



Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Nutrición

***Mindfulness: terapéutica complementaria en el tratamiento
nutricional del Trastorno por Atracón.***

Tutora: Lic. Dalila Acuña

Autora: Camila Belen Enrique

Matricula del estudiante: 1201-2757

2020

AGRADECIMIENTOS

Para empezar, a toda mi familia por haberme acompañado durante todos estos años. A mí mamá por haber estado conmigo en cada momento, apoyándome en épocas de crisis y ansiedad y brindándome mi espacio cuando fuera necesario. A mi papá por estar constantemente motivándome.

A mis amigas Lucía, Victoria y Micaela, por haberme escuchado y bajado a tierra cuando fue necesario.

A Camila, Daiana y Julieta, con quienes compartí todos estos años de carrera, por el compañerismo y la amistad.

A mis profesores de toda la carrera y a mi tutora, Dalila, por recibirme con los brazos abiertos siendo una desconocida, y por guiarme y apoyarme durante todo este trabajo.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. Introducción..... | 6 |
| 1.1. Marco teórico..... | 7 |
| 1.1.1. Trastorno por Atracón..... | 7 |
| 1.1.1.1. Criterios diagnósticos..... | 7 |
| 1.1.1.2. Epidemiología..... | 8 |
| 1.1.1.3. Etiopatogenia..... | 8 |
| 1.1.1.4. Presentación clínica..... | 10 |
| 1.1.1.5. Comorbilidades..... | 13 |
| 1.1.1.6. Abordaje terapéutico..... | 13 |
| 1.1.2. Mindfulness..... | 17 |
| 1.2. Objetivos..... | 19 |
| 2. Materiales y métodos..... | 19 |
| 3. Desarrollo..... | 20 |
| 3.1. Modelos de tratamiento..... | 20 |
| 3.1.1. MB-EAT..... | 22 |
| 3.1.2. BEfree..... | 23 |
| 3.1.3. MEAL..... | 24 |
| 3.1.4. MBeeat..... | 25 |
| 3.1.5. Estudio de San Francisco..... | 25 |
| 3.1.6. EMPOWER..... | 26 |
| 3.1.7. Estudio de Chile..... | 27 |
| 3.2. Mindfulness y abordaje nutricional del Trastorno por Atracón..... | 29 |
| 4. Discusión y conclusión..... | 32 |
| 5. Bibliografía..... | 34 |
| 6. Anexos..... | 40 |
| 6.1. Cuadro resumen de las publicaciones científicas revisadas..... | 41 |
| 6.2. Cuadro resumen de las sesiones del programa MB-EAT..... | 50 |
| 6.3. Cuadro resumen de las sesiones del programa BEfree y las metas de cada una..... | 52 |
| 6.4. Cuadro resumen de las sesiones del estudio MBeeat..... | 53 |
| 6.5. Cuadro resumen del taller de Chile..... | 55 |
| 6.6. Testimonio de participantes del taller de Chile..... | 57 |

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un conjunto de patologías psiquiátricas que afectan el comportamiento alimentario. El Trastorno por Atracón (TA) es una de ellas y se caracteriza por ser el TCA más prevalente en adultos. Un atracón consiste en la ingesta descontrolada de grandes cantidades de alimentos durante un periodo determinado de tiempo. Mindfulness se ha destacado en el último tiempo como una herramienta complementaria al tratamiento de diversos tipos de enfermedades. El mismo consiste en generar consciencia a través de la atención enfocada en la experiencia presente, con una actitud de auto-aceptación y sin prejuicios. El objetivo del presente trabajo consiste en brindar información actualizada en torno a las investigaciones realizadas acerca de la relación entre Mindfulness y TA para, de esta forma, evaluar la eficacia, los programas y los alcances del mismo en el abordaje nutricional de esta patología.

Para la presente revisión bibliográfica se incluyeron aquellos trabajos que fueron publicados a partir del año 2010 y en los cuales se investigó mindfulness y/o su relación con el trastorno por atracón. PubMed, Google Academic, Scielo, entre otros, fueron los buscadores utilizados para la presente investigación.

Como resultado, se ha logrado establecer los alcances de mindfulness en el abordaje nutricional del TA. Se ha demostrado la eficacia en la reducción de los atracones y en los cambios en el comportamiento alimentario a través del reconocimiento de las sensaciones físicas de hambre y saciedad, la generación de consciencia sobre las emociones, el aspecto placentero y nutritivo de los alimentos y los desencadenantes externos relacionados con la alimentación. La autocompasión y autoaceptación fueron otros aspectos desarrollados.

En conclusión, mindfulness constituye una herramienta eficaz para el tratamiento del TA. Su inclusión en el abordaje nutricional puede resultar efectiva, de todas formas se requiere más investigación sobre el tema.

Palabras clave: mindfulness, comportamiento alimentario, abordaje nutricional.

Abstract

Eating Disorders (ACT) are a group of psychiatric pathologies that affect eating behavior. Binge Eating Disorder (BED) is one of them and is characterized by being the most prevalent eating disorder in adults. A binge is the uncontrolled intake of large amounts of food for a certain period of time. Mindfulness has recently been highlighted as a complementary tool for the treatment of various types of diseases. It consists of generating awareness through attention focused on the present experience, with an attitude of self-acceptance and without prejudice. The purpose of this work is to provide up-to-date information about the research carried out on the

relationship between Mindfulness and BED in order to evaluate its efficacy, programs and scope in the nutritional approach to this pathology.

For the present bibliographic review we included those works that were published from 2010 and in which mindfulness and / or its relationship with binge eating disorder were investigated. PubMed, Google Academic, Scielo, among others, were the search engines used for this research.

As a result, it has been possible to establish the scope of mindfulness in the nutritional approach of BED. Efficacy in reducing binge eating and changes in eating behavior has been demonstrated by recognizing the physical sensations of hunger and satiety, raising awareness of emotions, the pleasurable and nourishing aspect of food, and external triggers related to food. Self-compassion and self-acceptance were other aspects developed.

In conclusion, mindfulness constitutes an effective tool for the treatment of BED. Its inclusion in the nutritional approach can be effective, although more research on the subject is required.

Key words: mindfulness, eating behavior, nutritional approach.

1. Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria abarcan un grupo de enfermedades complejas cuya característica principal es una disfunción en el comportamiento alimentario. Este tipo de patologías puede persistir en el tiempo y desencadenar distintos grados de severidad. Si bien este grupo de enfermedades comparten ciertas características, varían en cuanto a las expresiones físicas, psicológicas y conductuales¹.

El Trastorno por Atracón es uno de los Trastornos Alimentarios descrito en la última actualización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Los criterios que incluye para su diagnóstico hacen referencia a episodios recurrentes de atracones, por lo menos una vez por semana, durante los últimos 3 meses. Un atracón consiste en la ingesta descontrolada de grandes cantidades de alimentos durante un periodo determinado de tiempo².

Se destaca la gravedad de esta patología no solo por los estadios que puede alcanzar, sino también por la comorbilidad asociada que generalmente suele presentar: trastornos de ansiedad, dentro del cual se destaca el trastorno obsesivo compulsivo, así como también trastorno de abuso de sustancias, trastorno depresivo e incluso se ha asociado con tendencias suicidas, incluyendo ideación e intentos de suicidio².

En la actualidad, el tratamiento utilizado para los Trastornos de la Conducta Alimentaria no tiene una forma de abordaje en específico que se haya establecido como eficaz para la resolución de esta enfermedad. Se recomienda un trabajo multidisciplinario en donde tanto médico, psicólogo, psiquiatra y nutricionista realizan sus aportes¹.

En la búsqueda de brindar nuevas herramientas para el licenciado en nutrición, se encuentra una práctica de origen budista que se ha destacado en los últimos años por su aplicación en distintos tipos de trastornos psiquiátricos y cuyo empleo podría resultar útil como complemento al tratamiento brindado por el Licenciado en Nutrición en el Trastorno por Atracón. La misma se denomina Mindfulness, palabra que podría traducirse como atención plena o consciencia plena. Ésta consiste en una práctica en la cual el objetivo es tomar consciencia plena de lo que sucede en la experiencia del momento presente, a propósito, enfocando la atención y sin prejuicios.^{3,4} Mindful eating se deriva de la práctica de Mindfulness para abordar la relación con la comida y la experiencia del comer.

A partir de esta información, el presente trabajo consistirá en una actualización bibliográfica de las investigaciones realizadas en torno a mindfulness y su relación con el trastorno por atracón.

1.1. Marco teórico

1.1.1. Trastorno por atracón

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) abarcan un grupo de enfermedades psiquiátricas cuya característica principal es una alteración en la conducta relacionada con la ingesta de alimentos. Las mismas, se caracterizan por persistir en el tiempo y afectar negativamente a la salud y a las capacidades psicosociales del individuo que la padece. Existe una gran variabilidad tanto en su presentación como en la gravedad, destacándose la gran repercusión nutricional de estas enfermedades^{1, 2, 5}.

El DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) establece los criterios diagnósticos para los distintos tipos de TCA: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón, entre otros².

El **Trastorno por Atracón** (TA) consiste en episodios recurrentes de atracones en ausencia de conductas compensatorias inadecuadas como el uso indebido de laxantes, la auto-provocación del vómito, entre otros^{2, 5, 6}.

1.1.1.1. Criterios diagnósticos

A continuación se describen los criterios diagnósticos para el TA establecidos por el DSM-V:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo similar en circunstancias parecidas.
 - 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante un episodio (por ejemplo sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Los episodios de atracones se asocian a 3 o más de los siguientes hechos:
 - 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 - 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 - 4. Comer en soledad debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 - 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Tabla adaptada y modificada del DSM-V ².

La gravedad de esta patología se puede definir en base a la cantidad de atracones semanales, clasificándose: 1 a 3: leve; 4 a 7: moderado; 8 a 13: grave; y más de 13 atracones semanales representando el caso más extremo².

1.1.1.2. Epidemiología

Los TCA representan algunos de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo¹. Se ha relacionado a este grupo de psicopatologías con un comportamiento secreto asociado que podría dificultar el diagnóstico de la enfermedad y favorecer su evolución, al existir durante un gran periodo de tiempo para cuando se lo detecta clínicamente⁷.

Así, el aumento en la incidencia detectado durante las últimas décadas podría deberse a los cambios socioculturales que facilitaron el reconocimiento de estas conductas y, por lo tanto, favorecen al diagnóstico temprano¹.

Existe un aumento en la morbilidad y mortalidad así como también el riesgo de ganancia de peso y obesidad.^{2,5} c y afectando entre el 0,7 y 4% de los individuos⁶, destacándose en mujeres que buscan tratamiento para descenso de peso ².

1.1.1.3. Etiopatogenia

Actualmente se habla de un carácter multifactorial en la etiología de los TCA. Componentes de factores genéticos, psicológicos, familiares y socioculturales se destacan como los más importantes en el origen de estas enfermedades^{1, 5, 8, 9}. No es posible afirmar que unos sean más relevantes que otros ya que cada uno afecta de manera diferente⁹.

Para que se desarrolle un TCA se requiere de factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes de la enfermedad⁹.

Los factores predisponentes se pueden estudiar desde el nacimiento hasta que comienzan las primeras manifestaciones de la enfermedad. Estos factores a los que una persona está expuesta, están relacionados con el desarrollo de comportamientos alimentarios anormales:

- Factores hereditarios: se ha destacado la importancia de los factores genéticos en el origen de los TCA ⁸². Estos representan un sistema dinámico, donde se encuentran constantemente respondiendo a señales ambientales ¹.
- Factores físicos: como por ejemplo el sobrepeso u obesidad.
- Factores psicológicos: trastornos afectivos o emocionales, dentro de los cuales el más frecuente es la depresión. La ansiedad y los trastornos de tipo obsesivo-

compulsivo son otros factores de riesgo al igual que rasgos de la personalidad como el perfeccionismo, la auto-exigencia, la baja autoestima y la insatisfacción corporal, la obsesión con la pérdida de peso, la búsqueda de placer e identidad en la delgadez, entre otros⁹.

- Factores familiares: se ha demostrado que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar pueden favorecer al inicio de un TCA.¹ El valor que se le brinda a los alimentos en relación a los estados emocionales, poner a la comida en el lugar de un premio o castigo, la consideración de la gordura o la delgadez como sinónimos de rechazo o aceptación, son algunos ejemplos de conductas que se pueden dar en el contexto familiar y favorecen el desarrollo de un TCA ¹⁰.
- Factores socioculturales: las presiones socioculturales han variado a lo largo del tiempo. Los factores culturales y ambientales tienen un papel importante en el origen de estas enfermedades, principalmente en los países industrializados a diferencia de los que se encuentran en desarrollo.¹ Actualmente el ideal de belleza establecido es considerado un factor de riesgo para el desarrollo de TCA. La ropa es diseñada para personas con cuerpos delgados, a pesar de que no todo el mundo pueda usarla. Frente a esta realidad, las mujeres jóvenes, cuyo sentido de la autoestima se centra principalmente en la aprobación externa y en la apariencia física, se convierten en un grupo de riesgo para los TCA⁹.

Los factores precipitantes se producen en el período comprendido desde la aparición de los primeros síntomas hasta el comienzo de la enfermedad. En la mayoría de los casos, el detonante más importante es el comienzo de una dieta. La realización de la misma ha sido considerada como una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de la enfermedad. Esta, en conjunto con otros factores, va a desencadenar la enfermedad⁹. Los otros factores que más se destacan son las situaciones involucradas en los procesos de desarrollo y crecimiento⁹:

- El comienzo de la pubertad.
- La ida del hogar paterno: irse a vivir solo, por ejemplo.
- La finalización del colegio secundario.
- Nuevas relaciones personales, especialmente con el sexo opuesto, con sus temores y dificultades.
- El fallecimiento de familiares u otras situaciones de duelo.
- Enfermedades personales o familiares.
- Comentarios adversos sobre la apariencia física por parte de las demás personas, que afectan la autoestima.
- Situaciones de confusión de identidad.

Los factores perpetuantes hacen referencia a aquellos factores que favorecen el mantenimiento y la cronicidad de la enfermedad. Se pueden destacar⁹:

- La distorsión de la imagen corporal: la misma fortalece todas las creencias en relación a los alimentos y su propio cuerpo.
- La relación interpersonal, tanto con los miembros familiares como con los demás núcleos sociales: por ejemplo los mensajes aprobatorios sobre la imagen delgada por parte de otros individuos pueden funcionar como un factor perpetuante.
- El hambre, que a su vez pueden intensificar la depresión, podría funcionar como otro factor perpetuante de carácter fisiológico. De esta forma, la depresión repercute en la autoestima y de esa forma, aumentar la necesidad de controlar más estrictamente el peso y perpetuar el ciclo.
- La realización incesante de dietas restrictivas. Algunos investigadores sostienen que el metabolismo de un individuo, para adaptarse al ciclo dieta-hambre- atracón, se hace cada vez más lento. De esta forma, al disminuir el consumo de energía, aumenta la tendencia a subir de peso, que es lo que la persona más teme.

Estos factores perpetuantes, no son excluyentes entre sí, sino que interactúan. Poder reconocer cada uno de ellos y resolverlos será esencial a la hora de tratar el problema alimentario⁹.

1.1.1.4. Presentación clínica

Comportamiento alimentario

El comportamiento alimentario de esta población clínica está marcado por la presencia de atracones alimentarios. Un atracón alimentario consiste en el consumo de una cantidad excesiva de alimentos, durante un periodo corto de tiempo, de al menos dos horas, y en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un tiempo similar y en las mismas circunstancias, existiendo a su vez, una sensación de pérdida de control sobre la ingesta^{2,5}.

Es común que el atracón alimentario se centre en la cantidad de alimento y no en la calidad, es decir, que el atracón no está enfocado en la búsqueda de un nutriente en específico, sino que lo que se genera es una sensación de pérdida de control tanto sobre el que y el cuanto se ingiere^{1, 2}. La selección de alimentos para la ingesta durante estos episodios suele estar frecuentemente asociada a aquellos alimentos a los que se tiende a evitar, siendo generalmente los de alto valor calórico.

A partir de esto, es posible que durante el atracón alimentario, las sensaciones experimentadas en un principio sean placenteras y positivas, pero luego comienzan a tomar lugar los sentimientos de disgusto y ansiedad intensa, siendo conscientes de la incapacidad de detenerse. Aquí, la velocidad o la rapidez de la ingesta y la agitación generada son producto de la ansiedad característica del descontrol generado durante el atracón¹¹.

Este comportamiento suele estar asociado a una actitud secreta, realizándose a escondidas o lo más disimuladamente posible ante la vergüenza y/o malestar que le genera el atracón. A su vez, es posible que el atracón alimentario comience en un lugar para luego continuar en otro. Por ejemplo, en un restaurante y luego en la casa. Es importante no confundir al atracón con el “picar” pequeñas cantidades de comida durante el día, ya que son comportamientos diferentes¹.

Por otro lado, es posible identificar conductas alimentarias problemáticas que podrían conducir a la pérdida de alimentación intuitiva, es decir, a una ingesta de alimentos independiente de las señales fisiológicas internas de hambre-saciedad. Esto produce una alteración en el reconocimiento y la capacidad de discriminar estos estados fisiológicos^{6, 12, 13, 14} y, a su vez, una dificultad para detectar los aspectos sutiles de la ingesta, como lo son el color, el aroma, la textura de los alimentos¹³.

- El comer emocional o también denominado alimentación emocional, hace referencia a estímulos emocionales negativos que afectan la conducta alimentaria generando comer en exceso^{12,13,15};
- El comer externo hace referencia a un comer en respuesta a una estimulación externa, por ejemplo frente a anuncios de comida¹³;
- El comer restrictivo generalmente está asociado a la realización de dietas, las cuales suprimen cognitivamente las sensaciones de hambre y por lo tanto reducen la ingesta¹³.

Aspecto clínico

Generalmente, los pacientes con TA presentan un estado nutricional de sobrepeso u obesidad. En consecuencia, suelen tener un peso deseado relativamente distante con su peso real y esto puede representar una mayor dificultad a la hora de formar expectativas realistas sobre el tratamiento¹⁶.

A su vez, una mayor capacidad gástrica, el malestar general, la presencia de náuseas o dolor epigástrico luego del atracón, son algunas de las características presentes en los pacientes con este trastorno¹⁷.

Aspecto psicológico

Desde una **perspectiva autoreguladora funcional**, los síntomas de los TCA intentan regular la emoción a través de la conducta, la conducta a través del pensamiento y el pensamiento a través de la conducta⁶.

Intentos por regular las emociones a través de la conducta

Una de las características presentes en los pacientes con TCA es la desregulación emocional, es decir, la dificultad para la autorregulación emocional adaptativa. Esto implica una dificultad para identificar, interpretar y afrontar las emociones negativa ^{6, 12}.

El estrés, el dolor y los sentimientos negativos son antecedentes comunes del atracón alimentario. En este contexto, el comer en exceso actúa como una forma de evitar o escapar de estados emocionales negativos para crear estados más positivos. Así, se producen niveles más elevados de alexitimia, la cual consiste en la dificultad para identificar y describir la experiencia emocional. La misma, se relaciona con una menor autoestima, depresión y una patología de atracón más severa entre los pacientes que padecen ese trastorno⁶.

Intentos por regular la conducta mediante rigidez cognitiva

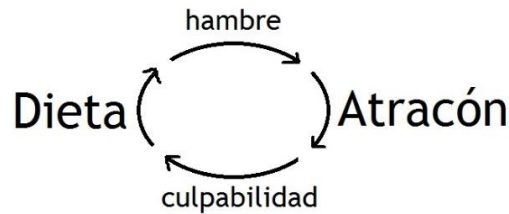
El ciclo restricción- atracón

El pensamiento rígido y distorsionado en relación a los patrones alimentarios, y el perfeccionismo relacionado con el aspecto físico, son patrones que están presentes en los pacientes con TCA. Los individuos perfeccionistas con TCA están insatisfechos crónicamente debido a que se fijan objetivos inalcanzables en alimentación, peso y aspecto físico y se caracterizan por experimentar con frecuencia sentimientos de culpa^{6, 18}. Dentro de este marco, el concepto que se tiene de uno mismo se basa en el peso y en la forma del cuerpo, destacándose una tendencia a la baja autoestima y a mantener relaciones negativas tanto con uno mismo como con el contexto⁶. A su vez, se ha demostrado que las personas con trastorno por atracón poseen niveles menores de consciencia ^{14, 19, 20}, demostrando también menores habilidades de observación y aceptación sin juicio²¹.

Debido a todo esto, las personas que padecen TA suelen recurrir a diversos tipos de dietas para el control del peso que generalmente resultan efectivas si se evalúan dentro de un periodo corto de tiempo. Sin embargo, su ineffectividad está demostrada a largo plazo ya que al finalizar estas cogniciones y no haberse generado un cambio de viejos hábitos, existe una tendencia a comer en exceso, y los pacientes retoman la ingesta a partir de las señales externas ^{13, 22, 23}.

En este punto, la internalización de reglas dietéticas estrictas y la limitación conductual que resultan en la restricción calórica y la privación de nutrientes y energía para el cuerpo, genera un estado crónico de "hambre". Las dietas inflexibles quedan invalidadas por este impulso fisiológico y el efecto de abstinencia- violación a menudo tiene como resultado un atracón. Luego de los episodios de atracón, se producen sentimientos negativos hacia uno mismo y su propio cuerpo generando una insatisfacción con la imagen corporal y dando inicio nuevamente al ciclo restricción-atracón^{16, 21}.

Así, las dietas y los patrones de pensamiento relacionadas son inherentes a la aparición y el mantenimiento del TA ⁶.



Intentos por regular el pensamiento a través de la conducta (control mental)

A las personas que sufren de TA, se les suma un sesgo de atención selectiva para todo aquello que suponga una amenaza para el concepto de sí mismos ⁶.

La rumiación es un proceso cognitivo perseverante en el que la atención se centra en reproducir hechos molestos en la mente y/o en un flujo repetitivo de pensamientos negativos de autocritica en un intento por evitar sensaciones negativas intensas y encontrar un sentido a las mismas. La rumiación se puede denominar entonces, como un “fallo” de la supresión de pensamientos donde la atención se fija en todos y cada uno de los pensamientos desagradables que uno preferiría evitar. Por lo tanto, cuanto más se suprimen los pensamientos de comida o de concepto negativo de uno mismo, más se centra uno en esos aspectos ^{6, 20}.

Al dirigir constantemente la atención a pensamientos que socavan la autoestima, se ven inclinados a llevar a cabo atracones que parecen funcionar como intentos conductuales por suprimir y controlar los pensamientos negativos o molestos⁶.

1.1.1.5. Comorbilidades

Las comorbilidades asociadas al TA aumentan la complejidad del tratamiento. El 30% de los pacientes con TA presentan obesidad ^{5, 24}. Esta se relaciona con un mayor riesgo de enfermedades metabólicas, como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipemia, enfermedad cardiovascular y el desarrollo de patologías secundarias como colelitiasis, apnea del sueño, insuficiencia cardiaca, hipertensión endocraneal y patologías osteoarticular. También se ha demostrado una mayor incidencia de tumores en esta población⁵.

Por otro lado, el TA puede presentar comorbilidades de tipo psiquiátricas, como por ejemplo depresión, ansiedad, trastorno límite de personalidad e incluso ideación e intentos de suicidio^{2, 7, 8}.

1.1.1.6. Abordaje terapéutico

La bibliografía expresa la necesidad de un enfoque multidisciplinario y especializado para el tratamiento del TA, siendo los pilares fundamentales la psicoterapia, el soporte médico y el abordaje nutricional. El equipo terapéutico profesional deberá incluir: psicólogos, psiquiatras, médicos de familia, nutricionistas e incluso pueden llegar a incluir terapeutas ocupacionales, enfermeros y endocrinólogos^{5, 7, 8, 17}.

El tratamiento en los pacientes con TCA debe ser individualizado y adaptado al contexto y situación clínica del paciente. ⁵ Los objetivos generales propuestos en el tratamiento serán:

- Estabilizar el patrón alimentario y eliminar los atracones.
- Reconectar al paciente con las sensaciones corporales.
- Normalizar el peso y el estado nutricional.
- Modificar pensamientos, sentimientos y síntomas psiquiátricos.
- Prevención de recaídas^{5, 17}.

Abordaje médico

Los aspectos médicos estarán orientados al tratamiento de las comorbilidades presentes mencionadas anteriormente y las complicaciones derivadas de la malnutrición⁵. En algunos casos también se utiliza terapia farmacológica.

Abordaje psicológico

La terapia recomendada para el tratamiento psicológico del TA es la cognitiva-conductual (TCC)⁵. Este tratamiento plantea un formato progresivo, planificado y estructurado de técnicas cognitivo-conductuales y educativas para superar las ingestas compulsivas¹¹.

La TCC sostiene que la realización de dietas en forma crónica y como una manera de controlar el peso, promueve y mantiene la aparición de atracones. De esta manera, la TCC se enfoca en esta tendencia de restricción alimentaria permanente para disminuirla. A su vez, busca modificar los pensamientos, creencias y esquemas disfuncionales relacionados con la imagen, el peso y la alimentación ²⁵.

El abordaje planteado para el TA por la TCC posee aspectos en común con el de la bulimia nerviosa ya que, se pueden encontrar similitudes en cuanto a los aspectos cognitivos relacionados con la restricción alimentaria y la tendencia a realizar dietas en forma crónica ²⁵.

Por lo tanto, TCC para TA se enfoca en fomentar el equilibrio en la alimentación, intentando moderar tanto la restricción como el consumo excesivo de comida. En el mismo, se pueden realizar tanto tratamientos grupales como individuales, y se proponen tres etapas del tratamiento:

- 1) Adoptar un plan para comer de manera regular y disminuir o eliminar los atracones.
- 2) Moderación general del consumo, evitando adoptar reglas rígidas o inflexibles. Identificar y modificar pensamientos y creencias disfuncionales que ayudan a perpetuar el problema.
- 3) Reestructuración cognitiva. Consolidar el progreso y trabajar en prevención de recaídas²⁵.

Se deberá considerar el hecho de que estos pacientes suelen tener obesidad, por lo tanto presentan dificultades en moderar la ingesta de alimentos. Para ellos, trabajar en su alimentación incluye decir "NO" a la comida (en forma de atracones, comilonas, desorden, picoteo), y a su vez, decir "Si" a la misma (en forma de comer de manera equilibrada todo tipo de comidas) ²⁵.

Las personas con TA suelen considerar a la comida tanto como su mejor amigo como su peor enemigo. Frente a este panorama, el objetivo del tratamiento es normalizar la relación con la comida, y modificar estas creencias y pensamientos disfuncionales²⁵.

En relación a la pérdida de peso, se les comenta a los pacientes que al eliminar los atracones no necesariamente adelgazarán. La pérdida de peso como objetivo se propone como un tratamiento aparte, luego de haber tratado los atracones²⁵.

Abordaje nutricional

La valoración nutricional, primer paso a llevar a cabo en el abordaje nutricional, consiste en la valoración de técnicas antropométricas habituales: peso, talla e índice de masa corporal (IMC). También se evaluará la relación respecto al peso ideal y su evolución en el tiempo. En cuanto a la medición del peso actual, se tendrá en cuenta los periodos de angustia y crisis del paciente ya que la utilización de balanza puede no ser recomendable ante estos estados emocionales¹⁷. Por otro lado, en la anamnesis alimentaria se buscará recolectar información acerca del comportamiento ante el acto de comer, la posibilidad de restricción alimentaria, su duración temporal⁵, así como también la frecuencia, duración, amplitud y alimentos que componen los atracones y ante que situaciones se producen¹¹. Se recomienda contrastar la información aportada por el paciente con la que ofrezcan los familiares.

Los objetivos estarán enfocados en:

- Normalizar el patrón alimentario
- Modificar los mitos y tabúes en relación a los alimentos y las creencias disfuncionales en relación a la dieta, el peso y la imagen corporal.
- Disminuir hasta erradicar los atracones.
- Identificar y conectar las señales internas de hambre-saciedad.
- Con respecto al peso, si bien es común que los pacientes con TA presenten sobrepeso u obesidad, una reducción del mismo no será un objetivo primario hasta que los episodios de atracones hayan desaparecido ¹⁷.

Las estrategias terapéuticas consistirán en educación alimentaria y la elaboración del plan de alimentación, individual, personal y adecuado a cada paciente¹⁷.

La educación alimentaria es un punto muy importante en el abordaje nutricional de TA. Los hábitos alimentarios, el número, horario, lugar, situación y modalidad de las comidas, así como también los acompañantes durante las mismas, se tratarán en esta parte de la terapia

nutricional. A su vez, los errores conceptuales y mitos relacionados con los alimentos serán parte de la educación nutricional para la eliminación de la conducta del atracón y la incorporación de hábitos alimentarios saludables¹⁷. La importancia de la educación alimentaria no radica en informar al paciente, sino en generar un cambio en el comportamiento a través de la comprensión del problema y conocimiento de los beneficios del cambio. De esta forma se buscará facilitar la adopción voluntaria de comportamientos alimentarios que fomenten la salud y el bienestar. Los patrones alimentarios del paciente y los conocimientos nutricionales que tenga deberán tenerse en cuenta⁸. Realizar educación alimentaria a la familia del paciente también resulta favorable al tratamiento. Esto facilita la aplicación práctica y la adhesión a los nuevos modelos conductuales propuestos⁵.

El plan de alimentación, por otro lado, no será un plan hipocalórico en un principio. La idea es, a partir del mismo, no provocar una restricción alimentaria que genere un aumento de descontrol y conduzca a un atracón. Una vez que hayan desaparecido los atracones, se dará inicio a un plan hipocalórico, con una densidad calórica menor a uno y de esta manera, favorecer la saciedad. Esta desaconsejado utilizar un valor calórico menor a 1500 calorías por día, ya que se considera que valores restrictivos aumentarían el descontrol alimentario. La distribución porcentual de macronutrientes será normal, es decir 50 a 75% de hidratos de carbono, 15 a 20% de proteínas y 25 a 35 de grasas para el cálculo del valor calórico total¹⁷. Por otro lado, problemas derivados de la obesidad en el TA deberán ser considerados⁵.

El monitoreo nutricional será, en principio, en forma semanal. Se destaca la importancia del compromiso familiar en el tratamiento, ya que favorece al mismo, principalmente en menores de 16 años⁸. Por otro lado, es importante establecer con claridad ante el paciente y su familia, que la disminución del peso no deberá ser buscada en la primera etapa del tratamiento y que el mismo, no constituye un indicador de la evolución del tratamiento. Se deberá monitorear la modificación de pautas alimentarias¹⁷. Para esto, puede resultar útil la realización de registros alimentarios, incluyendo los atracones y el estado emocional acompañante, así como también la toma de fotografías del plato^{8, 17}. Estas herramientas, al combinarse proporcionan mayor información sobre la alimentación del paciente²⁶.

Los registros alimentarios pueden servir como motivo de reflexión sobre la alimentación y en ocasiones incluyen los sentimientos o motivos que llevaron a consumir o evitar ciertos alimentos²⁶.

La fotografía del plato es necesaria que se realice tanto antes, como después de haber comido, lo que permitirá evaluar las cantidades reales de alimento que fueron ingeridas. Estas herramientas pueden no tener tanta utilidad cuando se analizan por separado, pero al analizarlas en conjunto se complementan brindando más información sobre la ingesta alimentaria del paciente²⁶.

1.1.2.Mindfulness

La palabra Mindfulness se puede traducir de diferentes formas, ya sea como atención plena, conciencia plena, conciencia abierta, entre otras. Mindfulness tuvo sus orígenes en el budismo y como tal, responde al criterio de que tanto la felicidad como el sufrimiento dependen de la propia mente y no de circunstancias externas.⁴ De esta forma, la práctica de mindfulness, no tiene como objetivo desarrollar la atención plena, sino más bien, reducir el sufrimiento y promover el bienestar¹⁸.

El término en sí, deriva del pali: "sati", lo cual significa conciencia, atención y recuerdo: conciencia hace referencia al conocimiento que tiene el ser humano de su propia existencia, de sus estados y de sus actos; atención es la conciencia enfocada; y el recuerdo hace referencia a traer al presente, es decir, a la capacidad humana de poder estar presente y "recordarnos" estar en el presente^{4, 27}.

Kabat-Zinn, médico y fundador del Centro de mindfulness en medicina, atención médica y sociedad (*Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society*), así como también del programa para reducción del estrés en la escuela de medicina de la Universidad de Massachusetts, definió mindfulness como: "*conciencia que emerge al prestar atención a propósito, en el momento presente y sin prejuicios al desarrollo de la experiencia momento a momento*"²⁸. Se destacan dos puntos centrales en esta definición: por un lado, la atención enfocada, la cual puede ser, por ejemplo, en la respiración; y por otro, el desarrollo de una actitud sin prejuicios hacia la propia experiencia, es decir, sentimientos, pensamientos y sensaciones físicas²⁸.

Con el desarrollo de esta capacidad, el observador puede aprender que los contenidos de la conciencia están en constante cambio y son transitorios. Por lo tanto, los pensamientos van a ser entendidos como eventos mentales y no como representaciones de la realidad ²⁹.

Mindfulness no es una técnica de relajación, es una estrategia de atención enfocada que contribuye en la reducción de la vulnerabilidad cognitiva a los modos reactivos de la mente que resultan en un aumento del estrés y la angustia emocional³⁰. Esto implica, pasar de la reactividad de la mente que genera respuestas automáticas e inconscientes, a la responsabilidad, es decir, generar respuestas controladas y conscientes^{4, 27}.

Por lo tanto, Mindfulness promueve una atención enfocada en las experiencias internas, con una actitud de auto-aceptación, sin prejuicios, interrumpiendo patrones condicionados y disminuyendo las respuestas automáticas reactivas a experiencias negativas²⁴.

Mindfulness puede ser considerado como un rasgo, estado y habilidad^{29, 31}. Como rasgo hace referencia a la observación, la aceptación y la tendencia de actuar con conciencia. Como habilidad, hace referencia a una capacidad relativamente estable pero entrenable y como estado, se refiere a la práctica en sí ²⁹.

Una diferenciación establecida en mindfulness es acerca de la práctica formal e informal. La práctica formal o también llamada meditativa, se refiere a un activar y mantener un estado de mindfulness sin la realización de algún tipo de actividad simultánea. A diferencia de la práctica

informal, ésta se caracteriza por activar un estado de consciencia al realizar alguna actividad, ya sea caminar, andar, cocinar e incluso comer^{29, 31}.

Mindfulness se puede aplicar a muchos aspectos de la vida, incluido el comportamiento alimentario ³¹. **Mindful eating (ME)** aplica la técnica de Mindfulness para comer de manera consciente ^{12, 13, 31}, es decir, dirigiendo la atención hacia las sensaciones corporales asociadas a la ingesta de alimentos, también llamada alimentación intuitiva.

El objetivo consiste en satisfacer las necesidades nutricionales que se asocian a la ingesta de alimentos basada en la sabiduría corporal y las señales fisiológicas del cuerpo, y su placer asociado¹². Como tal, se centra en el proceso de alimentación y no en lo que se come ³³. Esta práctica va a favorecer una alimentación libre de prejuicios^{12, 32}.

Mindful eating aborda la selección de alimentos, la diferenciación entre hambre física y psicológica, la identificación de señales de saciedad ³² y el comer saludablemente en función de estas condiciones¹³. Esto permite un mayor disfrute de la alimentación, incluida una apreciación de la forma, la textura, la temperatura, el aroma y el sabor de los alimentos, al tiempo que reconoce que los factores externos no son la razón principal de la alimentación³².

A través de la práctica sostenida de mindful eating se puede llegar a equilibrar la relación existente entre el funcionamiento emocional ³² y los estilos de alimentación ¹².

Los principios de mindful eating son:

- Permitirse tomar conciencia de las oportunidades nutritivas y enriquecedoras que se presentan en la preparación y el consumo de alimentos.
- Seleccionar alimentos agradables y nutritivos, permitiendo saborear y explorar con los sentidos.
- Reconocer qué alimentos generan placer evitando juzgar la propia experiencia.
- Reconocer las señales de hambre y saciedad en el inicio y finalización de la alimentación³⁴.

A continuación se establecen los pasos que caracterizan una alimentación consciente:

- El primer paso consiste en notar todos los sentidos, sabores, olores y texturas de la comida que se consume.
- El segundo es reconocer hábitos repetitivos como comer mientras se realizan múltiples tareas y comer en “piloto automático” sin ser consciente.
- El tercero es tomar conciencia de lo que desencadena el inicio y la interrupción de la alimentación ³³.

1.2. Objetivos

El objetivo general del presente trabajo consiste en brindar información actualizada en torno a las investigaciones realizadas acerca de la relación entre Mindfulness y el trastorno por atracón.

Los objetivos específicos del presente trabajo son:

- Revisar la bibliografía existente sobre la eficacia del Mindfulness como terapia complementaria en el tratamiento de trastorno por atracón.
- Recopilar información sobre los principales modelos de tratamiento basados en Mindfulness y alimentación.
- Identificar los alcances de la incorporación de Mindfulness en el tratamiento nutricional del Trastorno por Atracón.

2. Materiales y métodos

- Tipo y diseño del estudio: Revisión bibliográfica, descriptivo, retrospectivo, transversal.
- Los criterios para la búsqueda fueron:
 - o Criterios de inclusión: Se incluyeron aquellos trabajos en los cuales se investigó Mindfulness y/o su relación con el trastorno por atracón. De todos ellos, solo fueron incluidos los que fueron publicados a partir del año 2010 y en el idioma inglés o español.
 - o Criterios de exclusión: Quedaron excluidos aquellos trabajos que no hayan incluido Mindfulness, ni la aplicación del mismo en el abordaje de trastorno por atracón. También se excluyeron aquellos trabajos que fueron redactados en un idioma diferente al inglés o español, previo al año 2010.

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de los buscadores PubMed, Google Academic, Scielo, PLOS ONE y la Biblioteca de la Universidad de Belgrano.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron:

- o En inglés: mindfulness, mindful eating, binge eating, eating regulation.
- o En español: atención plena, trastorno por atracón, regulación emocional, estilos de ingesta, comer emocional.

Anexo I: Cuadro resumen de las publicaciones científicas revisadas.

3. Desarrollo

3.1. Modelos de tratamiento

Actualmente existen variedad de programas que incluyen Mindfulness ya sea para el tratamiento de patologías como trastorno de ansiedad, estrés, depresión, adicciones y para la prevención de recaídas, como también para patologías como cáncer, fibromialgia, entre otros³⁴,³⁵. El interés por la aplicación de Mindfulness en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria continúa creciendo¹³ y como consecuencia, el desarrollo de programas que integran Mindfulness y alimentación.

A partir de la información obtenida, el siguiente cuadro presenta un resumen de los programas enfocados en alimentación y Mindfulness:

| PROGRAMA | EJERCICIOS | RESULTADOS |
|---------------------------------|---|--|
| MB-EAT ^{18, 34, 36,37} | <ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness - Mini-meditaciones - Mindful eating | <p>Reducción constante de episodios de atracones y el patrón de ingesta excesiva^{18, 34}.</p> <p>La regulación emocional producida favoreció la reducción en los niveles de ansiedad y depresión previos al tratamiento, los cuales cayeron a niveles leves y/o no clínicos, en promedio¹⁸.</p> <p>A su vez, se desarrollaron niveles mayores de conciencia en relación a las sensaciones de hambre y saciedad, los estados emocionales y los desencadenantes externos relacionados, y la selección y el aspecto placentero y nutritivo de los alimentos³⁴.</p> |
| BEfree ²⁴ | <ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness - Psicoeducación | <p>Reducción de: atracones, depresión, inflexibilidad psicológica de la imagen corporal, fusión cognitiva de la imagen corporal, vergüenza externa y autocrítica²⁴.</p> <p>Aumento de la calidad de vida²⁴.</p> |
| MEAL ^{30, 34} | <ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness - Mindful eating - Psicoeducación - Actividad física | <p>Identificación de las señales de hambre y saciedad, la calidad de los alimentos y los estados cognitivos y emociones implicados en la alimentación³⁴.</p> <p>Aumento en los niveles de conciencia y la restricción cognitiva a cerca de la alimentación.</p> <p>Reducción en el peso, desinhibición en alimentación, atracones, depresión, estrés, síntomas físicos, afecto negativo³⁰.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| MBeeat ¹⁵ | <ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness - Mindful eating - Psicoeducación | <p>Disminuyó el estrés y el comportamiento impulsivo.</p> <p>Se desarrollaron mayores niveles de consciencia en la identificación de sensaciones de hambre y saciedad, y no en respuesta a señales externas ni emocionales¹⁵.</p> |
| Estudio de San Francisco ³⁸ | <ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness - Mindful eating - Mini-meditaciones - Dieta - Actividad física | <p>Reducción del consumo de azúcares y postres.³⁸</p> <p>Creciente aumento en los niveles de consciencia, proporcional al tiempo.³⁸</p> <p>Mantenimiento de las reducciones de glucosa en ayunas alcanzadas.³⁸</p> |
| EMPOWER ³⁹ | <ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness - Mindful eating - Psicoeducación | <p>Reconocimiento de las sensaciones internas de hambre y saciedad.³⁹</p> <p>Mayores niveles de consciencia sobre la reactividad física, emocional y cognitiva que ocurre durante el estrés y su relación con el comportamiento alimentario.³⁹</p> <p>Promoción de la actividad física.³⁹</p> <p>También se destacó la aceptación en la responsabilidad de las decisiones tomadas y objetivos personales.³⁹</p> |
| Estudio de Chile ²² | <ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness - Mindful eating - Mini-meditaciones - Psicoeducación | <p>Mayores niveles de consciencia en relación a la desconexión entre cuerpo-mente y la desregulación emocional. También reconocieron el accionar “automático” desde el impulso y sin mediación racional.²²</p> <p>Se produjeron cambios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - desarrollo de la capacidad de identificación del hambre fisiológica y el hambre emocional. - identificación y “conexión” con las emociones, lo que resultó en una percepción de mayor control sobre la ingesta. - desarrollo de auto-compasión y autoaceptación. - disminución en la frecuencia de los episodios de atracones. - cambios en hábitos alimentarios y disfrute en la experiencia del comer.²² |

3.1.1. MB-EAT

El Entrenamiento de concientización en alimentación basada en Mindfulness (MB-EAT) es uno de los programas que más se destaca en el tratamiento del Trastorno por Atracón³⁴. El mismo fue desarrollado por la psicóloga Jean Kristeller en base a los principios de meditación aplicados por Jon Kabat-Zinn^{18, 36}.

Inicialmente, su **aplicación** estuvo orientada hacia adultos con sobrepeso u obesidad y trastorno por atracón^{18, 36}. También se ha demostrado su efectividad al adaptarlo a adolescentes con las mismas características³⁷.

El **objetivo de** este programa es tratar los patrones de alimentación disfuncionales y el desarrollo de la autorregulación en relación al apetito así como también entre los factores psicológicos y no nutritivos que incluye la alimentación³⁴.

El programa MB-EAT **consiste** en 12 sesiones grupales de las cuales, 9 son sesiones semanales y 3 son sesiones mensuales de refuerzo. La duración de cada sesión es de una hora y media, excepto por la sesión número 1 y 6 cuya duración es de 2 horas por la realización de una comida en grupo. Con el pasar de las sesiones, se va introduciendo gradualmente la práctica de Mindfulness, mindful eating, autoconciencia y auto aceptación^{33, 34, 37}.

Esquema de las sesiones: Cada sesión comienza con un breve período de meditación. Luego, se discuten tanto el progreso como las dificultades experimentadas durante la semana anterior, durante entre 15 y 20 minutos. Cada sesión se centra en un tema específico relacionado con la normalización de los patrones de alimentación y la superación de los atracones. La tarea incluye la práctica de meditación y ejercicios de alimentación consciente, además de otras prácticas específicas para el tema de cada semana. Las sesiones de refuerzo a 1, 2 y 3 meses no introdujeron material nuevo, sino que reforzaron la práctica³⁶.

Anexo II: cuadro resumen de las sesiones del programa MB-EAT.

Ejercicios practicados:

- Meditación de respiración consciente (Mindfulness): se basa en enfocar la atención en diferentes objetos de la experiencia presente, puede ser la respiración, los sonidos, los pensamientos, las emociones; devolviendo la atención a la respiración cuando la mente se desvía. Esta práctica genera conciencia en los procesos mentales, transformando a uno en el observador de la experiencia en vez de reaccionar automáticamente a ella³⁴.

- Mini- meditaciones: se basan detenerse y tomar conciencia de los sentimientos, pensamientos, y sensaciones experimentados durante, por ejemplo: momentos de estrés, antes de las comidas o cuando ocurren impulsos compulsivos^{34, 36}.

- Mindful eating: a través de la meditación guiada, se busca enfocar la mente en los comportamientos, las creencias y las emociones relacionadas con la alimentación y la experiencia del comer¹⁸. De esta forma, se va a desarrollar conciencia de las experiencias de hambre, saciedad, experiencia gustativa y elección de alimentos, incorporando progresivamente

los reconocidos por el individuo como alimentos desafiantes³⁴. Los mismos, representan aquellos que las personas con atracones suelen comer en exceso. A partir de esta experiencia se podrá integrar todos los alimentos y preparar a los participantes para poder ir a un buffet, situación que suele presentarse como desafiante para la mayoría de las personas que buscan un consumo moderado de alimentos ^{18, 34, 36}.

A partir del programa MB-EAT se obtuvo como **resultado una** reducción constante de episodios de atracones y el patrón de comer en exceso^{18, 34}, al igual que en los estados emocionales intensos como la ansiedad, la depresión, el estrés, la agresividad, entre otros³⁷. A su vez, se desarrolló una mayor conciencia en: las sensaciones físicas relacionadas con el hambre y la saciedad; los estados emocionales y los desencadenantes externos relacionados; y en la selección y el aspecto placentero y nutritivo de los alimentos³⁴.

3.1.2.BEfree

BEfree es el primer programa en incluir mindfulness, psicoeducación y autocompasión. Éste, surge de un estudio realizado en la Universidad de Coimbra, Portugal, y cuya intervención estuvo enfocada en el **tratamiento de** mujeres con sobrepeso u obesidad y trastorno por atracón²⁴.

El **objetivo** de este programa es reducir la severidad de los atracones y la psicopatología alimentaria, así como también desarrollar flexibilidad psicológica, mindfulness y autocompasión²⁴.

BEfree **consiste** en 12 sesiones, cada una con una duración de 2 horas y 30 minutos, en donde se agruparon hasta 15 personas ²⁴.

Esquema de las sesiones: Al comienzo de cada sesión se produce un primer intercambio de experiencia personales y un ejercicio de Mindfulness de 5 minutos. Luego, se aborda el tema de la sesión y ejercicios de mindful eating. Al finalizar la misma, se realiza un resumen de lo visto durante la misma y se asignan tareas a realizar en la casa. Cada sesión siguió esta misma estructura²⁴.

Anexos III: cuadro resumen de las sesiones del programa BEfree y las metas de cada una.

Ejercicios practicados:

- Meditación de respiración consciente (mindfulness)
- Psicoeducación relacionada a las emociones, valores, aceptación, autocompasión²⁴.

BEfree fue efectivo para afrontar los impulsos y las experiencias internas negativas. Este programa **generó** el desarrollo de habilidades autocompasivas y una reducción de los episodios de atracones alimentarios. A su vez, se produjo una mejora en la psicopatología ligada a la alimentación, la depresión, la vergüenza, la autocrítica, la inflexibilidad psicológica de la imagen corporal, así como también en la calidad de vida de las participantes ²⁴.

3.1.3. Mindful eating and living program (MEAL)

Este programa surgió a partir de un estudio diseñado **para** personas con sobrepeso y obesidad en la Universidad de Nuevo México³⁰.

El **objetivo** del mismo enseñar habilidades que incrementen el nivel de conciencia en la comida, las emociones y los auto-prejuicios negativos. De esta forma, se busca aumentar la conciencia en el comportamiento y reducir la ingesta automática, idealmente resultando en una reducción de los episodios de los atracones^{30, 34}.

MEAL **consiste** en sesiones semanales de dos horas cada una, durante 6 semanas. El formato del mismo es grupal, con la práctica de ejercicios de mindfulness, mindful eating y discusiones de grupo ^{30, 34}.

Ejercicios practicados:

- Mindful eating: se practica con variedad de alimentos y en diversas situaciones que se podrían producir en el día a día (solo, con gente, etc.)
- Mindfulness: se brinda un audio de 10 minutos para escuchar en casa y practicar la meditación diariamente.
- Psicoeducación: brinda información respecto a la conciencia de las sensaciones corporales, las emociones y los desencadenantes de la sobre ingesta, así como también sobre alimentación, ejercicio, calorías y nutrición.
- Se alentó a los participantes a aumentar la actividad física en un 5-10% cada semana. Si bien la actividad física no es parte del programa, sí se practica yoga básico y meditaciones para caminar³⁰.

Este programa permite la identificación de las señales de hambre y saciedad, la calidad de los alimentos y los estados cognitivos y emociones implicados en la alimentación³⁴. A su vez, **demostró** ser efectivo en el aumento de la atención plena y la restricción cognitiva alrededor de la comida. También se produjo una disminución en el peso, desinhibición al comer, atracones, depresión, estrés, síntomas físicos y afecto negativo³⁰.

3.1.4. MBeeat

El Entrenamiento de concientización en alimentación emocional basada en Mindfulness (MBeeat) está basado en el Programa de reducción de estrés basado en mindfulness (MBSR) y mindful eating. Esta intervención surge a partir de un estudio realizado en la Unión Europea **para** pacientes de sexo femenino con historia de alimentación emocional problemática sin una patología de tipo TCA u otra enfermedad mental¹⁵.

El **objetivo** de este estudio estuvo orientado a favorecer los niveles de mindfulness, el control de los impulsos, la alimentación emocional e intuitiva y el estrés percibido¹⁵.

La intervención **consistió** en 1 sesión por semana de dos horas y media, durante 8 semanas. En la misma se incluyeron clases teóricas y prácticas sobre un tema específico para cada sesión. También se les brindó un libro de trabajo y un audio de meditación guiada para la práctica en el hogar ¹⁵.

Anexo IV: cuadro resumen de las sesiones del estudio MBeeat.

Ejercicios practicados:

- Mindfulness.
- Mindful eating.
- Psicoeducación: incluye literatura sobre la relación entre las emociones y la alimentación, el estrés y la alimentación y, por último, el impulso y la alimentación¹⁵.

A partir de esta intervención se **logró** un mayor control de la impulsividad y una reducción en el estrés. Se desarrolló la consciencia en la identificación de los desencadenantes externos e internos en la ingesta de alimentos, logrando una distinción entre señales internas de hambre y saciedad¹⁵.

3.1.5. Estudio de San Francisco

Un estudio realizado en San Francisco desarrolló una intervención basada en el programa MB-EAT con la incorporación de actividad física. El mismo, estuvo orientado a mujeres obesas. El **objetivo** consistió en evaluar cambios en mindful eating, la pérdida de peso y el consumo de azúcares³⁸.

La intervención **consistió** en 12 sesiones semanales, luego 3 sesiones bisemanales y por último 1 sesión cuatro semanas después. Cada una tuvo una duración entre dos y dos horas y media. También se realizaron sesiones de un día entero durante el fin de semana³⁸.

Ejercicios practicados:

- Mindfulness: meditación mínima de 30 minutos al día, meditación sentada. Se brindó un CD con prácticas guiadas de mindfulness y libros para practicar en casa.
- Mindful eating: incluyó meditaciones de alimentación guiada y discusión de prácticas de alimentación consciente orientadas a la identificación del hambre física, la saciedad y la satisfacción del gusto, el antojo de alimentos y los desencadenantes emocionales y de otro tipo para comer.
- Se alentó a aumentar la conciencia a través de "mini-meditaciones" antes de las comidas.
- Actividad física: aumentar la actividad física diaria: yoga, así como el ejercicio aeróbico y anaeróbico estructurado, como andar en bicicleta, nadar, entrenar la fuerza y caminar.
- Dieta: reducir el consumo calórico en 500 calorías y disminuir la densidad calórica, los alimentos con mala calidad nutricional y aumentar el consumo de frutas, verduras, aceites y proteínas ³⁸.

Como resultado de esta intervención, se obtuvo una reducción significativa en el consumo de azúcares y postres, un creciente aumento en los niveles de conciencia proporcional al paso del tiempo y un mantenimiento de las reducciones de glucosa en ayunas alcanzadas gracias a la intervención ³⁸.

3.1.6. EMPOWER

El programa “Mejora en mindfulness para la prevención de la recuperación de peso” (EMPOWER) es una intervención enfocada en el desarrollo de habilidades de mindfulness **para individuos que quieran** mantener la pérdida de peso y evitar la recaídas³⁹.

EMPOWER **consiste** en una sesión grupal semanal de 12 semanas con refuerzo a las 16, 20 y 24 semanas después del inicio del programa. Cada sesión tiene una duración de dos horas³⁹.

Esquema de las sesiones: Generalmente, las sesiones inician con una breve meditación, seguida de una discusión sobre las experiencias de los participantes al aplicar sus nuevas habilidades de mindfulness aprendidas durante la semana anterior. La práctica de mindfulness incluye tanto la formal como informal. Cada sesión aplicó los principios de mindfulness a un tema específico: nutrición, la actividad física, el manejo del estrés, los valores personales, el establecimiento de objetivos y cambios en el comportamiento. Luego de finalizada cada sesión, se asigna la tarea de continuar practicando los ejercicios vistos en cada una. A partir de la sesión nueve, se brinda asesoramiento por vía telefónica. El mismo se realiza cada dos semanas, durante seis meses, con el objetivo de ayudar a los participantes a poner en práctica las habilidades de mindfulness en la vida cotidiana. Otro beneficio que se brinda es un CD con meditaciones guiadas para realizar en sus casas ³⁹.

Ejercicios del programa:

- Mindfulness: se practica en cada sesión y en la casa, durante un mínimo de 30 minutos. Un ejercicio presentado en la primera sesión fue "20 respiraciones": en la misma se cuentan y se describen innumerables detalles de 20 inhalaciones y 20 exhalaciones.
- Mindful eating: ejercicio con pasas de uva y otros alimentos. También se realizó el ejercicio: Stop-Breath-Feel, el cual consiste en tomarse un momento para hacer una pausa y registrar cualquier emoción o sensación que formara parte de su impulso de comer. Implica detenerse después de cada bocado, dejar la comida por completo, comer con atención a todos los aspectos del proceso de comer y respirar por completo antes del próximo bocado.
- Psicoeducación: Se exploraron los factores que apoyan o impiden la nutrición y la realización de ejercicio. Las discusiones abordaron experiencias comunes en el mantenimiento de la pérdida de peso, incluyendo cambiar el enfoque de "perder" a "mantener" el peso, intensificar la actividad física, la ambivalencia hacia la moderación continua de la ingesta de alimentos, pensar distorsionado sobre la pérdida de peso realista y aprender a ver la regulación del peso como un permanente cambio de estilo de vida³⁹.

Como **resultado**, se produjeron cambios en el comportamiento alimentario, patrones de pensamiento y reacciones emocionales relacionadas. Estos se produjeron a partir del reconocimiento de las sensaciones internas de hambre y saciedad, así como también la consciencia generada sobre la reactividad física, emocional y cognitiva que ocurre durante el estrés y su relación con el comportamiento alimentario. Por otro lado, EMPOWER resultó útil para la promoción de la actividad física al ayudar a los participantes a experimentar el movimiento en vez de pensar en el mismo y aprender a controlar sus propios cuerpos durante el esfuerzo. También se destacó la aceptación en la responsabilidad de las decisiones tomadas y objetivos personales³⁹.

3.1.7. Estudio de Chile

Un estudio realizado en Chile presenta un taller en base a la práctica de mindfulness **para** población con TA²².

A partir de la misma, los participantes realizaron sus evaluaciones sobre los diversos elementos incluidos en la intervención: la evolución de sus hábitos alimentarios, su TCA y sobre la práctica de mindfulness. El **objetivo** de este estudio fue explorar la experiencia de los participantes y la viabilidad del taller²².

El taller **consistió** en una sesión semanal durante dos meses, es decir un total de ocho sesiones, cada una de las cuales duró dos horas. Los temas abordados se fueron desarrollando con el pasar de las sesiones e incluyeron: mindfulness, pensamientos, emociones, autocompasión, señales de hambre y saciedad y alimentación consciente. En todas las sesiones

se llevó a cabo un entrenamiento en las habilidades de mindfulness a través de la meditación en distintos formatos. La sesión número uno consistió en una introducción a mindfulness y a la alimentación consciente. Las diferentes temáticas se fueron desarrollando con el correr de las sesiones. Para finalizar, la sesión número ocho estuvo destinada al cierre final del programa y a la práctica de mindfulness. En la misma no se brindó material, ni conceptos nuevos²².

Anexos V: cuadro resumen del taller de Chile

Ejercicios practicados:

- Mindfulness: meditación guiada de pie y sentado, yoga.
- Mindful eating
- Mini-meditaciones
- Psicoeducación: autocompasión, emociones, pensamientos, señales de hambre y saciedad²².

En cuanto a los **resultados** del presente estudio, los participantes admitieron reconocer la desconexión entre cuerpo y mente, la desregulación emocional, la poca conciencia en relación a la comida y el lugar que le daban como regulador de las emociones, y lograron identificar la culpa luego de la ingesta emocional. También reconocieron el accionar “automático” desde el impulso y sin mediación racional²².

Finalizado el taller, los participantes manifestaron cambios en cuanto a:

- A nivel cognitivo, se generó mayor autocompasión, al haber desarrollado la capacidad de realizar un proceso de introspección sin juicios. Por otro lado se desarrolló la capacidad de identificación del hambre fisiológica y el hambre emocional.
- A nivel emocional se logró identificar y “conectar” con las emociones, lo que resultó en una percepción de mayor control sobre la ingesta. También generó una mayor auto-compasión y autoaceptación.
- A nivel conductual, un mayor control sobre el atracón logró disminuir la frecuencia de los episodios de atracones²².

Por otro lado, en cuanto a los hábitos alimentarios han manifestado poder adoptar prácticas más saludables y disfrutar más de las comidas a partir de la identificación de los sabores, texturas y colores²².

Anexos VI: Testimonio de participantes del taller de Chile

3.2. Mindfulness y abordaje nutricional del trastorno por atracón

A continuación se describen los alcances que puede tener mindfulness como complemento al tratamiento nutricional del TA. Estos, se pueden evidenciar a partir de los beneficios que brinda para cumplir los objetivos propuestos en el mismo. De acuerdo a la bibliografía, se pueden observar en varios aspectos, ya sea abordando tanto el comportamiento alimentario, como los factores psicológicos que influyen en el mismo.

Objetivos del abordaje nutricional y los alcances encontrados a partir de la incorporación de mindfulness:

- **Normalizar el patrón alimentario y disminuir hasta erradicar los atracones.**

A partir la práctica regular de mindfulness se produce un aumento de consciencia en los patrones condicionados que rodean la comida, es decir, en los comportamientos automáticos de alimentación^{40, 41, 42}. Por ejemplo, se ha relacionado mindfulness con la capacidad de reducir la respuesta a las señales externas que podrían desencadenar el comer externo, como lo son el envasado de los alimentos y los anuncios de comida^{42, 43, 44}. Aquí, se da lugar al concepto de alimentación intuitiva. La misma, consiste en un estilo de alimentación motivado por razones físicas, en lugar de señales o motivadores emocionales o ambientales⁴³.

Por otro lado, entre los aspectos psicológicos que influyen en el comportamiento alimentario, la desregulación emocional presente en los pacientes con TA, puede ser abordada por las intervenciones que utilizan mindfulness y las técnicas de mindful eating. Estas, han demostrado ser efectivas para la regulación emocional, aceptación y conciencia acerca de los estados internos, lo cual favorece la reducción de los episodios de atracones y la alimentación emocional^{12, 13, 20, 22, 34, 42, 43, 44, 45}. De esta forma, el reconocimiento del ciclo de hábitos desencadenantes y los comportamientos consecuentes es el paso previo para comenzar a trabajar sobre ellos⁴⁴.

A nivel cognitivo, mindfulness interrumpe los patrones de pensamiento disfuncionales en relación a la comida, el cuerpo y la forma. De esta forma, permite adoptar una postura no evaluativa hacia los sentimientos y pensamientos, generando una relación más flexible y de aceptación⁴³. Se desarrolla, de esta manera, una mayor familiaridad con las emociones negativas y, por lo tanto, aumenta la tolerancia hacia éstas permitiendo observar los pensamientos y sentimientos sin reaccionar ni recurrir a comportamientos evasivos como el comer emocional que, en el caso del TA, desencadenarían en un episodio de atracón^{13, 23, 42, 43}. Por lo tanto, mindfulness puede considerarse como una herramienta para brindar equilibrio en el descontrol de estos estados emocionales que pueden influenciar la conducta alimentaria^{15, 18, 23}.

La selección de alimentos y el tamaño de las porciones a consumir son otros de los aspectos que van a influir en la conducta alimentaria del paciente^{13, 19, 28, 40, 41}. Estos aspectos pueden resultar beneficiosos en el tratamiento del TA ya que podría formar parte de la educación alimentaria para la incorporación de hábitos alimentarios más saludables.

Se ha realizado un estudio en Australia cuyos resultados mostraron una tendencia a consumir menos cantidad de alimento por parte del grupo que practicó mindfulness⁴⁶.

Un estudio realizado en Estados Unidos demostró que la práctica de mindfulness produce una mayor expectativa de gusto en los alimentos a los que uno suele rechazar. De esta forma, se puede generar una reconceptualización de estas experiencias para generar una mayor disposición a probar nuevos alimentos y, por lo tanto, desarrollar un mayor nivel de disfrute. Por lo tanto, mindful eating puede resultar útil para combatir las conductas alimentarias selectivas, introducir alimentos nuevos en la dieta y de esta forma, modificar los patrones de alimentación poco saludables⁴⁷.

Otro estudio, también realizado en Australia, ha demostrado que la realización de actividades que incluyen la práctica de mindfulness, como lo es por ejemplo yoga, puede generar mayores niveles de consciencia y un aumento en el consumo de alimentos saludables y menos consumo de alimentos no saludables³¹.

Por otro lado, un estudio realizado en Pakistán evaluó la relación entre mindful eating y el bienestar mental. Los resultados del mismo han demostrado que existe una relación significativamente positiva entre estas variables³³. Los cambios en aceptación y en autocompasión generados a partir de la práctica de mindfulness, mediaron la mejoría tanto en reducción de sintomatología como incremento de bienestar¹⁸. Estos tipos de pensamiento favorecen el alejarse de los pensamientos de vergüenza y culpa⁴⁴.

La autocompasión es una forma de responder a los errores con humanidad, es decir, implica reconocer el fracaso como parte de ser humano, de forma consciente, en equilibrio, experimentando sentimientos de afecto y amabilidad hacia uno mismo y evitando ser excesivamente crítico^{29, 48}. Las personas que se tratan con compasión, al comer en exceso podrían tener más éxito en regular su alimentación porque están menos motivados para comer como una forma de hacer frente a los sentimientos negativos¹⁸. De esta forma, la capacitación en mindful eating fortalece una actitud de alimentación sin prejuicios y mejora la capacidad de abordar adecuadamente las necesidades nutricionales¹².

- **Modificar los mitos y tabúes en relación a los alimentos y las creencias disfuncionales en relación a la dieta, el peso y la imagen corporal.**

La práctica regular de Mindfulness ayuda a las personas a relacionarse de manera diferente con sus pensamientos, influye en sus elecciones y fomenta que se actúe de acuerdo a

valores personales y objetivos de vida propios. Así, se genera una mayor percepción de autoeficacia relacionada con la dieta, la pérdida de peso, la alimentación consciente y la actividad física³⁸.

A su vez, el entrenamiento en mindfulness se puede relacionar también con el desarrollo de la percepción de una imagen corporal más saludable¹⁸. Es a través de esta forma que permite reducir la angustia asociada a no cumplir con los estándares de belleza socialmente impuestos. Una mayor autocompasión está relacionada con una mayor aceptación y apreciación del cuerpo^{18, 23}. Aquí, el cuidado personal consciente y una imagen corporal positiva funcionan en forma recíproca y autopropagante. Esto quiere decir que, a medida que las personas se cuidan, aumentan los sentimientos positivos que tienen hacia ellos mismos. De esta forma, el autocuidado y la apreciación del cuerpo pueden potencialmente jugar un papel en el tratamiento de los trastornos alimentarios⁴⁸.

- **Identificar y reconectar las señales internas de hambre-saciedad.**

Retomando el concepto de alimentación intuitiva, esta se produce a partir de la conexión y la comprensión del hambre y saciedad física. De esta manera, se pueden identificar tres componentes centrales: la falta de restricción en la alimentación, una ingesta basada en sensaciones físicas y no emocionales o externas y, por último, la dependencia en las señales internas de hambre y saciedad para determinar la cantidad y los alimentos que se consumen. El desarrollo de habilidades de mindfulness se ha relacionado con un comportamiento alimentario de alimentación intuitiva⁴³.

Se ha demostrado que mindful eating genera una ingesta más lenta permitiendo un mayor registro de sensaciones tanto físicas como sensoriales y, de esta manera, produce un mayor control sobre la alimentación^{22, 28, 32, 33, 42}. Esto implica un consumo de alimentos basado en la sabiduría corporal y las señales fisiológicas naturales, es decir que genera un aumento de consciencia respecto a las sensaciones de hambre y saciedad y por lo tanto, la capacidad de distinguir y diferenciar las mismas^{12, 13, 23, 41, 42}.

- **Con respecto al peso, si bien es común que los pacientes con TA presenten sobrepeso u obesidad, una reducción del mismo no será un objetivo primario hasta que los episodios de atracones hayan desaparecido.**¹⁷

Mindfulness ha recibido una mayor atención como adición a los programas de control de peso¹⁵. Estos han demostrado su efectividad en la promoción del mantenimiento y la pérdida de peso^{28, 32, 34, 41}, así por lo tanto en la reducción del índice de masa corporal (IMC)^{19, 21, 34, 42}.

Se ha estudiado, incluso en los pacientes que se han realizado la cirugía bariátrica, los beneficios de incorporar la práctica de mindfulness como una forma de mejorar el mantenimiento y la reducción del peso, al trabajar sobre comportamientos alimentarios perjudiciales: la alimentación rápida, distraída y/o emocional, característica de estos tipos de pacientes⁴⁹.

Otros alcances

Se han encontrado datos respecto al papel de mindfulness en la prevención. Las personas con bajos niveles de consciencia presentan una mayor sintomatología de trastorno alimentario^{20,50}, lo que implica niveles más altos de descontrol alimentario y por lo tanto el potencial desarrollo de episodios de atracones³². Las investigaciones realizadas sugieren que el desarrollo de habilidades basadas en mindfulness genera conductas de alimentación más ordenadas, reducción en la preocupación por el peso y el cuerpo, el deseo dietante, internalización del ideal de delgadez y también la reducción de síntomas de TCA. De esta forma, se ha relacionado la práctica de mindfulness con la posibilidad de favorecer la prevención del desarrollo de trastornos alimentarios en jóvenes^{18, 21, 34}.

También se ha demostrado que las terapias basadas en mindfulness disminuyen los síntomas depresivos y la ansiedad, al reducir los sentimientos de vacío y angustia^{12, 22}.

4. Discusión y conclusión

Como los distintos autores afirman, los TCA representan patologías complejas y para las cuales no existe una línea de tratamiento en específico para su resolución. Debido a esto se requiere un trabajo multidisciplinario en donde mindfulness se introduce como una herramienta terapéutica para complementar el tratamiento.

El presente trabajo ha podido cumplir los objetivos propuestos: la búsqueda bibliográfica realizada ha permitido confirmar la eficacia de mindfulness como terapia complementaria en el tratamiento del trastorno por atracón, se ha logrado recopilar información sobre los principales modelos de tratamiento basados en mindfulness y alimentación, y a partir de toda esta información se ha logrado establecer los alcances de la incorporación de mindfulness en el tratamiento nutricional del TA.

En la búsqueda de modelos de tratamiento basados en mindfulness y alimentación, se encontraron varios estudios que elaboraron programas para: individuos con TA con o sin la presencia de sobrepeso u obesidad, así como también para individuos con sobrepeso, obesidad o con historia de alimentación emocional problemática, sin la presencia de un TCA. También se han elaborado en base a individuos sanos que buscan evitar una recaída en la obesidad. Todos estos tuvieron un componente común que fue mindfulness y su relación con el comportamiento alimentario.

La mayoría de estos programas presentaron algunas características similares:

- la gran mayoría consistió en 12 sesiones, las cuales duraron entre una hora y media y dos horas y media cada una;
- presentaron un formato grupal;

- se destacó la realización de mindfulness a través de la meditación enfocada en la respiración. Algunas intervenciones realizaron esta práctica en diferentes posiciones, ya sea sentado, parado o a través de la práctica de yoga. A su vez, se realizaron las llamadas mini- meditaciones y la mayoría realizó también la práctica de mindful eating con diversos alimentos e incluso en diferentes condiciones: solo, en compañía, etc. La psicoeducación en base a los comportamientos alimentarios, autoaceptación, autocompasión, emociones y pensamientos relacionados fueron otros de los aspectos que se destacó en algunos de estos programas.
- se brindaron distintas herramientas: CDs, libros, audios, entre otros materiales tanto para el trabajo en la sesión como en el hogar.
- todos los programas dieron como pauta continuar entrenando las habilidades de mindfulness en el hogar.

La mayoría de los programas y la bibliografía encontrada respecto a esta práctica, demostraron la eficacia en la reducción de los atracones y cambios en el comportamiento impulsivo y automático. Si bien ciertos autores se enfocaron más en los beneficios a nivel de la regulación emocional, otros pudieron ir más allá e incluir conceptos como los patrones de alimentación disfuncionales, los niveles de consciencia, el control de los impulsos, la respuesta automática y el estrés percibido. A su vez, el reconocimiento de las sensaciones físicas de hambre y saciedad, así como también en los niveles de consciencia sobre las emociones, los desencadenantes externos relacionados con la alimentación y el aspecto placentero y nutritivo de los alimentos fueron otros de los beneficios percibidos. Ciertos autores han mencionado también, cambios en cuanto a los niveles de autocompasión y autoaceptación.

En cuanto a la bibliografía encontrada, si bien se hallaron estudios provenientes de diversos países, aún se requiere más investigación a nivel nacional, con las implicancias culturales que esto conlleva. A su vez, la mayoría de estos estudios fueron realizados en una población adulta. Se podría indagar más sobre los efectos y las posibilidades que hay de incorporar esta práctica en un público más joven. Otra consideración a tener en cuenta es si se requiere un formato de programa grupal para la incorporación de mindfulness al tratamiento nutricional. Se podría investigar también si su incorporación en forma individual podría generar los efectos buscados y en cuánto tiempo podrían producirse, ya que, la mayoría de los programas tuvieron una duración de 12 meses.

El alcance que pueda tener esta herramienta en el abordaje nutricional de esta patología puede ser discutible ya que no existen variedad de programas ni estudios que hayan sido realizados por los licenciados en nutrición. A pesar de esto, la información encontrada permite identificarlo como una herramienta terapéutica cuya aplicación va facilitar el cumplimiento de los objetivos propuestos a nivel nutricional. Licenciados en Nutrición podrían realizar estudios de tipo experimental para evaluar y desarrollar una propia perspectiva sobre esta práctica y su inclusión en el tratamiento del TA.

5. Bibliografía

1. Méndez, J. P.; Vásquez- Velázquez, V.; García-García, Ed. Los trastornos de la conducta alimentaria. Medigraphic Artemisa. 2008; 65: 579-591.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastorno de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos. Editor: Spitzer Robert L. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ta. ed., España, Editorial Médica Panamericana, 2014: 350-353.
3. Paulson S., Davidson R., Jha A., Kabat-Zinn J. Becoming conscious: the science of Mindfulness. Ann. N.Y. Acad. Sci. 2013; 1303: 87-104.
4. Vázquez-Dextre, E. R. Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. Rev Neuropsiquiatr. 2016; 79(1): 42-51.
5. Gómez-Candela C., Palma Milla S., Miján-de-la-Torre A., Rodríguez Ortega P., Matía Martín P., Loria Kohen V., Campos del Portillo R., Virgili Casas MN, Martínez Olmos M.A., Mories Álvarez M.T., Castro Alija M.J., Martín-Palmero A. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. Nutr Hosp 2018; 35: 489-494.
6. Wolever R.Q., Best J.L. Abordajes basados en mindfulness para trastornos de la conducta alimentaria. En: Fabrizio Didonna. Manual Clínico de Mindfulness. 2da Ed. Desclee De Brouner; 2011. p 443-490.
7. Ozier A.D., Henry B.W. "Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders." J Am Diet Assoc. 2011; 111 (8): 1236-1241.
8. Avellán Mancha M., Comesaña del Rio V., Sánchez C., Sousa Márquez M. Tratamiento: establecimiento de una dieta adecuada en trastornos de la conducta alimentaria. Metodología. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2015; 22: 2324-2351.
9. Cormillot. A. Capítulo 2: Porque se producen. La dieta del siglo XXI: Anorexia y Bulimia. 1999: p 23-35.

10. Cohen Duek D.L. Presencia de Diabulimia en pacientes con Diabetes Tipo 1 ¿Cómo detectarlo en la consulta nutricional? [Tesis de grado]. Buenos Aires: Universidad de Belgrano; 2016. 42 p.
11. Cuadro E., Baile J.I. Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2015; 6: 97-107.
12. Czepczor-Bernat K., Brytek- Matera A., Gramaglia C., Zeppengo P. "The moderating effects of mindful eating on the relationship between emotional functioning and eating styles in overweight and obese woman." *Eat Weight Disord*. 2019 Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00740-6>
13. Ruiz Fuentes S., "Mindfulness y estilos de ingesta en la población con Trastornos de la Conducta Alimentaria." *Universitat Jaume, Trabajo Final de Grado en Psicología*. 2015.
14. Compare A., Callus E., Grossi E. "Mindfulness trait, eating behaviours and body uneasiness: A case- control study of binge eating disorder", *Eat. Weight Disord*. 2012; 17(04): 244-251.
15. Lattimore P. "Mindfulness-based emotional eating awareness training: taking the emotional out of eating" *Eat Weight Disord*. 2019; 1-9.
16. Córdova ME, Schiavon CC, Busnello FM, Reppold CT. Nutritional and neuropsychological profile of the executive functions on binge eating disorder in obese adults. *Nutr Hosp*. 2017; 34: 1448 – 1454.
17. Torresani M.A., Somoza M.I., Cuidado nutricional en trastornos de la conducta alimentaria. En: Universidad de Buenos Aires, editor. *Lineamientos para el cuidado nutricional*. 3ra edición. Eudeba, 2009. P. 196-224.
18. Hubinger, Kimberly, "Integration of Mindfulness-Based Approaches in the Treatment of Eating Disorders: A Review of the Literature", 2019. *Dissertations*. 373.
19. Giannopoulou I., Kotopouleas-Nikolaidi M., Daskou S., Martyn K., Patel A. "Mindfulness in Eating Is Inversely Related to Binge Eating and Mood Disturbances in University Students in Health- Related Disciplines." *Nutrients*. 2020; 12 (2): 396-407.

20. Butryn M.L., Juarascio A., Shaw J., Kerrigan S.G., Clark V., O'Planick A., Forman E.M. "Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in woman receiving residential treatment." *Eating Behaviors*. 2013; 14: 13-16.
21. Matzkin V., Gafare C., Valicenti N., Soto S., Ringel C., Levy L. "Mindfulness e Imagen Corporal en los Trastornos de la Conducta Alimentaria" *Diaeta* 2019; 169 (37).
22. Díaz-Tendero D, Cruzat-Mandich C., Jiménez T., Martínez P., Saravia S., Ulloa V. "Mindfulness en el control del atracón, la perspectiva de un grupo de adultos chilenos" *Rev Mex de Trast Alim*. 2019; 10(1): 75-84.
23. Dalen J., Brody J.L, Staples J.K., Sedillo D."A conceptual Framework for the Expansion of Behavioral Interventions for Youth Obesity: A Family- Based Mindful Eating Approach." *Childhood Obesity*. 2015; 5(11): 577-584.
24. Gouveia J. P., Carvalho S.A., Palmeria L., Castilho P., Duarte C., Ferreira C., Duarte J., Cunha M., Matos M., Costa J. "BEfree: A new psychological program for binge eating that integrates psychoeducation, mindfulness, and compassion. " *Clin Psychol Psychother*. 2017; 24(5): 1090-1098.
25. Marcus M.D. Adapting Treatment for Patients with Binge-Eating Disorder. Garnes D.M., Garfinkel P.E, editor. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. 2nd edition. The Guilford Press. 1997. P 484-494.
26. García Fernández C., "Importancia del registro de 7 días y fotos de las comidas en la práctica clínica de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria." *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 2018; 27: 2968-2978.
27. Miñovas, A., Garcia-Diex, G ; Garcia-De-Silva, R. Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia*, 2012, 7: 83-89.
28. Tapper,K. "Can Mindfulness influence weight management related eating behaviors? If so, how?" *Clinical Psychology Review*. 2017.
29. Hervás G., Cebolla A., Soler J. "Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión" *Clínica y Salud*. 2016; 27: 115-124.

30. Dalen J., Smith B.W., Shelley B.M., Sloan A.L., Leahigh L., Begay D. "Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity." *Complement Ther Med.* 2010; 18 (6): 260-264.

31. Martin R., Prichard I., Hutchinson A.D., Wilson C. "The Role of Awareness and Mindfulness in the Relationship Between Exercise and Eating Behavior." *Journal of Sport & Exercise Psychology.* 2013; 35: 655-660.

32. Cucarella S.P, Rodriguez-Salgado P. "Mindful eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect." *Journal of Behavior, Health & Social Issues.* 2016; 8: 19-24.

33. Khan Z., Zadeh Z.F."Mindful Eating and It's Relationship with Mental Well-Being." *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2014; 159: 69-73.

34. Clementi C. "The relationship between eating behavior and psychological distress among overweight and obese people: is there a role of mindfulness?" *Alma Mater Studiorum-Universita di Bologna.* 2015: 45-76.

35. Dra. Ana Moreno Coutiño. "Terapias Cognitivo- Conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena/Mindfulness." *Revista Internacional de Psicología.* 2012; 1(12): 1-17.

36. Kristeller J., Wolever R.Q, Sheets V. "Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial". *Mindfulness.* 2014; 5: 282–297.

37. Barnes V.A., Kristeller J.L., Johnson M.H. "Impact of Mindfulness-Based Eating Awareness on Diet and Exercise Habits in Adolescents" *Int J Complement Alt Med.* 2016; 3 (2): 00070.

38. Mason A.E., Epel E.S., Kristeller J., Moran. P.J., Dallman M., Lustig R.H., Acree M., Bacchetti P., Laraia B.A., Hecht F.M., Daubenmier J. "Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: data from the SHINE randomized controlled trial" *J Behav Med.* 2016; 39(2): 201-213.

39. Caldwell K.L., Baime M.J., Wolever R.Q. "Mindfulness based approaches to obesity and weight loss maintenance" *Journal of Mental Health Counseling.* 2012; 34(3): 269-282.

40. Bryan S. "Mindfulness and Nutrition in College Age Students." *Journal of Basic & Applied Sciences*. 2016; 12: 68-74.
41. Ahmad S., Sidek S., Haslinda Hamirudin A., Azdie Mohd W., Backar A., Irfan Unal T. "Mindful Eating Practice Predicts Lower Body Mass Index Among University Students" *Pak. J. Nutr.* 2019; 18(10): 977-982.
42. Warren J.M., Smith N., Ashwell M. "A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms." *Nutrit Resear Rev.* 2017; 30:272-283.
43. Sairanen E., Tolvanen A., Karhunen L., Kolehmainen M., Jarvela E., Rantala S., Peuhkuri K., Korpela R., Lappalainen R. "Psychologica Flexibility and Mindfulness Explain Intuitive Eating in Overweight Adults." *Behavior Modification*. 2015; 39(4):557-79.
44. Brewer J.A., Ruf A., Beccia A.L., Essien G.I., Finn L.M., Van Lutterveld R., Mason A.E. "Can Mindfulness Address Maladaptive Eating Behaviours? Why Traditional Diet Plans Fail and How New Mechanistic Insights May Lead to Novel Interventions." *Front. Psychol.* 2018; 9 (1418): 1-11.
45. Katterman S.N., Kleinman B.M., Hood M.M., Nackers L.M., Corsica J.A. "Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review." *Eat. Behav.* 2014; 15: 197-204.
46. Cavanagh K., Vartanian R.L., Herman C.P., Polivy J. "The effect of portion size on food intake is robust to brief education and mindfulness exercises." *Journal of Health Psychology*. 2014; 19 (6): 730-739.
47. Hong P.Y., Lishner A., Han H.K. "Mindfulness and Eating: An Experiment Examining the Effect of Mindful Raisin Eating on the Enjoyment of Sampled Food." *Mindfulness*. 2012; 5(1).
48. Cook-Cottone C.P. "Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care." *Body Image*. 2015; 14: 158-167.

49. May M., Furtado M.M., Ornstein L.B.” The Mindful Eating Cycle: Preventing and Resolving Maladaptive Eating after Bariatric Surgery.” *Bariatric Times*. 2014; 11(2):8-12.
50. Pepping C.A., O’Donovan A., Zimmer-Gembeck M.J., Hanisch M. “Individual differences in attachment and eating pathology: The mediating role of mindfulness” *Pers. And Ind. Diff.* 2015; 75: 24-29.

6. ANEXOS

6.1 Anexo I: Cuadro resumen de las publicaciones científicas revisadas.

| Título, país y año | Población | Tipo de trabajo y objetivo | Resultados |
|--|--|--|--|
| Los efectos moderadores de mindful eating en la relación entre el funcionamiento emocional y los estilos de alimentación en mujeres con sobrepeso y obesidad. ¹² Katowice, Polonia. 2019. | n= 151 muestra con sobrepeso u obesidad. Sexo: femenino. Edad: 18-64 años. | Estudio descriptivo busca evaluar el efecto de mindful eating en la relación entre los estilos de ingesta y el funcionamiento emocional de mujeres con sobrepeso u obesidad. | Mindful eating modera significativamente las relaciones entre el funcionamiento emocional y los estilos de alimentación. |
| Mindfulness y estilos de ingesta en la población con Trastornos de la Conducta Alimentaria. ¹³ Castellon de la Plana, España. 2015. | n=15 muestra clínica con TCA; n: 45 muestra control. Sexo: femenino. Edad: 18-27 años. | Estudio analítico observacional de casos y controles busca valorar el grado de mindful eating y los estilos de ingesta. | Los participantes con TCA tienen mayor dificultad para detectar aspectos sutiles de la ingesta y tienen mayor respuesta emocional en el momento de la ingesta. A su vez, presentan un menor grado de mindful eating en comparación con el control. |
| Mindfulness, conductas alimentarias e inquietud corporal: un estudio de casos y controles del trastorno por atracón. ¹⁴ Bérgamo, Italia 2012. | n= 300 muestra de pacientes con TA y obesidad (n=150); y sin TA y normo peso (n=150) Sexo: femenino (n=196) y masculino (n=104). Edad promedio: 49 años. | Estudio analítico de casos y controles busca comprobar si los individuos con TA poseen diferentes niveles de mindfulness en comparación con el grupo control. | Los pacientes con TA presentaron los puntajes de mindfulness-global, no reactividad a la experiencia, actuar con conciencia, describir con palabras y observar la experiencia significativamente más bajos que en los grupos de control. Los comportamientos de atracones, la frecuencia y la gravedad se correlacionaron más negativamente con la acción (puntajes de no reactividad a la experiencia y actuación con conciencia). La inquietud corporal se correlacionó más negativamente con los procesos mentales (descripción con palabras y observación de la experiencia) y características de atención plena |
| Entrenamiento de conciencia de alimentación emocional basado en mindfulness: eliminar lo emocional de comer ¹⁵ Liverpool, Inglaterra. 2019. | n=14 pacientes con historia de alimentación problemática. Sexo: femenino (n=12) y masculino (n=2). Edad promedio: 29 años. | Estudio analítico experimental desarrolló una intervención de mindfulness específica para abordar la alimentación emocional y evaluar su efecto sobre la alimentación emocional. | Se produjeron mejoras significativas en la reactividad de las señales de alimentación, alimentación intuitiva, regulación de los impulsos emocionales, control inhibitorio y estrés. |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>Perfil nutricional y neuropsicológico de las funciones ejecutivas en el trastorno por atracón.¹⁶</p> <p>Porto Alegre, Brasil. 2017.</p> | <p>n= 36 pacientes obesos con TA (n=18) y sin TA (n=18). Sexo: femenino (n=27) y masculino (n=9). Edad promedio: 44 años.</p> | <p>Estudio analítico observacional busca examinar las relaciones entre los pacientes obesos con y sin trastorno por atracón (TA) y los perfiles neuropsicológicos de sus funciones ejecutivas.</p> | <p>Ambos grupos presentaron características nutricionales similares; no hubo diferencias en cuanto al estado de salud de las personas con o sin TA. Los individuos obesos frecuentemente presentan deficiencias en la atención selectiva, el control inhibitorio, la toma de decisiones y la planificación que pueden estar directamente relacionados con el atracón y que está relacionado con la TA.</p> |
| <p>Integración de los abordajes basados en Mindfulness para el tratamiento del Trastorno por Atracón: Una revisión de la literatura.¹⁸</p> <p>Chicago, Estados Unidos. 2019.</p> | - | <p>Revisión bibliográfica. Revisar la bibliografía sobre la reducción del comportamiento alimentario problemático y los síntomas comorbidos de ansiedad y depresión en personas con trastornos alimentarios en las intervenciones con mindfulness.</p> | <p>Se discutieron los enfoques sobre el tratamiento de los trastornos alimentarios. Conceptos mencionados: Mindfulness, autocompasión, vergüenza, terapia cognitiva conductual, terapia dialéctica conductual y MB-EAT.</p> |
| <p>Mindfulness en la alimentación está inversamente relacionada con los atracones y los trastornos del estado de ánimo en estudiantes universitarios en disciplinas relacionadas con la salud¹⁹</p> <p>Brighton, Inglaterra. 2020.</p> | <p>n=221 Sexo: femenino (n=186) y masculino (n=34). Edad promedio: 22 años.</p> | <p>Estudio descriptivo correlacional busca investigar los niveles de mindful eating en estudiantes universitarios de carreras relacionadas con la salud y establecer la relación de mindful eating con el desorden alimentario y la alteración del humor.</p> | <p>41% de los estudiantes fueron clasificados dentro del comportamiento del atracón alimentario. Mindful eating no se relaciona con el comportamiento del atracón alimentario y su humor relacionado. También es un predictor negativo significativo de desorden alimentario.</p> |
| <p>Mindfulness y su relación con la sintomatología de los trastornos alimentarios en mujeres que reciben tratamiento residencial.²⁰</p> <p>Filadelfia, Estados Unidos. 2013.</p> | <p>n= 88 muestra clínica previo al ingreso al tratamiento residencial. Sexo: femenino. Edad: 15-35 años.</p> | <p>Estudio descriptivo busca evaluar la relación y como afecta mindfulness en la sintomatología de los trastornos alimentarios.</p> | <p>La sintomatología del trastorno alimentario fue asociada con menos conciencia, aceptación y defusión cognitiva, y una mayor evitación emocional. Las mejoras en estas variables a través de mindfulness, se relacionaron con una mejora en la sintomatología del trastorno alimentaria.</p> |
| <p>Mindfulness e Imagen Corporal en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.²¹</p> | - | <p>Revisión bibliográfica. Describir los resultados de diferentes publicaciones científicas</p> | <p>Se observó una gran diversidad de técnicas utilizadas para aplicar mindfulness: técnica del espejo, escaneo corporal, etc). Mindfulness</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Buenos Aires, Argentina. 2019 | | para analizar la eficacia de la aplicación de mindfulness en el tratamiento de la distorsión de la imagen corporal (IC) en los TCA. | es una práctica efectiva para el tratamiento de la distorsión de la IC. |
| Mindfulness en el control del atracón, la perspectiva de un grupo de adultos chilenos. ²² Santiago, Chile. 2018. | n=7 pacientes con TA (n=6) y bulimia nerviosa (n=1) Sexo: femenino (n=6) y masculino (n=1) Edad promedio: 36 años. | Estudio exploratorio-descriptivo cuyo objetivo fue describir la percepción de la práctica de mindfulness en el control del atracón, explorar las evaluaciones que realizaron los participantes sobre diversos elementos del taller implementado, sobre la evolución de sus hábitos alimentarios y su TCA, y sobre la práctica mindfulness. | Tras la intervención se reportaron cambios favorables, como el aumento de la conciencia y el reconocimiento cognitivo y emocional, lo cual supuso modificaciones en la conducta alimentaria. |
| Un marco conceptual para la expansión de las intervenciones conductuales para la obesidad juvenil: un enfoque de mindful eating basado en la familia. ²³ México. 2015. | - | Revisión bibliográfica. Ampliar el tratamiento para la obesidad en los adolescentes, incluyendo la educación tradicional, los programas cognitivo-conductuales y explorar modelos de tratamiento alternativos: desarrollo de un programa integral de mindful eating basado en la familia para jóvenes con sobrepeso. | Ampliar el enfoque de la intervención de los programas de mindfulness para la inclusión de las relaciones familiares y factores contextuales que influyen en la vida de los jóvenes con obesidad, podría favorecer al tratamiento. |
| BEfree: un nuevo programa psicológico para atracones que integra la psicoeducación, mindfulness y la compasión ²⁴ Coimbra, Portugal. 2016. | n=59 muestra con TA y sobrepeso/obesidad. Sexo: femenino. Edad promedio: 36 años. | Estudio longitudinal, controlado, compara resultados entre participantes del programa BEfree y un grupo en lista de espera para evaluar la eficacia y la aceptación del programa BEfree. | BEfree fue eficaz en la eliminación de TA y resultó útil para lidiar con impulsos y experiencias internas negativas. Se observó una disminución de la psicopatología alimentaria, depresión, vergüenza y autocrítica, inflexibilidad psicológica de la imagen corporal y fusión cognitiva de la imagen corporal. También mejoró la calidad de vida relacionada con la obesidad y la autocompasión en comparación con el grupo de control. Los resultados se mantuvieron a los 3 y 6 meses de seguimiento. |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>¿Mindfulness puede influir en el comportamiento alimentario relacionado al control de peso? ¿Si es así, cómo?²⁸</p> <p>Londres, Inglaterra. 2017.</p> | - | <p>Revisión bibliográfica. Examinar los efectos de mindfulness en la reducción del peso.</p> | <p>Aspectos destacados de mindfulness: conciencia del momento presente de las propiedades sensoriales de los alimentos, y descentralización. Existe poca investigación sobre esta técnica y sobre sus efectos sobre la pérdida o el mantenimiento del peso.</p> |
| <p>Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión²⁹.</p> <p>Madrid, España. 2016.</p> | - | <p>Revisión bibliográfica. Describir las técnicas más usadas, para analizar los mecanismos de acción que mindfulness parece activar como intervención psicológica: analizando los ensayos clínicos y metaanálisis relativos a las intervenciones sobre problemas mentales; los posibles efectos adversos o los perfiles más adecuados a este tipo de intervención; y se revisan los temas que requieren de más investigación, como la eficacia comparada con otras técnicas de intervención ya validadas.</p> | <p>Las intervenciones basadas en mindfulness son técnicas de gran versatilidad, ideales para contextos de atención primaria o similares y que logran sus mayores tasas de eficacia en pacientes con sintomatología de estrés, ansiedad o depresión.</p> |
| <p>Estudio piloto: alimentación y vida consciente (MEAL): peso, comportamiento alimentario y resultados psicológicos asociados con una intervención basada en la atención plena para personas con obesidad³⁰.</p> <p>Albuquerque, Estados Unidos. 2010.</p> | <p>n=10 muestra de pacientes obesos. Sexo: femenino (n=7) y masculino (n=3). Edad promedio: 44 años.</p> | <p>Estudio descriptivo busca poner a prueba la efectividad del programa MEAL. Se midieron resultados a la semana, a las 6 semanas y al tercer mes.</p> | <p>Los participantes mostraron aumentos estadísticamente significativos en los niveles de mindfulness y en la restricción sobre la actividad cognitiva torno a la alimentación y disminuciones estadísticamente significativas en el peso, desinhibición alimentaria, atracones, depresión, estrés percibido, síntomas físicos, afecto negativo y Proteína C-reactiva.</p> |
| <p>El papel de la conciencia corporal y mindfulness en la relación entre el ejercicio y el</p> | <p>n= 159 Asistentes a centros de fitness y yoga.</p> | <p>Estudio descriptivo busca examinar el efecto mediador entre mindfulness y la conciencia corporal en</p> | <p>Las practicantes de yoga presentaron un comportamiento de menor desorden alimentario mediado por la conciencia corporal. Los ejercicios de cardio</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| comportamiento alimentario. ³¹ Adelaide, Australia. 2013. | Sexo: femenino. Edad: 18-80 años. | la relación con la actividad física y el comportamiento alimentario. | fueron asociados a un mayor desorden en la alimentación. La relación entre el ejercicio y la ingesta no fue mediada por mindfulness ni la consciencia corporal. La consciencia corporal generada en las diferentes formas de ejercicio puede ser más beneficiosa en la población clínica o aquellos en riesgo de desarrollar TCA que modificar la ingesta en la población general. |
| Mindful eating y su relación con el índice de masa corporal, atracones, ansiedad y afecto negativo. ³² San Andres Cholula, Mexico. 2016. | n= 216. Sexo: femenino (n=123) y masculino (n=93) Edad: 18-30 años. | Estudio descriptivo correlacional busca analizar: - los niveles de mindful eating entre los practicantes de yoga, deporte, atletas y personas obesas; - la relación entre mindful eating y el IMC, atracones, ansiedad y afecto negativo; - y la capacidad predictiva de estas variables con el atracón alimentario. | Las personas con menores niveles de consciencia sobre sus hábitos alimentarios tenían un peso más elevado, mas niveles de ansiedad y afecto negativo y menor control sobre los hábitos alimentarios. Estas variables (ansiedad, IMC, mindful eating y afecto negativo) podrían predecir el atracón alimentario en un 51%. El grupo de obesidad fue el único que se relacionó con menores niveles de mindful eating. |
| Mindful Eating y su relación con el bienestar mental. ³³ Karachi, Pakistan. 2014. | n=309 Sexo: masculino (n=93) y femenino (n=216) Edad: 18-54 años. | Estudio descriptivo busca estudiar la relación entre mindful eating y el bienestar mental. | Existe una relación significativamente positiva entre mindful eating y el bienestar mental. |
| La relación entre el comportamiento alimentario y la angustia psicológica entre las personas con sobrepeso y obesidad: ¿hay un papel para mindfulness? ³⁴ . Bologna, Italia. 2015. | - | Capítulo 1,2 y 3: Declaración del problema y revisión de la literatura. | Se abordaron los programas: MB-EAT, MEAL y BEfree. |
| Entrenamiento de concientización sobre la alimentación basada en Mindfulness (MB-EAT) para los atracones: un recorrido clínico aleatorizado ³⁶ . | n=150 muestra con sobrepeso u obesidad y TA. Sexo: femenino (n=132) y | Ensayo clínico aleatorizado busca explorar la eficacia del entrenamiento de mindfulness en la conducta alimentaria. | MB-EAT y PECB mostraron una mejora después de 1 a 4 meses post intervención en cuanto a los atracones y la depresión. A los 4 meses posteriores el 95% de las personas con trastorno por atracón |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Nueva York, Estados Unidos. 2013. | masculino (n=18). Edad promedio: 46 años. | | que participaron del MB-EAT ya no cumplían los criterios diagnósticos. |
| Impacto de la conciencia alimentaria basada en mindfulness sobre la dieta y los hábitos de ejercicio en adolescentes ³⁷ . Georgia, Estados Unidos. 2016. | n=40 participantes del programa MB-EAT (n=18); muestra control (n=22). Sexo: femenino (n=26) y masculino (n=14). Edad promedio: 14 años. | Ensayo clínico busca adaptar el programa MB-EAT a adolescentes (MB-EAT-A) y evaluar el impacto del mismo en la evaluación de hábitos alimentarios, ejercicio y la ingesta de grasas en la dieta. | A los 6 meses de seguimiento, el grupo MB-EAT-A aumentó el tiempo dedicado a la actividad física comparado con el control. También, aumento el consumo de comidas bajas en calorías, sin grasas y con bajo contenido en grasa. A su vez, los participantes reportaron beneficios en cuanto al mantenimiento del peso, relajación, la mejora de los hábitos alimentarios y el control de la agresividad. |
| Efectos de una intervención basada en Mindfulness sobre la alimentación consciente, el consumo de dulces y los niveles de glucosa en ayunas en adultos obesos: datos del ensayo controlado aleatorio SHINE ³⁸ . San Francisco, Estados Unidos. 2016. | n=194 muestra con obesidad. Sexo: femenino (n=151) y masculino (n=43). Edad promedio: 47 años. | Ensayo clínico busca evaluar los cambios en mindful eating como potencial mecanismo moderador de los efectos de una intervención basada en mindfulness para la pérdida de peso y en el consumo de azúcares y los niveles de glucosa en ayunas. | El grupo que practicó mindfulness aumento su nivel de mindful eating, bajo el consumo de azúcares y los niveles de glucosa en ayunas manteniéndolos desde el inicio hasta los 12 meses posteriores. |
| Enfoques basados en la atención plena para el mantenimiento de la obesidad y la pérdida de peso ³⁹ . Carolina del Norte, Estados Unidos. 2012. | - | Revisión bibliográfica. Revisar la literatura sobre enfoques basados en mindfulness para tratar los trastornos relacionados con la alimentación y presentar un programa basado en mindfulness para prevenir la recuperación de peso. | Se desarrolló el programa EMPOWER. |
| Mindfulness y nutrición en estudiantes de edad universitaria. ⁴⁰ Nueva Jersey, Estados Unidos. 2016. | n=38 estudiantes universitarios Sexo: femenino (n=22) y masculino (n=16). Edad: 18-24 años. | Estudio descriptivo busca estudiar la relación entre mindfulness y comportamientos alimentarios saludables en estudiantes universitarios. | Aumento en la alimentación consciente y se reportaron cambios en la alimentación en cuanto a un mayor consumo de alimentos saludables. |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>La práctica mindful eating predice un índice de masa corporal (IMC) inferior entre estudiantes universitarios.⁴¹</p> <p>Selagnor, Malasia. 2019.</p> | <p>n=300 estudiantes universitarios. Sexo: femenino (n=200) y masculino (n=100). Edad: 18-25 años.</p> | <p>Estudio descriptivo busca investigar la influencia de mindful eating y actitudes saludables en la predicción del IMC en estudiantes universitarios.</p> | <p>Mayores niveles de mindful eating predijeron un IMC menor. Los resultados sugirieron que el concepto mindfulness tiene un impacto positivo en el peso corporal, que podría incorporarse a los programas de intervención para el mantenimiento y la pérdida de peso.</p> |
| <p>Una revisión bibliográfica estructurada sobre el papel de la atención plena, la alimentación consciente y la alimentación intuitiva en el cambio de las conductas alimentarias: efectividad y mecanismos potenciales asociados.⁴²</p> <p>Inglaterra. 2017.</p> | <p>-</p> | <p>Revisión bibliográfica. Presentar un resumen de la evidencia actual, junto con los detalles de las intervenciones realizadas y las herramientas para medir los resultados del papel de mindfulness, mindful eating y un nuevo concepto de alimentación intuitiva en la modulación de los hábitos alimentarios.</p> | <p>Los enfoques basados en la mindfulness parecen ser más efectivos para abordar los atracones, las comidas emocionales y las comidas en respuesta a señales externas. Hay una falta de evidencia convincente para la efectividad de la atención plena y la alimentación consciente en el control del peso. Los enfoques basados en la atención plena pueden prevenir el aumento de peso. Se observó una ingesta reducida de alimentos en algunos de los estudios en poblaciones con sobrepeso y obesidad, pero esto fue menos evidente en los estudios en poblaciones de peso normal.</p> |
| <p>La flexibilidad psicológica y mindfulness explican la alimentación intuitiva en adultos con sobrepeso.⁴³</p> <p>Finlandia 2015.</p> | <p>n= 306 con sobrepeso y estrés psicológico. Sexo: femenino (n=258) y masculino (n=48) Edad: 24-60 años.</p> | <p>Estudio descriptivo busca investigar las relaciones entre la flexibilidad psicológica, mindfulness y la alimentación intuitiva en las personas con sobrepeso y problemas de salud.</p> | <p>Mindfulness y la flexibilidad psicológica contribuyen significativamente a la alimentación intuitiva. Una mejor flexibilidad psicológica se relacionó con mejores habilidades en mindfulness, y niveles más altos de flexibilidad psicológica y mindfulness se relacionaron con niveles más altos de alimentación intuitiva.</p> |
| <p>¿Puede mindfulness abordar los comportamientos de alimentación desadaptativa? ¿Por qué fracasan los planes de dieta tradicionales y cómo las nuevas ideas mecanicistas pueden conducir a nuevas intervenciones?⁴⁴</p> <p>Estados Unidos 2018.</p> | <p>-</p> | <p>Revisión bibliográfica. Evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el inicio y el mantenimiento de las conductas alimentarias desadaptativas y su relación con el estrés y las emociones. - la dieta tradicional de pérdida de peso conductual para abordar los mecanismos de consumo relacionados con la recompensa. | <p>La conciencia mental de los comportamientos habituales y desadaptativos puede ayudar a las personas a mejorar sus relaciones con los alimentos. Generar intervenciones para enfocarse en los elementos del hábito, en lugar de desarrollar soluciones conductuales, puede generar un cambio más duradero.</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | Discutir si mindfulness promueve la reducción de la alimentación relacionada con la recompensa. | |
| Mindfulness como intervención para el trastorno por atracón, el comer emocional y la pérdida de peso: una revisión sistemática. ⁴⁵ | - | Revisión sistemática. Evaluar el impacto de mindfulness en el comportamiento alimentario en exceso y en el cambio de peso. | Mindfulness es efectivo en la reducción del atracón alimentario y el comer emocional. |
| Estados Unidos. 2014. | | | |
| El efecto del tamaño de las porciones en la ingesta de alimentos es robusto para breves ejercicios de educación y atención plena. ⁴⁶ | n=96 Sexo: femenino. Edad promedio: 20. | Estudio analítico experimental busca evaluar si ejercicios de educación y mindfulness reducen la ingesta y el tamaño de la porción. | En general, los participantes a los que se les sirvió una gran porción consumieron un 34 % más de pasta que aquellos a los que se les sirvió una pequeña porción. Por otro lado, los participantes del grupo mindfulness mostraron una tendencia a comer menos en comparación con los participantes de las otras dos condiciones (educación y grupo control). |
| Sydney, Australia. 2013. | | | |
| Mindfulness y alimentación: un experimento que examina el efecto de la alimentación consciente con pasas de uva en el disfrute de los alimentos muestreados. ⁴⁷ | n= 411. Sexo: femenino (n=253) y masculino (n=158) Edad: 17-40 años. | Estudio analítico experimental busca examinar si mindful eating genera motivación a comer alimentos que generalmente no son disfrutados y si se produce un mayor disfrute en el consumo de los mismos. | 238 participantes probaron aunque sea un alimento. Los participantes de mindful eating reportaron niveles más agradables en el consumo, a diferencia de los otros grupos. De todas maneras, el efecto placentero no estuvo presente en ningún grupo. |
| Wisconsin, Estados Unidos. 2012. | | | |
| Incorporación de una imagen corporal positiva en el tratamiento de los trastornos alimentarios: un modelo para la sintonización y el cuidado personal consciente. ⁴⁸ | - | Revisión bibliográfica. Comprender el papel que puede desempeñar la imagen corporal positiva en el tratamiento de trastornos alimentarios. | La imagen corporal positiva viene de la mano con dos formas críticas de ser: (a) Tener una conciencia sana y encarnada de los aspectos internos y externos de uno mismo (es decir, sintonización) y (b) participar en el cuidado personal consciente. La sintonización y el cuidado personal consciente se consideran objetivos potenciales de trabajo terapéutico accionable en el cultivo de la imagen corporal positiva entre aquellos con trastornos alimentarios. |
| Estados Unidos. 2015. | | | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>El ciclo de la alimentación consciente: prevención y resolución de la alimentación desadaptativa después de la cirugía bariátrica⁴⁹.</p> <p>Pensilvania, Estados Unidos. 2014.</p> | <p>-</p> | <p>Revisión bibliográfica busca ofrecer un enfoque estructurado para aprender habilidades de alimentación consciente utilizando el Ciclo de alimentación consciente puede ayudar a los pacientes de cirugía bariátrica a comprender por qué, cuándo, qué, cómo y cuánto comen y dónde invierten su energía.</p> | <p>Se desarrolló el ciclo de mindful eating. La adición de habilidades de alimentación consciente como herramienta de médicos y pacientes proporciona estrategias de toma de decisiones conscientes y cambios de estilo de vida sostenibles a lo largo del tiempo.</p> |
| <p>Diferencias individuales en el apego y la patología alimentaria: el papel mediador de mindfulness.⁵⁰</p> <p>Melbourne, Australia. 2014.</p> | <p>n= 199 muestra con TCA y otra control. Sexo: femenino. Edad: 17-67 años.</p> | <p>Estudio analítico observacional busca examinar el efecto mediador de mindfulness en la relación entre la inseguridad del apego y la patología alimentaria.</p> | <p>La inseguridad del apego está relacionada con una mayor patología alimentaria debido a una capacidad reducida para mindfulness.</p> |

6.2 Anexo II: Cuadro resumen de las sesiones del programa MB-EAT.

| Sesiones | Prácticas de meditación en la casa |
|--|--|
| Sesión 1: Introducción al modelo de autorregulación; ejercicio de pasas de uva; Introducción a la meditación consciente con práctica en grupo | Sesiones 1–3: Meditación de 20 min con grabación de audio, con instrucciones completas. |
| Sesión 2: meditación breve (continúa todas las sesiones); ejercicio de alimentación consciente (queso y galletas); concepto de alimentación consciente; escaneo corporal | Práctica en el hogar: Coma un refrigerio o comida por día conscientemente (repetido para todas las sesiones, con un número creciente de comidas / refrigerios para consumir conscientemente por día) |
| Sesión 3: Tema: desencadenantes compulsivos. Desencadenar la meditación ejercicio de alimentación consciente (alimentos dulces y ricos en grasas, como los brownies) | Práctica en el hogar: mini meditación antes de la comida |
| Sesión 4: Tema: Señales de hambre: fisiológica versus emocional. Meditación del hambre; ejercicio de alimentación: elecciones de alimentos conscientes (galletas versus papas fritas); auto-toque curativo | Práctica en el hogar: comer cuando tenga hambre física Sesiones 4–5: Pista de atención plena, instrucciones mínimas |
| Sesión 5: Tema: Indicios de saciedad de sabor: tipo y nivel de indicios. Sabor meditación saciedad; yoga sentado | Práctica en el hogar: atención al gusto y satisfacción / disfrute |
| Sesión 6: Tema: Señales de plenitud: tipo y nivel de señales. Meditación; comida compartida | Práctica en el hogar: deje de comer cuando esté moderadamente lleno; comer en un buffet |
| Sesión 7: Perdón. Perdón meditativo. | Práctica en el hogar: coma todas las comidas y meriendas con atención |
| Sesión 8: Tema: Sabiduría interna. Meditación de la sabiduría; meditación caminando | Práctica en el hogar: coma todas las comidas y meriendas con atención |

| | |
|---|---------------------------------------|
| <p>Sesión 9: Tema: ¿Han otros avisos? ¿A dónde vas desde aquí? Mantener el cambio / prevención de recaídas; comida de fiesta;</p> | <p>Mantener una práctica regular.</p> |
| <p>Sesiones de refuerzo: práctica de meditación; revisión del progreso; otros enfoques de control de peso.</p> | <p>Mantener una práctica regular.</p> |

Tabla adaptada y modificada.³⁴

6.3 Anexo III: Cuadro resumen de las sesiones del programa BEfree y las metas de cada una.

| Sesión | Tema | Metas |
|---------------|------------------------------|---|
| 1 | Introducción | Presentar los fundamentos de BEfree y la estructura de la intervención; |
| | Desesperanza creativa | Confrontar amablemente la agenda de control y promover el reconocimiento de la inviabilidad de las estrategias de control. |
| 2, 3, 4 | Psicoeducación | Proporcionar información sobre la base evolutiva de las emociones y discutir los atracones como una estrategia para regular el afecto negativo y las experiencias internas no deseadas, como la vergüenza corporal, los pensamientos autocríticos y las emociones dolorosas en general. |
| 5 | Aclaración de valores | Introducción de valores como dirección de la vida y cómo queremos que sean nuestras vidas; |
| | | Aclaración de los valores relacionados con la salud y reflexión sobre los obstáculos que han impedido vivir de acuerdo con esos valores. |
| 6, 7 | Distanciamiento experimental | Discuta las habilidades relacionadas con el lenguaje como fuente de dificultades psicológicas (la naturaleza ubicua del sufrimiento) y la diferencia entre "describir" y "evaluar". |
| | Aceptación y buena voluntad | Promover el distanciamiento y la aceptación de experiencias internas no deseadas. |
| | | Promover la voluntad de tener experiencias internas difíciles. |
| 8, 9 | Atención plena | Promover habilidades específicas de atención plena (p. Ej., Meditación de respiración consciente, exploración del cuerpo, atención plena de los pensamientos). |
| 10, 11 | Compasión | Cultivar la autocompasión como alternativa a la vergüenza y la autocrítica (p. Ej., Bondad amorosa, lugar seguro e imagen compasiva) |
| 12 | Acción comprometida | Promover el compromiso con la acción estableciendo nuevas metas; anticipar posibles reveses y cómo lidiar con ellos. |

Tabla adaptada y modificada.²⁴

6.4 Anexo IV: Cuadro resumen de las sesiones del estudio MBeet.

| | Tema | Parte teórica | Parte practica | Practica en el hogar |
|-----------------|------------------------------------|---|---|---|
| Sesión 1 | Mindfulness y comer emocional | Mindfulness, emocionales y mindful eating | Mindful eating en el consumo de pasas de uva, respiración en meditación guiada, 3 minutos de atención en respiración | Meditación de respiración, mindfulness diario, ejercicios de mindful eating |
| Sesión 2 | Reacciones automáticas a emociones | Desencadenantes físicos y emocionales del comer, impulsos, reacción automática, introducción a la aceptación | Siete tipos de hambre, identificar las necesidades emocionales, respiración en meditación guiada y escaneo corporal en meditación guiada. | Respiración y escaneo corporal, siete tipos de hambre, mindfulness diario, mindful eating para reconocimiento de sabores placenteros. |
| Sesión 3 | Estrés y reacciones habituales | El ciclo del estrés, reacciones automáticas habituales, patrones de reacción en alimentación, consciencia de antojos | Identificar los alimentos antojo, respiración en meditación guiada, estar presente con experiencias placenteras | Escaneo corporal y respiración en meditación, generar consciencia de los antojos y las reacciones vs respuesta, mindfulness diario, buscar el placer en la experiencia. |
| Sesión 4 | Responder vs reaccionar | Sensaciones corporales internas relacionadas al comer emocional, responder en vez de reaccionar a los disturbios emocionales, aceptación. | Respiración en meditación, aceptación de emociones relacionada a los patrones de alimentación reactiva. | Respiración en meditación, aceptación de emociones relacionada a los patrones de alimentación reactiva. |
| Sesión 5 | Solo practica en casa. | - | - | Medio día dedicado al silencio sin medios de comunicación como el celular, la televisión, el estudio, el trabajo, etc. Enfocar la atención en la práctica de mindfulness en actividades como por ejemplo, tareas domésticas. Mindful eating. Dirigir la atención hacia las sensaciones placenteras y displaceras de la experiencia y practicar la aceptación en vez de la reacción. |

| | | |
|---------------------|--------------------------|---|
| Sesión 6 | Resumen y próximos pasos | Revisión de los conceptos de la intervención. Conciencia de la crítica interna y la práctica de la autocompasión. |
|---------------------|--------------------------|---|

Tabla adaptada y modificada. ¹⁵

6.5 Anexo V: Cuadro resumen del taller de Chile.

| Actividades | Sesión 1 | Sesión 2 | Sesión 3 | Sesión 4 | Sesión 5 | Sesión 6 | Sesión 7 |
|----------------------------|--|--|--|--|--|---|---|
| Tema de la sesión | Introducción a mindfulness y la alimentación consciente. | Pensamientos | Emociones | Auto-compasión | Señales de hambre | Señales de saciedad | Alimentación consciente : "comida que nutre" |
| Objetivo general | Interiorizar mindfulness | Observar cómo funciona nuestra mente | Explorar relación entre comida y emociones | Desarrollar prácticas de autocompasión vs autocrítica | Ampliar conciencia respecto a por qué comemos: "Comer como un recién nacido" | Ampliar conciencia respecto a cómo comemos | Presentar pautas de alimentación desde la perspectiva de |
| Objetivo específico | Identificar "piloto automática" vs "estar presente" | Cultivar observación sin juicios y no reactiva a pensamientos y sentimientos | Desarrollar conciencia de las emociones en el cuerpo | Incorporar prácticas de autocompasión en el ámbito de la alimentación y el proceso de cambio, considerando evolución de la especie | Reconocer, mediante mindfulness, hambre física vs emocional | Alinear mente-cuerpo al comer | Aprender acerca de lo que comemos y del comer conscientemente |
| Dinámica de grupo | Presentación de participantes y expresar que los trajó acá | Compartir experiencia de la semana | Compartir la experiencia de la semana | Compartir experiencia de la semana. No prohibir grupos de alimentos. | Referir señales fisiológicas de hambre física vs emocional | Comer conscientemente atendiendo a las sensaciones corporales (masticar, saborear, tragar sentir saciedad). | Comenzar la elaboración de un "plan de cambio" desde la perspectiva apreciativa |

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|---|---|
| Ejercicio y herramientas sobre el tema | "Ejercicio de la pasa" | Ejercicio de caminar por la calle o "desfile de pensamientos" | Meditación guiada (contemplar emoción en el cuerpo), Evitar usar los alimentos para manejar sentimientos | Pausa de autocompasión y tacto tranquilizador. | "Pausa sagrada": meditación guiada sobre factores desencadenantes | Práctica de comer con mindfulness | Siete prácticas para comer conscientemente |
| Reflexión, ejercicio de alimentación consciente. | Alinear mente-cuerpo. | ¿Cómo viví el ejercicio? ¿Pensamientos, sentimientos o situaciones que nos conducen a comer? ¿Qué sucede si respiramos conscientemente? | ¿Cómo es cada emoción en el cuerpo? ¿Emociones que desencadenan ganas de comer? | ¿Nos podemos tratar amable y cariñosamente cuando sentimos que hemos fallado surge la culpa? | ¿Tengo hambre? ¿Para qué quiero comer? ¿Existe el hambre emocional? Sintonizar con la sensación de hambre | Identificar impulsos conductores a tragar sin saborear. Fomentar la pausa antes de tragar o masticar. | ¿Qué de lo aprendido podemos identificar y proyectar en futuras acciones concretas? |
| Práctica en clase. | Meditación (10min.) y scanner (25min) | Meditación (10min.) y scanner (25min) | Meditación sentada y yoga de pie | Meditación sentada y yoga de pie | Meditación caminando y "pausa sagrada" | Meditación sentada y "pausa sagrada" | Meditación sentada y "pausa sagrada" |
| Práctica formal semanal | Escáner corporal | Escáner corporal | Meditación sentada (10min) y yoga de pie | Meditación sentada (10min) y yoga de pie | Meditación sentada (15 min) y respiración (3min) | Meditación sentada (15 min) y respiración (3min) | Meditación sentada (15 min) y respiración (3min) |
| Práctica informal semana | Actividad rutinaria con mindfulness (duchar, comer, entre otras) | Actividad rutinaria: Calendario de eventos agradables. | Calendario de eventos desagradables. | Pausa de autocompasión. | Practicar mini meditaciones ante situaciones desagradables y práctica de comer despacio | Practicar comer conscientemente y meditaciones ante situaciones desagradables | Desarrollar plan personal de alimentación consciente (traer alimentos que nutren) |

Tabla adaptada y modificada. ²²

6.6 Anexo VI: Testimonio de participantes del taller de Chile²²

“Lo que tenía era hambre psicológica, por decirlo así, porque había alguna emoción que estaba gatillando una incomodidad...que de alguna forma aprendí a calmar con comida...y a comer presa de una emoción” (Participante 5, párrafo 22).

Luego de la ingesta emocional, aparecían sentimientos de culpa:

“Había muchas tentaciones en mi casa, no las podía resistir; por ejemplo, si no había nada más para comer, yo arrasaba con el queso...y eso me hacía sentir culpable...en todo momento” (Participante 2, párrafo 21).

“Es como un piloto automático...por decirlo así; o sea, como que yo apretaba un botón...y funciona una persona que sabe automáticamente qué hacer... pero no conectada con la situación...por ejemplo, estando con la gente...pero presente solo físicamente” (Participante 5, párrafo 86).

Al finalizar el taller:

“Cuando me frustró y me enojó por algo, lo miro en perspectiva y digo: ya, no es tan terrible. Me refiero a mirarme desde fuera...y ver que las cosas no son tan terribles...y calmarme ante eso” (Participante 4, párrafo 10).

Al respecto, algunos de los testimonios recabados fueron los siguientes:

“Fui al supermercado...y había tomado desayuno recién...pero me empezó a dar un hambre voraz, y me dije: no me voy a comprar nada, porque lo que yo tengo es hambre visual...a los 10 min se me pasó el hambre” (Participante 1, párrafo 52).

“Me pasa que logro identificar que...uno, no estoy comiendo por hambre, y dos...que me cuesta...pero lo logro identificar...por qué o qué emoción es en la que estoy en ese minuto, qué la está gatillando” (Participante 5, párrafo 33).

“Estar atento a las emociones que estoy viviendo en cada instante; por ejemplo, si es rabia...ver de dónde viene... si es alegría, paz...A veces darme cuenta de las cosas que me están pasando, no quedarme solo en el piloto automático” (Participante 6, párrafo 68).

“Estoy menos crítica conmigo y más permisiva...y claro, esto me ha ayudado a aceptarme. Si no puedo mejorar ahora, es como: tranquila, ya lo vamos a mejorar... y ahora confío más en mí” (Participante 1, párrafo 144).

“Ahora me controlo un poquito más en los atracones... antes podía tenerlos tres veces al día...y ahora...con suerte, uno...y día por medio. Antes era todos los días” (Participante 3, párrafo 14).

“Antes era inconsciente de mis comidas nocturnas y ahora soy consciente totalmente. Cuando voy a la cocina, en vez de comer algo ahí, pongo todo en una bandeja...y pongo lo no saludable y lo saludable... para diferenciar. Éste es un hábito que desarrollé después del taller” (Participante 2, párrafo 22).

“Distingo más sabores, texturas...y me gusta mirar los colores del plato. Por eso es rico comer sola...tengo tiempo para disfrutar eso” (Participante 7, párrafo 14).

“Ahora soy consciente totalmente. Todos los días hago un ejercicio de AP... se me hizo un hábito...y aún en situaciones que no necesariamente tienen que ver con la comida. Por ejemplo, en las mañanas... cuando ando corriendo apurada, me observo... y puedo regularme (...) la práctica de la AP me ha servido en otros niveles de estrés...que si no lo usara, me tendrían colapsada” (Participante 4, párrafo 29).

“Yo creo que participar en un grupo diverso, que tiene distintas actividades, distintas edades y experiencias en la vida...permiten darte cuenta...y te ayuda a descubrir cuál es la tuya, qué es lo que a ti te hace bien, cuándo tú estás contento o feliz” (Participante 6, párrafo 28).