



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Máster

### *Mindful Movement*

en el tratamiento de trastornos de alimentación:

Un estudio piloto sobre la utilidad de la inclusión de una intervención únicamente de *Mindful Movement* para tratar trastornos de alimentación en un hospital de día

Autora

Marta Diez Geijo

Directores

Santiago Gascón  
Joaquim Soler Rivaldi

Facultad de Medicina/ Departamento de medicina psiquiatría y dermatología  
Año 2017

## INDICE DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	
1.1. LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN	4
1.2. <i>MINDFULNESS</i>	6
1.3. <i>MINDFULNESS</i> Y LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN	6
1.4. CONCIENCIA CORPORAL Y REGULACIÓN EMOCIONAL	8
1.5. DESARROLLAR CONCIENCIA CORPORAL EN TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN	9
<b>2. METODOLOGÍA</b>	
2.1. PARTICIPANTES Y PROCEDIMIENTOS	12
2.1.1. Participantes y <i>setting</i>	12
2.1.2. Procedimiento	13
2.2. MEDIDAS	14
2.2.1. Detección y diagnóstico	14
2.2.2. Conciencia corporal	14
2.2.3. Mindfulness	15
2.2.4. Regulación emocional	15
2.3. ANÁLISIS DE DATOS	16
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>16</b>
<b>4. DISCUSIÓN</b>	
4.1. IMPLICACIONES EN LA CONCIENCIA CORPORAL INTEROCEPTIVA	18
4.2. IMPLICACIONES EN LA REGULACIÓN DE LA ATENCIÓN	19
4.3. IMPLICACIONES EN EL CAMBIO DE PERSPECTIVA DEL <i>SELF</i>	20
4.4. IMPLICACIONES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL	20
<b>5. CONCLUSIONES</b>	<b>22</b>
<b>6. LIMITACIONES</b>	<b>22</b>
AGRADECIMIENTOS	24
REFERENCIAS	24

## RESUMEN

Diversos estudios han avalado los efectos positivos de intervenciones basadas en *mindfulness* para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCAs), no obstante, existe poca bibliografía a cerca de las implicaciones de las diferentes técnicas por separado. El primer objeto del presente estudio es evaluar los efectos del *mindful movement* basado en *asanas* de yoga, en la conciencia corporal de pacientes con TCAs, por la especial importancia que ésta parece tener en la salud mental en general, y en el desarrollo y mantenimiento de este tipo de trastornos en particular. Secundariamente, se pretende explorar el efecto de estas prácticas en otras variables de *mindfulness*, como la regulación de la atención, los cambios en la perspectiva del *self* o la regulación emocional. Para ello cinco mujeres diagnosticadas con TCAs, participaron en un programa de ocho semanas, y se tomaron medidas pre-post del Cuestionario de Evaluación Multidimensional de la Conciencia Interoceptiva (MAIA), del Cuestionario de Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ), del Cuestionario de Experiencias (EQ) y de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS). Los resultados no muestran diferencias significativas en las medidas de conciencia corporal, aun así, no se descarta que la ausencia de hallazgos haya sido producto de una baja sensibilidad del cuestionario o a la escasa muestra, dadas los cambios observados en los otros cuestionarios. Por otra parte, este tipo de intervención sí parecería interesante para desarrollar la capacidad de no identificarse con los fenómenos mentales, para favorecer actitudes de "no juicio" y también de cara a percibir con mayor claridad lo emocional. Todo ello esperable por ser una intervención de *mindfulness*, y de especial interés para una población que sufre habitualmente rigidez mental y dificultad para gestionar las emociones. Al tratarse de un estudio piloto con una escasa muestra, no podemos extraer conclusiones, aunque sería esperable encontrar implicaciones en una muestra mayor. Además, resultaría imprescindible de cara a futuras investigaciones añadir un grupo control para clarificar hasta qué punto los cambios observados pueden ser atribuidos a esta intervención.

**Palabras clave:** *Mindfulness* · *Mindful movement* · Trastornos de la conducta alimentaria · Conciencia corporal · Regulación emocional · Cuerpo

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

La relación con el cuerpo es el eje central de la propia sintomatología de los TCAs, según aparece detallado en los criterios diagnósticos del DSM-5. La preocupación por la imagen corporal, el concepto negativo de unx mismx y la comida están muy vinculados con la patología alimentaria (Dobson & Dozois, 2004; Faunce, 2002; Shafran, Lee, Cooper, Palmer & Fairburn, 2007). Este malestar que sitúa al cuerpo en el punto de mira, sometiéndolo a un monitoreo constante de la apariencia externa, parece ser producto de un fenómeno conocido como la autocosificación (*Self-objectification*) (Calogero, Davis, & Thompson, 2005).

Esta cuestión no sólo genera vergüenza y sentimientos negativos hacia el aspecto físico, sino que también parece reducir picos motivacionales (Miner-Rubino, Twenge, & Fredrickson, 2002; Tiggemann, & Kuring, 2004), y disminuir la conciencia de estados internos y sensaciones. La capacidad de integrarlas de una manera realista en la experiencia se ve mermada (Farrell, Lee, & Shafran, 2005; Fredrickson, Roberts, Noll, Quinn, & Twenge, 1998), lo que puede derivar en actitudes corporales más trastornadas (Carano et al., 2006), llegando incluso a sufrir la distorsión de su propia imagen (Slade & Russel, 1973).

Las emociones se sienten y se expresan a través del cuerpo, y muchas de las estrategias para gestionarlas se realizan a través de él (Koole, 2009). Por este motivo, la desconexión con lo físico que padece este colectivo puede llegar a provocarles dificultades a la hora de identificar y regular sus estados de ánimo, como apuntan algunas investigaciones (Pollatos et al., 2008; Harrison, Sullivan; Tchanturia, & Treasure, 2009). Estos estados suelen ser intensos y desagradables (Ehring, & Watkins 2008), de hecho, hay estudios que señalan una posible comorbilidad entre los TCAs y la ansiedad o depresión (Godart, et al., 2007). Además, esta disociación con lo somático también podría estar relacionada con los altos índices de alexitimia que encontramos en esta población (Schmidt, Jiwany, & Treasure, 1993).

Como añadido, las estrategias utilizadas prioritariamente para la regulación emocional por este colectivo no suelen resultar efectivas. Una de ellas es la evitación (Heartherton & Baumeister, 1991), tanto de su propio cuerpo (Shafran, Fairburn, Robinson, & Lask, 2004) como de situaciones sociales o de sus propias emociones (Wildes, Ringham, & Marcus, 2010). Su empleo parece estar

relacionado con la impulsividad, factor frecuentemente asociado a algunos tipos de TCAs (Dawe, & Loxton, 2004).

Otra sería la rumiación (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, & Bohon, 2007), definida como una focalización sostenida en las causas y consecuencias de las emociones negativas, sin orientarse a la resolución (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). Esta actitud parecería exacerbar los estados disfóricos (Broderick 2005) al situar al individuo en una actitud de juicio y no aceptación (Teasdale, Segal, & Williams, 1995).

De esta manera, esta estrategia, parece retroalimentar el perfeccionismo clínico, que es otra variable de común aparición en los pacientes que sufren TCAs (Wonderlich, 2002; Shafran et al., 2002). Este fenómeno definido como la sobrevaloración del esfuerzo y la autoevaluación en función del logro de exigentes estándares personales (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002), está relacionada con patrones de rigidez mental que suelen aparecer en estxs pacientes (Tchanturia, et al., 2004).

Para finalizar, hay estudios que parecen indicar que la regulación de la atención también se ve mermada en esta población, siendo de común aparición trastornos de déficit (Rosval, Steiger, Bruce, Israël, Richardson, & Aubut, 2006). Esta carencia parecería mediar otras importantes variables tales como la impulsividad, y estar relacionada con la evitación (Dawe, & Loxton, 2004).

Así que, por una parte, las personas con TCAs pueden sufrir un malestar emocional confuso y reactivo, del cual pueden no tener conciencia (Johnson, & Larson, 1982; Schmidt, Jiwany & Treasure, 1993), y por otra, los problemas relacionados con la atención y las ineficaces técnicas que emplearían prioritariamente para su regulación, parecerían retroalimentar una problemática mayor.

La tasa de remisión total de los TCAs sólo es aproximadamente de un 50%, según cifras del 2009 del Ministerio de Salud y Consumo de España, lo que hace necesario generar nuevos enfoques que incrementen la eficacia de los tratamientos. El acercamiento al trastorno desde perspectivas conductuales ha contado con gran aceptación y uso (Agras et al., 2000a; Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2000b; Fairburn, Jones, Peveler, Hope, & O'Connor, 1993a). No obstante, las técnicas basadas en mindfulness han comenzado a cobrar una importancia significativa en su tratamiento, y su aplicación cada vez es más frecuente, en parte por los beneficios que la autoobservación parece aportar en la identificación y regulación de las emociones, y en el desarrollo de aceptación, todo ello de gran interés para este colectivo.

## 1.2. *MINDFULNESS*

El *Mindfulness Based Stress Reduction Program* (MBSR; Kabat-Zinn, 1992) y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT; Teasdale et al., 1995) son programas de 8 semanas de duración. en las que los que los pacientes son entrenados en diferentes tipos de prácticas meditativas. Estas prácticas incluyen distintos ejercicios donde se observan atentamente distintos fenómenos sensoriales externos, o internos, y pueden realizarse desde una postura estática, o en movimiento. La aceptación de la experiencia y el no juicio son las actitudes fundamentales que se promueven para su práctica.

Este tipo de intervenciones se utilizan cada vez más en todos los ámbitos y su eficacia está ganando soporte empírico (Baer, 2003). Ambas intervenciones tienen claras, y esperables implicaciones en el desarrollo de la atención, incluso diversas investigaciones muestran su eficacia en el tratamiento del déficit de atención (Jha, Krompinger, & Baime, 2007; Schoenberg et al., 2014; Zylowska, et al., 2008). Además, los estudios disponibles también sugieren que el *mindfulness* también es eficaz para tratar problemas psiquiátricos, como la depresión y la ansiedad y para disminuir el dolor sensorial y otros síntomas médicos (Cebolla & Miró, 2006; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010). Aunque en menor medida, también hay estudios que señalan su eficacia otras poblaciones como el trastorno límite de la personalidad (Elices et al., 2016) y ahora comienza a haber evidencia empírica de que los acercamientos basados en *mindfulness* y en aceptación también podrían ser muy relevantes en el tratamiento de los TCAs.

## 1.3. *MINDFULNESS* Y TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Son varias las intervenciones que incorporan la aceptación y el *mindfulness*. Una de las primeras fue una adaptación de la terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993a-b), que resultó ser efectiva para la regulación emocional, animando a observar emociones negativas sin escapar a ellas y sin autocrítica (Safer et al., 2001b; Telch et al 2000, 2001), lo que parece de gran interés para tratar la evitación que suele mostrar este colectivo.

La terapia de aceptación y compromiso es otra de ellas. Un caso clínico estudiado (Heffner et al., 2002) y un manual de autoayuda (Heffner & Eifert, 2004), describen su exitosa aplicación a la anorexia nerviosa. La intervención incluye varias estrategias de atención y aceptación basadas en *mindfulness* para trabajar con pensamientos, imágenes y miedos relacionados con el sobrepeso, sin engancharse a ellos (Heffner et al., 2002, p 234, 235).

Por otro lado, siendo un programa de *mindfulness* para depresión, la MBCT mostró un aumento en el discernimiento y aceptación de emociones, pensamientos y sensaciones relacionadas con la comida, en relativa ausencia de las tradicionales estrategias orientadas a generar cambios cognitivos y emocionales (Baer et al, 2005).

El *Mindfulness Based Eating Awareness Training* (MB-EAT Kristeller & Hallett, 1999), cerraría el grupo de los programas más importantes basados en *mindfulness*. Con nueve semanas de duración, incorpora meditaciones estándar basadas en el MBSR, tales como la meditación en la respiración, *mindful eating* y *Body Scan*. De esta manera se incorpora el propio cuerpo como foco de observación, con el objeto de aumentar la aceptación de sensaciones corporales, incluidas las relacionadas con el hambre. La aplicación de este programa, muy utilizado en la actualidad, entre otros beneficios, mostró una disminución relevante en la impulsividad de las ingestas en pacientes con bulimia (Kristeller & Hallett 1999; Kristeller, 2003).

En la evaluación de estas y otras intervenciones de *mindfulness* en TCAs, es habitual que los estudios se centren en su eficacia global. Sin embargo, la distinta naturaleza de las prácticas que los componen podría comportar ciertos efectos diferenciales. Por tanto, son necesarios estudios donde se investiguen los efectos específicos de cada una de ellas atendiendo a cada una de las áreas que trabaja el *mindfulness*.

De forma global, se han descrito 4 mecanismos fundamentales por los cuales se generan cambios terapéuticos: la regulación de la atención, cambios en la perspectiva del *self*, la regulación emocional y el desarrollo de consciencia corporal (Hozel et al., 2011). El efecto del *mindfulness* sobre la consciencia corporal parecería ser especialmente útil en aquellas poblaciones donde este aspecto está alterado, como en los pacientes con TCAs.

Estos tratamientos generalmente son bien tolerados y tienen bajos niveles de abandono (Berman et al., 2009; Safer et al., 2007; Telch et al., 2000, 2001), y han demostrado disminuir los síntomas, mejorar la calidad de vida y minimizar la psicopatología relacionada, incluyendo depresión y ansiedad de este colectivo (Baer, Fischer & Huss 2005a, 2005b; Berman, Botutelle, & Crow, 2009; Safer, Lock, & Couturier, 2007; Safer, Telch, & Agras).

#### 1.4. CONCIENCIA CORPORAL Y REGULACIÓN EMOCIONAL

La conciencia corporal, es un concepto muy amplio y complejo, cuyos mecanismos comienzan a ser desentrañados (Berlucchi, and Aglioti, 1997; Gallagher, 2005). Implica la toma de conciencia de las sensaciones físicas externas e internas, así como la representación mental del propio cuerpo. Son numerosos los estudios que muestran sus implicaciones en el bienestar, y varias las terapias que basadas en el trabajo con el cuerpo, han mostrado beneficios en el tratamiento de distintas patologías no sólo físicas (Smith 1999; Morone, Greco, 2007; Gard 2005; Courtois, Cools, & Calsius, 2015), sino también mentales (Schuch, Vancampfort, Firth, Rosenbaum, Ward, Reichert, et al 2017).

Como hemos visto, las emociones tienen un componente físico muy importante, ya que la percepción del estado interno media en la identificación de las mismas, y ser conscientes de las señales emitidas por el propio cuerpo también permite mejorar la regulación emocional, al aumentar la coherencia entre los aspectos subjetivos y físicos de la emoción (Sze, Gyurak, Yuan, & Levenson, 2010).

Hay evidencia que apunta precisamente a la conciencia corporal como una variable mediadora, esencial y primaria en los efectos beneficiosos del *mindfulness* (Cebolla, et al. 2017), y, además, diversos estudios en población normal han encontrado que la conciencia corporal de componente interoceptivo se ve incrementada tras intervenciones con MBSR (Bornemann, Herbert, Mehling, & Singer, 2015).

Además, cabe destacar que las practicas físicas, fuera aparte de desarrollar conciencia corporal también tienen implicaciones en la gestión emocional de una manera puramente somática. Simples ejercicios respiratorios y físicos (Brown, & Gerbarg, 2005; Salmon, 2001) permiten gestionar el estrés, ansiedad y la depresión, al influir activamente en la frecuencia cardiaca y respiratoria. Por otra parte, los estiramientos en las intervenciones de MBSR y prácticas de yoga parecen tener implicaciones en favorecer actitudes menos enjuiciadoras (Carmody, & Baer, 2008).

También se ha observado que la educación postural tiene efectos a nivel fisiológico, psicológico y comportamental. Posturas expansivas disminuyen el cortisol, hormona implicada en el estrés y aumentan la sensación de seguridad en uno mismo (Carney et al., 2010), lo que parece mediar el incremento de conductas prosociales que se observan al practicarlas (Peña, & Chen 2017). Incluso



pequeñas intervenciones en gestos como la media sonrisa o *Willing hands* también influyen en la emoción (Neacsiu, Bohus, & Linehan, 2014) y en el tipo de pensamientos.

Por otra parte, puede apreciarse cómo el malestar emocional también puede derivar en malestar físico cuando hay represión emocional (Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton, & Ormel, 1999) y, de hecho, cualquier tipo de enfermedad mental o estado de ánimo suele reflejarse de una manera u otra en el cuerpo y en la postura (McCann & Clark, 2004). Estas cuestiones parecen indicar que el camino entre las emociones, pensamientos y cuerpo es de doble vía y reflejan la viabilidad de la utilización de ejercicios físicos como elemento psicoterapéutico.

### 1.5. DESARROLLAR CONCIENCIA CORPORAL EN TCA

La utilización de terapias de componente corporal también ha demostrado ser de gran importancia para la recuperación en los TCAs (Wallin, Kronovall, & Majewski 2000), en parte debido a los cambios positivos en la aceptación y satisfacción con el cuerpo que parecen generar (Catalan-Matamoros et al., 2011; Nilsen, Danielsen, & Gronlund, 2006). Sorprendentemente hay pocos trabajos a cerca del efecto de las terapias focalizadas en desarrollar la conciencia corporal en TCAs que recojan medidas de interocepción, quizás debido a la reciente conceptualización de este constructo. Además, la escasa bibliografía que la toma en cuenta, muestra resultados contradictorios, llegando incluso a no ser detectados cambios relevantes (Laumer, Bauer, Fichter, & Milz, 1997).

Por otro lado, encontrar las técnicas más adecuadas sigue siendo un reto, debido al rechazo que les supone centrar la atención en su propio cuerpo (Shafran, Fairburn, Robinson, & Lask, 2004), y a la tendencia al sobreesfuerzo. Aunque el ejercicio físico, como el aeróbico, running o el fitness, parece influir positivamente en el bienestar mental (Fox, 1999; Biddle, Fox, Boutcher, 2000) puede representar un riesgo en TCAs, ya que puede estar implicado en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad por la tendencia a utilizar el ejercicio como otro mecanismo más de control del cuerpo (Davis, Katzman, Kaptein, Kirsh, Brewer, Kalmba, et al.1997).

Es por este motivo, que para desarrollar conciencia corporal en los TCAs se hace necesario un acercamiento que minimice estas cuestiones, favoreciendo actitudes que promuevan la aceptación, y disminuyan la autoexigencia mientras se desarrolla el ejercicio. En esta línea la utilización de mindfulness y técnicas mente-cuerpo parecería lo más adecuado. Una de ellas es el Yoga.

El trabajo en esta disciplina meditativa comienza desde el principio de *ahimsa* (cuidado de uno mismo y de los demás desde el respeto y compasión), y en su parte más física se practican diferentes *asanas* (posturas), para preparar al cuerpo para la postura sedente de meditación (Feuerstein, 1990). Esta disciplina parece mejorar significativamente la conciencia corporal (Rani, & Rao 1994), aumentar la satisfacción con el propio cuerpo en relativa independencia de la figura conseguida mediante su práctica (Flaherty 2014) y podría tener implicaciones en mejorar hábitos alimentarios en población normal (Dittmann, & Freedman, 2009). Diversas y recientes investigaciones también muestran mejoras en la disminución de los síntomas de los TCAs (Carei, Fyfe-Johnson, Breuner, & Brown, 2010; Daubenmier, 2005), pero hay estudios que difieren de estos hallazgos (Mitchell, Mazzeo, Rausch, & Cooke, 2007; Balasubramaniam, Telles, Doraiswamy, 2012). Esto puede ser debido a la propia naturaleza multifactorial del yoga, a las diversas corrientes que varían en las técnicas utilizadas, o a indicaciones que favorezcan una práctica superficial primando conseguir una alineación perfecta o realizar *asanas* más complicadas, en vez de meditar en el cuerpo.

Estas cuestiones hacen pensar en la necesidad de adaptar el yoga para los pacientes con TCAs y así evitar los fenómenos adversos anteriormente explicados, que suelen suceder cuando se da exigencia física. De esta manera se ha desarrollado el *mindful* yoga, una modalidad más suave, consciente y respetuosa que antepone las instrucciones de “no juicio” y aceptación. Hay investigaciones que señalan que su práctica puede reportar mayores niveles de bienestar psicológico que la meditación sentado y el *body scan* en población normal (Sauer-Zavala, Walsh, Eisenlohr-Moul, & Lykins, 2013).

Dentro de las prácticas de *mindfulness* que toman como foco de atención el propio cuerpo, está el *body scan*. Consiste en efectuar un barrido ordenado por todas sus partes atendiendo a las sensaciones somáticas percibidas, mientras se está en una postura de descanso. Esta técnica parecería adecuada dada su baja exigencia física, pero en los TCAs también hay que tener en cuenta no sólo el perfeccionismo al que se pueda someter la práctica (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002), sino la propia aversión que sufren por su cuerpo. Aunque todavía haya poca evidencia empírica, en la práctica se ha observado que los pacientes con TCAs sufren un esperable rechazo generalizado por este procedimiento, a pesar de fomentarse la aceptación y el “no juicio” durante su ejercicio, ya que la instrucción básica es que presten total atención al cuerpo, lo que entra en conflicto directo con su tendencia habitual de evitación (Shafran, Fairburn, Robinson, & Lask, 2004).

Cabría esperar una mayor tolerancia por las técnicas de *mindfulness* que utilizan como foco de atención al cuerpo en movimiento, ya que el hecho de mantener un cierto nivel de actividad física podría generar menor ansiedad. En estos ejercicios las sensaciones percibidas fluctúan al cambiar de posición y el foco es más amplio, ya que se incorpora la movilidad como objeto de meditación. Esto podría prevenir una fijación excesiva en regiones conflictivas y favorecer una observación más allá del aspecto físico. Junto con el *Hin kin*, el *mindful movement* es una de estas prácticas. Consiste en efectuar lentamente secuencias sencillas, estiramientos suaves y equilibrios fáciles, basados en distintas disciplinas mente cuerpo, como el yoga o *tai-chi*. Es por tanto un ejercicio poco severo que presumiblemente minimizaría el riesgo de entrar en dinámicas de excesiva autoexigencia. Por este motivo y por su componente dinámico el presente trabajo ha tomado esta técnica como objeto de estudio.

La diferencia fundamental con una intervención de *mindful yoga*, es que en *mindful movement* no se realizan ejercicios de respiración, ni visualizaciones, ni meditación en la respiración, ni relajación final. Por otra parte, tampoco se trabaja especialmente para el beneficio físico, y además las secuencias suelen ser menos estáticas. De esta manera los componentes de la práctica que pueden incidir a nivel terapéutico son menores y será más sencillo saber si es el ejercicio en sí lo que funciona de la intervención, al haberlo aislado de otras prácticas meditativas y técnicas que frecuentemente se realizan de una manera conjunta.

En este estudio, específicamente, se pretenden evaluar los efectos del *mindfulness* en movimiento basado en *asanas* de yoga, en la conciencia corporal de pacientes con TCAs, y secundariamente, se pretende explorar el efecto de estas prácticas en las demás dimensiones del *mindfulness*; cambios en la perspectiva del *self*, regulación de la atención y, especialmente, regulación emocional

## 2 METODOLOGÍA

### 2.1. PARTICIPANTES Y PROCEDIMIENTOS

#### 2.1.1. Participantes y *setting*.

Un total de 10 mujeres participaron en el estudio, de las que finalmente en 5 se obtuvieron medidas post tratamiento. Los abandonos fueron producto de diversos motivos ajenos a la intervención, tales como alta médica o condiciones de salud incompatibles con el estudio. Finalmente, el grupo clínico consistió en 5 mujeres diagnosticadas con uno de los siguientes trastornos, según los criterios DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000): anorexia nerviosa (n = 3), bulimia nerviosa (n = 2).

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la muestra.

<b>EDAD</b>	
<b>Media</b>	31
<b>SD</b>	4,32
<b>NIVEL DE ESTUDIOS, % (n)</b>	
<b>ESO/BUP</b>	25,0
<b>FP/COU/Bachillerato</b>	50,0
<b>Licenciatura/Diplomatura</b>	25,0

Todas ellas fueron reclutadas en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona, España), entre los pacientes del centro de día de la unidad de TCA. El *setting* de hospital incluye intervenciones dietéticas, grupos psicoeducativos, actividades lúdicas y reposo. Ninguna de estas intervenciones estaba basada en *mindfulness*. La intervención se llevó a cabo en las dependencias del mismo centro. El estudio fue aprobado por el comité de ética clínica del hospital y llevado a cabo de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki.

Los criterios de inclusión fueron: 1) edad  $\geq 18$  años y 2) consentimiento por escrito para participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: 1) diagnóstico de psicosis, trastorno por abuso de sustancias, trastorno afectivo o discapacidad mental según los criterios DSM-IV-TR, 2) condiciones físicas que impidan la práctica de movimientos, 3) anterior experiencia en *mindfulness*, meditación o prácticas de yoga.

### 2.1.2 Procedimiento.

La intervención consistió en la práctica de mindful movement cinco días a la semana durante ocho semanas. Para ello se adecuó el suelo de la sala con material aislante y se facilitaron esterillas de yoga a las participantes. No era necesario ningún tipo de atuendo en especial, aunque se recomendó traer calcetines gruesos para poder realizar la práctica sin zapatos, por una mayor comodidad. Al comienzo de cada sesión se bajaban las luces, se retiraban de la vista los relojes y se solicitaba a las asistentes que apagaran los móviles. En la primera práctica se avisó que la instrucción se desarrollaría en completo silencio, cuestión que se respetó de una manera general.

Una vez a la semana se realizaba una práctica completa grupal de una hora de duración, con la guía de una instructora de yoga y mindfulness cualificada (1). Estas sesiones incluían ejercicios sencillos y variados basados en *asanas* de yoga, tales como la ejercitación de las articulaciones con movimientos circulares, estiramientos suaves, equilibrios y torsiones. Las diferentes secuencias se alternaban con momentos de breve descanso. Habitualmente, al igual que en una clase de yoga, se comenzaba de pie y a medida que la práctica transcurría se iba evolucionando hacia posturas en el suelo, aunque según el día había un predominio de unas u otras. Los ejercicios podían realizarse con los ojos abiertos o cerrados. Se indicaba intermitentemente en qué momentos del movimiento realizar las inhalaciones y exhalaciones, sin hacer demasiado hincapié y se describían los movimientos a efectuar, de una manera pausada y precisa. Las instrucciones se alternaban con momentos de silencio, y reiterativamente se recordaba realizar los movimientos con lentitud y traer la atención al momento presente. Se animaba a realizar una observación silenciosa y a aceptar cualquier tipo de sensación que apareciera independientemente de su índole. La práctica se cerraba con un breve momento de descanso, tumbadas en el suelo, sin recibir instrucciones, y se concluía tras unos minutos de *feedback*.

Las cuatro sesiones restantes de la semana tenían una duración de quince minutos, y se realizaban acompañadas por la enfermera del centro, siguiendo las indicaciones de unas grabaciones *ex proceso*. Había tres modelos diferentes, una de ejercicios de pie, otra de media altura y una última de movimientos en el suelo, que se iban alternando cada día. Las indicaciones eran de la misma índole que las de las sesiones de una hora efectuadas con la instructora.

(1) La instructora de las sesiones grupales de mindful yoga fue la autora del presente estudio.

Antes del inicio de la primera sesión se pasaron cuatro cuestionarios de autoinforme, uno para valorar la conciencia corporal (cuestionario de Evaluación Multidimensional de la Conciencia Interoceptiva –MAIA-), dos relativos al estado de mindfulness (Cuestionario de Cinco Facetas de *Mindfulness* -FFMQ- y Cuestionario de Experiencias -EQ-) y uno sobre regulación emocional (Escala de Dificultades en la Regulación de la Emoción -DERS-). Pasadas las ocho semanas se volvieron a tomar medidas con los mismos instrumentos.

## 2.2. MEDIDAS

### 2.2.1. Detección y diagnóstico

El diagnóstico psiquiátrico se hizo mediante la Entrevista Neuropsiquiátrica Mini Internacional (MINI; Sheehan et al., 1998). Para confirmarlo, también se utilizó la Entrevista Clínica Estructurada de la sección de trastornos alimentarios del DSM-IV (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999). Por último, la versión en español del Inventario de actitudes alimentarias (EAT-26; Gandarillas, Zorrilla, Muñoz, Sepúlveda y Galán, 2003; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982) se utilizó para detectar los TCA.

### 2.2.2. Conciencia corporal

El Cuestionario de Evaluación Multidimensional de la Conciencia Interoceptiva (MAIA) (Mehling et al., 2012) es un instrumento, todavía poco utilizado, para evaluar la conciencia corporal. Consta de 32 ítems que se califican en un escala de 0 a 6 relativos a 8 subescalas: (a) Advertir: conciencia de sensaciones corporales incómodas, cómodas y neutras, (b) No-distracción: tendencia a no ignorar o distraerse de las sensaciones de dolor o incomodidad, (c) No-preocupación: tendencia a no preocuparse o experimentar angustia emocional con sensaciones de dolor o incomodidad, (d) Regulación de la atención: capacidad de mantener y controlar la atención a las sensaciones corporales, (e) Conciencia emocional: conciencia de la conexión entre las sensaciones corporales y los estados emocionales, (f) Autorregulación: capacidad de regular la angustia mediante la atención a las sensaciones corporales, (g) Escuchar el cuerpo: escuchar activamente el cuerpo para obtener información y (h) Confiar: experiencia del propio cuerpo como seguro y confiable. La validación preliminar de este cuestionario ha mostrado índices adecuados de bondad de ajuste en población sana, aunque todavía se requiere más investigación.

### 2.2.3. *Mindfulness*

El Cuestionario de Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ) (Baer et al., 2006; Cebolla et al., 2012) es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la atención plena. Es un autoinforme de 39 ítems que evalúan el *mindfulness* en 5 diferentes aspectos: (a) Observación: notar experiencias externas e internas, como sensaciones corporales, pensamientos o emociones, (b) Descripción: etiquetar la experiencia interna, (c) No juicio: tomar una postura no evaluativa hacia la experiencia presente, (d) Actuar con conciencia: centrarse en la actividad presente en lugar de comportarse mecánicamente, (f) No reactividad: permitir que los pensamientos y sentimientos sucedan, sin dejarse atrapar o dejarse llevar por ellos. En la Versión en española, estas cinco facetas han demostrado proporcionar una consistencia interna adecuada, con coeficientes alfa que van desde 0.75 a 0.91 (Cebolla et al., 2012).

El Cuestionario de Experiencias (EQ) (Fresco et al., 2007) es un instrumento de autoinforme para medir otra dimensión del *mindfulness*. Se compone de 11 ítems que evalúan el descentramiento, entendido como la capacidad de observar los propios pensamientos y las emociones con desapego, como si fueran eventos temporales de la mente. Los ítems del EQ se califican en una escala *Likert* de 5 puntos, que van desde "nunca" hasta "todo el tiempo". Se ha demostrado que es un instrumento válido y confiable para evaluar esta variable y ha reflejado sensibilidad al cambio después de intervenciones basadas en *mindfulness* (Soler, 2014).

### 2.2.4. Regulación emocional

La Escala de Dificultades en la Regulación de la Emoción (DERS) (Gratz, & Roemer, 2004) es otro cuestionario de autoinforme. Ha demostrado su utilidad para medir la desregulación emocional en una gran variedad de trastornos psicológicos. Su validación en español (Hervás y Jódar 2008) demostró propiedades psicométricas apropiadas. Esta versión consta de 41 ítems referidos a cinco factores (a) Atención-Desatención: Falta de conciencia emocional, (b) Claridad-Confusión: dificultades en la toma de conciencia y comprensión de las emociones, (c) Aceptación-Rechazo: dificultades en la aceptación de las emociones, (d) Funcionamiento-Interferencia: dificultad para usar de manera flexible las estrategias emocionales más apropiadas ante las demandas. (e) Regulación-Descontrol: dificultad para controlar los impulsos y regular el comportamiento ante emociones negativas.

### 2.3. Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM- SPSS versión v24. Se tomaron medidas pre post intervención de los instrumentos anteriormente detallados y se realizaron comparaciones de medias (T-Test) para medidas repetidas en todas las pruebas.

## 3. RESULTADOS

Las características demográficas y clínicas de las participantes se muestran en la tabla 1. De una muestra inicial de  $n=10$ , finalmente fueron 5 las participantes del estudio de las que se obtuvieron datos. Las medidas tomadas antes y después de la intervención mostraron algunas diferencias significativas en los cuestionarios de mindfulness y en el de regulación emocional, aunque no se encontraron cambios relevantes en las medidas de conciencia corporal, tal como se observa en la tabla 2.

En el cuestionario MAIA, no hay cambios significativos. La mayor diferencia entre medias ha sido observada en la subescala de "no preocupación" ( $M = 2.93$ ;  $M = 2.20$ ) en la cual se aprecia un descenso, aunque este no llega a ser significativo ( $p = 1.89$ ). En el resto de las subescalas los resultados son más irrelevantes todavía ( $p < .233$ ).

En el cuestionario EQ, que es un indicador de cambio de la perspectiva del *self*, sí que se observan cambios significativos, de hecho, son los más destacados de este estudio ( $p = .005$ ), apareciendo tras la intervención un desarrollo relevante en capacidad de descentramiento ( $M = 27.00$ ;  $SD = 6.88$ ) vs. ( $M = 34.60$ ;  $SD = 7.92$ ).

En el cuestionario FFMQ se observa una cierta propensión a la mejora en cuatro de las cinco subescalas. Aunque sólo lleguen a ser significativas las diferencias encontradas entre las medias de la subescala "no juicio" ( $p = .022$ ) ( $M = 16.40$ ;  $SD = 5.94$ ) vs ( $M = 24.60$ ;  $SD = 2.41$ ), se observa una tendencia a la significación en "describir" ( $p = .083$ ), "actuar con conciencia" ( $p = .083$ ) y "no reactividad" ( $p = .191$ ). En la subescala "observar" no se aprecia ningún tipo de evolución.

En la escala DERS sucede algo similar, encontrando cambios significativos en una de las cinco subescalas. La comparación de las medias de Claridad-Confusión ( $M = 12.00$ ;  $SD = 3.87$ ) vs ( $M = 9.20$ ;  $SD = 3.70$ ) muestra una mejora relevante en esta dimensión ( $p = .009$ ). Aunque todavía no muestren significación, los resultados en el resto de las subescalas parecen señalar una inclinación



hacia el progreso ( $p = .178, 201, .330$ ), exceptuando en "atención-desatención", que no hay cambios.

Para finalizar, tampoco ha sido detectada ninguna diferencia relativa a cambios en la regulación de la atención, ya que las escalas más relacionadas con este constructo, en el cuestionario FFMQ "observar" y en el DERS "atención desatención", son las que han mostrado menores cambios de cada instrumento tras la intervención ( $p = .900; p = .745$ ).

**Tabla 2.**

**RESULTADOS DE LA COMPARACIÓN DE MEDIAS DE LAS MEDIDAS PRE POST**

	Baseline		EOT		P
	Media	SD	Media	SD	
<b>CONCIENCIA CORPORAL</b>					
MAIA_ advertir	2.40	0.57	2.45	0.60	ns
MAIA_ no distracción	2.87	1.26	2.60	0.55	ns
MAIA_ no preocupación	2.93	1.67	2.20	1.04	.189
MAIA_ regulación atención	2.34	1.26	2.8	0.97	ns
MAIA_ confianza	1.80	1.12	2.40	1.66	ns
MAIA_ conciencia emocional	3.12	0.67	3.44	0.79	ns
MAIA_ escucha cuerpo	2.47	0.40	2.33	1.22	ns
MAIA_ autoregulación	2.60	1.63	2.55	1.69	ns
<b>MINDFULNESS</b>					
EQ_descentramiento	<b>27.00</b>	<b>6.88</b>	<b>34.60</b>	<b>7.92</b>	<b>.005</b>
FFMQ_observar	23.00	3.60	22.60	7.27	ns
FFMQ_describir	18.80	8.90	22.00	7.31	.083
FFMQ_actuar con conciencia	23.80	8.07	29.60	4,83	.076
FFMQ_no juicio	<b>16.40</b>	<b>5.94</b>	<b>24.60</b>	<b>2.41</b>	<b>.022</b>
FFMQ_no reactividad	14.80	5.02	19.00	7.62	.191
<b>REGULACIÓN EMOCIONAL</b>					
DERS_Atención-Desatención	10.60	4.93	11.20	4.44	ns
DERS_Claridad-Confusión	<b>12.00</b>	<b>3.87</b>	<b>9.20</b>	<b>3.70</b>	<b>.009</b>
DERS_Aceptación-Rechazo	25.00	6.52	20.80	8.64	ns
DERS_Funciona- Interferencia	14.20	5.54	12.60	3.78	.178
DERS_Regulación-Descontrol	24.00	15.22	20.20	8.96	ns

## 4. DISCUSIÓN

El objeto de este estudio llevado a cabo con pacientes que sufren TCAs, era buscar cierta evidencia empírica que soportara el interés de la práctica de *mindful movement* en el desarrollo de la capacidad de *mindfulness* en general, y de la conciencia corporal y gestión emocional en particular, en independencia de otras técnicas de *mindfulness*.

Aunque la intervención no parezca haber producido cambios en la conciencia corporal, ni en la regulación de la atención, que son dos de los cuatro mecanismos fundamentales por los cuales *mindfulness* parece generar cambios terapéuticos (Hozel et al., 2011), los hallazgos encontrados en las escalas de *mindfulness* sugieren que la práctica de *mindful movement* podría ser adecuada, al menos en parte, para desarrollar las capacidades que se esperan de una intervención basada en *mindfulness*, dados los resultados en las otras dos dimensiones: Cambios en la perspectiva del *self* y regulación emocional.

Como conclusión general los datos recogidos parecerían sugerir que la utilización de una intervención de *mindful movement*, por sí misma, podría ser capaz de generar ciertos cambios terapéuticos de interés, aunque no sea posible extraer conclusiones fiables dada la escasa muestra del estudio

La ausencia de abandonos como consecuencia de la intervención, así como puntuaciones que parecen sugerir una tendencia a la mejora generalizada en los cuestionarios de *mindfulness* y de regulación emocional están en concordancia de estudios que sugieren el bajo rechazo de las intervenciones basadas en *mindfulness* (Berman et al., 2009; Safer et al., 2007; Telch et al., 2000, 2001), y podrían apuntar que *mindful movement* podría ser una técnica adecuada para este colectivo.

### 4.1. IMPLICACIONES EN LA CONCIENCIA CORPORAL INTEROCEPTIVA

De una manera inesperada, no conseguimos observar cambios significativos en la conciencia interoceptiva tras dos meses de inclusión del tratamiento en el hospital de día. Pudiera ser que la ausencia de hallazgos en este sentido, fueran debidos a una posible insensibilidad al cambio de la **escala MAIA** en población con serios déficits en esta área, no obstante, no se debe descartar la validez de este cuestionario.

De ser estas medidas fiables, en la línea de las escasas investigaciones que no han encontrado cambios relevantes en la conciencia corporal tras una intervención similar (Laumer, Bauer, Fichter,

& Milz, 1997), y en ausencia de investigación general que evalúe dimensiones físicas más allá de la satisfacción y aceptación por el propio cuerpo en TCAs, este estudio podría sugerir que los mecanismos que habitualmente se observan en gente sana, que señalan a la conciencia corporal como una variable esencial para el desarrollo de los efectos beneficiosos del mindfulness (Bornemann, Herbert, Mehling, & Singer, 2015; Cebolla, et al. 2017), no son extrapolables a una población con TCA, al haber encontrado cambios en el cuestionario de regulación emocional y en algunas subescalas de *mindfulness*.

Por otra parte no se descarta que las diferencias aparecidas en las siguientes escalas hayan sido producto de la parte física de *mindful movement* y no de un seguimiento racional y mecánico de las instrucciones, atendiendo a la tendencia a la significación encontrada en la subescala del FFMQ "actuar con conciencia" y al amparo de diversas investigaciones que señalan la implicación de la postura corporal, gestos faciales y ejercicio físico en variables emocionales (Carmody, & Baer, 2008; Carney et al., 2010; Neacsiu, Bohus, & Linehan, 2014).

#### 4.2. IMPLICACIONES EN LA REGULACIÓN DE LA ATENCIÓN

Cualquier práctica de *mindfulness*, es intrínsecamente, un entrenamiento que incrementa la capacidad de regular la atención (Jha, Krompinger, & Baime, 2007). El no haber detectado ninguna diferencia en las subescalas más representativas que indican su desarrollo, "**atención desatención**" "**observar**" o "**regulación de la atención**" ha sido por tanto tanto inesperado.

A la luz de estos resultados, una intervención de *mindful movement*, por si misma, podría no ser de ayuda en los problemas de regulación atencional que frecuentemente se asocian a este tipo de trastornos (Rosval, Steiger, Bruce, Israel, Richardson, & Aubut, 2006). Aun así, la amplia evidencia encontrada que sugiere que las intervenciones de *mindfulness* pueden desarrollar esta capacidad, tanto en población normal como clínica, (Schoenberg et al., 2014; Zylowska, et al., 2008) hace pensar que los datos recogidos no son suficientes para evaluar esta dimensión.

No obstante, estas medidas podrían apuntar a que los beneficios que parecen encontrarse tras la práctica de *mindful movement* no vendrían dados por el ejercicio de la atención y toma de conciencia, lo que podría relacionarse con la ausencia de resultados en la escala de conciencia corporal., sino por la escucha repetida de las instrucciones de "no juicio" y "aceptación", o como consecuencia de la mera ejercitación física.

#### 4.3. IMPLICACIONES EN EL CAMBIO DE PERSPECTIVA DEL SELF

Los resultados obtenidos en la **escala EQ**, que mide la capacidad de descentramiento, parecerían señalar que *mindful movement* podría ser adecuado para desarrollar la capacidad de observar los pensamientos sin fundirse en ellos de este colectivo, cuestión de gran importancia para lidiar con el gran número de pensamientos negativos a los que parecen enfrentarse (Ehring, & Watkins 2008; Godart, Perdereau, Rein, Berthoz, Wallier, Jeammet, & Flament, 2007).

Estos beneficios serían similares a los mostrados por la terapia de aceptación y compromiso, que resultó ser efectiva a la hora de trabajar con pensamientos, imágenes y miedos relacionados con el sobrepeso sin engancharse a ellos (Heffner et al., 2002, p 234, 235).

Los cambios en esta escala significarían, por tanto, que este tipo de intervención podría aportar beneficios terapéuticos en el descenso de la rumiación, uno de los mecanismos de gestión emocional que los enfermos con TCAs suelen utilizar prioritariamente y que, atendiendo a estudios que parecen señalar que este fenómeno genera actitudes de juicio y no aceptación (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, & Bohon, 2007; Teasdale, Segal, & Williams, 1995), resulta en un mayor sufrimiento.

Por tanto, es esperable que, habiendo encontrado diferencias positivas en la escala de descentramiento, hallemos resultados en otras escalas de mindfulness implicadas en la regulación emocional, en especial la de “no juicio”

#### 4.4. IMPLICACIONES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL

Atendiendo a los datos obtenidos en los cuestionarios FFMQ, EQ, y DERS, es posible que la práctica de *mindful movement* pueda conllevar ciertas mejoras en la capacidad de la regulación emocional.

Los resultados de este estudio parecen apuntar hacia cambios positivos en la variable “**no juicio**”, lo que parece congruente con hallazgos que muestran que es precisamente esta escala, la que se ve distintivamente modificada por las prácticas de yoga y estiramientos, en las intervenciones de MBSR (Carmody, & Baer, 2008). El desarrollo de esta capacidad está asociado a una actitud menos evaluativa, más curiosa y abierta, y una mayor habilidad para describir la experiencia interna, por lo

que la práctica de esta técnica podría ser de interés en una población donde la rigidez mental parece ser usual (Tchanturia, et al., 2004).

En base a investigaciones que señalan que con actitudes menos enjuiciadoras y más descriptivas los niveles de crítica y autocrítica descienden (James, Verplanken, & Rimes 2015), estos hallazgos invitan a pensar que *mindful movement* también podría ser ventajoso para disminuir los altos niveles de perfeccionismo clínico observados comúnmente en estxs pacientes (Shafran et al., 2002).

Tomando como referencia diversos estudios sobre mindfulness y mejoras en el estado de ánimo (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010), y sobre rumiación y "no juicio" (Broderick 2005; Teasdale, Segal, & Williams, 1995), es posible que los cambios que parecen haberse obrado en dirección a generar una actitud menos evaluativa, pudieran servir para enfrentarse a los estados disfóricos generados por su propia enfermedad u otras distintas que puedan sufrir simultáneamente, como la ansiedad y depresión (Godart, et al., 2007). No obstante, debido a que no se han recogido datos que midan cambios en estas variables no se pueden extraer conclusiones.

Por otra parte, las diferencias significativas encontradas en la subescala del DERS "**Claridad-Confusión**" parecen señalar que la práctica de *mindful movement* podría generar una mejora en el discernimiento de los fenómenos internos. Hay estudios que señalan que esta capacidad, junto con la de descentramiento, parecen ser dos de los factores fundamentales que median la relación entre el *mindfulness* y la salud mental al permitir una mejora de la gestión emocional. (Coffey, Hartman, & Fredrickson, 2010). Al aumentar el discernimiento de las sensaciones, es esperable que mejore la capacidad de descripción de las mismas. De esta manera, la aparición de cambios tendentes a la significación en la subescala "**describir**" del FFMQ, parecen apoyar los resultados encontrados en esta subescala y complementarla. Estos hallazgos parecerían estar en la línea de las investigaciones que señalan una mejora en la capacidad de discernimiento tras un programa de MBCT (Baer et al., 2005).

Los hallazgos conjuntos en estas dos subescalas, que implican identificar y describir mejor las emociones y sensaciones, sugieren que *mindful movement* podría resultar beneficioso para mejorar la alexitimia que aparenta padecer este colectivo, como consecuencia de su desconexión con los estados internos (Schmidt, Jiwany, & Treasure, 1993). Esto hace pensar que, de alguna manera, aunque no detectados, esta intervención sí podría haber generado algún tipo de cambio en la conciencia corporal.

Para finalizar, la falta de evidencia encontrada en las escalas de "**Aceptación - Rechazo**" junto con "**No reactividad**" parecerían indicar que *mindful movement* podría no ser relevante para mejorar la impulsividad o tendencia a la evitación de este colectivo, a diferencia del programa MB-EAT y de la terapia dialéctica conductual que sí que muestran utilidad, y que no incorporan esta técnica en su programa (Kristeller & Hallett 1999; Safer et al., 2001b). No obstante, la tendencia a la significación de la escala "**Actuar con conciencia**" podría indicar una cierta tendencia a la mejora.

## 5. CONCLUSIONES

Aunque la escasa muestra de este estudio haya sido insuficiente para extraer conclusiones fiables, el siguiente estudio invita, al menos, a valorar las posibles implicaciones que sus resultados sugieren y se detallan a continuación:

- Una práctica de ocho semanas de *mindful movement* podría no tener repercusiones en el desarrollo de la conciencia corporal interoceptiva en el caso de padecerse TCAs.
- Este tipo de práctica podría ser irrelevante de cara a desarrollar la atención en pacientes con TCAs
- Los resultados en las escalas de *mindfulness*, EQ y FFMQ, sugieren cambios compatibles con haber hecho una intervención de *mindfulness* como es *mindful movement*.
- Las diferencias observadas en el cuestionario EQ, en la subescala Claridad-Confusión del cuestionario DERS y en la escala "No juicio" del cuestionario FFMQ parecen señalar cierta utilidad de *mindful movement* en la regulación emocional de pacientes con TCAs.
- Los hallazgos encontrados sugieren que la utilización de una intervención de *mindful movement*, por sí misma, podría ser capaz de generar algún tipo de cambio terapéutico de interés en el área de TCAs.

## 6. LIMITACIONES

A pesar de los esperanzadores datos preliminares presentados aquí, hay que tener en cuenta serias limitaciones en el estudio que sería fundamental resolver en un futuro, a fin de comprobar el verdadero impacto de la intervención y, en especial, poder valorar si hay o no cambios en la conciencia corporal tras una intervención de *mindful movement*, que básicamente es el objetivo prioritario y esperado de esta práctica.

La primera es que el tamaño de muestra del estudio fue muy bajo. Esta cuestión es de suma importancia, ya que imposibilita tomar los resultados de este estudio como fiables. El escaso número de participantes quizás pudo afectar a la sensibilidad del cuestionario MAIA, mermar las implicaciones encontradas en el resto de cuestionarios, o a la propia representatividad de los resultados, por lo que para confirmar los hallazgos es imprescindible aumentar la muestra en futuras investigaciones. Además, esta cuestión no permitió analizar los efectos diferenciales entre los subgrupos de participantes, como diferentes diagnósticos (anorexia vs. bulimia). Para superar esta limitación, se deben realizar más estudios con muestras de mayor tamaño y analizar las diferencias entre los grupos de diagnóstico que existen en los trastornos alimentarios según la Clasificación ICD-10 de Trastornos Mentales y del Comportamiento.

Igual de fundamental sería poder comparar estos resultados con un grupo control del hospital de día, en el que no se lleve a cabo ninguna intervención de *mindful movement*, o similar, ya que con la metodología utilizada en este estudio es imposible clarificar hasta qué punto los cambios observados son realmente causados por la intervención, y no por la asistencia habitual que estas pacientes reciben.

Después, no podemos determinar con certeza si el tiempo de intervención fue el adecuado para poder observar cambios en la conciencia corporal interoceptiva, dada la escasa bibliografía sobre el desarrollo de esta dimensión en TCAs. Sería conveniente aumentar la duración del programa y recoger datos a lo largo del proceso, incluso meses después del mismo, para evaluar cómo se adquieren y mantienen los efectos de la intervención a lo largo del tiempo, no solo de esta dimensión, sino también de las restantes.

Debido al acuerdo generalizado de que la práctica de *mindfulness* ha de tener más de 30 minutos diarios de duración para que puedan apreciarse resultados, una intervención como la nuestra, que sólo ha sido de quince minutos durante cuatro días a la semana, más una hora semanal de práctica general, podría haber sido escasa para llegar a generar el máximo impacto. Realizar una réplica tomando en cuenta este factor podría resultar útil.

Además, tampoco es posible determinar en qué medida los cambios observados, han sido debidos a las instrucciones verbales, o a la realización de ejercicios físicos que favorecen la respiración y una postura corporal adecuada. Sería provechoso aislar estos dos factores que intervienen en la práctica de *mindful movement*, a fin de determinar la relevancia de cada una de ellos en el desarrollo de la

conciencia corporal, y en el resto de los mecanismos fundamentales a través de los cuales el mindfulness genera sus efectos terapéuticos.

Para finalizar, no hemos evaluado parámetros relacionados con la clínica, ni los beneficios para el bienestar mental, ni los síntomas alimentarios, lo que sería interesante en futuras investigaciones, dado que el objetivo final de cualquier intervención de este tipo es generar cambios terapéuticos.

A rasgos generales sería importante resolver todas estas limitaciones en un futuro, motivados por los resultados hallados en el presente estudio, a fin de comprobar la relevancia real del *mindful movement* en la adquisición de habilidades de *mindfulness* que puedan tener interés terapéutico, y en especial, para poder determinar con seguridad su implicación en la conciencia corporal, que básicamente es el objeto de esta práctica y su desarrollo de gran interés para la recuperación de los TCAs.

#### AGRADECIMIENTOS:

Matilde Elices: Por su colaboración elaborando el protocolo

Elisabeth y Anjolina: Por su contribución en la recogida de datos

Victòria: Por su ayuda para montar el *setting* y acompañar a las participantes del estudio en la práctica grabada.

En general, a todo el personal del hospital de Sant Pau que ha posibilitado la realización de este estudio y de manera muy especial a sus participantes, a las que he tomado mucho cariño tras la intervención.

#### REFERENCIAS

Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000a). Outcome predictors for the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302–1308.

Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000b). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459–466.



- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*, 48(10), 974-983.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev). (Washington, DC).
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013
- Balasubramaniam, M., Telles, S., Doraiswamy, P.M., 2012. Yoga on our minds: a systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders. *Front. Psychiatry* 3, 117
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 125–143.
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005a). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 351-358.
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 23(4), 281-300.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using selfreport assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45.
- Berlucchi, G., and Aglioti, S. 1997. The body in the brain: Neural bases of corporeal awareness. *Trends Neuroscience*. 20: 560–564.
- Berman, M. I., Boutelle, K. N., & Crow, S. J. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nerviosa. *European eating disorders review*, 17, 426-434.
- Bornemann, B., Herbert, B. M., Mehling, W. E., & Singer, T. (2015). Differential changes in self-reported aspects of interoceptive awareness through 3 months of contemplative training. *Frontiers in psychology*,
- Broderick, P. C. (2005). Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction. *Cognitive Therapy and Research*, 29(5), 501-510.
- Brown, R. P., & Gerbarg, P. L. (2005). Sudarshan Kriya yogic breathing in the treatment of stress, anxiety, and depression: part I—neurophysiologic model. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11(1), 189-201.

- Calogero, R. M., Davis, W. N., & Thompson, J. K. (2005). The role of self-objectification in the experience of women with eating disorders. *Sex Roles*, 52(1), 43-50.
- Campbell, A., & Hausenblas, H. A. (2009). Effects of exercise interventions on body image: A meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 14, 780–793
- Carano, A., De Berardis, D., Gambi, F., Di Paolo, C., Campanella, D. & Pelusi, L. (2006). Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Eating disorders*, 39, 332-340.
- Carei, T. R., Fyfe-Johnson, A. L., Breuner, C. C., and Brown, M. A. (2010). Randomized controlled clinical trial of yoga in the treatment of eating disorders. *J. Adolescent. Health* 46, 346–351.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of behavioral medicine*, 31(1), 23-33.
- Carney, D. R., Cuddy, A. J., & Yap, A. J. (2010). Power posing: Brief nonverbal displays affect neuroendocrine levels and risk tolerance. *Psychological science*, 21(10), 1363-1368.
- Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, M. T., Martínez-de-Salazar-Arboleas, A., & Sánchez-Guerrero, E. (2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(7), 617-626.
- Cebolla, A., Garcia Palacios, A., Soler, J., Guillén, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118–126.
- Cebolla, A., & Miró, M. T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 133-155.
- Cebolla, A., Galiana, L., Campos, D., Oliver, A., Soler, J., Demarzo, M., Baños, R. M., Feliú-Soler, A., & García-Campayo, J. (2017). How Does Mindfulness Work? Exploring a Theoretical Model Using Samples of Meditators and Non-meditators. *Mindfulness*, 1-11.
- Coffey, K. A., Hartman, M., & Fredrickson, B. L. (2010). Deconstructing mindfulness and constructing mental health: understanding mindfulness and its mechanisms of action. *Mindfulness*, 1(4), 235-253.

- Courtois, I., Cools, F., & Calsius, J. (2015). Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Journal of bodywork and movement therapies*, 19(1), 35-56
- Courty, A., Godart, N., Lalanne, C., & Berthoz, S. (2015). Alexithymia, a compounding factor for eating and social avoidance symptoms in anorexia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, 56, 217-228.
- Davis, C., Katzman, D. K., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H., Kalmbach, K., et al. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: Etiological implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 321– 326
- Daubenmier, J. J. (2005). The relationship of yoga, body awareness, and body responsiveness to self-objectification and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 207–219.
- Dittmann, K. A., & Freedman, M. R. (2009). Body awareness, eating attitudes, and spiritual beliefs of women practicing yoga. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 17, 273–292.
- Dawe, S., & Loxton, N. J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 28(3), 343-351.
- Dobson K. S., & Dozois, D. J. A. (2004). Attentional Biases in eating disorders: A meta-analytic review of Stroop performance. *Clinical Psychology Eating Disorders*, 19, 73-82
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192-205.
- Elices Armand-Ugon, M., Ribaudi, S., Mateos, P., Carlos, J., & Gomà Freixanet, M. (2016). Disregulación emocional y mindfulness en el trastorno límite de la personalidad: características y tratamiento.
- Farrell, C., Lee, M., & Shafran, R. (2005). Assessment of body size estimation: A review. *European Eating Disorders Review*, 13(2), 75-88.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*. 41:509-28 3.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. E. (1993a). Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419–428

- Faunce, G. J. (2002). Eating disorders and attentional bias: A review. *Eating Disorders*, 10, 125-139
- Feuerstein, G. (1990). *The Yoga-Sutra of Patanjali: A new translation and commentary*. Rochester, VT: Inner Traditions International.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1995). The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part I: Description. *Journal of Personality disorders*, 9(2), 83-91.
- Flaherty, M. Influence of yoga on body image satisfaction in men. *Perceptual & Motor Skills* 2014; 119(1):203-214
- Fredrickson, B., Roberts, T., Noll, S., Quinn, D.M., & Twenge, J. M. (1998). That swimsuit becomes you: Sex Differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and social Psychology*, 75, 269-284.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of women quarterly*, 21(2), 173-206.
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H. M., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, 38(3), 234–246.
- Fox, K.R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2, 411-418
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Muñoz, E., Sepulveda, A. R., & Galan, I. (2003). Validation of the Eating Disorder Inventory (EDI) in a non-clinical population. *Gaceta Sanitaria*, 17(2), 141.
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford: *Oxford University Press*
- Gard, G. (2005). Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and rehabilitation*, 27(12), 725-728.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, I., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871–878.
- Godart, N. T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P., & Flament, M. F. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of affective disorders*, 97(1), 37-49.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(4), 348-356.

Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108

Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232-236.

Heffner, M., & Eifert, G. H. (2004). *The anorexia workbook: How to accept yourself, heal your suffering, and reclaim your life*. New Harbinger Publications.

Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169.

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 537-559.

James, K., Verplanken, B., & Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79, 123-128.

Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 7(2), 109-119.

- Johnson, C., & Larson, R. (1982). Bulimia: an analysis of moods and behavior. *Psychosomatic Medicine*, 44(4), 341-351.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936–943.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and emotion*, 23(1), 4-41.
- Kristeller, J. L. (2003) Mindfulness, wisdom and eating: Applying a multi-domain model of meditation effects. *Journal of Constructivism in the Human Sciences*, 8, 107-118.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357-363.
- Laumer, U., Bauer, M., Fichter, M., & Milz, H. (1997). Therapeutic effects of the Feldenkrais Method (Awareness Through Movement) in eating disorders. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 47(5), 170-180.
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24, 581–600.
- Linehan, M. M. (1993a). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Jorge Peña, Meng Chen (2016). With great power comes great responsibility: Superhero primes and expansive poses influence prosocial behavior after a motion-controlled game task, *Computers in Human Behavior*, 2017, 76, 378
- McCann, T. V., & Clark, E. (2004). Embodiment of severe and enduring mental illness: Finding meaning in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(8), 783-798.
- Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PloS one*, 7(11), e48230.
- Miner-Rubino, K., Twenge, J. M., & Fredrickson, B. L. (2002). Trait self-objectification in women: Affective and personality correlates. *Journal of Research in Personality*, 36, 147– 172

- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Rausch, S. M., & Cooke, K. L. (2007). Innovative interventions for disordered eating: Evaluating dissonance-based and yoga interventions. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 120-128.
- Morone, N. E., & Greco, C. M. (2007). Mind–body interventions for chronic pain in older adults: A structured review. *Pain Medicine*, 8(4), 359-375.
- Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. *Handbook of emotion regulation*, 2, 491-507.
- Nilsen M, Danielsen M, Gronlund GE. Physiotherapy and eating disorders. In First International Conference of Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health. Leuven, Belgium; 15–17 February 2006. Leuven: Catholic University of Leuven, 2006.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 116(1), 198.
- Peña, J., & Chen, M. (2017). With great power comes great responsibility: Superhero primes and expansive poses influence prosocial behavior after a motion-controlled game task. *Computers in Human Behavior*, 76, 378-385.
- Pollatos, O., Kurz, A. L., Albrecht, J., Schreder, T., Kleemann, A. M., Schöpf, V., ... & Schandry, R. (2008). Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa. *Eating behaviors*, 9(4), 381-388.
- Rani, N. J., & Rao, P. V. K. (1994). Body awareness and yoga training. *Perceptual & Motor Skills*, 79, 1103-1106
- Rosval, L., Steiger, H., Bruce, K., Israël, M., Richardson, J., & Aubut, M. (2006). Impulsivity in women with eating disorders: problem of response inhibition, planning, or attention?. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 590-593.
- Safer, D. L., Lock, J., & Couturier, J. L. (2007). Dialectical behaviour therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report. *Cognitive and Behavioural Practice*, 14, 157-167.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001a). Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 101–106. Safer, D.

- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001b). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632–634
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical psychology review*, 21(1), 33-61.
- Sauer-Zavala, S.E., Walsh, E.C., Eisenlohr-Moul, T.A., & Lykins, E.L.B. (2013). Comparing Mindfulness-Based Intervention Strategies: Differential Effects of Sitting Meditation, Body Scan, and Mindful Yoga. *Mindfulness*, 4, 383-388.
- Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 34(1), 54-58.
- Schoenberg, P. L., Hepark, S., Kan, C. C., Barendregt, H. P., Buitelaar, J. K., & Speckens, A. E. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology*, 125(7), 1407-1416.
- Schuch, F., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P., Reichert, T. et al, Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017; 210:139–150
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., & Dunbar, G. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSMIV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22–33.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773–791
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 93–101.
- Shafran, R., Lee, M., Cooper, Z., Palmer, R. L., & Fairburn, C. G. (2007). Attentional bias in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 369-380.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329-1335.



- Skrinar, G.S., Bullen B.A., Cheek, J.M., McArthur, J.W., & Vaughan, L. K. (1986) Effects of endurance training on body-consciousness in women. *Perceptual and Motor Skills*, 62, 483-490.
- Slade, P., & Russell, G. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3(2), 188-199. doi:10.1017/S0033291700048510
- Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 34(1), 54-58.
- Smith, M. C., Stallings, M. A., Mariner, S., & Burrall, M. (1999). Benefits of massage therapy for hospitalized patients: a descriptive and qualitative evaluation. *Alternative therapies in health and medicine*, 5(4), 64.
- Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., Garcia-Campayo, J., Tejedor, R., & Portella, M. J. (2014). Assessing decentering: Validation, psychometric properties and clinical usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish sample. *Behavior Therapy*, 45(6), 863–871.
- Sze, J. A., Gyurak, A., Yuan, J. W., & Levenson, R. W. (2010). Coherence between emotional experience and physiology: does body awareness training have an impact? *Emotion*, 10 (6), 803.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behaviour Research and therapy*, 33(1), 25-39.
- Tchanturia, K., Anderluh, M. B., Morris, R. G., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., Sanchez, P., & Treasure, J. L. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(4), 513-520.
- Telch, C F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*. 3/, 569-582.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061–1065.
- Tiggemann, M., & Kuring, J. K. (2004). The role of body objectification in disordered eating and depressed mood. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 299–311.
- Wallin, U., Kronovall, P., & Majewski, M. L. (2000). Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: outcome after 2 years. *European Eating Disorders Review*, 8(1), 19-30

- Wildes, J. E., Ringham, R. M., & Marcus, M. D. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 398-404.
- Williams, G.J., Power, K.G., Millar, H.R., Freeman, C.P., Yellowlees, A., Dowds, T., Walker, M., Campsie, L., MacPherson, F., and Jackson, M.A. (1993) 'Comparison of Eating Disorders and Other Dietary/Weight Groups on Measures of Perceived Control, Assertiveness, SelfEsteem, and Self-Directed Hostility', *International Journal of Eating Disorders*, 14: 27–32
- Wolf, E.M., & Akamatsu, T.J. (1994). Exercise involvement and eating-disordered characteristics in college students. *Eating Disorders*, 2, 308-318.
- Wonderlich, S. A. (2002). Personality and eating disorders. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (2nd ed.) (pp. 204–209). New York: Guilford Press.
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., ... & Smalley, S. L. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737-746.