

UNIVERSIDAD DE
Belgrano

BUENOS AIRES - ARGENTINA

Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición

“¿Cómo contribuye el *Mindfulness* en la prevención
primaria de los trastornos de la conducta alimentaria?
Actualización bibliográfica.”

Autora: Valdez, Carmen Noelia

Matrícula: 120102976

Tutora: Lic. Ringel, Carina

Directora de carrera: Lic. Ravanelli, María Beatriz



Carmen Noelia Valdez
Buenos Aires, 2022

“To effectively prevent and treat eating disorders, [...] the way out is in.”
“Para prevenir y tratar de manera efectiva los trastornos alimentarios, [...] la salida es adentro.”

Catherine Cook-Cottone, Embodied self-regulation and mindful self-care in the prevention of eating disorders, The Last Word, 2016.

Agradecimientos

Antes que nada quiero agradecer a mi familia, en especial a mi pareja y a mi madre, sin quienes el camino de esta tesina no hubiera sido fácil. Gracias por darme el aliento necesario y discutir conmigo cada paso como si fueran expertos en la materia.

A continuación me gustaría agradecer infinitamente a mi tutora, la Lic. Carina Ringel, por confiar en mí, darme seguridad y hablarme siempre con total sinceridad. Gracias por fomentar el despliegue de “ese potencial” que en plena pandemia descubriste en una alumna de la materia Trastornos de la Conducta Alimentaria, tras una pantalla. Tus palabras, guías y aliento fueron motivación e inspiración para crear esta producción.

A mis profesores de la carrera, que siguen nutriendo mi formación profesional y personal en cada pasillo, charla o jornada. Entre ellos quiero destacar a las Licenciadas Jimena Palacios, Elizabeth Rigada y Beatriz Ravanelli, quienes me abrieron las puertas de su cátedra para que pueda experimentar los primeros acercamientos a la docencia e incluso me otorgaron la calidez, el tiempo y ánimos para que pueda concluir con este trabajo.

A Aylu, Caro, Juan y Lu R., futuros colegas que me acompañaron en este desafío y, a pesar de la incertidumbre, los miedos y las inseguridades, ellos me dieron la certeza de que *sí se puede*. Sus mensajes de aliento, empatía y confianza contribuyeron en gran medida a que llegue a buen puerto.

A la Lic. Melanie Gutzweiler, quien sin saberlo, influyó enormemente mi camino como estudiante y futura profesional en el área de los TCA, permitiéndome reconocer mi pasión por esta temática en etapas tempranas de la carrera.

Índice

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	7
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES	8
1.2 OBJETIVOS	14
1.2.1 Objetivo general	14
1.2.2 Objetivos específicos	14
2. METODOLOGÍA	15
3. DESARROLLO	15
3.1. CONTRIBUCIÓN DEL <i>MINDFULNESS</i> EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LOS TCA.....	15
3.1.1. Programa basado en <i>Mindfulness Free to Be</i> en preadolescentes.....	18
3.1.1.1. <i>Resultados</i>	19
3.1.1.2. <i>Eficacia y aceptabilidad</i>	24
3.1.2. Aceptación y Terapia Cognitiva Basada en <i>Mindfulness</i> en la escuela	25
3.1.2.1. <i>Resultados</i>	27
3.1.2.2. <i>Eficacia y aceptabilidad</i>	28
3.1.3. Plan de estudios escolar basado en <i>Mindfulness .b</i>	28
3.1.3.1. <i>Resultados</i>	29
3.1.3.2. <i>Eficacia y aceptabilidad</i>	30
3.1.4. Aceptación y Terapia Cognitiva Basada en <i>Mindfulness</i> en adultas jóvenes	30
3.1.4.1. <i>Resultados</i>	33
3.1.4.2. <i>Eficacia y aceptabilidad</i>	34
3.1.5. Instrucción de yoga basada en <i>Mindfulness</i> en adultas	34
3.1.5.1. <i>Resultados</i>	37
3.1.5.2. <i>Eficacia y aceptabilidad</i>	37
4. DISCUSIÓN	38
5. CONCLUSIONES	42
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de patologías psiquiátricas complejas que afectan el comportamiento alimentario. Presentan un pronóstico poco favorable y altas tasas de morbimortalidad. Actualmente, se comprende su magnitud como problema sanitario, determinándose a la prevención como pilar fundamental en su abordaje. Asimismo, a la prevención primaria como estrategia para reducir su incidencia. En este escenario, *Mindfulness* podría contribuir promoviendo una aceptación metacognitiva y sin prejuicios del momento presente. Las intervenciones basadas en *Mindfulness* beneficiarían la salud psicológica reduciendo la vulnerabilidad cognitiva a los modos reactivos de la mente. Se han descrito beneficios al incorporar estos programas en el tratamiento de los TCA, por ello, resultó relevante estudiar su implicancia en la prevención. El objetivo de esta actualización bibliográfica fue actualizar la información disponible sobre la contribución del *Mindfulness* en la prevención primaria de los TCA.

La búsqueda bibliográfica se limitó al periodo 2010 a 2021. Se consultaron múltiples bases de datos, como: *PubMed*, *Scielo*, EBSCO, Google Académico, entre otras. Se incluyeron aquellos artículos que investigaron la relación entre *Mindfulness*, prevención primaria y TCA, siendo los resultados principalmente trabajos originales.

Los estudios registraron beneficios en la autoestima, autoconfianza, autocompasión, además de aumento del empoderamiento y afecto central positivo, en algunos casos, con la inclusión de *Mindfulness* a los programas de prevención. Asimismo, se documentó una reducción significativa en la preocupación por el peso y la forma, internalización del ideal de delgadez, restricción dietética, síntomas asociados a TCA, deterioro psicosocial y, en menor medida, del afecto negativo. El único estudio que no presentó impacto positivo se diferenció del resto por poseer un enfoque preventivo trans diagnóstico y, por tanto, no específico para los TCA.

La mayoría de los artículos sugirieron una contribución positiva por parte del *Mindfulness* en los esfuerzos de prevención primaria de los TCA. Sin embargo, aún se requiere mayor investigación sobre el tema para determinar su impacto real en la incidencia de estas patologías a largo plazo.

Palabras clave: *mindfulness*, atención plena, trastornos de la conducta alimentaria, prevención primaria.

Abstract

Eating disorders (ED) constitute a group of complex psychiatric pathologies that affect eating behavior. They have a poor prognosis and high rates of morbidity and mortality. Currently, their magnitude as a health problem is understood, determining prevention as a fundamental pillar in its approach. Likewise, to primary prevention as a strategy to reduce its incidence. In this scenario, mindfulness could contribute by promoting metacognitive and non-judgmental acceptance of the present moment. Mindfulness-based interventions would benefit psychological health by reducing cognitive vulnerability to reactive modes of the mind. Benefits have been described when incorporating these programs in the treatment of ED, therefore, it was relevant to study their implication in prevention. The objective of this bibliographic review was to update the information available on the contribution of mindfulness in the primary prevention of ED.

The bibliographic search was limited to the period 2010 to 2021. Multiple databases were consulted, such as: PubMed, Scielo, EBSCO, Google Scholar, among others. Those articles that investigated the relationship between Mindfulness, primary prevention and eating disorders were included, the results were mainly original works.

The studies recorded benefits in self-esteem, self-confidence, self-compassion, as well as increased empowerment and positive central affect, in some cases, with the inclusion of mindfulness in prevention programs. Likewise, a significant reduction was documented in concerns about weight and shape, internalization of the ideal of thinness, dietary restriction, symptoms associated with eating disorders, psychosocial deterioration and, to a lesser extent, negative affect. The only study that did not present a positive impact differed from the rest in that it had a trans-diagnostic preventive approach and, therefore, was not specific for ED.

Most of the articles suggested a positive contribution of mindfulness in primary prevention efforts of eating disorders. However, more research on the subject is still required to determine its real impact on the incidence of these pathologies in the long term.

Keywords: mindfulness, eating disorders, prevention.

Índice de abreviaturas

AN: Anorexia Nerviosa.

ANOVA: Análisis de la Varianza.

BN: Bulimia Nerviosa.

DBI: intervenciones basadas en disonancia cognitiva.

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición.

LILACS: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud.

MBCT: Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness*

MBI: intervenciones basadas en *Mindfulness*.

MBSR: Programa de Reducción del Estrés basado en técnicas de *Mindfulness*.

MeSH: descriptores o palabras clave de *Medline*.

RIMA: Red Iberoamericana de Medicina Avanzada.

TA: Trastorno de Atracones.

TANE: Trastorno Alimentario o de la Ingestión de los Alimentos No Especificado.

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria.

TERIA: Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos.

1. Introducción

El presente trabajo se centra en investigar la contribución de los programas basados en *Mindfulness* en la prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). El mismo se enfoca en el periodo 2010 a 2021.

1.1 Marco teórico y Antecedentes

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo heterogéneo de patologías complejas caracterizadas por comportamientos alimentarios anormales. Presentan alta prevalencia a nivel mundial, creciente incidencia y altas tasas de morbilidad. Se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa el deterioro significativo de la salud física y/o del funcionamiento psicosocial. Los TCA son enfermedades psiquiátricas que se encuentran multi-determinadas por factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Estos delimitan el inicio, el curso y la posibilidad de remisión parcial o total de la enfermedad. Se trata de un grupo de patologías que presenta tendencia a la cronicidad, particularmente cuando no se realiza un diagnóstico temprano con intervención oportuna (1-3).

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés) incluye entre los TCA a la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno de atracones (TA), la pica, el trastorno de rumiación, otro trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos especificado, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA) y el trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos no especificado (TANE). Los que presentan mayor prevalencia son la AN, la BN y el TA, que suelen iniciarse en la adolescencia o adultez temprana. Un estudio prospectivo publicado en el año 2013, con 8 años de seguimiento de casi 500 adolescentes mujeres, ubicó al periodo de máximo riesgo para el inicio de los TCA entre los 16 y 20 años (1, 3, 4, 5).

La etiopatogenia de estas enfermedades se ve compuesta por múltiples factores, entre ellos se pueden encontrar componentes de origen genético, biológico, físico, psicológico, sociocultural y familiar. Por ello, se requiere de un abordaje interdisciplinario a cargo de profesionales de la salud especializados en TCA. El equipo tratante se verá conformado principalmente por médicos, psicólogos, psiquiatras y nutricionistas. A su vez, es frecuente la necesidad de endocrinólogos, ginecólogos, gastroenterólogos, kinesiólogos, profesionales de educación física, entre otros, dependiendo cada caso particular. En todos los casos es imprescindible contar con el apoyo familiar y del entorno (2-4, 6).

El tratamiento de los TCA suele ser largo y complejo. En todos los casos, el abordaje nutricional debe responder al diagnóstico especificado, teniendo en cuenta el estado nutricional del paciente, la gravedad de la patología y las características particulares de cada situación. Es importante subrayar que el tratamiento debe estar personalizado y adecuado al consultante, abordado de manera interdisciplinaria en forma individual, con el agregado del componente grupal o no, e iniciar lo antes posible para evitar complicaciones asociadas (2, 4, 6).

La modalidad terapéutica a implementar dependerá del estado y las necesidades del paciente en cada etapa del tratamiento. El mismo, puede desarrollarse en múltiples niveles de atención de la salud articulados entre sí, donde se busca controlar y corregir las alteraciones clínicas y psicológicas presentes. Son de preferencia, siempre que sea posible, las modalidades de tratamiento ambulatorio y en hospital de día, o un esquema mixto entre ambas. Con estas, se busca responder a las necesidades del paciente interfiriendo de la menor manera posible con su funcionamiento general. En estas modalidades, el paciente permanece en contacto con su entorno social y familiar. Se considera la internación hospitalaria clínica y/o psiquiátrica cuando hay presencia de riesgo vital para el paciente, historial de fracaso en tratamientos previos, falla de los tratamientos menos intensivos, alta severidad de la enfermedad, duración extendida y/o disfunción de la estructura familiar para el apoyo adecuado al tratamiento (2, 4, 7, 8).

Frente a la evolución favorable del paciente, se requiere de un seguimiento prolongado para prevenir recaídas. Se considera que un TCA se encuentra en remisión parcial cuando, luego de haber sido diagnosticado, se cumple con alguno de sus criterios diagnósticos, pero no con la totalidad. Esta definición se especifica para cada trastorno en particular. A su vez, se habla de remisión total cuando ninguno de los criterios diagnósticos se ha cumplido durante un periodo continuado (1, 4).

En general, los TCA presentan un pronóstico poco favorable: alrededor del 20% de los pacientes desarrolla una condición crónica que persiste durante toda su vida mientras que el 30% se mantiene en remisión parcial. Cabe destacar, que la tasa de remisión mejora en seguimientos de largo plazo, pudiendo superar el 70% de remisión en pacientes con AN luego de diez años de seguimiento. Para la BN, se registró del 70 al 80% de remisión tras ocho años de seguimiento, y en el caso de TA, hasta un 82% después de cuatro años de seguimiento. Para mejorar pronóstico de la enfermedad, resulta de suma importancia realizar una pesquisa, diagnóstico y tratamiento tempranos, así como un abordaje pertinente (4, 9).

Los TCA se ven asociados a altas tasas de morbimortalidad además de presentar frecuentemente comorbilidades psiquiátricas. Entre las últimas se destacan la depresión, la ansiedad, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno obsesivo compulsivo, el abuso de sustancias y los comportamientos autoagresivos. Los TCA pueden comprometer prácticamente todos los órganos y sistemas corporales, las principales complicaciones clínicas son: el

desequilibrio electrolítico, la desmineralización ósea, la atrofia miocárdica, las arritmias, la anemia, la leucopenia, la trombocitopenia, la atrofia cerebral, el retardo de crecimiento en niños y adolescentes, las erosiones dentales, el síndrome de Mallory-Weiss o desgarro esofágico, la esofagitis y las alteraciones menstruales en mujeres. Todas estas son consecuencia de la inanición, los atracones y/o las conductas compensatorias presentes en los distintos trastornos. La mayoría pueden revertir con el tratamiento, pero algunas son potencialmente inalterables e incluso pueden resultar letales (4, 6, 7, 10).

Según la Asociación Nacional de Anorexia Nerviosa y Trastornos Asociados de los Estados Unidos (ANAD, por sus siglas en inglés), los TCA se encuentran entre las enfermedades mentales con mayor tasa de mortalidad, siendo superados únicamente por la sobredosis de opioides. Aproximadamente, el 26% de las personas que padecen un TCA intentan cometer suicidio. Esta acción se encuentra entre las causas de muerte más frecuentes de los pacientes con AN. Otras causas de mortalidad en la AN son la desnutrición y el desequilibrio electrolítico. En el caso de la BN, el síndrome de Mallory-Weiss, la rotura gástrica y las arritmias son las principales causas que pueden llevar a la defunción del paciente (3, 11).

Estos trastornos interfieren significativamente con el funcionamiento social, laboral, familiar y personal de quienes los padecen. La calidad de vida de las personas que desarrollan un TCA se ve sustancialmente deteriorada. Es importante remarcar que los TCA pueden afectar a una amplia diversidad de individuos. Se presentan en personas de diferentes géneros, etnias, niveles socioeconómicos, edades, pesos y estados nutricionales. Actualmente, se los considera un problema de salud pública, con alto impacto en la economía de los países. Estos trastornos, con sus complicaciones y comorbilidades, disminuyen el funcionamiento general de la persona y de esta manera, el capital humano. Sumado a ello, los tratamientos prolongados y la complejidad necesaria para su atención, generan costos significativos para el sistema de salud. Se estima que al menos un 9% de la población mundial padece TCA y que cada año diez mil doscientas personas mueren a causa de estos. Actualmente, el costo económico de los TCA en los Estados Unidos es de sesenta y cuatro mil setecientos millones de dólares por año (2, 4, 7, 10-12).

Tanto la prevalencia mundial como nacional de los TCA se encuentra en constante aumento. En Argentina, no existen cifras oficiales actualizadas. Sin embargo, en el año 2009, Quiroga refiere que entre el 12 y el 15% de los adolescentes argentinos padecían AN o BN. A su vez, destaca que el 90% de los afectados eran mujeres y el 10%, varones. En la actualidad, la cuarentena por la pandemia de COVID-19 ha desarrollado un ambiente hostil para las personas que padecen TCA y desencadenado factores psicosociales que pueden precipitar estos trastornos en personas vulnerables. Las preocupaciones excesivas sobre la salud y el estado físico, el mayor tiempo dedicado al uso de las redes sociales y la influencia de las mismas sobre el ideal de belleza pueden ser desencadenantes de TCA en personas predispuestas. Al mismo tiempo, la

situación afecta notablemente a las personas que padecen TCA, dificultando la regulación emocional y promoviendo recaídas. Se ha registrado un aumento del estrés psicológico, de angustia y ansiedad a causa del confinamiento, la constante incertidumbre y la disminución o privación del tratamiento habitual. Las reacciones emocionales desadaptativas de los miembros de la familia o convivientes bajo el estrés del confinamiento pueden conducir a la agresión y/o a la fragmentación y el aislamiento (13-16).

En las últimas décadas, se ha tomado conciencia a nivel internacional de la magnitud que implican los TCA como problema sanitario. Frente a este panorama, existe unanimidad respecto al papel de la prevención como pilar fundamental en el abordaje de la problemática de los TCA. Para ello, es fundamental implementar prevención primaria, con el fin de evitar la aparición de estos trastornos mediante el control de los factores predisponentes y precipitantes, disminuyendo la exposición y aumentando la resistencia de los individuos a los mismos. El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de los TCA. Para lograrlo, se actúa sobre los factores de riesgo con estrategias principalmente de carácter educativo, centradas en los siguientes aspectos (2, 17-19):

- Informar a la población general y en particular a la población de riesgo;
- Identificar grupos de riesgo;
- Modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, en particular relacionadas con el uso de dietas;
- Intervenir sobre los estereotipos culturales: adelgazamiento y belleza.

Es importante promover el uso selectivo y consciente de los medios de comunicación social, quienes frecuentemente colocan su atención en la figura e imponen ideales de belleza inalcanzables. La conceptualización de *lo bello* y *lo feo* ha variado a lo largo de la historia y en las diferentes culturas, actualmente, se ve determinada por la belleza de consumo. Por ello, los medios de comunicación poseen un rol fundamental en la exaltación del culto al cuerpo. La sociedad venera *lo bello*, *armónico* y *estético* como contrapuesto de *lo feo*. Esa idolatría se traduce en una obsesión por un determinado ideal de imagen corporal, que suele acompañarse con valoraciones negativas del propio cuerpo y distorsión de la imagen corporal. Consecuentemente, resulta de suma importancia enseñar desde edades tempranas a aceptar un amplio rango de siluetas corporales, así como guiar el desarrollo de intereses y habilidades tendientes al éxito sin basarse en la imagen corporal. Es necesario que se desarrolle un criterio individual que permita cuestionar y discutir los valores personales (20, 21).

Algunas características psicológicas se repiten frecuentemente en los TCA y resulta relevante trabajar en la mejoría de las mismas para evitar el desarrollo de la enfermedad. Estas son: ansiedad, baja autoestima, dependencia, temor a la pérdida de control, sentirse solo/a, temer a la soledad y a ser abandonado/a, inseguridad y distanciamiento o control del mundo emocional.

Las personas que padecen TCA suelen ser incapaces de establecer relaciones interpersonales maduras y exhiben ausencia de identidad propia, que sólo adquieren a través de la percepción de su imagen corporal. Cabe destacar la presencia de ingesta emocional, donde se compensa, por medio de los alimentos, la falta de control ante situaciones estresantes (10, 22).

La baja autoestima se expresa mediante inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismo/a. La preocupación acerca del peso y la insatisfacción por la imagen corporal constituyen los dos elementos básicos sobre los que se establece esta baja autoestima. El abordaje de la misma en la adolescencia puede prevenir las conductas alimentarias no saludables, así como disminuir los síntomas depresivos que se relacionan con la insatisfacción corporal. La preocupación intensa por la figura física resulta en el desarrollo de ansiedad, la cual provoca una distorsión de la imagen corporal y desencadena alteraciones en la conducta alimentaria (10).

Se han descrito efectos favorables al promover la aceptación corporal en los programas de prevención de los TCA, por ello se cree que ejercitarla en un nivel superior de pensamientos, sentimientos y percepciones puede resultar beneficioso. Tal aceptación metacognitiva encuentra sus raíces conceptuales en el *Mindfulness*, también llamado atención plena. Los orígenes históricos de los términos y conceptos que han generado la base epistemológica de lo que hoy se denomina *Mindfulness* se remontan al Buda (Siglo VI-V a.C.). *Mindfulness* es una de las traducciones al inglés de la palabra *sati* en pali, lengua en la que fueron escritas las enseñanzas de Buda. Sin embargo, *sati* es un concepto de múltiples facetas que incluye una serie de factores cognitivos y éticos y no solo el control atencional. Este concepto aparece sistematizado en el sermón de Buda titulado “*Satipatthana Sutta*” o “Los Cuatro Fundamentos de la Atención”, en donde se le da importancia al rol de la atención y su entrenamiento, situándolo como el punto clave de la doctrina budista. Actualmente, *Mindfulness* engloba la meditación, pero es vastamente más amplio que esta (23-26).

Se lo ha definido como la conciencia no prejuiciosa de la experiencia inmediata, compuesta por sensaciones, emociones, sentimientos o pensamientos, tal y como es en el momento presente. Se reconoce al *Mindfulness* como un estado mental de claridad y simpleza. Durante su práctica, se utiliza la mente para mejorar la salud, influir en el funcionamiento físico o cambiar el comportamiento. Desde sus orígenes budistas, el fin de esta práctica ha sido la eliminación del sufrimiento y demás emociones destructivas. Buda predicaba que, tanto la felicidad como el sufrimiento, dependen fundamentalmente de la propia mente y no de circunstancias externas (24-27).

A fines del siglo XX, Jon Kabat-Zinn populariza el uso de *Mindfulness* en Occidente a través del Programa de Reducción del Estrés basado en *Mindfulness* (MBSR, por sus siglas en inglés). El mismo se utiliza en pacientes crónicos que no poseen resultados efectivos con la medicina convencional. Durante el siglo XXI, las técnicas de *Mindfulness* se han incorporado a las terapias

tradicionales, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia sistémica y el psicoanálisis, ya sea como componente principal o como coadyuvante. Los elementos centrales de la práctica de *Mindfulness* son (24, 25):

1. La regulación de la atención para mantenerla centrada en la experiencia inmediata.
2. Mantener una actitud u orientación de curiosidad, apertura y aceptación hacia esa experiencia, independiente de que tenga una valencia positiva o negativa.

Las intervenciones basadas en *Mindfulness* (MBI, por sus siglas en inglés) son revisiones científicas, laicas y adaptadas al contexto cultural occidental que nacen de la confluencia de los conceptos y técnicas del budismo con los conocimientos contemporáneos de la medicina y la psicología. En la práctica clínica, distintas disciplinas pueden verse involucradas en la oferta de estas terapias e intervenciones, desde médicos y psicólogos hasta nutricionistas, terapistas ocupacionales, kinesiólogos, entre otros, dependiendo de la población objetivo. Asimismo, son múltiples los entornos posibles de oferta, tanto centros de salud como escuelas primarias pueden ser dianas para las intervenciones, augurando un enorme potencial para el uso de *Mindfulness* en el futuro (25, 26).

La teoría sugiere que el entrenamiento del estado de *Mindfulness*, mediante la práctica de meditaciones y/o ejercicios basados en *Mindfulness*, podría aumentar el rasgo de *Mindfulness* o *Mindfulness* disposicional a lo largo del tiempo. Este rasgo de personalidad refiere a un conjunto de conductas observables, disposiciones o tendencias innatas de los seres humanos, que se relaciona con la propensión natural a ser conscientes del momento presente con una actitud abierta y sin prejuicios. Se ha encontrado relación entre la presencia de este rasgo e indicadores de bienestar, salud emocional y regulación emocional, así como el impacto de estos en emociones, pensamientos, conductas y estilos de vida más positivos (28-30).

Las MBI buscan beneficiar la salud psicológica de los individuos a partir del refuerzo del rasgo de *Mindfulness* mediante la práctica del estado de *Mindfulness*. Se ha propuesto que la práctica de esta técnica podría reducir la vulnerabilidad cognitiva a los modos reactivos de la mente, asociados con la angustia emocional y la psicopatología (23, 29).

En las últimas dos décadas, las MBI se han incorporado al tratamiento de los TCA con resultados prometedores, particularmente en casos de TA, BN, AN y TANE. La evidencia sugiere que la práctica de *Mindfulness* podría aminorar la divagación mental, característica de la patología, y consiguientemente facilitar que los pacientes tomen consciencia del *aquí* y *ahora* mediante una forma de atención no elaborativa. Este estado podría fomentar la aceptación de los pensamientos automáticos y críticos, favoreciendo el desarrollo de un rol de observador y permitiendo tomar distancia de los mismos. En consecuencia, los pensamientos podrían ser apreciados de forma neutral y entenderse como hechos mentales, lo que a su vez evitaría que los individuos se

identifiquen con su contenido y que el mismo se convierta en la verdad que define su *self* (22, 27, 31, 32).

Al añadir las MBI como complemento del tratamiento de los TCA, se estaría fomentando que los pacientes desarrollen las herramientas necesarias para redirigir la atención presente en experiencias negativas, relacionadas con la comida, la imagen corporal y/o el autoconcepto negativo, hacia contenidos más adaptativos y de esa manera, podrían lograr regular sus emociones. Asimismo, reducir la vivencia de la experiencia negativa, posibilitaría que los pacientes mejoren su capacidad de abstinencia a las respuestas automáticas desencadenadas por esta, como atracones, conductas compensatorias, pensamientos críticos y/o autolesiones (22, 27, 31, 32).

En cuanto a las cogniciones y las MBI, se ha insinuado que la inclusión de estos programas en el tratamiento de los TCA ayudaría a disminuir la presencia de juicios dicotómicos y moralistas, como bueno/malo, saludable/no saludable, bello/feo, flaco/gordo, entre otros. Esto permitiría que los pacientes mantengan una posición más objetiva en las cogniciones asociadas a los alimentos y los cuerpos, fomentando el cultivo de una equivalencia emocional frente a estos (25, 32, 33).

Teniendo en cuenta el impacto positivo que sugiere la inclusión de *Mindfulness* en el tratamiento de los TCA, resulta relevante estudiar la implicancia de esta práctica en la prevención primaria de los mismos.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Actualizar la información disponible sobre la contribución del *Mindfulness* en la prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria durante el periodo 2010 a 2021.

1.2.2. Objetivos específicos

- Indagar acerca de los programas de *Mindfulness* que se aplican en la prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Describir las intervenciones basadas en *Mindfulness* que se utilizan para la prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Explicar los resultados de los estudios basados en *Mindfulness* para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Evaluar la eficacia de las intervenciones en la prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Evaluar la aceptabilidad de los programas basados en *Mindfulness* para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

2. Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos científicos publicados en los siguientes motores de búsqueda: *PubMed*, *Scielo*, EBSCO, Google Académico, *Trip Database*, LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) y RIMA (Red Iberoamericana de Medicina Avanzada). Asimismo, se consultaron manuales de diagnóstico, como el DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición), desarrollado por la Asociación Americana de Psicología, y los posicionamientos de diferentes sociedades científicas como la Sociedad Argentina de Nutrición, los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud.

La búsqueda de publicaciones científicas se limitó al periodo 2010 a 2021. Se incluyeron únicamente artículos en texto completo, en los idiomas español e inglés. Las palabras clave utilizadas fueron: *eating disorders*, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos alimentarios, *prevention*, prevención primaria, *Mindfulness*, atención plena, *Mindfulness-based interventions* e intervenciones basadas en *Mindfulness*. En la base de datos *Medline*, se empleó adicionalmente la búsqueda a partir de los términos MeSH (descriptores o palabras clave de *Medline*): *Feeding and Eating Disorders*, junto con su subtítulo *prevention and control*, y *Mindfulness*. Como estrategia de búsqueda, se aplicaron los operadores booleanos “AND” y “OR” combinados con las palabras clave o los términos MeSH previamente mencionados, según la base de datos consultada. Los términos MeSH fueron utilizados exclusivamente en la base de datos *Medline*, donde se formuló la frase de búsqueda mediante el *PubMed Search Builder*.

Los trabajos científicos incluidos fueron tanto investigaciones originales como una revisión de bibliografía. Las publicaciones científicas originales presentaron un diseño metodológico fenomenológico, en uno de los casos, o bien, experimental. En este último, se utilizaron grupos paralelos o muestreo y análisis por conglomerados o *clusters*, con el uso de grupos control.

3. Desarrollo

3.1. Contribución del *Mindfulness* en la prevención primaria de los TCA

En la presente actualización bibliográfica se incluyeron los artículos originales disponibles sobre la temática con población infanto-juvenil (n=3) y realizados en mujeres adultas y adultas jóvenes (n=2). Asimismo, se incorporó una revisión bibliográfica enfocada en las MBI que buscaban modificar los comportamientos alimentarios en adolescentes. Un resumen de los artículos científicos originales abordados en este trabajo se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Resumen de los artículos científicos originales incluidos (n=5).

Artículo	Metodología	Participantes	Intervención	Principales hallazgos
Klassen-Bolding S, 2018 (34).	Estudio fenomenológico cualitativo	N=8 alumnas de sexto grado de escuela primaria. Sexo: femenino. Edad \bar{X}: 11,5 años. Localidad: Texas, Estados Unidos.	MBI: <i>Free to Be</i> . Duración: 5 sesiones de 50 minutos, frecuencia semanal. Contenido: Medios de comunicación, presiones sociales e ideal de belleza. Manejo de emociones negativas, aumento de la conciencia mente-cuerpo. Nutrición, alimentación saludable y moderación. Foto-elicitación. Prácticas guiadas: respiración, caminata y alimentación consciente.	La MBI resultó útil en la prevención de los TCA en preadolescentes. Las participantes desarrollaron relaciones más saludables con sus cuerpos, la alimentación y el ejercicio. Se registraron cambios positivos en la autoestima, la autoconfianza y la autocompasión, además si un incremento del amor propio y de la sensación de empoderamiento.
Atkinson MJ y Wade TD, 2015 (35).	Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados, basado en la escuela	N=340 alumnas de escuela secundaria. Sexo: femenino. Edad: 14 a 18 años. Localidad: Adelaida, Australia.	MBI: <i>Mindfulness</i> y aceptación con MBCT. Duración: 3 sesiones de duración variable*, frecuencia semanal. Contenido: imagen corporal, estrategias de afrontamiento, conciencia del momento presente y del cuerpo, descentramiento del pensamiento, distanciamiento de imágenes idealizadas, autoaceptación compasiva.	Reducciones significativas en la preocupación por el peso y la forma, la restricción dietética, la internalización del ideal de delgadez, los síntomas de TCA y el deterioro psicosocial con la MBI y bajo facilitación óptima vs. grupo control, a los 6 meses de seguimiento. Impacto limitado en el afecto negativo.
Johnson C et al., 2016 (36).	Ensayo experimental controlado aleatorizado por conglomerados, basado en la escuela	N=308 alumnos de escuela secundaria y primaria. Sexo: ambos. Edad \bar{X}: 13,63 años. Localidad: Adelaida, Australia.	MBI: Currículo .b. Duración: 8 sesiones de duración variable*, frecuencia semanal. Contenido: prácticas no guiadas asociadas a la respiración, estar presentes y la incorporación de <i>Mindfulness</i> en las actividades diarias. Prácticas guiadas: escaneo y exploración corporal, respiración consciente y relajación.	La MBI no fue eficaz en la reducción de los factores de riesgo comunes de la ansiedad, la depresión y los TCA post-intervención ni tampoco a los 3 meses de seguimiento. Se registró mayor ansiedad luego de la MBI en participantes de sexo masculino y en adolescentes con bajos niveles iniciales de preocupación por el peso y la forma o depresión.

Tabla 1. Resumen de los artículos científicos originales incluidos (n=5) (*continuación*).

Artículo	Metodología	Participantes	Intervención	Principales hallazgos
Atkinson MJ y Wade TD, 2014 (37).	Ensayo controlado aleatorizado preliminar	N=44 mujeres adultas jóvenes. Sexo: femenino. Edad: 17 a 31 años. Localidad: sur de Australia.	MBI: <i>Mindfulness</i> y aceptación con MBCT. Duración: 3 sesiones de 1 hora, frecuencia semanal. Contenido: experiencias corporales, estrategias de afrontamiento, conciencia del momento presente, respiración consciente, descentramiento del pensamiento, enfoque de distanciamiento con imágenes idealizadas, autoaceptación compasiva.	Reducciones significativas post-intervención en la preocupación por el peso y la forma corporal, la internalización del ideal de delgadez, la restricción dietética, los síntomas de TCA y el deterioro psicosocial, en comparación con el grupo control. Tamaño del efecto mediano en el afecto negativo. Disminución de los cambios positivos en el tiempo.
Cox AE et al., 2020 (38).	Ensayo experimental aleatorizados entre sujetos	N=62 estudiantes de pregrado y miembros de hermandades. Sexo: femenino Edad: 18 a 54 años. Localidad: región noroeste, Estados Unidos.	MBI: Instrucción de yoga basada en <i>Mindfulness</i> . Duración: 1 clase de 45 minutos. Contenido: se introdujeron las posturas de yoga como la Postura del niño, Perro boca abajo y Ángulo lateral, promoviendo un enfoque conscientemente presente en el cuerpo.	Mayor incremento en el afecto central post-intervención y mayor placer recordado durante la clase de yoga basada en <i>Mindfulness</i> en comparación con la clase basada en apariencia y de instrucción neutral. Vigilancia corporal significativamente mayor y placer pronosticado menor en la clase de yoga basada en la apariencia vs. MBI e instrucción neutral.

Nota. MBI: intervención basada en *Mindfulness*; MBCT: Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness*; TCA: trastornos de la conducta alimentaria; \bar{X} : promedio. * Ajustada al plan de estudio de cada institución. Elaboración propia a partir de los estudios referidos en tabla.

3.1.1. Programa basado en *Mindfulness Free to Be* en preadolescentes

Entre los estudios incluidos en este trabajo, se destacó por su diseño metodológico el trabajo de Klassen-Bolding. Se trata de una investigación fenomenológica cualitativa que retrató las experiencias vividas por un grupo de niñas preadolescentes durante el desarrollo de un programa de prevención de los TCA basado en *Mindfulness* (34).

Free to Be, en español libre o libertad de ser, es un programa psicoeducativo y experiencial desarrollado por la misma autora que realizó esta investigación, en el año 2017. Su objetivo es que los participantes desarrollen actitudes más saludables hacia sus cuerpos, con los alimentos y con el ejercicio. Para ello, se propone el abordaje de las necesidades de los participantes con respecto al peso, la apariencia, el ejercicio y la alimentación, a través de la psicoeducación, la discusión y la práctica activa de *Mindfulness*. Entre los temas de discusión, esta intervención incluyó al ideal de belleza o delgadez y a las expectativas sociales en torno al peso y la forma corporal (34).

El estudio se desarrolló en el sur de Texas, Estados Unidos, y contó con la participación de 8 niñas de sexto grado de una escuela primaria, ubicada en el campus de la Universidad de Texas de Permian Basin. De esta muestra, un 75% de la población se identificó como hispana o latina (seis niñas), mientras que un 25% se identificó de raza blanca (dos niñas). La edad promedio de las participantes fue 11,5 años (34).

El programa constó de cinco sesiones de 50 minutos, llevadas a cabo una vez a la semana (34):

- Durante la primera sesión, se instruyó a las participantes sobre la influencia de los medios de comunicación en las percepciones sociales relacionadas a la forma y el tamaño ideal del cuerpo de las mujeres.
- En la segunda y tercera sesión se incorporaron prácticas activas de *Mindfulness*: se introdujo la técnica de respiración consciente o *mindful breathing* con el objetivo de que las participantes aprendieran a identificar sus sentimientos y manejar emociones negativas fuertes. Además, se enseñó a las participantes a aumentar la conciencia mente-cuerpo mediante la participación en ejercicios no competitivos, como realizar una caminata consciente o *mindful walking*.
- En el transcurso de la cuarta sesión, las participantes aprendieron sobre nutrición, alimentación saludable y moderación. Asimismo, participaron en un ejercicio de *mindful eating* o alimentación consciente para aprender a saborear y apreciar los alimentos usando los cinco sentidos.
- Para concluir el programa, en la quinta y última sesión, se desarrolló un grupo de foto-elicitación en el que cada participante compartió de manera grupal un conjunto de imágenes que reflejaban sus experiencias con diferentes aspectos del programa.

Previo al comienzo de la intervención, se solicitó a las participantes que escogieran un pseudónimo con el fin de registrar sus experiencias a lo largo del programa de manera anónima, así como facilitar el análisis de los datos y el desarrollo de los resultados. Con el fin de registrar las experiencias de las participantes y obtener una mayor comprensión de las mismas, se emplearon diversas herramientas de recolección de datos cualitativas. Entre estas, se destacaron: los diarios de registro personal de cada participante, que se completaron al final de cada sesión utilizando indicaciones para guiar la reflexión, la actividad de foto-elicitación y las entrevistas semiestructuradas, realizadas de manera individual al finalizar el programa (34).

3.1.1.1. Resultados

A partir del análisis de los datos, se describieron siete temas generales: 1) Conversación sobre el cuerpo; 2) Alimentación, ejercicio y elecciones saludables; 3) Expectativas sociales; 4) *Mindfulness*; 5) Estar en el grupo; 6) Cambios experimentados como resultado de la participación grupal; y 7) Lo que aprendí y quiero que otros sepan (34).

1) Conversación sobre el cuerpo

A lo largo del programa, el modo en el que las participantes se refirieron a sus cuerpos fue evolucionando. Al principio, la mayoría presentaban emociones negativas o contradictorias, expresaban confusión y/o inseguridad acerca de sus cuerpos. A medida que la intervención se fue desarrollando, la mayoría de las participantes comenzaron a describir sus cuerpos utilizando un lenguaje más positivo. La palabra “confianza” se repitió tanto en las entradas de sus diarios personales como durante el grupo de foto-elicitación y en las entrevistas individuales. En las últimas anotaciones en sus diarios personales, las participantes registraron que percibían a sus cuerpos como: “bueno en todos los sentidos”, “como yo quiero que sea” y “único”, además de indicar el deseo no querer arruinarlo, y la necesidad de “mostrarles a todos lo que soy” (34).

Independientemente de la connotación de sus percepciones corporales, positiva o negativa, las niñas describieron haber experimentado un sentido de independencia y propiedad sobre sus cuerpos durante el desarrollo del programa. Surge una sensación de empoderamiento a nivel grupal en donde descubren que sus cuerpos son únicos e inigualables y que tienen la posibilidad de hacer lo que deseen con él, incluso lo que *les gusta* (34).

2) Alimentación, ejercicio y elecciones saludables

Durante el programa *Free to Be*, las participantes se pudieron expresar abiertamente en relación a sus percepciones, miedos y tabúes en torno a la alimentación y el ejercicio. Discutieron y registraron en sus diarios las razones por las que comían y se ejercitaban, la importancia de

tomar decisiones saludables y equilibradas y las dificultades que experimentaban al respecto en ciertos casos (34).

Según las participantes, el proceso de toma de decisiones respecto a qué, cuándo y por qué comer se veía influenciado por cumplir sus necesidades básicas, calmarse y mantenerse enfocadas. Además, las participantes se mostraron conscientes de la importancia de comer saludable y realizar “buenas” elecciones alimentarias, inclusive destacando que se encontraban en etapa de crecimiento. En cuanto al ejercicio, algunas participantes lo describieron como una parte integral y fundamental de sus identidades. Algunas niñas destacaron que para ellas “el ejercicio es vida” y que “sin ejercicio, [su] vida se derrumbaría”, otras refirieron que hacer ejercicio les servía para encontrar “alivio” y coincidieron en que la sensación de que el ejercicio las hacía “sentirse como [ellas] misma[s]” (34).

Sin embargo, mantener un equilibrio saludable en relación a la alimentación y el ejercicio representaba una dificultad para la mayoría. Las participantes indicaron que sus experiencias alimentarias y con la actividad física se veían alteradas cuando recibían comentarios ajenos sobre sus cuerpos y/o sus hábitos alimentarios. Varias niñas refirieron sentirse condicionadas en sus elecciones cuando otras personas ejercían opinión sobre su tamaño corporal o por temor a engordar si comían *mucha* cantidad de comida (aunque quisieran hacerlo). En relación a esto, una de las participantes declaró que comer era divertido para ella en algunas ocasiones, pero malo en otras. Además, otra participante describió que comer era increíble, pero solo cuando se come la “porción justa” y esta es suficiente para ti. Respecto a la relación entre la alimentación saludable y otros comportamientos que promueven la salud, una de las participantes remarcó: “cuando hago ejercicio, quiero algo saludable” (34).

La relación entre la actividad física y las elecciones saludables presentó gran variabilidad entre las participantes. En particular, en cuanto a las creencias relacionadas con el ejercicio y la medida en que incorporaban la actividad física en sus vidas. Un subgrupo de participantes indicó realizar ejercicio con el objetivo de mantener la salud y la forma física, describiéndolo como una actividad “importante para su cuerpo”. En contraparte, algunas niñas comentaron que tomar la decisión de hacer ejercicio ha significado una *lucha* intensa consigo mismas, dado que lo encontraban “aburrido y agotador”, aunque esencial para la vida. Agregaron también, que era “desafiante, difícil y estresante”. A pesar de esto, varias participantes describieron al ejercicio como “inspirador”, “motivador” y “agradable”, cuando se practica con otras personas (34).

3) Expectativas sociales

Este tema se vio compuesto por los sentimientos y percepciones de las participantes a raíz de las comparaciones sociales. Varias niñas se mostraron inseguras con su imagen corporal y expresaron no encajar en el ideal de belleza dominante, declarando que no estaban *a la altura*

de las expectativas relacionadas con el peso, la forma y la apariencia. Asimismo, hablaron de las comparaciones que hacían cotidianamente con los cuerpos de otras pares. Se distinguieron entre estas, aquellas comparaciones relacionadas con el tamaño corporal de otras motivadas por el desarrollo puberal. Ambas reflejaron sentimientos de inseguridad, temor y frustración. En las diferencias referidas al tamaño corporal, también se destacaron comentarios que reflejaban envidia y sentimientos de injusticia por no poseer el cuerpo de la otra persona (34).

En cuanto a las presiones y expectativas sociales, las participantes analizaron el rol de los medios de comunicación en el establecimiento de los estándares de belleza en la sociedad y en su influencia en la forma que deben lucir las niñas y las mujeres. Durante el grupo de foto-elicitación, las participantes compartieron mediante imágenes la forma en que se representaban a las mujeres en los medios de comunicación gráficos. A partir de esto, discutieron y analizaron lo que ellas veían: mujeres jóvenes que estaban sucumbiendo a las presiones sociales al vestirse con la menor cantidad de ropa posible, usar un maquillaje excesivo y posar de manera que sus cuerpos parecieran más pequeños. Las niñas destacaron que en las fotografías, estas mujeres no estaban siendo *fieles a sí mismas* sino que simulaban o aparentaban para agradar y encajar en los cánones de belleza de ese momento. Percibieron también una falta de naturalidad y autenticidad por parte de ellas en sus formas de posar y en el intento de “tapar” y “arreglar” sus rostros con gran cantidad de maquillaje (34).

Por contraparte, durante el grupo de foto-elicitación, las niñas también compartieron imágenes de mujeres jóvenes que consideraban no se regían según las expectativas sociales y se mostraban seguras de sí mismas. Estas manifestaban su confianza personal en sus posturas, sus cuerpos atléticos y sus elecciones poco convencionales en el peinado y la aplicación de maquillaje (34).

Durante el desarrollo de la intervención, las participantes relataron su proceso de rechazo a las expectativas sociales, relacionadas con su peso y apariencia. A medida que los comentarios ajenos perdían protagonismo, se fomentaba la importancia de abstenerse de juzgar a otras niñas y mujeres. Asimismo, acrecentaba el respeto hacia ellas mismas y sus cuerpos. Las participantes desarrollaron una mirada más compasiva y una actitud menos crítica hacia otras personas de su mismo género. Particularmente, expresaron el deseo de que todas las niñas y las mujeres pudieran experimentar una sensación de libertad de las presiones y expectativas sociales (34).

4) *Mindfulness*

Las participantes comentaron sus experiencias respecto a la incorporación de técnicas y ejercicios basados en *Mindfulness* durante los ejercicios grupales. Sus percepciones sobre esta práctica fueron variadas, las niñas describieron el estado de *Mindfulness* como “cerrar los ojos y respirar” y también como “pensar en la forma en que respiramos”. En relación a ello, otras niñas

lo explicaron como “tratar de calmarnos” y “tomarnos nuestro tiempo”, así como “realmente pensar muy de cerca en lo que estamos haciendo y no pensar en otras cosas”. En concordancia con esto último, algunas niñas registraron: “estar más consciente[s] de su entorno” y “disfrutar de lo que tenemos a nuestro alrededor” al “enfocar[nos] en una cosa exacta” (34).

Entre los ejercicios basados en *Mindfulness* incorporados en el programa *Free to Be*, la mayoría de las participantes indicaron haber disfrutado de ser conscientes de su respiración durante el *mindful breathing* y de su cuerpo en movimiento durante la *mindful walk*. Destacaron haber percibido sensaciones agradables, relajantes y de tranquilidad, además de la posibilidad de concentrarse con facilidad. Sin embargo, el ejercicio de *mindful eating* o comer consciente presentó aversiones entre las participantes dado que el alimento involucrado en esta práctica, pasas de uva, no era de agrado para la mayoría de las niñas (34).

Entre la información recabada para este tema, se incluyó el modo en que las participantes percibían el efecto de la práctica de *Mindfulness*. Varias niñas describieron que el *Mindfulness* afectó positivamente su capacidad para regular sus emociones y bajar el nivel de estrés, asimismo se lo mencionó como facilitador para lograr un estado de relajación. La mitad de la población objetivo (4 niñas) mencionó haber experimentado un mayor sentido de conciencia como resultado de las prácticas de *Mindfulness*, que presentó implicancias positivas en su alimentación, su relación con el cuerpo y su calidad de vida. En particular estas niñas relataron haber logrado disfrutar de los alimentos que comían, contemplar las posibilidades de movimiento de sus cuerpos y descubrir su capacidad de funcionar como un conjunto, reconociendo que “la vida, en realidad, es mejor de lo que [ellas] pensaban” (34).

Varias participantes se mostraron interesadas en continuar con la práctica de *Mindfulness* una vez que concluyera el programa, dado que la encontraron beneficiosa para regular sus emociones y para promover su desarrollo futuro (34).

5) Estar en el grupo

Este tema reflejó las vivencias de las niñas en relación con la participación grupal. El análisis de los datos destacó ciertos subtemas relevantes: la novedad y el disfrute, la sinceridad y la unión. Todas las niñas coincidieron en que participar en el programa fue una experiencia grata, divertida y placentera. Destacaron haber disfrutado de participar en las diferentes actividades así como de registrar en sus diarios personales. Hicieron referencia de que se trataba de un programa innovador para ellas y esto las motivaba a participar y crear nuevas experiencias (34).

Además, varias participantes encontraron en el grupo un espacio seguro y de intercambio, que les permitía expresarse con sinceridad sobre cómo se sentían y qué pensaban. En relación a esto, las niñas describieron ciertos beneficios que obtuvieron por participar en el grupo, algunos

de ellos fueron: aumentar la confianza en sí misma, conocerse mejor, ampliar las perspectivas, influenciar positivamente la capacidad para hablar sobre el propio cuerpo, reducir la tendencia a juzgarse y criticarse a sí misma y a los demás. Varias participantes hicieron referencia de percibir una sensación de *comunidad* o *tribu*, dado que todas las integrantes del grupo “compartían [sus] sentimientos y eran sinceras” durante el proceso. Esta sensación de unión y compañerismo ayudó a que las participantes pudieran experimentar un crecimiento tanto colectivo como personal (34).

La facilitadora del grupo fue incluida en esta sensación de comunidad por las niñas, quienes describieron haber disfrutado de su presencia a lo largo de este proceso (34).

6) Cambios experimentados como resultado de la participación grupal

Al analizar los datos, la investigadora descubrió que la participación grupal tuvo un impacto positivo en la autoestima y autoconfianza de las niñas así como en la relación con sus cuerpos, la alimentación y el ejercicio (34).

Todas las participantes expresaron sentirse más seguras como resultado de la participación en el grupo, además dos participantes describieron sentirse más capaces de afrontar sus vidas en general. A su vez, discutieron haber desarrollado una sensación de empoderamiento como niñas, que se relacionó con un aumento de la confianza en su género. Estos sentimientos y sensaciones cultivados en la participación grupal también impactaron en la relación de las niñas con sus corporalidades, las participantes indicaron sentirse más seguras con su imagen corporal y mostrar actitudes más compasivas hacia sí mismas. La obsesión con el peso y con encajar en el ideal de belleza socialmente impuesto, disminuyeron notablemente a partir de las posibilidades que brindó el grupo como un espacio para expresarse libremente y al mismo tiempo, de contención (34).

En relación a la comida, varias participantes destacaron que realizar las prácticas de *Mindfulness* en grupo modificó positivamente sus actitudes alimentarias. Algunas subrayaron que estaban tomando decisiones más saludables, en cuanto a los tipos de alimentos que elegían para su alimentación cotidiana, y otras, que lograban estar más conscientes y atentas mientras comían. Registraron percibir cambios en su capacidad para “escuchar a [sus] cuerpos”, tomarse más tiempo en las comidas para permitirse “comer con calma” y “prestar atención”, utilizar activamente los sentidos, en particular el olfato y el gusto, a la hora de las comidas (34).

Algunas de las participantes que encontraban dificultades para ejercitarse experimentaron mayor confianza en su capacidad de realizar actividad física y se sintieron más motivadas a ejercitarse a partir de lo charlado en grupo (34).

7) Lo que aprendí y quiero que otros sepan

A lo largo del programa, las participantes adquirieron diversos aprendizajes, entre estos, destacaron: el reconocimiento de su unicidad, la falta de necesidad de verse “como el resto” y la gestación de una mirada más diversa; la posibilidad de ser una misma y quitar importancia a los comentarios ajenos y/o situaciones estresantes; lograr conocer su propio cuerpo y aprender a quererlo más; la obtención de estrategias para bajar el estrés y para comer de manera consciente, prestando atención a los alimentos; conocimientos sobre alimentación saludable (34).

Se consultó a las participantes qué querrían que los niños más pequeños supieran de lo que habían aprendido durante el programa, entre sus propuestas se destacaron: trabajar en la confianza, dar estrategias para ser más saludables, enseñar a usar *Mindfulness* para regular sus emociones y estimular a que participen en actividades placenteras. Las participantes estaban interesadas especialmente en que los niños más pequeños reconocieran su unicidad y autenticidad y que no se dejaran ser juzgados ni corrompidos por comentarios y/o actos de otras personas, que *fuera ellos mismos*. Una de las participantes remarcó: “Una niña no tiene que ser bonita, ni delgada, ni nada. Puedes ser tu propio tipo de persona” (34).

Las participantes también señalaron que les gustaría compartir con sus padres lo que habían aprendido y los cambios que habían realizado a lo largo del programa. Además, mostraron especial interés en introducirlos en la práctica de *Mindfulness*. Consideraron que esta técnica los ayudaría a prestar más atención y promovería que se sientan menos frustrados en su día a día. Algunas participantes comentaron intenciones de enseñarles a sus padres sobre el impacto positivo del *mindful eating* en la alimentación. En general, las participantes refirieron que creían importante mantener un estado de mayor conciencia en el ejercicio de la vida cotidiana (34).

A su vez, las niñas hicieron recomendaciones a la facilitadora del grupo para mejorar la experiencia en el futuro. Seis de las niñas recomendaron modificar el alimento del ejercicio de *mindful eating*, las pasas de uva, por uno más agradable. Además, varias participantes señalaron que les hubiera gustado contar con más tiempo para completar los registros de sus diarios y cuatro niñas recomendaron modificaciones para incluir conversaciones más extendidas sobre temas relacionados con la autoestima, *Mindfulness* y el ejercicio (34).

3.1.1.2. Eficacia y aceptabilidad

Se obtuvieron resultados prometedores, en especial teniendo en cuenta que las niñas demostraron ser capaces de dar sentido a los temas discutidos durante el programa, aun siendo preadolescentes. Sumado a esto, los conocimientos adquiridos pudieron ser aplicados de tal manera que las participantes lograron desarrollar relaciones más saludables con sus cuerpos, la

alimentación y el ejercicio. Sin embargo, el estudio careció de seguimiento, lo que imposibilitó evaluar el impacto de esta MBI en el tiempo. Asimismo, se debe destacar una importante limitación en relación al tamaño de la muestra (n=8) y la posibilidad de replicar estos resultados en otras poblaciones de niñas preadolescentes e incluso en población mixta o de varones (34).

Según lo registrado en los resultados de la MBI, particularmente en los temas “Estar en el grupo”, “Cambios experimentados como resultado de la participación grupal” y “Lo que aprendí y quiero que otros sepan”, se entiende que la aceptabilidad del programa fue positiva. A excepción del ejercicio de la pasa de uva, todas las participantes refirieron una experiencia agradable, entretenida y placentera durante la intervención, destacando su carácter innovador y motivador. Encontraron en el grupo un espacio de libertad y contención (34).

3.1.2. Aceptación y Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* en la escuela

En el año 2015, las investigadoras australianas Atkinson y Wade publicaron un estudio que comparaba la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de dos tipos de intervenciones para la prevención de los TCA. Una basada en disonancia cognitiva y otra, en *Mindfulness*. Ambas buscaban prevenir o reducir la preocupación por el peso y la forma corporal, la restricción dietética, la internalización del ideal de belleza o delgadez y los síntomas asociados a los TCA en mujeres adolescentes escolarizadas (35, 39).

El estudio se llevó a cabo mediante un muestreo por conglomerados, basado en seis escuelas secundarias para señoritas de Adelaida, Australia. Un total de 340 adolescentes de 14 a 18 años fueron incluidas en el análisis de los datos. La población se encontraba dividida en tres grupos: una intervención basada en *Mindfulness* con 135 participantes, una intervención basada en disonancia cognitiva (DBI, por sus siglas en inglés), que contaba con 108 adolescentes y un grupo control, con un total de 97 chicas (35, 39).

Para el análisis, se evaluaron por separado un subconjunto de sesiones (n=156, siendo 59 sesiones de MBI, 40 de DBI y 57 del grupo control) que fueron dictadas por un facilitador experto, es decir, capacitado y con experiencia en la difusión de este tipo de intervenciones. Se tomó dicha facilitación como indicador de la condición óptima de instrucción. A partir de esto, se posibilitó la comparación de sus resultados con aquellas clases impartidas por facilitadores no expertos, que poseían entrenamiento y conocimientos limitados sobre estos programas (35, 39).

La DBI aplicada en este ensayo se basó en el protocolo “*The Body Project*” (proyecto el cuerpo, en inglés), descrito por Stice et al. en el año 2007. Las sesiones incluyeron discusiones facilitadas, juego de roles y tareas de escritura que buscaban que las participantes desafiaran voluntariamente al ideal de delgadez. Para vehicular este protocolo en el entorno escolar, las investigadoras realizaron ciertas adaptaciones: incluyeron una presentación gráfica de los

hechos relacionados con la búsqueda del ideal de belleza, utilizaron videos para ilustrar conceptos clave y guiaron ejercicios en parejas y en grupo (35).

La MBI aplicó aspectos clave de *Mindfulness* y la práctica basada en la aceptación, específicamente de la imagen corporal, con algunos ejercicios adaptados de la Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (MBCT, por sus siglas en inglés) para la depresión. Durante las clases se practicó la conciencia del momento presente, a través del ejercicio de *Mindfulness* de la pasa de uva, y el uso de la respiración como ancla; la posibilidad de ver los pensamientos y sentimientos sobre el cuerpo como simples eventos mentales, no necesariamente correctos, incorrectos o verdaderos; y practicar el no juzgar y la aceptación con respecto a los pensamientos y sentimientos relacionados con el cuerpo. La mayoría de los ejercicios interactivos y experienciales se centraron en estímulos relacionados con el cuerpo, ya sea proporcionados, mediante imágenes de revistas idealizadas; imaginados, como la visualización del reflejo de un espejo; o generados, mediante dramatizaciones de pensamientos específicos del cuerpo (35).

Ambas intervenciones se dictaron con frecuencia semanal y constaron de tres clases. Se permitieron lecciones de duración variable con el objeto de adaptarse al plan de estudio de cada institución. En todos los casos se buscó promover la participación de las estudiantes y minimizar los tiempos de las presentaciones didácticas. En la Tabla 2 se describen los contenidos principales de cada sesión de ambas intervenciones (35).

Tabla 2. Contenidos principales de cada intervención.

MBI	DBI
<p>Clase 1: Introducción del <i>Mindfulness</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estrategias de afrontamiento comunes: ejercicios de supresión y magnificación. 2. Video: “Hoy es un regalo”*. 3. Presentación de diapositivas sobre lo que <i>no</i> es <i>Mindfulness</i>. 4. Ejercicio guiado: conciencia del momento presente. <p>Tarea para el hogar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ficha de estrategias de manejo. 2. Conciencia y aceptación de tareas rutinarias. 	<p>Clase 1: Definiendo al ideal de delgadez</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lluvia de ideas sobre el ideal de delgadez. 2. Video: “Dove Evolución”‡. 3. Examinar una hoja informativa visual. 4. Discusión en pequeños grupos: costos del ideal de belleza. 5. Video: Niña pequeña haciendo afirmación verbal en el espejo. <p>Tarea para el hogar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autoafirmación en el espejo.

Tabla 2. Contenidos principales de cada intervención (*continuación*).

MBI	DBI
<p>Clase 2: Una nueva forma de relacionarse con las experiencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Obstáculos para practicar <i>Mindfulness</i>. 3. Ejercicio de descentramiento del pensamiento. 4. Ejercicio guiado: imágenes idealizadas de revista. 5. Juego de roles: actitud de <i>Mindfulness</i>. 6. Método S.T.O.P.†: contrarrestar el piloto automático. <p>Tarea para el hogar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Práctica del S.T.O.P.†. 2. Conciencia de experiencias corporales placenteras. 	<p>Clase 2: Resistiendo a la presión de ser delgada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión en el espejo. 2. Escribir un correo electrónico a una niña más pequeña sobre los costos de perseguir el ideal de belleza. 3. Juego de roles: desafíos verbales al ideal de delgadez. <p>Tarea para el hogar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lista de los 10 mejores ejemplos de activismo corporal.
<p>Clase 3: Autocompasión y dejar ir</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discutir en parejas el poema “La casa de huéspedes” de Rumi. 2. Lluvia de ideas: declaraciones de aceptación compasiva. 3. Ejercicio guiado: visualizar el reflejo del espejo. 4. Discutir presiones futuras y desarrollar un plan de acción personal. <p>Tarea para el hogar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Práctica del S.T.O.P.†. 	<p>Clase 3: Activismo corporal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Juego de roles: respuestas rápidas al ideal de belleza. 2. Discutir el desafío conductual. 3. Discutir sobre activismo corporal. 4. Presiones futuras y plan de respuesta. <p>Tarea para el hogar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desafío conductual. 2. Desafío de activismo corporal.

Nota. MBI: Intervención basada en *Mindfulness*. DBI: Intervención basada en disonancia cognitiva. * Extracto de la película “Kung Fu Panda”. † Las siglas S.T.O.P. refieren a: parar, tomar aire, observar y proceder, por su traducción del inglés. ‡ Campaña “Belleza real”, Dove. Adaptado y traducido de Atkinson MJ y Wade TD, 2015 (35).

3.1.2.1. Resultados

Cuando las intervenciones de prevención fueron proporcionadas por facilitadores no expertos, no se encontraron efectos significativos en la psicopatología de los TCA. Sin embargo, bajo una facilitación óptima las estudiantes que recibieron la MBI mostraron reducciones significativas en la preocupación por el peso y la forma, la restricción dietética, la internalización del ideal de delgadez, los síntomas de TCA y el deterioro psicosocial en relación con el control a los 6 meses de seguimiento. Por otra parte, las estudiantes que recibieron la DBI mostraron reducciones significativas en las presiones socioculturales. En ambos casos, se encontró un impacto limitado

en el afecto negativo. No se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las dos intervenciones (35).

3.1.2.2. Eficacia y aceptabilidad

Los resultados de este estudio describieron un impacto positivo de la MBI únicamente cuando la misma había sido vehiculizada por un facilitador experto. El uso de facilitadores subóptimos no mostró eficacia para la modificación efectiva del comportamiento alimentario y la reducción de los síntomas de los TCA. Por consiguiente, este estudio resalta la importancia de incluir profesionales capacitados en la difusión de este tipo de intervenciones para lograr resultados significativos. En este caso, los efectos positivos de la MBI se registraron durante el seguimiento, principalmente tras 6 meses de la intervención (35, 39).

El programa basado en *Mindfulness* desarrollado para esta investigación presentó una aceptabilidad moderada por parte de las estudiantes y del personal docente. Sin embargo, las participantes informaron una comprensión de los conceptos, confianza del facilitador y probabilidad de uso continuo significativamente menor respecto a quienes participaron en la DBI. Los profesores del colegio refirieron que los conceptos instruidos en la DBI resultaban conocidos para la población adolescente y, por ello, consideraban más relevante los contenidos abordados en la MBI, relacionados con la aceptación y autocompasión. Estos aprendizajes proponían un cambio en la perspectiva más que la mera enseñanza de nuevos hechos (35, 39).

3.1.3. Plan de estudios escolar basado en *Mindfulness* .b

Johnson et al. publicaron en el año 2016 un estudio controlado aleatorizado por conglomerados que buscaba abordar los factores de riesgo comunes de tres patologías: la ansiedad, la depresión y los TCA. Todos ellas se caracterizan por expresar un pico de aparición durante la adolescencia. Esta investigación se desarrolló de manera exploratoria, siendo el primer estudio que buscó influir en los factores de riesgo trans diagnósticos de estos trastornos. Entre estos, los autores incluyen: las dificultades en la regulación emocional, la rumiación y el perfeccionismo desadaptativo, con una fuerte autocrítica (36).

Mindfulness fue seleccionado como base de la intervención por su implicancia en la percepción y aceptación de emociones fuertes desagradables. Entendiendo que permitiría tomar distancia de los pensamientos y reconocerlos como eventos mentales transitorios, no necesariamente fácticos. Asimismo, porque su práctica posibilitaría su cultivar una postura amistosa, compasiva y sin prejuicios hacia uno mismo (36).

El estudio se llevó a cabo en 4 escuelas secundarias y 1 escuela primaria de Adelaida, Australia, con población adolescente. Contó con 308 participantes de ambos sexos, siendo un 47,7%

mujeres, con una media de edad de 13,63 años. Las clases se aleatorizaron y los estudiantes recibieron ocho lecciones semanales de una MBI dirigida a la ansiedad, la depresión, las preocupaciones sobre el peso y la forma y el bienestar (n=132) o clases normales (n=176), que principalmente eran de cuidado pastoral o proyectos comunitarios, formando parte del grupo control (36, 39).

La MBI seleccionada para esta investigación fue el currículo *.b* (su pronunciación en inglés, “*dot be*”, refiere a la acción de detenerse y ser), un plan de estudios que forma parte del *Mindfulness in Schools Project* (proyecto *Mindfulness* en las escuelas, en inglés), desarrollado para enseñar esta práctica en las escuelas a estudiantes de 11 a 18 años. El currículo *.b* es una adaptación de los programas MBCT y MBSR para población adolescente. Sus modificaciones se basan en revisiones de programas efectivos de salud mental y bienestar basados en la escuela. Entre estas se encuentran: enseñanza explícita de habilidades y actitudes, prácticas más cortas, métodos de enseñanza interactivos y experienciales, recursos apropiados para la edad y prácticas guiadas para el hogar. El plan de estudios *.b* permite una duración variable de las lecciones para adaptarse a los horarios escolares. Usualmente es impartido por maestros que integran las escuelas donde se lleva a cabo, aunque no es el caso de esta intervención, que utilizó un facilitador externo capacitado (36).

El plan de estudios *.b* incluyó las siguientes actividades (36):

- Prácticas breves no guiadas:
 - Recuento de la respiración,
 - Práctica del *.b*: detenerse y estar presente,
 - Incorporación de *Mindfulness* a las actividades cotidianas, como caminar y observar el tráfico de pensamientos.
- Prácticas guiadas:
 - FOFBOC (pies en el suelo y *cola* en la silla, por sus siglas en inglés): escaneo corporal sentado y conciencia de la respiración;
 - “*Beditation*” (conjunción de las palabras cama y meditación en inglés): una exploración corporal acostado y práctica de relajación.

Las prácticas guiadas fueron vehiculizadas a través de archivos de audio, de 9 minutos de duración en cada caso. Además, los estudiantes recibieron un manual de tareas que pretendía alentarlos y guiarlos para ejercitar estas prácticas en sus casas de manera estructurada (36).

3.1.3.1. Resultados

La ansiedad, la depresión, las preocupaciones sobre el peso y la forma y el bienestar fueron los factores de resultado primarios. Además, se midieron la desregulación emocional, la

autocompasión y el rasgo de *Mindfulness*. No se encontraron mejoras significativas en ninguna de las variables post-intervención ni a los 3 meses de seguimiento. En adición y en contraste con lo esperado por las investigadoras, a los 3 meses de seguimiento la ansiedad autoevaluada resultó más alta en el grupo que había recibido la MBI en comparación con los controles para los subgrupos: varones, adolescentes de ambos sexos con bajos niveles iniciales de preocupación por el peso y la forma, adolescentes de ambos sexos con bajo nivel de depresión en la línea de base (36).

3.1.3.2. Eficacia y aceptabilidad

Con una escala de Likert de 0 a 10 puntos donde las puntuaciones más altas indicaban una mayor satisfacción, interés, cantidad aprendida o probabilidad de continuar usando las técnicas, se evaluó la aceptabilidad promedio de la MIB con 6,5 puntos entre estudiantes y 9 puntos entre profesores. A pesar de la alta aceptabilidad del programa, no demostró ser eficaz en la reducción de los factores de riesgo comunes de la ansiedad, la depresión y los TCA post-intervención ni tampoco tras 3 meses de seguimiento (36, 39).

3.1.4. Aceptación y Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* en adultas jóvenes

Este estudio, desarrollado por Atkinson y Wade, es la primera investigación que evalúa el uso de una MBI en el contexto de la prevención de los TCA. El ensayo evaluó el potencial de una MBI en la reducción de los factores de riesgo de estas patologías, en comparación con una DBI y con la presencia de un grupo control. La investigación se llevó a cabo en población de mujeres adultas jóvenes con factores predisponentes para el desarrollo de un TCA, relacionados con la imagen corporal. Las participantes fueron auto seleccionadas y, para determinar su elegibilidad, se evaluó la ausencia de un TCA mediante el Cuestionario de Examen de Trastornos Alimentarios (EDE-Q). Los criterios diagnósticos evaluados fueron los de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, vigente al momento del estudio (37).

Se invitó a participar del estudio a las mujeres adultas jóvenes de las universidades del sur de Australia y de la comunidad en general. La convocatoria se realizó a través de carteles y volantes que invitaban a las mujeres jóvenes que quisieran sentirse mejor con sus cuerpos, a formar parte de esta investigación. Finalmente, la muestra se vio comprendida por 44 mujeres de 17 a 31 años, donde la mayor parte (93%) se identificó como caucásica mientras que un 7% (3 mujeres) refirió ser de origen asiático (37).

Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a una MBI, DBI o grupo control. La DBI se basó en el protocolo desarrollado por Stice et al., "*The Body Project*" (proyecto el cuerpo, en inglés). Por su parte, la MBI fue diseñada por las autoras del estudio a partir de los principios de la práctica basada en *Mindfulness* y aceptación junto con la MBTC. Con el objeto de poder

comparar ambas las intervenciones, las investigadoras buscaron que la MBI fuera equivalente a la DBI respecto a factores no específicos como (37):

- La duración del programa, que se mantuvo en tres semanas;
- El estilo de entrega de la intervención, en sesiones grupales de 1 hora por semana;
- El uso de una presentación didáctica mínima;
- La promoción de la interacción grupal para fomentar la cohesión;
- La inclusión de tareas para realizar fuera de la lección formal.

El programa basado en *Mindfulness* se introdujo con la idea de que ser consciente y no juzgar las experiencias internas puede reducir el impacto de los pensamientos y sentimientos no deseados relacionados con el cuerpo. A lo largo de las sesiones, las participantes realizaron diferentes actividades: practicaron estrategias de afrontamiento ante experiencias negativas; realizaron ejercicios de supresión y ampliación de pensamientos, para diferenciar los efectos de evitación y la rumiación; aprendieron ejercicios para mantener la consciencia en el presente: el ejercicio de la pasa de uva y desarrollaron ejercicios guiados, utilizando la respiración como ancla y con una postura sin prejuicios; llevaron a cabo el ejercicio de descentramiento del pensamiento, que buscó ejercitar la no identificación con los hechos cognitivos y la toma de distancia de los mismos. Realizaron también juegos de roles y trabajaron con imágenes socialmente idealizadas, publicadas en revistas. En la última sesión se abordaron estrategias para afrontar situaciones negativas futuras relacionadas con el cuerpo de manera eficaz, a partir de las herramientas desarrolladas en el curso (37).

Por otra parte, la DBI tomó como punto de partida la idea de que comprender las presiones culturales que imponen el *deber* de ser delgadas y entender cómo responder a ellas, mejoraría la satisfacción corporal. Esta intervención se compuso principalmente de discusiones, socializaciones, reflexiones y dramatizaciones sobre el ideal delgado, las presiones sociales y culturales y las preocupaciones en relación al cuerpo. Se introdujeron ejercicios de activismo corporal, así como trabajos de autoafirmación. Además, se propusieron desafíos conductuales relacionados con los cuerpos, como permitirse utilizar pantalones cortos con libertad cuando antes se presentaba miedo a vestirlos. En el último encuentro, se debatió cómo usar las herramientas aprendidas durante el programa para responder de manera efectiva a preocupaciones y/o presiones relacionadas con sus cuerpos. El detalle del contenido de ambas intervenciones se encuentra desplegado en la Tabla 3 (37).

Tabla 3. Contenidos principales de las intervenciones.

MBI	DBI
<p>Sesión 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de experiencias internas relacionadas con sus cuerpos. 2. Estrategias de afrontamiento comunes: ejercicios de supresión y ampliación de pensamientos. 3. Ejercicio de conciencia en el momento presente <p>Tarea</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar estrategias de afrontamiento personales y costos asociados. 2. Práctica diaria programada: respiración de 3 minutos. 3. Conciencia y la aceptación de tareas rutinarias. 	<p>Sesión 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción al programa. 2. Discusión guiada: definición del ideal de belleza, orígenes, modo de perpetuación, beneficiarios del ideal de delgadez e impacto de estos mensajes. <p>Tarea</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Escribir una carta a una adolescente que lucha con preocupaciones sobre la imagen corporal sobre los costos de perseguir el ideal de belleza. 2. Tarea de autoafirmación: registrar aspectos positivos sobre sí misma mientras ve su reflejo en un espejo de cuerpo entero.
<p>Sesión 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Barreras para practicar <i>Mindfulness</i>. 2. Ejercicio guiado: descentramiento del pensamiento. 3. Práctica del enfoque de distanciamiento con imágenes idealizadas de revista. 4. Juego de roles: actitudes de aceptación frente a autocríticas. 5. Ejercicio experiencial guiado: reconocimiento y aceptación de cogniciones de una experiencia corporal personal desagradable. <p>Tarea</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Práctica continuada del espacio de respiración de 3 minutos, enfocado en la respuesta a cogniciones corporales angustiosas. 2. Conciencia y aceptación de experiencias corporales útiles o placenteras. 3. Leer el poema “La casa de huéspedes” de Rumi. 	<p>Sesión 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de contenidos y tareas. 2. Reflexión sobre la experiencia personal de escribir la carta asignada. 3. Socializar los aspectos positivos identificados al completar la tarea de autoafirmación, discutir los pensamientos y sentimientos asociados. 4. Juegos de roles de “actitud contraria”: disuadir al facilitador del grupo, que adopta una posición a favor del ideal de delgadez, de perseguir dicho ideal. <p>Tarea</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Generar desafíos verbales para tres ejemplos personales en los que se haya encontrado con presiones para estar delgada. 2. Activismo corporal: elaborar una lista de las 10 principales cosas que las mujeres jóvenes pueden hacer para resistir el ideal de la delgadez.

Tabla 3. Contenidos principales de las intervenciones (*continuación*).

MBI	DBI
<p>Sesión 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discusión del poema “La casa de huéspedes”: aceptación de experiencias negativas. 2. Juicios al cuerpo y autocrítica: desventajas y propuestas de aceptación. 3. Ejercicio experiencial guiado: visualización de un escenario cotidiano donde se experimenten preocupaciones relacionadas con el cuerpo. 4. Práctica de la aceptación y una postura sin juzgar. 5. Reconocimiento de presiones futuras asociadas a la imagen corporal y planificación de estrategias de acción. <p>Tarea*</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Práctica continuada del espacio de respiración de 3 minutos. 2. Generar una lista de las 5 mejores declaraciones de aceptación para usar cuando observaron pensamientos autocríticos. 3. Practicar la conciencia y la aceptación mientras ve su reflejo en un espejo de cuerpo entero. 	<p>Sesión 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puesta en común de las tareas de la sesión 2. 2. Juego de roles: generar respuestas rápidas para contrarrestar las declaraciones ideales delgadas. 3. Discusión sobre las presiones sociales que imponen ser delgadas, obstáculos a la resistencia y cómo poder superarlos. 4. Charla sobre las preocupaciones personales relacionadas con el cuerpo y guía para la planificación de desafíos conductuales. 5. Reconocimiento de futuras presiones que puedan enfrentar y discusión de estrategias para responder efectivamente a partir de lo aprendido en el programa. <p>Tarea*</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desafío conductual completo. 2. Activismo corporal (<i>continuación</i>): seleccionar un ítem de su lista para llevar a cabo durante la semana siguiente.

Nota. MBI: Intervención basada en *Mindfulness*. DBI: Intervención basada en disonancia cognitiva. * Se solicitó a las participantes de ambos grupos que entregaran estas tareas por correo electrónico. Adaptado y traducido de Atkinson MJ y Wade TD, 2016 (37).

3.1.4.1. Resultados

En el seguimiento posterior a las intervenciones, la MBI demostró reducciones significativas en la preocupación por el peso y la forma corporal, la internalización del ideal de delgadez, la restricción dietética, los síntomas de TCA y el deterioro psicosocial, en comparación con el grupo control. Se registró un impacto menor en el afecto negativo, asociado a un tamaño del efecto medio mediante la *d* de Cohen. Las participantes de la DBI no mostraron mejoras estadísticamente significativas en relación con el control en ningún resultado, a pesar de presentar tamaños del efecto pequeños a moderados (37).

En la mayoría de las variables evaluadas, los efectos positivos registrados post-intervención para la MBI disminuyeron con el tiempo. Sin embargo, la restricción dietética se mantuvo significativamente más baja que el grupo control al mes de seguimiento y los efectos sobre el afecto negativo, aunque en menor medida, se mantuvieron a los 6 meses (37).

3.1.4.2. Eficacia y aceptabilidad

En conjunto, las disminuciones de la MBI luego de la intervención se compararon favorablemente con los tamaños del efecto en las variables correspondientes, del ensayo original de eficacia realizado por Stice et al. en el protocolo de la DBI. Además, los resultados obtenidos fueron mayores que los tamaños de efectos post-intervención informados en otros programas de prevención al momento de la publicación de este trabajo (37, 40, 41).

La aceptabilidad registrada post-intervención fue alta para ambas intervenciones. A pesar de ello, las participantes de la MBI indicaron calificaciones más bajas en la comprensión y facilidad de uso, demostraron un menor cumplimiento de las tareas para el hogar y registraron menos tiempo de práctica de las técnicas facilitadas, respecto a las participantes de la DBI. Sumado a ello, el programa de *Mindfulness* presentó mayor tasa de abandono. Las autoras discutieron la posibilidad de que estos eventos se encontraran relacionados con la naturaleza de la práctica de *Mindfulness*, contraria a la intuición y de carácter metacognitivo, lo que podría significar menor accesibilidad para algunas personas, así como resultar menos atractivo (37).

3.1.5. Instrucción de yoga basada en *Mindfulness* en adultas

Las autoras del estudio encontraron que la evidencia empírica respaldaba la inclusión del yoga en la prevención de los TCA, dado su impacto positivo en el *embodiment* (cognición encarnada o corporeizada, en inglés) y en el afecto positivo central. Ambos factores funcionarían como agentes protectores al evitar el desarrollo de una percepción de la imagen corporal negativa, así como prevenir la desregulación emocional. Estas últimas características se encuentran asociadas consistentemente con la presentación clínica de los TCA. El yoga promovería el desarrollo del *embodiment* y el afecto positivo central mediante la proporción de múltiples oportunidades durante su práctica para experimentar el cuerpo desde una perspectiva interna y subjetiva, apreciar las características físicas únicas de uno mismo y notar las sensaciones corporales y las experiencias emocionales a medida que van y vienen. Se cree que estas experiencias se facilitan mediante el uso de la respiración y la conciencia plena para simplemente estar con el cuerpo y los sentimientos en lugar de reaccionar, intentar suprimir o evitar la experiencia. Es decir, experimentando un estado de *Mindfulness* (38).

Mantener un estado de *Mindfulness* durante la práctica de yoga ha demostrado una relevancia particular en la mejora del *embodiment*. El concepto “*embodiment*” plantea que el cuerpo,

además de ser parte de la identidad del individuo, participa de los procesos cognitivos y emocionales de este. Particularmente, en aquellos relacionados con la imagen y el esquema corporal. En una clase de yoga, por ejemplo, la vigilancia del cuerpo y la atención plena del estado del cuerpo se encuentran inversamente relacionadas (38, 42, 43).

Ante la necesidad de identificar qué estrategias de instrucción específicas podrían sustentar la evidencia empírica descrita, Cox et al. realizaron un ensayo clínico aleatorizado para examinar los efectos de enseñar una única clase de yoga a partir de tres enfoques de instrucción diferentes: basado en *Mindfulness*, basado en la apariencia y neutral. Mediante la intervención, las autoras buscaron comprender cómo influían en los mecanismos centrales de riesgo de los TCA ciertas características asociadas a la instrucción de una clase de yoga como: el tipo o la cantidad de yoga practicado y la manera en que los instructores usan el lenguaje. Con este objetivo, evaluaron los estados de vigilancia corporal y de apreciación del cuerpo, la sensación de placer durante la práctica y la variación en el afecto pre y post clase (38).

La población fue reclutada de grandes clases representativas de estudiantes de pregrado y miembros de hermandades de una universidad mediana en la región noroeste de los Estados Unidos. Al mismo tiempo, se publicaron folletos en el campus y en las redes sociales. Los criterios de inclusión tenidos en cuenta para seleccionar a las participantes del estudio fueron (38):

- identificarse como mujer,
- poseer como máximo un dominio moderado del yoga y
- no estar practicando yoga con frecuencia regular al momento del estudio.

Se reclutó específicamente a las participantes con menor experiencia en la práctica del yoga para que existiera una menor influencia por instrucciones previas en los resultados del estudio. Se incluyeron 62 mujeres de 18 a 54 años, mayormente auto identificadas como caucásicas (74,2%), de las cuales un 82,3% eran estudiantes (51 mujeres) y el resto, estudiantes de posgrado. Treinta y dos participantes informaron poseer un nivel principiante de yoga, 25, un nivel principiante-intermedio, mientras que sólo cinco mujeres refirieron un nivel intermedio. Seis participantes notificaron realizar una práctica regular de meditación o *Mindfulness* (38).

Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a una de las tres clases de yoga de 45 minutos. La clase basada en *Mindfulness* se enfocaba en estar conscientemente presente en el propio cuerpo mientras que la instrucción basada en la apariencia enfatizaba el cambio en el aspecto del cuerpo y el enfoque neutral se basaba simplemente en ponerse en ciertas posturas de yoga o asanas. Las asanas se mantuvieron constantes en las tres condiciones, pero las condiciones basadas en la *Mindfulness* y en la apariencia contenían un lenguaje particular para cada postura. Con este, se buscó ayudar a las participantes a que estuvieran presentes en sus cuerpos o a centrarse en cómo la práctica de yoga cambiaría la apariencia de su cuerpo,

respectivamente. Un único instructor de yoga impartió las clases para todos los grupos, a partir de un guion creado por las autoras del estudio para cada tipo de instrucción. En la Tabla 4 se incluyen ejemplos de las posturas de yoga y el lenguaje asociado a cada condición (38).

Tabla 4. Ejemplos de posturas de yoga y tipo de instrucción para cada condición.

Postura de yoga	Instrucción		
	Basada en <i>Mindfulness</i>	Basada en Apariencia	Neutral
Postura del niño	Mové tu pelvis hacia atrás sobre tus pies y estirá tu torso y tus brazos hacia adelante para adoptar la postura del niño. Sumergite en la sensación de estar conectada a tierra y sostenida en esta postura de descanso.	Mové la pelvis hacia atrás sobre los pies y estirá el torso y los brazos hacia adelante para adoptar la postura del niño. Acá, podés tonificar esos brazos uno hacia el otro sobre la colchoneta... trabajando para adelgazar la parte superior de los brazos.	Mové la pelvis hacia atrás sobre los pies y estirá el torso y los brazos hacia adelante para la postura del niño.
Perro boca abajo	Presioná a través de tus pies, levantá tu cola en la postura del perro hacia abajo. Alterná doblar tus rodillas y presionar tus talones contra el suelo para calentar tus piernas. Notá la sensación de fuerza en tus hombros y espalda. Permití que los pensamientos que surjan vengan y se vayan... Respirá.	Presioná a través de los pies, levantá la cola en la postura del perro hacia abajo. Alterná doblando las rodillas y presionando los talones contra el suelo para calentar las piernas. El perro boca abajo es excelente para obtener esa definición muscular en los hombros y la espalda y perder el exceso de grasa ahí.	Presioná a través de los pies, levantá la cola en la postura del perro hacia abajo. Alterná doblando las rodillas y presionando los talones contra el suelo para calentar las piernas.
Ángulo lateral	Conectá tu codo en la estabilidad de tu rodilla y sentí la conexión en el ángulo lateral. Desde tu base de fuerza, ¿qué notás a lo largo del lado derecho de tu cuerpo?	Bajá el codo delantero hasta la rodilla para formar un ángulo lateral. Para aumentar la quema de calorías, enganchá las piernas y reafirmá el núcleo.	Bajá el codo delantero hasta la rodilla para formar un ángulo lateral.

Adaptado y traducido de Cox AE et al., 2020 (38).

No hubo diferencias en la imagen corporal positiva o negativa, la motivación para la actividad física, el dominio del yoga o el rasgo de atención plena en la línea de base de los tres grupos. Tampoco en la práctica de la meditación o *Mindfulness*. Esto sugiere que la asignación aleatoria tuvo éxito en establecer la equivalencia de grupo en estas variables (38).

El análisis de los datos se realizó mediante el análisis de la varianza unidireccional (ANOVA) y pruebas de chi cuadrada. Las variables dependientes evaluadas incluyeron el afecto central antes y después de la clase de yoga y evaluaciones posteriores a la clase del estado de atención, la vigilancia del estado del cuerpo, la apreciación del estado del cuerpo, el placer recordado experimentado durante la clase de yoga y el placer pronosticado durante una futura clase de yoga. La clase basada en la apariencia se seleccionó como una clase de comparación ya que pensar en la apariencia física externa de uno representa un estado de baja atención y se ha teorizado que socava la cognición encarnada positiva. Incluir una clase neutral, en la que los participantes simplemente recibieron instrucciones sobre las poses, proporcionó una posibilidad de evaluar los posibles beneficios adicionales que podrían verse asociados con una instrucción específica basada en *Mindfulness* (38).

3.1.5.1. Resultados

Los ANOVA revelaron una vigilancia corporal significativamente mayor y un placer pronosticado menor en la clase de yoga basada en la apariencia en comparación con las otras dos condiciones. Las participantes en la clase basada en *Mindfulness* experimentaron mayor incremento en el afecto central luego de la intervención e informaron mayor placer recordado durante la clase de yoga en comparación con las de la clase de apariencia y de instrucción neutral. No hubo diferencias significativas en el estado de conciencia del cuerpo ni en el estado de apreciación del cuerpo en todas las condiciones (38).

En concordancia con la evidencia empírica, los datos indicaron que las participantes en la condición de *Mindfulness* tuvieron las experiencias más positivas durante la clase de yoga y aquellas en la clase centrada en la apariencia, tuvieron la mayor cantidad de experiencias menos positivas, con tamaños de efecto medianos a grandes. En algunos casos, las experiencias en las condiciones de *Mindfulness* y neutras fueron similares. Sin embargo, se encontró evidencia de los efectos protectores específicos, cambio en el afecto central, en la instrucción basada en *Mindfulness* sobre la instrucción neutral y ninguna indicación de riesgo asociado con la adición de la instrucción basada en *Mindfulness*. Incluso entendiendo que se debe realizar mayor investigación en la materia, las autoras recomendaron guiar a los instructores de yoga para que sean conscientes de los beneficios de un enfoque basado en *Mindfulness* y *embodiment*, en contraposición del riesgo inherente de un enfoque de objetivación, basado en la apariencia (38).

3.1.5.2. Eficacia y aceptabilidad

El estudio muestra eficacia en sus resultados inmediatamente después de la intervención para la instrucción basada en *Mindfulness* según lo descrito en la sección resultados. Sin embargo, esta investigación no contempla seguimientos a mediano ni largo plazo. En adición, la aceptabilidad para las diferentes condiciones no fue evaluada (38).

4. Discusión

La teoría sugiere que el período de mayor implicancia para realizar acciones de prevención primaria para reducir la incidencia de los TCA se encuentra entre la infancia y juventud. Sin embargo, actualmente se dispone de una cantidad limitada de estudios científicos enfocados en la prevención primaria de los TCA que implementen MBI en la población infanto-juvenil. La mayoría de los trabajos publicados que investigan sobre la prevención de los TCA utilizando MBI se enfocan en población adulta y presentan diferentes tipos y niveles de prevención (34, 39).

Johnson et al. y Atkinson y Wade concuerdan en que la entrega de las MBI en la escuela brinda una oportunidad útil para obtener acceso a un amplio espectro de la población, en todos los niveles de riesgo, y capturar a aquellos individuos que de otro modo no recibirían la intervención necesaria. Refieren con esto a lo conocido como prevención universal. En coincidencia con estas autoras, Soriano-Ayala et al. discuten en su estudio el rol de las escuelas, las universidades y los profesionales de la salud pública comunitaria en la prevención e intervención oportuna de ciertas patologías asociadas al estilo de vida, entre las que incluyen a los TCA. Esta investigación utiliza una MBI para la promoción de la salud en estudiantes de grado españoles y subraya que los estadios universitarios representan una oportunidad importante para la educación en salud y nutrición (35, 36, 44).

El momento más oportuno para realizar prevención primaria específica de estas patologías difiere levemente entre los autores consultados. La mayoría hablan de la etapa de la adolescencia como una ventana de posibilidad para ejercer tanto un efecto protector como una disminución de los factores de riesgo, evitando de esta manera el posible desarrollo de un TCA. Atkinson y Wade sugirieron en su artículo de 2015 que durante la adolescencia media y tardía los programas destinados a mejorar la imagen corporal presentarían una importante implicancia para la prevención de las dificultades relacionadas con la alimentación y el peso. Las autoras identificaron a la adolescencia como el periodo de mayor riesgo para las preocupaciones asociadas a la imagen corporal, en donde acontecen cambios biológicos, sociales y psicológicos. Además, tuvieron presente que el punto máximo para el inicio de los TCA se encuentra registrado entre los 16 y los 20 años, según Stice et al. en 2013 (5, 10, 21, 31, 35).

Johnson et al. hablaron de la adolescencia en general como periodo óptimo para la prevención de los TCA. Asimismo, las autoras sugirieron, a razón de sus resultados, que la aplicación de los principios de *Mindfulness* a escenarios específicos podría aumentar su eficacia en la juventud. Por su parte, Klassen-Bolding insistió en que se debe comenzar a comprender que los esfuerzos de prevención específicos de estos trastornos pueden ser útiles para edades más jóvenes de lo que se consideraba anteriormente. Esto coincide con los resultados de su investigación con preadolescentes en el año 2018 (34, 36).

Indistintamente de cuál sería la etapa de desarrollo más oportuna para implementar estas intervenciones, el artículo de revisión de Omiwole et al. remarca la falta de artículos publicados sobre esta temática en población menor a 18 años. Si bien las intervenciones basadas en *Mindfulness* han mostrado mejoras en la psicopatología asociada a los TCA en población adulta y se sugiere su implementación en población infanto-juvenil con fines preventivos, los estudios disponibles en esta última población aún son escasos. En el año 2015, Prieto-Castaño et al. realizaron una revisión bibliográfica similar a la presente investigación, incluyendo solamente estudios con participantes menores de 18 años y que presentan incidencia en la imagen corporal. Se encontró únicamente un estudio, el artículo publicado por Atkinson y Wade ese mismo año, que reuniera todos los criterios de búsqueda propuestos. Siete años después se han encontrado tres estudios de esta temática en población infanto-juvenil, entre los cuales uno de ellos no realizaba prevención específica de los TCA (21, 35, 36, 39).

Otro factor a tener en cuenta a la hora de realizar este tipo de intervenciones es el género de la población objetivo. La mayoría de los autores han incluido niñas, mujeres o adolescentes de sexo femenino implementando una prevención primaria selectiva. Es decir, haciendo hincapié en la población femenina por su mayor propensión a experimentar conductas alimentarias desordenadas y desarrollar un TCA clínicamente significativo. Sin embargo, el diagnóstico en población masculina ha aumentado en las últimas décadas y la información sobre la prevalencia de TCA en otras identidades de género es escasa. Se ha registrado que los niños también luchan con muchas de las mismas, además de otras, preocupaciones en torno a la imagen corporal y la alimentación en comparación con las niñas. Teniendo en cuenta el aumento de la ansiedad registrado por Johnson et al. en el grupo de sexo masculino luego de haber recibido la MBI, sería interesante investigar el efecto de las MBI para la prevención específica de los TCA tanto en esta como en poblaciones de diversos géneros (7, 21, 34, 36).

Más allá del género, la edad y la locación de las intervenciones, la práctica de *Mindfulness* podría no ser accesible para todas las personas por igual. Esta presenta una naturaleza metacognitiva y requiere, en muchos casos, ir en contra de la intuición y los aprendizajes previos. En un estudio que investigó la relación entre el *Mindfulness*, la personalidad y los TCA, se destacó la importancia de tener en cuenta las diferencias individuales a la hora de aplicar una MBI. El artículo se basa en la Teoría de la Sensibilidad al Reforzamiento para analizar la respuesta de los sistemas cerebrales a los estímulos de recompensa y castigo. Los autores encontraron que el Sistema de Inhibición Conductual, activado ante estímulos intensos o relacionados con el castigo y asociado a la ansiedad o a estados de ánimo negativos, se vinculaba con un aumento de los comportamientos alimentarios emocionales y externos. Por otra parte, el Sistema de Aproximación Conductual, que responde a estímulos relacionados con la recompensa y se relaciona con emociones como el placer, la esperanza o el alivio, se asoció con un aumento de la alimentación restrictiva. El rasgo de *Mindfulness* se asoció negativamente con todos los

patrones alimentarios desordenados. Sin embargo, se describió que una alta sensibilidad al Sistema de Inhibición Conductual parecería inhibir o disminuir los efectos protectores del rasgo de *Mindfulness* para los TCA (37, 45).

Una característica particular de la mayoría de los programas basados en *Mindfulness*, que podría reducir la angustia o los estados de ánimo negativos, es la participación grupal. Los programas de prevención grupal permiten que la experiencia sea más significativa y placentera para los involucrados. Los resultados del estudio fenomenológico cualitativo de Klassen-Bolding reflejaron que los ejercicios grupales de *Mindfulness* y las actividades grupales de discusión, fueron útiles para ayudar a las participantes a desarrollar habilidades de regulación emocional en el contexto de la prevención específica de los TCA (34-37).

Sin embargo, resulta necesario continuar investigando los mecanismos subyacentes de las MBI para lograr los efectos preventivos y protectores buscados, especialmente en la población infanto-juvenil. Asimismo, para determinar la efectividad de estos programas a largo plazo y comprender si estos esfuerzos de prevención modifican la incidencia de TCA en la población es imperativo ampliar el tiempo de seguimiento de los estudios. El registro de la efectividad de las MBI a largo plazo en función de la prevención de los TCA, podría justificar su implementación a mayor escala (35, 39, 46).

En términos de implementación y alcance, resulta interesante nombrar las investigaciones de Turner y Hingle y de Atkinson y Diedrichs. Ambas utilizaron herramientas novedosas para vehicular sus MBI. Por su parte, Turner y Hingle evaluaron la viabilidad, aceptabilidad y utilidad de una aplicación móvil basada en *Mindfulness*, que buscaba mejorar la conciencia de los comportamientos alimentarios, la actividad física y el sueño en 15 adolescentes de 14 a 18 años. Esta herramienta promovía un estilo de vida saludable a través de la narración de historias en videos cortos de visualización diaria. Los contenidos se enfocaban en brindar estrategias técnicas para evocar un estado de *Mindfulness*, apoyar la práctica guiada y fomentar la incorporación de *Mindfulness* en la vida como práctica independiente. Se registró una mayor conciencia de los comportamientos alimentarios post-intervención y una adhesión ocasional a la alimentación consciente. La aplicación presentó una valoración positiva por parte de los adolescentes, con medianos a altos índices de uso diario. Estos resultados sugieren que las podrían ser viabilizadas mediante este tipo de herramientas en población infanto-juvenil con buena aceptabilidad. Resultaría interesante continuar investigando este tipo de aplicaciones y sus implicancias en los esfuerzos para la prevención específica de los TCA (39, 47).

El artículo de Atkinson y Diedrichs investigó el uso de otra herramienta con formato audiovisual en mujeres adultas jóvenes. Se analizó el efecto de dos micro-intervenciones de 15 minutos basadas en video en los factores de riesgo y de protección de los TCA. A partir de estas actividades breves y autoguiadas, se evaluó la respuesta específica e inmediata de las 202

participantes a los medios de comunicación, en torno al ideal de belleza. Las micro-intervenciones se basaron en *Mindfulness* o disonancia cognitiva, con la incorporación de un grupo control educativo activo. Los resultados registraron una eficacia inmediata y en el seguimiento de 1 semana del estado de internalización del ideal de apariencia, las presiones socioculturales percibidas, la angustia relacionada a estas y el estado de ánimo en las participantes de la MBI y de la DBI, en relación con el grupo control. Además, en el seguimiento de 1 semana, se encontraron mejoras en el rasgo de internalización del ideal de apariencia, las preocupaciones por el peso y la forma y la apreciación corporal, respecto al control. Sin embargo, no fue posible dilucidar si estos hallazgos representaron un contexto de prevención, intervención temprana o tratamiento de los TCA, debido a la ausencia de tamizaje de esta patología y su sintomatología asociada en la población objetivo durante el reclutamiento. Resulta importante destacar que en la línea de base, la muestra del estudio presentó alta prevalencia de preocupaciones por el peso y la forma corporal (47).

Más allá del contexto, el estudio de Atkinson y Diedrichs propone un vehículo novedoso para trabajar sobre los factores de riesgo y protectores de los TCA que aparenta ser de fácil difusión e implementación. En la investigación, los videos fueron reproducidos por las participantes en las computadoras de un laboratorio de informática, a fines de poder controlar y pseudo aleatorizar la investigación. Sería interesante estudiar el uso de una intervención similar en el entorno escolar e incluso investigar qué sucede si se aplica una investigación con estas características en modalidad virtual (47).

Entre los trabajos presentados en el apartado anterior, se destaca la práctica del yoga consciente como vehículo novedoso para los esfuerzos de prevención de los TCA a partir de *Mindfulness*. Este estudio comprobó la posibilidad de desarrollo de un *embodiment* positivo a partir una experiencia de actividad física alegre y placentera, que apoyaba la inmersión completa en el movimiento. Asimismo, destacó que los entornos de ejercicio que enfatizaban la apariencia en las variables de imagen corporal y el afecto presentaron un impacto negativo en el *embodiment*. Las bases de estos enunciados se remontan a la Teoría del Desarrollo del *Embodiment*, descrita por Piran en 2017. Otros estudios que se centraron en el *embodiment*, como el de Beccia et al. del 2020, destacaron que el desarrollo de este fue fundamental para las experiencias de cambio de las mujeres adultas que participaban de un programa de *mindful eating*, por presentar atracones y/o alimentación emocional. Estas mujeres (N=9) describieron la transición del *embodiment* negativo, donde poseían una conexión interrumpida con su propio cuerpo, al *embodiment* positivo, donde habían generado una conexión adaptativa con este. Los aspectos de la alimentación consciente percibidos como centrales para este cambio, se relacionaron completamente con el desarrollo de métodos adaptativos de afrontamiento no centrados en el peso, en lugar de perseguir la pérdida o el control del mismo (38, 46, 48).

Beccia et al. critican el enfoque tradicional centrado en el peso, subrayando que este se perpetuaría el estigma del peso y se favorecería el desarrollo de TCA. Entendiendo que el *mindful eating* presenta un enfoque neutral al peso, los autores sugieren que enfatizar el control del peso dentro de las MBI específicas de alimentación puede mitigar los efectos de la misma. Adicionalmente, indican que estos programas podrían tener mayor impacto al centrarse en *embodiment*, autocompasión y auto empoderamiento, similar a lo presentado en la mayoría de los artículos desarrollados en este trabajo (46).

Según lo analizado, las intervenciones basadas en *Mindfulness* fomentan la autocompasión, brindan mayor autoconfianza y mejoran la autoestima. Mediante estas, se lograría aminorar la preocupación por la imagen corporal y se conseguiría mejorar la relación de los individuos con sus cuerpos, los alimentos y el ejercicio. A su vez, estos programas mejorarían la resistencia al ideal de delgadez y permitirían disminuir las alteraciones en la ingesta alimentaria. Estos impactos positivos se vería asociados al paso del tiempo, sin embargo es imprescindible contar con estudios longitudinales de las MBI para comprobar el mantenimiento de los efectos benéficos y evaluar la incidencia de TCA en una muestra poblacional determinada. Dado que estos programas son diversos, tanto en ejecución como en contenido, resulta importante investigar qué características específicas de cada uno pueden contribuir con mayor eficacia y eficiencia en los esfuerzos de prevención primaria de los TCA (23, 34, 37).

La elaboración de esta actualización bibliográfica presentó ciertas limitaciones, detalladas a continuación. En primera instancia en relación con el idioma y el vocabulario técnico específico utilizado por los diferentes autores en cada artículo científico. Si bien la autora domina el idioma inglés, se podría haber malinterpretado algún término o concepto por su contexto particular. Por otra parte, el acceso a los trabajos científicos no fue viable en todos los casos, debido a la falta de las credenciales necesarias para obtenerlos. Finalmente, la disponibilidad de publicaciones científicas sobre esta temática puede haberse visto reducida debido al contexto de pandemia por la COVID-19 y la imposibilidad de realizar investigaciones con modalidad presencial y/o por la novedad de la temática, asociada a la ausencia de registro científico.

5. Conclusiones

El objeto de esta investigación fue actualizar la información disponible sobre la contribución del *Mindfulness* en la prevención primaria de los TCA. Para ello, se comenzó investigando sobre los programas basados en *Mindfulness* diseñados con tal fin, entre los cuales se encontró diversidad en los contenidos, las muestras poblacionales y las formas de ejecución. Se diferenciaron cinco investigaciones que aplicaron MBI para la prevención primaria de los TCA: el programa *Free to Be* desarrollado y facilitado por Klassen-Bolding en niñas preadolescentes; los programas de Atkinson y Wade basados en la práctica de aceptación y MBCT para alumnas de escuela

secundaria en un caso y adultas jóvenes en otro; el plan de estudios .b, aplicado por Johnson et al. en adolescentes de escuela secundaria y primaria; y la intervención de Cox et al. que utilizó la instrucción de yoga como vehículo para practicar el estado de *Mindfulness* y desarrollar un *embodiment* positivo. Todos estudios se enfocaron específicamente en la prevención primaria de los TCA a excepción el estudio de Johnson et al., que tenía como objetivo la prevención trans diagnóstica de la ansiedad, la depresión y los TCA. Asimismo, este último fue el único trabajo científico que utilizó el contenido de un programa basado en *Mindfulness* preexistente, enfocado en la promoción de la salud y el bienestar psicológico y no en la prevención específica de TCA. Teniendo en cuenta lo anterior, resulta posible comprender por qué fue el único de los artículos científicos recabados que no presentó ningún resultado positivo en la aplicación de *Mindfulness* en la prevención primaria de los TCA.

Las cuatro MBI restantes presentaron ciertas características en común a destacar: todas hicieron foco en la percepción de la imagen corporal, las experiencias corporales y contemplaron al ideal de belleza. Asimismo, las cuatro intervenciones trabajaron en el aumento de la autoestima, la autoconfianza, la autocompasión y de la conciencia del momento presente. En la mayoría de estos estudios se implementaron ejercicios clásicos de *Mindfulness* como la respiración, la caminata y la alimentación consciente. Por su parte, la investigación llevada a cabo por Cox et al., fomentó el desarrollo de una conciencia corporal plena a partir de la instrucción de una clase de yoga basada en *Mindfulness*.

La mayoría de los artículos originales recabados (n=4), sugirieron que la inclusión de *Mindfulness* en sus intervenciones representó una contribución favorable para los esfuerzos de prevención primaria de los TCA. Klassen-Bolding encontró que el programa *Free to Be* resultó útil en niñas preadolescentes, dado que las mismas pudieron darle significado al contenido y desarrollar en consecuencia relaciones más saludables con sus cuerpos, la alimentación y el ejercicio. Atkinson y Wade encontraron que tanto las adultas jóvenes como las adolescentes, pudieron reducir significativamente sus preocupaciones relacionadas con el peso y la forma corporal luego de la intervención basada en *Mindfulness*. Asimismo, la restricción dietética, la internalización del ideal de delgadez, los síntomas de TCA y el deterioro psicosocial redujeron significativamente en ambas investigaciones en las participantes de la MBI. La intervención en adolescentes escolarizadas subrayó la necesidad de una facilitación óptima, entregada por profesionales expertos, para obtener dichos resultados. Cox et al. documentaron que la instrucción basada en *Mindfulness* generó mayor aumento del afecto central y posibilitó la vivencia de una experiencia de actividad física positiva contando con mayor placer recordado en relación a los otros tipos de instrucciones. Además, esta instrucción se asoció con una menor vigilancia corporal y mayor placer pronosticado para una futura clase de yoga.

Los objetivos planteados en este trabajo se cumplieron en forma total en la mayoría de los casos. Puntualmente, no fue posible cumplir con el objetivo específico de evaluar la aceptabilidad de la intervención en el estudio de Cox et al., que no contaba con el registro de dicha medida. Para el resto de las intervenciones la aceptabilidad registrada fue de moderada a alta.

La eficacia fue comprobada post-intervención y/o a corto plazo en todos los casos, ninguna intervención contó con un seguimiento mayor a 6 meses. Aun así los resultados son alentadores. Se requiere continuar investigando sobre esta materia con el fin de determinar cuáles son los componentes específicos que se deberían usar en una MBI para lograr un impacto positivo mayor, en el momento oportuno, y con una eficacia que perdure a lo largo del tiempo.

6. Referencias bibliográficas

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5a Ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 329-54.
2. Vargas BMJ. Trastornos de la conducta alimentaria. Rev Med Cos Cen [Internet]. 2013 [citado 15 de septiembre de 2021];70(607):475-82. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
3. Weinstein M. Trastornos alimentarios y de la ingestión de los alimentos [Internet]. Uba.ar. [citado 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/trastornos_conducta_alimentaria.pdf
4. Castro-Fornieles J. Panorama actual de los trastornos de la conducta alimentaria. Endocrinología y Nutrición [Internet]. 2015 [citado 15 de septiembre de 2021];62(3):111-3. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575092215000224>
5. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. J Abnorm Psychol [Internet]. 2013 [citado el 30 de agosto de 2022];122(2):445–57. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23148784/>
6. Calleja ND. Establecimiento de una dieta adecuada en los trastornos de la conducta alimentaria". Metodología. Trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. 2016 [citado 15 de septiembre de 2021];(24):2571-603. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250814>
7. Gaete P V, López C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2020 [citado 15 de septiembre de 2021];91(5):784-93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>
8. Lechuga Navarro L, Gámiz Jiménez MN. Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. Aproximación cognitivo-conductual. Trastornos de la conducta

- alimentaria [Internet]. 2005 [citado 22 de septiembre de 2021];2:142-57. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/1382754.pdf>
9. Dalle Grave R. Eating disorders: progress and challenges. Eur J Intern Med [Internet]. 2011 [citado 23 de septiembre de 2021];22(2):153-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2010.12.010>
 10. Berny Hernández MC, Rodríguez López D, Cisneros Herrera J, Guzmán Díaz G. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bol Cient Esc Super Atotonilco Tula [Internet]. 2020 [citado 15 de septiembre de 2021];7(14):15-21. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/view/6036>
 11. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies: A meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2011 [citado 15 de septiembre de 2021];68(7):724-31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
 12. Deloitte Access Economics. The Social and Economic Cost of Eating Disorders in the United States of America: A Report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders [Internet]. 2020 [citado 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>
 13. Quiroga S. Prevalencia e incidencia en la actualidad : Trastornos de la conducta alimentaria. Encrucijadas [Internet]. 2009 [citado 23 de septiembre de 2021];46. Disponible en: http://repositorioubasibsi.uba.ar/gsd/collect/encrucci/index/assoc/HWA_258.dir/258.pdf
 14. Shah M, Sachdeva M, Johnston H. Eating disorders in the age of COVID-19. Psychiatry Res [Internet]. 2020 [citado 22 de septiembre de 2021];290(113122):113122. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120311203>
 15. Castellini G, Cassioli E, Rossi E, Innocenti M, Gironi V, Sanfilippo G, et al. The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls. Int J Eat Disord [Internet]. 2020 [citado 22 de septiembre de 2021];53(11):1855-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23368>
 16. Fernández-Aranda F, Casas M, Claes L, Bryan DC, Favaro A, Granero R, et al. COVID-19 and implications for eating disorders. Eur Eat Disord Rev [Internet]. 2020 [citado 22 de septiembre de 2021];28(3):239-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2738>
 17. Losada AV, Rodríguez Eraña S. Trastornos de la conducta alimentaria y prevención primaria. Revista electrónica Ajayu [Trabajo de grado en Psicología]. Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica Argentina; [Internet] 2019 [citado 23 de septiembre de 2021];17(1):77-102. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8881>
 18. Casado Morales MI, Helguera Fuentes M. Prevención de trastornos de alimentación: Un primer programa de prevención en dos fases. Clin Salud [Internet]. 2008 [citado 23 de

- septiembre de 2021];19(1):5-26. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100001
19. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Intern [Internet]. 2011 [citado 23 de septiembre de 2021];33(1):7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
 20. Behar A R. La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. Rev Chil Neuro-psiquiatr [Internet]. 2010 [citado 23 de septiembre de 2021];48(4):319-34. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500007
 21. Prieto-Castaño B, Fernández-Méndez JC, Salamea-Nieto RM, González-Fernández MÁ. Mindfulness, imagen corporal y prevención de los trastornos alimentarios en la adolescencia. Rev Est Inv Psico Educ [Internet]. 2015 [citado 15 de octubre de 2021];(14):047-50. Disponible en: <https://revistas.udc.gal/index.php/reipe/article/view/reipe.2015.0.14.332>
 22. Bayón Pérez C, Bonan V. Trastornos de la conducta alimentaria e intervenciones psicoterapéuticas que incorporan mindfulness. En: Miró Barrachina MT, Pérez VS, editores. Mindfulness en la práctica clínica. Henao, 6 – 48009 Bilbao: Desclee De Brouwer, DDB; 2012. p. 209-40.
 23. Beccia AL, Dunlap C, Hanes DA, Courneene BJ, Zwickey HL. Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis. Ment Health Prev [Internet]. 2018 [citado 23 de septiembre de 2021];9:1-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212657017300648>
 24. Miró Barrachina MT, Pérez VS. Prólogo. En: Miró Barrachina MT, Pérez VS, editores. Mindfulness en la práctica clínica. Henao, 6 – 48009 Bilbao: Desclee De Brouwer, DDB; 2012. p. 9-14.
 25. Cebolla i Martí A, Demarzo M. ¿Qué es mindfulness? En: Cebolla i Martí A, García-Campayo J, Demarzo M, editores. Mindfulness y ciencia : De la tradición a la modernidad. C/ Juan Ignacio Luca de Tena, 15 28027 Madrid, España: Alianza Editorial; 2014. p. 10-9.
 26. Cebolla i Martí A, Demarzo M, García-Campayo J. Mindfulness ¿El inicio de una nueva sociedad? En: Cebolla i Martí A, García-Campayo J, Demarzo M, editores. Mindfulness y ciencia : De la tradición a la modernidad. C/ Juan Ignacio Luca de Tena, 15 28027 Madrid, España: Alianza Editorial; 2014. p. 105-7.
 27. Vásquez-Dextre ER. Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. rev neuro [Internet]. 2016 [citado 15 de octubre de 2021];79(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>
 28. Kiken LG, Garland EL, Bluth K, Palsson OS, Gaylord SA. From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. Pers Individ Dif [Internet]. 2015 [citado el 26 de julio de 2022];81:41–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4404745/>

29. Cepeda-Hernández SL. El Mindfulness Disposicional y su Relación con el Bienestar, la Salud Emocional y la Regulación Emocional. *Rev int psicol* [Internet]. 2015 [citado el 26 de julio de 2022];14(02):1–31. Disponible en: <https://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/135>
30. Tang Y-Y, Tang R. Personality and meditation. En: Tang Y-Y, Tang R, editores. *The Neuroscience of Meditation* [Internet]. San Diego, CA, Estados Unidos: Elsevier; 2020 [citado el 26 de julio de 2022]. p. 15–36. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128182666000034>
31. Raya Güimil D. Intervenciones basadas en mindfulness aplicadas a trastornos de la conducta alimentaria. Una revisión bibliográfica [Trabajo de máster en Psicología General Sanitaria]. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I; [Internet] 2016 [citado 15 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/165299>
32. Álvarez Barreto N. Mindfulness, una alternativa terapéutica para la anorexia nerviosa [Tesis de grado en Enfermería]. Tenerife: Universidad de La Laguna; [Internet] 2020 [citado 15 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/21916>
33. Evelyn T, Elyse R. *Intuitive Eating: A revolutionary anti-diet approach*. 4a. 175 Fifth Avenue, New York: St. Martin's Publishing Group; 2020. 368 p.
34. Klassen-Bolding S. A qualitative investigation of preteen girls' experiences in a mindfulness-based eating disorder prevention program. *Couns Outcome Res Eval* [Internet]. 2018 [citado 23 de septiembre de 2021];9(1):42-54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/21501378.2018.1424533>
35. Atkinson MJ, Wade TD. Mindfulness-based prevention for eating disorders: A school-based cluster randomized controlled study. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2015 [citado el 30 de agosto de 2022];48(7):1024–37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22416>
36. Johnson C, Burke C, Brinkman S, Wade T. Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behav Res Ther* [Internet]. 2016 [citado el 30 de agosto de 2022];81:1–11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27054828/>
37. Atkinson MJ, Wade TD. Does mindfulness have potential in eating disorders prevention? A preliminary controlled trial with young adult women. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. 2016 [citado 23 de septiembre de 2021];10(3):234-45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24894735/>
38. Cox AE, Ullrich-French S, Cook-Cottone C, Tylka TL, Neumark-Sztainer D. Examining the effects of mindfulness-based yoga instruction on positive embodiment and affective responses. *Eat Disord* [Internet]. 2020;28(4):458–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2020.1738909>
39. Omiwole M, Richardson C, Huniewicz P, Dettmer E, Paslakis G. Review of mindfulness-related interventions to modify eating behaviors in adolescents. *Nutrients* [Internet]. 2019

- [citado el 30 de agosto de 2022];11(12):2917. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu11122917>
40. Stice E, Shaw H, Burton E, Wade E. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2006 [citado el 30 de agosto de 2022];74(2):263–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.263>
 41. Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2007 [citado el 30 de agosto de 2022];3(1):207–31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17716054/>
 42. Cebolla i Martí A. ¿Por qué y para qué sirve practicar mindfulness? Mecanismos de acción y eficacia. En: Cebolla i Martí A, García-Campayo J, Demarzo M, editores. *Mindfulness y ciencia : De la tradición a la modernidad*. C/ Juan Ignacio Luca de Tena, 15 28027 Madrid, España: Alianza Editorial; 2014. p. 31–9.
 43. da Silva Herbas Palomo P. Estudio del embodiment y las alteraciones de la integración multisensorial corporal y su papel en la psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria [Tesis doctoral en Psicología] [Internet]. [España]: Universitat de València; 2016 [citado el 30 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=157097>
 44. Soriano-Ayala E, Amutio A, Franco C, Mañas I. Promoting a healthy lifestyle through mindfulness in university students: A randomized controlled trial. *Nutrients* [Internet]. 2020 [citado el 7 de septiembre de 2022];12(8):2450. Disponible en: https://www.mdpi.com/2072-6643/12/8/2450?type=check_update&version=2
 45. Wilson D, O'Connor EL. Mindfulness, personality and disordered eating. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2017 [citado el 7 de septiembre de 2022];119:7–12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886917304221>
 46. Beccia AL, Ruf A, Druker S, Ludwig VU, Brewer JA. Women's experiences with a mindful eating program for binge and emotional eating: A qualitative investigation into the process of change. *J Altern Complement Med* [Internet]. 2020 [citado el 7 de septiembre de 2022];26(10):937–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2019.0318>
 47. Atkinson MJ, Diedrichs PC. Examining the efficacy of video-based microinterventions for improving risk and protective factors for disordered eating among young adult women. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2021 [citado el 7 de septiembre de 2022];54(5):708–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23460>
 48. Piran N. *Journeys of embodiment at the intersection of body and Culture* [Internet]. 1a ed. San Diego, CA, Estados Unidos de América: Academic Press; 2017 [citado el 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/journeys-of-embodiment-at-the-intersection-of-body-and-culture/piran/978-0-12-805410-9>