

Programa de conciencia plena (mindfulness) y compasión para la alimentación consciente en estudiantes universitarios obesos

Mindfulness and compassion program for conscious eating in obese college students

SALAMEA, Rosa M. 1; FERNANDEZ, Juan C. 2 y CEDILLO, Luis F. 3

Recibido: 29/07/2019 • Aprobado: 11/11/2019 • Publicado 18/11/2019

Contenido

1. Introducción
2. Metodología
3. Resultados
4. Conclusiones

[Referencias bibliográficas](#)

RESUMEN:

La actual investigación hace una revisión de las principales premisas del mindfulness (conciencia plena) según los máximos exponentes; y tiene como objetivo valorar los resultados del programa denominado MB-EAT12 semanas en la reducción del Índice de Masa Corporal (IMC) y aumento del mindfulness (medido con el Five Facet Mindfulness Questionnaire <<FFMQ>>) en estudiantes obesos, mediante la estadística inferencial. Los principales resultados obtenidos evidencian que el programa MB-EAT12 mejora la conciencia plena y reduce la obesidad de manera estadísticamente significativa en los alumnos objeto de estudio.

Palabras clave: Mindfulness, IMC, MB-EAT12, FFMQ

ABSTRACT:

The current research makes a review of the main premises of mindfulness according to the maximum exponents; and aims to assess the results of the MB-EAT12 week program in the reduction of BMI and increase in mindfulness (measured with the Five Facet Mindfulness Questionnaire <<FFMQ>>) in obese students, using inferential statistics. The main results obtained date that the MB-EAT12 program improves full awareness and reduces obesity in a statistically significant way in the students under study.

Keywords: Mindfulness, BMI, MB-EAT12, FFMQ

1. Introducción

Comer es una actividad determinada por un impulso primario y de naturaleza fisiológica, convirtiéndose actualmente en un problema que gira en torno a excesos, ocasionando altos índices de obesidad; pasando de ser instintiva para constituirse en una respuesta condicionada por variables cognitivas asociadas a factores culturales y emocionales. Goody (1982) manifiesta que los cambios en los modelos alimentarios son producidos principalmente por el desarrollo de la urbanización y modernización que facilitan a las personas la compra de productos procesados y la disminución de consumo de productos frescos.

La obesidad es considerada un problema de salud pública, que está siendo estudiada y tratada por diferentes instituciones de salud pública, debido a los costos que les significan a los gobiernos anualmente (Liria, 2012; Medina, Aguilar, y Solé-Sedeño, 2014). En el año 2014 la Organización Mundial de Salud (OMS), registró que el 39% de las personas adultas (38% de los hombres y 40% de las mujeres) tenían sobrepeso y el 13% (11% de los hombres y 15% de las mujeres) padecían de obesidad alrededor del mundo, razón por cual la declararon como la epidemia del siglo XXI (Jiménez, Rizk, y Quiles, 2017), con aproximadamente 1.900 millones de adultos, provocando anualmente la muerte de 2,8 millones de personas en etapa de adultez (OMS, 2016).

En Ecuador, la encuesta de nutrición dirigida por Wilma Freire (ENSANUT, 2011-2013); presentó como resultado que más de cinco millones de ecuatorianos padece sobrepeso y obesidad. Los modos de alimentación en el Ecuador han perdido su forma de producción y procesamiento ancestrales (Arribas et al., 2015) y prevalece un estilo de vida sedentario (Caballero, Rojas, y Gamboa, 2015; Cutillas et al., 2013).

Esta problemática ha implicado que el hombre de hoy tenga que establecer prioridades en sus necesidades alimenticias para conservar un organismo saludable y figura dentro de los estereotipos del normopeso.

Entendiendo que una alimentación sana, se caracteriza por ser suficiente, equilibrada y variada, que cubra las

necesidades nutritivas de cada persona; en conjunto con la práctica de actividades físicas y cognitiva que provoquen la reducción de la obesidad.

Por este motivo, en la actualidad se han desarrollado programas basados en técnicas de conciencia plena (mindfulness) centrados en la compasión y atención plena para el tratamiento de obesidad (Ryback, 2006). Estas técnicas regulan el ciclo de hambre y saciedad, y permiten una mejor adherencia a la dieta y la forma de cómo un individuo ingesta los alimentos (Mantzios y Wilson, 2014a). A raíz de esto, el objetivo central de esta investigación es medir la efectividad del programa MB-EAT12 para mejora del mindfulness (consciencia plena) y reducción de la obesidad (IMC) de los estudiantes universitarios obesos; a través de la aplicación de diferentes técnicas estadísticas.

1.1. Alimentación, emociones y obesidad

La alimentación es un proceso dinámico que depende de factores fisiológicos, psicológicos, y culturales (Musali et al., 2014; Peña y Reidl, 2015), sujetos a cambios propios de cada civilización. En la actualidad, varios estudios consideran que existen índices elevados de obesidad en zonas urbanas y contextos de pobreza, revelando que la dimensión económica y el género son las variables que están vinculados con el sobrepeso y obesidad, debido al fácil acceso de alimentos con alto contenido graso y calórico (Álvarez et al., 2012; Cruz et al., 2013; Patterson, Risby, y Chan, 2012), siendo los más vulnerables los niños (Montiel y López, 2017).

Pickering et al., (2007) en un estudio realizado en Estados Unidos encontraron que el sobrepeso y la obesidad están relacionados con ciertos problemas de orden psicológico, tales como trastornos de pánico, fobias, trastornos por evitación y depresión. Además, los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo son comunes en las personas con obesidad, y las emociones negativas parecen ser las desencadenantes de la ingesta de grandes cantidades de comida (Pull, 2010), llegando a ser para unos una fuente de placer.

1.2. Mindfulness y salud

Mindfulness es la palabra inglesa que trata de traducir el término pali de "sati", y puede traducirse al castellano como atención plena, conciencia plena o conciencia pura, se refiere a un estado o rasgo de la mente humana de estar atento, a propósito, hacia la experiencia presente con aceptación y sin juzgar (Cebolla, García, y Demarzo, 2017).

El concepto más difundido en occidente en el ámbito clínico es el introducido por el biólogo Jonn Kabat-Zinn, "Mindfulness es la conciencia que surge al prestar atención intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar (2005, pág. 8). Este autor creó en 1979, el programa llamado MBSR (Reducción del Estrés Basada en Mindfulness) en la University of Massachusetts Medical Center. El programa consiste en un conjunto de ejercicios de meditación y yoga que los sujetos practican a lo largo de ocho semanas.

Mindfulness pertenece a las Terapias de Tercera Generación (TTG) (Pérez, 2006), se trata de prestar atención a todo aquello que aparezca en la mente, ya provenga del mundo interno o externo (Germer, Siegel, y Fulton, 2015; Moreno, 2012), siendo conscientes de que somos conscientes, de forma proactiva en lugar de reactiva (Moñivas, García, y García, 2012).

Bishop et al. (2006) fijan dos componentes de mindfulness: la auto regulación atencional y la actitud frente a lo experimentado. El primer componente hace referencia a la capacidad de mantener la atención en la respiración (atención sostenida), redirigir la concentración a la respiración cuando la atención se aleja hacia un pensamiento, sentimiento o sensación detectada y evitar que este se convierta en rumiación. El segundo componente, radica en mantener una actitud de curiosidad y aceptación de lo experimentado.

Mindfulness es una destreza en la que todos pueden instruirse, pero su esencia no puede ser aprovechada a través de palabras, requiere ser practicado con asiduidad durante cierto tiempo (Ramos y Hernández, 2008; Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012). La práctica en primer lugar permite desarrollar la aceptación de la realidad del momento presente, en segundo lugar, desarrolla una actitud de apertura y curiosidad a lo que sucede; y, en tercer lugar, una disposición bondadosa hacia lo que se percibe (Botella y Pérez, 2006; Germer, Siegel y Fulton, 2015).

En el ámbito terapéutico se distinguen tres habilidades en la meditación mindfulness: 1) la práctica de la atención concentrada o focalizada, 2) la práctica de la atención receptiva o consciencia de campo abierto, y 3) la práctica de la meditación compasiva, que nos permite desear el bien o la felicidad, incluyéndonos a nosotros mismos (Cebolla, García-Campayo y Demarzo, 2017).

Las técnicas de neuroimagen, han permitido demostrar que la práctica continuada de la meditación mindfulness no solo conduce al cambio de comportamiento, sino también al cambio funcional y estructural del cerebro (Hölzel et al., 2011), incrementa la conexión neuronal entre las variadas estructuras del cerebro y provoca cambios estructurales y funcionales en áreas cerebrales relacionadas con la atención, la memoria, la interocepción y la autorregulación, modificando a su vez la concentración de dopamina y melatonina, disminuyendo la concentración de cortisol y norepinefrina (Esch et al., 2016; Moreno, 2012).

La práctica de mindfulness puede ayudar también a los pacientes a mantener hábitos saludables; tal es el caso de los pacientes con diabetes, que pueden ser más conscientes a la hora de tomar la insulina; y los pacientes obesos podrían sobrellevar la ansiedad con mayor habilidad cuando sienten hambre en vez de actuar sobre las ansias de comer (Bowen, Chawla y Marlatt, 2013). A su vez, mindfulness no se ocupa de modificar el contenido del pensamiento, sino de alterar las funciones metacognitivas, sobre todo las de descentramiento, el cambio respecto a la terapia clásica es que se deja de atender al contenido de la cognición y se pasa a centrarse en cómo se procesa la experiencia. Practicar mindfulness es como un entrenamiento en habilidades de autoconciencia u auto observación de los propios estados mentales.

Además, mindfulness tiene aplicación en diversos campos de la actividad humana como son la medicina, la psicología, la neurociencia y la pedagogía, se utiliza como herramienta de desarrollo personal, y posibilita al ser humano ser consciente de los contenidos de la mente mediante la interocepción (Simón, 2012).

1.3. Mindfulness y alimentación

Estudios recientes indican que las técnicas de mindfulness potencian y mantienen hábitos saludables como la dieta, reducen la impulsividad y ralentizan el proceso de comer. El cultivo de la atención plena en personas obesas o con sobrepeso, potencia las habilidades sensoriales sobre los alimentos llevando a una reducción de un 45% de consumo calórico (Godsey, 2013; Ruffault et al., 2017; Seguias y Tapper, 2018).

No obstante, existen varias técnicas terapéuticas que han demostrado resultados efectivos para el tratamiento de problemas alimenticios (Haynes, Godoy, y Lázaro, 2014), siendo actualmente la terapia de mindfulness utilizada para el tratamiento de obesidad con resultados empíricos prometedores (Eberth y Peter, 2012).

Por otro lado, los reportes de investigación indican que mindfulness es una herramienta eficaz para ampliar la conciencia corporal (Naranjo y Schmidt, 2012). Mirams et al. (2013) tras un entrenamiento en *body scan* de tan solo 5 días, lograron que los participantes aumentaran la capacidad de detectar vibraciones mínimas en su cuerpo.

Jordan et al. (2014) sugieren que las prácticas meditativas fomentan la alimentación consciente, reduciendo el consumo alimentos ricos en calorías, con el propósito de mejorar su salud y bienestar incluso en personas que no presentan una imagen corporal negativa. Del mismo modo, otro estudio llevado a cabo en individuos con sobrepeso, que presentan una alimentación compulsiva relacionado con estados de ansiedad, consiguió modificar sus hábitos alimentarios luego del entrenamiento en mindfulness (Pintado y Rodríguez, 2017).

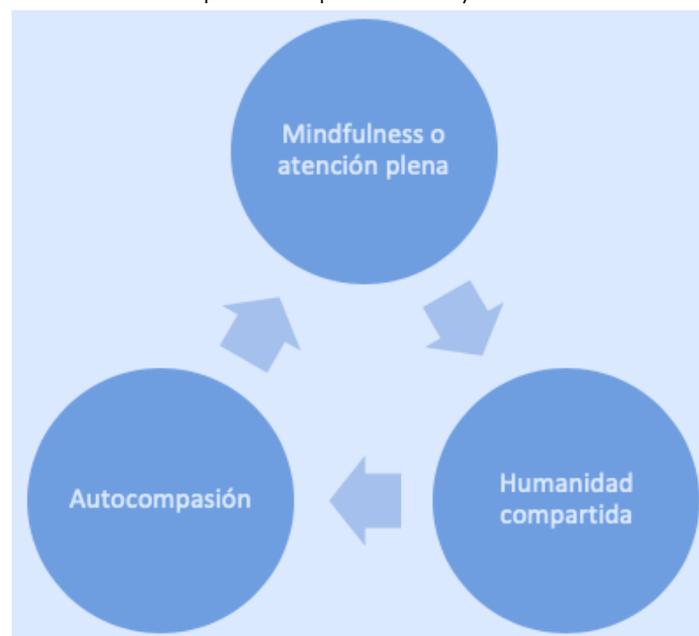
Exploraciones desarrolladas por Moreira y Canavarro (2017), indican que tanto niños como adolescentes con sobrepeso que presentan niveles más altos de atención y conciencia corporal, experimentan bajos niveles de censura sobre su propio cuerpo, disfrutando de una mejor calidad de vida. Esta conciencia ampliada, puede generar recursos para la reelaboración de pensamientos implicados en la vergüenza del propio cuerpo.

1.4. La compasión

La compasión proviene de la raíz latina *compati*, "sufrir con". El diccionario de la RAE (Real Academia Española) define la compasión como el sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades y desgracias. Simón (2015) menciona que la compasión está formada por dos elementos principales: 1) el emocionarse por el sufrimiento y 2) el deseo de aliviar ese sufrimiento. Por su parte, Gilbert (2015) menciona que la compasión es el sentimiento que surge al presenciar el sufrimiento de uno mismo y de otros seres que conlleva un deseo de ayudar o evitarlo.

Uno de los modelos más utilizados en psicoterapia centrados en la compasión es el de Neff y Germer (2013), compuesta por tres pilares:

Figura 1
Pilares fundamentales en la psicoterapia centrados en la compasión. Adaptado de Neff y Germer 2013.



A partir de la compasión, surge la autocompasión, como una forma adaptativa de relacionarse con uno mismo cuando se consideran dificultades y fracasos personales, e involucra los siguientes componentes: auto-amabilidad vs auto-crítica; sentimientos de humanidad compartida y atención plena versus exceso de identificación (Neff, 2003). La compasión estimula de manera única el sistema de apego en el cerebro que ayuda a regular el afecto y redirige la atención con sentimientos de disciplina y bondad (Gilbert, 2009).

Por tanto, la autocompasión, es considerada un componente revelador en el tratamiento de reducción de peso, ya que ha resultado ser un método menos agotador para cultivar la atención plena durante la pérdida de peso, disminuyendo la evitación cognitiva-conductual y pensamientos automáticos (Mantzios y Wilson, 2014b). No tiene nada que ver con la pena o lástima hacia uno mismo, sino con ser capaz de aceptarse con las imperfecciones propias y reducir el consumo de grasas (Horan y Taylor, 2018). Es importante reconocer que en el budismo la compasión es parte de los cuatro estados inconmensurables de la mente: 1) amor compasivo, 2) compasión, 3) alegría y 4) ecuanimidad, que están presentes en todas las personas, pero que son necesarios de cultivar (Wallace, 1999).

Para el tratamiento de la obesidad, autores como Wadden y Osei (2002) señalan que estos programas deben contar con los siguientes componentes: a) Monitorización; b) Educación nutricional; c) Control de estímulos; d) Reducción de la ingesta; e) Promoción de actividad física; f) Entrenamiento en la resolución de problemas y g) Prevención de recaídas.

Mindfulness y compasión, ofrecen un enfoque holístico en el tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. En el tratamiento a largo plazo hay dos metas básicas: la primera es la promoción de hábitos saludables y la segunda es la reducción del atracón a través de la alimentación consciente. Chozen (2013) indica que para las personas que presentan una relación inestable con los alimentos (comer compulsivo), los planes dietéticos y cirugías estéticas no son la solución, puesto que pone al individuo en competencia consigo mismo y con sus conductas alimentarias, que con el pasar de los años tendrán efectos negativos sobre su organismo y sus emociones, haciendo que pierda la batalla contra el alimento y por consecuencia vuelve a ganar peso. En este sentido, la autora de "Comer Atentos", desarrolla un programa de alimentación consciente a través del cual, se promueve el desarrollo de la consciencia sobre la alimentación a través una "mente pensante y corazón sintiente".

El programa MB-EAT desarrollado principalmente por (Kristeller y Hallett (1999); Kristeller, Baer, y Quillian-Wolever (2006); Kristeller y Wolever (2011) incorpora técnicas de meditación de atención plena tradicional (Kabat-Zinn, 1990), así como las prácticas de meditación guiada, para hacer frente a los procesos de autorregulación relacionados con el comer emocional frente a los factores desencadenantes del hambre físico, gástrico y la saciedad sensorial específica, la elección de los alimentos, y la regulación emocional pertinente para el auto-concepto y el manejo del estrés. La importancia de la auto-aceptación, la compasión y el perdón son altamente relevantes para interrumpir los ciclos de atracones disfuncionales, la auto-recriminación y el exceso de moderación (Kristeller y Wolever, 2011).

1.5. Protocolo del programa alimentación consciente 12 semanas para reducción de peso en personas obesas

El programa Mindful Eating 12 semanas (MB-EAT12), está basado en técnicas de atención plena (Epstein, 2001; Kabat-Zinn, 1990), teorías sobre la regulación de la ingesta de alimentos y técnicas tomadas de la terapia de comportamiento dialéctico (BED) para desregulación emocional y otros trastornos de la alimentación (Linehan, 1993). El MB-EAT-12, es un programa utilizado en procesos de autorregulación relacionados con la comida, tratando los aspectos emocionales que desencadenan el hambre física, gástrica y la saciedad sensorial (Kristeller, Wolever, y Sheets, 2013).

En este Programa de promoción de hábitos saludables centrado en mindfulness y compasión para personas obesas, se da especial importancia a los pensamientos, ideas, sentimientos y emociones negativas que inciden en desarrollo de conductas inadecuadas relacionadas con la forma de comer, es una invitación para profundizar en el cultivo de la atención plena (mindfulness) y poder aliviar las presiones internas y externas provocadas en la sociedad actual, así como por las normas culturales que generan incomodidad e insatisfacción en el aspecto del propio cuerpo.

Objetivos del programa

Aprender cómo conectar con el cuerpo y reconocer las sensaciones de plenitud, y discernir los niveles de saciedad.

Ayudar al paciente a entrar en sintonía con su cuerpo de forma segura, sin juicios, y a hacerse consciente de cómo las emociones están conectadas con las sensaciones físicas del cuerpo

Ampliar el entendimiento de los sentidos, pensamientos, las emociones y los estados de ánimo habituales de atención plena para hacer una pausa, interrumpir, e incluso cambiar el proceso.

Explorar el proceso que llamamos "ansiedad por comer", que es un conjunto de elementos formado por pensamientos, emociones, sensaciones físicas en el cuerpo y conductas. Facilitar el conocimiento de cómo las emociones pueden conducir una alimentación desequilibrada.

El programa MB-EAT consta de 12 sesiones

Las dos primeras sesiones se centran en la práctica de la atención consciente y en la forma de integrar las prácticas de mindfulness en la vida cotidiana.

Las siguientes cuatro sesiones, resaltan la aceptación de la experiencia presente y la aplicación de las prácticas mindfulness en la resolución de conflictos emocionales y el impulso por la comida.

Las cuatro sesiones posteriores se centran en el cultivo de la bondad y humanidad compartida, con el propósito de calmarnos y consolarnos, recordando que el sufrimiento es parte de la experiencia humana.

Y en las dos últimas sesiones se practican estrategias para afrontar posibles obstáculos y prevenir recaídas (Bowen, Chawla y Marlatt, 2013).

Inicialmente, se utiliza la atención para comer una pasa y explorar como salir del piloto automático. Este ejercicio de la pasa muestra cómo la atención no siempre está centrada en el momento presente, frecuentemente no estamos en lo que hacemos. Después, centramos nuestra atención en diferentes partes del cuerpo, para así anclar la consciencia en el momento presente. Se entrena la focalización de la atención en diferentes partes a voluntad. El ejercicio de la exploración corporal ayuda a ganar control sobre la atención, y evita que el cuerpo se traslade a viejos hábitos de ingesta para aliviar el estado de ánimo.

Estructura de las sesiones

1. ¿Qué es Mindfulness y cómo funciona la atención en la alimentación?

Se introducen las habilidades básicas para estabilizar la mente y focalizar la atención a través de la práctica de la atención plena a la respiración. Este paso se considera como el fundamento de las demás prácticas y está incluido también en las meditaciones posteriores.

Práctica 1.1: Consciencia y Piloto Automático. Ejercicio con pasas.

2. ¿Cómo la percepción condiciona la realidad?

Aprender nuevas formas de manejar el estado de ánimo y emociones, de manera que ayude a sentirse bien, enfocándose en los pequeños cambios de los pensamientos, emociones y sensaciones corporales que están vinculadas a las fluctuaciones del estado de ánimo y el deseo por la comida.

Práctica 2.2: Meditación: Exploración corporal

3. Reconocer y regular las emociones relacionadas con el hambre

Ayudar al paciente a ampliar su entendimiento sobre las emociones y cómo manejarlas y descubrir que cambios ocurren en el cuerpo, la mente y el corazón, cuando lo hacen y a posterior entender mejor qué les apetece comer.

Ejercicio 3.1: Diferentes clases de hambre o ¿quién tiene hambre ahí dentro?

Ejercicio 3.2: Experimentando el vacío corporal y mental

4. Comiendo lo justo

Comer es una parte muy importante en la vida cotidiana, sin embargo, se pueden encontrar sentados, frente a un plato completamente vacío preguntándose ¿Qué pasó? Casi no he saboreado la comida, no disfruté ni de un bocado, tengo ganas de más, mi plato está completamente vacío y no me he dado cuenta ni de un bocado.

Ejercicio 4.1: Suelta el tenedor o la cuchara.

Ejercicio 4.2: Comiendo la cantidad adecuada o comiendo lo justo.

5. La comida y sus orígenes

Honrar el deseo de cambiar y su compromiso genuino por aprender nuevas formas de relacionarse con la comida

Ejercicio 5.1: La comida y sus orígenes

Ejercicio 5.2: Prácticas con la lengua

6.- Descubrir la compasión consciente

Esta sesión se focaliza en reconocer las experiencias del amor y la compasión cuando ocurren naturalmente. La meditación y los ejercicios relacionales en este paso ayudan a identificar los signos fisiológicos, emocionales y mentales de los sentimientos de calidez, ternura, cuidado y compasión.

Ejercicio 6.1: ¿Cómo tratarías a un amigo?

Ejercicio 6.2: Descanso autocompasivo

7. Cuidado en la relación con uno mismo

En esta sesión se aprende a desarrollar cualidades como la auto-aceptación, no juicio, amabilidad y cuidado en la relación con uno mismo. Conectar con los propios sentimientos y necesidades, y relacionarnos con ellos con empatía y compasión es la base para desarrollar una actitud compasiva hacia los otros.

Ejercicio 7.1: Explorando la autocompasión a través de la escritura

Ejercicio 7.2: El crítico, el criticado y el observador compasivo

8. Descubrir tu Self compasivo

Aprender a desarrollar cualidades como la calidez, la apreciación, la alegría, la gratitud en la relación con uno mismo. Mientras que el paso anterior se centra en la auto-aceptación, este paso se focaliza en la apreciación de uno mismo.

Ejercicio 8.1: Cambiando el discurso autocrítico

Ejercicio 8.2: Diario de autocompasión

9. Identificar lo que realmente se quiere

Replantear su diálogo interno para que sea más alentador y comprensivo. Recuerda que si realmente quieres motivarte a ti mismo, el amor es más poderoso que el miedo

Ejercicio 9.1: Identificar lo que realmente queremos

Ejercicio 9.2: Meditación del anhelo de la felicidad

10. Abrazar la perspectiva de la humanidad compartida

Establecer el fundamento de la compasión hacia los otros a través del reconocimiento de nuestra humanidad compartida, apreciando la amabilidad de los otros y cómo los seres humanos estamos profundamente interconectados. Ampliar el círculo de la compasión desde un ser querido, hasta incluir a una persona neutra, una persona difícil y finalmente a todos los seres.

Ejercicio 10.1: Perdonarse a uno Mismo

Ejercicio 10.2: Pedir perdón a otros

Ejercicio 10.3: Perdonar a otros y dar compasión a los enemigos

11. Abrazar tu vida

Los aspectos esenciales de cada uno de los pasos anteriores se combinan en una práctica integrada de mindfulness y compasión que puede ser practicada diariamente por quienes decidan adoptarla como su práctica regular.

Ejercicio 11.1: Elaborar una lista de ventajas de continuar con los objetivos alcanzados

Ejercicio 11.2: Meditación de la montaña

12 Propósitos para el futuro

Permitir a las participantes que identifiquen la importancia de una práctica continuada puede tener un impacto mucho mayor que los sermones de los facilitadores sobre los méritos de la meditación diaria. Se empieza este ejercicio preguntando a los participantes porqué deberían mantener esta práctica, se recogen sus ideas. Luego, se pide que digan, de modo individual, qué tipo de práctica tienen pensado seguir realizando y qué probabilidades creen que tienen de continuar con la práctica.

La última sesión del curso finaliza haciéndolos sentar en círculo, dejando los últimos momentos para cualquier pensamiento o reflexión final. Se agradece que los participantes compartan cualquier comentario final, pero también se respeta a quien, simplemente, prefiere quedarse sentado en silencio. Como en cada una de las anteriores sesiones, los últimos instantes transcurren en silencio, cerrando la sesión con el sonido de la campana.

Ejercicio 12.1: Meditación final: círculo cerrado.

2. Metodología

La actual investigación tuvo un enfoque cuantitativo con alcance descriptivo, que medió distintas variables, propiedades y características que intervienen en el mindfulness de estudiantes universitarios obesos (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014; Jaimes, Márquez, y Pernía, 2015). A su vez, tuvo un tipo de diseño experimental transversal (Rojas, 2015).

En cuanto a la muestra, se escogieron a 20 estudiantes por conveniencia, debido a las características que se requirieron para el cumplimiento del objetivo (IMC>30), a la proximidad y accesibilidad de estos dentro de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Machala (Otzen y Manterola, 2017), a quienes se les aplicó el test FFMQ (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*) tanto antes, como después de la intervención y ejecución del programa MB-EAT12.

Variables:

Obesidad, considerada un problema de salud caracterizado por el exceso de tejido adiposo en el cuerpo, provocado por diversos factores como: la genética, contexto social, familia, sexo y calidad de vida del individuo, medida en esta investigación desde el índice de masa corporal.

Mindfulness, medido por el instrumento de autorreporte *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) que describe de forma operacional el mindfulness, desde sus cinco categorías, formado por 39 ítems prorrateados entre cada una, entre los que se considera ítems inversos, respondidas por una escala de Likert de 5, en la que 1 = nunca o muy raramente verdad, y 5 = muy a menudo o siempre verdad (Solari, Bravo, y Zitko, 2017). Las puntuaciones más altas tomadas de forma global indican mayor nivel de mindfulness, y las baja lo contrario (Baer, 2006), y cada uno recoge los siguientes ítems con su respectivo detalle (Arredondo et al., 2016; Coe y Salanova, 2016):

Observar, Suma de los ítems 1 + 6 + 11 + 15 + 20 + 26 + 31 + 36, mide la forma en que el individuo atiende cada una de sus experiencias internas y externas. Por ejemplo: las sensaciones y emociones

Describir, Suma de los ítems 2 + 7 + 12I + 16I + 22I + 27 + 32 + 37, evalúa la descripción que hacen los individuos de sus experiencias sin necesidad de crear un juicio respecto a estas.

Actuar conscientemente, Suma de los ítems 5I + 8I + 13I + 18I + 23I + 28I + 34I + 38I, analiza la capacidad del sujeto para la atención consciente que posee en cada actividad que realiza en la cotidianidad.

No juzgar a la propia experiencia, Suma de los ítems 3I + 10I + 14I + 17I + 25I + 30I + 35I + 39I, estudia la manera en que la persona no toma una posición de evaluación a las experiencias que atraviesa en el momento presente, para a posterior aceptarlas y permitírselas dentro de su consciencia.

No reaccionar ante la propia experiencia, Suma de los ítems 4 + 9 + 19 + 21 + 24 + 29 + 33, interpreta la forma en que el sujeto tendencialmente permite que sus emociones fluyan libremente sin verse obstaculizados.

2.1. Análisis estadístico

Para medir la efectividad del programa MB-EAT12, se aplicaron distintas técnicas estadísticas, entre esas, alfa de Cronbach para establecer cuan fiable fue en ambas etapas las escalas del instrumento FFMQ, adicionalmente, para medir la correlación de todos los ítems se calculó la Medida Kaiser-Meyer-Olkin. Asimismo, se procedió a

evaluar la correlación entre cada uno de los ejes que mide el test aplicado (observar, describir, actuar conscientemente, no juzgar a la propia experiencia, y no reaccionar ante la propia experiencia) mediante el coeficiente Rho de Spearman. Finalmente para obtener y cumplir el objetivo establecido se aplicó a priori la prueba de Kolmogorov Smirnov, y en consecución la prueba "t" para muestras relacionadas.

3. Resultados

Los principales resultados hallados demuestran que la confiabilidad de la escala del instrumento FFMQ (conformada por 39 ítems), aplicado en ambas etapas pre y post test, presentan según el alfa de Cronbach, alta fiabilidad. Lo que se debe a los valores que se avistan en la tabla 1; 0,832 y 0,859 respectivamente para el instrumento aplicado antes y después del programa MB-EAT12. A su vez, se obtuvo en términos de correlación con el test MKO (Medida Kaiser-Meyer-Olkin), que los 39 ítems del instrumento FFMQ para el caso previo al programa, las variables que miden el estado de mindfulness de los estudiantes obesos universitarios fue de 0,821, y a posteriori de 0,855; indicando así que la relación entre las variables descritas es elevada, y es pertinente dar paso a los siguientes resultados estadísticos.

Tabla 1
Estadísticas de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
FFMQ pre MB-EAT12	0,832	39
FFMQ post MB-EAT12	0,859	39
Prueba de KMO		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin Pre MB-EAT12		0,821
Medida Kaiser-Meyer-Olkin post MB-EAT12		0,855

Según Coe y Salanova (2016) los primeros detalles a observar dentro del instrumento FFMQ, son las correlaciones (ver Tabla 2) que posee cada una de sus categorías entre sí. Para el caso previo a la aplicación del programa MB-EAT12 se visualiza que la categoría observar versus actuar consciente poseen baja correlación positiva no significativa; así mismo, observar-no juzgar se comporta de forma no significativa con una correlación inversa, lo que se interpreta que a mayor puntuación presente el individuo en una de esas categorías, la otra reducirá. Por otro lado, la categoría describir pese a mantener correlación positiva con actuar consciente y no juzgar, estas son débiles y no significativas. En cambio, no juzgar y actuar consciente se relacionan medianamente con la categoría no reaccionar, aunque de igual que en los casos anteriores tampoco existe significancia estadística. No así, dentro del pre MB-EAT12, solo existió dicha significancia en las correlaciones moderadas de no reaccionar con observar y describir.

En cuanto a las correlaciones post MB-EAT12, los resultados demuestran que, en contraste con lo antes descrito, dichos valores correlacionales aumentan; presentando a su vez mejoría en valores de significancia; como lo es en el caso de no reaccionar con actuar consciente y no juzgar; y describir-no juzgar. Por lo tanto, en términos generales, las correlaciones mostradas entre las categorías que conforman el instrumento FFMQ, presentan mejores resultados tanto en la correlación de una categoría versus la otra como en valores de significancia estadística luego de aplicarse el programa MB-EAT12.

Tabla 2
Correlaciones

		Describir	Actuar consciente	No juzgar	No reaccionar
Observar	FFMQ pre MB-EAT12	0,343	0,078	-0,401	0,538*
	FFMQ post MB-EAT12	0,229	0,150	-0,203	0,723*
Describir	FFMQ pre MB-EAT12		0,174	0,210	0,494*
	FFMQ post MB-EAT12		0,26*	0,471*	0,56*
Actuar consciente	FFMQ pre MB-EAT12			0,429	0,370

	FFMQ post MB-EAT12			0,551	0,441*
No juzgar	FFMQ pre MB-EAT12				0,422
	FFMQ post MB-EAT12				0,451*

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

En consecuencia, a lo datado, Aranda et al. (2018) expresan que el método para observar cómo se encuentra la consciencia plena de los individuos, es a través de la suma total de los valores de los ítems del FFMQ respondido por cada uno de los sujetos muestra de estudio; teniendo en cuenta la inversa de los 19 ítems que se expresan con anterioridad. Siendo así, el valor medio de dicha suma del total de universitarios obesos antes de la intervención del programa MB-EAT12 128,30; y el valor medio luego de las 12 semanas que duró la terapia 146,05. Estos valores revelan que en las etapas del pre y post MB-EAT12 existe aumento de aproximadamente 18 puntos de consciencia plena; lo que se traduce que el programa genera efectos positivos en los individuos en cuanto a su mindfulness.

Pese a que se visualiza mejora en los valores de mindfulness, para determinar si dicha diferencia es estadísticamente significativa se observa el valor de la prueba "t" para muestras relacionadas. Por lo cual, a priori se determinó si los datos para ambos casos (pre y post MB-EAT12) cumplen el supuesto de normalidad, y al poseer según el test de Kolmogorov Smirnov, valores por encima del 5%, los datos tienden a ser normales, lo que lleva a analizar el valor "t", que al presentar desde la bilateralidad valor por debajo del 5% de significancia, la diferencia de mindfulness que poseen los estudiantes universitarios obesos antes de la intervención y aplicación del programa MB-EAT12 y después, es estadísticamente significativa, como se visualiza en la Tabla 3.

Tabla 3
Estadísticas de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar	Kolmogorov Smirnov	"t" para muestras relacionadas
Mindfulness pre MB-EAT12	128,30	20	16,089	3,598	0,200	Sig. (bilateral) 0,000
Mindfulness post MB-EAT12	146,05	20	7,77631	1,73884	0,200	Sig. (bilateral) 0,000
IMC pre MB-EAT12	30,40	20	2,68513	0,60041	0,200	Sig. (bilateral) 0,000
IMC post MB-EAT12	28,71	20	2,82288	0,63122	0,087	Sig. (bilateral) 0,000

A su vez, este estudio no solo se limitó a medir la variación y cambio de los niveles de consciencia plena de los estudiantes con obesidad, sino también, a evaluar el impacto que dicha terapia genera para la reducción de peso. Por lo que se obtuvo como dato adicional el IMC de cada sujeto, tanto antes como después del tratamiento, resultando que la media del IMC en un inicio fue de 30,41 aproximadamente, y posterior de la terapia de 28,71; diferencia que a groso modo no es acentuada. Sin embargo, al aplicar la prueba de diferencia de medias mediante "t" para muestras relacionadas, previo a la comprobación del supuesto de normalidad, denota que dicha reducción del índice de masa corporal es estadísticamente significativa. Dichos resultados no se muestran ajenos a estudios realizados por (Bazarko et al., 2013; Kuyken et al., 2010).

Sumándose a lo datado, la figura 2 mediante gráfico radial, muestra la diferencia que existe entre los niveles de mindfulness (suma total de los ítems del FFMQ) e IMC en la etapa inicial y final de los universitarios participantes del programa MB-EAT12. Apreciándose y en relación a lo observado con los resultados estadístico que el programa es efectivo para mejorar la consciencia plena y reducir la obesidad (declive del IMC). Además, en coadyuva con la técnica de observación se registró que 9 de los 20 sujetos redujeron la frecuencia de atracones. Estos resultados no son disímiles con los hallados por (Godsey, 2013; Ruffault et al., 2017; Seguias y Tapper, 2018).

Figura 2, Variación de los valores obtenidos pre-post MB-EAT12 de mindfulness e IMC. Datos recogidos de la aplicación del instrumento FFMQ y ficha sociodemográfica. Elaborador por los autores, 2019.

A manera de discusión, pese a existir resultados favorables que demuestran que el programa MB-EAT12 genera beneficios al nivel de la consciencia plena o mindfulness, y como reacción a la reducción del peso del individuo medido con el índice de masa corporal, la muestra se vio limitada únicamente a 20 estudiantes obesos universitarios, primero porque la población estudiantil total con la que cuenta la Universidad Técnica de Machala,

según criterios de inclusión no eran vastos para agrandar la muestra, así como también, hubieron sujetos que pese a cumplir con dicho criterio, no desearon participar en el programa, quedando únicamente los estudiantes estudiados en esta investigación.

4. Conclusiones

De acuerdo a líneas teóricas, el mindfulness o consciencia plena como lo definen varios autores, es una técnica de relajación que permite estar y tener atención y consciencia en plenitud sobre las actividades que se encuentra realizando un individuo. Aplicada para la corrección y mejora de distintos problemas físicos y psicológicos; entre esos, problemas de obesidad; demostrando que la correcta ejecución de programas que tengan en esencia mindfulness generan resultados favorables para la reducción del volumen del tejido adiposo.

Con el respaldo de lo anterior y de las estadísticas obtenidas en esta investigación, se logró comprobar que mientras mejor se encuentren las categorías que conforman el mindfulness, desde la perspectiva estructural del instrumento FFMQ, implicarán que el individuo tenga mayor consciencia de las actividades que realiza; en este caso de lo que ingesta en cada una de sus comidas diarias; lo que les permitió reducir su peso (índice de masa corporal, IMC) al culminar las doce semanas que duró la intervención del programa MB-EAT12.

Los resultados obtenidos son concluyentes, en tanto a la terapia del MB-EAT12, ya que al aplicarse adecuadamente se muestran diferencias estadísticamente significativas en la consciencia plena y en el índice de masa corporal de los estudiantes universitarios tomados para el estudio, resultando para el primer caso un aumento en promedio de 17,75 puntos, y para el segundo caso una reducción del IMC de 1,69 kg/m². A esto se le suma, que cada persona tuvo mejoras en la dinámica en conjunto de cada eje del mindfulness (de acuerdo al FFMQ: Observar, describir, actuar conscientemente, no juzgar a la propia experiencia, y no reaccionar ante la propia experiencia), correlacionándose significativamente en mayor medida.

Al culminar esta investigación, se puede observar que la intervención terapéutica mediante el uso de técnicas de mindfulness es efectiva para el tratamiento de la obesidad. Asimismo, se puede ver que además de reducir el IMC en los participantes, también mejora el funcionamiento psicológico reduciendo los sentimientos de culpa y vergüenza a través de la autocompasión.

Referencias bibliográficas

- Alvarez-Dongo, D., Sanchez-Abanto, J., Gomez-Guizado, G., & Tarqui-Manani, C. (2012). Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 303-313. Obtenido de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000300003
- Aranda, G., Elcuaz, R., Fuerte, C., Güeto, V., Pascual, P., & de Murieta, E. (2018). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Atención Primaria*, 141-150. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716304590>
- Arredondo, M., Sabaté, M., Botellas, L., Hurtado, P., & Acosta, L. (2016). Estudio piloto del programa de entrenamiento en mindfulness basado en prácticas breves integradas (M-PBI). *Revista de Psicoterapia*, 151-168. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Luis_Botella/publication/299058909_Estudio_Piloto_del_Programa_de_Entrenamiento_en_Mindfulness_Basado_en_Practicas_Breves_Integradas_M-PBI/links/56fa5ac208ae7c1fda31a682/Estudio-Piloto-del-Programa-de-Entrenamiento-en-
- Arribas-Harten, C., Battistini-Urteaga, T., Rodriguez-Teves, M., & Bernabé-Ortiz, A. (2015). Asociación entre obesidad y consumo de frutas y verduras: un estudio de base poblacional en Perú. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(3), 241-247. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v42n3/art03.pdf>
- Baer, R. (2006). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143. doi:<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Bazarko, D., Cate, R., Azocar, F., & Kreitzer, M. (2013). The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28(2), 107-133. doi:<https://doi.org/10.1080/15555240.2013.779518>
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., . . . Devins, G. (2006). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Botella, L., & Perez, M. (2006). Conciencia Plena (Mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17(66/67), 77-120.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2013). *Prevención de recaídas en Conductas Adictivas basadas en mindfulness*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Caballero, R. L., Rojas, S. L., & Gamboa, D. E. (2015). Sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios colombianos y su asociación con la actividad física. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 629-636.
- Cebolla, A., García-Campayo, J., & Demarzo, M. (2017). *Mindfulness y Ciencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Chozen-Bays, J. (2013). *Comer Atentos*. Barcelona: Kairós.
- Coo, C., & Salanova, M. (2016). validación española de la escala abreviada Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): Un estudio piloto. *Agora de Salut*, 103-110. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/299641151_Validacion_espanola_de_la_escala_abreviada_Five_Facet_Mindfulness_Questionnaire_FFMQ_Un_estudio_piloto

- Cruz, M., Tuñón, E., Villaseñor, M., Álvarez, G., & Nigh, R. (2013). Sobre peso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y Sociedad*, 25(57), 165-202. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10227636006>
- Cutillas, A., Herrero, E., San Eustaquio, A., Zamora, S., & Perez-Lamas, F. (2013). Prevalencia de peso insuficiente, sobre peso y obesidad, ingesta de energía y perfil calórico de la dieta de estudiantes universitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (España). *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 683-689.
- Eberth, J., & Peter, S. (2012). The Effects of Mindfulness Meditation: A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 3(3), 174-189.
- ENSANUT. (2011-2013). Instituto Nacional de Estadística y Censos. Obtenido de Ecuador en Cifras: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Presentacion%20de%20los%20principales%20%20resultados%20ENSANUT.pdf
- Epstein, M. (2001). *Going on being: Buddhism and the way of change*. New York: Broadway Books.
- Esch, T., Winkler, J., Auwärter, V., Gnann, H., Huber, R., & Schmidt, S. (2016). Neurobiological Aspects of Mindfulness in Pain Autoregulation: Unexpected Results from a Randomized-Controlled Trial and Possible Implications for Meditation Research. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, 1-15.
- Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (2015). *Mindfulness y Psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Oakland, Calif: New Harbinger Publications.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2015). The Evolution and Social Dynamics of Compassion. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(6), 239-254.
- Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(4), 430-439. doi:10.1016/j.ctim.2013.06.003
- Goody, J. (1982). *Cooking, cuisine, and class: a study in comparative sociology*. New York: Cambridge University Press.
- Haynes, S., Godoy, A., & Lázaro, A. (2014). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico*. Pirámide.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). Definición del alcance de la investigación que se realizará: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. En R. Hernández, C. Fernández, & M. Baptista, *Metodología de la investigación* (pág. 89). México D.F.: McGraw-Hill.
- Hölzel, B., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S., Gard, T., & Lazar, S. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 191(1), 36-43. doi:10.1016/j.psychres.2010.08.006.
- Horan, K., & Taylor, M. (2018). Mindfulness and self-compassion as tools in health behavior change: An evaluation of a workplace intervention pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1-39.
- Jaimes, S., Márquez, J., & Pernía, L. (2015). Factores psicosociales que influyen en el comportamiento laboral de acuerdo con los procesos de gestión administrativa y del talento humano que presentan los empleados de una empresa Distraves S.A de Cúcuta. *Revista Mundo FESC*, 23-26. Obtenido de <http://www.fesc.edu.co/Revistas/OJS/index.php/mundofesc/article/view/73/115>
- Jiménez, R., Rizk, J., & Quiles, J. (2017). Diferencias entre la prevalencia de obesidad y exceso de peso estimadas con datos declarados o por medición directa en adultos de la Comunidad Valenciana. *Nutrición Hospitalaria*, 128-133. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/3092/309249952020/>
- Jordan, C., Wanga, W., Donatoni, L., & Meier, B. (2014). Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior. *Personality and Individual Differences*, 68, 107-111.
- 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. (2005). *Coming to our senses*. London: Piatkus.
- Kristeller, J., & Hallett, C. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Revista de psicología de la salud*, 4(3), 357 - 363. doi:<https://doi.org/10.1177/135910539900400305>
- Kristeller, J., & Wolever, R. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49-61. doi:10.1080/10640266.2011.533605.
- Kristeller, J., Baer, R., & Quillian-Wolever, R. (2006). Enfoques basados en la atención plena para los trastornos alimentarios. En R. Baer, *Enfoques de tratamiento basados en la atención plena: guía del clínico para la base de pruebas y aplicaciones* (págs. 75-91). San Diego, California, EE. UU: Elsevier.
- Kristeller, J., Wolever, R., & Sheets, V. (2013). Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT) for binge eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness*, 5(3), 282-297.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R., Byford, S., Evans, Radford, S., Teasdale, J., Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-112.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: Un problema que requiere atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 357-360.

- Mantzios, M., & Wilson, J. (2014a). Exploring Mindfulness and Mindfulness with Self-Compassion Centered Interventions to Assist Weight Loss: Theoretical Considerations and Preliminary Results of a Randomized Pilot Study. *Mindfulness*, 1-12. doi:10.1007/s12671-014-0325-z
- Mantzios, M., & Wilson, J. (2014b). Making concrete construals mindful: novel approach for developing mindfulness and self-compassion to assist weight loss. *Psychology & Health*, 29(4), 422-441.
- Medina, F., Aguilar, A., & Solé-Sedeño, J. (2014). Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 34(1), 67-71. doi:10.12873/341medina
- Mirams, L., Poliakoff, E., Brown, R., & Lloyd, D. M. (2013). Brief body-scan meditation practice improves somatosensory perceptual decision making. *Consciousness and Cognition*, 22(1), 348-359. doi:10.1016/j.concog.2012.07.009.
- Moñivas, A., García-Diex, G., & García-de-Silva, R. (2012). Mindfulness (Atención Plena): Concepto y Teoría. *Portularia*, 12, 83-89.
- Montiel, M., & López, L. (2017). Parenting styles and their relation with obesity in children ages 2 to 8 years. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 11-20. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5866873>
- Moreira, H., & Canavarro, M. (2017). Is body shame a significant mediator of the relationship between mindfulness skills and the quality of life of treatment-seeking children and adolescents with overweight and obesity? *Body Image*, 20, 49-57.
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 1-17. Obtenido de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/viewFile/66/63>
- Musali, R., Huergo, J., Gariboglio, M., & Butinof, M. (2014). La Comida en Contextos de Pobreza Urbana: Nutrientes y Sentidos en Juego en Villa de Tela, Ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de Salud Pública*, 15-24.
- Naranjo, J., & Schmidt, S. (2012). Is it me or not me? Modulation of perceptual-motor awareness and visuomotor performance by mindfulness meditation. *BMC Neuroscience*, 13(88), 13-88. doi:10.1186/1471-2202-13-88.
- Neff, K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K., & Germer, C. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 28-44.
- OMS. (Junio de 2016). Obesidad y sobrepeso. Obtenido de WHO: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 227-232. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95022017000100037&lng=es&nrm=iso
- Patterson, R., Risby, A., & Chan, M.-Y. (2012). Consumption of takeaway and fast food in a deprived inner London Borough: are they associated with childhood obesity? *Public Health Research*, 1-7. doi:10.1136/bmjopen-2011-000402
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de psicología y psicopedagogía: EduPsykhé*, 159-172.
- Pickering, R., Grant, B., Chou, S., & Compton, W. (2007). Are overweight, obesity, and extreme obesity associated with psychopathology? Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(7), 998-1009.
- Pintado-Cucarella, S., & Rodríguez-Salga, P. (2017). Mindful eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1-6.
- Pull, C. (2010). Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(1), 30-36. doi:10.1097/YCO.0b013e328334c817
- Ramos, D. S., & Hernández, S. O. (2008). Inteligencia emocional y mindfulness; hacia un concepto integrado de la inteligencia emocional. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 24(24), 135 - 146.
- Rojas, M. (2015). Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. *Redvet*, 1-14. Obtenido de <http://www.veterinaria.org/revistas/redvet/n010115/011505.pdf>
- Ruffault, A., Czernichow, S., Hagger, M. S., Ferrand, M., Erichot, N., & Carette, C. (2017). The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, 90 - 111. doi:10.1016/j.orcp.2016.09.002.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ryback, D. (2006). Self-determination and the neurology of mindfulness. *Journal of Humanistic Psychology*, 46(4), 474-493.
- Seguias, L., & Tapper, K. (2018). The effect of mindful eating on subsequent intake of a high calorie snack. *Appetite*, 121, 93-100.
- Simón, V. (2012). *Iniciación al Mindfulness*. Barcelona: Sello Editorial.

Simón, V. (2015). La Compasión: El corazón del Mindfulness. Barcelona: Sello Editorial.

Solari, B., Bravo, R., & Zitko, P. (2017). Estudio piloto del impacto de una intervención de mindfulness en una organización financiera en Chile. *Mindfulness & Compassion*, 17-25. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.mincom.2016.12.004>

Wadden, T., & Osei, S. (2002). Behavioral assessment of the obese patient. En T. Wadden, & A. Stunkard, *Handbook of obesity treatment* (págs. 282-248). New York: Guilford.

1. Universidad Técnica de Machala-Ecuador. Grupo de Investigación Psicología en Perspectiva. rsalame@utmachala.edu.ec

2. Universidad De a Coruña-España. Grupo de Investigación en Psicología del Desarrollo y del Aprendizaje escolar. jcfernandez@udc.es

3. UNEPHEM, Machala-Ecuador. Grupo de Investigación en Desarrollo Económico Territorial. luiscedillo_analysis@hotmail.com

Revista ESPACIOS. ISSN 0798 1015
Vol. 40 (Nº 40) Año 2019

[Índice]

[En caso de encontrar algún error en este website favor enviar email a webmaster]