



UNIVERSITAT  
JAUME•I

Trabajo Final de Grado en Psicología

---

# Mindfulness y estilos de ingesta en la población con Trastornos de la Conducta Alimentaria

---

Autor:

Sergio Ruiz Fuentes

53728851 – T

Tutor:

Ausiàs Cebolla Martí

20823634-D

Junio 2015

## Agradecimientos

En estas líneas quisiera expresar mi agradecimiento a Ginés, por su colaboración, ya que sin él, no habría sido posible obtener los datos necesarios para llevar a cabo este estudio.

A mis padres, Francisco y María Dolores, quienes me han enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue.

A mis compañeros, bien llamados amigos, ya que, sin esperar nada a cambio, han compartido sus conocimientos conmigo, aportándome ganas para seguir adelante.

Y a todas aquellas personas que de una forma u otra se han visto implicadas en el desarrollo de este trabajo.

Gracias.

# ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Palabras clave.</b> .....	3
<b>Abstract</b> .....	3
<b>Keywords</b> .....	3
<b>Extended summary</b> .....	4
<b>Introducción</b> .....	6
Estilos de ingesta .....	9
Mindfulness .....	11
Relación entre mindfulness, obesidad y TCA .....	12
Mindful eating .....	13
<b>Método</b> .....	14
<i>Participantes</i> .....	14
<i>Instrumentos</i> .....	14
<i>Procedimiento</i> .....	14
<i>Análisis de datos.</i> .....	15
<b>Resultados</b> .....	15
<b>Discusión</b> .....	17
<b>Conclusión</b> .....	17
<b>Referencias</b> .....	19

## **Resumen**

Las investigaciones han demostrado como los estilos de ingesta son fundamentales para la aparición y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), pero no existen datos sobre el nivel de mindful eating en esta población. El presente estudio, se ha llevado a cabo para valorar el grado de mindful eating así como también los estilos de ingesta que presenta una muestra de TCA si los comparamos con una muestra control. En este trabajo se utilizaron dos cuestionarios, para analizar los estilos de ingesta se utilizó el Dutch Eating Behavior Questionnaire (Van Strien, Frijters, Bergers y Defares, 1986), y para analizar el grado de mindful eating se empleó el Mindful Eating Questionnaire (Framson, Kristal, Schenk, Littman, Zeliad y Benitez, 2009); ambos se administraron a una muestra compuesta por 15 participantes con trastornos alimentarios y a un grupo control formado por 45 participantes, todos ellos de sexo femenino. Después de analizar los cuestionarios, por factores, con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), los resultados obtenidos nos muestran que los participantes con TCA tienen mayor dificultad para detectar aspectos sutiles de la ingesta así como para paladear la comida, y tienen mayor respuesta emocional en el momento de la ingesta.

**Palabras clave:** mindful eating, estilos, ingesta, TCA

## **Abstract**

Research has shown as intake styles are fundamental to the emergence and development of disorders of eating behavior (TCA), but there are no data on the level of mindful eating in this population. This study was carried out to assess the degree of mindful eating as well as the styles of intake that presents a sample of TCA compared them with a sample control. Two questionnaires were used in this work, the Dutch Eating Behavior Questionnaire was used to analyze intake styles (Van Strien, Frijters, Bergers y Defares, 1986), and Mindful Eating Questionnaire (Framson, Kristal, Schenk, Littman, Zeliad y Benitez, 2009) was used to analyze the degree of mindful eating both were given a sample consisting of 15 participants with eating disorders and a control group consisting of 45 participants, all of them female. After analyzing the questionnaires, by factors, with the programme Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), the results obtained show that participants with TCA have greater difficulty to detect subtle aspects of intake as well as taste the food, and have greater emotional response at the time of intake.

**Keywords:** Mindful eating, styles, intake, TCA

## **Extended summary**

Research has shown that the intake styles are critical for the onset and development of the eating disorder (ED), but there isn't data about the level of mindful eating in this population. The aim of this study is to test whether subjects diagnosed with an eating disorder have the same degree of mindful eating as/such the population control. The hypothesis is that patients with TCA present a less mindful than the control group eating. To carry out this theory two questionnaires were used: To analyze the styles of intake is used the Dutch Eating Behavior Questionnaire (Van Strien, Frijters, Bergers y Defares, 1986) (DEBQ) version in Spanish, and to analyze the degree of Mindful eating has used the Eating Questionnaire (MEQ) (Framson, Kristal, Schenk, Littman, Zeliad y Benitez, 2009). The Spanish version (DEBQ) (Van Strien, et al., 1986), consists of 20 items with five response alternatives Likert each one, ranging from "never" to "very often" (Baños, Cebolla, Etchemendy, Felipe, Rasal y Botella, 2011) assesses the three styles of eating, with seven items to evaluate the restrictive style (example: "Do you eat intentionally less in order to gain weight?"), six items to assess the emotional eating (example: "When you are angry you feel the desire to eat?") and the other remaining seven to evaluate the external (ex. eating, "if the food smells good and looks good, you eat more usual? ") (Doeschka, Anschutz, Van Strien, Monique Van De Ven, Rutger y Engels, 2009). The Mindful Eating Questionnaire (Framson, et al., 2009) is a questionnaire composed of 28 items that assess the degree of mindful eating presenting the subjects, or what is the same, the level of consciousness that is in the physical and emotional sensations that happen around food (Framson, et al., 2009), grouped in five factors: disinhibition, conscience, external signals, emotional response and distraction. To answer a Likert scale is used, with four response options ranging from 1 = never, 2 = sometimes, 3 = often, 4 = always. Both were administered to a sample of 15 participants diagnosed with eating disorders and a control group of 45 participants, all female. The average age of all participants in this study are located in an average of twenty years old. The sample of participants with TCA was collected in the eating disorders unit of Vila-real during the months of December 2014 and January 2015. The users of the day center, all seniors, take part as volunteers for being part of the investigation, they complete the questionnaires on paper and give they consent by write. For the control group an online platform was done, containing the battery of questionnaires and it was also spread through social networks to reach as highest generated subjects. Once the questionnaire data collected by the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program was compared with the means of the scores obtained by the two groups for the five factors that make up the MEQ were compared. The correlation was also calculated between MEQ factors and intake styles DEBQ.

With the analysis of correlations between styles of intake and eating mindful factors, we observed a greater tendency to mindful eating negatively correlated with the three styles of eating, fulfilling our hypothesis that patients with ED were mindful eating less than the group control. Furthermore, the results we have obtained show that participants with ED obtained significantly higher scores than the control factor "emotional response" group, which is interpreted as when they are sad or stressed eat to feel better and peck inadvertently account and helplessly. Moreover, we can see that ED patients scored significantly lower score in "consciousness", which means that this group has greater difficulty in detecting subtle aspects of eating, so do not appreciate the colors and smells of food nor the taste when they feed.

## **Introducción**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son afecciones psicopatológicas complejas que suponen severas modificaciones en las actitudes y conductas relacionadas con la ingestión de alimentos, en respuesta a distorsiones perceptivas sobre las dimensiones corporales, (Serrato, 2000; Toro, 1996) la sintomatología clínica que los identifica suele aparecer al final de la infancia o durante la adolescencia (Del Rio, Borda, Torres y Lozano, 2002) y se caracteriza por desarreglos graves de la ingesta alimenticia (Romay, 2002)

Su etiología sigue siendo un gran enigma (García - Reyna, 2004) pero se han identificado cuatro factores que intervienen en la aparición de este tipo de trastornos (García – Camba, 2001). Factores biológicos: existirá una mayor vulnerabilidad para padecer un TCA si entre los miembros de la familia existen otros TCA (Garfinkel y Garner, 1982; Holland, Sicotte y Treasure, 1988; Toro, 1995); factores psicológicos: es frecuente la existencia de cuadros psicopatológicos en los TCA como la depresión (Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992; Halmi, et al., 1991), la ansiedad (Rastam, 1999) y trastornos de la personalidad (Herzog, et al., 1992); factores familiares: algunos autores han observado patrones específicos de interacción familiar, como son la sobreprotección, rigidez y evitación de conflictos (Dios de la Vega, 2000), aunque concluyen que la patología puede ser un resultado del trastorno más que una causa (Vandereycken, Kog y Vanderlinden, 1989), y factores sociales: la cultura puede predisponer a padecer un TCA o influir sobre determinados momentos del desarrollo de la persona, más sobre un sexo que otro para favorecer a la aparición de un trastorno alimentario. Sería conveniente destacar la cultura de la delgadez, que es el deseo de delgadez y esbeltez como factor de vulnerabilidad siendo este factor, el que recibe mayor peso entre los factores socioculturales (Toro, 1995), y el que según algunos autores incita a una serie de cambios alimentarios con el objetivo de lograr una metamorfosis corporal, en la búsqueda de autoestima y aprobación (Lázaro y Toro, 1999).

Estos comportamientos alterados de alimentación van asociados a una serie de conflictos psicosociales, baja autoestima y escasa empatía, junto con una obsesión por el físico que les lleva a querer adelgazar, siendo este su principal objetivo, muchas veces poniendo en peligro sus propias vidas (Olesti, et al., 2008), es por eso que este tipo de trastorno se encuentra entre las enfermedades mentales de mayor letalidad (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz, 2003).

En los últimos años los TCA se han convertido en un importante problema sanitario, ya que los índices de prevalencia han aumentado de modo que cada vez afectan a población más joven, además suelen presentar comorbilidad con otros trastornos y si no reciben el tratamiento adecuado, tienden a cronificarse. (García - Camba, 2001). En consecuencia, debido a la rápida expansión social que han demostrado, esto hace que actualmente sean reconocidos a nivel mundial como un “problema de salud pública que requiere ser estudiado y atendido de manera específica y con cada vez mayor urgencia” (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004)

Este problema cobra especial importancia en el sexo femenino, ya que la proporción de mujeres afectadas es considerablemente mayor que la de hombres, hallándose una relación de cada nueve casos diagnosticados de TCA en el sexo femenino un único caso en el sexo masculino (Toro, 1996). Según algunos autores la causa de que esto sea así ha sido atribuida principalmente a factores sociales, sobre todo a la presión que se ejerce desde la publicidad y la moda para que el cuerpo femenino sea esbelto y a la vez, bien torneado (Toro, 1996; Striegel - Moore y Steiner - Adair, 2000; (Gandarillas, et al., 2003), aunque investigaciones recientes comienzan a reflejar incrementos en la prevalencia de conductas alimentarias no saludables así como preocupaciones relacionadas con el peso corporal y la figura en la población masculina (Camarillo, Cabada, Gómez y Munguía, 2013; Franco, Martínez, López - Espinoza, Aguilera y Valdés, 2010; Morán, Licea y Iñárritu, 2009), sin embargo, dichos incrementos raramente se han posicionado como un tema central, destacándose en cambio que prevalecen mayores porcentajes de riesgo de padecer un TCA entre las mujeres.

En la actualidad, dentro de los TCA, los que reciben el mayor número de nuevos diagnósticos al año son: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, entre los dos suman el 70% de trastornos relacionados con la alimentación, repartiéndose por partes iguales; el 30% restante se divide entre: trastornos de la conducta alimentaria no especificado, trastornos por atracón y obesidad (Tabla 1). Aunque destaca la ausencia de un estudio epidemiológico general (Pelaez, Raichy Labrador, 2010), sí que existen estudios por comunidades que nos muestran la tasa de prevalencia de estos trastornos. (Tabla 2)

Tabla 1.

*Diagnósticos de trastornos alimentarios en muestra clínica y UTCA Vila-real en porcentajes*

	A.N.		B.N.		T.C.A.N.E.	
	Sujetos	%	Sujetos	%	Sujetos	%
Muestra clínica	417	35	422	35	361	30
UTCA Villareal	9	15	19	32	32	53

A.N. = Anorexia Nerviosa; B.N. = Bulimia Nerviosa; T.C.A.N.E. = Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado

Tabla 2.

*Datos epidemiológicos sobre TCA en España, por comunidades.*

	Muestra	A.N.	B.N.	T.C.A.N.E.
	Sujetos	Índice	Índice	Índice
Madrid	1545	0.33%	2.35%	3.20%
Cataluña	2280	0.53%	0.44%	2.88%
Navarra	2862	0.30%	0.80%	3.10%
Aragón	4048	0.14%	0.55%	3.83%
Andalucía	1757	0.90%	0.70%	4.40%
Castilla la Mancha	1766	0.77%	1.38%	5.46%
Valencia	544	0.45%	0.41%	4.31%

Datos extraídos de: Peláez-Fernández, M. A., Raich, R. M. y Labrador, F. J. (2010). *Eating disorders in Spain: Revision of empirical epidemiological studies*. Mexican Journal of Eating Disorders 1, 62-75.

Las personas que padecen TCA se caracterizan por pensamientos anómalos vinculados a la comida y la figura que les provocan un intenso deseo de bajar de peso y un miedo excesivo a la obesidad, ya que cifran el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas (Turron, 1999), ello provoca que utilicen métodos para bajar de peso como realizar ejercicio físico de manera obsesiva, conductas de purga como pueden ser la provocación de vómitos o uso de laxantes y una forma de comer peculiar, con fuertes restricciones alimentarias (Beumont, Rusell y Touyz, 1993).

Comer no es un proceso automático, ya que está influenciado en gran medida por la cultura y la presión tanto social y psicológica percibidas por cada uno de nosotros (Nagy y Leavy, 2006). En esta línea, en los últimos años se han desarrollado teorías que evalúan diversos aspectos de la motivación para comer, ya que esta podría poner en peligro una alimentación saludable y un adecuado control del peso corporal (Van Strien, et al., 1986). Según algunos autores, la

aparición de este tipo de trastornos, puede estar provocada por el tipo de estilo de ingesta que se adopte (Braet y Van Strien, 1997), ya que esto determinará en gran medida el índice de masa corporal, la naturaleza del consumo, y resultados psicológicos como depresión o ansiedad (Burton, Smit y Lightowler, 2007; Porter y Johnson, 2011).

## Estilos de ingesta

Hay muchas variables que afectan a la aparición y mantenimiento de la obesidad, como los factores genéticos, biológicos, ambientales o psicológicos. Dentro de los psicológicos, es especialmente interesante el ámbito de los estilos de ingesta. Los estilos de ingesta son patrones estables que determinan la forma en la que nos relacionamos con la alimentación y se caracterizan porque no son la saciedad o el hambre los procesos que regulan la ingesta, sino otros, por lo que se ve menguada la capacidad de comer conscientemente (Snoek, Van Strien, Jan, Janssens y Engels, 2006). Dentro de los estilos de ingesta, se identifican como los más importantes el de comer emocional, el comer externo, y el restrictivo (Ouwens, Cebolla y Van Strien, 2012).

En los seres humanos, hay evidencia de diferencias individuales en la ingesta como respuesta a emociones negativas (Greeno y Wing, 1994) y está ampliamente demostrado que la activación emocional como la angustia afecta a la conducta alimentaria (Ganley, 1989). De acuerdo con la teoría psicósomática (Snoek, et al., 2006), cuando las personas que presentan este estilo de ingesta se encuentran emocionalmente excitadas o estresadas responden comiendo en exceso, en lugar de la reacción normal que sería perdiendo el apetito (Bruch, 1973). A este estilo de ingesta se le conoce como comer emocional ( Bruch , 1973 ; Greeno y Wing , 1994 ; Kaplan y Kaplan, 1957; Oliver y Wardle , 1999 ; Schachter , Goldman y Gordon, 1968). Sobre todo, las emociones en las que se ha visto una mayor relación con comer de manera excesiva son la soledad, sentimientos de fracaso o culpa y la depresión (Slochower, 1983; Ganley, 1989).

La siguiente teoría, se centra en el comer externo, establece que ciertas personas son más sensibles a las señales externas de alimentos que otros, y que por lo tanto, comen en respuesta a esa estimulación, independientemente de su estado interno de hambre o saciedad (Schachter y Rodin, 1974), siendo las personas con este estilo de ingesta quienes tienen una mayor probabilidad de comer después de ver anuncios de comida, como demostraron Halford, Gillespire y Brown (2004) con su experimento, donde los sujetos obesos reconocían más

anuncios de alimentos y esto se relacionó con una mayor ingesta después de la exposición a estos anuncios.

El estilo restrictivo se corresponde con la tercera y última teoría. Esta nos informa de que paradójicamente, las dietas pueden conducir a comer en exceso (Snoek, Van Strien, Janssens y Engels, 2007). Las personas que hacen dieta suprimen cognitivamente sus sensaciones de hambre y por lo tanto comen menos, sin embargo, cuando estas cogniciones finalizan, los comedores restrictivos son más propensos a comer en exceso, a esto se le llama contraregulación (Herman y Polivy, 1980; Polivy y Herman, 1985; Ruderman, 1986).

Algunos autores han relacionado los atracones (Fitzgibbon, Stolley y Kirschenbaum, 1993) y los estilos de ingesta de comer emocional (Koenders y Van Strien, 2011) y comer externo (Torres y Nowson, 2013; Hou, et al., 2011) con el aumento de peso y la recuperación de éste después de una pérdida exitosa. Aunque no hay datos sobre estimaciones de la prevalencia del comer emocional o externo, sí que hay evidencia de que estos estilo de ingesta son más comunes entre individuos obesos que entre individuos de peso normal (Patel y Schlundt, 2001). También ha quedado de manifiesto como los antojos de comer conducen a pensamientos obsesivos acerca de los alimentos y esto lleva al consumo impulsivo por parte de algunos individuos, con el consecuente riesgo de aumento de peso (May, Andrade, Batey, Berry y Kavanagh, 2010). Este tipo de conductas no suelen abordarse en intervenciones centradas en la pérdida de peso y esto puede ser el motivo de la falta de éxito de la intervención a largo plazo (Daubenmier, Kristeller y Hecht, 2011; Kristeller, y Wolever, 2011).

Son varias las hipótesis que proporcionan explicaciones sobre cómo estas conductas alimentarias están asociadas a las variaciones en el peso, una de ella es la teoría de los modelos de regulación afectiva (Aldao, Nolen - Hoeksema, y Schweizer, 2010; Wedig y Nock, 2010), según ella, los individuos pueden utilizar los estilos de ingesta como un mecanismo de adaptación en respuesta a la angustia psicológica y a su propia evaluación negativa (Spoor, Bekker, Van Strien y Van Heck, 2007), además propone que el pobre reconocimiento de las señales de hambre o saciedad pueden dar lugar a la incapacidad para autorregular la conducta alimentaria (Dalen, et al., 2010). Tradicionalmente estas cuestiones no se abordan en las intervenciones de pérdida de peso, que se centran de manera convencional en la restricción de la ingesta de calorías y determinado tipo de alimentos (Daubenmier, et al., 2011).

## Mindfulness

Por mindfulness se entiende "la capacidad de prestar atención de manera particular y en el momento presente, al cuerpo y la mente, con propósito, y sin juzgar "(Kabat - Zinn, 1994), permitiendo que nuestras experiencias se vayan desplegando momento a momento, aceptándolas como son. No implica rechazar las ideas ni intentar suprimirlas o controlarlas, aunque el término no tiene una definición exacta y ha sido definido de varias maneras según distintos autores, veamos algunos ejemplos: "es el mantenimiento de una consciencia viva a la realidad del momento presente" (Hanh, 1976) , "es el mantenimiento de una atención completa a la experiencia momento a momento" (Marlatt y Kristeller, 1999) , "es la observación no condenatoria del fluir de toda estimulación externa e interna tal como aparece" (Baer, 2003); aunque como afirma Guranatana (2002) "el significado de Mindfulness no puede ser capturado plenamente a través de las palabras, sino más bien vivenciándolo, ya que se trata de una experiencia no verbal y sutil".

Se han propuesto cinco mecanismos a través de los que actúa mindfulness y que explican su eficacia. Estos procesos son: regulación emocional reevaluación y regulación emocional exposición, extinción y reconsolidación, regulación de la atención, cambios en la perspectiva de uno mismo y conciencia corporal, (Hölzel, et al., 2011; Ulrich, 2011) teniendo este último una relación directa con los trastornos alimentarios (Probst, 1997), ya que se refiere a la capacidad para notar sensaciones corporales sutiles (Mehling, et al., 2009).

Son varios los programas que se basan en Mindfulness, entre los cuales se pueden destacar los siguientes: Mindfulness based stress reduction, (MBSR), (Kabat-Zin, 1990); Mindfulness based cognitive therapy, (MBCT), (Segal, Williams y Teasdale, 2002) y Mindfulness based relapse prevention, (MBRP), (Marlatt, 2005), Cabe destacar que en la actualidad existe un creciente interés en la aplicación de mindfulness en el tratamiento para los trastornos alimentarios (Corstorphine, 2006), ya que se ha encontrado que los sujetos que presentan niveles más altos de mindfulness eran menos propensos a padecer trastornos alimentarios (Lavander, Jardin, y Anderson, 2009) como la anorexia nerviosa (Heffner , Sperry , Eifert y Detweiler , 2002) , la bulimia nerviosa (Safer, Telch y Agras , 2001), y trastornos por atracón (Safer , Lock y Couturier , 2007), por lo tanto se ha sugerido que los métodos basados en la aceptación pueden ser un componente fundamental en el tratamiento de trastornos de la alimentación (Wilson, 1996).

La investigación nos aporta cada vez más evidencias científicas de técnicas de intervención basadas en mindfulness que demuestran su efectividad no solo para tratar trastornos de ansiedad o depresión (Hofman, Sawyer, Witt y Oh, 2010) sino también para los trastornos alimentarios. (Wanden - Berghe, Sanz - Valero, Wanden - Berghe, 2011; Kristeller y Hallett 1999). Aunque hay numerosos informes de casos y estudios de tratamiento que han proporcionado evidencia preliminar de la eficacia de estas nuevas terapias en el tratamiento del trastorno por atracón, así como en el tratamiento de la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa (Baer, Fischer y Huss, 2005). Son especialmente abundantes los estudios que demuestran los beneficios que aporta el mindfulness para frenar la ganancia de peso en el trastorno de la obesidad (Jacobs, Cardaciotto, Block-Lerner y McMahon, 2013).

### Relación entre Mindfulness y TCA

En los últimos años, el mindfulness se ha convertido en una nueva vía para modificar comportamientos alimentarios problemáticos, pudiendo fomentar una alimentación más sana. (Christian, Wan, Donatoni y Meier, 2014). Hay estudios que demuestran como el entrenamiento en mindfulness, incluso sin formación específica en mindful eating, (Godsey, 2013), puede animar a la gente a seleccionar el tamaño adecuado de las porciones que van a tomar, así como también ayuda a seleccionar alimentos más bajos en calorías (Brown, Ryan y Creswell, 2007), o porciones más pequeñas de aquellos alimentos que tengan una gran carga calórica (Beshara, Hutchinson, y Wilson, 2013)

Los pacientes con trastornos alimentarios tales como la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa tienden a estar constantemente preocupados por cuestiones como son la perfección, el control y la crítica a la que ellos mismos someten a su propio cuerpo (Richards, Hardman y Berrett, 2007). Estos tipo de rumiaciones son tan abrumadoras que pueden llegar a controlar todas las acciones, creencias, pensamientos y emociones de quienes los padecen (Lewinsohn, Striegel - Moore y Seeley, 2000). En ese aspecto, la práctica de mindfulness es efectiva para mejorar las habilidades de regulación emocional (Hamilton, Kitzman y Guyotte, 2006), ya que permite a quienes la practican dirigir su atención hacia sus objetivos y no quedarse bloqueados en los pensamientos negativos (Karoly, 1999). A su vez, la observación de la emoción que se produce durante el proceso de meditación puede mejorar la familiaridad del meditador con sus emociones negativas y aumentar la tolerancia hacia estas, reduciendo la magnitud y duración de las sensaciones desagradables (Thayer, Friedman y Borkovec, 1996).

Por otra parte también permite conocer mejor las sensaciones corporales, distinguiendo entre la sensación de hambre y la excitación emocional o por señales externas, lo que a su vez, permite disminuir los antojos relacionados con la comida (Alberts, Mulkens, Smeets y Thewissen, 2010) y disminuye el número de atracones (Sojcher, Gould y Perlman, 2012), lo que a su vez conduce a una disminución en el índice de masa corporal (Tapper, et al., 2009).

### Mindful eating

El mindful eating es el componente básico que se enseña en los programas basados en el entrenamiento de mindfulness para comer de manera consciente (Kristeller y Hallett, 1999) Esto consiste en aplicar la técnica de mindfulness en todo lo que tiene que ver con el proceso de la alimentación, como puede ser la elección de alimentos de modo consciente, desarrollar la diferenciación entre hambre física y psicológica, identificar las señales de saciedad, y comer saludablemente en función de estas (Grimm y Steinle, 2011).

Hasta el momento actual, hay evidencia de como el entrenamiento en mindful eating es eficaz en la disminución de episodios de atracones (Courbasson, Nishikawa y Shapira, 2011; Smith, Shelley, Leahigh y Vanleit, 2006), mejorando la regulación emocional (Leahey, Crowther y Irwin, 2008) y el propio autocontrol con respecto a la comida, así como también se ha demostrado eficaz en la disminución de síntomas depresivos (Kristeller y Wolever, 2011), esto se debe a que los participantes de intervenciones basadas en mindful eating muestran por una parte aumentos estadísticamente significativas en las medidas de atención y contención del pensamiento acerca de comer, y por otra, disminuciones estadísticamente significativas en estrés, afecto negativo e impulsividad.

A pesar de los estudios que demuestran la eficacia del mindfulness para el tratamiento de los trastornos alimentarios (Vanleit, 2006), todavía no existe ningún estudio que nos aporte datos sobre el nivel de mindful eating que presentan los pacientes con trastornos alimentarios en comparación con un grupo control.

El objetivo de este trabajo es estudiar si los sujetos diagnosticados con algún trastorno alimentario presentan el mismo grado de mindful eating que la población control.

## Método

### *Participantes*

La muestra clínica está compuesta por 15 pacientes de sexo femenino diagnosticadas de un trastorno alimentario según los criterios del DSM-V (APA, 2013), repartiéndose de la siguiente manera: 5 diagnosticadas de bulimia nerviosa, 7 diagnosticadas de anorexia nerviosa, y 3 diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria sin especificar. La media de edad en este grupo es de 21,15 y la desviación típica de 4,66. El máximo de edad son 27 años y el mínimo 18. El grupo control está formado por 45 participantes, también de sexo femenino, con una media de edad de 24.35 y desviación típica de 7,42. En este grupo la edad máxima se sitúa en 53 y la mínima en 14.

### *Instrumentos*

Para llevar a cabo el presente estudio se utilizaron los siguientes cuestionarios:

*Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ); Van Strien, et al., 1986), el cual mediante 20 ítems con 5 alternativas de respuesta tipo likert cada una, que van desde “nunca” a “muy a menudo” (Baños, et al., 2011) evalúa los tres estilos de ingesta, con siete ítems para evaluar el estilo restrictivo (ejemplo: “¿usted come menos de forma intencionada con el fin de no ganar peso?”, seis ítems para evaluar el comer emocional (ejemplo: “¿Cuándo estás irritado sientes el deseo de comer?”) y los otros siete restantes para evaluar el comer externo (ejemplo: “si la comida huele bien, y tiene buen aspecto, ¿comes más de lo habitual?”) (Doeschka, et al., 2009).

*Mindful Eating Questionnaire* (MEQ) (Framson, et al., 2009) es un cuestionario compuesto por 28 ítems que evalúan el grado de *mindfuleating* que presentan los sujetos, o lo que es lo mismo, el nivel de conciencia que presentan en las sensaciones físicas y emocionales que se producen en torno a la alimentación (Framson, et al., 2009), agrupándolos en cinco factores: desinhibición, darse cuenta, señales externas, respuesta emocional y distracción. Para responder se utiliza una escala tipo likert, con cuatro opciones de respuesta que van desde: 1 = nunca, 2 = algunas veces, 3 = a menudo, hasta, 4 = siempre.

### *Procedimiento*

La muestra de participantes diagnosticados con TCA se recogió en la unidad de trastornos alimentarios de Vila-real, dependiente del Consorcio Hospitalario del Hospital Provincial de Castellón, durante los meses de diciembre de 2014 y enero de 2015. Las usuarias del centro de día, todas ellas mayores de edad, aceptaron voluntariamente formar parte de la investigación cumplimentando los cuestionarios en papel y dando su consentimiento por escrito. Para el grupo

control, se generó una plataforma online, que contenía la batería de cuestionarios y se difundió mediante redes sociales para llegar al mayor número de participantes posible.

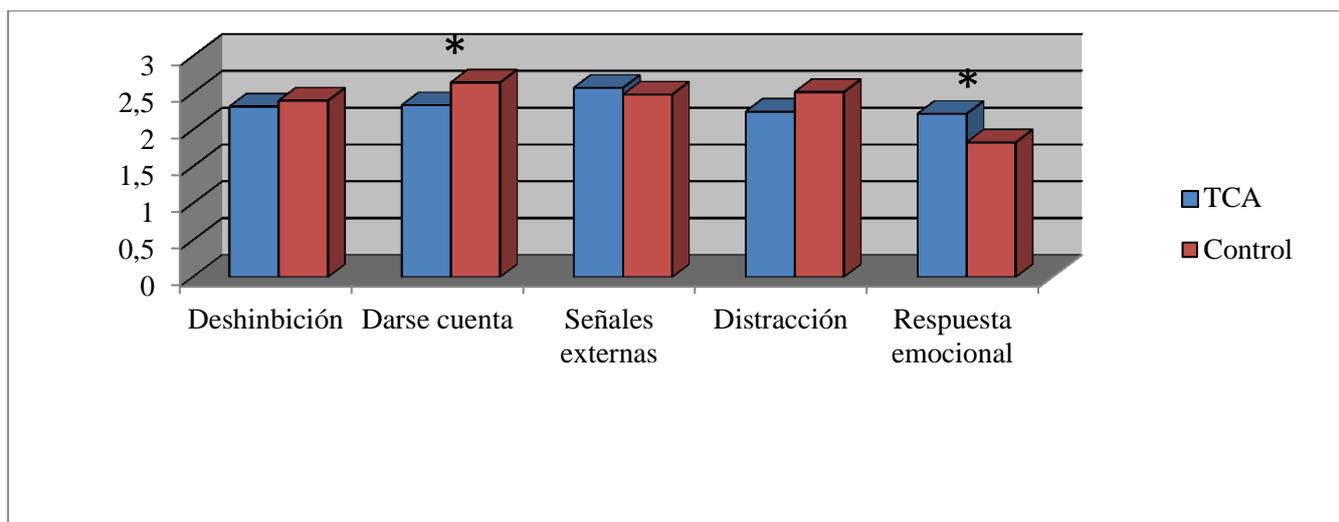
### *Análisis de datos*

Se llevó a cabo un análisis de varianza para contrastar la hipótesis nula de que las medias de ambos grupos eran iguales, para los cinco factores que componen el MEQ (desinhibición, darse cuenta, señales externas, respuesta emocional y distracción). Del mismo modo, para explorar la relación entre ambos cuestionarios, se calculó la correlación entre los factores que forman el MEQ (desinhibición, darse cuenta, señales externas, respuesta emocional y distracción), y los estilos de ingesta del DEBQ (restrictivo, emocional y externo) inter e intracuestionarios.

## **Resultados**

Para analizar si existen diferencias significativas entre las personas diagnosticadas de TCA y la población control, se ha llevado a cabo un ANOVA univariante. Los resultados muestran que se dan diferencias significativas en el factor "darse cuenta" [ $F(1,59) = 4,043$ ;  $p < ,05$ ] y en el factor "respuesta emocional" [ $F(1,59) = 3,872$ ;  $p < ,05$ ]. En cambio en los otros tres factores no hay diferencias significativas, ni para el factor "desinhibición" [ $F(1,59) = 0,438$ ;  $p > ,05$ ], ni el factor "distracción" [ $F(1,59) = 2,108$ ;  $p > ,05$ ], ni en "señales externas" [ $F(1,59) = 0,301$ ;  $p > ,05$ ]. (Figura 1).

Figura 1. Comparación de las medias para TCA y Control en los factores del MEQ



Al calcular las correlaciones se observó como las puntuaciones más altas se dan entre los tres estilos de ingesta ("emocional", "restrictivo" y "externo") y el factor "respuesta emocional", y una relación significativa negativa entre el estilo de ingesta externo y el factor darse cuenta. Tanto el factor "comer emocional" con el factor "comer externo", se da la correlación más alta, de 0.82, para una  $p = 0,05$ . También es de 0.82, para una  $p = 0,05$ , la correlación que se da entre el factor "comer externo" con el factor "comer restrictivo". En cambio la correlación del factor "Comer emocional" con el factor "comer restrictivo", la correlación es algo menor, de 0.68 para  $p = 0,05$ .

También son significativas algunas correlaciones que se dan entre factores del DEBQ y del MEQ. Entre el factor "comer externo" del DEBQ y el factor del MEQ de "respuesta emocional" existe una correlación de 0,66 para  $p = 0,05$ . Algo menor es la correlación que se da entre el factor "comer restrictivo" del DEBQ y el factor "respuesta emocional" del MEQ, siendo de 0,58, para una  $p = 0,05$ , ligeramente superior a la correlación existente entre el factor "comer emocional" del DEBQ y el factor del MEQ "respuesta emocional", 0,56 para  $p = 0,05$ . Es importante destacar la correlación negativa que se da entre el factor "comer externo" del DEBQ y el factor "darse cuenta" del MEQ, siendo de -0.31, para una  $p = 0,05$ .

Entre los propios factores del MEQ también se producen correlaciones significativas, sobre todo para el factor deshinibición, como la existente entre "deshinibición" y "respuesta emocional", de 0,40 para  $p = 0,05$ ; seguida de la correlación entre "deshinibición" con "señales externas" de 0.37,  $p = 0,05$ ; y "deshinibición" con "darse cuenta", de 0,28, para  $p = 0,05$ . Y por último, también es significativa la correlación que se da entre "señales externas" y "respuesta emocional", siendo de 0,33, para  $p = 0,05$ . (Tabla 3).

Tabla 3. *Correlaciones entre factores del MEQ y DEBQ*

	Comer emocional	Comer externo	Comer restrictivo	Deshinibición	Darse cuenta	Distracción	Señales externas
Externo	,824*						
Restrictivo	,681*	,820*					
Desinhibición	,023	,065	,159				
Darse cuenta	-,118	-,313*	-,234	,285*			
Distracción	,187	,255	,236	,197	-,109		
Señales externas	,315	,239	,258	,375*	,229	,040	
Respuesta emocional	,569*	,666*	,587*	,402*	-,213	,241	,334*

\* Correlación significativa al nivel 0,05

## **Discusión**

A partir de los resultados obtenidos en el análisis de correlaciones entre estilos de ingesta y factores de minful eating, observamos como una mayor tendencia a mindful eating correlaciona negativamente con los tres estilos de ingesta.

Además, los resultados que hemos obtenido nos muestran que los participantes con TCA obtuvieron una puntuación significativamente mayor que el grupo control en el factor "respuesta emocional", lo que se interpreta como que cuando están tristes o estresados comen para sentirse mejor y picotean sin darse cuenta y sin poder evitarlo. Por otra parte, podemos observar que los pacientes con TCA obtuvieron una puntuación significativamente menor en "darse cuenta", lo que significa que este grupo presenta mayor dificultad para detectar aspectos sutiles de la ingesta, por lo que no aprecian los colores u olores de la comida, ni tampoco la saborean cuando se alimentan.

## **Conclusión**

El objetivo del que partíamos en este trabajo era el de comprobar si los pacientes con TCA tienen el mismo grado de mindful eating que el grupo control. Después de realizar el presente estudio hemos descubierto que las pacientes con trastornos alimentarios presentan menor grado de mindful eating que el grupo control para el factor "darse cuenta", cumpliéndose así nuestra hipótesis de partida para este factor. También se han encontrado diferencias significativas en el factor "respuesta emocional", para el cual, las participantes con TCA obtuvieron una puntuación mayor que el grupo control con el que se compararon.

Estos resultados pueden proporcionar apoyo a la eficacia de una intervención basada en mindfulness para tratar los problemas alimentarios, ya que los hallazgos nos muestran como un aumento de la conciencia en la experiencia de la alimentación se correlaciona negativamente con los estilos de ingesta, y estos a su vez se relacionan con la aparición de TCA (Braet y Van Strien, 1997).

Algunas de las limitaciones con las que me he encontrado en este estudio son que puesto que se trata de un estudio pionero de mindful eating y estilos de ingesta, no se pueden contrastar los datos con otros estudios para ver si coinciden, por lo tanto, serían necesarias más investigaciones en esta línea para ver si los resultados posteriores son consistentes con los aquí

hallados. Otras limitaciones con la que me he encontrado tienen que ver con la muestra. En primer lugar, el número de participantes con TCA, ya que al tratarse este de un número relativamente pequeño, sería aventurado decir que representan de manera fiel a la población. Por otra parte, también podrían realizarse un estudio más en profundidad con el que extraer datos más precisos, si se analizaran los TCA por separado y no en conjunto, como se ha hecho en este estudio, ya que no podemos asegurar que la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o los trastornos sin especificar tengan el mismo grado de mindful eating, a pesar de pertenecer a la misma categoría diagnóstica, y por último, otra limitación ha sido el no conocer el índice de masa corporal de las participantes, ya que de ese modo podríamos analizar si existe alguna correlación entre este y el grado de mindful eating aquí estudiado.

Si se abordaran estas limitaciones en las futuras investigaciones se podría ayudar a conocer con más precisión y fiabilidad la relación entre mindful eating y estilos de ingesta, para de ese modo, poder buscar nuevas vías de afrontamiento que tengan un fuerte y efectivo impacto en el tratamiento de un tipo de trastornos tan importantes como son los trastornos alimentarios.

## Referencias

- 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.
- Aldao, A., Nolen - Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*; 30: 217–237.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, DC. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Baños, R., Cebolla, A., Etchemendy, E., Felipe, S., Rasal, P. y Botella, C. (2011). Validation of the dutch eating behavior questionnaire for children (DEBQ-C) for use with Spanish children. *Nutr. Hosp* 26 (4), 890-898.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-142.
- Baer, R. A., Fischer, S., y Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 281–300.
- 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.
- Beumont, P., Rusell, J., y Touyz, S.W. (1993). Treatment of anorexia nervosa. *The lancet*, 341.
- Braet, C. y Van Strien, T. (1997). Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nint to twelve - year old obese and non -obese children. *Behavior Research Theory* ;35:863–873.
- Brown, K., Ryan, R. y Creswell, J. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, pp. 211–237.
- Bruch, H. (1973). *Hunger awareness and individuation*. Eating Disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within, New York: Basic Books, Inc., Publishers. pp. 44–65.
- Burton, P., Smit, H.J. y Lightowler H.J. (2007). The influence of external eating behavior on overeating: mediation by food cravings. *Appetite*, 49, 191-197.
- Camarillo, N., Cabada, E., Gómez, A. y Munguía, E. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 51–55.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, (2004). Guía de Trastornos Alimenticios Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México, DF.
- 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.
- Dalen, J., Smith, B., Shelley, B., Sloan, A., 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. *Complement Ther Med*; 18: 260–264.
- Daubennier, J., Kristeller, J. y Hecht, F. (2011). Mindfulness intervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: an exploratory randomized controlled study. *J Obes*, 651936.
- Del Rio, C., Borda, M., Torres, I. y Lozano, J. F., (2002). Conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Rev. Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente*, 1(2),1-10.
- Dios de Vega, J.L. (2000). Factores de vulnerabilidad en los TCA. *I Congreso Virtual de Psiquiatría* . Conferencia 24-CI-C.
- Doeschka, J., Anschutz, A., Van Strien, T., Monique O.M., Van De Ven, A., Rutger C. y Engels, A. (2009). Eating styles and energy intake in young women. *Appetite* 53 119–122.
- Framson, C., Kristal, A., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S. y Benitez, D. (2009). Development and validation of the Mindful Eating Questionnaire. *J Am Diet Assoc*; 109 (8): 1439-44.
- Franco, K., Martínez, A., Díaz, F., López-Espinoza, J., Aguilera, V. y Valdés, E. (2010). Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, pp. 102–111.
- Fitzgibbon, M., Stolley, M. y Kirschenbaum, D. (1993). Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Health Psychol*; 12: 342.
- Fulton, R. P. y Siegel, D. R. (2005). Buddhist and western psychology: Seeking common ground. En C.K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 28-51). Nueva York: Guilford Press.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B Sepúlveda, A. y Muñoz, P. (2003). *Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*, Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, Madrid, España.

- Ganley, R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 343–361.
- García-Camba, E. (2001). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. *Anorexia nerviosa bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona. Masson.
- García Reyna, I. (2004). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos con y sin diabetes mellitus tipo 1*. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Garfinkel, P.E., Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*, Brunner & Mazel, Nueva York.
- 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.
- Greeno, C. G. & Wing, R. R. (1994). Stress - induced eating. *Psychological Bulletin*, 115(3), 444–464.
- Grimm, E. y Steinle, N. (2011). Genetics of Eating Behavior: Established and Emerging Concepts. *Nutr Rev.*; 69(1): 52–60.
- Guranatana, B. (2002). *Mindfulness in plain English*. Somerville, MA: Wisdom Publications.
- Halford, J. C. G., Gillespie, J., Brown, V., Pontin, E. E., y Dovey, T. M. (2004). The effect of television (TV) food advertisements / commercials on food consumption in children. *Appetite*, 42(2), 221–225.
- Halmi, K.A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. y Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.
- 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.
- Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness*. New York: Bantam.
- 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, 232–236.
- Herzog, D., Keller, M., Lavori, Ph.W., Kenny, G.M. y Sacks, N.R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *J. Clin. Psychiatry*, 52, 147-52.
- Hofman, S., Sawyer, A., Witt, A. y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness - based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult ClinPsychol*, 78 (2), pp. 169–183.
- Holland, A.J., Sicotte, N. y Treasure, J. (1988). Anorexia nervosa: evidence for a genetic basis. *J Psychosom Res*, 32, 561 71.

- Hölzel, B., Sara, W., Tim, G., Zev Schuman-Olivier, David, R. y Ulrich, O. (2011) *How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective*. *Perspectives on Psychological Science* 6: 537.
- Hou, R., Mogg, K. y Bradley, B. (2011). Moss-Morris R, Peveler R, Roefs A. External eating, impulsivity and attentional bias to food cues. *Appetite-Kidlington* 2011; 56: 424–427.
- 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.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (1994). Mindfulness meditation for everyday life. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós (Orig. 2005).
- Kaplan, H. y Kaplan, H. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 125, 181–201.
- Karoly, P. (1999). A goal – systems – self - regulatory perspective on personality, psychopathology, and change. *Review of General Psychology*, 3, 264-291.
- Kristeller, J. y Hallett, C. (1999). An exploratory study of a meditation - based intervention for binge eating disorder. *J Health Psychol*, 4 (3) pp. 357–363.
- Kristeller, J. y Wolever, R. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disord*; 19: 49–61.
- Koenders, P. y Van Strien, T. (2011) Emotional eating, rather than lifestyle behavior, drives weight gain in a prospective study in 1562 employees. *J Occup Environ Med*; 53: 1287–1293.
- 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.
- Lázaro, L. y Toro, J. (1999). Aspectos epidemiológicos, sociales y culturales de los Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Aula Med. Psiquiatría*, 1, 3, 205-19.
- 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.
- Marlatt, G. y Kristeller, J. (1999). Mindfulness and meditation. En W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Marlatt, G. A. y Donovan D. M. (2005). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- May, J., Andrade, J., Batey, H., Berry, L. y Kavanagh, D. (2010). Less food for thought. Impact of attentional instructions on intrusive thoughts about snack foods. *Appetite*; 55: 279–287.
- Mehling, W.E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C.J., Hecht, F.M. y Stewart, A. (2009). *Body awareness: Construct and self-report measures*. PLoS ONE, 4, e5614.
- Morán, I., Licea, V. y Iñárritu, M. (2009). Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios. *Revista Médica Del Hospital General de México*, 72 (2), pp. 68–72.
- Nagy, S. y Leavy, P. (2006). *The mass marketing of disordered eating and Eating Disorders: The social psychology of women, thinness and culture*. Chestnut Hill College, Boston, Massachusetts, United States; 29(2):208-224.
- Olesti, M., Piñol, J., Martín, N., De la Fuente, M., Riera, A., Bofarull, J. y Ricomá, G. (2008). Prevalence of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other eating disorders in adolescent girls in reus (Spain). *Anales de Pediatría*. Volume 68, Issue 1. Pages 18–23.
- Oliver, G. y Wardle, J. (1999). Perceive deffects of stress on food intake. *Physiology and Behavior*, 66(3), 511–515.
- Ouwens, M., Cebolla, A. y Van Strien, T., (2012). Eating style, television viewing and snacking in pre-adolescent children. *Nutr. Hosp.*;27(4):1072-8.
- Patel, K. y Schlundt, D., (2001). Impact of moods and social context on eating behavior. *Appetite*; 36: 111–118.
- Peláez-Fernández, M. A., Raich, R. M. y Labrador, F. J. (2010). Eating disorders in Spain: Revision of empirical epidemiological studies. *Mexican Journal of Eating Disorders* 1, 62-75.
- Richards, P., Hardman, R. y Berrett, M. E. (2007). *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Polivy, J. y Herman, P. (1985). Dieting and bingeing, a causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193 – 201.
- Probst, M. (1997). *Body experience in eating disorder patients*. Tesis doctoral, Katholieke Universiteit Leuven, Lovaina (Bélgica).
- Råstam, M. (1999). Personality and Eating Disorders II Congreso A.E.T.C.A. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 26, 107-108.
- Romay, R. (2002). Estudio sobre la anorexia nerviosa en adolescentes de 11 a 16 años. *Interpsiquis*, 1.

- Ruderman, A. J. (1986). Dietary restraint: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 99(2), 247 – 262.
- Safer, D. L., Telch, C. F. y Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 101–106.
- 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.
- Schachter, S., Goldman, R. y Gordon, A. (1968). Effect of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10(2), 91–97.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Serrato, G., (2000). *Anorexia y bulimia. Trastornos de la conducta alimentaria*. Libro-Hobby-Club, Madrid.
- Slochower, J. (1983). *Excessive Eating, The Role of Emotions and Environment, Vol. 3 Human Sciences Press*, New York, NY.
- 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.
- Snoek, H., Van Strien, T., Janssens, J. y Engels, R. (2006). The effect of television viewing on adolescents snacking: Individual differences explained by external, restrained and emotional eating. *J Adolesc Health*; 39: 448-511.
- Snoek, H., Van Strien, T., Janssens, J. y Engels, R. (2007). Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. *Scand J Psychol*; 48: 23-32.
- 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.
- Spoor, S., Bekker, M., Van Strien, T. y Van Heck, G. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*; 48: 368–376.
- Striegel-Moore, R. y Steiner-Adair, C. (2000) Prevención primaria de los trastornos alimentarios: nuevas consideraciones con una perspectiva feminista *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*, Ediciones Granica, Barcelona, pp. 13–37.
- Tapper, K., Shaw, C., Ilsley, 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.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Editorial Ariel, Barcelona.
- Torres, S. y Nowson. C. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*; 23: 887–894.
- Turron, V.J. (1997). Trastorno de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona. Masson
- Van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G. y Defares, P. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and External Eating behavior. *Int J EAT Disord*; 5: 295-315.
- Vandereycken, W., Kog, E. y Vanderlinden, J. (1989). The family approach to eating disorders. PMA Publishing Corp, Nueva York.
- Wanden - Berghe, R., Sanz-Valero, J. y Wanden-Berghe, C. (2011) The application of mindfulness to eating disorders treatment: A systematic review. *Eat Disord*, 19 (1) pp. 34–48.
- Wedig, M. y Nock, M. (2010). The functional assessment of maladaptive behaviors: a preliminary evaluation of binge eating and purging among women. *Psychiatry Res*; 178: 518–524.
- Wilson, G y Clement, P. (1996). The binge - purge syndrome. Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. New York. *Behavior Therapy*, 27, 417-439.