



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2017/2018



Trabajo Fin de Máster

**Terapia centrada en la compasión. Un programa para pacientes con
un Trastorno de la Conducta Alimentaria.**

Lara Horcajo Berná

Tutoras: Yolanda Quiles Marco

y

María José Quiles Sebastián

Convocatoria: febrero de 2018

TERAPIA CENTRADA EN LA COMPASIÓN. UN PROGRAMA PARA PACIENTES CON UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

RESUMEN: La Terapia Centrada en la Compasión (CFT) se ha desarrollado como una terapia multimodal que integra diferentes estrategias cognitivo-conductuales, y recientemente ha empezado a ser aplicada en el ámbito de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). El objetivo de este trabajo ha sido desarrollar y aplicar un programa de intervención basado en la CFT en un grupo de pacientes con un TCA. La muestra estuvo compuesta por 10 personas diagnosticadas de un TCA del Centro de Recuperación Emocional y Alimentaria, CREA. La media de edad fue de 20.2 años (DT= 8.06). Se aplicaron los siguientes instrumentos: medidas de autocompasión, mindfulness, actitudes hacia la comida, depresión y ansiedad, imagen corporal y autoestima. Los resultados mostraron un cambio significativo en autocompasión, actitudes hacia la comida, imagen corporal y autoestima. Estos resultados apoyan la aplicación de la CFT a estos pacientes.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, terapia centrada en la compasión

ABSTRACT: Compassion-Focused Therapy (CFT) has been developed as a multimodal therapy that integrates different cognitive-behavioral strategies, and has recently begun to be applied in the field of eating disorders. The aim of this work has been to develop and apply an intervention program based on CFT in a group of patients with eating disorders. The sample consisted of 10 people diagnosed with an eating disorder of the centre for emotional and food recovery, CREA. The mean age was 20.2 (SD = 8.06). The following instruments were applied: measures of self-pity, mindfulness, attitudes toward food, depression and anxiety, body image and self-esteem. The results showed a significant change in self-pity, attitudes toward food, body image and self-esteem. These results support the application of CFT to these patients.

Key words: eating disorders, compassion-focused therapy

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones psicológicas que acarrearán severas anomalías en el comportamiento de la ingesta (Raich, 2011). Gómez, García y Corral (2009) los definen como un grupo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de alteraciones en la forma de comer por exceso o por defecto, cuyo origen radica en conflictos psicológicos no resueltos, que hace que el individuo que lo padece tenga la necesidad de mantener dicha conducta para sentirse mejor o aliviar su angustia.

Los trastornos de la alimentación engloban, según el último manual de trastornos mentales (DSM-V; American Psychological Association, 2014), el trastorno de pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos no especificado. En este trabajo nos centraremos en la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, y otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos no especificado, por su relevancia clínica.

La Anorexia Nerviosa (AN) se caracteriza por una restricción de la ingesta energética persistente con relación a los requerimientos que lleva a una significativa pérdida de peso teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física; la existencia de un miedo intenso a ganar peso o a engordar; y la alteración de la forma en la que uno percibe su propio peso o constitución.

La Bulimia Nerviosa (BN) implica la presencia de tres características principales: presencia de episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso, y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal.

Y por último, el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE), es en el que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

Los TCA son una de las áreas de mayor preocupación en el ámbito sanitario, debido a que en las últimas décadas se ha producido un incremento de la incidencia y la prevalencia de los casos clínicos y subclínicos en estas patologías (Pamies, Quiles y Bernabé, 2010; Larrañaga, Docet y García-Mayor, 2012; Álvarez, Bautista y Serra, 2015), a lo que hay que sumar otros factores que generan una gran alarma social, como la gravedad de la sintomatología asociada o los elevados índices de cronificación y mortalidad (Calado, 2010). Además del aumento de casos de TCA, se ha demostrado que la ideación suicida es común en los adolescentes con dicho trastorno. Los intentos de suicidio se dan en un 22% de los pacientes con AN y un 11% en los pacientes con BN (Negredo, Melis y Herrero, 2010).

Actualmente los estudios sobre tratamientos psicológicos que se consideran eficaces para los trastornos alimentarios muestran, por lo general, que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que obtiene mayor apoyo empírico (NICE, 2017); especialmente en el caso de la anorexia nerviosa, habiéndose demostrado su eficacia en investigaciones recientes llevadas a cabo mediante estudios controlados como el de Touyz et al. (2013).

No obstante, cabe señalar que recientemente están emergiendo terapias conocidas como Terapias de Tercera Generación de naturaleza conductual o cognitivo-conductual que se están aplicando a los TCA, y cuyos principios de actuación están basados en una visión pragmática, determinista, fenomenológica y holística o contextual. Entre ellas podemos encontrar: la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC), observándose que los grupos en los que se ha llevado a

cabo tal intervención muestran una mayor disminución en preocupación por el peso, por la figura y patología alimentaria, además de una mayor mejora en la voluntad de consumir alimentos y un incremento de la flexibilidad psicológica (Juarascio et al., 2013); la Terapia Dialéctica-Comportamental (TDC), hallándose que el porcentaje de abstinencia de atracones y conductas purgativas es similar a los hallados con TCC, y encontrando que este tratamiento reduce significativamente la ingesta emocional en pacientes con BN y trastorno por atracón (Lenz, Taylor, Fleming y Serman, 2014); la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM), logrando una disminución de episodios de atracón (Courbasson, Nishikawa y Shapira, 2011), una mejora en la regulación emocional y autocontrol con respecto a la comida, así como también ha demostrado su eficacia para combatir y reducir los síntomas depresivos (Kristeller y Wolever, 2011); y la Terapia Centrada en la Compasión (CFT), mostrando que al incluir esta terapia de forma precoz en el tratamiento de los TCA mejora el pronóstico, ya que la autocrítica y la vergüenza, aspectos centrales en este abordaje, son uno de los elementos nucleares en la psicopatología alimentaria y el agravamiento de la enfermedad (Kelly, Wisniewski, Martin-Wagar y Hoffman, 2017).

Para la realización del presente estudio, se ha seleccionado la Terapia Centrada en la Compasión (Compassion Focused Therapy – [CFT] en su nombre y siglas originales en inglés). La CFT es una terapia multimodal que se apoya en diversas intervenciones cognitivo-conductuales y otras terapias como las basadas en mindfulness o la TAC, utilizando herramientas tales como: la relación terapéutica, el diálogo socrático, el descubrimiento guiado, las formulaciones estructuradas, las tareas graduadas, la imaginación centrada en la compasión y la práctica de mindfulness, entre otras. Se trata de un protocolo clínico que busca entrenar el desarrollo de la compasión en pacientes con una fuerte tendencia a la auto-crítica, a la culpa o vergüenza, tal y como se presenta en los TCA, tratando de fomentar el desarrollo de emociones positivas, la motivación y el afrontamiento al dolor (Gilbert, 2015).

La compasión es una práctica y un constructo que tiene su origen en la psicología budista y que ha sido practicada y estudiada desde hace siglos, y solo recientemente la psicología contemporánea ha empezado a manifestar un interés por incluirla en el ámbito clínico e investigador (Germer y Neff, 2013). La compasión puede definirse como un sentimiento de profunda simpatía y tristeza por aquel que es víctima de la desgracia, acompañado de un fuerte deseo de aliviar ese sufrimiento (Grossman, Neimann, Schmidt, Walach y Van Dam, 2011), siendo uno de los conceptos más cercanos a la compasión el de la empatía, en la que el sujeto observador comparte las emociones del sujeto observado (Singer y Lamm, 2009).

Germer (2011), indica como condición de logro de la compasión que dicho estado se debe dar primero en uno mismo (autocompasión) y luego hacia los demás (deseo de que el objeto de nuestra compasión se libere de sufrimiento). Por consiguiente, la autocompasión implica tratarse con amabilidad a uno mismo, reconociendo lo que tenemos en común con otros seres humanos, y siendo conscientes de los propios déficits o aspectos negativos. Es decir, la persona autocompasiva procura buscar su felicidad y su bienestar, aceptando plenamente sus limitaciones.

Se considera que la autocompasión está formada por tres componentes principales que interactúan entre sí: (a) la Autocomplacencia/ auto-amabilidad, entendida como el ser amable y comprenderse a uno mismo, como alternativa al auto-juicio y la crítica; (b) el Mindfulness o atención plena, que nos ayuda a mantener pensamientos y sentimientos aversivos en equilibrio, como alternativa a la sobreidentificación con los propios pensamientos o emociones; y (c) la Humanidad compartida, considerando las experiencias de uno mismo como una extensión natural de lo experimentado por todos los individuos, como alternativa al sentimiento de aislamiento.

Para la CFT, la compasión es un constructo psicológico que se puede evaluar, que se relaciona y predice variables físicas y psicológicas y que además tiene una base biológica. Existen una serie de áreas cerebrales que se relacionan con la compasión y un circuito cerebral que la

sustenta. Se propone que la práctica de los diversos aspectos de la compasión acrecientan el bienestar y afectan al funcionamiento cerebral, especialmente en las áreas de regulación emocional (Begley, 2007; Davidson et al., 2003). Paul Gilbert (2009) describe tres tipos principales de sistemas de regulación de emociones claves en el funcionamiento del ser humano, (ver figura 1).

1. El sistema de amenaza y autoprotección.

La función de este sistema es detectar y seleccionar rápidamente amenazas para elegir una respuesta (luchar, huir, quedarse paralizado) y proporcionarnos ráfagas de emociones tales como ansiedad, ira o disgusto. Estas emociones se extenderán por nuestro cuerpo alertándonos y forzándonos a pasar a la acción contra la amenaza. Sus actuaciones tienen la finalidad de asegurar nuestra supervivencia, poniendo en marcha una serie de mecanismos fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales.

2. El sistema de activación de búsqueda de incentivos y recursos.

Este sistema regula las emociones y las motivaciones relacionadas con la búsqueda de recursos importantes del entorno (comida, sexo, relaciones, etc.) tanto para nosotros, como para aquellos que nos importan (Gilbert y Tirch, 2009). Es el sistema que nos empuja a buscar la satisfacción de deseos y necesidades materiales e inmateriales y que se activa con conductas de logro, proporcionándonos la energía necesaria para actuar y, conforme vamos dando pasos hacia la consecución de nuestros objetivos, nos genera sentimientos de bienestar y placer.

3. El sistema de confortamiento, satisfacción y seguridad.

Este sistema nos permite aportar cierta calma, tranquilidad y paz al self, lo que contribuye al restablecimiento del equilibrio. Está relacionado con emociones como la alegría, el apego seguro, las relaciones con otras personas, todo ello conectado con el hecho de sentirnos contentos

y seguros, lo cual no solo implica la ausencia de riesgo, sino también el surgimiento de emociones agradables y apacibles y una sensación de bienestar.



Figura 1. Sistemas de regulación afectiva. Adaptado de Gilbert (2010).

Así, la compasión permitiría la activación del sistema de calma y satisfacción, que es el único capaz de contrarrestar el exceso de estímulo producido por los otros dos circuitos, lo que permitiría devolvernos la tranquilidad y la felicidad.

Por último, y en lo que respecta a la evidencia científica existente acerca de los beneficios de la compasión, cabe mencionar que la CFT ha sido utilizada en distintos tipos de pacientes, mostrando resultados efectivos en distintos ámbitos como en dolor crónico (Costa y Pinto-Gouveia, 2011); en pacientes con lesión cerebral (Ashworth, Clarke, Jones, Jennings y Longworth, 2015); así como también en distintos problemas psicológicos como es el caso de los Trastornos de Estrés Postraumático (Held y Owens, 2015); en personas con psicosis (Braehler, Gumley, Harper, Wallace, Norrie y Gilbert, 2013); y en el Trastorno Límite de Personalidad (Feliu et al., 2016).

En relación al tratamiento de los TCA mediante este enfoque terapéutico, se han hallado estudios que muestran una reducción de los niveles de vergüenza, autocrítica, información de los síntomas y un incremento de los niveles de autocompasión, como se puede observar en el estudio

llevado a cabo por Gale, Gilbert, Read y Goss (2012), en el cual se implementa un programa de CFT en pacientes con TCA, encontrándose mejoras significativas en todas las variables mencionadas, y advirtiendo que las pacientes que más se beneficiaron del programa fueron aquellas diagnosticadas de BN; o en el trabajo llevado a cabo por Kelly et al. (2017), donde la realización de una intervención basada en la CFT en pacientes con TCA, produjo una mejora en los niveles de vergüenza y de autocompasión, así como una disminución en la patología del trastorno alimentario.

Por consiguiente, ya que la CFT fue desarrollada para personas que luchan con altos niveles de autocrítica y vergüenza, y dado que ambos están comúnmente presentes en individuos con TCA, y visto los resultados positivos obtenidos en estudios previos en los que se ha aplicado este tipo de intervenciones (Fennig et al., 2008; Goss y Allan, 2009; Murray y Waller, 2002; Kelly y Carter, 2012; Steele, O'Shea, Murdock y Wade, 2011; Troop y Renshaw, 2012), se considera que este tipo de terapia puede complementar y mejorar el tratamiento de esta patología (Goss y Allan, 2014).

Es por ello, que el objetivo de este estudio fue desarrollar y aplicar un programa basado en la CFT para pacientes con un TCA, y evaluar su eficacia y resultados.

MÉTODO

Participantes

Participaron un total de 10 pacientes, todas ellas chicas, diagnosticadas de un TCA del Centro de día de Recuperación Emocional y Alimentaria CREA. La media de edad fue de 20.2 (DT= 8.06). Respecto al diagnóstico, el 70% presentaba AN, un 10% BN, y el 20% restante presentaba un TCANE. En cuanto al nivel de estudios, un 60% cursaba educación secundaria obligatoria, un 20% realizaba estudios universitarios, y un 20% ya había finalizado sus estudios y

se encontraba sin empleo. En relación a la duración con la que cursaban el TCA, el rango osciló entre 1 y 18 años ($M = 5$; $DT = 5.65$), encontrando que el 40% de las participantes presentaba el trastorno desde hacía aproximadamente 1 año. El 70% de la muestra estaba recibiendo tratamiento farmacológico, siendo el más frecuente el uso de antidepresivos.

Variables e Instrumentos

➤ Autocompasión:

Self-Compassion Scale (SCS) (Neff, 2003). Se compone de 6 subescalas, los tres elementos de la compasión y sus constructos opuestos: autocomplacencia vs. autojuicio, humanidad compartida vs. aislamiento, y mindfulness vs. sobreidentificación. Consta de 26 ítems, cada uno ha de ser valorado según una escala tipo Likert que se puntúa de 0 (casi nunca) a 4 (casi siempre), basándose en la frecuencia en que los participantes se sienten de tal manera. Esta escala proporciona puntuaciones en cada uno de estos componentes y se obtiene una puntuación total al sumar las seis subescalas. Esta escala ha sido validada con población española (García-Campayo et al., 2014), confirmando el modelo original de 6 factores y obteniendo una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,87), fiabilidad test-retest ($r = 0,92$). En nuestra muestra, la escala total mostró una consistencia interna de 0,80.

➤ Mindfulness:

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (Baer et al., 2008). Cuestionario autoadministrado que contiene 39 ítems y evalúa 5 aspectos del mindfulness: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio, y no reactividad a la experiencia interna. El cuestionario posee ítems de puntuación inversa y directa que se puntúan en una escala de tipo Likert de cinco puntos que van de 1 = nunca o muy raramente verdadero, a 5 = muy a menudo o siempre verdadero. En lo que respecta a la adaptación española llevada a cabo por Cebolla et al.

(2012), se obtuvieron adecuadas propiedades psicométricas encontrando un índice de fiabilidad de 0,80. En nuestra muestra, se obtuvo una consistencia interna de 0,72 en la escala total.

➤ Actitudes hacia la comida:

Eating Attitudes Test (EAT-26): desarrollado a partir del EAT-40 (Castro, Toro, Salamero y Guimerà, 1991). Evalúa el miedo a engordar, la motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos, resultando idónea para identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas. Está compuesto por tres factores: restricción alimentaria/ dieta, preocupación por la alimentación/ bulimia, y control oral (autocontrol con la comida y percepción de preocupación social por ganar peso). Consta de 26 ítems con 6 posibilidades de respuesta, siendo estas: “Siempre”, “Muy a menudo”, “A menudo”, “Algunas veces”, “Raramente”, y “Nunca”. Tiene una sensibilidad del 91% y una especificidad del 69%. En nuestra muestra, la escala total mostró una consistencia interna de 0,82.

➤ Depresión y Ansiedad:

Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21), (Lovibond y Lovibond, 1995). Las tres escalas de autoinforme dimensional evalúan la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se responde de acuerdo a la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana en una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos, donde 0 = No aplicable a mí, y 3 = Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo. Cada escala tiene siete ítems y su puntuación total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos.

Ha sido traducida y validada en población hispana (Daza, Novy, Stanley y Averill, 2002). El coeficiente alfa de Cronbach, fue satisfactorio en todas sus subescalas, que osciló entre 0,73 y 0,81. En nuestra muestra, se obtuvo una buena consistencia interna tanto en la escala de estrés

como en la de depresión (0,84 y 0,86 respectivamente), aunque en la escala de ansiedad su fiabilidad fue de 0,22.

➤ Imagen corporal:

Cuestionario de evitación corporal (BIAQ) (Jáuregui y Bolaños, 2011). Mide la flexibilidad cognitiva y la aceptación de la imagen corporal, y correlaciona con la autocompasión, la insatisfacción corporal, sintomatología de TCA, la comparación social, depresión y ansiedad (Ferreira, Pinto-Gouveia y Duarte, 2011). Es un instrumento multifactorial que está compuesto por cuatro subescalas: Actividades sociales, ropa, comida y chequeo. Contiene un total de 19 ítems, con 6 opciones de respuesta, desde siempre (valor 5) hasta nunca (valor 0). El índice de fiabilidad de esta escala es de 0,95. En nuestra muestra, la escala total mostró una consistencia interna de 0,70.

➤ Autoestima:

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, y Moreno, 2000). Se trata de un autoinforme que permite evaluar la autoestima en forma global, entendida como el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Esta escala está compuesta por 10 ítems, con 4 opciones de respuesta, desde extremadamente de acuerdo (valor 3) hasta extremadamente en desacuerdo (valor 0). Los resultados que oscilan entre 0 y 25 puntos se corresponderían con una baja autoestima, entre 26 y 29 puntos con una autoestima media, y entre 30 y 40 puntos harían referencia a una autoestima elevada. El índice de fiabilidad de esta escala es de 0,87. En nuestra muestra, la escala total mostró una consistencia interna de 0,88.

Procedimiento

El programa se aplicó en el centro de día CREA, centro especializado en los TCA, y que se encuentra situado en el Edificio Quorum IV de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Desde el centro se les explicó a los pacientes los objetivos y el procedimiento del estudio, se les invitó a participar de manera voluntaria, garantizando la confidencialidad de la información y el uso de los datos solo con fines de investigación.

El programa de intervención constaba de un total de 10 sesiones de una hora y cuarenta y cinco minutos de duración aproximada, con una periodicidad semanal, teniendo pues el programa una duración total de 2 meses y medio. Se empleó un formato grupal, aunque se dividió al grupo en dos subgrupos de manera aleatoria, para de este modo facilitar la interacción y la participación activa de todos los sujetos en cada sesión. El programa fue impartido por la misma terapeuta en la misma franja horaria, realizando la misma sesión dos días a la semana (lunes y viernes), cada día a uno de los subgrupos anteriormente citados. Cabe señalar que la aplicación del programa se realizó de manera complementaria a las intervenciones psicológicas y psiquiátricas que reciben los pacientes en el centro.

Para el diseño de las sesiones se utilizaron distintos manuales de Terapia Centrada en la Compasión (Gilbert, 2010; Gilbert 2015; García-Campayo, Cebolla i Martí y Demarzo, 2016), así como también se requirió el empleo de manuales de mindfulness (Goldstein y Stahl, 2016; Kaiser, 2016; Silverton, 2016). Finalmente, se elaboró un programa considerando los principios fundamentales de la CFT y de los protocolos publicados. En la Tabla 1 se presenta un resumen de las sesiones llevadas a cabo, así como de los principales contenidos de cada una y el material que se empleó para su realización.

Tabla 1

Resumen de las sesiones, contenido y materiales

Sesión	Contenido	Materiales
0. Evaluación Inicial	Presentación del programa Administración de los cuestionarios de evaluación	Batería de cuestionarios
1. Descubriendo la mente compasiva	Psicoeducación sobre la CFT Explicación de los tres sistemas de regulación de emociones Práctica de la pausa autocompasiva Entrenamiento en respiración	Vídeo introductorio sobre la CFT “Redes. La ciencia de la compasión” Vídeo sobre la autocompasión Meditación de la respiración
2. Practicando mindfulness	Introducción de la teoría y la práctica de mindfulness	Ejercicio: “Dar gracias al agricultor” Uvas pasas Lectura de la historia del granjero y su hijo Audio: “Mindfulness de escáner corporal”
3. Practicando la bondad amorosa	La meditación de la bondad amorosa Identificación de las estrategias de afrontamiento disfuncionales	Ejercicio “Bondad con cada paso” Ficha: “Frasas de bondad amorosa” Meditación: “Metta”
4. Encontrar tu voz compasiva	Desarrollar nuestra voz compasiva La vergüenza y la autocrítica	Ejercicio: “Crear un lugar seguro” Meditación: “Tonglen”
5. Vivir en profundidad	Dar y recibir compasión Práctica de mindfulness y autocompasión	Ejercicio: “La carta compasiva” Audio de autocompasión
6. Mi imagen compasiva	Construcción de una imagen compasiva Práctica en imaginación de “mi yo compasivo”	Vídeo: “Compasión hacia las voces internas” Ficha: “Mi imagen compasiva” Meditación: “Tres minutos para perdonar”
7. Manejándose con emociones difíciles	Educación emocional El perdón	Vídeo: “Respira, Just Breath” Ejercicio: “Carta de perdón” Meditación: “Afloja, Tranquiliza, Permite”
8. Abrazando tu vida	Desarrollo de hábitos mentales que generen pensamientos positivos La gratitud y la autoapreciación	Corto: “El poder de las emociones” Ejercicio: “Agradecimiento a los demás y a nosotros mismos” Vídeo: “Cómo amarte en tu día a día” Meditación: “El anhelo de la felicidad”
9. Evaluación final	Resumen de los aspectos trabajados en el programa Administración de los cuestionarios de evaluación	Batería de cuestionarios

La sesión de evaluación inicial se empleó para la realización del primer pase de cuestionarios (pre-test), así como para explicar el funcionamiento del programa, el número total de sesiones y su duración, la importancia de la participación activa y la realización de las tareas para casa, entre otros. En la 1ª sesión, el objetivo principal fue la psicoeducación sobre la CFT, definiendo los conceptos de compasión y autocompasión, analizando los principales componentes y remarcando la importancia de los tres sistemas de regulación de emociones.

En la 2ª sesión se introdujo la teoría del funcionamiento de nuestra red cerebral por defecto, y se enseñó la práctica de mindfulness tomando la respiración como punto de anclaje. En la 3ª sesión se trabajó la práctica de la bondad amorosa a través de ciertas meditaciones guiadas, a desarrollar nuestra voz compasiva de forma que sustituya a nuestra voz crítica interna, concluyendo con la creación de un lugar seguro. En la 4ª sesión se trabajó principalmente la vergüenza y la autocritica, tratando de desarrollar una voz compasiva. En la 5ª sesión se redactó una carta compasiva hacia uno mismo, poniendo en práctica lo aprendido en la sesión anterior. En la 6ª sesión se instruyó en la construcción de una imagen compasiva, y las sesiones 7ª y 8ª tuvieron como objetivo principal el manejo de las emociones y el desarrollo de hábitos mentales que generen pensamientos y emociones positivas, empleando técnicas como la gratitud y la autoapreciación. Por último, en la sesión de evaluación final se realizó el segundo pase de cuestionarios (post-test) y se dio por concluido el programa.

Por tanto, los objetivos específicos de la intervención fueron los siguientes:

- a) Reducir el malestar psicológico de los participantes: sintomatología ansiosa y depresiva percibida.
- b) Mejorar la atención plena y habilidades de mindfulness.

c) Incrementar el afecto positivo y la calidez emocional de las participantes, concretamente el nivel de autoestima y autocompasión.

d) Fomentar actitudes alimentarias más positivas y aumentar la apreciación positiva de la imagen corporal.

Tipo de diseño

Para este estudio se ha empleado un diseño cuasi-experimental de grupo pretest-postest ($N=10$).

Análisis de los datos

El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS v.22. En primer lugar, se procedió a la comprobación de los supuestos de aplicación de normalidad, mediante la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov, y de independencia, con el test de Rachas. Los resultados mostraron que las variables estudiadas seguían una distribución normal, por lo que se utilizaron pruebas estadísticas paramétricas. Se calcularon estadísticos descriptivos de cada una de las variables (media, desviación típica, mínimos y máximos). Para el análisis de diferencias se utilizó la *t-Student* para muestras relacionadas. Finalmente, se calculó el tamaño del efecto utilizando la clasificación de Cohen (1988), considerando que un valor $d=.20$ informaba de un tamaño del efecto pequeño, $d=.50$ medio y $d=.80$ grande.

RESULTADOS

En lo que respecta a la *Escala de Autoestima*, las pacientes obtuvieron una puntuación media de 18.5 (DT= 5.64), siendo el punto de corte 25 puntos.

En el *DASS-21*, los sujetos mostraron niveles de estrés (M= 29; DT= 8.28) y de depresión (M= 25.40; DT= 10.06) clasificados como *severos*, al encontrarse sus puntuaciones medias entre los intervalos de 26-33 puntos en el caso de *estrés*, y 21-27 en el caso de la *depresión*. Con respecto a la *ansiedad* (M= 20.60; DT= 5.25), se sitúa a las pacientes en la categoría de *extremadamente severa* al puntuar por encima del valor 20.

En base a las puntuaciones obtenidas en el *EAT-26* (M= 40.40; DT= 11.84), se observa que la puntuación media se encuentra por encima del punto de corte.

En el *BIAQ*, se obtuvo una puntuación media de 7.30 (DT= 11.37), lo cual indica un nivel elevado de conductas de evitación activas y pasivas, relacionadas con la exposición a determinadas partes del cuerpo, destacándose mayores puntuaciones en la subescala *Ropa*.

Las puntuación media obtenida en el *FFMQ* fue de 102 (DT= 13.05). De igual modo, en el *SCS* la puntuación media fue de 56.4 (DT= 9.78), siendo interesante destacar que hubo participantes que puntuaron 0 en las subescalas de *Autoamabilidad*, *Humanidad compartida* y *Mindfulness*.

Tabla 2

Descriptivos variables estudiadas

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Autoestima	18.50	5.64	12	29
<i>DASS-21</i>				
Estrés	29	8.28	12	38
Ansiedad	20.60	5.25	12	28
Depresión	25.40	10.06	6	40
<i>EAT-26 (total)</i>	40.40	11.84	16	58
Dieta	23.60	6.94	10	32
Bulimia	7.60	3.23	1	12
Control Oral	9.20	4.89	0	15
<i>FFMQ (total)</i>	102	13.05	83	124
Observación	24.70	4.83	17	32
Descripción	20.50	3.10	16	25
Actuar con conciencia	22.50	5.58	15	33
Ausencia de reactividad	16.50	5.87	7	28
Ausencia de juicio	17.80	7.91	8	35
<i>BIAQ (total)</i>	47.30	11.37	24	59
Ropa	19.90	8.72	6	31
Actividad social	11.80	2.65	9	16
Comida	7.10	2.60	2	10
Chequeo	8.50	2.06	5	12
<i>SCS (total)</i>	56.40	9.78	44	80
Autoamabilidad	3.50	3.30	0	10
Autojuicio	17.60	2.27	13	20
Humanidad compartida	4.10	4.09	0	13
Aislamiento	13.10	1.85	10	16
Mindfulness	4.70	4.39	0	14

En cuanto al análisis de diferencias pre y post intervención, los resultados obtenidos están recogidos en la tabla 3. Respecto a la variable *Autoestima*, los resultados mostraron diferencias significativas ($t=-3.351$, $p<.01$; $d=1.27$) en la *Escala de Autoestima de Rosenberg*. Se

produjo un incremento del afecto positivo, así como la construcción de una opinión más favorable respecto de sí mismos.

En cuanto a la variable *Actitudes hacia la comida*, los resultados en el *EAT-26*, mostraron un descenso significativo en las puntuaciones en la escala total ($t=2.635, p<.05$), con un tamaño del efecto grande ($d=1.06$). En dos de las tres subescalas que la componen también se produjo una disminución significativa entre las puntuaciones pre y post intervención; en la subescala *Dieta* ($t=2.701, p<.05$) con un tamaño del efecto grande ($d=1$), y en *Bulimia* ($t=2.477, p<.05$) con un tamaño del efecto también grande ($d=.88$).

Con respecto a la variable *Mindfulness*, las puntuaciones de las subescalas *Descripción*, *Actuar con conciencia*, *Ausencia de reactividad* y *Ausencia de juicio* del *FFMQ* presentaron un incremento antes y después del tratamiento, no obstante, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Cabe señalar que en la escala de *Observación*, los resultados mostraron un descenso significativo de las puntuaciones ($t=2.720, p<.05; d=.61$).

En el caso de la variable *Imagen corporal*, los resultados obtenidos mostraron diferencias significativas en dos de las escalas del *BIAQ*, *Comida* ($t=3.491, p<.01$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.40$) y *Chequeo* ($t=2.422, p<.05; d=.94$), indicando un descenso en la evitación corporal y un aumento en la autoapreciación positiva.

En cuanto a la *Autocompasión*, se obtuvieron en el *SCS* diferencias significativas en las subescalas de *Autoamabilidad* ($t=-3.413, p<.01$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.19$), y en *Humanidad compartida* ($t=-4.385, p<.01; d=.93$). También se produjo una disminución significativa en las puntuaciones de la subescala de *Autojuicio* ($t=2.591, p<.05$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.06$), y *Aislamiento* ($t=2.776, p<.05; d=1.03$).

En lo que respecta al *DASS-21*, se produjo una disminución en la puntuación media de las tres subescalas, estrés, ansiedad y depresión una vez transcurrido el programa. No obstante, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

Tabla 3

Resultados análisis de diferencias pre-post intervención

	Pre		Post		<i>t</i>	Tamaño efecto
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		<i>d</i>
Autoestima <i>DASS-21</i>	18.50	5.64	25.70	5.69	-3.351**	1.27
Estrés	29	8.28	22	12.54	1.655	-
Ansiedad	20.60	5.25	17.40	10.37	0.991	-
Depresión	25.40	10.06	17.20	10.67	1.504	-
<i>EAT-26 (total)</i>	40.40	11.84	24.30	17.78	2.635*	1.06
Dieta	23.60	6.94	14.70	10.38	2.701*	1
Bulimia	7.60	3.23	4.60	3.56	2.477*	0.88
Control Oral	9.20	4.89	5.00	4.34	2.050	-
<i>FFMQ (total)</i>	102	13.05	107.20	13.64	-0.931	-
Observación	24.70	4.83	21.60	5.23	2.720*	0.61
Descripción	20.50	3.10	22.40	4.52	-1.10	-
Actuar con conciencia	22.50	5.58	24.30	5.12	-0.89	-
Ausencia de reactividad	16.50	5.87	19.60	3.62	-2.04	-
Ausencia de juicio	17.80	7.91	19.30	6.81	-0.47	-
<i>BIAQ (total)</i>	47.30	11.37	36.60	19.51	2.040	-
Ropa	19.90	8.72	18.70	10.67	0.544	-
Actividad social	11.80	2.65	7.90	6.31	1.926	-
Comida	7.10	2.60	3.90	1.91	3.491**	1.40
Chequeo	8.50	2.06	6.10	2.92	2.422*	0.94
<i>SCS (total)</i>	56.40	9.78	56.60	10.78	-0.083	-
Autoamabilidad	3.50	3.30	7.30	3.05	-3.413**	1.19
Autojuicio	17.60	2.27	13.80	4.49	2.591*	1.06
Humanidad compartida	4.10	4.09	7.90	4.04	-4.385**	0.93
Aislamiento	13.10	1.85	9.90	3.95	2.776*	1.03
Mindfulness	4.70	4.39	6.50	2.83	-1.711	-
Sobreidentificación	13.40	1.77	11.20	3.79	2.181	-

* $p < .05$. ** $p < .01$.

A continuación se presentan 6 gráficos en los que se puede observar cómo varían las media de las subescalas de cada instrumento en la pre y la post intervención.

Gráfico 1. Puntuaciones en *Autoestima*

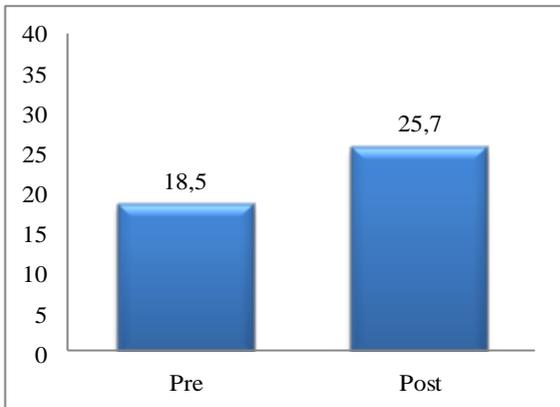


Gráfico 2. Puntuaciones en el *DASS-21*

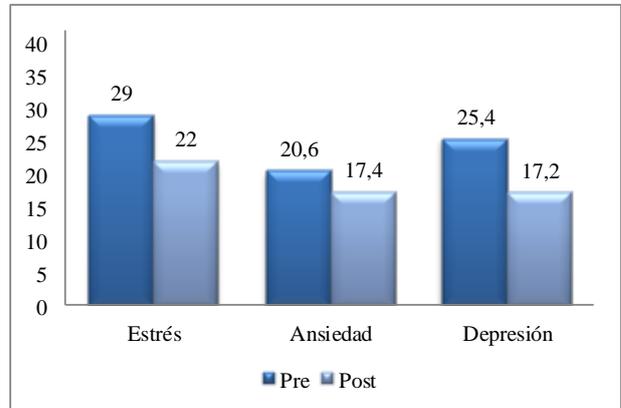


Gráfico 3. Puntuaciones en el *EAT-26*

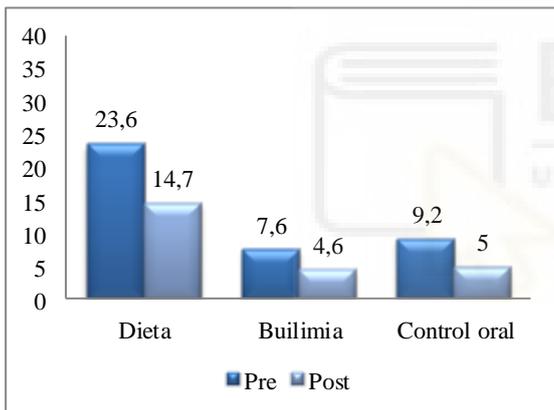


Gráfico 4. Puntuaciones en el *FFMQ*

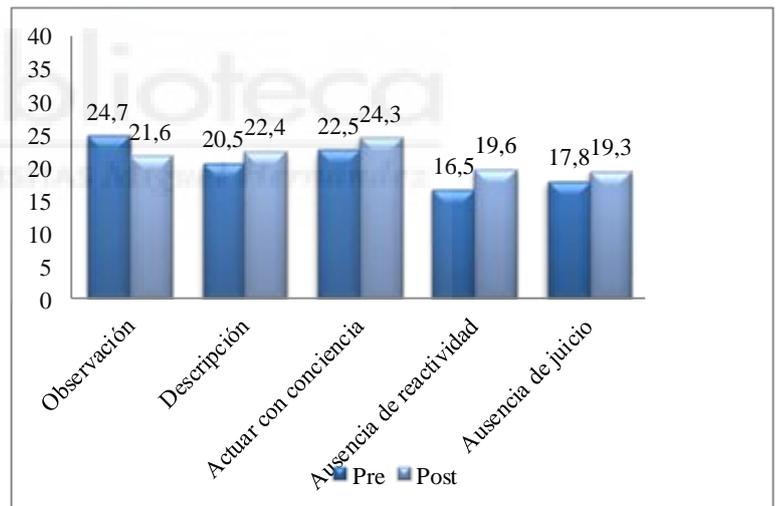


Gráfico 5. Puntuaciones en el *BIAQ*

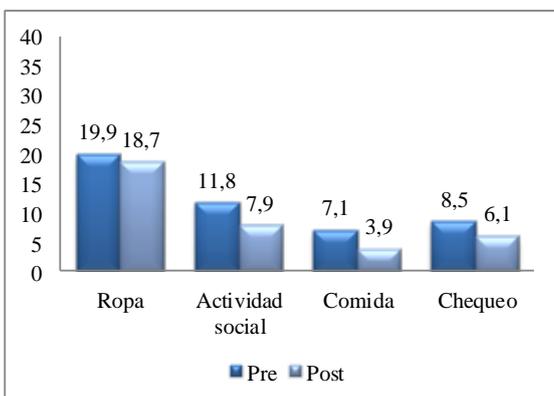
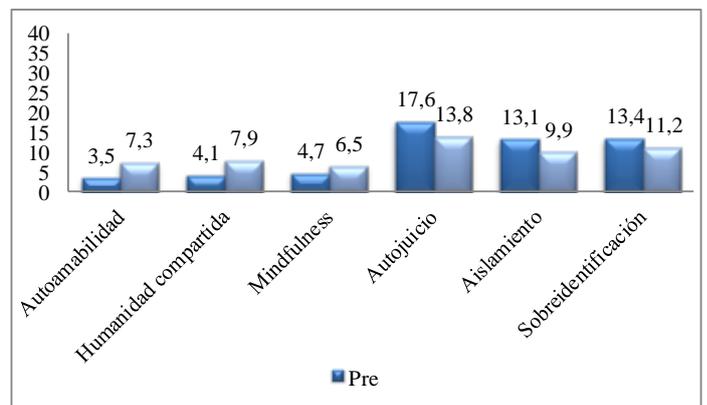


Gráfico 6. Puntuaciones en el *SCS*



DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue aplicar un programa de intervención basado en la CFT en un grupo de pacientes con un diagnóstico de TCA, y analizar si se producían cambios en la autoestima, la sintomatología ansiosa y depresiva, las actitudes alimentarias, la atención plena, la insatisfacción corporal, y la autocompasión. Una vez analizados los resultados, podemos afirmar que se produjo una mejoría clínica en los pacientes que recibieron la intervención en todas las variables estudiadas.

Tras la realización del programa, se observó un aumento en los niveles de autoestima, y por tanto del afecto positivo de los participantes, aumentando así los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo (Kelly, Vimalakanthan y Carter, 2014).

Asimismo, y tal y como se refleja en los resultados obtenidos en el *EAT-26*, podemos afirmar que se produjo una mejora en las actitudes alimentarias, coincidiendo con los resultados hallados en la literatura (Kelly, Carter y Borairi, 2014; Adams y Leary, 2007), en los que se muestra que incluir la autocompasión en el tratamiento de los TCA mejora en la sintomatología del trastorno alimentario, ya que la autocrítica y la vergüenza son uno de los elementos nucleares en la psicopatología alimentaria y el agravamiento de la enfermedad.

De igual modo, los resultados obtenidos en el *BIAQ* en las subescalas de *Comida* y *Chequeo* mostraron una disminución de las conductas alimentarias restrictivas y de conductas de comprobación, de este modo se mejoró la percepción de la imagen corporal por parte de las pacientes, coincidiendo con investigaciones que apuntan que la autocompasión está relacionada con formas más adaptativas de apreciación de la imagen corporal (Homan y Tylka, 2015; Wasylkiw, MacKinnon y MacLellan, 2012; Webb y Forman, 2013).

A pesar de no haber obtenido resultados significativos en el instrumento *DASS-21*, cabe mencionar que sí ha habido una disminución en las tres subescalas *Estrés*, *Ansiedad* y *Depresión* antes y después de la intervención. Esto evidencia una reducción del malestar psicológico de los participantes, apoyando que el entrenamiento en autocompasión reduce la sintomatología depresiva y ansiosa, tal y como reflejan diversos estudios (Gilbert y Procter, 2006; Ferrieira, Pinto-Gouveia y Duarte, 2013).

Asimismo, y aunque no se han hallado diferencias significativas en las subescalas del *FFMQ*, se podría afirmar que los pacientes han mostrado mejoras en la atención plena y habilidades de mindfulness, lo cual se ve apoyado por diversos estudios (Baer et al., 2005; Butryn et al., 2013; Wander-Berghe, et al., 2011), que aportan evidencia sobre la efectividad de las técnicas de intervención basadas en mindfulness para los TCA, pues ayudan a aumentar las habilidades de atención a las experiencias internas y la aceptación sin juzgar de la persona, reduciendo de esta manera el número de cogniciones propias de este tipo de trastornos.

De igual modo, resulta interesante destacar que, al igual que ocurre en nuestra investigación, varios estudios han mostrado un funcionamiento distinto de la escala *Observación*, que correlacionaría positivamente con las restantes cuatro facetas tan sólo en muestras de participantes con experiencia meditativa y no correlacionaría (o lo haría negativamente) con las otras subescalas en muestras de sujetos sin experiencia (Baer et al., 2008; de Bruin et al., 2012; Cebolla et al., 2012; Lilja et al., 2011).

En este trabajo, uno de los objetivos era incrementar la calidez emocional de las participantes, y por consiguiente, fomentar una actitud autocompasiva consigo mismas con la finalidad de mejorar la aceptación y el conocimiento personal. Tras los resultados obtenidos en el *SCS* se observa una apertura a la amabilidad y un alentador y compasivo acercamiento hacia uno mismo, encontrándose que la participación mejora el bienestar psicológico, y los

participantes informan niveles significativamente más altos de satisfacción con la vida y felicidad. Esto sugiere que la autocompasión es una habilidad que se puede aprender y que mejora la calidad de vida de las personas (Feliu et al. 2016; Kelly et al., 2012; Neff et al., 2013; Germer et al., 2013)

En lo que respecta a las limitaciones halladas en el presente trabajo, es necesario considerar, en primer lugar, que los resultados deben ser interpretados de forma cautelosa, ya que la intervención se ha desarrollado de forma integrada en el enfoque multidisciplinar de intervenciones del centro CREA. Asimismo, la muestra clínica a la que se ha podido acceder presenta un tamaño pequeño ($N = 10$) y no cuenta con un grupo de control, por lo que sería recomendable seguir utilizando esta terapia en grupos mayores y contando con un grupo control. De igual modo, se considera de gran interés la realización de un seguimiento para ver si las mejoras obtenidas con la intervención se mantienen con el tiempo.

Además, en futuras aplicaciones del programa, y debido a la ausencia de resultados significativos en esta variable, se considera oportuno dedicar un mayor número de sesiones a trabajar la atención plena o mindfulness, ya que la práctica de esta técnica en pacientes con un TCA ha demostrado ser un componente eficaz a la hora de mejorar las habilidades de regulación emocional y de propiocepción de las sensaciones corporales (ayudando a distinguir entre las sensaciones de hambre y saciedad frente a señales emocionales), reducir la sintomatología alimentaria y establecer una relación más adaptativa entre la comida y este tipo de pacientes (Masuda y Wendell, 2010).

No obstante, y a pesar de estas limitaciones, los resultados de este trabajo son prometedores respecto a la eficacia de la CFT en la intervención en el ámbito de los TCA, en el cual se pretendía explorar los cambios producidos, sin querer ser pretenciosos en las conclusiones y en la generalización de los resultados de nuestra muestra.

Para concluir, cabe mencionar que este trabajo contribuye a la base de evidencia creciente sobre la CFT para la intervención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, y que confirma su valor para ayudar a las personas a desarrollar emociones y competencias afiliativas y prosociales para mejorar la salud mental de estos pacientes (Gale et al., 2012; Goss et al., 2014).

REFERENCIAS

- Adams, C. E., y Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(10), 1120-1144.
- 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.
- American Psychological Association (2014). DSM-V-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Ashworth, F., Clarke, A., Jones, L., Jennings, C., y Longworth, C. (2015). An exploration of compassion focused therapy following acquired brain injury. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*, 143-162.
- Atienza, F. L., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis, 22*(1-2), 29-42.
- Baer, R. et al. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment, 15*(3), 329-342.
- Baer, R. A., Fischer, S., y Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy, 23*(4), 281-300.

- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S.,... Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329–42.
- Begley, S. (2007). *Train your Mind, Change your Brain*. Nueva York: Ballantine Books.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., y Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 199-214.
- Butryn, M. L., Juarascio, A., Shaw, J., Kerrigan, S. C., Clark, V., O’Planick, A., y Forman, E. M. (2013). Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. *Eating Behaviors*, 14, 13-16.
- Calado, M. (2010). *Trastornos alimentarios. Guías de psicoeducación y autoayuda*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., y Guimerà, E. (1991) The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 7, 175-190.
- 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, 118-126.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2ª ed.). Hillsdale, MI: Lawrence Erlbaum.
- Courbasson, C., Nishikawa, Y., y Shapira, L. (2011). Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eating Disorders*, 19, 17-33.
- Costa, J., y Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of Pain, Self-Compassion and Psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to Identify Patients’ Subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 292-302.

- Daza, P., Novy, D.M., Stanley, M.A., y Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., ...Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- De Bruin, E. I., Topper, M., Muskens, J. G., Bögels, S. M., y Kamphuis, J. H. (2012). Psychometric properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. *Assessment*, 19(2), 187-97.
- Feliu, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martín, A., Carmona, C., Cebolla, A., Simón, V., y Soler, J. (2016). Fostering Self-Compassion and Loving-Kindness in Patients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Pilot Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 278-286.
- Fenning, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A., y Shahar, G. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 762-765.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., y Duarte, C. (2011). The validation of the body image acceptance and action questionnaire: Exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(3), 327-345.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., y Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 14, 207-210.
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., y Goss, K. (2012). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 1-12.

- García-Campayo, J., Cebolla I Martí, A., y Demarzo, M. (2016). *La ciencia de la compasión. Más allá del mindfulness*. Madrid: Alianza.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., y Demarzo, M. M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcome, 12*.
- Germer, C. K. (2011). *El poder del mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- Germer, C. K., y Neff, K. D. (2013). Self compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology, 69*(8), 856-867.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to facing the challenges of life*. Londres: Constable Robinson.
- Gilbert, P. (2010). *The Compassionate Mind*. London: Constable.
- Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gilbert, P., y Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*(6), 535-379.
- Gilbert, P., y Tirsch, D. (2009). *Clinical handbook of mindfulness*. Nueva York: Springer.
- Goldstein, E., y Stahl. B. (2016). *El manual del mindfulness. Prácticas diarias del programa de reducción del estrés basado en el mindfulness (MBSR)*. Barcelona: Kairós.
- Gómez, J. A., García, M. C., y Corral, P. (2009). *Convivir con los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia, bulimia y trastorno por atracones*. Madrid: Médica Panamericana.
- Goss, K., y Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*, 303-316.
- Goss, K., y Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology, 53*, 62-77.

- Grossman, P., Neimann, L., Schmidt, S., Walach, H., y Van Dam, N. (2011). Mindfulness, by Any Other Name: Trials and Tribulations of Sati in Western Psychology and Science. *Contemporary Buddhism*, 12, 219-239.
- Held, P., y Owens, G. P. (2015). Effects of Self-Compassion Workbook Training on Trauma-Related Guilt in a Sample of Homeless Veterans: A Pilot Study. *Journal of Clinical Psychology*, 7(6), 513-526.
- Homan, K. J., y Tylka, T. L. (2015). Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body Image*, 15, 1-7.
- Jáuregui, I., y Bolaños, P. (2011). Body image and quality of life in a Spanish population. *International Journal of General Medicine*, 4, 63-72.
- Juarascio, A. S., Shaw, J., Forman, E. M., Timko, C. A., Herbert, J. D., Butryn, M. L., y Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Clinical applications of a group treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 85-94.
- Kaiser, S. (2016). *Juegos mindfulness. Mindfulness y meditación para niños, adolescents y toda la familia*. Madrid: Gaia.
- Kelly, A. C., y Carter, J. C. (2012). Why self-critical patients present with more severe eating disorder pathology: The mediating role of shame. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 148-161.
- Kelly, A. C., Carter, J. C., y Borairi, S. (2014). Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *International Journal of Eating Disorders*, 47, 54-64.
- Kelly, A. C., Vimalakanthan, K., y Carter, J. C. (2014). Understanding the roles of self-esteem, self-compassion, and fear of self-compassion in eating disorder pathology: An

- examination of female students and eating disorder patients. *Eating Behaviors*, 15, 388-391.
- Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., y Hoffman, E. (2017). Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 475-487.
- Kristeller, J. L., y Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness treatment (MB-EAT): Conceptual basis. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 19, 49-61.
- Larrañaga, A., Docet, M. F., y García-Mayor, R. M. (2012). High prevalence of eating disorders not otherwise specified in northwestern Spain: population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1669-1673.
- Lilja, J. L., Frodi-Lundgren, A., Hanse, J. J., Josefsson, T., Lundh, L. G., Sköld, C.,... Broberg, A. G. (2011). Five Facets Mindfulness Questionnaire-reliability and factor structure: a Swedish version. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(4), 291–303.
- Lenz, A. S., Taylor, R., Fleming, M., y Serman, N. (2014). Effectiveness of dialectical behavior therapy for treating eating disorders. *Journal of Counseling and Development*, 92(1) 26-35.
- Lovibond, S. H., y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS)*. New South Wales: Psychology Foundation Monograph.
- Masuda, A., y Wendell, J.W. (2010). Mindfulness mediates the relation between disordered eating-related cognitions and psychological distress. *Eating Behaviors*, 11, 293-296.

- Murray, C., y Waller, G. (2002). Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among nonclinical women: The mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 186-191.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2017). *Eating disorders: recognition and treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorders*. London: The British Psychological Society. The Royal College of Psychiatrists.
- Neff, K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K., y Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
- Negredo, L., Melis, F., y Herrero, O. (2010). *Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave*. Ministerio del Interior. Secretaría General de Madrid.
- Pamies, L., Quiles, Y., y Bernabé, M. (2010). Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. *Medicina Clínica*, 136(4), 139-143.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Silverton, S. (2016). *The mindfulness key. The Breakthrough Approach to Dealing with Stress, Anxiety and Depression*. London: Watkins.
- Singer, T., y Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 81-96.
- Steele, A. L., O'Shea, A., Murdock, A., y Wade, T. (2011). Perfectionism and its relation to overevaluation of weight and shape and depression in eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 595-464.

- Touyz, S., Le Grange, D., Lacey, H., Hay, P., Smith, R., Maguire, S., ... Crosby, R. D. (2013). Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 43(12).
- Troop, N. A., y Renshaw, C. (2012). General shame and bodily shame in eating disorders: A 25-year longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 373-378.
- Wanden-Berghe, R., Sanz-Valero, J., y Wanden-Berghe, C. (2011). The application of mindfulness to eating disorders treatment: A systematic review. *Eating Disorders*, 19 (1), 34-48.
- Wasyliw, L., MacKinnon, A. L., y MacLellan, A. M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 9, 236-245.
- Webb, J. B., y Forman, M. J. (2013). Evaluating the indirect effect of self-compassion on binge eating severity through cognitive-affective self-regulatory pathways. *Eating Behaviors*, 14(2), 224-228.
- Wilson, G. T. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465.