



**UNIVERSITAT
JAUME•I**

Trabajo Final de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

**Intervenciones basadas en mindfulness
aplicadas a trastornos de la conducta alimentaria.
Una revisión bibliográfica.**

Alumno: David Raya Güimil

Tutora: Dra. Azucena García Palacios

Facultad de Ciencias de la Salud

Fecha: 22/11/2016

Resumen

Introducción: En la actualidad existe un creciente interés en la aplicación de las técnicas de *mindfulness* al tratamiento de los trastornos alimentarios. El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica sobre intervenciones psicoterapéuticas existentes en la actualidad basadas en *mindfulness* dirigidas al tratamiento de los trastornos alimentarios y valorar la eficacia de dichas intervenciones; además de conocer sus aproximaciones metodológicas; comparar los protocolos experimentales seguidos en diferentes estudios; analizar las variables estudiadas y las muestras utilizadas; resumir la evidencia científica disponible; y comentar críticamente los resultados obtenidos.

Metodología: Para la localización de los distintos artículos científicos se utilizaron varias fuentes documentales, destacando principalmente bases de datos bibliográficas de resúmenes y citas, además de literatura especializada. Se estableció como criterio de búsqueda que el artículo incluyera un estudio empírico. **Resultados:** Se obtuvieron un total de 20 artículos científicos. Los estudios se basaban en Terapia Dialéctica-Comportamental (Linehan, 1993), Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002) y Entrenamiento de Mindfulness para comer de manera consciente (MB-EAT) (Kristeller y Hallet, 1999). En la gran mayoría de estudios analizados, las intervenciones basadas en *mindfulness* se asociaron con la remisión total o parcial de la mayoría de síntomas clínicos relacionados con la patología alimentaria.

Conclusiones: Las intervenciones basadas en *mindfulness* ofrecen una nueva alternativa eficaz al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Aunque la evidencia empírica sobre su eficacia todavía resulta escasa, los resultados obtenidos en los estudios publicados hasta la fecha resultan bastante prometedores.

Palabras clave: mindfulness, trastorno alimentario, tratamiento, ensayo, regulación emocional

Abstract

Introduction: There is growing interest in applying mindfulness to the treatment of eating disorders. The aim of this study is to conduct a bibliographic review of existing mindfulness-based psychotherapeutic interventions in relation with the treatment of eating disorders and to assess the effectiveness of these interventions; as well as to explore their methodological approaches; to compare the experimental protocols followed in the different studies; to analyse the variables and the samples that were used; to summarise the available scientific evidence; and to discuss the results.

Methodology: Several documentary sources were used for the search of the scientific papers, mainly bibliographic databases of abstracts and citations as well as specialized literature. Only papers including an empirical study was established as a search criteria.

Results: A total of 20 scientific papers were obtained. The studies were based on Dialectical Behavior Therapy (Linehan, 1993), Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl and Wilson, 1999), Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) (Segal, Williams and Teasdale, 2002) and Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) (Kristeller and Hallet, 1999). In most cases, mindfulness-based interventions were associated with complete or partial remission of most clinical symptoms related to eating pathology.

Conclusions: Mindfulness-based interventions provide a new effective alternative to treat eating disorders. Although empirical evidence on their effectiveness is still limited, the results to date are quite promising.

Keywords: mindfulness, eating disorders, treatment, trial, emotional regulation

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	2
1) Los trastornos de la conducta alimentaria: conceptualización y diagnóstico... 4	
2) Intervenciones psicoterapéuticas en los TCA..... 13	
3) Relación entre mindfulness y TCA: mindful eating..... 15	
4) Intervenciones psicoterapéuticas para TCA que incorporan mindfulness 18	
II. METODOLOGÍA	28
Criterios de selección.....28	
Palabras clave29	
Recuperación de la información29	
Evaluación de la calidad de los artículos seleccionados.....30	
Análisis de la variabilidad, fiabilidad y validez de los artículos30	
III. RESULTADOS	32
1) Organización y estructuración de los datos 32	
2) Resumen de resultados obtenidos..... 41	
IV. DISCUSIÓN	44
Conclusiones.....	
Referencias bibliográficas.....	

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los campos que mayor interés científico ha suscitado en la psicología clínica actual es la aplicación de las técnicas de *mindfulness* para el tratamiento de distintos trastornos médicos y psicológicos. El *mindfulness* —o también denominado en el ámbito hispano hablante como Atención Plena— se define como “la capacidad de prestar atención de manera particular y en el momento presente al cuerpo y la mente —incluyendo sensaciones, emociones, sentimientos o pensamientos—, con propósito, y sin juzgar” tal y como se experimentan en el momento presente” (Kabat-Zinn, 1990; 2003; Miró y Simón, 2012).

Actualmente, desde un enfoque más científico, el *mindfulness* se conceptualiza como “una habilidad psicológica que consta de dos componentes centrales: el primero hace referencia a la regulación de la atención para mantenerla centrada en la experiencia inmediata, y el segundo consiste en una actitud u orientación de curiosidad, apertura y aceptación hacia esa experiencia, independientemente de que tenga una valencia positiva o negativa” (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody, Velting, 2004; Miró y Simón, 2012).

El auge de la popularidad de la práctica de *mindfulness* en la época actual se debe principalmente al trabajo pionero a finales de la década de los años 70 de Jon Kabat-Zinn, y a la fundación de su “Stress Reduction Clinic”, perteneciente al “University of Massachusetts Medical Center”. En aquellas instalaciones inició el programa “Mindfulness Based Stress Reduction” (MBSR) con el objetivo de proporcionar a sus pacientes otro tipo de tratamiento alternativo que complementase las técnicas de medicina tradicional, que hasta ese momento habían recibido sin los resultados esperados. Este programa se basaba principalmente en prácticas tradicionales de meditación y yoga (Miró

y Simón, 2012, p.11).

En el campo de la psicoterapia, la práctica de *mindfulness* ha sido incorporada, como componente principal o como co-ayudante, a diversos modelos de tratamiento psicológico, desde el psicoanálisis (Stern, 2004), pasando por la terapia de conducta (Hayes, Strosahl y Wilson, en “Acceptance and Commitment Therapy”¹ (1999, 2011), hasta los enfoques derivados a partir de la Terapia Cognitiva, como el de *prevención de recaídas en depresión basado en mindfulness* (Mindfulness Based Cognitive Therapy o MBSC (2002). Así mismo, la propuesta de Marsha Linehan de Terapia Dialéctica-Comportamental (DBT por sus siglas en inglés) para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad (Linehan, 1993) ha sido pionera y ha jugado un papel especialmente importante en la introducción de *mindfulness* en la psicoterapia actual. Las intervenciones basadas en el *mindfulness* han obtenido buenos resultados en un amplio rango de problemas psicológicos, entre los que destacan el dolor crónico y los trastornos emocionales (Baer, 2003).

Se han propuesto cuatro mecanismos a través de los que actúa *mindfulness* y que explicarían su eficacia. Estos procesos son: 1) regulación atencional; 2) regulación emocional (que incluye reevaluación, exposición, extinción y reconsolidación); 3) cambios en la perspectiva de uno mismo; y 4) conciencia corporal (Hölzel, Lazar, Gard, Schuman-Olivier, Vago, & Ott, 2011), teniendo este último una relación directa con los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA) (Probst, 1997), ya que se hace referencia a la capacidad que tiene el sujeto para percibir sensaciones corporales sutiles (Mehling, Gopisetty, Daubenmier, Price, Hecht, & Stewart, 2009). En la actualidad podemos encontrar estudios que demuestran la efectividad del *mindfulness* en el ámbito de los TCA (Baer, Fischer y Huss, 2005; Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler, 2002; Kristeller y

¹ Traducida en español como Terapia de Aceptación y Compromiso.

Hallett, 1999; Wnuk, Du, Warwick, & Tremblay, 2015). Hasta este momento, los hallazgos son bastante prometedores y sugieren una relación inversa entre la práctica del *mindfulness* y los TCA.

El objetivo del presente trabajo es realizar una búsqueda bibliográfica sobre las cinco intervenciones psicoterapéuticas existentes en la actualidad basadas en *mindfulness* dirigidas al tratamiento de trastornos alimentarios; esto es, Terapia Dialéctica Comportamental (DBT), Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT), Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Entrenamiento en comer de manera consciente (MB-EAT) y Mindfulness para la prevención de la ganancia de peso (EMPOWER); conocer sus aproximaciones metodológicas; comparar los protocolos experimentales seguidos en diferentes estudios; analizar las variables estudiadas y las muestras utilizadas; valorar la eficacia de las intervenciones; resumir la evidencia científica disponible; y comentar críticamente los resultados obtenidos.

1) Los trastornos de la conducta alimentaria: conceptualización y diagnóstico

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2002) recoge como trastornos alimentarios tres síndromes: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). Además, dentro del apartado de *trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia* se contemplan otros trastornos asociados como la pica, el trastorno por rumiación y el trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.

Tanto la anorexia nerviosa, como la bulimia nerviosa y los TCANE poseen una sintomatología propia además de compartir unos rasgos comunes, lo que ocasionó que

expertos en esta materia se planteasen la existencia de unos mecanismos psicopatológicos comunes que explicaran la psicopatología de dichos trastornos. En ellos, *la sobrevaloración del peso y la figura corporal* es el pilar central en el que estos pacientes basan su autoevaluación, como afirman Fairburn y Harrison (2003); dejando sin consideración otros dominios vitales como pueden ser las relaciones interpersonales, la salud, la familia, el trabajo o el éxito profesional, entre otros. El resto de sintomatología relacionada es secundaria a esta sobrevaloración.

En el caso de la anorexia nerviosa, por ejemplo, el paciente se autoimpone un estado de restricción calórica, en el que la pérdida de peso es vista como un logro y no como un problema médico, razón por la cual su motivación para el cambio es prácticamente nula. Por su parte, en los casos de bulimia nerviosa esta obsesión por la imagen corporal se traduce en episodios de atracones sin control seguidos de conductas purgativas. En palabras de Fairburn y Harrison (2003), “a menudo estos paciente se describen como anoréxicos fracasados”. El núcleo psicopatológico de los trastornos de la conducta alimentaria tiene otras manifestaciones secundarias propias dependiendo del trastorno al que nos estemos refiriendo.

La aparición de la quinta versión del DSM en el 2013 (APA, 2014) trajo consigo una reclasificación de dichos trastornos. A partir de esta edición, han sido incluidos en un nuevo apartado denominado *trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos*, cuya base conceptual radica en la perspectiva transdiagnóstica, en la que anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y TCANE estarían modulados por procesos comunes. Los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa fueron revisados, creándose además una nueva categoría diagnóstica, el *trastorno por atracón*, que trataba de dar solución a los diversos problemas conceptuales y teóricos relacionados con los trastornos alimentarios. A continuación describiremos las características clínicas y criterios

diagnósticos de los trastornos alimentarios incluidos en el DSM-5.

Anorexia Nerviosa (AN)

La característica principal de este trastorno es el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal de la persona, determinado por el Índice de Masa Corporal (IMC) según su edad y talla.

Este sentimiento de rechazo se manifiesta a través de una restricción de la ingesta energética que conduce a un peso corporal significativamente bajo (criterio A). Además, al igual que en los otros trastornos de la conducta alimentaria, el paciente presenta pensamientos disfuncionales relacionados con la comida, el peso y la imagen corporal. A su vez, como indican Bayón-Pérez y Bonan (2012), “suele haber una asociación entre este trastorno y rasgos de personalidad con tendencia al conformismo, hiperresponsabilidad, perfeccionismo, necesidad de aprobación y falta de respuesta a las necesidades internas. Estos pacientes no suelen tener conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren al persistir en estas conductas”.

Dependiendo del método utilizado para la pérdida de peso, estos pacientes pueden diferenciarse en dos tipos: restrictivo o con atracones/purgas. En el primero de ellos se recurre a dieta extrema, ayuno o ejercicio físico excesivo; mientras que los casos del segundo tipo, se caracterizan por episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o uso incorrecto de laxantes y/o diuréticos).

El inicio de la anorexia nerviosa se sitúa en las etapas intermedias de la adolescencia, con la aparición de las primeras restricciones en la ingesta. Es un trastorno más frecuente en mujeres, y se estima una prevalencia de un 0,3% (Hoek y Van Hoeken, 2003). La edad temprana de inicio del trastorno y una historia clínica de corta duración son factores de buen pronóstico. Por el contrario pacientes con una historia clínica de mayor duración, con pérdida severa de peso, presencia de atracones y conductas

purgativas de vómito, la existencia de factores de personalidad premórbidos así como la existencia de relaciones interpersonales deterioradas, se asocian con un peor pronóstico (Fairburn y Harrison, 2003). La tasa de mortalidad de este trastorno se sitúa entre el 5-10%, derivada principalmente de complicaciones biomédicas (Martín Murcia, 2003).

Respecto al desarrollo del problema, desde los planteamientos de la teoría cognitiva conductual para la anorexia nerviosa (Fairburn, Shafran, & Cooper, 1998) se define la *necesidad extrema del control sobre la ingesta* como característica central de este trastorno (véase figura 1), y que está asociada directamente a sentimientos de ineficacia, perfeccionismo y baja autoestima. Las personas con este trastorno experimentan como éxito el control que realizan sobre su propio cuerpo y que enmascara el fracaso percibido en otras áreas de funcionamiento. Es, por tanto, un medio para mejorar su autoestima ya que encuentran en el control de su cuerpo un instrumento para sentirse mejor con ellas mismas.

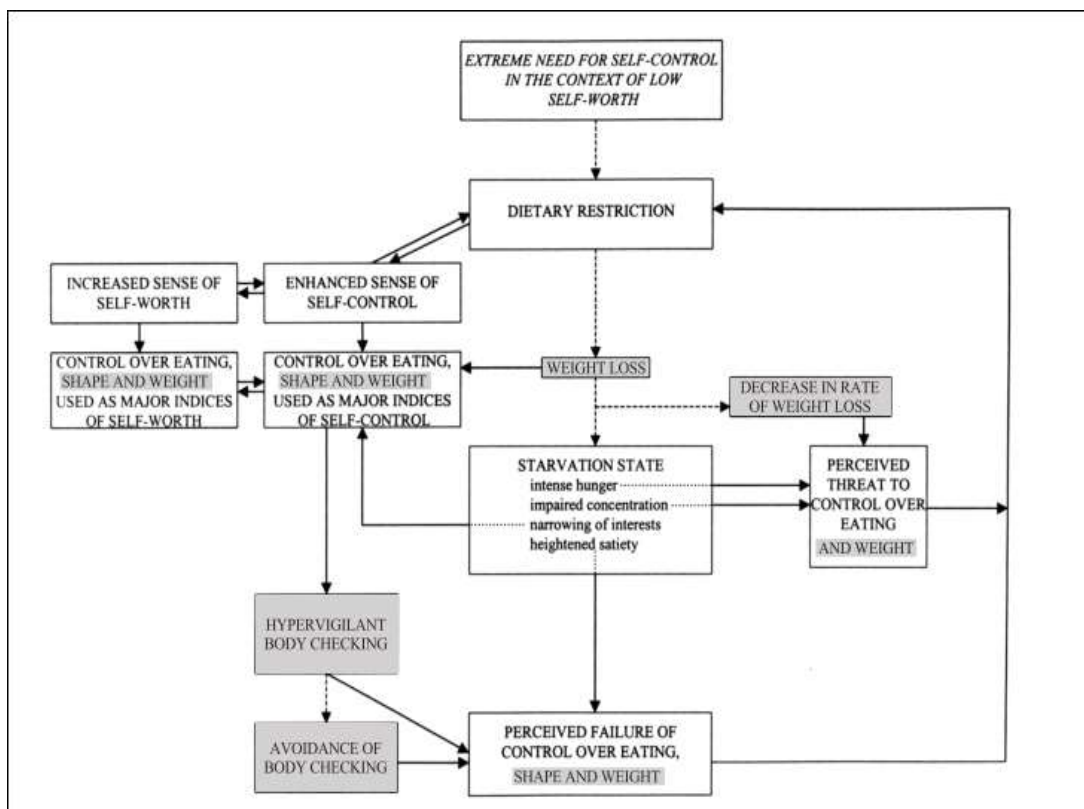


Figura 1. Representación esquemática de los principales procesos involucrados en el mantenimiento de la anorexia nerviosa. (Fairburn et al., 1998).

El mantenimiento del problema se produce a partir de tres mecanismos (Fairburn et al., 1998): la *restricción de comida*, que mejora su sentimiento de control; la propia situación de *hambre* —cuyos síntomas fisiológicos son percibidos como una amenaza sobre el control de la comida— que les anima a seguir restringiendo la ingesta calórica; y las *preocupaciones excesivas* sobre la figura y peso corporal, que se encargan de sostener todo este proceso.

Bulimia Nerviosa (BN)

A finales de la década de los años setenta, Russell (1979) describe el cuadro psicopatológico que conformaría posteriormente la bulimia nerviosa, caracterizado por un cuadro de ingesta voraz y conductas purgativas, y que estaría vinculado en cierta manera a la anorexia nerviosa.

Su distinción con la AN reside en que episodios recurrentes de *atracción* —ingesta de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas acompañada de sensación de *pérdida de control* sobre dicha ingesta— son seguidos de *comportamientos compensatorios* inapropiados (como pueden ser provocarse el vómito, uso incorrecto de laxantes o diuréticos, o ejercicio físico excesivo) que se realizan con el objetivo de evitar el aumento de peso y reducir la ansiedad (APA, 2014).

Estas conductas compensatorias actúan como *reforzadores negativos* que mantienen el problema, el cuál frecuentemente pasa desapercibido entre conocidos y familiares de la persona afectada; pues estos pacientes no suelen mostrar signos de infrapeso como sí ocurre en la AN, sino que suelen tener un peso normal o incluso sobrepeso, haciendo que en ocasiones el problema sea difícil de diagnosticar.

Los modelos explicativos tratan este trastorno desde una perspectiva multicausal (Martín Murcia, 2003), siendo el modelo multidimensional el más aceptado. Al igual que en los casos de AN, los pacientes de BN presentan pensamientos disfuncionales relacionados con el peso y la silueta corporal en los que basan su autoevaluación. Las palabras de Martín Murcia (2003) ilustran acertadamente todo el proceso: “la presión social en la que se identifica éxito y belleza con delgadez, unido a una historia de sobrepeso, con una alta emocionalidad y tendencia depresiva, más la profusa disponibilidad de recetas mágicas y fármacos adelgazantes milagrosos, suelen inducir expectativas poco realistas y que, al verse frustradas, meten a ciertos individuos en una espiral angustiante de restricción-ansia de comer-atracón-vómito-disforia”(p. 329).

Es por ello que estados emocionales negativos como ansiedad, depresión e ira se han puesto en relación con la sintomatología bulímica (Bayón-Pérez y Bonan, 2012). En palabras de estas mismas autoras, “el hambre que experimentan no sólo es material sino también emocional y la comida cumple un papel esencial en la resolución de los problemas emocionales y existenciales” (p. 213).

La comorbilidad entre bulimia nerviosa y otros trastornos es elevada, destacando su relación con depresión (Berkman, Lohr y Bulik, 2007), trastorno límite de la personalidad (Cassin y von Ranson, 2005) y abuso de sustancias. Su prevalencia, como sucede con la anorexia nerviosa, es mayor entre las mujeres, entre el 1% y el 2% de la población general (Wilson, 2005).

Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados (TCANE)

Sin duda la categoría diagnóstica que mayores quebraderos de cabeza ha provocado a psicólogos y profesionales de los trastornos de la conducta alimentaria. Creada como categoría residual a partir del DSM-III (1980) —clasificada como trastornos

de la conducta alimentaria "atípicos" en DSM-III y como "no especificados" en DSM-III:R y sucesivos—, en ella se incluyen todos aquellos casos que, aunque virtualmente pueden parecerse a AN o BN, no cumplen completamente todos sus criterios diagnósticos; como por ejemplo, pacientes en los que es evidente la restricción calórica pero su peso todavía se encuentra por encima del umbral clínico. En otras ocasiones las características clínicas de AN y BN se encuentran solapadas. (Fairburn & Harrison, 2003). Hablaríamos por tanto de cuadros de AN o BN incompletos, ya sea por encontrarse al inicio del trastorno o en fase de recuperación (Bayón-Pérez y Bonan, 2012).

Lo curioso de esta categoría diagnóstica es que a pesar de tratarse de una categoría “de descarte”, su prevalencia es mayor que si la comparamos con AN o BN, datos que son avalados por la práctica clínica (véase tabla 1 y figura 2) y la mayoría de investigaciones científicas (Fairburn et al., 2003; Fairburn y Bohn, 2005). A pesar de ello existen pocas publicaciones científicas que se centren exclusivamente en esta categoría diagnóstica (Fairburn & Harrison, 2003).

Tabla 1

Prevalencia de TCANE en muestra de pacientes externos con trastorno alimentario. (Fairburn y Bohn, 2005)

	Sample size	DSM-IV diagnosis			Comments
		Anorexia nervosa %	Bulimia nervosa %	Eating disorder NOS %	
Martin et al. (2000)	175	19.4	22.9	57.7	BED 9.7% of full sample
Ricca et al. (2001)	189	24.9	24.9	50.3	BED 8.5% of full sample
Turner and Bryant-Waugh (2004)	190	5.8	23.7	70.5	EDE-based diagnoses. Sample excluded patients with BED
Fairburn, Palmer et al. (in preparation)	121	5.0	33.1	62.0	EDE-based diagnoses. Sample restricted to patients with a body mass index between 16.0 and 40.0. BED 5.8% of full sample
Weighted average		14.5	25.5	60.0	

BED—Binge eating disorder, EDE—Eating Disorder Examination (Fairburn and Cooper, 1993).

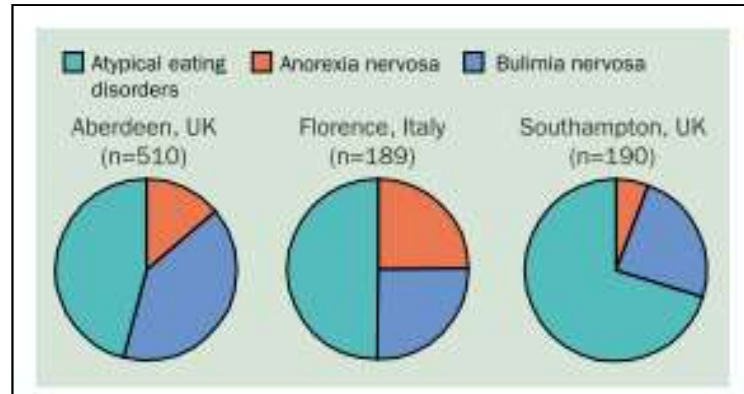


Figura 2. Composición diagnóstica en tres estudios. (Fairburn et al., 2003)

La relación entre los tres diagnósticos es compleja y no siempre sus límites se encuentran bien definidos. Como puede apreciarse (véase Fig.3), existe un área en la que los diagnósticos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa pueden llegar a solaparse. Este hecho se hace evidente cuando en la práctica clínica se encuentran muchos pacientes con bulimia nerviosa que tienen una historia clínica previa de anorexia nerviosa (sobre todo casos de AN de tipo purgativo). Estos dos círculos estarían rodeados a su vez por la categoría diagnóstica de “no especificado”, incluyendo en ella aquellos pacientes residuales que no cumplen criterio diagnóstico suficiente como para ser incluidos en las otras dos categorías generales, pero que verdaderamente representan un caso de trastorno de la conducta alimentaria.

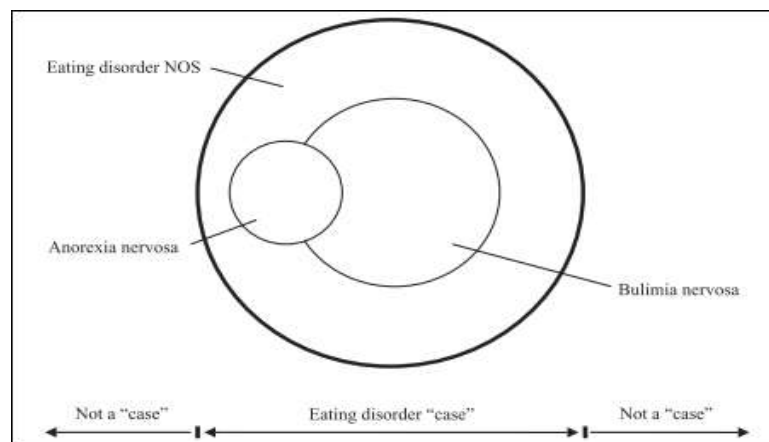


Figura 3. Representación esquemática de la relación entre anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y TCANE (Fairburn et al., 2005).

La incorporación del Trastorno por atracón (TA) en el DSM-5.

Con la publicación de la quinta versión del DSM (APA, 2014) del nuevo apartado de *Trastornos Alimentarios y de la ingestión de alimentos* se reclasificaron los diversos trastornos relacionados con la conducta alimentaria, englobando este nuevo apartado a trastornos como la pica y el trastorno de rumiación (incluidos en el anterior DSM-IV-TR dentro del apartado de *Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*), el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa; e introduciendo el nuevo *trastorno por atracón* como entidad propia — aunque en DSM-IV ya aparecía como criterio en investigación en el apéndice de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores—.

El trastorno por atracón (conocido en la literatura anglosajona como *Binge Eating Disorder* o BED) se define por la aparición de episodios recurrentes de ingesta compulsiva (denominados atracones) que se caracterizan por ser una cantidad de comida claramente excesiva y de la cual se reconoce su pérdida de control. Sin embargo, estos atracones no van seguidos de conductas compensatorias, como sí ocurre en el caso de la bulimia nerviosa. En el nuevo DSM-5, el único cambio significativo respecto a los criterios diagnósticos en DSM-IV-TR hace referencia a la frecuencia y temporalidad exigida para su diagnóstico (Criterio D), pasando de 2 atracones semanales en los últimos 6 meses a una vez a la semana durante los últimos tres meses.

Los pacientes con este tipo de patología refieren “comer rápido, comer mucho hasta sentirse incómodos, comer sin sentir hambre y tener sentimientos de culpa, vergüenza, depresión y rumiación posteriores al atracón” (Bayón-Pérez y Bonan, 2012). Este trastorno suele asociarse a problemas de sobrepeso y obesidad. La prevalencia entre personas obesas se estima en un 2%, llegando a un 30% en aquellos pacientes que solicitan ayuda profesional (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Esta nueva entidad diagnóstica estaría compuesta por pacientes que anteriormente se incluían dentro de bulimia nerviosa de tipo no purgativo (que desaparece en el nuevo DSM-5) o aquellos pacientes que pertenecían a la categoría de “no especificado”. Se estima que la aparición de este nuevo trastorno va a mejorar, de forma significativa, los problemas de clasificación relacionados con los trastornos alimentarios. La categoría de trastornos alimentarios no especificados (TCANE) suponía más de un 50% de los casos (Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, & Palmer, 2007; García-Palacios, 2014), que con la nueva categoría de trastorno por atracón podría reducirse a un 25%, según Fairburn y Cooper (2011).

No obstante, en esta nueva versión del manual se ha mantenido un apartado denominado *Otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificados* donde se incluyen presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (APA, 2014). Dentro de esta categoría residual encontraríamos la anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada), trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada), trastorno por purgas, y el síndrome de ingestión nocturna de alimentos. Finalmente se incluye un último apartado de *Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado*; para casos que no se corresponden con ninguno de los anteriores.

2) Intervenciones psicoterapéuticas en los TCA

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es la intervención psicoterapéutica de

referencia para los casos de trastorno alimentario dado que cuenta con mayor evidencia científica (Bayón-Pérez y Bonan, 2012). No obstante, cabe destacar que dichos tratamientos se han centrado principalmente en casos de BN y TA mientras que el tratamiento de la AN ha pasado más inadvertido (Fonagy, Roth, & Higgitt, 2005). Una de las principales razones que se aduce es la baja prevalencia de este trastorno.

Según la literatura y de acuerdo con los resultados obtenidos, una intervención basada en la TCC consigue eliminar los atracones y las conductas purgativas en al menos un 50% de los participantes con diagnóstico de BN. Además del componente conductual del trastorno, la intervención mediante TCC permite trabajar y mejorar la distorsión de la imagen corporal (Wilson, 2005).

Para los casos de trastorno por atracón, la terapia cognitivo-conductual también tiene un fuerte evidencia científica (Apple y Agras, 2004; Fairburn, Wilson, & Schleimer, 1993) así como la terapia interpersonal (IPT) en casos de BN y TA (Klerman, Weissman, Roundsaville, y Chevron, 1984). A continuación se adjunta un resumen con las intervenciones terapéuticas más recurrentes para el tratamiento de la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón y el grado de evidencia científica² asociado (Véase tablas 2 y 3).

Tabla 2

Evidencia científica de intervenciones psicoterapéuticas más frecuentes en Bulimia Nerviosa (extraído de Bayón-Pérez y Bonan, 2012).

Tipo de intervención	Evidencia
<i>Terapia cognitivo-conductual (TCC)</i>	La TCC es el tratamiento de elección para adultos con BN (Grado A; Nivel 1). Comparada con la TIP o con técnicas psicodinámicas, la TCC se asocia con mayor rapidez en la remisión de los síntomas alimentarios.
<i>Terapia interpersonal (TIP)</i>	La Guía NICE recomienda que la TIP debería ser considerada como una alternativa a la TCC, pero los pacientes tienen que ser informados de que los resultados se obtienen a los 8-12 meses. (Grado B)
<i>Autoayuda (AA)</i>	Se recomienda que los pacientes con BN deberían ser alentados a seguir un programa de autoayuda (guiada o no). Grado B.

² Nota: Las escalas de clasificación de la evidencia permiten establecer recomendaciones de tratamiento frente a un determinado procedimiento médico.

<i>Terapia Dialéctica-Comportamental para BN (DBT-BN)</i>	El porcentaje de abstinencia de atracones y conductas purgativas es similar a los hallados con TCC-BN. Este tratamiento reduce significativamente la ingesta emocional.
<i>Combinación de psicoterapias</i>	La combinación de intervenciones psicodinámicas con TCC y otras psicoterapias parece obtener resultados más globales (Nivel 2). Los abordajes psicodinámicos y psicoanalíticos en formato grupal o individual son útiles, una vez que los atracones y purgas han mejorado (Nivel 3). Pacientes con problemas de pareja, pueden beneficiarse de una terapia de pareja (Nivel 2). Para tratar el Trastorno Límite de Personalidad, se debería combinar TCC con DBT.

Tabla 3

Evidencia científica de intervenciones psicoterapéuticas más frecuentes en T. por atracón (extraído de Bayón-Pérez y Bonan, 2012).

TCC-TA	La guía NICE 2004 recomienda que la TCC-TA debería ser ofrecida a adultos con TA (Grado A; nivel I).
TIP-TA	La TCC y la TIP para TA han producido casi idénticos resultados a corto y a largo plazo. La TIP-TA puede ser ofrecida a personas con TA persistente (Grado B).
AA	Un posible comienzo en el tratamiento de las personas con TA es animarlas a seguir un programa de auto-ayuda (AA) (guiada o no), aunque este tratamiento sólo es eficaz en un número limitado de personas con TA (Grado B)
DBT-TA	La DBT ha demostrado ser significativamente más efectiva en comparación con un grupo control en lista de espera. Produjo en el 89% de los pacientes un cese total de los atracones frente al 12,5%.
Terapia de Conducta para la pérdida de peso (TCPP)	Los programas de Terapia de Conducta para la pérdida de peso, conllevan una moderada/severa reducción calórica y han probado ser exitosos en el tratamiento del atracón en pacientes con TA y sobrepeso. La TC respecto a la TCC o a la TIP produce: mayor pérdida de peso, al menos a corto plazo y puede ser administrada por un más amplio rango de profesionales de la salud.

3) Relación entre mindfulness y TCA: mindful eating

En la actualidad podemos observar un interés creciente en la aplicación de *mindfulness* al tratamiento de los trastornos alimentarios (Corstorphine, 2006). Respecto a esta relación entre *mindfulness* y TCA, diversos estudios han encontrado que sujetos que presentaban altos niveles de *mindfulness* eran menos propensos a padecer trastornos alimentarios (Lavander, Jardin, y Anderson, 2009), tales como como anorexia nerviosa (Heffner et al., 2002), bulimia nerviosa (Safer, Telch y Agras, 2001), y trastorno por atracón (Safer, Lock y Couturier, 2007). Por este motivo, se ha sugerido que los métodos

basados en esta técnica pueden ser un componente fundamental para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (Wilson, 2005).

La investigación científica aporta cada vez más evidencias empíricas sobre la efectividad de técnicas de intervención basadas en *mindfulness* para los trastornos alimentarios (Wanden-Berghe, Sanz-Valero, Wanden-Berghe, 2011; Kristeller y Hallett 1999). En este sentido, existen numerosos estudios de casos y estudios de tratamiento que han proporcionado evidencia preliminar de la eficacia de estas nuevas terapias en el tratamiento del TA, así como en el tratamiento de la BN y la AN (Baer et al., 2005). Asimismo existen estudios que demuestran los beneficios del *mindfulness* en el control de peso en pacientes con obesidad (Jacobs, Cardaciotto, Block-Lerner y McMahon, 2013).

En los últimos años, el *mindfulness* se ha convertido en una nueva alternativa para modificar conductas problema relacionadas con la comida, ayudando a fomentar una alimentación más sana (Christian, Wan, Donatoni y Meier, 2014). Por citar algunos ejemplos, encontramos estudios que señalan como el entrenamiento en *mindfulness* puede ayudar en la selección del tamaño de las porciones de comida (Godsey, 2013), la elección de alimentos más bajos en calorías (Brown, Ryan y Creswell, 2007), o en reducir el consumo de alimentos con alto contenido calórico (Beshara, Hutchinson, y Wilson, 2013).

Los pacientes con patología alimentaria como la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa muestran una constante preocupación por cuestiones como el perfeccionismo, el control y la autocrítica a la que someten a su propio cuerpo (Richards, Hardman y Berrett, 2007). Estos tipos de rumiaciones son tan angustiosas que pueden llegar a controlar todas las acciones, creencias, pensamientos y emociones de quienes los padecen (Lewinsohn, Striegel-Moore y Seeley, 2000). En este sentido, la práctica de *mindfulness* resulta

efectiva en mejorar las habilidades de regulación emocional (Hamilton, Kitzman y Guyotte, 2006), ya que permite a las personas que lo practican redirigir su atención hacia otros objetivos y les ayuda a no quedarse bloqueados en los pensamientos negativos (Karloly, 1999). A su vez, la observación de la emoción que se produce durante el proceso de meditación puede mejorar el contacto de la persona con sus emociones negativas y aumentar la tolerancia hacia éstas, reduciendo la intensidad y duración de las sensaciones desagradables (Thayer, Friedman y Borkovec, 1996). En este sentido, un alto nivel en la capacidad de *mindfulness* se ha asociado negativamente con las cogniciones propias de los TCA (Masuda y Wendell, 2010).

Por otra parte también permite mejorar la propiocepción de las sensaciones corporales, ayudando a distinguir entre las sensaciones de hambre y saciedad, la excitación emocional, y la detección de señales externas; lo que permite a su vez disminuir los antojos relacionados con la comida (Alberts, Mulkens, Smeets y Thewissen, 2010; Alberts, Thewissen, y Raes, 2012), el número de atracones (Baer et al., 2005; Courbasson, Nishikawa, y Shapira, 2011; Kristeller y Hallett, 1999; Leahey, Crowther, y Irwin, 2008; Smith, Shelley, Leahigh, y Vanleit, 2006; Sojcher, Gould y Perlman, 2012), el índice de masa corporal en pacientes con sobrepeso (Tapper, Shaw, Ilsley, Hill, Bond, y Moore, 2009) y aumentar la sensación de autoeficacia (Kristeller y Hallett, 1999; Leahey et al., 2008). Algunos estudios destacan el escaso desarrollo de conciencia interoceptiva que muestran los pacientes con TCA y que no les permite distinguir entre las sensaciones fisiológicas emocionales y las señales para regular el apetito (Fassino, Pierò, Gramaglia, & Abbate-Daga, 2004). Por ejemplo, pacientes bajo un régimen estricto de dieta que tienden a ignorar las señales de hambre ya que las equiparan con emociones negativas; o bien, en episodios de atracón, en el que la persona no es capaz de discriminar la señal de saciedad.

El término *mindful eating* consiste en aplicar la técnica de *mindfulness* a las distintas etapas que comprenden el proceso de la alimentación, como la elección de alimentos de forma consciente; diferenciar entre hambre física y psicológica; identificar las señales de saciedad; y en definitiva, comer con atención plena (Grimm y Steinle, 2011). Los programas basados en el *Entrenamiento de Mindfulness para comer de manera consciente (MB-EAT)* (Kristeller y Hallett, 1999) lo utilizan como módulo principal de tratamiento.

Hasta el momento presente, podemos encontrar evidencia de la efectividad del entrenamiento en técnicas de *mindful eating* en la disminución de episodios de atracón (Courbasson et al., 2011; Smith et al., 2006), mejora en regulación emocional y autocontrol con respecto a la comida (Leahey et al., 2008), así como también ha demostrado su eficacia para combatir y reducir los síntomas depresivos (Kristeller y Wolever, 2011), encontrando una relación estadísticamente significativa en la capacidad de atención y contención del pensamiento en relación con la comida; y con disminuciones estadísticamente significativas en medidas de estrés, afecto negativo e impulsividad.

4) Intervenciones psicoterapéuticas para TCA que incorporan *mindfulness*

Como se ha mencionado anteriormente, la mayoría de tratamientos para los trastornos alimentarios se basan en procedimientos cognitivo-conductuales. No obstante, dado que algunos participantes han mostrado una respuesta incompleta a dichos tratamientos, es razonable pensar que es necesario investigar otros enfoques que permitan desarrollar otras intervenciones más efectivas. En este contexto, Wilson (2005) sugiere que los métodos basados en aceptación para el tratamiento de los trastornos alimentarios merecen una atención más en profundidad. Siguiendo este planteamiento, se han

propuesto nuevas intervenciones que incorporan entrenamiento en *mindfulness* y procedimientos relacionados con la aceptación, siendo adaptaciones de tratamientos anteriormente desarrollados. A continuación se presentan las cinco intervenciones psicoterapéuticas principales para el tratamiento de los TCA que incorporan *mindfulness*:

Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) (Linehan, 1993)

Ha sido adaptada para el tratamiento del trastorno por atracón y bulimia nerviosa. Consiste en una serie de 20 sesiones semanales de dos horas de duración desarrolladas tanto para terapia individual como grupal (Safer, Telch y Agras, 2001; 2001b; Telch, Agras y Linehan, 2000; 2001).

Los fundamentos de este enfoque están basados en el modelo de regulación emocional del trastorno por atracón (figura 3), el cual afirma que los atracones de dicho trastorno actúan como una herramienta para reducir los estados emocionales negativos en aquellos individuos con pobres habilidades de regulación emocional (Wiser y Telch, 1999). Dichas emociones negativas pueden ser provocadas por una gran variedad de situaciones (p. ej., la comparación de la propia imagen corporal con otras personas, interacciones sociales desagradables, pensamientos intrusivos, etc.). Una vez la emoción negativa ha aparecido, la persona teme que su intensidad aumente, por lo que busca maneras de reducirla. Una de ellas es distraer la atención de la emoción: el atracón logra temporalmente aliviar el malestar y de esta manera, el comportamiento queda reforzado negativamente.

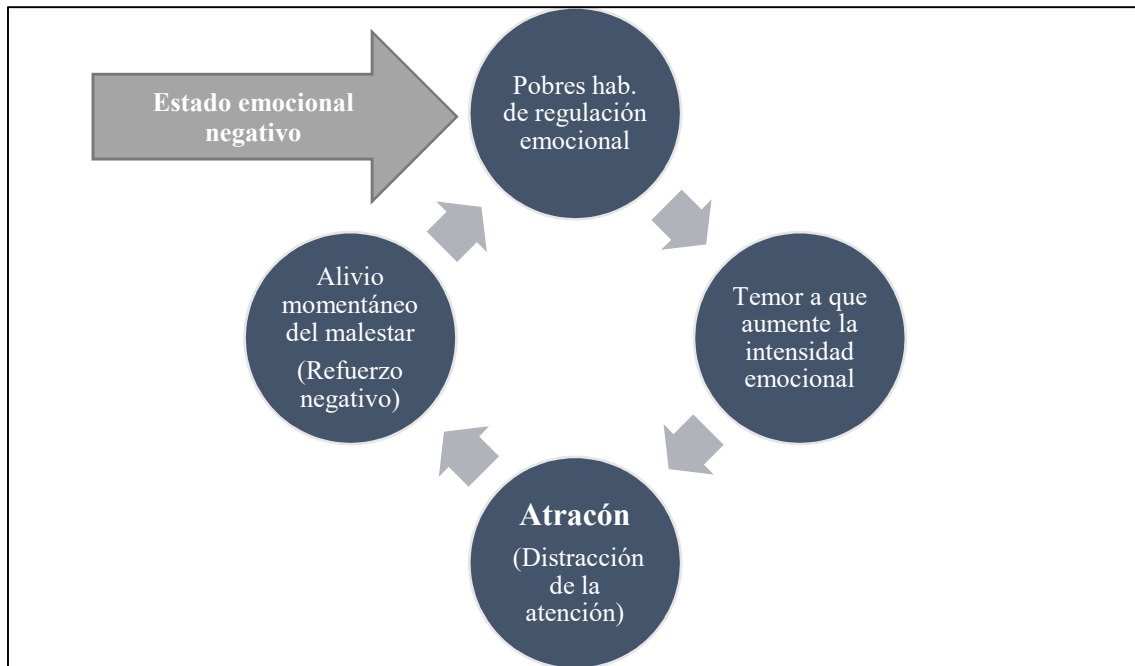


Figura 3. Modelo de regulación emocional del trastorno por atracón (elaboración propia).

Esta versión de DBT, dirigida tanto a pacientes con TA como BN, está diseñada para mejorar las habilidades de regulación emocional. Incluye un entrenamiento de tres de los cuatro componentes del tratamiento de DBT estándar: *mindfulness*, regulación emocional y tolerancia al estrés. Las habilidades de *mindfulness* se enseñan con el objetivo de contrarrestar los impulsos a usar los atracones como medida distractora (figura 3b). Esta técnica permite a los participantes reconocer y aceptar sus estados emocionales sin llevar a cabo conductas impulsivas automáticas. De esta manera, la combinación de *mindfulness* junto con estrategias de regulación emocional y tolerancia al malestar les permite tomar decisiones de forma más adaptativa y equilibrada, además de tolerar el malestar de mejor forma.

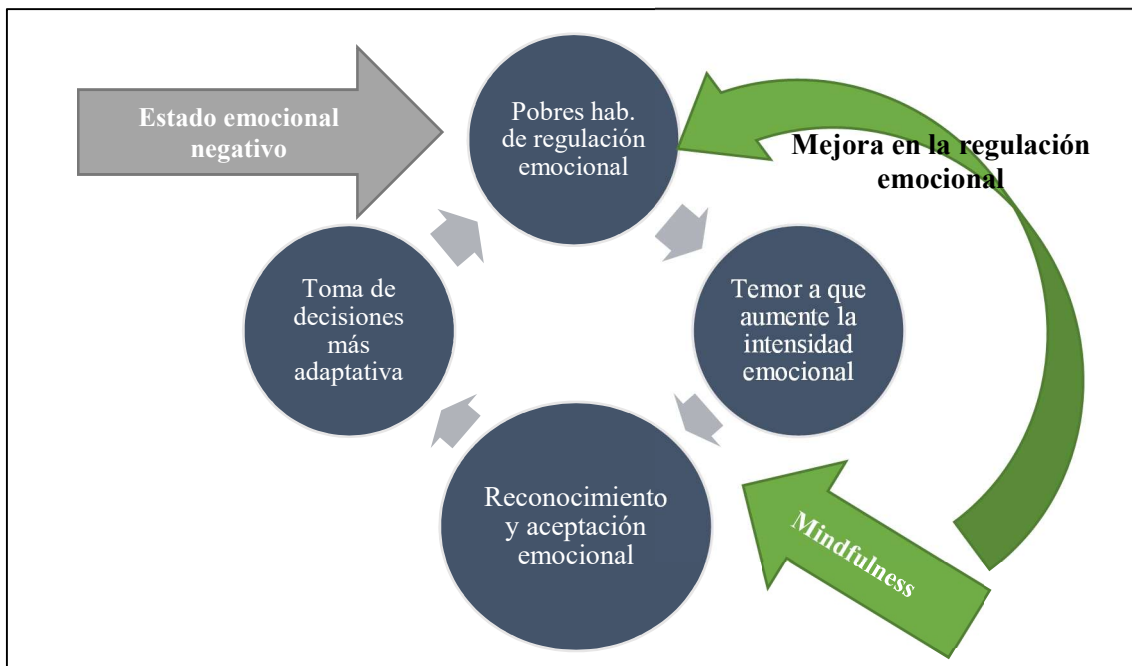


Figura 3b. Modelo de actuación del mindfulness sobre la habilidad de regulación emocional (elaboración propia).

Bayón-Pérez y Bonan (2012) argumentan en tres razones los beneficios de la práctica de *mindfulness* en pacientes con TA y BN a: “1) ayuda a focalizarse en una única tarea en el momento presente, ser más consciente de los impulsos que dirigen los atracones o conductas purgativas, de los pensamientos críticos, de los juicios y aprender a comer con atención plena; 2) aprenden a identificar y separar los pensamientos críticos de las emociones; y 3) desarrollo de la mente sabia —integración de la mente racional y la mente emocional—.” (p.223)

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999)

La ACT está basada en el modelo de evitación experiencial, que afirma que la psicopatología y el sufrimiento están relacionados con los intentos de evitar o escapar de experiencias internas aversivas, sean éstas sensaciones, cogniciones o emociones desagradables (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). Como consecuencia,

el distrés y la disfunción son mantenidos por el mecanismo de la evitación experiencial.

Como terapia, la ACT tiene un formato individual y las estrategias de cambio se establecen a partir de los valores y metas aportados por el paciente, fomentando así la motivación para el cambio. Se incluyen estrategias de psicoeducación, solución de problemas, exposición, extinción, cambios en contingencias de refuerzos, etc; y como herramientas terapéuticas se recurre a metáforas, paradojas, técnicas de defusión cognitiva y *mindfulness* para reducir la rigidez cognitiva y mejorar la regulación emocional (Bayón-Pérez y Bonan, 2012). En resumen, la ACT trata de aumentar la flexibilidad psicológica aprendiendo a estar en contacto con el momento presente de forma consciente y plena.

En relación con la patología alimentaria, este tipo de intervención incluye estrategias de *mindfulness* y aceptación dirigidas hacia los pensamientos, imágenes y temores relacionados con la gordura. A través de los distintos ejercicios que se practican, el paciente es capaz de observar sus pensamientos sin juzgar, con aceptación y sin involucrarse en conductas disfuncionales que surgen como respuesta a dichos pensamientos. Otro aspecto importante de esta terapia es la clarificación de los objetivos vitales del paciente en relación con su trastorno.

Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) (Segal, Williams y Teasdale, 2006)

Originalmente, la MBCT se concibió como un programa de entrenamiento en meditación y terapia cognitiva de 8 semanas de duración, desarrollado por Segal, Williams y Teasdale para prevenir las recaídas en pacientes con depresión recurrente. A partir de este trabajo, se adaptó su uso para pacientes con TA. Respecto a otro tipo de intervenciones, la MBCT en su caso se centra principalmente en las directrices del

programa de Reducción del Estrés planteado por Kabat-Zinn (2004), dejando a un lado componentes de otros abordajes como el comer consciente, ejercicios de yoga, o habilidades cognitivas como la resolución de problemas o asertividad.

Heatherton y Baumeister (1991) afirman que el TA está motivado por un deseo de escapar de la propia auto-conciencia. El hecho de establecer unos objetivos inalcanzables lleva a la persona a sufrir pensamientos y emociones negativas cuando estas metas no se alcanzan. Este estado interno provoca sesgos atencionales y reduce la inhibición frente a la comida. El modelo de esquemas emocionales propuesto por Leahey (2002) sugiere que los individuos que etiquetan sus emociones como patológicas intentan disminuir su atención hacia sus estados emocionales a través del abuso de sustancias, episodios disociativos o atracones.

La MBCT incluye una variedad de prácticas basadas en *mindfulness* diseñadas para aprender a cultivar la observación sin juzgar y aceptar las sensaciones corporales, percepciones, cogniciones y emociones. Los objetivos principales de este enfoque son reducir el número de pensamientos negativos automáticos y disminuir las conductas de evitación con el propósito de reducir la reactividad frente a las emociones y los pensamientos que surgen antes de un episodio de atracón.

Así pues, los participantes en MBCT son capaces de mejorar su habilidad para detectar las señales de hambre y saciedad; aumentar su capacidad para experimentar sensaciones desagradables que anteriormente provocaban un episodio de atracón; disminuir el grado de creencia de aquellos pensamientos negativos relacionados con el trastorno; y aumentar su habilidad para elegir comportamientos más adaptativos en circunstancias estresantes.

Entrenamiento de Mindfulness para comer de manera consciente (MB-EAT)
(Kristeller y Hallet, 1999)

Kristeller y Hallet (1999) publicaron el primer estudio en el que se aplicó una versión adaptada de MBSR —*Mindfulness-Based Stress Reduction*— (Reducción de estrés basada en conciencia plena, en español) junto con elementos de terapia cognitiva y meditaciones de imaginación guiada, que fue diseñada específicamente para el trastorno por atracón. En su caso, las meditaciones están más enfocadas a aspectos relacionados con la imagen corporal, el peso y las sensaciones físicas de apetito y saciedad. El objetivo de este enfoque es aumentar la conciencia de los comportamientos automáticos y desengancharse de la reactividad y de las conductas no deseadas. También permite a los participantes aumentar su atención hacia aspectos más sanos y adaptativos con el propósito de relacionarse mejor con la experiencia de comer.

La adaptación inicial ha sido modificada y en la actualidad el programa consta de un total de nueve sesiones. En la tabla 4 se resumen cada una de las sesiones del entrenamiento MB-EAT. En esta nueva versión, se han incluido un entrenamiento dirigido a centrar la atención hacia las señales fisiológicas relacionadas con el apetito (hambre y saciedad); además de meditaciones de compasión y sabiduría interna para trabajar la autoaceptación y de esta manera, reducir los atracones como medida de escape.

Tabla 4

Resumen de las sesiones del programa MB-EAT (adaptación de Kristeller, Baer y Quillian-Wolever, 2006).

-
- Sesión 1:* Introducción al modelo de auto-regulación; ejercicio “raising”; Introducción al *mindfulness* con práctica en grupo. Tarea: meditación guiada con cinta de audio (continuar en todas las sesiones)
- Sesión 2:* meditación breve (continuar en todas las sesiones); Ejercicio de *mindful eating* (queso y galletitas); Concepto de *mindful eating*; escáner corporal. Tarea: Comer un snack o comida al día con atención plena (continuar en todas las sesiones aumentando el número de snacks/comidas).
- Sesión 3:* Tema: disparadores de atracón. Meditación centrada en disparadores; Ejercicio *mindful eating* (dulce, comida con grasa). Tarea: mini-meditación antes de las comidas.
- Sesión 4:* Tema: Señales de hambre —fisiológicas vs. Emocionales. Meditación de hambre; Ejercicio de comer: elección de comida —galletas vs. Patatas fritas; Auto-tocamiento sanador. Tarea: comer cuando se está físicamente hambriento.
- Sesión 5:* Tema: Señales de saciedad y gusto —tipo y nivel de señal; Meditación de saciedad y gusto; Yoga sentado. Tarea: atender al gusto y al placer/disfrute.

Sesión 6: Tema: señales de saciedad en el estómago —tipo y nivel de señal; Meditación de saciedad; Comida de banquete. Tarea: parar de comer cuando se está moderadamente lleno; comer en un buffet.

Sesión 7: Tema: compasión. Meditación de compasión, Tarea: comer todas las comidas y snacks con atención plena.

Sesión 8: Tema: sabiduría interior. Meditación de la sabiduría; Meditación caminando. Tarea: comer todas las comidas y snacks con atención plena.

Sesión 9: Tema: ¿Lo han notado los demás? ¿Hacia dónde nos dirigimos ahora? Prevención de recaídas; Banquete de celebración.

Seguimiento: Práctica de meditación; revisión de progreso; otros aproximaciones al control de peso.

La base teórica del entrenamiento MB-EAT (figura 4) postula que el estado de dieta continuo al que los pacientes con TA están sometidos les hace susceptibles de los disparadores de atracón (i.e. estímulos físicos, distorsiones cognitivas, afecto negativo, etc.). El estado de dieta crónico, así como los patrones de atracón y el uso de la comida con fines no nutritivos (p.ej.; comer emocional) no son simples síntomas del trastorno; más bien contribuyen activamente al mismo. A nivel emocional, la dieta da lugar a sentimientos de frustración y disforia debido al autoconcepto negativo que tienen estos pacientes. Cuando se da el caso de que la persona se ha saltado la dieta (p.ej., ha comido un alimento “prohibido” o ha picoteado entre horas), considera que no ha sido capaz de controlarse, lo que conlleva a sentimientos de fracaso e inutilidad; fenómeno que recibe el nombre de “efecto de violación de la abstinencia” (Marlatt, 1985). Esta falta de control está causada principalmente por la falta de conciencia fisiológica de saciedad, provocando que dichas señales para parar de comer sean ignoradas o pasen inadvertidas (Rolls, Hetherington., & Burley, 1988). El atracón puede percibirse como una gratificación momentánea a nivel fisiológico y emocional pero es seguido a continuación por un sentimiento de disconformidad y culpa. Como consecuencia, la persona sigue evaluándose de forma negativa debido a su fracaso y decide aumentar todavía más su estado de dieta. El entrenamiento MB-EAT trata de atenuar o interrumpir este círculo patológico.

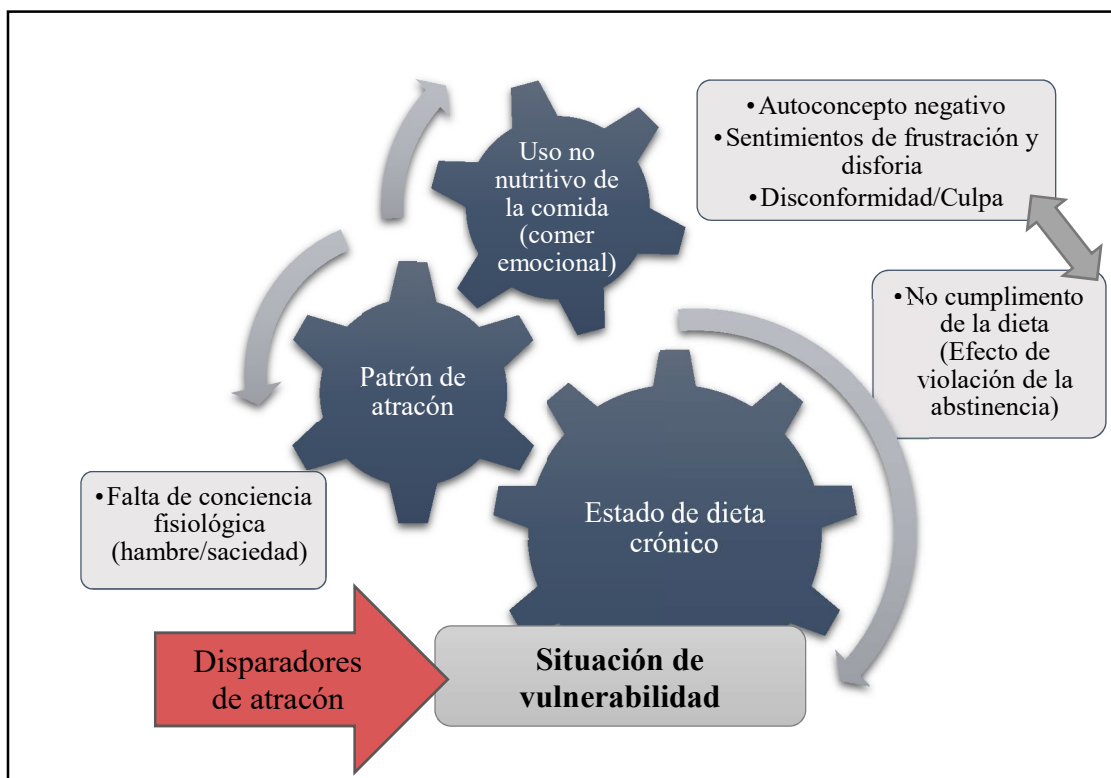


Figura 4. Modelo de desregulación para el trastorno por atracón sobre el que actúa el entrenamiento MB-EAT (elaboración propia).

Mindfulness para la prevención de la ganancia de peso (EMPOWER)

A partir del entrenamiento MB-EAT, Wolever (2007) ha desarrollado una intervención más intensiva que recibe el nombre de EMPOWER (*Mindfulness para la prevención de la ganancia de peso*). Las personas que pueden beneficiarse de este planteamiento son aquellas con problemas de obesidad o que desean mantener su peso bajo control. Aunque este entrenamiento se centra en problemas médicos (p.ej. problemas de obesidad y diabetes) más que en trastornos alimentarios, hemos creído conveniente hablar del mismo, ya que la posible aplicación para trastornos por atracón y bulimia nerviosa resulta prometedora.

El programa EMPOWER enseña a los individuos que han perdido al menos un 10% de su peso corporal un nuevo enfoque para mantener esta pérdida de peso (Caldwell, Baime y Wolever, 2012). El programa combina 12 sesiones grupales de psicoeducación

en *mindfulness* con sesiones individuales de apoyo psicológico telefónico. Se pide a los participantes que practiquen 30 minutos al día la técnica de *mindfulness* aprendida en clase. Los contactos telefónicos permiten realizar un seguimiento del plan de acción y el establecimiento de metas de cada participante.

Las sesiones de EMPOWER grupales empiezan con una breve meditación, seguida por una discusión de las experiencias de los participantes a la hora de aplicar las habilidades de *mindfulness* durante la semana anterior (Caldwell et al., 2012). Las meditaciones practicadas ponen su énfasis en el comer, la actividad física, el manejo del estrés y el cambio conductual. En cada clase se introduce un ejercicio de *mindfulness* distinto relacionado con el tema de cada sesión. Al finalizar, se asignan tareas para casa y los participantes reciben un CD con meditaciones guiadas para seguir con la práctica. Los ejercicios están estructurados de tal forma que progresivamente los participantes aumentan su habilidad para aplicar las técnicas de *mindfulness* en situaciones que suponen un desafío y que podrían desembocar en un comportamiento alimentario inadecuado.

Este nuevo enfoque se basa en nueve habilidades a desarrollar relacionadas con la experiencia, señales fisiológicas, sentimientos, impulsos, pensamientos y estados mentales (Bayón-Pérez y Bonan, 2012), siendo las siguientes: 1) observación sin juzgar de la reactividad; 2) reconocer las emociones; 3) reconocer los pensamientos; 4) reconocer y tolerar los impulsos; 5) clarificar las señales fisiológicas de hambre y de saciedad; 6) reconocer el sentido del gusto; 7) diferenciar las señales fisiológicas del apetito de otras experiencias internas; 8) identificar las necesidades auténticas que subyacen a las conductas desadaptativas y poder elegir formas más adaptativas para manejar las necesidades; y 9) toma de decisiones informadas y sabias para actuar sobre la necesidad y de acuerdo a los principios y valores de cada persona.

II. METODOLOGÍA

Una vez establecido el marco teórico en relación a las intervenciones psicoterapéuticas existentes basadas en *mindfulness* dirigidas al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, pasamos a desarrollar la metodología empleada en la elaboración de la presente búsqueda bibliográfica.

Criterios de selección

Para la localización de los distintos artículos científicos se utilizaron varias fuentes documentales, destacando principalmente bases de datos bibliográficas de resúmenes y citas además de literatura especializada. Se realizó una búsqueda bibliográfica durante los meses de junio y septiembre de 2016 en SCOPUS, PsyNET, PubPsych y Pubmed. Además se complementó la búsqueda con registros obtenidos a través de Google Académico, y dos revistas especializadas en trastornos alimentarios como el *International Journal of Eating Disorders* (IF: 4.068) y el *European Eating Disorders Review* (IF: 2.912).

El principal objeto de búsqueda fueron todos aquellos artículos que versaran sobre alguna de las cinco intervenciones detalladas en el apartado de introducción; esto es: a) Terapia Dialéctica-Comportamental; b) Terapia de Aceptación y Compromiso; c) *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT); d) Entrenamiento en comer de manera consciente (MB-EAT); y e) Mindfulness para la prevención de la ganancia de peso (EMPOWER), siempre todas ellas dirigidas al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Además se estableció como criterio de búsqueda que el artículo incluyera un estudio empírico, aceptando como condiciones experimentales: a) estudios de caso único; b) estudios de series de casos; c) estudios piloto; d) ensayos no controlados; y, e) ensayos controlados aleatorizados. Los motivos para dicha selección fueron dos: por una parte

descartar aquellos artículos científicos que se centrasen en aspectos más teóricos y no tuviesen un componente experimental; y por otro lado, explorar la eficacia de las intervenciones basadas en *mindfulness* (comparadas o no) con otro tipo de intervenciones, siendo éste el principal objetivo del presente trabajo.

Palabras clave

Dado que existe escasa literatura científica sobre *mindfulness* aplicado a los trastornos alimentarios por tratarse de un tema muy novedoso y con poco recorrido empírico, se recurrió desde un primer momento a la literatura científica inglesa. Por esta razón, los descriptores utilizados en las distintas bases de datos fueron palabras en inglés recogidas dentro del tesoro de vocabulario médico de PubMed, MeSH³. Se seleccionaron como palabras clave: “dialectical behavior therapy”, “acceptance and commitment therapy”, “mindfulness-based cognitive therapy”, “eating disorders”, “trial” y “case”. En caso de querer reducir los registros de búsqueda, se optaba por añadir trastornos específicos como “bulimia nervosa”, “anorexia nervosa” o “binge eating disorder”. Los registros obtenidos oscilaron entre 75 y 10 tras la combinación de las diferentes palabras clave. Se descartó utilizar la abreviatura de las distintas terapias (i.e. DBT, ACT, MBCT, etc.) ya que en la mayoría de ocasiones, estos términos aparecen como palabras completas y no como siglas cuando se hace referencia a palabras clave.

Recuperación de la información

Para la organización de la información se recurrió al Gestor de Referencias Bibliográficas *Mendeley* en su versión 1.13.8. Esta herramienta permite el

³ MeSH (Medical Subject Headings). Este glosario incluye términos por los que se indexan los diferentes artículos científicos. Por tanto, permite buscar posibles palabras clave que funcionen como descriptores de búsquedas bibliográficas.

almacenamiento, gestión y consulta de los artículos seleccionados además de servir como red social entre investigadores.

La mayoría de artículos seleccionados permitían libremente su acceso para consulta y descarga. No obstante, el acceso a alguno de ellos fue restringido desde el servidor de la Universitat Jaume I, pudiéndose únicamente visualizar su resumen.

Evaluación de la calidad de los artículos seleccionados

Como se ha mencionado anteriormente, la literatura existente a día de hoy respecto a las intervenciones basadas en *mindfulness* para los TA es todavía bastante limitada. A pesar de este inconveniente, se trató de seguir unos criterios mínimos de calidad y rigor científico a la hora de seleccionar los artículos de investigación. Por este motivo, se optó por iniciar la búsqueda por los autores de referencia de cada uno de las intervenciones mencionadas (i.e. Linehan para DBT; Segal, Williams y Teasdale para MBCT; Hayes, Strosahl y Wilson para ACT; Kristeller y Baer para MB-EAT; y Wolever para EMPOWER). Cada uno de estos autores es un referente en su ámbito de actuación, por lo que se presupone un mínimo de calidad científica en aquellos estudios en los que han colaborado.

Análisis de la variabilidad, fiabilidad y validez de los artículos

Respecto a la variabilidad de los artículos seleccionados, se buscó el mayor número de artículos científicos publicados para cada una de las condiciones de intervención y diagnóstico clínico; y obtener de esta manera una muestra representativa de los distintos tipos de tratamiento terapéutico basados en *mindfulness* para distintos tipos de diagnóstico alimentario.

En cuanto a la fiabilidad y validez, se han primado aquellos artículos científicos

cuyo diseño experimental estuviese basado en un ensayo controlado aleatorizado (abreviado como ECA⁴). Este tipo de diseño se considera la forma más fiable de evidencia científica, ya que mediante este procedimiento se consigue eliminar cualquier tipo de sesgo, permitiendo evaluar la eficacia de distintos tipos de tratamiento.

⁴ *Randomized controlled trial* o RCT en inglés

III. RESULTADOS

En el siguiente capítulo se exponen los resultados obtenidos a partir de la búsqueda bibliográfica. La exposición de los mismos se presenta mediante el análisis de distintos apartados relacionados con la estructuración y organización de los datos en los estudios.

1) Organización y estructuración de los datos

Siguiendo los criterios de selección expuestos en el capítulo anterior, se obtuvieron un total de 20 artículos científicos. En la tabla 5 se clasifican en base a dos categorías: tipo de intervención aplicada y diseño de investigación utilizada en el estudio.

Tipo de intervención aplicada

Como puede observarse, la cantidad con mayor número de estudios encontrados fue “Intervención basada en Terapia Dialéctica-Comportamental”, con un total de 11 trabajos; seguida de “Terapia de Aceptación y Compromiso”, con 4; “Entrenamiento MB-EAT, con 3; y Terapia Cognitiva basada en Mindfulness, con 2. No se hallaron estudios experimentales respecto a la intervención “Mindfulness para la prevención de la ganancia de peso (EMPOWER)”.

Tipo de diseño experimental

En cuanto al tipo de diseño experimental, se encontraron un total de 8 estudios basados en un modelo de ensayo controlado aleatorizado, seguido de estudios piloto (5), estudios de caso único (4), estudios de series de casos (2) y ensayo no controlado (1)

Tabla 5
Resumen de artículos seleccionados.

Total de artículos científicos seleccionados n=20					
Tipo de intervención (núm. de artículos)	Tipo de diseño experimental (núm. de artículos)				
	Estudio de caso único (4)	Estudio de series de casos (2)	Estudio piloto (5)	Ensayo no controlado (1)	Ensayo controlado aleatorizado (8)
Terapia Dialéctica- Comportamental (11)	(Safer et al., 2001a)		(Johnston, O’Gara, Koman, Baker, & Anderson, 2015)		(Telch, Agras, & Linehan, 2001)
	(Marco, Palacios, Navarro, y Botella, 2012)	(Chen, Segal, Weissman, Zeffiro, Gallop, Linehan, Lynch, (2015)	(Murray, Anderson, Cusack, Nakamura, Rockwell, Griffiths, & Kaye (2015)	Telch, Agras, & Linehan, 2000)	(Safer, et. al., 2001b)
					(Salbach-Andrae, Bohnkamp, Bierbaum, Schneider, Thurn, Stiglmayr., ... Lehmkuhl, (2009)
					(Hill, Craighead, & Safer, 2011)
					(Robinson & Safer, 2012)
Terapia de Aceptación y Compromiso (4)	(Heffner et. al., 2002)	(Hill, Masuda, Melcher, Morgan, & Twohig, 2015)	(Juarascio, Shaw, Forman, Timko, Herbert, Butryn, ... Lowe, (2013)		(Parling, Cernvall, Ramklint, Holmgren, & Ghaderi, 2016)
MB-EAT (3)			(Kristeller & Hallett, 1999)		Kristeller, Quillian-Wolever, & Sheets, (2004, May)
MBCT (2)	(Baer et al., 2005a)		(Baer et al., 2005b)		(Kristeller, Wolever, & Sheets, 2013)
EMPOWER (0)					

Tipo de trastorno alimentario estudiado

En el siguiente gráfico se recoge el número de estudios según el tipo de trastorno alimentario que manifestaban los participantes (véase figura 5). Como se aprecia, la mitad de los estudios hacían referencia a casos de trastorno por atracón (10), seguido de anorexia nerviosa (4) y bulimia nerviosa (3). En el resto de estudios (3), no existía restricción en el tipo de trastorno alimentario que debían presentar los participantes (i.e. anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o TCANE indistintamente).

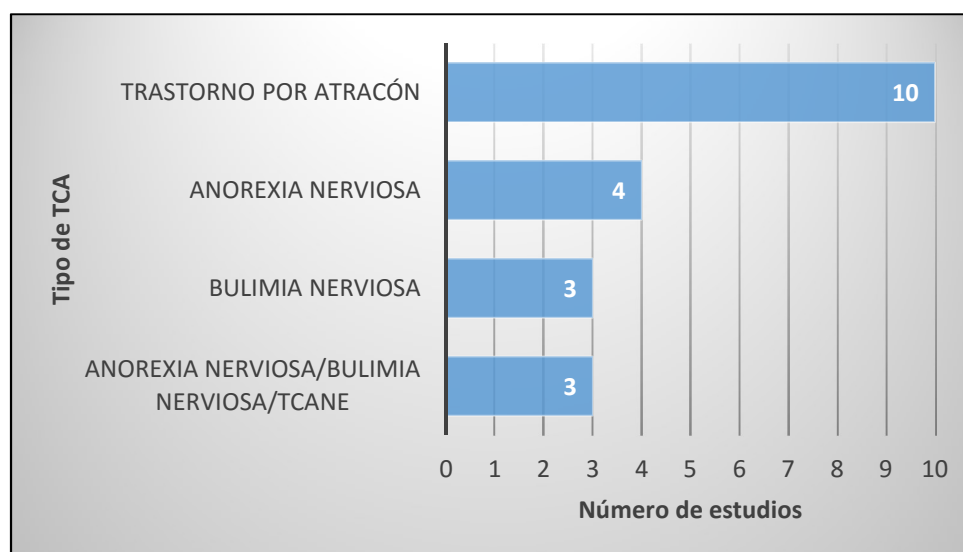


Figura 5. Número de estudios obtenidos según trastorno alimentario.

Cronología de publicaciones

Si se consideran los años de publicación de los estudios podemos representar la evolución en la siguiente gráfica (véase figura 6). Vemos como los primeros datos sobre intervenciones de *mindfulness* aplicadas al trastorno alimentario aparecen a partir del año 1999 (Kristeller & Hallett, 1999), existiendo un pico de publicaciones durante el año 2003 y sobre todo durante el año 2015. Si observamos con detalle la cronología, se puede apreciar como entre el periodo 2011-2016 se han publicado tantos estudios (10) como en el periodo 1999-2010. Es decir, casi en la mitad de tiempo se han publicado la misma cantidad de artículos relacionados con esta temática.

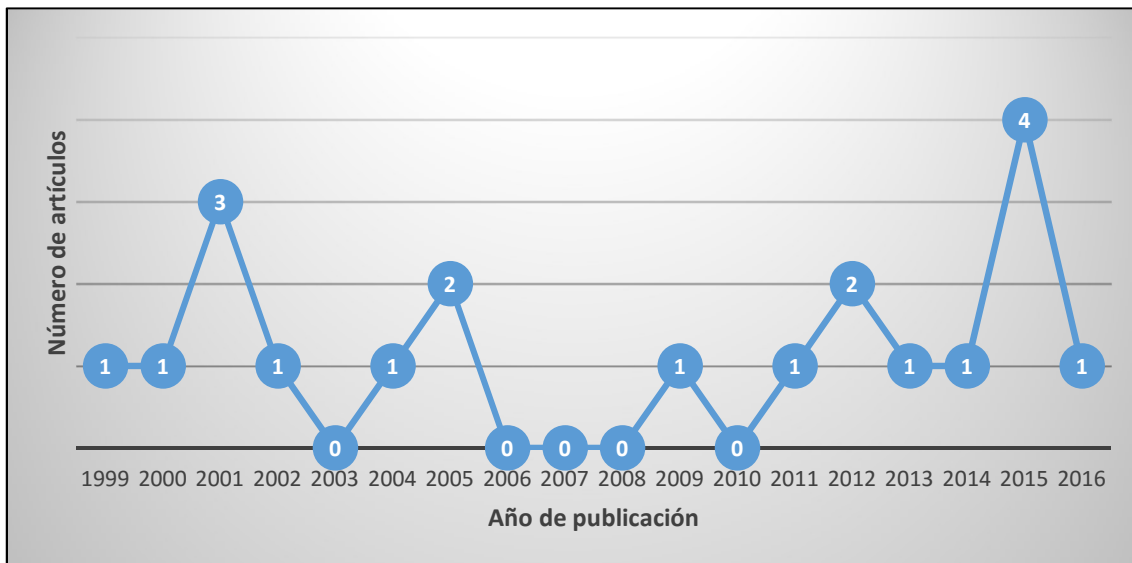


Figura 6. Cronología de publicaciones.

Muestra utilizada

Respecto al tipo de muestra seleccionada para cada estudio, se debe tener en cuenta el tipo de diseño que se realizó en cada uno de ellos. Por esta razón, se encontraron estudios con un único sujeto —estudios de caso único— como Safer et al. (2001); Marco et al. (2012); Baer et al. (2005a); Heffner et al. (2002); así como estudios con una muestra considerable de participantes, desde estudios con 10 sujetos (Baer et al., 2005b) hasta ensayos controlados aleatorizados con un total de 150 sujetos (Kristeller et al., 2013). En la Tabla 6 se especifica detalladamente cada estudio con su correspondiente muestra.

Tabla 6

Muestra utilizada según estudio.

(Safer et al., 2001a)	Mujer de 36 años con amplio historial de BN. 2 años bajo asesoramiento psicológico sin resultado. En el mes antes del tratamiento, 13 atracones y 21 purgas.
(Marco et al., 2012)	Mujer, 40 años, con diagnóstico de AN tipo purgativo, TEPT, Abuso de Cocaína, Abuso de sedantes, TLP.
(Chen et al., 2015)	15 mujeres con AN/TCANE con diagnóstico clínico o subclínico.
(Johnston et al., 2015)	51 mujeres adolescentes con diagnóstico de TCA, pacientes a nivel ambulatorio y centro de día. Media de edad=14.8 años (DT=1.5).
(Murray et al., 2015)	35 adolescentes en tratamiento hospitalario parcial para BN

(Telch et al., 2000)	11 mujeres con diagnóstico de trastorno por atracón
(Telch et al., 2001)	44 mujeres con diagnóstico de trastorno por atracón.
(Safer et al., 2001b)	31 pacientes con al menos un episodio de atracón/purga por semana.
(Hill et al., 2011)	32 mujeres con al menos un episodio de atracón/purgas semanal
(Salbach-Andrae et al., 2009)	50 chicas adolescentes entre 12–21 años con diagnóstico de AN o BN.
(Robinson & Safer, 2012)	101 adultos con diagnóstico de trastorno por atracón, [Media (DE) Edad], 52.2 (10.6) años e IMC medio = 36.4 (8.6)
(Baer et al., 2005a)	Mujer de 50 años de edad con TA subclínico (no cumplía el criterio de frecuencia). IMC=21.
(Baer, et al., 2005b)	10 mujeres con diagnóstico de TA clínico o subclínico.
(Heffner et al., 2002)	Adolescente de 15 años con diagnóstico de AN de tipo restrictivo. IMC < 18. Amenorrea desde hace 3 meses.
(Hill et al., 2015)	2 mujeres con criterios de trastorno por atracón.
(Juarascio et al., 2013)	140 mujeres internadas con diagnóstico de trastorno alimentario (AN, BN o TCANE)
(Parling et al., 2016)	43 pacientes con criterio clínico o subclínico de AN ingresados en Unidad Hospitalaria Especializada.
(Kristeller & Hallett, 1999)	18 mujeres obesas que cumplían criterios para TA. Media de edad= 46.5; IMC medio: 40).
Kristeller et al. (2004)	140 personas obesas con diagnóstico de TA clínico y subclínico
(Kristeller et al., 2013)	150 individuos con obesidad o sobrepeso (IMC medio: 40.3). El 66% cumplía criterios diagnósticos para trastorno por atracón.

Objetivos del estudio y cuestiones metodológicas

El objetivo principal en la mayoría de estudios seleccionados fue examinar la eficacia de una intervención concreta basada en *mindfulness* sobre un tipo de trastorno alimentario (véase tabla 7). A nivel experimental, esta variable puede medirse bien mediante un ensayo no controlado (p.ej. con medidas pre-post-tratamiento), realizando una comparación con otra condición experimental (p.ej. otro tipo de tratamiento), o bien a través de la comparación con un grupo control (en modalidad de tratamiento habitual —TAU— o lista de espera).

Tabla 7
Resumen de metodología y resultados.

Trastorno	Artículo	Propósito	Metodología	Resultados
AN (2) ⁵	(Heffner et al., 2002)	Aportar evidencia sobre el uso de ACT para el tratamiento de psicopatología adolescente, como anorexia nerviosa, en combinación con otros tratamientos.	18 sesiones semanales de terapia ACT.	El plan de tratamiento permitió la remisión de la mayoría de síntomas anoréxicos, a excepción de la insatisfacción con el propio cuerpo. No obstante, el objetivo de la intervención no era eliminarla, sino aceptar pensamientos y emociones relacionadas con la misma.
AN (2)	(Parling et al., 2016)	Comparar ACT con tratamiento habitual (TAU) de 9-12 semanas en centro de día y medir la recuperación y el riesgo de recaída hasta 5 años.	19 sesiones de ACT (n = 24) frente a 9-12 semanas TAU (n = 19)	Los grupos no difirieron en recuperación y recaída medidas por IMC y Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Únicamente diferencias significativas en cuanto al tiempo. No obstante la razón de probabilidades indicó que los participantes en ACT eran más propensos a un mejor pronóstico.
AN (1)	(Marco et al., 2012)	Ofrecer datos de un estudio de caso en el que se aplica una intervención basada en DBT a una persona diagnosticada de (AN) y TLP resistente a los tratamientos.	DBT estándar (Linehan, 1993) adaptado en 24 sesiones.	Los resultados indican una disminución de las conductas desadaptadas de regulación del afecto, auto-lesiones, intentos de suicidio, mejora del estado de ánimo y la normalización del peso, manteniéndose en el seguimiento a los 24 meses.
AN (1)	(Chen et al., 2015).	Exponer dos series de casos con pacientes ambulatorios con diagnóstico de AN y comparar diferencias entre grupos de DBT tradicional y DBT con módulo complementario.	Grupo 1: DBT estándar. Grupo 2: DBT estándar con complemento de habilidades dirigidas al control emocional y conductual (Skills for Emotional Over Control - Radical Openness Skills). Duración: 8 semanas	Grupo 1: 5/6 completaron el tratamiento, tamaño del efecto moderado (d=-0,50) en aumento del IMC. Grupo 2: 8/9 completaron el tratamiento, comparando línea base con post-tratamiento, mejora en IMC, que se mantiene en el seguimiento a los 6 y 12 meses. (d = -1.12, d = -0.87, y d = -1.12).
AN/BN/TCANE (2)	(Juarascio et al., 2013)	Examinar la eficacia en el pronóstico clínico al añadir una intervención grupal basada en ACT al tratamiento habitual (TAU) en una Unidad Especializada en trastorno alimentario.	Grupo 1: TAU. Grupo 2: TAU + terapia grupal cada 15 días basada en ACT	Aunque los participantes en ambas condiciones experimentales refirieron mejoría en la patología alimentaria, fueron más significativas entre los sujetos del grupo TAU + ACT. Estos pacientes también mostraron una menor tasa de rehospitalización durante los 6 meses después del alta.
AN/BN/TCANE (1)	(Salbach-Andrae et al., 2009)	Evaluar la eficacia de TCC y (DBT-AN/BN) en el tratamiento de adolescentes con AN y BN.	25 sesiones semanales. Dos grupos experimentales (TCC o DBT-AN/BN) + grupo control en lista de espera (3 meses)	Al finalizar el tratamiento, el 42.1% del grupo de TCC, 37.5% del grupo DBT-AN/BN, y todos los pacientes del grupo control todavía cumplían criterios para trastorno alimentario. Comparado con el GC, TCC y DBT-AN/BN se asociaron a una reducción en la evitación de ingesta, una mejora en la frecuencia de las comidas y una disminución del estrés actual así como un aumento en el IMC.
AN/BN/TCANE (1)	(Johnston et al., 2015).	Aportar datos preliminares sobre la efectividad de un tratamiento intensivo dirigido a pacientes ambulatorios con trastornos alimentarios que combina Terapia	Programa intensivo de 8 semanas de duración en el que se combina terapia familiar y entrenamiento en DBT	Los pacientes que completaron el programa mostraron una ganancia significativa de peso durante el transcurso de la intervención y continuaron aumentando su peso durante el siguiente año. También experimentaron un descenso significativo de los pensamientos,

⁵ Nota: cada uno de los números representa un tipo de intervención siendo 1 (DBT), 2 (ACT), 3 (MBCT), y 4 (MB-EAT)

		Familiar Maudsley y un entrenamiento grupal en habilidades de DBT		actitudes y conductas relacionadas con el trastorno, medidas mediante el cuestionario EDE-Q. Esta mejora en la psicopatología del trastorno se mantuvo al año. No obstante, las conductas purgativas/de atracón no mostraron mejoría significativa durante la intervención ni al año.
BN (1)	Safer et al., 2001a)	Describir la aplicación de (DBT) al tratamiento de un caso de BN en una intervención manualizada.	20 sesiones individuales basadas en manual de tratamiento.	Sus episodios de atracón y purgas disminuyeron rápidamente. Remisión total a la 5ª semana de tratamiento, manteniéndose las semanas restantes. En el seguimiento a los 6 meses manifestó dos episodios objetivos de atracón y dos purgas.
BN (1)	(Safer et al., 2001b)	Examinar los efectos de la DBT adaptada al tratamiento de conductas de atracón/purgativas.	20 sesiones semanales de DBT frente a grupo control en lista de espera	29% de los participantes redujeron completamente el número de atracones y purgas. 36% los redujeron significativamente. Disminución en la tendencia por comer en presencia de afecto negativo. Sin diferencias significativas en medidas secundarias (ansiedad, depresión, ira, frustración, autoestima).
BN (1)	(Murray et al., 2015).	Investigar la eficacia de un programa integral de terapia familiar (FBT) y (DBT) en el tratamiento de BN adolescente, sin criterios de exclusión.	Se desarrolló un programa de tratamiento integral de FBT y DBT.	Mejoras significativas en la patología alimentaria en general $t(68) = 4.52, p = .002$, y en los síntomas nucleares de la BN, incluyendo episodios de atracón, $t(68) = 2.01, p = .041$, y vómito auto-inducido, $t(68) = 2.90, p = .005$. Aumento significativo de la eficacia parental en el curso del tratamiento. Sin cambios significativos en dificultades para la regulación emocional.
TA (1)	(Telch et al., 2000)	Evaluar la eficacia de DBT en el tratamiento de TA	20 sesiones de terapia grupal de 2h de duración	9 de 11 consiguieron parar completamente los atracones y no cumplían criterios diagnósticos para TA. Reducción en la urgencia por comer en presencia de emociones negativas. Aumento en la autoeficacia percibida para regular estados afectivos negativos. A los 6 meses, 7 pacientes permanecieron sin atracones y las que habían tenido no cumplían el criterio de frecuencia para el TA.
TA (1)	(Telch et al., 2001)	Evaluar la eficacia de DBT en el tratamiento de TA.	20 sesiones de terapia grupal de 2h de duración. Grupo de tratamiento en DBT frente a grupo control en lista de espera.	89% en grupo DBT había parado los atracones (12,5% en GC). Refirieron menos preocupación con la comida, imagen y peso y un menor impulso a tener un atracón en respuesta a sentimientos de ira. A los 6 meses, 56% todavía abstinentes. No diferencia entre grupos en medidas de afecto negativo ni regulación emocional.
TA (2)	(Hill et al., 2015)	Investigar la efectividad de una intervención de 10 semanas basada en ACT en el tratamiento de TA.	10 sesiones semanales de ACT	Antes del tratamiento, media de atracones = 5,7. Después del trat. = 2,5 Seguimiento: 1,0. La respuesta de la paciente 1 fue particularmente significativa, ya que dejó de cumplir criterios diagnósticos después de la intervención y en el seguimiento a los 3 meses. Ambas participantes mostraron mejoría en flexibilidad sobre la imagen corporal a lo largo del estudio.
TA (1)	(Hill et al., 2011)	Investigar la aceptabilidad y eficacia de una versión modificada de DBT para la BN, basada en el apetito (DBT-AF)	12 sesiones semanales de DBF-AF (Appetite-focused). Grupo control de tratamiento retrasado 6 semanas	El grupo DBT-AF fue valorado muy positivamente. A las 6 semanas, el grupo experimental refirió menos síntomas de BN respecto al grupo control. En el post-test al mes, 26.9% de los 26 participantes del grupo DBT-AF no refirieron síntomas clínicos. El 61.5% no cumplió

				crITERIOS clínicos o subclínicos para BN. Rápida respuesta al tratamiento. La tasa de abandono fue baja.
TA (1)	(Robinson & Safer, 2012)	Investigar variables moderadoras en un grupo DBT para BN comparado con un Grupo Control activo en la frecuencia de atracones después de una intervención de 20 sesiones.	20 sesiones semanales de 2h de DBT frente a grupo control activo (tratamiento habitual)	Participantes con (1) Trastorno de personalidad por evitación o (2) Inicio temprano de sobrepeso y dieta (<15 años de edad) respondían significativamente peor cuando eran tratados con la condición de grupo control frente a DBT-BED.
TA (3)	(Baer et al., 2005a)	Aplicar la MBCT al tratamiento de un caso con TA subclínico.	10 sesiones semanales de 2h de duración basadas en el programa de MBCT adaptado para TA.	Mejoría de los atracones y las preocupaciones sobre la comida. Aumento de autoobservación y aceptación hacia las experiencias internas. Reducción del criticismo
TA (3)	(Baer et al., 2005b)	Aplicar la MBCT al tratamiento del TA.	10 sesiones de terapia MBCT adaptada al trastorno por atracón	Todas las participantes refirieron una disminución en el número de atracones objetivos. Resultados más contradictorios en atracones subjetivos (4 de ellas afirmaron tener más después del tratamiento).
TA (4)	(Kristeller & Hallett, 1999)	Aportar base empírica a la conceptualización del MB-EAT	7 sesiones de grupo durante 6 semanas de tratamiento.	Número de atracones por semana disminuyeron de 4 a 1.5. Cantidad de comida consumida en los atracones restantes también disminuyó sustancialmente. Mejoría en medidas de ansiedad, depresión, frecuencia y severidad de los atracones y en la percepción de las señales de hambre y saciedad. Correlación entre atracones y <i>mindfulness</i> ; y entre control de la comida y aumento de la conciencia de la saciedad. El predictor más fuerte de control sobre la comida fue el tiempo empleado en práctica de <i>mindfulness</i> .
TA (4)	(Kristeller et al., 2004)	Explorar la eficacia de Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) en comparación con una intervención psicoeducativa /cognitivo-conductual y grupo control en lista de espera.	Se compara grupo MB-EAT con grupo de psicoeducación basado en TCC y GC en lista de espera. 9 sesiones de tratamiento.	No diferencias significativas en frecuencia y severidad de los atracones o sintomatología depresiva entre los dos grupos experimentales. Mayor internalización del cambio en MB-EAT. Mejoría significativa de la glucosa post-prandial.
TA (4)	(Kristeller, et al., 2013)	Explorar la eficacia de MB-EAT en comparación con una intervención psicoeducativa /cognitivo-conductual y grupo control en lista de espera.	Grupo MB-EAT, Grupo TCC, Grupo control en lista de espera. 12 sesiones semanales de 90 min.	MB-EAT y TCC mostraron mejoras significativas al mes y a los 4 meses después de la intervención en el número de atracones por día, en el Binge Eating Scale y en medidas de depresión. A los 4 meses, el 95% de los individuos con TA de la condición MB-EAT no cumplían criterios diagnósticos, frente al 76 % que recibió TCC y psicoeducación. Además, el número de atracones era significativamente menor en el grupo MB-EAT. La cantidad de <i>mindfulness</i> practicada se asoció con mejoras en distintas variables, incluyendo la pérdida de peso ($r=0.38$, $p<0.05$).

En nuestra búsqueda bibliográfica destacan tres tipos de grupos experimentales:

- a) Comparación de Grupo “Intervención x ” frente a Grupo TAU o lista de espera;
- b) Comparación de Grupo TAU + “Intervención x ” frente a Grupo TAU o lista de espera;
- y c) Comparación de grupos pre (1) y post-tratamiento (2).

Otros objetivos secundarios que se definieron en los estudios fueron: a) aportar evidencia científica preliminar mediante estudios de series de casos (véase p. ej. Chen et al., 2015); b) aportar base empírica que apoye el planteamiento teórico de una intervención (Kristeller & Hallett, 1999); o c) investigar sobre variables moderadoras que intervengan en la eficacia de un tratamiento (Robinson & Safer, 2012).

Duración de las intervenciones

En el siguiente gráfico (véase figura 7) se muestra la media del número de sesiones que se dedicaron en los distintos estudios, ordenadas por tipo de intervención. Como se observa, los grupos con mayor número de sesiones fueron los estudios de DBT ($M=17.10$; $DT=6.15$) y ACT ($M=15.67$; $DT=4.93$). En su caso, este tipo de intervenciones se desarrollan durante más tiempo que tratamientos basados en MBCT o MB-EAT.

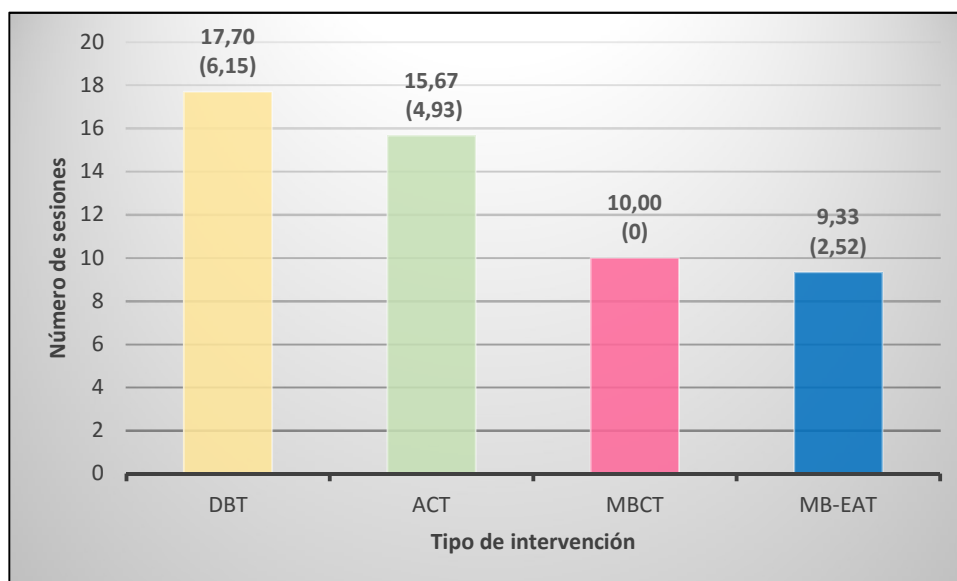


Figura 7. Media y desviación típica del número de sesiones de tratamiento según tipo de intervención.

2) Resumen de resultados obtenidos

Si se hace referencia a los resultados obtenidos por los distintos estudios seleccionados, se pueden extraer los siguientes datos:

- En una gran mayoría de estudios (18 de 20 analizados), las intervenciones basadas en *mindfulness* se asociaron con la remisión total o parcial de la mayoría de síntomas clínicos relacionados con la patología alimentaria (i.e. disminución del número de atracones/vómitos, menor evitación de ingesta, aumento en la frecuencia de las comidas, normalización del peso, descenso significativo de los pensamientos, actitudes y conductas relacionadas con el trastorno y un menor impulso a tener un atracón en presencia de emociones negativas). Así mismo, también se relacionaron con un aumento en la regulación emocional, autoobservación y aceptación hacia las experiencias internas y a una reducción del criticismo.
- En pacientes con bulimia nerviosa, la cantidad de comida consumida en los atracones disminuyó sustancialmente junto con una mejora en medidas de frecuencia y severidad de los atracones y en la percepción de las señales de hambre y saciedad.
- Se hallaron correlaciones significativas entre disminución del número de atracones, pérdida de peso y práctica de *mindfulness*; y entre control de la comida y aumento de la conciencia de hambre y saciedad (Kristeller & Hallett, 1999). El predictor más fuerte de control sobre la comida fue el tiempo empleado en la práctica de *mindfulness*.
- En general, la mejoría clínica que mostraban los participantes tendía a ser más pronunciada en los grupos experimentales frente a grupos control (TAU o lista de espera). Estos pacientes también presentaron una menor tasa de recaídas.

-
- Intervenciones basadas en DBT, como la de Marco et al. (2012), se asociaron con una disminución de las conductas desadaptadas de regulación del afecto, auto-lesiones, intentos de suicidio, mejora del estado de ánimo (ansiedad y depresión) y una disminución del estrés, manteniéndose en el seguimiento a los 6, 12 e incluso 24 meses.
 - A los 4 meses después de una intervención basada en el entrenamiento MB-EAT (Kristeller et al., 2013), el 95% de los individuos con TA dejaron de cumplir criterios diagnósticos, frente al 76 % que recibió TCC y psicoeducación. Además, el número de atracones era significativamente menor en el grupo MB-EAT.
 - Factores de personalidad (trastorno de personalidad por evitación) y de la propia historia clínica (p.ej. inicio temprano de sobrepeso y dieta antes de los 15 años de edad) se asociaron significativamente a una peor respuesta en la condición control frente al grupo de DBT-BED (Robinson & Safer, 2012).
 - Se valoró el Índice de Masa Corporal (IMC) como medida de recuperación en la mayoría de estudios analizados.

Aspectos a considerar

- Aunque en la mayoría de casos, los participantes refirieron haber disminuido la cantidad de atracones objetivos, los resultados son más contradictorios en cuanto a los atracones subjetivos. En Baer et al. (2005b) 4 de las participantes en grupo MBCT afirmaron tener más después del tratamiento.
- En intervenciones con adolescentes, las conductas purgativas/de atracón no mostraron mejoraría significativa durante la intervención ni al año (Johnston et al., 2015) ni tampoco mejoraron su capacidad para la regulación emocional

(Murray et al., 2015). Cambios limitados respecto a la distorsión de la imagen corporal, autonomía y perfeccionismo.

- En Parling et al. (2016), los grupos experimentales —intervención basada en ACT frente a TAU— no difirieron en recuperación y recaída, medidas mediante el IMC y el cuestionario EDE-Q. No obstante, los participantes en ACT eran más propensos a un mejor pronóstico.
- En algunos casos, las pacientes siguieron refiriendo insatisfacción con su propio cuerpo después de la intervención (Heffner et al., 2002).
- En alguna intervención basada en DBT para pacientes con BN (Telch et al., 2001a), no se hallaron diferencias entre grupos en medidas de afecto negativo ni regulación emocional.
- En Safer et al., (2001b) tampoco se hallaron diferencias significativas en medidas secundarias como ansiedad, depresión, ira, frustración y autoestima.

IV. DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue realizar una búsqueda bibliográfica sobre las cinco intervenciones psicoterapéuticas existentes en la actualidad basadas en *mindfulness* dirigidas al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y valorar de forma crítica su eficacia. En referencia a las conclusiones que pueden extraerse después de la lectura de los distintos estudios, podemos realizar las siguientes valoraciones:

Intervenciones basadas en Terapia Dialéctica-Comportamental (DBT)

La DBT ha resultado ser la intervención con mayor evidencia empírica con respecto al resto de estudios analizados en esta revisión bibliográfica. Con un total de 11 estudios, de los que 5 de ellos incluían un ensayo controlado aleatorizado, parece ser el tipo de intervención basada en *mindfulness* que mayor interés ha suscitado dentro de la comunidad científica.

Se puede afirmar que el tratamiento basado en DBT es efectivo a la hora de enseñar estrategias de regulación emocional y aplicarlas en situaciones que provocan afecto negativo, de acuerdo con los mismos planteamientos expuestos por distintos autores (Thayer et. al., 1996; Hamilton et. al., 2006) sobre cómo la práctica de *mindfulness* en combinación con otro tipo de estrategias (i.e. regulación emocional y tolerancia al malestar) puede ayudar a mejorar la habilidad de regulación emocional en pacientes con trastorno alimentario. Igualmente, añadir habilidades relacionadas con el control de emociones y conductas puede complementar el tratamiento tradicional de DBT en pacientes con anorexia nerviosa, con el propósito de trabajar la rigidez, aumentar la apertura y disminuir el retraimiento en esta población, como se ha observado en estudios de series de caso (véase Chen et al., 2015).

En pacientes con trastorno por atracón, la DBT ha demostrado ser efectiva en disminuir significativamente el número de atracones/purgas después de aplicar este tipo de tratamiento (véase ECA de Telch et al., 2001; Robinson & Safer, 2012). Este dato corrobora la hipótesis de autores como Kristeller y Hallett (1999); Baer et al. (2005); Smith et al. (2006); Leahey et al. (2008); Courbasson et al. (2011); y Sojcher et al. (2012) que señalan la relación entre habilidades de *mindfulness* y descenso del número de atracones. Además, este tipo de abordaje terapéutico ha demostrado ser eficaz a la hora de combatir otros síntomas característicos de la patología alimentaria, como reducir la urgencia por comer en presencia de afecto negativo (Telch et al., 2001) o conseguir una menor evitación de ingesta en pacientes con anorexia nerviosa (Salbach-Andrae et al., 2009). Estos resultados, basados en ensayos clínicos controlados, aportan evidencia sobre la efectividad de las técnicas de intervención basadas en *mindfulness* para los trastornos alimentarios que ya habían señalado autores como Baer et al. (2005) y Wanden-Berghe, et al. (2011) entre otros.

La elevada comorbilidad entre bulimia nerviosa y otros trastornos descrita por autores como Cassin y von Ranson (2005) y Berkman et al. (2007) coincide con la sugerencia de autores como (Marco et al., 2012) sobre la necesidad de añadir componentes de terapia dirigidos a aspectos básicos regulación emocional en casos de comorbilidad con trastorno límite de la personalidad. Los resultados obtenidos por estudios de caso único (Marco et al., 2012) aportan evidencia científica preliminar que apoyan el impacto de factores específicos (i.e. trastornos de personalidad) sobre la remisión en el tratamiento de los trastornos alimentarios.

Intervenciones basadas en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Autores como Heffner et al. (2002) y Parling et al. (2016) demuestran que las técnicas de ACT pueden ser un complemento eficaz en intervenciones de corte cognitivo-

conductual, y en combinación con otros tratamientos (p.ej. terapia familiar) puede ayudar a un mejor pronóstico. Su uso es particularmente útil cuando se trabaja con pacientes con atracones ya que este enfoque se centra en la búsqueda de alternativas frente a eventos internos negativos (Juarascio et al., 2013), siguiendo la línea de Karoly (1999) quién subraya que las técnicas de *mindfulness* permiten redirigir la atención hacia otros objetivos y ayudan a estos pacientes a no quedarse bloqueados en pensamientos negativos. Al igual que en el caso de la DBT, los resultados obtenidos por las intervenciones basadas en ACT refuerzan el papel del *mindfulness* como un componente a considerar dentro del tratamiento habitual de este tipo de patología.

Intervenciones basadas en Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT)

Los resultados obtenidos a partir de estudios de caso único (Baer et al., 2005a) y estudios piloto (Baer et al., 2005b) muestran concordancia con los planteamientos expuestos por autores como Lewinsohn et al. (2000), Richards et al. (2007) o Masuda y Wendell (2010), quienes apuntan la relación existente entre el nivel en la capacidad de *mindfulness* y su asociación negativa con las cogniciones propias de los TCA. El entrenamiento en *mindfulness* ayuda a aumentar las habilidades de atención a las experiencias internas y la aceptación sin juzgar de la persona, reduciendo de esta manera el número de cogniciones propias de los TCA.

Intervenciones basadas en Entrenamiento en comer de manera consciente (MB-EAT)

El entrenamiento MB-EAT combina fundamentos bien estudiados sobre la regulación en la ingesta de alimentos y principios de *mindfulness*, por lo que ofrece un nuevo enfoque y alternativa al tratamiento de los trastornos alimentarios.

Los resultados observados en los ensayos controlados aleatorizados de Kristeller et al. (2004; 2013) indican que el entrenamiento MB-EAT disminuye los síntomas relacionados con el trastorno por atracón a un nivel clínicamente significativo. Estas mejoras están asociadas al grado de práctica en *mindfulness* de los participantes. Esta correlación entre nivel de *mindfulness* y trastorno alimentario ha sido señalada por autores como Lavander et al., (2009), Heffner et al., (2002) y Safer et al., (2001; 2007).

Intervenciones basadas en Mindfulness para la prevención de la ganancia de peso (EMPOWER)

El programa EMPOWER todavía no aporta evidencia empírica suficiente que apoye su eficacia. Hasta este momento, hemos encontrados principalmente estudios de conceptualización sobre este tipo de entrenamiento. Se requiere mayor investigación y diseños experimentales que evalúan su eficacia dentro de un contexto clínico.

Conclusiones

Las intervenciones basadas en *mindfulness* ofrecen una nueva alternativa eficaz al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Aunque la evidencia empírica sobre su eficacia todavía resulta escasa, los resultados obtenidos en los estudios publicados hasta la fecha resultan bastante prometedores. La práctica de *mindfulness* en pacientes con trastorno alimentario, junto con la combinación de otras estrategias ya ampliamente validadas (principalmente terapia cognitivo-conductual), ha demostrado ser un componente eficaz a la hora de mejorar las habilidades de regulación emocional y de propiocepción de las sensaciones corporales (ayudando a distinguir entre las sensaciones de hambre y saciedad frente a señales emocionales); reducir la sintomatología alimentaria

en el plano fisiológico (p.ej., restablecimiento del peso), cognitivo (p. ej., disminuyendo las cogniciones relacionadas con la comida y figura corporal) y conductual (p.ej. reduciendo el número de atracones y/o purgas); y en definitiva, establecer una relación más adaptativa entre la comida y este tipo de pacientes.

Líneas de investigación futuras

Debido a la escasa literatura que se ha publicado a día de hoy en relación a esta temática, resulta necesario plantear posibles líneas de investigación futura. En este sentido, creemos que es necesario examinar la eficacia de las intervenciones basadas en *mindfulness* no sólo frente a un tratamiento habitual (basado en terapia cognitivo-conductual) sino entre ellas. Si bien todas las intervenciones que se han encontrado han resultado efectivas en el tratamiento de los trastornos alimentarios, es esencial conocer exactamente qué tipo de población clínica (i.e., tipo de trastorno, edad, rasgos de personalidad, años de enfermedad, etc.) podría beneficiarse de un mayor efecto terapéutico dependiendo de la intervención aplicada. Por esta razón, sería interesante explorar qué módulos de tratamiento podrían formar parte de una posible intervención integral que recurriese a técnicas y módulos provenientes de distintos enfoques basados en *mindfulness* (i.e., DBT, ACT, Terapia Cognitiva basada en Mindfulness, Entrenamiento MB-EAT, etc.)

Por otra parte, se necesita investigar con mayor profundidad la eficacia de este tipo de intervenciones en población adolescente, no sólo considerándolas como un tratamiento sino como un método de prevención de la enfermedad; de tal forma que esta población de riesgo no sea víctima de la patología alimentaria. Recordemos que este tipo de trastornos tienden a aparecer durante la adolescencia, por lo que resulta necesario investigar con pacientes con este rango de edad.

Finalmente, sería interesante examinar la posible aplicación de las nuevas tecnologías (i.e. Internet, dispositivos móviles, realidad virtual, etc.) en las intervenciones basadas en *mindfulness* para el tratamiento de los trastornos alimentarios. En la actualidad existen numerosas aplicaciones móviles diseñadas para la práctica de *mindfulness* en general, pero todavía son escasas en relación con la patología alimentaria. Por ello, creemos que este tipo de herramientas podrían ser útiles como complemento al tratamiento habitual que estos pacientes reciben en sus unidades hospitalarias especializadas.

Referencias bibliográficas

- Alberts, H., Mulkens, S., Smeets, M. y Thewissen, R. (2010). Coping with food cravings: Investigating the potential of a mindfulness-based intervention. *Appetite*, 55, pp. 160–163.
- Alberts, H. J. E. M., Thewissen, R., & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), 847-851.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Apple, R. F., & Agras, W. S. (2004). *Overcoming Eating Disorders: A Cognitive-behavioral Treatment for Bulimia Nervosa and Binge-eating Disorder. Client workbook*. Graywind Publications Incorporated.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-14
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005a). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(3), 351–358. [http://doi.org/Doi10.1016/S1077-7229\(05\)80057-4](http://doi.org/Doi10.1016/S1077-7229(05)80057-4)
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005b). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 23(4), 281–300. <http://doi.org/10.1007/s10942-005-0015-9>
- Bayón-Pérez, C., y Bonan, V. Trastornos de la conducta alimentaria e intervenciones psicoterapéuticas que incorporan mindfullnes en Miró Barrachina, M. T., & Simón Pérez, V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao : Desclée de Brouwer .
- Berkman, N. D., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 293-309.
- Beshara, M., Hutchinson, A. y Wilson, C. (2013). Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*, 67, pp. 25–29.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Velting, D. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.
- Brown, K., Ryan, R. y Creswell, J. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, pp. 211–237.
- Caldwell, K. L., Baime, M. J., & Wolever, R. Q. (2012). Mindfulness based approaches to obesity and weight loss maintenance. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(3), 269.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical psychology review*, 25(7), 895-916.
- Chen, E. Y., Segal, K., Weissman, J., Zeffiro, T. a, Gallop, R., Linehan, M. M., ... Lynch, T. R. (2015). Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa--a pilot study. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 123–32. <http://doi.org/10.1002/eat.22360>
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive - emotional - behavioural therapy for the Eating Disorders: working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14, 448–461.
- Courbasson, C., Nishikawa, Y. y Shapira, L. (2011). Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eating Disorders*, 19, pp. 17–33.
- Christian, H., Wan, W., Donatoni, L. y Meier, P. (2014). Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior. *Personality and Individual Differences*. Volume 68, Pages 107–111.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1998). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa, 37,
-

- 1–13.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, *361*(9355), 407–16. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
- Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(6), 691–701. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.011>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O’Connor, M. E., Doll, H. a., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1705–15. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.010>
- Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Schleimer, K. (1993). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fassino, S., Pierò, A., Gramaglia, C., & Abbate-Daga, G. (2004). Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathology*, *37*(4), 168-174.
- Fonagy, P., Roth, A., & Higgitt, A. (2005). Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *69*(1), 1.
- García Palacios, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. Editorial Médica. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo;jsessionid=2BBBFF86999CCEAE6AD863615EE08A4E.dialnet02?codigo=4803021>
- Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complement Ther Med*; *21*: 430–439.
- Grimm, E. y Steinle, N. (2011). Genetics of Eating Behavior: Established and Emerging Concepts. *Nutr Rev.*; *69*(1): 52–60.
- Hamilton, N. A., Kitzman, H. y Guyotte, S. (2006). Enhancing health and emotion: Mindfulness as a missing link between cognitive therapy and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *20*(2), 123-134.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*(6), 1152.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin*, *110*(1), 86.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of an Adolescent Female With Anorexia Nervosa: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*, 232–236. [http://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80053-0](http://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80053-0)
- Hill, D. M., Craighead, L. W., & Safer, D. L. (2011). Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A preliminary trial. *International Journal of Eating Disorders*, *44*(3), 249–261. <http://doi.org/10.1002/eat.20812>
- Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., Morgan, J. R., & Twohig, M. P. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for women diagnosed with Binge Eating Disorder: A case-series study. *Cognitive and Behavioral Practice*, *22*(3), 367–378. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.02.005>
- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, *34*(4), 383-396.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, *6*(6), 537-559.
- Jacobs, J., Cardaciotto, L., Block-Lerner, J. y McMahon, C. (2013). A pilot study of a single-session training to promote mindful eating. *Adv Mind Body Med*. *27*(2):18-23.

-
- Johnston, J. A. Y., O’Gara, J. S. X., Koman, S. L., Baker, C. W., & Anderson, D. A. (2015). A Pilot Study of Maudsley Family Therapy With Group Dialectical Behavior Therapy Skills Training in an Intensive Outpatient Program for Adolescent Eating Disorders. *Journal of Clinical Psychology, 71*(6), 527–543. <http://doi.org/10.1002/jclp.22176>
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., ... Lowe, M. (2013). Acceptance and Commitment Therapy as a Novel Treatment for Eating Disorders: An Initial Test of Efficacy and Mediation. *Behavior Modification, 37*(4), 459–489. JOUR. <http://doi.org/10.1177/0145445513478633>
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness.
- Kabat-Zinn, J. (2004). Vivir con plenitud las crisis. *Kairos*.
- Karoly, P. (1999). A goal – systems – self - regulatory perspective on personality, psychopathology, and change. *Review of General Psychology, 3*, 264-291.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., & Rounsaville, B. & Chevron, ES (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*, 63-70.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of Health Psychology, 4*(3), 357–363. <http://doi.org/10.1177/135910539900400305>
- Kristeller, J. L., Baer, R. A., & Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders in Baer, R. A. (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Academic Press.
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness treatment (MB-EAT): Conceptual basis. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 19*, 49-61.
- Kristeller, J. L., Quillian-Wolever, R., & Sheets, V. (2004, May). Mindfulness meditation in treating binge eating disorder: a randomized clinical trial. In *International Journal of Eating Disorders* (Vol. 35, No. 4, pp. 453-453).
- Kristeller, J., Wolever, R. Q., & Sheets, V. (2013). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness, 5*(3), 282–297. <http://doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1>
- Lavander, J. M., Jardin, B. F. y Anderson, D. A. (2009). Bulimic symptoms in under graduate men and women: Contributions of Mindfulness and thought suppression. *Eating Behaviors, 10*, 228–231.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice, 9*(3), 177-190.
- Leahey, T., Crowther, J. y Irwin, S. (2008). A cognitive-behavioral mindfulness group therapy intervention for the treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cognitive and Behavioral Practice, 15* (4), pp. 364–375.
- Lewinsohn, P., Striegel - Moore, R. y Seeley, J. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1284-1292.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Marco, J. H., Palacios, A. G., Navarro, M., & Botella, C. (2012). Aplicación de la Terapia Dialéctica Comportamental en un Caso de Anorexia Nerviosa, Trastorno Límite de la Personalidad Resistente al tratamiento: Un estudio de caso con seguimiento a los 24 meses. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 21*(2).
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. *Relapse prevention, 3*-70.
- Martín Murcia, F.M. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria en: Cangas, A.J, Maldonado, L.A. y López, M. Manual de Psicología Clínica y General (Vol. I), Granada: Alborán.
- Masuda, A., & Wendell, J. W. (2010). Mindfulness mediates the relation between disordered eating-related cognitions and psychological distress. *Eating Behaviors, 11*(4), 293-296.
- Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C. J., Hecht, F. M., & Stewart, A. (2009). Body awareness: construct and self-report measures. *PloS one, 4*(5), e5614.
-

-
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (009). Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria.
- Miró Barrachina, M. T., & Simón Pérez, V. (2012). Mindfulness en la práctica clínica. Bilbao : Desclée de Brouwer .
- Murray, S. B., Anderson, L. K., Cusack, A., Nakamura, T., Rockwell, R., Griffiths, S., & Kaye, W. H. (2015). Integrating Family-Based Treatment and Dialectical Behavior Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa: Preliminary Outcomes of an Open Pilot Trial. *Eating Disorders*, 23(4), 336–344. JOUR. <http://doi.org/10.1080/10640266.2015.1044345>
- Parling, T., Cernvall, M., Ramklint, M., Holmgren, S., & Ghaderi, A. (2016). A randomised trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anorexia Nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. *BMC Psychiatry*, 16(1). JOUR. <http://doi.org/10.1186/s12888-016-0975-6>
- Probst, M. (1997). *Body experience in eating disorder patients*. Tesis doctoral, Katholieke Universiteit Leuven, Lovaina (Bélgica).
- Richards, P., Hardman, R. y Berrett, M. E. (2007). *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Robinson, A. H., & Safer, D. L. (2012). Moderators of Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder: Results from a randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*. <http://doi.org/10.1002/eat.20932>
- Rolls, B. J., Hetherington, M., & Burley, V. J. (1988). The specificity of satiety: the influence of foods of different macronutrient content on the development of satiety. *Physiology & behavior*, 43(2), 145–153.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9,429–448
- Safer, D. L., Lock, J. y Couturier, J. L. (2007). Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder: a case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 157–167.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001a). Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 101–106. <http://doi.org/10.1002/eat.1059>
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001b). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632–634. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>
- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Bierbaum, T., Schneider, N., Thurn, C., Stiglmayr, C., ... Lehmkuhl, U. (2009). Dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A randomized, controlled trial with a waiting control group | Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) und Kognitiv Behaviorale Therapie (CBT) f. *Kindheit Und Entwicklung*, 18(3). <http://doi.org/10.1026/0942-5403.18.3.180>
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2006). Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. *Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. (1ª Ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Smith, B., Shelley, B., Leahigh, L. y Vanleit, B. (2006). A preliminary study of the effects of a modified mindfulness intervention on binge eating. *Complementary Health Practice Review*, 11 (3), pp. 133–143.
- Sojcher, R., Gould, S. y Perlman, A. (2012). Evidence and potential mechanisms for mindfulness practices and energy psychology for obesity and binge-eating disorder. *Explore: J Sci Heal* 2012; 8: 271–276.
- Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Tapper, K., Shaw, C., Ilesley, J., Hill, A., Bond, F. y Moore, L. (2009). Exploratory randomized controlled trial of a mindfulness - based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52, pp. 396–404.
- Thayer, J., Friedman, B. y Borkovec, T. D. (1996). Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Society of Behavioral Psychiatry*, 39, 255-266.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31(3), 569–582. [http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80031-3](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80031-3)
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1061>
-

- Wanden-Berghe, R., Sanz-Valero, J., & Wanden-Berghe, C. (2011). The application of mindfulness to eating disorders treatment: A systematic review. *Eat Disord*, *19* (1) pp. 34–48.
- Wilson, G. T. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *1*, 439-465
- Wiser, S., & Telch, C. F. (1999). Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *55*(6), 755-768.
- Wnuk, S., Du, C., Warwick, K., & Tremblay, L. (2015). From Mindless to Mindful Eating: Tools to Help the Bariatric Patient Succeed. *Canadian Journal of Diabetes*, *39*(2015), S14. <http://doi.org/10.1016/j.jcjd.2015.01.065>
- Wolever, R. Q., Ladden, L., Davis, J., Best, J., Greeson, J., & Baime, M. (2007). EMPOWER: Mindful maintenance therapist manual. *Unpublished treatment manual for NIH funded grants (5U01 AT004159 and 5 U01 AT004158)*. Duke University and University of Pennsylvania (respectively).
-