal en un grupo de mujeres con un Trastorno de Conducta Alimentaria"		
He leído la Hoja de Información al Paciente, comprendo los riesgos y los beneficios que comporta, que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar o solicitar que retiren mis datos y/o muestras siempre que quiera.		
Comprendo que no recibiré un beneficio directo por mi participación en este estudio y que no recibiré ningún beneficio económico en el futuro en el caso en que se desarrolle un nuevo tratamiento.		
Comprendo que la información del estudio será confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los datos.		
Sé cómo ponerme en contacto con las investigadoras si lo necesito.		

Firmas:

Participante	Quién ha informado:	Acompañante (tutor o representante legal)

Fecha (Día/mes/año):

Contacto: en el caso que necesite ponerse en contacto con las investigadoras del estudio puede llamar al teléfono 96 522 2538 para hablar con la Investigadora Principal: Dr. MARÍA JOSÉ QUILES SEBASTIÁN.