



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de
Valladolid
Grado en Enfermería
Trabajo Fin de Grado
Curso 2017/18**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:
"EFECTIVIDAD DE UN
PROGRAMA DE MINDFULNESS
EN LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA"**

Alumna: María Miguel del Cura

Tutora: M^a Begoña Becoechea Gómez



RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías psiquiátricas complejas de carácter biopsicosocial. Muestran un 5% de incidencia, considerándose la tercera enfermedad crónica en los adolescentes. Estos trastornos producen un deterioro de la salud física y psicosocial y se vinculan con la aparición de signos y síntomas psicopatológicos como: depresión, ansiedad, estrés, etc.

Mindfulness persigue una mejor autorregulación emocional y de la atención, sin elaborar juicios. Esto puede mitigar los efectos presentes en los TCA (control, perfección, autocrítica, pensamientos dicotómicos) e interiorizar en sus sensaciones y emociones fisiológicas.

Existe evidencia de que las IBM, mediante terapias independientes, demuestran beneficios sobre síntomas particulares en sub-diagnósticos de TCA, pero no se han encontrado estudios que hayan evaluado globalmente los beneficios de mindfulness en todos los diagnósticos de TCA

OBJETIVO. El propósito principal es evaluar la efectividad de un programa basado en técnicas de mindfulness (M&TCA) para mejorar la sintomatología asociada a los TCA.

METODOLOGIA. Estudio prospectivo, longitudinal de tipo cuasiexperimental pre/post-intervención con asignación de conveniencia de 11 pacientes adolescentes diagnosticados de TCA del HCU de Valladolid. Se propone la implantación de un programa, basado en el modelo de Jon Kabat – Zinn, con duración de 8 semanas donde se evaluará mediante escalas validadas: nivel de ansiedad, depresión, estrés, autoestima y aceptación de la imagen corporal y atención plena.

CONCLUSIÓN / APLICABILIDAD A LA PRÁCTICA CLÍNICA. Si la intervención propuesta demuestra ser efectiva, podría implantarse de forma sistemática en otras unidades de atención a los TCA y permitirá emplearse de manera preventiva en el ámbito escolar.

Palabras clave: mindfulness, trastornos de alimentación, imagen corporal, depresión y ansiedad.



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE ABREVIATURAS	I
1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. HIPÓTESIS.....	6
4. OBJETIVOS.....	6
5. METODOLOGÍA.....	7
5.1. Diseño del estudio.....	7
5.2. Lugar y período de estudio	7
5.3. Población a estudio. Selección de la muestra	7
5.4. Cálculo del tamaño muestral	7
5.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	7
5.6. Descripción de la intervención	8
5.7. Cronograma	12
5.8. Variables e instrumentos de medida	13
5.8.1. Variables del estudio	13
5.8.2. Instrumentos de medida	13
5.8.3. Recogida y medición de variables	14
5.9. Control de sesgos	15
5.10. Análisis estadístico	15
5.11. Consideraciones ético – legales.....	16
5.12. Recursos y presupuesto	16
6. RESULTADOS A ESPERAR.....	17
6.1. Aplicabilidad y utilidad para la práctica clínica	17
6.2. Limitaciones y fortalezas del estudio.....	17
6.3. Líneas de investigación futuras	18



7. CONCLUSIONES	18
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
9. ANEXOS.....	23
Anexo I. Consentimiento informado	23
Anexo II. Hoja de recogida de datos.....	24
Anexo III. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	25
Anexo IV. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	26
Anexo V. Escala de Estrés Percibido (EPP-14).....	29
Anexo VI. Body Shape Questionnaire (BSQ)	30
Anexo VII. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)	32
Anexo VIII. Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ).....	33



ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso

AN: Anorexia Nerviosa.

ANp: Anorexia Nerviosa Purgativa

ANr: Anorexia Nerviosa Restrictiva

AP: Atención Plena

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck

BDI-II: Inventario de Depresión de Beck

BN: Bulimia Nerviosa

BSQ: Cuestionario de la Forma Corporal / Body Shape Questionnaire

CIEC: Comité Ético de Investigación Clínica

DBT: Terapia Conductual Dialéctica

DSM-V-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg

EPP-14: Escala de Estrés Percibido

FFMQ: Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas

HCUV: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

HDPIJ: Hospital de Día de Psiquiatría Infanto – Juvenil

IBM: Intervenciones basadas en Mindfulness

IMC: Índice de Masa Corporal

MBCT: Mindfulness basado en la Terapia Cognitiva

MB-EAT: Entrenamiento en mindfulness para comer de manera consciente /
Mindfulness Based Eating Awareness Training

MBRS: Mindfulness basado en la Reducción de Stress / Mindfulness Based Stress
Reduction

M&TCA: Programa basado en técnicas de Mindfulness para los TCA

TA: Trastornos por Atracón

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria

TCANE: Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Conceptualización y diagnóstico

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son patologías psiquiátricas complejas de carácter biopsicosocial, caracterizados por la presencia de alteraciones graves en el patrón o en el comportamiento relacionado con la alimentación, que producen un deterioro significativo en la salud física y psicosocial. (1)

En la actualidad, los TCA suponen un problema relevante de Salud Pública en los países desarrollados debido a su: alta prevalencia y comorbilidad, curso clínico prolongado con tendencia a la cronicidad, la necesidad de tratamiento pluri e interdisciplinario y la frecuente hospitalización de los pacientes. (2)

Su etiopatogenia es compleja y desconocida, pero podría decirse que es multifactorial, tras la combinación de factores: predisponentes (socio-culturales, rasgos de personalidad), desencadenantes (acciones traumáticas) y de mantenimiento del cuadro clínico (consecuencias físicas y psíquicas de inanición), entre otros. (3)

Existe la creencia errónea de que los TCA son la simple negación de comer. En realidad, coexiste un pensamiento obsesivo por la delgadez que genera una conducta impulsiva de restricción alimentaria; creando por tanto una distorsión de la imagen corporal y una negación absoluta de la realidad. (4)

Los TCA se vinculan con la aparición de signos y síntomas psicopatológicos como: depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, retraimiento social, baja autoestima, mala gestión del estrés, trastorno obsesivo-compulsivo, excesiva rigidez, perfeccionismo, incluso conductas suicidas. (5) Y es frecuente que estos pacientes carezcan de conciencia de enfermedad, siendo más difícil así su adherencia terapéutica. (6)

La Asociación América de Psiquiatría (APA), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V-TR) incluye diversos TCA. El presente estudio se centrará en: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastornos por Atracón (TA) y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE). (7)



1.1.1. Anorexia Nerviosa (AN)

La AN se caracteriza por restricciones de la ingesta calórica debido a un miedo intenso a engordar vinculado a una distorsión de su constitución corporal, generando un bajo peso corporal. (8) Presenta dos subtipos de diagnóstico: Tipo Restrictivo (ANr), en el que no se manifiestan episodios recurrentes de atracones o purgas en los últimos tres meses, sino que se presenta una pérdida de peso relacionada con el ayuno y/o ejercicio y Tipo Purgativo (ANp), donde se recurre a atracones o purgas (vómitos auto-provocados, laxantes, etc.) (7)

1.1.2. Bulimia Nerviosa (BN)

En la BN, existe cierta preocupación por la forma del cuerpo y el peso pero de manera más leve, sin la inanición extrema que se produce en la AN. (8) Existen episodios recurrentes de atracones incontrolados, al menos una vez por semana durante tres meses, que ocasionan comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso. (7)

1.1.3. Trastorno por Atracón (TA)

En los TA, aparecen episodios de ingesta compulsiva (atracones) con la misma temporalidad que en la BN. Pero se diferencian en que no se producen conductas compensatorias y existe una pérdida de control de la ingesta, debido a que en poco tiempo se consumen grandes cantidades de alimentos, siendo frecuente el aumento de peso corporal. (9)

1.1.4. Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE)

Son aquellos que poseen síntomas característicos de los TCA que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, pero no cumplen todos los criterios de diagnóstico de la DSM-V-TR. (10)

1.2. Epidemiología

Los TCA constituyen la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes con una incidencia del 5%. (6) Afectan preferentemente a la población adolescente femenina, con una incidencia máxima entre los 15 – 25 años, pero esto no descarta que puedan manifestarse en cualquier etapa vital. (3) Se ha observado una tendencia creciente en el sexo masculino en los últimos años, siendo la relación de 1 hombre afectado por cada 9 mujeres. (1)



Los datos de prevalencia en los Estados Unidos de América, según la DSM-V-TR, se corresponden con un 0,4% en mujeres jóvenes y con proporción mujeres/hombres de 10:1 para la AN. La BN en mujeres y varones jóvenes se sitúa en torno al 1% y 0,1% respectivamente. En los TA es de 1,6% en mujeres adultas y del 0,8% en hombre. Los TCANE son los más prevalentes, afectan entre el 3 y el 5%. (7)

En España, concretamente en la ciudad de Valladolid, la prevalencia estimada en adolescentes de 12 – 18 años, es de 6,42% en mujeres (1,09% AN; 0,77% BN; 4,32% TCANE y TA 0,24%) y de 1,7% en varones (0,11% AN; 1,59% TCANE). (11)

1.3. Mindfulness

El mindfulness tiene raíces budistas de hace más de 2.500 años, de donde se extraen las técnicas zen y meditativas. (12) Contemporáneamente, la práctica de la meditación basada en mindfulness – o también denominado en el ámbito hispano hablante como Atención o Conciencia Plena (AP) – inició su desarrollo en 1979 en la Universidad de Massachusetts (Estados Unidos de América) gracias a Jon Kabat – Zinn, con la creación de un programa que consta de ocho semanas de entrenamiento para tratar el dolor crónico, conocido como Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). (13)

Mindfulness se ha descrito como "la conciencia que emerge de prestar atención de forma deliberada y en el momento presente al cuerpo y a la mente – incluyendo sensaciones, emociones o pensamientos – con propósito y sin juicio elaborativo de la experiencia que despliega momento a momento". (14)

Se identifican distintos usos del término "mindfulness". Éste puede utilizarse para describir: 1) el constructo teórico de mindfulness (prestar atención al cuerpo y superar la disociación mente-cuerpo), 2) la práctica de cultivar atención (p.e: meditación) y/o 3) el proceso psicológico de ser consciente (focalizar la atención en nuestro organismo y conducta, p.e: nuestra propia respiración). (15)

Como se ha comentado anteriormente, el modelo MBSR de Kabat Zinn propone entrenar a los sujetos mediante cuatro prácticas básicas: escaneo corporal o "body scan", meditación sentada, meditación caminando y yoga. (13) El fin que persigue es desarrollar una mejor autorregulación emocional y de la atención, así como transformar la autoconsciencia para mitigar ese "piloto automático" en el que se encuentra nuestra mente



en conciencia ordinaria. (16) Busca interferir en el flujo de los pensamientos negativos para no dejarnos arrastrar por ellos y así alcanzar un bienestar emocional y mejorar la perspectiva de uno mismo. (17)

1.4. Relación entre Mindfulness y salud – TCA

En el contexto psicoterapéutico, las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) han resultado ser beneficiosas en problemas de salud como: trastornos de ansiedad y depresión (18), angustia y estrés mediante MBSR (19), adicciones (20), trastornos de personalidad (21), cáncer de mama (22) y enfermedades cerebrovasculares entre otros. (23)

Los pacientes que sufren TCA tienden constantemente a estar preocupados por cuestiones como la perfección, el control y la crítica a la que ellos mismos someten a su propio cuerpo. Esto condiciona todas sus acciones, creencias, pensamiento y emociones. (24)

La meta de mindfulness consiste en crear una atención consciente tanto a la información procedente de los cinco sentidos como a las señales que provienen del interior del cuerpo, del mundo físico interno y de la actividad mental, es decir, de las emociones, sentimientos y pensamientos. Trata de observar la realidad presente en cada persona, sin elaborar juicios sobre ella. Según la definición de Jon Kabat-Zinn, “mindfulness significa prestar atención de una manera especial: intencionalmente, en el momento presente y sin juzgar”. Por tanto, mindfulness minimizaría la mirada autocrítica, el afán de control y el constante auto-juicio que predomina en los TCA y que les impide conectar con sus sensaciones/emociones físicas y corporales. (14, 25)



2. JUSTIFICACIÓN

Existe evidencia científica sobre la influencia del mindfulness en los factores de desarrollo y mantenimiento de los TCA, así como en la regulación emocional de las personas que los padecen. (24)

La literatura científica confirma la efectividad de las distintas terapias y/o programas basados en mindfulness en disminuir los síntomas asociados a los TCA. Se han encontrado estudios que demuestran que la terapia conductual dialéctica (DBT) reduce la tasa de ingesta compulsiva, la abstinencia, la preocupación por el peso y la figura en los TA. (26) Otros afirman beneficios en la BN, en relación a episodios de atracones objetivos y las conductas de purgas, (27) pero no muestra diferencias significativas en el nivel de ansiedad, depresión y autoestima. (28).

También en los TA, la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) y el programa de entrenamiento para comer de manera consciente (MB-EAT) aseguran una reducción de los atracones. (29, 30) El MB-EAT además garantiza una disminución del nivel de depresión y aumento de autoestima. (31)

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) en comparación con el tratamiento habitual, empleado en la AN y en los TCANE, tras 5 años de seguimiento, no confirma la mejoría mantenida en el tiempo frente al tratamiento habitual, con respecto al: IMC, depresión, autoestima y aceptación corporal. (32)

Existe evidencia de que las IBM, mediante terapias independientes, demuestran beneficios sobre síntomas particulares en sub-diagnósticos de TCA, pero no se han encontrado estudios que hayan evaluado globalmente los beneficios de mindfulness en todos los diagnósticos de TCA.

El estudio propone diseñar un programa aplicado a un grupo de pacientes afectados de los distintos sub-diagnósticos de TCA, con el fin de mostrar su efecto en los signos y síntomas vinculados a estas patologías como son: la ansiedad, la depresión y el estrés. Además de verificar si se generan cambios en su bienestar en relación con la autoestima, la imagen corporal y el IMC.



3. HIPÓTESIS

La implantación de una intervención basada en el programa MBRS de John Kabat –Zinn, aplicada a personas con TCA, puede generar cambios en los signos y síntomas como ansiedad, depresión y stress, así además de mejorar su bienestar, aceptación corporal, autoestima y el IMC.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar la efectividad de un programa basado en técnicas de mindfulness (M&TCA) para mejorar la sintomatología asociada a los TCA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mostrar cambios en el nivel de ansiedad, depresión y stress.
- Verificar una mayor aceptación corporal.
- Determinar el incremento de autoestima personal en los pacientes con TCA.
- Identificar variaciones en el índice de masa corporal.
- Establecer el nivel de atención plena alcanzado por los pacientes.



5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño del estudio

Estudio prospectivo, longitudinal de tipo cuasiexperimental pre/post-intervención.

5.2. Lugar y período de estudio

El estudio se llevará a cabo en el Hospital de Día de Psiquiatría Infanto – Juvenil (HDPIJ), del Hospital del Clínico Universitario de Valladolid (HCUV), que cuenta con un programa de atención a niños y adolescentes con TCA. La duración del estudio será de 12 meses.

5.3. Población a estudio. Selección de la muestra

Los sujetos a estudio serán pacientes entre 12 y 18 años, diagnosticados de TCA, que en el momento de iniciar la investigación estén siendo tratados en el Servicio de HDPIJ del HCUV.

La obtención de la muestra se realizará por muestreo de conveniencia. Estará formada por 11 individuos que serán reclutados, a partir de aquellos propuestos por la psiquiatra del HDPIJ de acuerdo a los criterios de inclusión/exclusión.

5.4. Cálculo del tamaño muestral

Aplicando la intervención a una muestra de 11 individuos, permitirá cometer un error en la estimación de la media poblacional no superior a 9 unidades, con una seguridad del 95% en el resultado de la ansiedad (BAI), variable principal del estudio. Para la obtención de este tamaño muestral se utilizará una desviación típica de la reducción de ansiedad en torno a 14,51. (33) Con el fin de compensar las posibles pérdidas, se incrementará en un 10% el tamaño de la muestra.

5.5. Criterios de inclusión y exclusión

Serán incluidos en el estudio: pacientes diagnosticados de TCA de acuerdo a los criterios de DSM-V-TR, de ambos sexos y con edades comprendidas entre 12 y 18 años (ambos inclusive).



Excluiremos a aquellos sujetos que presenten: IMC menor o igual a 16, otro diagnóstico de trastorno mental, riesgo de conductas autolíticas y/o abuso de sustancias tóxicas.

5.6. Descripción de la intervención

- Realización del diseño del proyecto y adaptación del programa basado en MBRS de Jon Kabat – Zinn.
- Se solicitarán los permisos al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del HCUV.

Fase pre – intervención: Reclutamiento y primera evaluación

- Periodo de reclutamiento. Los candidatos propuestos por la psiquiatra de HDPIJ acudirán a la consulta de enfermería para ser informados del alcance del estudio, ofreciéndoles la posibilidad de asistir de forma voluntaria a participar en el programa "M&TCA". Tras verificar los criterios de inclusión/exclusión serán aceptados en el estudio hasta completar la muestra (n=11).
 - Se recabará el consentimiento informado de los sujetos y/o padres, tutores legales (para aquellos pacientes menores de 18 años). Tras su rúbrica, se les dará una copia firmada del mismo para recordarles las condiciones acordadas y su revocación si fuese oportuna. (Anexo I)
 - Se realizada la recogida de variables independientes a partir de las historias clínicas. (Anexo II)
- Primera evaluación. Finalizado el reclutamiento, una semana previa a iniciar la intervención, la enfermera citará a los pacientes para realizar la primera valoración.
 - Se medirán las siguientes variables: peso, talla y cálculo del IMC. Serán pesados y tallados individualmente en ropa interior y de espaldas a la báscula, para que no puedan ver su peso y evitar así su ansiedad. Y se anotarán los valores en la hoja de registro. (Anexo II)
 - En la sala de usos múltiples del HDPIJ, se les entregarán los correspondientes cuestionarios y/o escalas (BAI, BDI-II, FFQM, EAR, EPP-14 y BSQ). Éstos



serán cumplimentados de manera individual. (Anexo III - VIII) Y se les informará del lugar y la hora en que dará comienzo el programa.

- El registro de los resultados de los test (Anexo II), se realizará durante dos días.

Fase intervención: Programa M&TCA

Será llevada a cabo por la enfermera de Salud Mental del HDPIJ, con formación específica en Mindfulness. El programa constará de ocho sesiones impartidas en el HDPIJ, una vez por semana y con duración aproximada de 90 minutos cada sesión.

Desarrollo de las sesiones:

- Sesión 1 – "Primer contacto". Se realizará la presentación del profesional y de los participantes con el fin de interactuar y darse a conocer. El profesional expondrá con ayuda de soporte informático los conocimientos clave sobre Mindfulness, ¿qué es, en qué consiste?, ¿qué sufrimos/sentimos en los TCA? y los beneficios que podemos obtener con la AP.
- Sesión 2 – "Meditar es respirar". El objetivo de esta sesión es meditar en posición sentada, se creará un ambiente de relajación (luz tenue, música) para introducir las técnicas de respiración y prestar atención a ésta.
- Sesión 3 – "Explora (té), siente (té)". Se basa en realizar una exploración corporal o "body scan" prestando atención a las diferentes áreas corporales (sentirlas) con el fin de generar un elevado estado de conciencia acerca de las fortalezas y limitaciones del cuerpo físico.
- Sesión 4 – "Hatha yoga". Consiste en emplear yoga o mindfulness del movimiento corporal para prestar atención a la respiración y a los movimientos físicos corporales, mientras se realizan ejercicios de estiramiento.
- Sesión 5 – "Mira (té)". Se propone un examen crítico oral del propio cuerpo de manera individual (donde el resto del grupo adquiera el rol de espectador), para emitir lo que el "loro de tu mente" siempre dice de éste. Se realizará antes/después de la meditación en posición sentada para comparar emociones.
- Sesión 6 – "R-medita". Consta del mismo contenido que la sesión nº 2.



- Sesión 7 – "Cuando la mente gana la batalla". Tiene como fin meditar caminando y profundizar en la alimentación consciente. Se efectuará de la misma manera que la meditación sentada pero con el sobreañadido de mantener entre tus manos un alimento que rechaces o por el que tengas ansia, con el fin de conocer las sensaciones físicas y emocionales que éste produce. Finalmente, se anotará en papel qué sientes cuando comes y que es lo que tu mente "te dice".
- Sesión 8 – "Quiere (té)". Se trabajará el autoconocimiento y el grado de aceptación corporal, mediante el empleo del "body scan". Al finalizar, se reflejará en papel aquellas características personales y corporales que nos agradan/desagradan de nosotros mismos.

Al final de cada sesión, excepto en la primera, se realizará una puesta en común de los sentimientos, ideas, pensamientos manifestados por cada participante durante la realización de dichas técnicas.

Se recomendará a los pacientes, que realicen estos ejercicios en casa durante 30 minutos, para cultivar las prácticas meditativas garantizando así un entrenamiento continuo y no se quede meramente en lo realizado en las sesiones. Para ello, se les entregará unas instrucciones con los ejercicios y material de audio.

Fase post – intervención: Segunda evaluación y control a los 6 meses

- iii) Segunda evaluación. Se realizará a la semana de finalizar las sesiones del programa.
- Tendrá lugar en la consulta de enfermería. Se volverá a medir el peso y la talla medirá con la misma báscula y de la misma forma que en la primera evaluación y se calculará el valor de IMC. Se recogerán los datos en la hoja de registro. (Anexo II)
 - En la sala de usos múltiples del HDPIJ, se les entregará nuevamente los cuestionarios/escalas mencionados anteriormente. (Anexo III - VIII) El registro de resultados se efectuará durante dos días. (Anexo II)



- iv) Control y evaluación a los 6 meses. A los seis meses los pacientes serán citados en la consulta de enfermería de Salud Mental del HCUV para una evaluación de control. Se seguirá el mismo procedimiento de evaluación mencionado anteriormente.

Fase de análisis

Se analizarán los datos obtenidos de la pre/post-intervención y serán comparados con los resultados recogidos a los seis meses tras ser analizados.

Publicación y Divulgación

Una vez examinados los resultados serán utilizados para presentaciones a congresos, sesiones de enfermería y/o ser publicados en revistas científicas.



5.7. Cronograma

ACTIVIDADES DEL PROYECTO	AÑO 2018					AÑO 2019															AÑO 2020																																												
	MES					JULIO					DICIEMBRE					ENERO					FEBRERO					MARZO					ABRIL					MAYO					JUNIO					NOVIEMBRE					DICIEMBRE					ENERO					FEBRERO				
	SEM	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5									
Diseño proyecto y adaptación programa	█	█	█	█	█																																																												
Pedida de permisos al CEIC						█	█	█	█	█																																																							
Fase pre-intervención																█	█	█	█	█																																													
Periodo de reclutamiento																█	█	█	█	█																																													
Primera evaluación																																																																	
Fase intervención: programa M&TCA																																																																	
Fase post-intervención																																																																	
Segunda evaluación																																																																	
Fase de análisis I																																																																	
Control – Evaluación																																																																	
Fase de análisis II (6 meses)																																																																	
Redacción de informe																																																																	
Publicación y divulgación																																																																	



5.8. Variables e instrumentos de medida

5.8.1. Variables del estudio

VARIABLES DEPENDIENTES

- Nivel de ansiedad.
- Nivel de depresión.
- Nivel de estrés.
- Grado de insatisfacción corporal.
- Nivel de autoestima.
- Peso.
- Talla.
- IMC.
- Grado de atención plena.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios y nacionalidad).
- Tipo de diagnóstico de TCA (ANR, ANP, BN, TA y/o TCANE).

5.8.2. Instrumentos de medida

Los instrumentos utilizados serán los siguientes:

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): versión española y validada (34). Autoaplicado que valora la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad. Cuenta con 21 ítems tipo Likert con cuatro grados de respuesta (1= nada, 2= poco, 3= bastante, 4= mucho). Cuya puntuación total se clasifica de: 0 – 7 mínima, 8 – 15 leve, 16 – 25 moderada, 26 – 63 grave. (34)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II): versión validada y española (35). Autoaplicado de 21 ítems, con formato de respuesta tipo Likert con cuatro niveles (de 0 a 3), se emplea para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. La corrección de las puntuaciones sobre la intensidad de la depresión es: 0 – 13 mínima, 14 – 19 leve, 20 – 28 moderada y 29 – 63 grave. (36)



- Escala de estrés percibido (EEP-14): autoadministrada que evalúa el grado en que las situaciones de la vida son percibidas como estresantes durante el último mes. Consta de 14 ítems con un formato de respuesta tipo Likert en una escala de cinco puntos (1= nunca, 2= casi nunca, 3= de vez en cuando, 4= a menudo, 5= muy a menudo). A mayor puntuación, mayor nivel de estrés percibido. (37)
- Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ): versión adaptación española. (38) Autoadministrado, evalúa la preocupación por el peso y la imagen corporal, es decir, la insatisfacción producida por el propio cuerpo. Consta de 34 ítems con seis grados de respuestas (1= nunca, 2= raramente, 3= algunas veces, 4= a menudo, 5= muy a menudo, 6= siempre). Las puntuaciones iguales o superiores a 105, se consideran de riesgo. (38)
- Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): versión validada y española. (39) Autoadministrada, que evalúa la autoestima personal (sentimientos de valía y de respeto a sí mismo). Consta de 10 ítems con cinco niveles de respuesta, de los ítems 1 – 5 las respuestas se puntúan de 4 a 1 y los ítems restantes, se valoran de 1 a 4. (39)
- Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ): versión válida y española. (40) Autoadministrada, consta de 39 ítems y mide la tendencia que tienen las personas en vida diaria a estar en atención plena en base a cinco sub-escalas (observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar y no reactividad). Los valores totales más altos, indican una mejor conciencia plena. (41)
- Báscula electrónica digital con tallímetro incorporado modelo TCS-200RT-Cavory®.
- Índice de Masa Corporal o de Quetelet (IMC): evalúa el estado nutricional y es la relación entre el peso expresado en kilogramos y el cuadrado de la estatura, expresada en metros. Un IMC menor a 18,5 y a 16, se considera peso insuficiente y delgadez severa, respectivamente. (42)

5.8.3. Recogida y medición de variables

Se obtendrán de las historias clínicas las variables independientes y la medición de las variables dependientes se realizará utilizando los instrumentos ya descritos. Esto se realizará antes/después de la intervención y en un control de seguimiento, que se realizará



a los seis meses para verificar si se mantiene el posible beneficio adquirido de la intervención. Los datos obtenidos serán anotados en una hoja de registro. (Anexo II)

5.9. Control de sesgos

Para evitar sesgos de selección la inclusión de los individuos en el estudio se realizará de forma consecutiva.

Al no existir grupo control no será posible eliminar del efecto global de la intervención la parte debida a que los individuos sepan que están recibiendo una intervención.

La utilización de escalas validadas y la medición de parámetros físicos por el mismo profesional, o en su defecto por un profesional previamente entrenado, utilizando los mismos instrumentos y de forma estandarizada permitirán controlar posibles sesgos de medición.

5.10. Análisis estadístico

Los resultados obtenidos antes y después de la intervención en las variables dependientes cuantitativas, se resumirán con medidas de localización y dispersión.

Se realizará un contraste de hipótesis bajo situación de normalidad, tras efectuar el análisis de Kolmogorov – Smirnov de las variables numéricas, por medio de la T de Student para datos apareados con el fin de contrastar el cambio en las variables dependientes tras la intervención. En el caso de que la comprobación anterior evidenciara alejamiento de la normalidad utilizaríamos el test de los rangos con signo de Wilcoxon.

Se estudiará la relación de cada variable dependiente con las variables sociodemográficas y el tipo de TCA mediante el análisis de la varianza y el coeficiente de correlación de Pearson según corresponda por la naturaleza de las variables. En el caso mencionado de alejamiento de la normalidad utilizaríamos el test de Mann–Whitney y el coeficiente de correlación de Spearman. Se consideraran como estadísticamente significativos valores de p inferiores a 0.05.

Se realizará el análisis de los resultados mediante el empleo del software SPSS Statistics v.23 para Windows.



5.11. Consideraciones ético – legales

Se pedirá permiso al CEIC del HCUV. El estudio se llevará a cabo bajo los principios éticos, de investigaciones médicas en seres humanos, establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964.

Se garantizará la protección de datos personales de los individuos, éstos serán empleados únicamente por el equipo de investigación, de acuerdo con lo expuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y su Reglamento de desarrollo RD 1720/2007 y el consentimiento informado cumple con Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Además se contempla la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información documentación clínica.

5.12. Recursos y presupuesto

Recursos humanos, forman parte de la plantilla del hospital:

- Una enfermera para la obtención de datos e implantación del programa.
- Un estadístico de la Unidad de Investigación del HCUV.
- Una psiquiatra del HDPIJ.

Recursos materiales, los cuales serán aportados por el hospital:

- Instalaciones: sala de usos múltiples del HDPIJ y consulta de enfermería de Salud Mental.
- Ordenador con proyector y equipo de sonido.
- Colchonetas.
- Espejo.
- Material fungible: Fotocopias (cuestionarios y consentimiento informado), bolígrafos.
- Informáticos: Programa estadístico SPSS Statistics versión 23.0 para Windows.

Presupuesto

El proyecto no requerirá financiación económica puesto que los recursos y gastos derivados forman parte de la dotación del servicio en su tarea asistencial.



6. RESULTADOS A ESPERAR

Cabe esperar que el programa M&TCA resulte eficaz en todos los sub-diagnósticos de TCA, de modo que se obtenga una reducción en el nivel de ansiedad, depresión y estrés. Así como una mayor aceptación corporal, mejora de la autoestima y un incremento del IMC, tras paliar el contenido de los pensamientos negativos tan frecuente, gracias a un mayor nivel de atención plena, en pacientes propensos a TCA. (43)

También se esperara que la aplicación de esta intervención mejore relación terapéutica profesional – paciente gracias a un creciente grado de complicidad a lo largo del desarrollo de las sesiones y a la adquisición de una mayor autorregulación emocional de los pacientes que sufren TCA.

6.1. Aplicabilidad y utilidad para la práctica clínica

La adaptación de este programa para tratar las manifestaciones clínicas de los TCA supone un complemento a otras terapias, lo que conlleva a una reducción de la dependencia de otros recursos de salud y del consumo de fármacos. Esto minimizará los costes relacionados con la enfermedad.

Por tanto podría implantarse el programa M&TCA de manera sistemáticamente en otras unidades de atención a los TCA, tanto a nivel de Atención Primaria como Especializada, debido a la sencillez y a los escasos costes que éste generaría. Además de establecerse como programa preventivo de los TCA en el ámbito escolar.

Para ello habría que considerar la conveniencia de implementar programas de formación en estas técnicas para profesionales de enfermería especialistas de salud mental.

6.2. Limitaciones y fortalezas del estudio

La principal limitación que se presenta es la homogeneidad y el escaso tamaño de la muestra, dado que solo es representativa del HCUV, hecho que puede limitar la extrapolación de las conclusiones.

La dificultad de acceso a ciertas fuentes de la literatura científica no gratuitas y el idioma en el que se presentan las mismas (excluyendo inglés y/o castellano) generan también ciertas limitaciones.



Como fortalezas, cabe destacar que la propuesta grupal fomentaría la motivación e implicación de los participantes en dicha intervención.

El hecho de efectuar un control a los seis meses, permite valorar los efectos y la aplicación de mindfulness en la vida diaria. La enseñanza de conocimiento y ejercicios de entrenamientos básicos de mindfulness, además permitirán su empleo en cualquier acontecimiento vital estresante que presenten estos pacientes.

6.3. Líneas de investigación futuras

Sería necesario realizar estudios comparativos de la aplicación del M&TCA con grupo control. Y efectuar estudios que evalúen la evolución a medio y largo plazo para verificar que los beneficios obtenidos con estas técnicas se mantienen en el tiempo.

También realizar investigaciones que analicen el beneficio de la participación de los familiares (como participantes) en dichas técnicas de mindfulness, dado que es importante que los padres/madres entiendan todos los aspectos de la enfermedad de sus hijo/as y les den el apoyo extra-hospitalario que necesitan. Por eso es necesario que estos tengan cierta información y formación en la referente al mindfulness y a los TCA.

Finalmente, sería interesante comprobar la efectividad de M&TCA frente a otras terapias farmacológicas y/o alternativas como musicoterapia, arteterapia, etc.

7. CONCLUSIONES

Los TCA causan un gran deterioro a nivel biopsicosocial. La ausencia de control emocional y los pensamientos dicotómicos característicos de los TCA impiden conectar con la realidad de sus emociones/sensaciones.

Resulta relevante demostrar la efectividad de mindfulness en paliar toda la sintomatología asociada a estos trastornos.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Madruga D, Leis R, Lambruschini N. Trastornos del comportamiento alimentario : Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protoc Gastroenterol Hepatol y Nutr* [Internet]. 2010 [citado 22 de noviembre de 2017]; 325-39. Disponible en: <https://bit.ly/1A6LRXj>
2. Muñoz MT. Trastornos del comportamiento alimentario. *Protoc diagn ter pediater*. 2011;1:255-67.
3. Vargas MJ. Trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Medica Costa Rica y Centroam*. 2013;70(607):475-82.
4. Fernandes MH. The body in anorexia and bulimia. *Rev Latinoam Psicopat Fund*. 2012;15(3):668-82.
5. Fernández Delgado A, Jáuregui Lobera I. Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *JONNPR*. 2016;1(2):71-80.
6. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2011 [citado 22 de noviembre de 2017]; 22(1):85-97. Disponible en: <https://bit.ly/2rwOwrw>
7. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 2014. 1000 p.
8. Lavender J, Wonderlich S, Engel S, Gordon K, Kaye W, Mitchell J. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2015 [citado 22 de noviembre de 2017]; 40:111-22. Disponible en: <https://bit.ly/2wqjG9E>
9. García A. El trastorno por atracón en el DSM-5. *C Med Psicosom*. 2014;(110):70-4.
10. Vázquez R, Aguilar X, Ocampo MT, Mancilla-Díaz JM. Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Rev Mex Trastor Aliment* [Internet]. 2015 [citado 13 de diciembre de 2017]; 6(2):108-20. Disponible en: <https://bit.ly/2rwt7zE>
11. Roncero Imaz C, Ballesteros Alcalde M, González Higuera M, Conde López V. Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008; 36(2):75-81.
12. Santachita A, Vargas ML. Mindfulness en perspectiva. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2015 [citado 13 de diciembre de 2017]; 35(127):541-53. Disponible en: <https://bit.ly/2Ir5sue>
13. Moscoso M, Lengacher C. Mecanismos neurocognitivos de la terapia basada en Mindfulness. *Liberabit* [Internet]. 2015 [citado 27 de diciembre de 2017]; 21(2):221-33. Disponible en: <https://bit.ly/2I3MScC>
14. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. 1.ª ed. New York, NY: Batman Books; 2013. 722 p.
15. Moñivas Lázaro A, García Diex G, García de Silva R. Mindfulness (Atención plena): concepto y teoría mindfulness. *Portularia: Rev Trab Soc* [Internet]. 2012 [citado 3 de enero de 2018]; (12):83-9. Disponible en: <https://bit.ly/2I2vvZ7>



16. Hervás G, Cebolla A, Soler J. Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud* [Internet]. 2016 [citado 3 de enero de 2018]; 27(3):115-24. Disponible en: <https://bit.ly/2ICVpSF>
17. Mañas I. Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*. 2007;40(1):26-34.
18. Miró MT, Perestelo-Pérez L, Pérez J, Rivero M, González A, Serrano P, et al. Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *RPPC* [Internet]. 2011 [citado 18 de enero de 2018]; 16(1):1-16. Disponible en: <https://bit.ly/2KR26Pc>
19. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J Psychosom Res* [Internet]. 2015 [citado 14 de mayo de 2018]; 78(6):519-28. Disponible en: <https://bit.ly/2GfAY9g>
20. Chiesa A, Serretti A. Are Mindfulness based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2014 [citado 14 de marzo de 2018]; 49(5):492-512. Disponible en: <https://bit.ly/2rGvCzg>
21. Cuevas C, López AG. Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Int J Psychol Psychol Ther* [Internet]. 2012 [citado 14 de marzo de 2018]; 12(1):97-114. Disponible en: <https://bit.ly/2DMpFJj>
22. Zainal NZ, Booth S, Huppert FA. The efficacy of mindfulness based stress reduction on mental health of breast cancer patients: a meta-analysis. *Psychooncology* [Internet]. 2013 [citado 14 de marzo de 2018]; 22(7):1457-65. Disponible en: <https://bit.ly/2kQck6l>
23. Lawrence M, Booth J, Mercer S, Crawford E. A systematic review of the benefits of mindfulness based interventions following transient ischemic attack and stroke. *Int J Stroke* [Internet]. 2013 [citado 14 de marzo de 2018]; 8(6):465-74. Disponible en: <https://bit.ly/2wHIGJG>
24. Butryn ML, Juarascio A, Shaw J, Kerrigan SG, Clark V, O'Planick A, et al. Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. *Eat Behav* [Internet]. 2013 [citado 11 de mayo de 2018]; 14(1):13-6. Disponible en: <https://bit.ly/2IexhGN>
25. Bayón-Perez C, Bonan V. Trastornos de la conducta alimentaria e intervenciones psicoterapéuticas que incorporan mindfulness. En: *Mindfulness en la práctica clínica*. 3ª. Bilbao; 2012. p. 209-40.
26. Masson PC, von Ranson KM, Wallace LM, Safer DL. A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behav Res Ther* [Internet]. 2013 [citado 14 de marzo de 2018]; 51(11):723-8. Disponible en: <https://bit.ly/2jX3bZO>
27. Chen EY, Matthews L, Allen C, Kuo JR, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *Int J Eat Disord*. 2008;41(6):505-12.



28. Safer DL, Telch CF, Agras SW. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2001 [citado 13 de marzo de 2018]; 158(4):632-4. Disponible en: <https://bit.ly/2GfeNzZ>
29. Baer RA, Fischer S, Huss DB. Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *J Ration Emot Cogn Behav Ther* [Internet]. 2005 [citado 13 de enero de 2018]; 23(4):281-300. Disponible en: <https://bit.ly/2L17wrl>
30. Courbasson CM, Nishikawa Y, Shapira LB. Mindfulness action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eat Disord* [Internet]. 2011 [citado 7 de mayo de 2018]; 19(1):17-33. Disponible en: <https://bit.ly/2jJuuGP>
31. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disord*. 2011;19(1):49-61.
32. Parling T, Cernvall M, Ramklint M, Holmgren S, Ghaderi A. A randomised trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anorexia Nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 [citado 10 de mayo de 2018]; 16:272. Disponible en: <https://bit.ly/2JmKnyl>
33. De la Torre A, Miró E, Martínez MP. Calidad subjetiva de sueño en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Rev Apunt Psicol*. 2013;31(1):11-20.
34. Sanz J, García Vera MP, Fortún M. El "Inventario de ansiedad de Beck" (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicol Conduct*. 2012;20(3):563-83.
35. Sanz J, García Vera MP, Espinosa R, Fortún M, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud* [Internet]. 2005 [citado 14 de marzo de 2018]; 16(2):121-42. Disponible en: <https://bit.ly/2I0s314>
36. Amaro R, Apolos E, Rodríguez F. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*. 2015;4(2):71-8.
37. Remon E. Psychometric properties of a european spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*. 2006;9(1):83-93.
38. Latorre Román PA, López Munera R, Izquierdo Rus T, García Pinillos F. La satisfacción corporal en adultos españoles, influencia del sexo, edad y estado ponderal. *RIDEP* [Internet]. 2018 [citado 1 de mayo de 2018]; 2(47):83-94. Disponible en: <https://bit.ly/2GS5oyO>
39. Vázquez AJ, Jiménez R, Vázquez. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol* [Internet]. 2004 [citado 14 de abril de 2018]; 22(2):247-55. Disponible en: <https://bit.ly/2jLR8hW>



40. Cebolla A, García-Palacios A, Soler J, Guillen V, Baños R, Botella C. Psychometric properties of the spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Eur J Psychiat* [Internet]. 2012 [citado 14 de abril de 2018]; 26(2):118-26. Disponible en: <https://bit.ly/2KYSXUQ>
41. Martín A, Rodríguez T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix J. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gac Sanit* [Internet]. 2013 [citado 14 de marzo de 2018]; 27(6):521-8. Disponible en: <https://bit.ly/2jVgcTF>
42. Choque Choquehuanca MD, Choque Duran CC. Estudio comparativo de sobrepeso y obesidad mediante el índice de masa corporal en estudiantes del Colegio Manuel Vicente Ballivian y personas adultas de 20 a 32 años La Paz-Bolivia 2015. *RevCsFarm y Bioq*. 2016;4(2):93-104.
43. Verplanken B, Tangelder Y. No body is perfect: The significance of habitual negative thinking about appearance for body dissatisfaction, eating disorder propensity, self-esteem and snacking. *Psychol Health* [Internet]. 2011 [citado 10 de mayo de 2018]; 26(6):685-701. Disponible en: <https://bit.ly/2sCpOXq>



9. ANEXOS

Anexo I. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO

Estudio: “Eficacia del Mindfulness en los Trastornos de la Conducta alimentaria”

Yo, _____

(nombre y apellidos de paciente o representante legal)

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

Han contestado satisfactoriamente a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran aclaradas.

He hablado del estudio con _____

(nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL
EN CALIDAD DE (Parentesco, tutor legal, etc.)

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)

Yo, _____ revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado con fecha _____

Firma:



Anexo II. Hoja de recogida de datos

Sujeto	Nº 1	Nº 2	Nº 3	Nº 4	Nº 5	Nº 6	Nº 7	Nº 8	Nº 9	Nº 10	Nº 11
Edad											
Sexo											
Nivel de estudios											
Nacionalidad											
Sub-diagnóstico TCA											
BAI											
Pre-Interv.											
Post-Interv.											
Control (6m)											
BDI-II											
Pre-Interv.											
Post-Interv.											
Control (6m)											
EPP-14											
Pre-Interv.											
Post-Interv.											
Control (6m)											
BSQ											
Pre-Interv.											
Post-Interv.											
Control (6m)											
EAR											
Pre-Interv.											
Post-Interv.											
Control (6m)											
Peso											
Pre-Interv.											
Post-Interv.											
Control (6m)											
Talla											
Pre-Interv.											
Post-Interv.											
Control (6m)											
IMC											
Pre-Interv.											
Post-Interv.											
Control (6m)											
FFMQ											
Pre-Interv.											
Post-Interv.											
Control (6m)											



Anexo III. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrucciones: Coloque una "X" en el espacio correspondiente de las columnas que hay al lado de cada síntoma de ansiedad.

	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1. Entumecimiento u hormigueo				
2. Sensación de calor o escalofríos				
3. Temblor en las piernas				
4. Incapacidad para relajarse				
5. Miedo a que ocurra lo peor				
6. Vértigo o mareo				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad				
9. Terror				
10. Nervios				
11. Sensaciones de ahogo atragantamiento				
12. Temblor de manos				
13. Miedo a perder el control o volverse loco				
14. Dificultades para respirar o asfixia				
15. Miedo a morir				
16. Pánico				
17. Náuseas o molestias abdominales				
18. Indigestión o molestias gástricas				
19. Sensación de desmayo				
20. Rubor en la cara				
21. Sudor (no debido al calor)				
PUNTUACIÓN TOTAL				



Anexo IV. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles para cada ítem. Señale la afirmación de cada grupo que mejor describe cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Puede marcar varias opciones.

1. No me siento triste
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.



8. No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía llorar.
 - Ahora lloro más que antes.
 - Lloro continuamente.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - Me siento irritado continuamente.
 - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 - Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 - Evito tomar decisiones más que antes.
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 - Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 - Creo que tengo un aspecto horrible.
15. Trabajo igual que antes.
 - Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 - Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 - No puedo hacer nada en absoluto.



16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

PUNTUACIÓN TOTAL

**Anexo V. Escala de Estrés Percibido (EPP-14)**

Instrucciones: Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. Por favor indique con una “X” cómo se ha sentido usted en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4
PUNTUACIÓN TOTAL					

**Anexo VI. Body Shape Questionnaire (BSQ)**

Instrucciones: Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura corporal en las últimas cuatro semanas. Indique... 1) Nunca, 2) Raramente, 3) Alguna vez, 4) A menudo, 5) Muy a menudo y 6) Siempre

1. Cuando te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura?	
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	
4. ¿Has tenido miedo a engordar?	
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	
6. Sentirte llena (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gorda?	
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?	
9. Estar con chicas delgadas, ¿te ha hecho fijar en tu figura?	
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	
11. El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda?	
12. Al fijarte en la figura de otras chicas, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación)?	
14. Estar desnuda (por ejemplo cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda?	
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda?	
18. ¿Has evitado ir actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?	
20. ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?	
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?	



22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?	
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?	
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estomago?	
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?	
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?	
27. Cuando estas con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?	
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga piel de naranja (celulitis)?	
29. Verte reflejada en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?	
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías?	
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	
32. ¿Ha tomado laxantes para sentirte más delgada?	
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?	
PUNTUACIÓN TOTAL	



Anexo VII. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

Instrucciones: Por favor, marque con una "X" la respuesta que considere más apropiada. A) Muy de acuerdo, B) De acuerdo, C) En desacuerdo y D) Muy en desacuerdo.

	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				
PUNTUACIÓN TOTAL				

**Anexo VIII. Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ)**

Instrucciones: Por favor, marque con una "X", según clasifique las siguientes frases. 1) Nunca o muy rara vez es verdad, 2) Rara vez es verdad, 3) Algunas veces es verdad, 4) A menudo es verdad y 5) Muy a menudo o siempre es verdad.

1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse.	1	2	3	4	5
2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3. Me critico a mí mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas.	1	2	3	4	5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin la necesidad de tener que reaccionar ante ellas.	1	2	3	4	5
5. Mientras estoy haciendo algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
6. Cuando me doy una ducha o un baño, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.	1	2	3	4	5
7. Puedo expresar fácilmente con palabras mis creencias, opiniones, sentimientos y expectativas.	1	2	3	4	5
8. No presto atención a lo que estoy haciendo porque estoy soñando despierto, preocupado o distraído.	1	2	3	4	5
9. Puedo observar mis sentimientos, sin perderme en ellos.	1	2	3	4	5
10. Me digo a mí mismo que no debería sentirme de la manera en que me siento.	1	2	3	4	5
11. Me doy cuenta de cómo los alimentos y las bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	1	2	3	4	5
12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento o pienso.	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de esa manera.	1	2	3	4	5
15. Presto atención a las sensaciones que produce, por ejemplo, el viento en el pelo o el sol en la cara.	1	2	3	4	5
16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente como me siento.	1	2	3	4	5
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	1	2	3	4	5
18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente.	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo pensamientos angustiosos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás y ser consciente del pensamiento o la imagen sin que me atrape.	1	2	3	4	5
20. Presto atención a sonidos como el “tic-tac” del reloj, el canto de los pájaros o el ruido de los coches que pasan.	1	2	3	4	5
21. En situaciones difíciles, puedo hacer una pausa sin reaccionar inmediatamente.	1	2	3	4	5



22. Cuando tengo sensaciones en mi cuerpo, es difícil para mí describirlas porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.	1	2	3	4	5
23. Conduzco con el “piloto automático”, sin prestar mucha atención a lo que hago.	1	2	3	4	5
24. Cuando tengo pensamientos angustiosos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.	1	2	3	4	5
25. Me digo a mi mismo/a que no debería estar pensando como pienso.	1	2	3	4	5
26. Percibo y soy consciente del olor y el aroma de las cosas	1	2	3	4	5
27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a ellas.	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos angustiosos o imágenes perturbadoras soy capaz de percibirlos únicamente, son llegar a reaccionar ante ellos.	1	2	3	4	5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentir las.	1	2	3	4	5
31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como olores, formas, texturas o patrones de luces y sombras.	1	2	3	4	5
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
33. Cuando tengo pensamientos angustiosos o imágenes perturbadoras, solamente los percibo y las dejo marchar.	1	2	3	4	5
34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos angustiosos o imágenes perturbadoras, me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo del contenido de estos.	1	2	3	4	5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta.	1	2	3	4	5
37. Normalmente puedo describir como me siento en un momento determinado de forma detallada.	1	2	3	4	5
38. Me sorprende haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5
39. Me critico cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5
PUNTACIÓN TOTAL					