

# Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

## *Mexican Journal of Eating Disorders*

<http://journals.iztacala.unam.mx/>

### ARTÍCULO ORIGINAL

## Mindfulness in the control of binge eating, the perspective of a Chilean adult group

### *Mindfulness en el control del atracón, la perspectiva de un grupo de adultos chilenos*

Dafne Díaz-Tendero, Claudia Cruzat-Mandich, Teresita Jiménez, Pía Martínez, Susana Saravia, Valentina Ulloa

Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria, Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.

---

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 4 de mayo de 2017

Revisado: 13 de julio de 2017

Aceptado: 27 de febrero de 2018

Título breve: Mindfulness and binge eating

Autora para correspondencia: [diaz\\_tenderoespinoza@yahoo.es](mailto:diaz_tenderoespinoza@yahoo.es) (D. Díaz-Tendero)

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

---

#### Abstract

Interventions based on mindfulness are increasingly used for feeding issues, looking for an improvement in the emotional regulation and awareness of internal states (i.e., satiety, hunger). The objective of this paper was to describe the perception of mindfulness when controlling binge eating behavior. A total of seven adults with binge eating behavior (20-52 years old), six women and one men participated in the study. All participants receive a training (workshop) about mindfulness and feeding. Based on a qualitative methodological approach with exploratory and descriptive scope, semi-structured interviews were performed pre-post intervention and were analyzed by open coding. Before intervention participants had no awareness in their relationship with food showing an automatic response. After intervention participants reported favorable changes such as increased of awareness as well as cognitive and emotional recognition, which led to changes in eating behavior. The participants made a positive evaluation of the workshop and the group format, highlighting that mindfulness was internalized as a new tool for daily life.

**Keywords.** Mindfulness; Eating behavior; Binge eating; Emotional eating; Interoceptive awareness

#### Resumen

Intervenciones basadas en *mindfulness* (atención plena [AP]) están siendo cada vez más utilizadas para tratar temas alimentarios, buscando mejorar la regulación emocional y la conciencia acerca de los estados internos (e.g., hambre, saciedad). El objetivo de este trabajo fue describir la percepción de la práctica de AP en el control de la conducta de atracón. Participaron siete adultos que presentaban conducta de atracón (20-52 años de edad), seis mujeres y un hombre. Como parte de este estudio, los participantes recibieron una intervención (taller) sobre AP y alimentación. Con base a un enfoque metodológico cualitativo, de alcance exploratorio y descriptivo, se realizaron

entrevistas semiestructuradas pre-post intervención, las cuales fueron analizadas mediante codificación abierta. Antes de la intervención, los participantes sostenían una relación no consciente con la comida, presentando un modo de funcionar automático. Tras la intervención se reportaron cambios favorables, como el aumento de la conciencia y el reconocimiento cognitivo y emocional, lo cual supuso modificaciones en la conducta alimentaria. Los participantes realizaron una evaluación positiva del taller y del formato grupal, destacando que la AP fue interiorizada como una nueva herramienta para la vida diaria.

**Palabras clave.** Atención plena, Conducta alimentaria, Atracón, Alimentación emocional, Conciencia interoceptiva

## INTRODUCCIÓN

El concepto *mindfulness* (atención plena), basado en la filosofía budista, fue introducido por Kabat-Zinn (2003) en el ámbito de la psicología clínica, y lo define como el proceso de estar intencionalmente consciente de los pensamientos y las acciones en el momento presente. Las intervenciones basadas en esta práctica tienen como objetivo trabajar activamente los estados de la mente, a partir del contacto directo con los pensamientos, las emociones y las sensaciones corporales. Implica entrenarse para prestar atención a la experiencia en cada momento, sentir y reconocer los contenidos de la mente, además de facilitar la capacidad de soportar y aceptar el dolor (Kiken, Garland, Bluth, Palsson y Gaylord, 2015; Siegel, Germer y Olendzki, 2008). En el contexto clínico actual, las intervenciones grupales fundamentalmente se dirigen a la reducción del estrés asociado a terapias cognitivas (Baer, 2003). Específicamente se ha constatado que las terapias basadas en AP disminuyen los síntomas depresivos y la ansiedad, al reducir los sentimientos de vacío y angustia (Peters, Eisenlohr-Moul, Upton y Baer, 2013; Sundquist et al., 2015). Además, según señalan Sundquist et al., una de las principales ventajas de la AP es que puede ser accesible a grandes grupos de pacientes.

Dentro de los trastornos que muestran cierta desconexión entre los estados internos y la experiencia sensorial se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Es por esto que la AP, al hacer consciente pensamientos y acciones en el momento presente, constituye una herramienta terapéutica útil. El trastorno por atracón (TPA) es el TCA más prevalente y, de la población afectada, 60% son mujeres (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007), en quienes el comer emocional también está más presente (Sánchez y Pontes,

2012). Por su parte, la conducta de atracón (CDA) consiste en la ingesta rápida de gran cantidad de alimento, sin sentir hambre, en un periodo corto de tiempo y que se acompaña de malestar psicológico, como es la culpa posterior a la ingesta (American Psychiatric Association, 2014; Jáuregui, 2012; Safer, Telch y Chen, 2009; Starkman, 2015). Por tanto, el atracón opera como una estrategia para intentar paliar un estado de ánimo, en el que los niveles de ansiedad se disparan, funcionando como un mecanismo de regulación emocional implícito (Cuadro y Baile, 2015; Starkman, 2015).

Los abordajes terapéuticos más estudiados en el TPA contemplan la terapia cognitivo-conductual, la interpersonal y la conductual; (Grilo, White, Wilson, Gueorguieva y Masheb, 2012; Sánchez-Planell y Fernández-Valdés, 2005); sin embargo, la mayoría de estas intervenciones no tienen como meta principal reducir el estrés psicológico (Daubenmier et al., 2011). Safer et al. (2009) adaptaron la terapia conductual dialéctica, originalmente diseñada por Marsha Linehan para pacientes limítrofes, a un tratamiento para TCA, donde se integró la terapia cognitivo-conductual con elementos de AP específicos para estas psicopatologías, siendo Safer et al., entre otros, propulsores del uso de esta práctica en el contexto clínico. En ese sentido, la terapia dialéctica conductual, adaptada al trastorno por atracón, parece mostrar resultados positivos y prometedores (Sánchez-Planell y Fernández-Valdés, 2005).

Desde entonces, la incorporación de la AP en las intervenciones clínicas está siendo cada vez común para abordar temas relacionados con la alimentación, como es el caso de la anorexia nerviosa (Cowdrey y Park, 2012; Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler, 2002) o del control del peso (Dalen et al., 2010; Olson y Emery, 2015). Estas intervenciones buscan mejorar la regulación emocional y la conciencia en cuanto a los estados

internos (e.g., hambre, saciedad), y han mostrado ser eficaces respecto al TPA, dado que permiten generar en el paciente una mayor capacidad para abstenerse ante respuestas automáticas de atracón, a la vez de facilitar el vínculo entre cuerpo y mente (Atkinson y Wade, 2010; Cook-Cotton, 2015).

Como advierten Kristeller y Wolever (2011), un importante número de pacientes con TPA recurren a los tratamientos tradicionales para el control del peso, sin embargo estos generalmente sólo resultan efectivos a corto plazo, porque su énfasis está en las estructuras externas de control, sin dar tiempo para el cambio de viejos hábitos, de modo que los pacientes regresan a comer a partir de las señales externas, en menoscabo de atender y responder a las señales corporales internas, las que –por el contrario– se pueden re-entrenar a través de la AP. Considerando lo anterior, el objetivo de esta investigación fue describir la percepción de la práctica de la AP en el control de la CDA, desde la perspectiva de un grupo de pacientes adultos chilenos participantes en un taller piloto dirigido a disminuir los atracones.

## MÉTODO

### Diseño

Con base a una metodología cualitativa se buscó acceder a las vivencias de los participantes con respecto al taller implementado y, más específicamente, a la práctica de la AP. El alcance de este estudio fue exploratorio-descriptivo. Esta metodología busca profundizar en las experiencias e interpretaciones individuales que realizan los sujetos sobre la realidad experimentada, concibiendo estos fenómenos de manera holística (Krause, 1995). El objetivo fue explorar las evaluaciones que realizaron los participantes sobre diversos elementos del taller implementado, sobre la evolución de sus hábitos alimentarios y su TCA, y sobre la práctica de la AP.

### Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Adolfo Ibáñez, Chile. Además, tras explicarles los propósitos de la investigación y la importancia

de su participación, a los participantes les fue entregado un formato de consentimiento informado en el que se mencionaban los objetivos del estudio y en qué consistiría su participación, se les informaba sobre la confidencialidad de los datos y la garantía de su anonimato, además de la solicitud expresa de otorgar autorización para poder audio-grabar las entrevistas que se les realizarían. La participación fue voluntaria y sin costo, procurándose que los participantes mantuvieran sus tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos.

### Participantes

Dado el carácter exploratorio de este estudio, la selección de los participantes se realizó a partir de un muestreo por conveniencia. Los participantes fueron reclutados con base a dos estrategias: 1. A través de la difusión en redes sociales de la invitación para participar en el taller (Facebook, Twitter y en la página web del centro especializado en TCA en donde se llevó a cabo la actividad); y 2. Utilizando la técnica “bola de nieve”, de modo que luego de reclutar al primer participante, a éste se le pide ayuda para identificar a otras personas que cumplieren con los criterios de inclusión, y así sucesivamente. Técnica que se utiliza cuando los participantes comprenden un subgrupo pequeño o “raro” de la población (Martínez-Salgado, 2012).

Dada la modalidad del taller y de las actividades planificadas, se predeterminó un tope de 12 participantes que cumplieren con los criterios de inclusión siguientes: 1. hombres o mujeres, mayores de 18 años con CDA, diagnosticado por un psiquiatra; y 2. que durante el taller mantuvieran sus respectivos tratamientos farmacológicos y/o psicoterapéuticos. Como criterio de exclusión se aplicó el siguiente: pacientes con cumplimiento de los criterios diagnósticos de personalidad psicopática o de abuso de sustancias, dada la posibilidad de que pudiesen “teñir” la sintomatología del TPA (APA, 2002). Para el fin, los postulantes fueron citados a una entrevista con una psiquiatra especialista en TCA, y además entrenada en *mindfuleating*. Dicha psiquiatra fue quien determinó si la persona cumplía con los criterios de selección y, por otra parte, que el taller no implicara algún riesgo. Adicionalmente, para

descartar la presencia de algún trastorno de la personalidad y explorar las conductas alimentarias, se les aplicó a los participantes la *Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional DSM-IV* (Ferrando, Bobes y Gilbert, 2000), la cual es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora el cumplimiento de los criterios diagnósticos de trastorno antisocial de la personalidad, además de anorexia nerviosa y de bulimia nerviosa. Finalmente, con el propósito de confirmar y determinar la amplitud de la conducta de atracón, y los posibles cambios posteriores al taller, se preguntó explícitamente al participante, antes y después del taller, lo siguiente: ¿En las últimas cuatro semanas, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimento en un periodo corto de tiempo (menor a dos horas)? Y si la respuesta era afirmativa, se preguntó: ¿Cuántos fueron en total?

Si bien participaron 10 adultos en el taller, la muestra final quedó compuesta por siete participantes (seis diagnosticados con TPA y una con BN), con quienes se completaron las entrevistas post-taller. La edad de los participantes (seis fueron mujeres), fluctuó entre 20 y 52 años ( $M = 35.5$ ;  $DE = 10.0$ ). Todos reportaron tener educación universitaria completa y estar asistiendo a psicoterapia. El carácter homogéneo de la muestra, en cuanto al sexo y nivel educativo, respondió al tipo de muestreo y reclutamiento de los casos; no obstante, el objetivo de este estudio fue explorar la experiencia de los participantes y la viabilidad del taller, más que buscar la generalización de los resultados. Además, como se observa en la tabla 1, cinco de los participantes se encontraban bajo tratamiento farmacológico. En tanto

que, respecto a la ocurrencia de los episodios de atracón, de acuerdo con el reporte de los participantes, fueron desde un episodio en el último mes, hasta uno o dos episodios al día, de modo que si bien en el momento del estudio no todos los participantes cumplían con los criterios para diagnosticar un TCA, sí presentaban la conducta de atracón.

**Procedimiento**

**Acerca del taller**

El taller consistió de ocho sesiones de AP, introduciendo prácticas de meditación con temáticas alimentarias y de autocompasión. Las sesiones se realizaron una vez por semana, cada una con duración de 120 min, en un centro universitario de atención clínica de la ciudad de Santiago. La monitora fue una psiquiatra con formación en AP. En la tabla 2 se detallan los objetivos, los temas y las actividades realizadas en cada sesión del taller.

**Recolección de datos**

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada, con el objetivo de acceder a la experiencia de los participantes desde su propia perspectiva (Taylor y Bogdan, 1998). Las entrevistas fueron realizadas previamente al inicio del taller y una semana después de concluido. Fueron individuales, tuvieron una duración de 30-60 min, siendo todas grabadas en audio y transcritas. Los temas abarcados en la entrevista fueron los tres siguientes: 1. Los ámbitos de la vida que se vieron influenciados por el taller; 2. Los cambios más significativos y sus motivos; y 3.

**Tabla 1. Caracterización de los participantes.**

| ID | Sexo | Edad | Estado civil | Nivel educativo | Diagnóstico previo | Psicoterapia | Fármacos | Atracones (pre) | Atracones (post) |
|----|------|------|--------------|-----------------|--------------------|--------------|----------|-----------------|------------------|
| 1  | F    | 27   | Soltera      | UC              | TPA                | Sí           | No       | 1               | 0                |
| 2  | F    | 52   | Soltera      | UC              | TPA                | Sí           | Sí       | 30              | 4                |
| 3  | F    | 20   | Soltera      | UI              | TPA                | Sí           | Sí       | 1-2 al día      | 2 al día         |
| 4  | F    | 39   | Soltera      | POS             | TPA                | Sí           | Sí       | 30              | 15               |
| 5  | F    | 36   | Soltera      | UC              | BN                 | Sí           | Sí       | 8               | 2                |
| 6  | M    | 36   | Soltero      | UC              | TPA                | Sí           | No       | 8               | 3                |
| 7  | F    | 38   | Casada       | UC              | TPA                | Sí           | Sí       | 12              | 2                |

**Notas.** BN = Bulimia nerviosa, POS = Posgrado, TPA = Trastorno por atracón, UC = Universidad completa, UI = Universidad incompleta. La frecuencia de atracones corresponde a las cuatro semanas previas al momento de cada evaluación

Tabla 2. Descripción de la intervención implementada

| Actividades  | Sesión 1  | Sesión 2  | Sesión 3   | Sesión 4   | Sesión 5   | Sesión 6   | Sesión 7  | Sesión 8          |
|--|---|---|--|--|--|--|---|-------------------|
| <b>Tema de la sesión</b>                               | Introducción a la atención plena y la alimentación consciente | Pensamientos  | Emociones  | Autocompasión  | Señales de hambre  | Señales de saciedad  | Alimentación consciente: "Comida que nutre"   | Cierre y práctica |
| <b>Objetivo general</b>                                | Interiorizar la atención plena                                | Observar cómo funciona nuestra mente  | Explorar relación entre comida y emociones   | Desarrollar prácticas de autocompasión vs autocrítica  | Ampliar conciencia respecto a por qué comemos: "Comer como un recién nacido"                             | Ampliar conciencia respecto a cómo comemos   | Presentar pautas de alimentación desde la perspectiva de                            |                   |
| <b>Objetivo específico</b>                             | Identificar "piloto automático" vs "estar presente"           | Cultivar observación sin juicios y no reactiva a pensamientos y sentimientos  | Desarrollar conciencia de las emociones en el cuerpo   | Incorporar prácticas de autocompasión en el ámbito de la alimentación y el proceso de cambio, considerando evolución de la especie | Reconocer, mediante atención plena, hambre física vs emocional   | Alinear mente/ cuerpo al comer   | Aprender acerca de lo que comemos y del comer conscientemente                       |                   |
| <b>Dinámica de grupo</b>                               | Presentación de participantes y expresar qué los trajo acá    | Compartir experiencia de la semana  | Compartir experiencia de la semana   | Compartir experiencia de la semana. No prohibir grupos de alimentos  | Referir señales fisiológicas de hambre física vs emocional   | Comer conscientemente atendiendo a las sensaciones corporales (e.g., masticar, saborear, tragar, sentir saciedad.) | Comenzar la elaboración de un "plan de cambio" desde la perspectiva apreciativa     |                   |
| <b>Ejercicio y herramientas sobre el tema</b>          | "Ejercicio de la pasa"  | Ejercicio de caminar por la calle o "desfile de pensamientos"   | Meditación guiada (contemplar emoción en el cuerpo). Evitar usar los alimentos para manejar sentimientos | Pausa de autocompasión y tacto tranquilizador  | "Pausa sagrada": meditación guiada sobre factores desencadenantes  | Práctica de comer con atención plena   | Siete prácticas para comer conscientemente  |                   |
| <b>Reflexión, ejercicio de alimentación consciente</b> | Alinear mente/ cuerpo   | ¿Cómo viví el ejercicio? ¿Pensamientos, sentimientos o situaciones que nos conducen a comer? ¿Qué sucede si respiramos conscientemente? | ¿Cómo es cada emoción en el cuerpo? ¿Emociones que desencadenan ganas de comer?                          | ¿Nos podemos tratar amable y cariñosamente cuando sentimos que hemos fallado o surge la culpa?                                     | ¿Tengo hambre? ¿Para qué quiero comer? ¿Existe el hambre emocional? Sintonzar con la sensación de hambre | Identificar impulsos conducentes a tragar sin saborear. Fomentar la pausa antes de tragar o masticar.              | ¿Qué de lo aprendido podemos identificar y proyectar en futuras acciones concretas? |                   |
| <b>Práctica en clase</b>                               | Meditación (10 min) y scanner (25 min)                        | Meditación (10 min) y scanner (25 min)  | Meditación sentada y yoga de pie   | Meditación sentada y yoga de pie   | Meditación caminando y "pausa sagrada"   | Meditación sentada y "pausa sagrada"   | Meditación sentada y "pausa sagrada"  |                   |

**Tabla 2. Descripción de la intervención implementada... (Continuación).**

| Actividades                      | Sesión 1   | Sesión 2  | Sesión 3                                  | Sesión 4                                  | Sesión 5  | Sesión 6  | Sesión 7  | Sesión 8 |
|----------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|----------|
| <b>Práctica formal semanal</b>   | Escáner corporal   | Escáner corporal                                      | Meditación sentada (10 min) y yoga de pie | Meditación sentada (10 min) y yoga de pie | Meditación sentada (15 min) y respiración (3 min)                                       | Meditación sentada (15 min) y respiración (3 min)                             | Meditación sentada (15 min) y respiración (3 min)                                 |          |
| <b>Práctica informal semanal</b> | Actividad rutinaria con atención plena (e.g., duchar, comer) | Actividad rutinaria: Calendario de eventos agradables | Calendario de eventos desagradables       | Pausa de autocompasión                    | Practicar mini meditaciones ante situaciones desagradables y práctica de comer despacio | Practicar comer conscientemente y meditaciones ante situaciones desagradables | Desarrollar plan personal de alimentación consciente (traer alimentos que nutren) |          |

Las formas en que la AP fue incorporado en sus vidas. Estas entrevistas fueron realizadas por estudiantes de magister en psicología clínica, debidamente capacitados.

**Análisis de datos**

El análisis de las entrevistas se llevó a cabo mediante la técnica *Grounded Theory* (Glaser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 2002), con *codificación abierta*, de carácter descriptivo. Este proceso consiste en codificar la información de los discursos, realizando un proceso inductivo, que construye categorías generales a partir de datos particulares. La información fue segmentada y luego etiquetada según sus significados, los segmentos con significados similares fueron integrados en las mismas categorías. Este procedimiento fue realizado de manera mecánica (sin *software*) e individualmente por parte de cuatro investigadoras. Como criterio de rigor científico fue empleada la triangulación entre analistas (González, 2000), de modo que los datos fueron analizados en paralelo por más de un investigador, independientes a la facilitadora del taller, dotando esto de mayor profundidad a los resultados.

**RESULTADOS**

A partir del análisis descriptivo proveniente de la codificación abierta, surgieron categorías y subcategorías (véase Tabla 3), como resultado de la percepción previa y posterior al taller. Además, para complementar los resultados, se integró información proveniente de los dos cuestionarios de autoreporte aplicados.

En primer lugar, los participantes refirieron que antes del taller tenían una *relación no consciente con la comida*, de modo que el alimento actuaba como regulador de sus emociones negativas, con una desconexión entre su cuerpo y su mente. En cuanto al primer aspecto, la comida era utilizada como una herramienta para aminorar emociones negativas, como son el estrés, la angustia o la rabia. Situación que se ejemplifica en las viñetas siguientes:

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

Luego de la ingesta emocional, aparecían sentimientos de culpa:

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

A su vez, los participantes señalaron que antes del taller tenían un modo de funcionar “automático”, pues reaccionaban desde el impulso, sin una mediación racional.

*“Es como un piloto automático...por decirlo así; o sea, como que yo apretaba un botón...y funciona*

**Tabla 3. Resultados descriptivos organizados con base a las categorías y subcategorías derivadas.**

| Categorías                           | Subcategorías                   | Contenidos  |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|
| <b>Antes del taller</b>              |                                 |   |
| Relación no consciente con la comida | Alimento como regulador         | - Aminorar emociones negativas<br>- Sentimientos de culpa posterior al atracón      |
|                                      | Desconexión cuerpo-mente        | - Hambre emocional (emoción puesta en el cuerpo)<br>- Piloto automático             |
| <b>Después del taller</b>            |                                 |   |
| Cambio                               | Nivel cognitivo                 | - Introspección sin juzgar<br>- Diferenciación de la hambre fisiológica vs otras    |
|                                      | Nivel emocional                 | - Aceptación y autocompasión<br>- Identificación de emociones<br>- Manejo emocional |
|                                      | Nivel conductual                | - Control del atracón<br>- Cambios en la alimentación<br>- Disfrute de la comida    |
| Evaluación del taller                | Atención plena como herramienta | - Consciencia del aquí y ahora<br>- Conciencia de las propias necesidades           |
|                                      | Impacto vital                   | - Experiencia positiva del grupo<br>- Incorporar meditación a la vida cotidiana     |

*una persona que sabe automáticamente qué hacer... pero no conectada con la situación...por ejemplo, estando con la gente...pero presente solo físicamente” (Participante 5, párrafo 86).*

Sin embargo, después del taller, los participantes manifestaron cambios a nivel cognitivo, emocional y conductual. A *nivel cognitivo*, los cambios se refirieron a la posibilidad de lograr una introspección sin juicios, es decir, poder apreciar –desde una mirada comprensiva– lo que les está pasando. Por ejemplo:

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

Asimismo, según manifestaron los participantes, el taller les permitió aprender a identificar distintos tipos de hambre, pudiendo diferenciar, por ejemplo, ente el hambre fisiológica y el hambre emocional. Al respecto, algunos de los testimonios recabados fueron los siguientes:

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

A *nivel emocional*, los participantes relataron que luego del taller fueron capaces de identificar y “conectarse” con sus emociones, lo cual les permitió manejar más adecuadamente la ingesta de comida y, a su vez, tener mayor control sobre sus emociones:

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

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

Además surgió un cambio en la forma en que los participantes se percibían a sí mismos, logrando sentirse más autocompasivos, a partir de una mayor autoaceptación. Esto se ejemplifica en las viñetas siguientes:

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

Los participantes reportaron un cambio psicoemocional después del taller. A nivel conductual, los participantes evidenciaron un mayor control sobre el atracón, logrando disminuir la frecuencia de los episodios. Sin embargo, cabe considerar que no todos los participantes reportaron este cambio.

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

A su vez, los entrevistados describieron mejora en sus hábitos alimentarios:

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

Producto de la práctica de la AP, los participantes refirieron que podían disfrutar más de las comidas; es decir, ya lograban identificar sabores, texturas y colores, dedicando más tiempo a deleitarse:

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

Finalmente, en lo que respecta a la evaluación del taller, en el discurso de los participantes destacó el que la AP fue interiorizada en tanto una nueva herramienta para la vida diaria. De esta forma, la incorporación de la AP a la vida cotidiana aportó a los participantes una mayor consciencia del “aquí y el ahora”, así como un incremento en la percepción de sus propias necesidades:

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

Por otro lado, en general, los entrevistados valoraron positivamente el trabajo grupal que supuso su participación en el taller, ya que les resultó positivo el poder compartir sus experiencias con otros. De esta forma, se generó un “efecto de espejo”, por medio del cual se podían exteriorizar problemas comunes. Esto actuó como un elemento esperanzador que les permitió asumir una actitud positiva frente al tema de la alimentación:

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

## DISCUSIÓN

Este artículo presenta un estudio piloto que exploró el efecto de la práctica de AP sobre la frecuencia de los episodios de atracón, así como para determinar la viabilidad de la intervención.

El relato de los participantes reveló un cambio en su forma de relacionarse con la comida, el cual se tradujo en una mayor conciencia “del aquí y el ahora” durante la alimentación y otros ámbitos de su vida. Asimismo, reportaron satisfacción con el formato y los contenidos del taller, confirmando su viabilidad para ser aplicado en muestras más amplias.

Los cambios cualitativos más claros fueron en la línea de la concientización y la distinción de emociones, sensaciones y cogniciones, aspecto particularmente relevante en el caso de los pacientes con TCA (Cruzat et al., 2010; Cruzat y Cortez, 2008). Esta identificación de elementos individuales o “reconocimiento de contenidos de la mente” (Siegel et al., 2008), en contraste con la anterior desvinculación cuerpo-mente o hambre-angustia, es la que –según refirieron los participantes– propició un mejoramiento en sus hábitos alimentarios y un mayor control sobre sus atracones, situación descrita por al menos seis de los siete participantes del taller. Así, en los discursos sobre las “nuevas vivencias” de los participantes se lograron varios de los elementos propuestos por la AP, que incluyeron los tres siguientes: el prestar atención al presente; el contactar directamente con las cogniciones, las sensaciones y las emociones; y lograr la aceptación incondicional de su *self* (Atkinson y Wade, 2010; Baer, 2003; Kabat-Zinn, 2003; Starkman, 2015), los que se tradujeron en un mayor disfrute de la comida y la vida.

Este estudio presentó ciertas limitaciones asociadas al reducido tamaño de la muestra, las cuales restringen la capacidad de extraer conclusiones generalizables a la población. Por tanto, para futuras investigaciones sería relevante no sólo aplicar la intervención a una muestra de mayor tamaño, sino también más diversa, incorporando nuevos criterios de inclusión. Además sería importante agregar otras medidas; por ejemplo, de peso y talla, para evaluar también cambios antropométricos, o de AP, para poder indagar en los mecanismos de operación o en los efectos mediadores.

Por otra parte, sería de gran utilidad incorporar evaluaciones a más largo plazo, con el fin de detectar la continuidad y mantenimiento de los cambios reportados por los participantes.

Surge además la inquietud de probar el efecto de esta herramienta (AP) en otras poblaciones (e.g., con riesgo de patología alimentaria, con obesidad), e indagar su capacidad para ser usada con fines de prevención de las problemáticas relativas a la alimentación en, por ejemplo, contextos educacionales y/o comunitarios.

Pese a las dificultades y limitaciones del estudio, esta investigación exploratoria, parece indicar aspectos positivos y alentadores para el tratamiento de personas con conducta de atracón, como una estrategia complementaria al tratamiento, ya que posterior al taller se identificaron cambios favorables, como el aumento de la conciencia y el reconocimiento cognitivo y emocional, lo cual conlleva modificaciones en la conducta alimentaria. Los participantes realizaron una evaluación positiva del taller y del formato grupal, destacando que la AP fue interiorizada como una nueva herramienta para su vida cotidiana.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Atkinson, M. y Wade, T. (2010). Does mindfulness have potential in eating disorders prevention? A preliminary controlled trial with young adult women. *Early Intervention in Psychiatry*, 10 (3), 234-345. <http://doi.org/10.1111/eip.12160>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143. <http://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Cook-Cottone, C. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image*, 14, 158-167. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.004>
- Cowdrey, F. y Park, R. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors*, 13(2), 100-105. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.01.001>
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M. y Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Psyche*, 19(1), 3-17. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282010000100001>

- Cruzat, C. V. y Cortez, I. M. (2008). Expresión emocional, afecto negativo, alexitimia, depresión y ansiedad en mujeres jóvenes con trastornos de alimentación: Una revisión teórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(1), 5-17.
- Cuadro, E. y Baile, J. I. (2015). El trastorno por atracón: Análisis y tratamiento. *Revista Mexicana de Trastorno Alimentarios*, 6(2), 97-107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L. y Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(6), 260-264. <http://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.09.008>
- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K. et al. (2011). Mindfulness intervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: An exploratory randomized controlled study. *Journal of Obesity*, 2011, e-pub. <http://doi.org/10.1155/2011/651936>
- Ferrando, L., Bobes, J. y Gibert, J. (2000). *MINI Entrevista Neuro-psiquiátrica Internacional* (versión en español). Disponible en <http://www.academia.cat/files/425-7297-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquiatribalInternacional.pdf>
- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- González, F. (2000). *Investigación cualitativa en psicología: Rumbo y desafíos*. México: Internacional Thomson.
- Grilo, C. M., White, M. A., Wilson, G. T., Gueorguieva, R. y Masheb, R. M. (2012). Rapid response predicts 12-month post-treatment outcomes in binge-eating disorder: Theoretical and clinical implications. *Psychological Medicine*, 42(4), 807-817. <http://doi.org/10.1017/S0033291711001875>
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H. y 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(3), 232-236. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80053-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80053-0)
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. y Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Jáuregui, I. (2012). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 16, 1744-1751.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S. y Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 81, 41-46. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.044>
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-39.
- Kristeller, J. L. y Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49-61. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>
- Martínez-Salgado C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 17(3), 613-619. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Olson, K. L. y Emery, C. F. (2015). Mindfulness and weight loss: A systematic review. *Psychosomatic Medicine*, 77(1), 59-67. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000127>
- Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Upton, B. T. y Baer, R. A. (2013). Nonjudgment as a moderator of the relationship between present-centered awareness and borderline features: Synergistic interactions in mindfulness assessment. *Personality and Individual Differences*, 55(1), 24-28. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.01.021>
- Safer, L., Telch, F. y Chen, E. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Nueva York: Guilford Press.
- Sánchez, J. L. y Pontes, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-2150. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6061>
- Sánchez-Planell, L. y Fernández-Valdés, R. (2005). Trastorno por atracón y obesidad. *Formación Continuada en Nutrición y Obesidad*, 5, 314-324.
- Starkman, H. (2015). An integrative group treatment model for women with binge eating disorder: mind, body and self in connection. *Clinical Social Worker Journal*, 44(1), 57-68. <https://doi.org/10.1007/s10615-015-0571-0>
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Bogotá: CONTUS-Editorial Universidad de Antioquia.
- Siegel, R., Germer, C. y Olendzki, A. (2008). *Clinical handbook of mindfulness*. Nueva York: Springer.
- Sundquist, J., Lilja, A., Palmér, K., Memon, A., Wang, X., Johansson, M. et al. (2015). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 206(2), 128-135. <https://doi.org/10.1192/bjpp.114.150243>
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.