



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK

FACULTAD DE CIENCIAS DEL TRABAJO Y DEL COMPORTAMIENTO

HUMANO

TRABAJO DE FIN DE CARRERA TITULADO:

**“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE IMPACTO DE LA TÉCNICA MINDFUL EATING
EN MUJERES CON IMC ELEVADO SOBRE LA SALUD MENTAL POSITIVA, LA
ATENCIÓN PLENA Y LOS ATRACONES”**

REALIZADO POR:

PAMELA JAZMÍN JIMÉNEZ MOSQUERA

DIRECTOR DEL PROYECTO:

PhD© PATRICIO ROBERTO ARIAS BENAVIDES

COMO REQUISITO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Quito-Ecuador, Febrero 2022

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, Pamela Jazmín Jiménez Mosquera, portadora de la cédula de identidad No. 172509064-9, declaro bajo juramento que la presente investigación es propia de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que se ha consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

Por medio de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondiente a esta investigación a la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK, de acuerdo con lo establecido a la Ley de Propiedad Intelectual, a su reglamento y a la normativa institucional vigente.



Pamela Jazmín Jiménez Mosquera

CI: 172509064-9

DECLARATORIA

El presente trabajo de investigación / titulación:

**“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE IMPACTO DE LA TÉCNICA MINDFUL EATING
EN MUJERES CON IMC ELEVADO SOBRE LA SALUD MENTAL POSITIVA, LA
ATENCIÓN PLENA Y LOS ATRACONES”**

Realizado por:

PAMELA JAZMÍN JIMÉNEZ MOSQUERA

Como requisito para la obtención del título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Ha sido dirigido por el profesor

PATRICIO ROBERTO ARIAS BENAVIDES

Quién considera que constituye un trabajo original del autor.



PhD©. Msc.Psic. PATRICIO ROBERTO ARIAS BENAVIDES

DIRECTOR DE TESIS

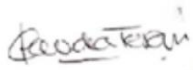
PROFESORES INFORMANTES

Después de revisar el trabajo presentado “Evaluación del Nivel de Impacto de la Técnica Mindful Eating en Mujeres con IMC Elevado Sobre la Salud Mental Positiva, la Atención Plena y los Atracones”, como requerimiento para adquirir el título de Psicóloga, lo han calificado como apto para su defensa oral ante el tribunal examinador.



M.Sc. Esteban Ricaurte

Lector 1



M.Sc. Claudia Terán

Lectora 2

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado a mi amado hijo Leonard, quien ha sido fuente de motivación, inspiración y fuerza para nunca rendirme en todo el proceso de formación universitaria. Te amo hijo gracias por fomentar mi perseverancia con tu sonrisa.

Dedicado también a mi madre Nora quien nunca dudó de mis habilidades, con su amor, apoyo incondicional y lucha constante por la vida misma venciendo al cáncer, me ha enseñado el significado de todo lo esencial para ir construyéndome como un ser humano sensible, con metas y sueños imposibles de derivar. Te amo mamá.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero extender un especial agradecimiento a mí misma por llegar hasta este punto de culminación de una de las etapas más significativas de mi historia, si algo he aprendido en esta apasionante carrera de Psicología es que todo empieza por uno para posteriormente tener la habilidad de brindar una parte de nosotros al resto.

En segundo lugar agradezco a todos y cada uno de mis docentes, ha sido enriquecedor aprender de sus líneas de conocimiento matizadas con la ética profesional. Estudiar, entender y comprender la conducta humana, el ambiente que influye y el funcionamiento cerebral, es complejo, sin embargo puedo afirmar con certeza que con la guía de profesionales comprometidos todo fue más asimilable.

En tercer lugar quiero agradecer a mi tutor Patricio Arias quien puso al ruedo su saber, experiencia y paciencia para guiarme en este proceso de investigación, quien desde el inicio captó el punto de la temática, posteriormente me ayudó a complementar y organizar todas las ideas que ahora quedan plasmadas en este trabajo.

Finalmente agradezco a las 15 participantes del estudio por su tiempo, predisposición y confianza depositada, para la mayoría esta fue una experiencia nueva dónde tuvieron la oportunidad de vivenciar emociones y potenciar su atención, lo más gratificante para mí es haberlas retirado de su zona de confort y permitirles enfrentarse a su indefensión aprendida.

Muchas gracias mujeres fuertes y determinadas.

Resumen

El índice de masa corporal elevado indica sobrepeso u obesidad, esto conlleva afecciones en la salud y bienestar tanto a nivel físico como mental. Esta es una problemática de salud pública que va en incremento. El presente estudio titulado “Evaluación del Nivel de Impacto de la Técnica Mindful Eating en Mujeres con IMC Elevado sobre la Salud Mental Positiva, la Atención Plena y los Atracónes” tuvo como objetivo evaluar el impacto del Mindful Eating en 15 mujeres con IMC elevado con una media de edad de 33,20 (DS = 11,71) años, el método se desarrolló sobre la base del enfoque cuantitativo, análisis descriptivo, de corte longitudinal al ser dos tomas en diferentes tiempos. El diseño aplicado es cuasiexperimental, intragrupo. Se desarrolló e impartió un taller teórico-práctico. Se aplicó Mindfulness 6 días y Mindful Eating por 25 días. Se aplicaron 5 reactivos para medir salud mental positiva, ansiedad, depresión, atención plena y frecuencia del atracón; los resultados arrojaron que no existieron diferencias estadísticamente significativas en las escalas, el impacto de la técnica fue “tamaño del efecto pequeño” a excepción de la depresión donde no existió efecto. Destaca que el peso de las mujeres fue estadísticamente significativo en cuanto a la reducción. En conclusión la técnica puede llegar a ser efectiva en la pérdida de peso a corto plazo a su vez no impacta tanto en salud mental, pero si se aplica la técnica de 6 meses en adelante, se podría ver resultados significativos en las áreas medidas.

Palabras clave: alimentación consciente, atención plena, índice de masa corporal y alimentación, psiconutrición.

Abstract

The high body mass index indicates overweight or obesity, this leads to conditions in health and well-being both physically and mentally. This is a public health problem that is on the rise. The present study entitled "Evaluation of the Impact Level of the Mindful Eating Technique in Women with a High BMI on Positive Mental Health, Mindfulness and Binge Eating" aimed to evaluate the impact of Mindful Eating in 15 women with a high BMI with a mean age of 33.20 (SD = 11.71) years, the method was initiated on the basis of quantitative approach, descriptive analysis, longitudinal cut to be two shots at different times. The applied design is quasi-experimental, intragroup. A theoretical-practical workshop was developed and taught. Mindfulness was applied for 6 days and Mindful Eating for 25 days. Five items were applied to measure positive mental health, anxiety, depression, mindfulness and binge eating frequency; the results showed that there were no statistically significant differences between the scales, the impact of the technique was "small effect size" except for depression where there was no effect. It stands out that the weight of women was statistically significant in terms of reduction. In conclusion, the technique can become effective in short-term weight loss, and in turn does not impact mental health as much, but if the technique is applied from 6 months onwards, significant results could be seen in the areas measured.

Key Words: conscious eating, mindfulness, body mass index and eating, psychonutrition.

ÍNDICE

1. Capítulo I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Justificación	1
1.2. Objetivos	2
1.2.1. Objetivo General	2
1.2.2. Objetivos Específicos	2
1.3. Hipótesis	3
2. Capítulo II. MARCO TEÓRICO	3
2.1. Psicología Positiva	3
2.2. Salud Mental	4
2.3. Bienestar	5
2.4. Modelo de Bienestar	5
2.4.1. Modelo de Bienestar de Seligman (PERMA)	5
2.4.1.1. Emociones Positivas	6
2.4.1.2. Compromiso	6
2.4.1.3. Relaciones	7
2.4.1.4. Sentido	7
2.4.1.5. Logro	8
2.5. Sobrepeso y Obesidad	8
2.6. Psicopatología del Sobrepeso y Obesidad	9
2.6.1. Ansiedad	9
2.6.1.1. Relación entre Ansiedad y Sobre Ingesta	10
2.6.2. Depresión	11
2.6.2.1. Relación entre Depresión y Sobre Ingesta	11
2.6.3. Atracón	12
2.7. Técnicas Psicológicas en Sobrepeso y Obesidad	12
2.7.1. Terapia Cognitivo Conductual	12
2.7.2. Mindfulness	13
2.7.3. Mindful Eating	14
3. Capítulo III. MARCO EMPÍRICO	15

3.1. Problema de Investigación.....	18
3.1.1. Planteamiento del Problema.....	18
3.1.2. Pregunta de Investigación	18
3.2. Enfoque y Diseño de la Investigación	18
3.3. Participantes.....	18
3.3.1. Criterios de Inclusión	18
3.3.2. Criterios de Exclusión	18
3.4. Instrumentos.....	19
3.4.1. PERMA Profiler.....	19
3.4.2. Mindful Attention Awareness (MAAS)	19
3.4.3. Validación Ecuatoriana de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D	20
3.4.4. Escala de Ansiedad de Hamilton.....	20
3.4.5. Inventario Breve de Atracón	20
3.5. Procedimiento	21
3.6. Análisis de los Datos.....	22
4. Capítulo IV. RESULTADOS	22
4.1. Resultados PERMA Profiler	22
4.2. Resultados Mindful Attention Awareness (MAAS)	24
4.3. Resultados Validación Ecuatoriana de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D.....	25
4.4. Resultados Escala de Ansiedad de Hamilton.....	27
4.5. Inventario Breve de Atracón	28
4.6. Resultados Peso	29
4.7. D de Cohen	31
5. Capítulo IV. DISCUSIÓN	31
6. Capítulo V. CONCLUSIONES.....	33
7. Capítulo VII. RECOMENDACIONES.....	35
8. Referencias.....	37
9. Anexos	48
Anexo 1.....	49
Anexo 2.....	50
Anexo 3.....	53
Anexo 4.....	55
Anexo 5.....	57
Anexo 6.....	58
Anexo 7.....	59

Anexo 8.....	60
--------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación del Índice de Masa Corporal	
Tabla2: Estadísticos Descriptivos en PERMA	22
Tabla 3: Prueba de Normalidad PERMA.....	22
Tabla 4: T de Student PERMA	23
Tabla 5: Estadísticos Descriptivos Atención Plena.....	24
Tabla 6: Prueba de normalidad Atención Plena.....	25
Tabla 7: T de Student en Atención Plena.....	25
Tabla 8: Estadísticos Descriptivo en Depresión	25
Tabla 9: Prueba de normalidad en Depresión	26
Tabla 10: T de Student en Depresión.....	26
Tabla 11: Estadísticos Descriptivos Ansiedad	27
Tabla 12: Prueba de normalidad en Ansiedad.....	27
Tabla 13: T de Student en Ansiedad	28
Tabla 14: Estadísticos Descriptivos en Atracón.....	28
Tabla 15: Prueba de Normalidad en Atracón.....	28
Tabla 16: T de Student en Atracón	29
Tabla 17: Estadísticos Descriptivos Peso.....	29
Tabla 18: Prueba de normalidad Peso	29
Tabla 19: T de Student Peso	30
Tabla 20: D de Cohen (Tamaño del Efecto)	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Gráfico de Barras, secciones PERMA toma 1	23
Figura 2: Gráfico de Barras, secciones PERMA toma 2	24

1. Capítulo I. Introducción

1.1. Justificación

La plenitud atencional y la aplicación de la consciencia al momento de comer son dos amplios campos que en los últimos años se han ido introduciendo para tratar los problemas que surgen a partir de la conducta alimentaria en especial orientado a la sobre ingesta (Warren, Smith & Ashwell, 2017). Conociendo lo expuesto es importante indagar cuáles son las opciones para ayudar a gestionar las emociones “negativas” que generan ingerir alimentos sin control para posteriormente aplicarlo y verificar su efectividad.

En la mayoría de las investigaciones sobre ingestión emocional se afirma que el consumo de alimentos sin medida es una manera poco funcional de afrontamiento frente a situaciones que producen emociones displacenteras. La ingesta emocional o comer emocional al parecer es más frecuente y dominante en la mujer que en el hombre, en personas que tienen IMC sobre los estándares de normalidad que las personas que tienen una ingesta aparentemente controlada, por otro lado también puede desembocarse este tipo de ingesta por la ansiedad que produce la restricción alimentaria (Palomino, 2021). De esta manera se evidencia que posiblemente por los estándares de belleza, la presión social, el estigma, el aislamiento que ha existido en el contexto actual de pandemia por Covid-19 y la ya aprendida conducta alimentaria podrían actuar como causas inminentes de la sobre ingesta produciendo así una acumulación de grasa ligado con las emociones negativas como depresión, estrés, ansiedad, etc.

De tal manera que no solo basta con que la persona que presenta una inmoderada ingesta aprenda a comer y controlar esto conductualmente, también es necesario el enfoque de sus emociones, relaciones, el afrontamiento a situaciones desagradables, autocompasión y

su manera de pensar fuera de estereotipos, más bien acercándose a un modelo de procuración de la salud integral.

Esta investigación aportará a nivel biopsicosocial cuando evidencie que la técnica de contemplación Mindful Eating no solo mejoraría la relación con la comida sino también el vínculo con uno mismo y así eventualmente replicarlo en el entorno potenciando el bienestar.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Evaluar el nivel de impacto de la técnica Mindful Eating en mujeres con IMC elevado sobre la salud mental positiva, la atención plena y los atracones.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Diseñar y protocolizar un taller de Mindful Eating enfocado en el desarrollo de atención plena y salud mental positiva.
- Medir la salud mental positiva en las mujeres antes de la aplicación de la técnica Mindful Eating.
- Impartir un taller de Mindful Eating en mujeres con IMC elevado.
- Medir la salud mental positiva en las mujeres después de la aplicación de la técnica Mindful Eating.
- Comparar la diferencia del antes y después de la aplicación del taller de Mindful Eating en atracón, salud mental y atención plena.
- Comparar la diferencia del antes y después en cuanto a ansiedad, depresión y atracón
- Evaluar los cambios en kg del peso antes y después de la aplicación de la técnica

1.3.Hipótesis

- *H1* La técnica Mindful Eating ayuda a mejorar el bienestar de las mujeres con IMC elevado
- *H2* Las mujeres presentan mejoría en atención plena después de la aplicación de la técnica Mindful Eating
- *H3* Las mujeres que registraron menor frecuencia de atracón después de aplicar la técnica Mindful Eating.
- *H4* Las mujeres disminuyeron los niveles ansiedad y depresión después de la aplicación de la técnica
- *H5* El peso es mayor antes de la aplicación de la técnica Mindful Eating y menor después de la aplicación de la misma.

2. Capítulo II. Marco Teórico

2.1. Psicología Positiva

Abraham Maslow en 1954 dedicó un capítulo entero en su libro de “Motivación y Personalidad” a la Psicología Positiva aunque dentro de su estudio en general no se profundizó esta temática, la Psicología Positiva es introducida y desarrollada a fines del siglo 20 e inicios del 21 por Martin Seligman (Salanova & Llorens, 2016). Por tanto, esta rama de la Psicología se presenta como un enfoque contemporáneo y nuevo, que ha explorado desde un inicio el motivo por el cual la vida tiene valor y la influencia del óptimo entorno y relaciones para alcanzar una vida plena, además de un elevado rendimiento del ser humano (Domínguez & Ibarra, 2017). Con esto quiere decir que de alguna manera el sentido de vida y todo lo que lo enmarca estaría tomado en cuenta desde el estudio científico a través de la Psicología Positiva. El cambio en cuanto al factor ambiental y las relaciones sociales se han

visto como influencias en la conducción a la conducta positiva, siendo un aporte a la Psicología Positiva, sin embargo los factores intrapsíquicos tienen un rol esencial y central (Forteza et al, 2021).

2.2. Salud Mental

Con referencia a la salud mental se puede decir que es un concepto amplio de explorar sin embargo es importante identificar su origen. Históricamente se creó un movimiento denominado higiene mental en Estados Unidos y eventualmente se expandió por el resto del mundo, esto se vinculaba con la práctica Psiquiátrica y el objetivo era intervenir a la persona que salía de la norma, haciendo mejoras en su estadía dentro de los centros de internación, pero también la meta era prevenir que no se propague su aparente condición a la sociedad, luchando por un tratamiento en comunidad (Dovio, 2017). No obstante en la contemporaneidad se cambia el término higiene mental por salud mental, porque el primer concepto se orientaba a la institucionalización de pacientes con problemas mentales, mientras que, la salud mental engloba el trabajo de contención y prevención en personas con y sin síntomas, sin embargo sigue apegado a las reformas Psiquiátricas, por ello sale a flote el estado de bienestar mental considerado universal y se aplica tanto a nivel individual como comunitario (Desviat, 2020). Es decir que el bienestar mental podría ser considerado como un factor protector favoreciendo a la salud mental. Así pues la salud mental abarca factores psicológicos a nivel individual expresados en afecto, autoanálisis y autopercepción, pero también aplica a nivel social en cuanto al ambiente, relaciones y los beneficios de estos (Lundin et al, 2017).

2.3. Bienestar

El bienestar se ha presentado como un objeto de estudio a lo largo de los años por profesionales de las diferentes áreas que involucran a la sociedad y la salud, en este punto el bienestar se ha dividido en dos enfoques, el enfoque hedónico en dónde el bienestar se basa en el equilibrio de las emociones agradables y desagradables a su vez que está ligado a la felicidad y el placer, todo esto traducido al bienestar subjetivo; mientras que el enfoque eudaimónico o bienestar psicológico se orienta al desenvolvimiento de las habilidades para alcanzar, independencia, autogestión y expansión personal (Cassaretto & Martínez, 2017). Moreta, López, Gordón, Ortíz & Gaibor (2018) afirman que el bienestar subjetivo se conecta a la percepción que tiene la persona de su propia vida en el momento presente. Por otro lado Maganto, Peris y Sánchez (2019) afirman que el bienestar psicológico se vincula con la práctica de acciones saludables para la vida, dónde no se encuentra sintomatología patológica importante.

2.4. Modelo de Bienestar

2.4.1. Bienestar Psicológico de Seligman (PERMA)

Inicialmente la Psicología Positiva estaba enfocada en el estudio de la felicidad pero para alcanzar un estudio de carácter científico se tuvieron que considerar aspectos vitales, el bienestar es un constructo mientras que la felicidad es una cosa, ante esto se reelabora la intención de investigación direccionado al bienestar el cual está constituido por 5 elementos que dan alusión un nuevo modelo denominado PERMA (positive emotions, engagement, relationships, meaning, accomplishment), cada uno de estos elementos tiene 3 características en común: Aportan al bienestar, en general las personas emprenden de manera autónoma la búsqueda de estos elementos y finalmente ninguno depende de otro elemento lo cual los hace

peculiares (Seligman, 2016). Asimismo se toma en cuenta para el estudio del bienestar dentro del modelo PERMA, la esencia más abstracta del ser humano, las fortalezas del carácter que son vía a alcanzar satisfactoriamente cada elemento mediante su potenciación y reconocimiento (Grinhauz, 2015). En definitiva, la Psicología positiva mediante la teoría del bienestar tiene como objetivo medir y originar el florecimiento del individuo, para lo cual se debe indagar en los aspectos ya mencionados que aportan al acercamiento a la felicidad (Seligman, 2016).

2.4.1.1. Emociones Positivas

Estas emociones se experimentan a lo largo de la existencia del ser humano, dan lugar a la felicidad y el disfrute de la vida y como causa-consecuencia se puede decir que a mayor frecuencia de emociones positivas es directamente proporcional a la vivencia del bienestar (Hernández, Hernández & Prada, 2018). También este afecto positivo puede ser percibido de una manera optimista sobre un hecho o situación, de esta manera se da un proceso de potenciación de los recursos personales para el afrontamiento (Rodríguez, Oñate & Mesurado, 2018). Igualmente, Meier & Oros (2012) afirman que es necesario sumergirse en la promoción del encuentro con las emociones positivas lo cual producirá un repertorio de conductas salutogénicas.

2.4.1.2. Compromiso

El compromiso es el segundo pilar, mediante el cual se puede encaminar al bienestar, para establecer esto es necesario destacar las fortalezas propias de cada persona y la aplicación en diferentes situaciones o actividades dónde exista un punto medio es decir ni mucha tensión ni mucha desgana, al contrario el disfrutar de la acción y el *fluir* tiende llevar

al compromiso (Cuello, 2018). Asimismo el compromiso está formado tridimensionalmente, en primer lugar está el aspecto desde la cognición que es el aportar conocimiento a la tarea en curso, en segunda instancia está la emocionalidad que se refiere a la filiación con dicha tarea y finalmente en tercer lugar está la conducta que promueve a intervenir en la tarea (Ros, Camino & Zelaieta, 2018). Adicionalmente para estar comprometidos con la tarea la persona debe engancharse a ella de tal manera que incluso puede pasar desapercibida la noción del tiempo porque ha disfrutado de su realización (Del Castillo, 2018).

2.4.1.3.Relaciones

Las relaciones se generan a base de la interacción entre individuos, se las construye de manera óptima desde de la comunicación, confianza y al ponerse en el lugar del otro, una relación positiva es perdurable cuando no sólo la persona se preocupa por sí misma sino también por los demás (González, Piza & Sánchez, 2020). Además las relaciones interpersonales están directamente relacionadas con las necesidades humanas y al momento de llevarlas satisfactoriamente aportan al alto desarrollo personal y bienestar (Hernández, Lozano & Murcia, 2019). Así pues, la persona es un individuo de índole social por naturaleza, la vivencia de relaciones provechosas sería un factor de protección para el bienestar psicológico (Balcázar, 2020).

2.4.1.4.Significado o sentido de la vida

Dentro de la teoría del bienestar de Seligman existe la concepción que para alcanzar la trascendencia en la vida es vital la potenciación de las fortalezas propias y así aplicarlas en algo que motive y agrade, superando los espacios personales y abordando un beneficio compartido con más personas, en consecuencia esto da dirección y sentido a la vida como

impulso para seguir despertando cada mañana (Garassini, 2019). Por otro lado quien descubra el sentido de su vida también estaría respondiendo a incógnitas existencialistas, subjetivas y profundas, la razón de estar en el aquí y en el ahora (Arboccó, 2017).

2.4.1.5. Logro

El logro es el último pero no menos importante de los 5 pilares del bienestar, cuando el individuo establece una consecución de acciones para llegar a un objetivo y va cumpliendo cada una de estas, surge una sensación de gratificación dónde se reconoce y potencia las habilidades personales e incluso se llega a predominarlas (Giraldez, 2020). Asimismo el logro puede estar en sintonía con la óptica eudaimónica al surgir mediante el alcance de propósitos para acercarse a la felicidad (Moyano et al., 2018).

2.5. Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso también conocido como pre obesidad y la obesidad son enfermedades no transmisibles que se producen por la falta de equilibrio dónde el consumo de calorías es mayor al gasto energético, estas alteraciones pueden estar influidas por genética, mecanismo metabólico o los factores psicoafectivos y emocionales, de esta manera el último punto se relaciona el ámbito psicológico incluyendo la ansia e impulsividad al momento de comer (Duperly, 2004). Por otra parte las personas que padecen de sobrepeso y obesidad en muchas ocasiones tienden a tener un vaivén en su peso puesto que han optado por diversos métodos para adelgazar pero al no ser llevados de la mano de un experto esto puede llegar a ser peligroso, de este modo pueden reincidir en un ciclo interminable de subidas y bajadas con respecto al peso, afectando así el organismo y la psique (Moreno, 2012).

Tabla 1*Clasificación del Índice de Masa Corporal*

Grado	Rango
Insuficiencia ponderal	<18.5
Intervalo Normal	18.5-24.9
Sobrepeso	≥25.0
Pre-Obesidad	25.0-29.9
Obesidad	≥30.0
Obesidad Tipo I	30.0-34.9
Obesidad Tipo II	35.0-39.9
Obesidad Tipo III	≥40.0

Nota. Datos tomados de la Organización Mundial de la Salud.

2.6. Psicopatología del Sobrepeso y Obesidad

2.6.1. Ansiedad

La ansiedad es un reflejo de supervivencia que se activa en todo ser humano cuando está frente a eventos estresores, en cuanto la ansiedad se vuelve persistente y permanece en el tiempo puede afectar diferentes áreas de la vida causando malestar que puede llegar al trastorno (American Psychological Association [APA], 2017). Asimismo de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales para que la ansiedad llegue a ser un trastorno, la persona que la padezca ha de presentar características activas de miedo intenso, evasión y angustia (Márquez, 2014). Por otro lado surgen como criterios guías 5 aspectos para considerar un diagnóstico de trastorno de ansiedad, el primero involucra el funcionamiento erróneo de los procesos cognitivos de esta manera se percibe situaciones irreales en función de los pensamientos propios, en el segundo se pierde el goce por vivir plenamente y existe retraimiento en las diversas atmósferas personales, el tercer aspecto

engloba al tiempo y recurrencia que esté presente la ansiedad, el cuarto estadio se trata de visualizar un futuro catastrófico sin fundamentación y finalmente es quinto criterio enfatiza en la vulnerabilidad ante los estímulos (Clark & Beck, 2012). En suma se puede considerar a la ansiedad como un elemento propio del ser humano que tiene su función reactiva para procurar la vida, sin embargo se vuelve disfuncional cuando altera el proceso rutinario de la persona generando molestia e irrumpiendo constantemente la tranquilidad y el bienestar.

2.6.1.1.Relación entre Ansiedad y Sobre Ingesta

En cuanto se presentan picos altos de ansiedad se activa el sistema de búsqueda y puede llevar al consumo de alimentos de manera incontrolada para que una vez hecho contacto con el sentido del gusto se genere una especie de alivio, de este modo se presenta una conducta aprendida que a la final es una reacción al ambiente dependiendo las emociones y sentimientos que el evento provea, dentro de esta interacción también accionan sustancias propias del organismo es decir las hormonas y juegan un papel importante, en la obesidad a veces hay resistencia a la insulina o la constante producción de Ghrelina hormona de la regulación alimenticia y del peso corporal que si se presenta en abundancia va a mandar la señal de hambre recurrentemente (Córdova, 2020). Igualmente se ha evidenciado que las personas mayores de edad que han estado en aislamiento han subido sus niveles de ansiedad y por consiguiente han aumentado la frecuencia de ingesta de alimentos, lo curioso es que los alimentos elegidos generalmente para su consumo habitual involucran grasas y azúcares lo cual evidentemente se vuelve poco saludable (Romero González, 2021). En pocas palabras la ansiedad se encuentra directamente relacionada con la sobre ingesta alimentaria y frente a eso quienes tendrían más vulnerabilidad son pacientes que sufren de sobre peso y obesidad.

2.6.2. Depresión

La depresión consta como un trastorno que afecta la salud mental y está compuesto por un grupo sintomatológico, dentro de este se presentan bajos niveles emocionales a tal magnitud que se ve interferida la vida cotidiana a través de la incapacitación a partir dos semanas en adelante en las que se presenten al menos de 5 o más de los síntomas propios de este padecimiento y pueden extenderse a meses o años, es decir que cuando la frecuencia y la intensidad se mantienen, tentativamente se podría estar frente al trastorno de depresión mayor el cual se caracteriza por la persistencia de tristeza, nula disposición para realizar actividades que antes se disfrutaba, subida o disminución importante del peso, irregularidad en el ciclo del sueño, auto sabotaje, problemas para ejecutar naturalmente las funciones ejecutivas como toma de decisiones o concentración e ideación suicida (Korb, 2019). Adicionalmente es preciso mencionar para evitar confusiones que la tristeza es una emoción que aporta a la asimilación y procesamiento de una situación fatídica, una tristeza profunda eventualmente reduce la velocidad del organismo y aplaca el estado anímico ya interfiriendo en las actividades diarias pero cuando esto se va a un extremo lejano se va dando la depresión como un trastorno dónde la peor consecuencia puede ser la muerte por suicidio (Goleman, 2017).

2.6.2.1. Relación entre Depresión y Sobre Ingesta

La emocionalidad percibida como negativa tentativamente estaría relacionada con las conductas impulsivas, de alguna manera el control inhibitorio se ve afectado, aunque es un misterio si se da por carencia o abundancia de esta función ejecutiva que se desarrolla en el área prefrontal del cerebro, en definitiva esta alteración en la inhibición da como resultado la falta de control propio frente a acciones cíclicas dañinas para la salud a causa del malestar (López-Serrano et al., 2017). Por otro lado el malestar unido con la mala calidad de ingesta a pesar de tener un pequeño impacto a la larga puede dar inicio a una serie de síntomas a nivel

psicológico en comorbilidad con la obesidad (Gómez-Pérez, 2021). Por consiguiente se ha encontrado relación directa entre la obesidad y la depresión, ambas problemáticas de gran impacto para la salud que se encuentran coexistiendo, en caso de que a una se le dé tratamiento y surja la mejoría inmediatamente la otra será beneficiada también (Alonso & Olivos, 2020).

2.6.2.2. Trastorno por Atracón

El trastorno por atracón se caracteriza principalmente por la ingesta desmedida y compulsiva de alimentos al mismo tiempo que se obtiene una sensación de compensación a corto plazo, vale aclarar que no es algo que se da únicamente en personas que padecen de sobrepeso u obesidad sino también puede presentarse en personas que poseen un peso de categoría normal (García, 2014). Si bien es cierto este trastorno se da a causa de diversos factores, los precipitantes iniciales que desencadenan el episodio de atracón se unen a los síntomas emocionales que surgen durante el proceso como auto juzgamiento, falta de control, cargo de consciencia, inferencias en las diferentes áreas de la vida, autoflagelación e incluso ideación o ejecución suicida (Hernández & Ledón, 2018). Por otro lado las personas con sobrepeso y obesidad que optan por procesos para adelgazar algunas a veces no logran sostener un peso normal por un tiempo prolongado porque caen en el círculo del atracón el cuál únicamente se puede prevenir con la modificación de hábitos alimenticios (Díaz-Lazo, 2019).

2.7. Técnicas Psicológicas para aplicar en Sobrepeso y Obesidad

2.7.1. Terapia Cognitivo Conductual

Las emociones pueden actuar como influencia sobre la conducta alimentaria, por ello es común evidenciar que una gran parte de personas que están pasando por situaciones difíciles tienden a presentar síntomas emocionales ligados con el malestar y que posteriormente ingieren alimentos en mayor cantidad descontroladamente, todo esto con el fin inconsciente de obtener un alivio, los alimentos poco saludables proporcionan una gratificación más inmediata que otros, eh aquí la explicación del ciclo interminable (Gil & Villanueva, 2020). La TCC aborda en general los factores causales de la obesidad (De la Vega & Cruz, 2018). Es así pues que el tratamiento a nivel cognitivo conductual en personas que sufren de sobrepeso tiene una alta efectividad para la disminución de peso, sin embargo es necesario reconocer que otras técnicas como el Mindfulness van más allá llevando a una propia regulación y homeostasis emocional consistente en el tiempo (Félix-Alcántara, 2021).

2.7.2. *Mindfulness*

Esta técnica traducida al español como atención plena descende de la tradición Budista, si bien es cierto en el ser humano dentro de sus funciones ejecutivas viene incorporada la atención por naturaleza e instinto de supervivencia a lo cual puede darse el nombre de atención común, por otro lado la atención plena va un paso más adelante porque va de la mano con los altos procesos cognitivos, es decir que el individuo mediante la aplicación del Mindfulness puede percibir una nueva realidad consciente a comparación de la anterior que se quedaba anclada en la limitación de conocimiento y error cognitivo generando sufrimiento (Villalba, 2019). Además la evidencia científica con respecto a la eficacia del Mindfulness va en aumento, tanto la atención como la dominancia cognitiva benefician en la adquisición del aprendizaje significativo de buenos hábitos, potenciación de la gestión

emocional y como consecuencia la perpetuación de estos mejorando el estilo de vida y el bienestar psicológico (Schuman-Olivier et al., 2020). Así pues la aplicación del Mindfulness reduce significativamente conductas como la ingesta descontrolada y la ingesta inconsciente (Olvera-Ruvalcaba & Gómez-Peresmitré, 2021).

2.7.3. *Mindful Eating*

Esta técnica es traducida al español como Alimentación Consciente y fue creada por Chozen y Wilkins con la finalidad de contrarrestar la ingesta compulsiva para generar un sano vínculo con la comida y modificar el comportamiento alimentario negativo, a tal punto que la ingesta influenciada por emociones se reduce y el bienestar se optimiza (Morillo & García, 2017). Al mismo tiempo el Mindful Eating es la técnica que se orienta a poner en marcha la atención plena al momento de comer, es decir que se eliminan los distractores externos del ambiente como celular, televisión u otros, de esta manera la concentración estaría en los alimentos y mediante los sentidos se irían complaciendo las necesidades alimentarias, es decir que lleva a darse cuenta del aquí y ahora en el proceso de ingesta dónde surgen emociones, pensamientos y sensaciones que son contempladas, así todo se torna más consciente y se receptan señales de saciedad por amplios lapsos de tiempo, de esta manera no se da lugar al hambre recurrente (Chozen, 2009). Es así que el Mindful Eating está enfocado a mejorar la salud tanto física como mental por la interacción entre cerebro y señales de procesos fisiológicos propios de la persona, dejando de lado la balanza, las dietas extremas o contar calorías, únicamente dejándose guiar por el propio cuerpo (Cadena-Schlam, 2015).

El Mindful Eating fue aplicado durante un promedio de seis meses en nueve mujeres para trabajar sobre los atracones y la alimentación emocional, en dicho estudio cualitativo se halló que este tipo de intervención basada en la atención plena aporta en la reducción de

conductas alimentarias en desorden mediante el empoderamiento en cuanto a la toma de decisiones sobre el tipo de comida a ingerir, la potenciación de la atención, elevación de la consciencia y el afrontamiento, de esta manera se priorizan estos aspectos y ya no a la balanza (Beccia et al., 2020).

Al adherir la alimentación consciente al estilo de vida ayuda en la reducción del IMC favoreciendo a personas que tienen sobrepeso y obesidad porque se da una alimentación más equilibrada generando orden en este sentido (Anderson et al., 2016). Adicionalmente el Mindful Eating favorablemente disminuye el grado de tensión, estados ansiosos y depresivos así como comprime la ingesta emocional, todo esto evidenciado en población con obesidad (Barbosa, Penaforte & Silva, 2020). Asimismo la alimentación consciente encaja positivamente con atracón, sufrimiento y ansiedad como protocolo de tratamiento de los mismos al fomentar la concientización corporal y mental, evidenciando incluso reducción en el IMC (Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, 2016). En un estudio donde se aplicó el Mindful Eating en 12 mujeres con obesidad durante 8 semanas se evidencia que en depresión no existen cambios relevantes pero el peso si se muestra estadísticamente significativo en cuanto a la pérdida (Kidd, Heifner & Murrok, 2013).

3. Capítulo III. MARCO EMPÍRICO

3.1. Problema de Investigación

3.1.1. Planteamiento del Problema

A partir de mediados de la década de los 70's los problemas de sobrepeso y obesidad han ido en triple incremento, tanto el sobrepeso como la obesidad se dan por el almacenamiento excesivo de grasa apuntando sobre los parámetros normales, por otro lado el Índice de Masa Corporal es una formula básica $IMC = \text{peso (kg)} / [\text{estatura (m)}]^2$ que se usa

por lo regular para señalar si la persona tiene un peso normal o elevado, se usa dicha fórmula en adultos en general, el Índice de Masa Corporal de similar o más de 25 indica sobrepeso mientras que, uno similar a 30 o más denota obesidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

El sobrepeso y obesidad es una dificultad de gran magnitud que impacta a la salud pública, estos son producidos mediante prácticas poco saludables dónde se ingiere mayor cantidad calórica a su vez acompañado de sedentarismo, al mismo tiempo el resultado de estos hábitos es la malnutrición en comorbilidad con enfermedades cardiovasculares, desniveles hormonales, diabetes, hipertensión, entre otras (Ministerio de Salud del Ecuador [MSP], 2018a).

En la Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) se destaca que en el Ecuador las personas adultas del rango de 19 a 59 años tuvieron una cifra de 64.68 como porcentaje de preminencia en relación a sobrepeso y obesidad, dentro de esta cifra se evidencia que las mujeres padecen de obesidad en supremacía que los hombres, mientras que los hombres presentan más sobrepeso frente a las mujeres (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2018b).

Frente a lo anterior expuesto se puede ver que la temática a pesar de estar inevitablemente presente en el contexto ecuatoriano afectando en mayor cantidad a las mujeres, las autoridades pertinentes han abordado iniciativas y planes desde un enfoque nutricional, económico y de la salud física presentando gran preocupación por las enfermedades no transmisibles que vienen acompañando al sobrepeso y obesidad y pueden ser causantes de muerte, sin embargo no se ha encontrado algún trabajo gubernamental dónde se enfatice en el marco psicológico relacionado con el sobrepeso y obesidad por lo cual se ve necesario hacer una búsqueda exhaustiva en opciones que aporten a la prevención así como el

tratamiento de los mismos mediante una herramienta subjetiva. Para gestionar emocionalmente el sobrepeso y obesidad existen herramientas y nuevos enfoques que podrían ser útiles, dirigidos hacia el bienestar de la persona mediante conductas saludables y siguiendo las señales cerebrales para conectarlas con las corporales.

El Mindfulness se manifiesta como una variante de la meditación, originaria del budismo cuya finalidad es centrar a la persona en el tiempo actual es decir en el aquí y ahora sin interrupciones, esta técnica a lo largo de los años se ha introducido en procesos terapéuticos beneficiando la salud satisfactoriamente en la dualidad cuerpo-mente (Vásquez-Dextre, 2016). Si bien es cierto el Mindfulness aparece como una excelente opción para combatir y prevenir diversas problemáticas, se resalta su efectividad aplicando terapia tanto de nivel individuo como en grupo y al ver la eficacia de este sistema se lo ha orientado a los trastornos relacionados con el peso (Barceló-Soler et al., 2018). Dando como resultado la técnica Mindful Eating que a su vez en investigaciones realizadas por diversos autores muestran veracidad de este método. Una población intervenida con la práctica Mindful Eating ha mostrado en una parte el ascenso significativo estadístico en cuanto a dimensiones de atención y continencia de los pensamientos sobre la ingesta, mientras que al contrario se vio descensos relevantes en las dimensiones de estrés, afecto negativo e impulsividad (Ruiz, 2015). Dicho de otra manera es importante aplicar esto a los pacientes con ingesta emocional para que evoquen consciencia de su corporalidad, aprendan a usar sus sentidos para la gratificación al momento de comer e identifiquen cuando ya han llegado a su límite de ingesta.

Ante a lo ya mencionado surge una incógnita que dirigirá el cauce de la presente investigación y se la presenta en el siguiente punto.

3.1.2. Pregunta de Investigación

¿Cuál es el nivel de impacto de la técnica Mindful Eating en mujeres con IMC elevado sobre la salud mental positiva, la atención plena y los atracones?

3.2. Enfoque y Diseño de la Investigación

Se ejecutó un estudio de enfoque cuantitativo, de análisis descriptivo, de corte longitudinal al ser dos tomas en diferentes tiempos (antes y después). El diseño aplicado es cuasiexperimental, intragrupo, en este tipo de diseño la muestra no está formada aleatoriamente, más bien ya son pre estructurados y seleccionados acorde a la necesidad del estudio (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista-Lucio, 2014).

3.3. Participantes

La población fue conformada por 15 mujeres ecuatorianas en un rango de 18 a 50 años, con una media de edad de 33,20 (DS = 11,71) años, que presentan sobrepeso u obesidad de acuerdo a su IMC, fueron seleccionadas por conveniencia del estudio tomando en cuenta los criterios de exclusión.

3.3.1. Criterios de inclusión

Mujeres de 18 a 55 que presenten IMC sobre los estándares normales que hayan intentado previamente bajar de peso con dietas, ejercicio, pastillas entre otros métodos, sin haber obtenido resultados favorables a largo plazo por motivo de recaídas y rebotes.

3.3.2. Criterios de exclusión

Mujeres que tengan un IMC dentro de los parámetros normales o bajos, hombres, niñas y adolescentes, mujeres que estén tomando terapia psicológica, embarazadas, mayores a 55 años.

3.4. Instrumentos

Para el presente estudio se realizó una profunda investigación para captar lo test más apropiados, finalmente se utilizó 5 test con el fin de obtener resultados precisos en relación a los objetivos establecidos.

3.4.1. PERMA Profiler

En el PERMA Profiler, las preguntas en sus opciones de respuesta pueden presentar botones de opción o a su vez opciones desplegables (Kern & Butler, 2013). A su vez este test está compuesto por 23 ítems cuyas opciones van del cero al diez en escala de likert y su principal función es medir los 5 pilares que conforman en la Teoría del Bienestar de Seligman, este test tiene varias traducciones y se lo puede utilizar libremente dado que posee una buena consistencia interna, en la presente investigación se ha utilizado la Versión Española. (ver anexo 1)

3.4.2. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)

El test MAAS se compone de 15 interrogantes, su objetivo es medir la predisposición para prestar atención al aquí y al ahora, es decir se mide la aplicación de consciencia simultáneamente con la atención, este test presenta una relevante cualidad en psicometría demostrando consistencia, se ha aplicado a diversos estudios dentro del diseño correlacional, cuasi experimental y experimental, el MAAS es una herramienta exclusiva que puede

predecir varios factores de regulación emocional y bienestar (Brown & Ryan, 2003). (ver anexo 2)

3.4.3. Validación Ecuatoriana de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D

Este test tiene 20 preguntas, su finalidad es medir categorialmente la depresión, ha sido validado en varias naciones dando como resultado un fuerte impacto psicométrico que puede ser aplicado en población clínica o no clínica, ha sido extraída y creada a partir de referentes como el test de depresión de Beck, Zung, etc. Por otro lado cabe recalcar sus 4 categorías, la primera mide afecto negativo, la segunda afecto positivo, la tercera mide signos corporales, y finalmente conflictos en las relaciones (Arias, 2020). (ver anexo 3)

3.4.4. Escala de Ansiedad de Hamilton

Esta escala de autoría de Max Hamilton está diseñada para ser aplicada de manera general en la población, se constituye de 14 ítems y su función esencial es medir la ansiedad, adicionalmente tiene dos categorías a ser identificadas, ansiedad somática y ansiedad a nivel psíquico, posee una escala Likert del cero al cuatro y es confiable en cuanto a la psicometría (Hamilton, 1959). (ver anexo 4)

3.4.5. Inventario Breve de Atracón

Este inventario ha sido creado en el año 2020 por autoría de Patricio Arias para aplicar a población clínica con sobrepeso y obesidad, consta de 9 ítems y una escala de Likert de 0 a 3, la finalidad de este instrumento es medir la frecuencia de atracón y en su

consistencia interna es de ($\alpha=0.91$) (P.R. Arias, comunicación personal, 18 de noviembre de 2021). (ver anexo 5)

3.5. Procedimiento

En primer lugar se procedió a diseñar y protocolizar el taller de Mindful Eating (ver anexo 6).

En segundo lugar se procedió a trasladar las preguntas sociodemográficas y los 5 test a la plataforma “Formularios de Google” para posteriormente generar el link de la primera toma y otro link para la segunda toma, aquí ya incluido el respectivo consentimiento informado.

En tercer lugar una semana previa a la aplicación del taller se dio inicio al proceso, con el apoyo de podcast, a partir del lunes 22 de noviembre del 2021 se procedió a enviar este contenido hasta el 27 de noviembre del 2021. Los podcast dirigidos por Kus Manil contienen la técnica Mindfulness, cuya función es llevar a que la persona ponga en marcha su consciencia y perciba su aquí y ahora desprendiéndose de juzgamientos propios o externos (Manil, 2020).

En cuarto lugar se procedió a impartir el taller en la fecha 27 de Noviembre del 2021, con una duración de 2 horas y media, este taller presentó una parte teórica y otra práctica, en el apartado práctico se solicitó materiales como frutas de preferencia y agua, al final de todo esto las participantes recibieron herramientas como el termómetro de saciedad (ver anexo 7) y un calendario resaltando las fechas de inicio y fin de la aplicación de la técnica Mindful Eating (ver anexo 8).

En quinto lugar cabe recalcar que a pesar de que el estudio es de diseño cuantitativo, se abrió la posibilidad de acceder a intervenciones en crisis y Psicoeducaciones como parte

del taller en caso de ser necesario dentro del tiempo que dure el proceso, esto fue solicitado por 4 participantes y realizado con éxito.

Finalmente el 28 de diciembre del 2021 se procede a hacer la segunda toma, dando por cerrada la etapa de recolección de datos.

3.6. Análisis de Datos

En el análisis de datos se limpió la base de datos en Microsoft Excel, luego se introdujo esta base al programa IBM SPSS Statistics 25, en este punto se procedió a obtener medidas de tendencia central y una prueba de normalidad en cada test, posteriormente se hizo una diferencia de grupos de medidas repetidas utilizando las tomas en Tiempo 1 y Tiempo 2 esto con el fin de identificar alguna diferencia a través de pruebas paramétricas, en este caso la T de Student, puesto que existió normalidad en la distribución, esto contribuirá a la confirmación o rechazo de las hipótesis establecidas en la investigación.

Por otro lado se utiliza el coeficiente D de Cohen, la función de esta operación en la presente investigación fue para determinar el impacto de la técnica, para esto se utiliza una calculadora virtual del sitio web Social Science Statistics.

4. Capítulo IV. RESULTADOS

4.1. Resultados PERMA-Profiler

Tabla 2

Estadísticos Descriptivos en PERMA

	N Válid o	N Perdidos	Media	Desv.	Mínimo	Máximo
Perma Global 1	15	0	49,27	9,98	39	60
Perma Global 2	15	0	51,40	9,56	40	60

Nota. En la tabla 2 se observa que entre las variables 1 y 2 de cada categoría las medias de la primera toma son menores mientras que las medias de la segunda toma aumentan, a pesar de esto hay que verificar la normalidad y la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 3

Prueba de Normalidad PERMA

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Perma_1	,965	15	,781
PERMA_2	,961	15	,713

Nota. En la tabla 3 se observa que las variables presentan distribución normal porque $p > 0,05$ para los cuales se procederá a realizar estadísticos Paramétricos.

Tabla 4

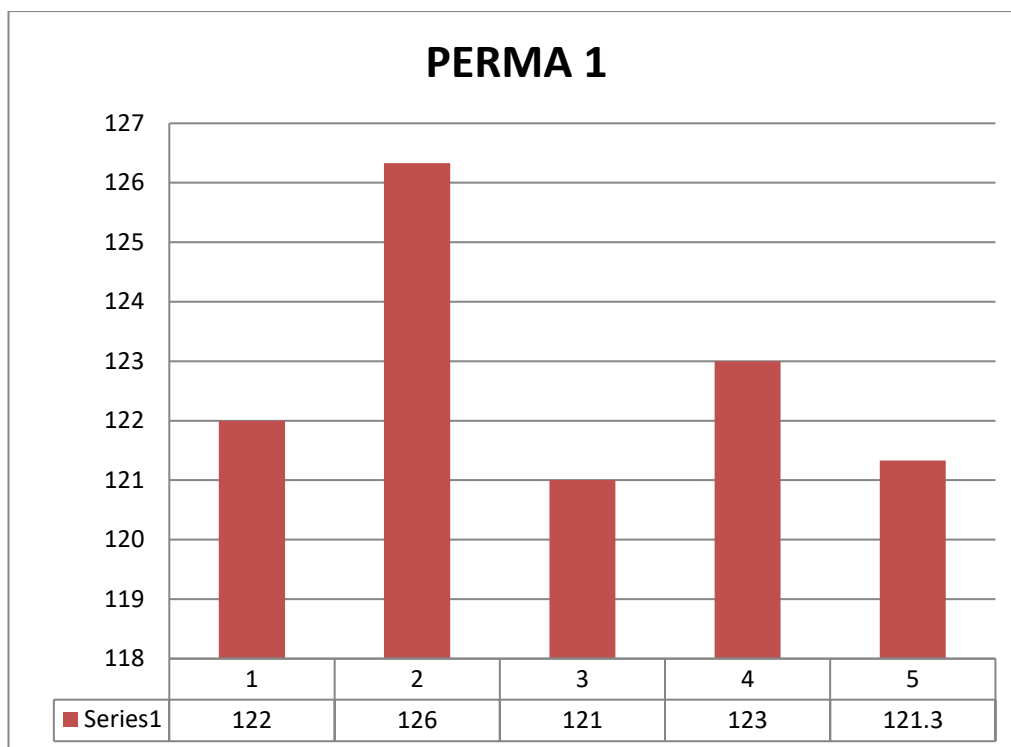
T de Student PERMA

		Diferencias emparejadas							
		Media	Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par	Perma_2	2,133	6,479	1,673	-1,455	5,721	1,275	14	,223
1	-								
	Perma_1								

Nota. En la tabla 4 se observa el valor de $p=0,223$ es decir que $p > 0,05$, lo cual indica que no existe diferencias estadísticamente significativas.

Figura 1.

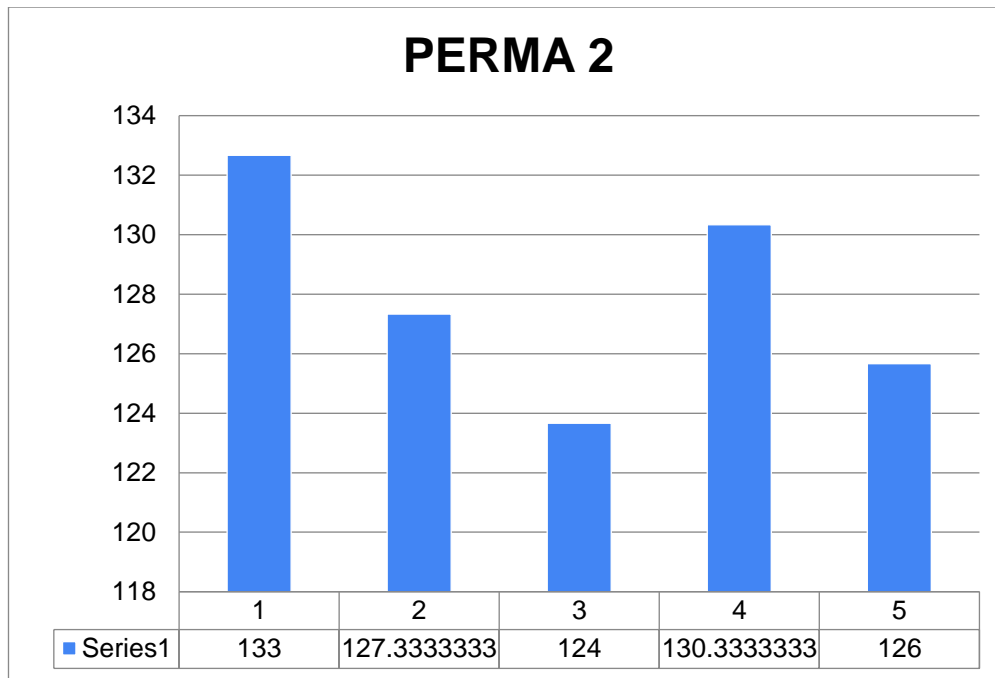
Gráfico de Barras, secciones PERMA toma 1



Nota. En el gráfico se visualizan las sumatorias de la primera recolección de datos de cada uno de los factores que constituyen el Bienestar, Positive Emotions = 1, Engagement = 2, Relationships = 3, Meaning = 4, Accomplishment = 5.

Figura 2.

Gráficos de barras secciones PERMA toma 2



Nota. En el gráfico se visualizan las sumatorias de la segunda recolección de datos de cada uno de los factores que constituyen el Bienestar, Positive Emotions = 1, Engagement = 2, Relationships = 3, Meaning = 4, Accomplishment = 5.

4.2. Resultados Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)

Tabla 5

Estadísticos Descriptivos Atención Plena

	N Válido	N Perdidos	Media	Desv.	Mínimo	Máximo
Atención Plena 1	15	0	57,73	20,151	23	84
Atención Plena 2	15	0	64,80	15,30	43	88

Nota. En la Tabla 5 se observa que en cuanto a la variable Atención Plena Primera Toma existe una media de 57.73, desviación de 20.15, mientras que en la variable de Atención Plena Segunda Toma se evidencia que la media es de 64.80, la desviación 15.03, lo cual indica que ha existido un aumento en Atención Plena sin embargo hay que verificar la normalidad y significancia.

Tabla 6

Prueba de normalidad de Atención Plena

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Atención P. 1	,900	15	,096
Atención p. 2	,905	15	,113

Nota. En la Tabla 6 se puede apreciar que $p > 0.05$ es decir que existe evidencia estadística de que los datos son normales en cuanto a Atención Plena en 1era y 2da toma.

Tabla 7

T de Student en Atención Plena

		t	gl	Sig. (bilateral)
Par 1	Atención Plena 1	1,904	14	,078
	Atención Plena 2			

Nota. En la tabla 7 a pesar de que la media en la segunda toma es mayor en relación a la primera toma, para encontrar diferencias significativas debería $p < 0.05$ sin embargo estadísticamente no se ha encontrado diferencias significativas porque en este caso $p > 0.05$. No se comprueba la hipótesis.

4.3. Resultados Validación ecuatoriana de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos CES-D

Tabla 8

Estadísticos Descriptivos en Depresión

	N	N	Media	Desv.	Mínimo	Máximo
	Válido	Perdidos				
Depresión 1	15	0	32,33	9,98	20	52
Depresión 2	15	0	31,60	9,56	20	52

Nota. En la tabla 8 se evidencia que la media de Depresión 1 es de 32,33 y la desviación estándar 9,98 en contraste de la variable Depresión 2 la cual tiene una media de 31,60 y desviación de 9,56; por lo cual se observa reducción de medias y desviación sin embargo hay que verificar la normalidad y significancia.

Tabla 9

Prueba de normalidad en Depresión

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Depresión 1	,942	15	,403
Depresión 2	,941	15	,395

Nota. En la tabla 9 se evidencia que $p > 0.05$ es decir que existe evidencia estadística de que los datos son normales en cuanto a las variables Depresión Total y Depresión Total Segunda Toma.

Tabla 10

T de Student en Depresión

Prueba de muestras emparejadas									
		Diferencias emparejadas							Sig. (bilateral)
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	
					Inferior	Superior			
Par 1	Depresión 1 y Depresión 2	,733	6,065	1,566	-2,625	4,092	,468	14	,647

Nota. En la tabla 10 se observa que el valor de p es de 0,647 es decir que $p > 0,05$ y $t = 0,468$; lo cual indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables Depresión 1 y 2. No se comprueba la hipótesis del investigador.

4.4. Escala de Ansiedad de Hamilton

Tabla 11*Estadísticos Descriptivos en Ansiedad*

	N Válido	N Perdidos	Media	Desv.	Mínimo	Máximo
Ansiedad 1	15	0	13.20	10,36	0	27
Ansiedad 2	15	0	10,60	7,55	1	28

Nota. En la tabla 11 se observa que en la variable Ansiedad 1 la media es de 13.20 y desviación de 10,36; mientras que en Ansiedad 2 la media fue de 10.60, con una desviación de 7.55, lo que arroja una reducción de media y desviación entre Ansiedad 1 y 2 sin embargo hay que verificar si existe significancia normalidad y significancia.

Tabla 12*Prueba de normalidad Ansiedad*

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad 1	,876	15	,041
Ansiedad 2	,930	15	,275

Nota. En la tabla 12 se puede apreciar que $p > 0.05$ es decir que existe evidencia estadísticamente significativa de que los datos son normales en cuanto a la segunda toma sin embargo en la primera toma son no normales porque $p < 0,05$.

Tabla 13*T de Student en ansiedad*

		Diferencias emparejadas							
		Medi a	Desv. Desviación	Desv. Error promedi o	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par	Ansiedad 1	2,600	6,390	1,650	-,939	6,139	1,576	14	,137
1	Ansiedad 2								

Nota. En la tabla 13 se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas porque el valor de $p > 0.05$ por lo tanto no se acepta la hipótesis del investigador.

4.5. Resultados en Inventario Breve de Atracón

Tabla 14

Estadísticos Descriptivos en Atracón

	N Válido	N Perdidos	Media	Desv.	Mínimo	Máximo
Atracón 1	15	0	10,53	8,63	0	24
Atracón 2	15	0	7,73	5,93	0	23

Nota. En la tabla 14 se observa que en la variable de Atracón 1 la media es de 10,53 y la desviación estándar es de 8,63 mientras que en la variable 2 la media es de 7,73 y una desviación estándar de 5,93; esto muestra que existe disminución en el promedio en cuanto a atracón sin embargo hay que comprobar la normalidad y la significancia.

Tabla 15

Prueba de Normalidad en Atracón

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Atracón 1	,883	15	,053
Atracón 2	,908	15	,128

Nota. En la tabla 15 se evidencia que $p > 0.05$ es decir que existe evidencia estadística de que los datos son normales en cuanto a Atracón en 1era y 2da Toma.

Tabla 16

T de Student en Atracón

Diferencias emparejadas	t	gl
-------------------------	---	----

Par	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior	
1 Atracón_1 1 Atracón_2	2,800	6,144	1,586	-,602	6,202	1,765 14 ,099

Nota. La tabla 16 arroja que el valor de p es 0.099 es decir que $p > 0.05$, por eso no se encuentra diferencia significativa entre las variables.

4.6. Resultados Peso

Tabla 17

Estadísticos Descriptivos Peso

	N Válido	N Perdidos	Media	Desv.	Mínimo	Máximo
Peso Antes	15	0	76,29	10,02	59,9	59,5
Peso Después	15	0	74,07	10,01	97	96

Nota. En la tabla 17 con respecto a la variable Peso Antes la media es de 76.29, con una desviación de 10.02, en contraste con la variable Peso Después hay disminución en la media 74.06 y desviación de 10.01; esto evidencia disminución general de peso.

Tabla 18

Pruebas de normalidad Peso

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Peso Antes	,974	15	,909
Peso Después	,951	15	,539

Nota. En la tabla 18 se identifica que $p > 0.05$ es decir que existe evidencia estadística de que los datos son normales en cuanto a las variables de Peso Antes y Peso Después.

Tabla 19
T de Student en Peso

Prueba de muestras emparejadas									
		Diferencias emparejadas					t	g	Sig.
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia	Inferior			
Par 1	Peso 1 y peso 2	2,223	2,8875	,7455	-3,82	-,6243	2,98	14	,010

Nota. En la tabla 19 se puede apreciar que el valor de p es 0.010 es decir que $p < 0.05$ lo cual afirma que existen diferencia estadísticamente significativas, en cuanto al valor de t es 2,98 porque en efecto existe disminución de peso. Se comprueba hipótesis del investigador.

4.7. D de Cohen

Tabla 20
D de Cohen (Tamaño del Efecto)

	Tiempo	N	Media	D. Estándar	D-Cohen
Salud Mental Positiva	1	15	49,27	6,08	0,35
	2	15	51,40	6,21	
Atención Plena	1	15	57,73	20,15	0,40
	2	15	64,80	15,30	
Depresión	1	15	32,33	9,98	0,08
	2	15	31,60	9,56	
Ansiedad	1	15	13,20	10,36	0,29
	2	15	10,60	7,55	
Atracción	1	15	10,53	8,63	0,39
	2	15	7,73	5,93	

Nota. D-Cohen mide el tamaño del efecto de un tratamiento o intervención, (D = 0.00 no existe efecto del tratamiento); (D = 0,20 tamaño del efecto pequeño); (D = 0,50 tamaño del efecto mediano); y (D = 0,80 tamaño del efecto grande).

5. Capítulo V. DISCUSIÓN

El presente estudio estuvo enfocado en comparar las diferencias que puedan existir en función del antes y después en salud mental positiva, atención plena, ansiedad, depresión, atracón y peso, luego de la aplicación de 6 días de Mindfulness como introducción y posteriormente 25 días de aplicación de la técnica Mindful Eating en mujeres con IMC elevado, con un total de 31 días, en los cuales las participantes registraron el número de días de cumplimiento con una media de 23,20 días.

La salud mental positiva y la atención plena medidas en esta investigación tuvieron un tamaño del efecto pequeño y las diferencias no fueron estadísticamente significativas, sin embargo los promedios aumentaron después de la aplicación de la técnica Mindful Eating. En contraste una revisión de la literatura que afirma que la alimentación consciente contrarresta la ingesta compulsiva para generar un sano vínculo con la comida y modificar el comportamiento alimentario negativo, a tal punto que la ingesta influenciada por emociones se reduce y el bienestar se optimiza (Morillo & García, 2017). En definitiva la técnica puede brindar efectividad siempre y cuando se aplique a lo largo del tiempo, un mes no basta para tener resultados significativos.

Por otro lado la ansiedad y la frecuencia de atracón en este estudio no tuvieron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo los promedios disminuyeron en contraste a la primera y segunda toma, teniendo un tamaño del efecto pequeño. Al comparar

con otro estudio en el que se concluyó que la aplicación del Mindfulness reduce significativamente conductas como la ingesta descontrolada y la ingesta inconsciente (Olvera-Ruvalcaba & Gómez-Peresmitré, 2021). Se puede decir que el Mindful Eating derivado del Mindfulness respondería significativamente a la reducción de ansiedad y frecuencia de atracón si se aplica en un tiempo extenso.

En este estudio se evidencia un efecto nulo del tratamiento en cuanto a la depresión en comparación al antes y después de la aplicación de la técnica Mindful Eating. En un estudio similar se ha encontrado relación directa entre la obesidad y la depresión, ambas problemáticas de gran impacto para la salud que se encuentran coexistiendo, en caso de que a una se le dé tratamiento y surja la mejoría inmediatamente la otra será beneficiada también (Alonso & Olivos, 2020). Lo cual deja a pensar que las mujeres de la presente investigación a pesar de disminuir de peso no consiguen disminuir significativamente los síntomas que engloba la depresión, tomando en cuenta que siguen en cuadro de sobre peso y obesidad y ese puede ser el factor que más pesa dentro del autoconcepto para dar continuidad a una indefensión aprendida.

Frente a la diferencia estadísticamente significativa que se encontró en la relación entre el antes y después del peso en Kg, se corrobora que la técnica Mindful Eating beneficia en la reducción de peso en personas con sobrepeso y obesidad. Lo cual se relaciona a que al adherir la alimentación consciente al estilo de vida ayuda en la reducción del IMC favoreciendo a personas que tienen sobrepeso y obesidad porque se da una alimentación más equilibrada generando orden en este sentido (Anderson, L et al., 2016). Es decir que si el Mindful Eating pasaría más allá de ser una técnica sino un estilo de vida que se adopta en un tiempo ya perpetuo, esto produciría una mayor pérdida de kg y por ende la reducción el índice de masa corporal, lo que supone que las personas pueden combatir el sobrepeso y obesidad.

6. Capítulo VII. CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los objetivos e hipótesis de la investigación “Evaluación del Nivel de Impacto de la Técnica Mindful Eating en Mujeres con IMC Elevado Sobre la Salud Mental Positiva, la Atención Plena y los Atracones” se extraen las conclusiones.

Se diseñó, protocolizó e impartió el taller de Mindful Eating el cual se enfocó en motivar la práctica de nuevos hábitos conductuales y alimenticios, mediante el aprendizaje de la captación de las señales psicofisiológicas del organismo, con el fin de potenciar la salud mental positiva, la atención plena, y a su vez reducir ansiedad, depresión y la frecuencia del acto de atracón en las 15 mujeres con IMC elevado.

Se midió la salud mental positiva, atención plena, ansiedad, depresión y atracón en las participantes antes y después de la aplicación de la Técnica Mindful Eating, con lo cual se comparó los datos en función a los 2 tiempos de recolecciones, se puede concluir que:

- Se rechazó la H1 porque a pesar de existir diferencias entre las medias de las tomas, estadísticamente no hay diferencias significativas del antes y después, es decir no se puede afirmar que la salud mental positiva se haya potenciado en las mujeres con IMC elevado.
- Se rechazó la H2 porque a pesar de existir diferencias entre las medias de las tomas, estadísticamente no hay diferencias significativas del antes y después, por esto no se puede afirmar que las mujeres presenten aumento en atención plena.
- Se rechazó la H3 porque a pesar de existir diferencias entre las medias de las tomas, estadísticamente no hay diferencias significativas del antes y después, es decir que no

se puede afirmar una menor frecuencia de atracón después de la aplicación de la técnica.

- Se rechazó la H4 porque a pesar de existir diferencias entre las medias de las tomas, estadísticamente no hay diferencias significativas del antes y después, frente a esto no se puede afirmar que los niveles de ansiedad y depresión después de la aplicación de la técnica disminuyan.
- Se acepta la H5 porque existe diferencias estadísticamente significativas en cuanto al peso, es decir que el peso fue mayor antes de la aplicación de la técnica y menor después, lo cual indica que el Mindful Eating llega a ser efectivo para el proceso de pérdida de peso.

Finalmente se realizó un cálculo del efecto del tratamiento en lo cual se obtiene que la Atención Plena alcanza un tamaño del efecto pequeño, asimismo en cuanto a la frecuencia del atracón tiene un tamaño del efecto pequeño, similar pasa con la salud mental positiva que tiene tamaño del efecto pequeño, de igual manera la Ansiedad presenta tamaño del efecto pequeño y finalmente en la Depresión no existe efecto del tratamiento.

7. Capítulo VIII. RECOMENDACIONES

Se recomienda brindar espacios Psicoeducativos y de intervención a la población que presenta sobrepeso y obesidad, más allá de ser una enfermedad física es evidente el impacto que genera en la salud mental y los factores biopsicosociales que se asocian.

Se recomienda que en esta población se brinde tratamiento psicológico dentro del cual se incluya la aplicación de la técnica Mindful Eating, en este estudio se ve que no existieron diferencias estadísticamente significativas a nivel psicológico, sin embargo es inevitable

comparar las medias, que indican que ha existido cambio a pesar de bajo impacto, es curioso que a nivel físico si hubo mejoría en cuanto a la reducción de peso, esto puede ser indicativo de que a pesar que las personas bajen de peso hay que hacer un trabajo de prolongado tiempo para alcanzar una salud mental positiva y reducción de niveles no favorables en cuanto a trastornos en comorbilidad.

Se recomienda tratar el sobrepeso y obesidad a nivel multidisciplinar, así como la causa de estos es multifactorial, la recuperación también, influyendo la calidad de alimentación, niveles hormonales normales o en desbalance, contexto en el que se desarrolla, y el área psicológica en cuanto a la conducta que se relaciona con la gratificación buscada en esta relación con la comida.

Se recomienda utilizar el Minful Eating Questionary (MEQ) en lugar del Minfulness Attention Awares (MAAS), con el fin de conseguir resultados más precisos con respecto a alimentación consciente que a la atención plena.

Considerando que en este estudio el tiempo de aplicación fue de apenas 30 días y la conducta alimentaria es un fenómeno a tratar con más profundidad, para futuras investigaciones similares se recomienda aplicar la técnica de Mindful Eating a población que incluya tanto a mujeres como hombres con IMC elevado y sobre todo que se aplique el estudio longitudinal por lo menos de 6 meses en adelante para poder obtener resultados estadísticamente significativos y un efecto del tratamiento de medio a grande.

Referencias:

Alonso, R., & Olivos, C. (2020). La relación entre la obesidad y los estados depresivos.

Revista Médica Clínica Los Condes, 31 (2), 130-138.

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.004>

American Psychological Association [APA]. (2017, 3 de mayo). Más allá de la preocupación.

<https://www.apa.org/topics/anxiety/preocupacion>

Anderson, L., Reilly, E., Schaumberg, K., Dmochowsky, S., & Anderson, D. (2016).

Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Eating and Weight Disorders*, 21 (1), 83-90. <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-015-0210-3>

Arias, P. (2020). Validación Ecuatoriana de la Escala de Depresión Center for Epidemiologic

Studies-Depression CES-D. Instituto de Investigación Conductual NeuroCorp

Ecuador. [https://www.neurocorpecuador.com/post/validaci%C3%B3n-ecuatoriana-](https://www.neurocorpecuador.com/post/validaci%C3%B3n-ecuatoriana-de-la-escala-de-depresi%C3%B3n-center-for-epidemiologic-studies-depression-ces-d)

[de-la-escala-de-depresi%C3%B3n-center-for-epidemiologic-studies-depression-ces-d](https://www.neurocorpecuador.com/post/validaci%C3%B3n-ecuatoriana-de-la-escala-de-depresi%C3%B3n-center-for-epidemiologic-studies-depression-ces-d)

Arias, P. (2021). Inventario Breve de Atracón

Arboccó, M. (2017). *El sentido de vida y los valores interpersonales en universitarios*

estudiantes de la carrera de psicología. [Tesis de postgrado, Universidad Nacional

Mayor de San Marcos]. Cybertesis. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/6595>

Balcázar, S. (2020). *Bienestar Psicológico y Relaciones Interpersonales en Adolescentes de*

una Institución Educativa Pública de un Caserío de la Provincia de San Pablo-

Cajamarca. [Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Archivo digital.

<https://hdl.handle.net/20.500.12802/8876>

- Barbosa, M., Penaforte, F., & Silva, A. (2020). Atención plena, alimentación consciente y alimentación intuitiva en el abordaje de la obesidad y de los trastornos alimentarios. *SMAD, Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 16 (3), 118-135.
<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.165262>
- Barceló-Soler, A., Monreal-Bartolomé, A., Navarro-Gil, M., Beltran-Ruiz., & García-Campayo. (2018). Mindfulness aplicado a la atención primaria. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 25 (10), 564-573. <https://www.fmc.es/es-mindfulness-aplicado-atencion-primaria-articulo-S1134207218301907>
- Beccia, A., Ruf, A., Druker, S., Ludwig, V., & Cervecero, J. (2020). Women's Experiences with a Mindful Eating Program for Binge and Emotional Eating: A Qualitative Investigation into the Process of Change. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26 (10), 937-944. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0318>
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). Mindful Attention Awareness Scale (MAAS).
<https://ppc.sas.upenn.edu/sites/default/files/mindfulnessscale.pdf>
- Cadena-Schlam, L., & López-Guimerá, G. (2015). Intuitive eating: An emerging approach to eating behavior. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (3), 995-1002.
<https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.7980>
- Cassaretto-Bardales, M., & Martínez-Uribe, P. (2017). Validación de las escalas de bienestar, de florecimiento y afectividad. *Pensamiento psicológico*, 15 (1), 19-31.
<https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.VEFA>.
- Chozen, J. (2009). *Mindful Eating: A Guide to Rediscovering a Healthy and Joyful Relationship with Food*. Shambhala.
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=d218ra_fpYMC&oi=fnd&pg=PR9&dq=

mindful+eating&ots=OuP_fBsmMB&sig=uiACwSKOiUoyXA6C1aGHQgo4Tg#v=o
nepage&q=mindful%20eating&f=false

Clark, D., & Beck, A. (2012). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders* (J. Aldekoa, Trad).

Editorial Desclée de Brouwer. (Original work published 2010).

Córdova, D. Á. (2020). *Ingesta voluntaria e involuntaria en pacientes con ansiedad: revisión bibliográfica*. [Doctoral dissertation, Universidad de Zaragoza].

<https://zaguan.unizar.es/record/97690?ln=es#>

Cuello, M. (2018). Evaluación de las tres rutas de acceso al bienestar. Una comparación entre jóvenes y adultos mayores de CABA. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

De la Vega, R., & Cruz, L. (2018). Efecto de la Terapia Cognitivo-Conductual en Factores Asociados a la Obesidad: Un Estudio de Caso. *Psicología y Salud*, 28 (1), 85-94.

<https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2541>

Del Castillo, G. (2018). Psicología positiva: una perspectiva que supera el límite de la enfermedad mental. *Rev Yachay*, 7 (1), 451-453.

<https://revistas.uandina.edu.pe/index.php/Yachay/article/download/98/95/>

Desviat, M. (2020). Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 17-45.

<https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn75id367856>

- Díaz-Lazo, A. (2019). Trastorno por Atracón y Obesidad. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 1 (2), 61-62. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2019.1.2.42>
- Domínguez, R. & Ibarra, E. (2017). La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. *Razón y Palabra*, 21 (96), 660-679.
<https://www.redalyc.org/pdf/1995/199551160035.pdf>
- Dovio, M. (2017). La Higiene Mental en Buenos Aires, Argentina (1935-1945). *Revista de Historia y Geografía*, 36, 45-65. <https://doi.org/10.29344/07194145.36.334>
- Duperly, J. (2004). *Obesidad: un enfoque integral*. Centro Editorial Universidad del Rosario.
https://books.google.mw/books?id=JTKpVofzVEsC&printsec=copyright&source=gbs_pub_info_r
- Félix-Alcántara, M., Gutiérrez, I., Sancho, A., Ruiz, E., Banzo, C., Villacañas, M., Domínguez, C., Torres, R., & Quintero, J. (2021). Actualización en Psicoterapias para Personas con Obesidad. *Revista de Psicoterapia*, 32 (118), 253-271.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.442>
- Forteza, S., Ferretjans, V. & Vilardebó, E. (2021). Una aproximación entre la psicología positiva y el apoyo conductual positivo. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1), 197-215. Recuperado de
http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/6396/Una_aproximaci%c3%b3n_entre_la_psicolog%c3%ada_positiva.pdf?sequence=1&rd=0031590230167360
- García, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 70-74.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803021>

Garassini, M. (Septiembre 27-28, 2019). *Aprendiendo Bienestar en el siglo XXI con aula invertida* [Sesión de conferencia]. FlipTech Latinoamérica 2019: Un sueño hecho realidad, Bogotá, Colombia.

<https://www.unica.edu.co/descargas/FlipTech2019.pdf#page=111>

Giraldez-Hayes, A. (2020). Artes e bem-estar psicológico: As artes como intervenções positivas. *PÓS: Revista Do Programa De Pós-graduação Em Artes Da EBA/UFGM*, 10(20), 72–85. <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2020.20711>
(Original work published 29° de novembro de 2020)

Goleman, D. (2017). *La inteligencia Emocional*. Le libros. <https://ciec.edu.co/wp-content/uploads/2017/08/La-Inteligencia-Emocional-Daniel-Goleman-1.pdf>

Gómez-Pérez, D., Salinas-Rehbein, B., Becerra-Muñoz, C., & Ortiz, M. (2021). Percepción de Discriminación y Obesidad: el Rol de la Afectividad Negativa y la Calidad de la Dieta. *Psykhe*, 30 (1), 1-11. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2019.22325>

González, M., Piza, N., & Sánchez, P. (2020). La psicología positiva como recurso en la atención del adulto mayor. *Conrado*, 16 (72), 109-115.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442020000100109&lng=es&tlng=en

Grinhauz, S. (2015). El estudio de las fortalezas del carácter en niños: Relaciones con el bienestar psicológico, la deseabilidad social y la personalidad. *Psicodebate*, 15 (1), 43-68. <https://doi.org/10.18682/pd.v15i1.483>

Hamilton, M. (1959). Escala de Ansiedad de Hamilton.

https://www.huvn.es/archivos/cms/enfermeria/archivos/publico/Cuestionarios/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf

- Hernández, J., & Ledón, L. (2018). Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endocrinología*, 29 (2), 1-15.
<http://scielo.sld.cu/pdf/end/v29n2/end09218.pdf>
- Hernández, C., Hernández, V., & Prada, R. (2018). Adaptación del perfil PERMA de bienestar subjetivo para adultos mayores institucionalizados colombianos. *Ciencia y Cuidado*, 15 (1), 83-97. <http://dx.doi.org/10.22463/17949831.1235>
- Hernández, D., Lozano, J., & Murcia, L. (2019). *APLICACIÓN E INTERVENCIÓN DEL MODELO PERMA A DOCENTES EN UN COLEGIO PRIVADO DE BOGOTÁ*. Universidad Santo Tomás de Aquino, Bogotá, Colombia.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGRAW-HILL / Interamericana Editores.
<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Kidd, L., Heifner, C., & Murrock, C. (2013). A Mindful Eating Group Intervention for Obese Women: A Mixed Methods Feasibility Study. *Archives of Psychiatric Nursing* 27 (5), 211-218. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.05.004>
- Kern, M. & Butler, J. (2013). PERMA Profiler: Versión Española
- Korb, A. (2019). *The Upward Spiral* (A. Gómez, Trad). Editorial Sirio. (Original work published 2015).
- Manil, K. (2020). Mindfulness en Español. [Podcast].
<https://podcasts.google.com/feed/aHR0cHM6Ly9hbmNob3IuZm0vcy80MGM3ZGJmOC9wb2RjYXN0L3Jzcw?ep=14>

- López-Serrano, J., Batlle-Vila, S., Cortizo-Vidal, R., Belmonte-Padilla, E., Sanz-Lamora, N., Mollà-Cusí, L., Massó-Rodríguez, A., & Martín-López. (2017). Comorbilidad entre depresión y conductas impulsivas: Un caso de urgencia negativa. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 5 (1), 65-76.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6201738>
- Lundin, A., Åhs, J., Åsbring, N., Kosidou, K., Dal, H., Tinghög, P., Saboonchi, F., & Dalman, C. (2017). Discriminant validity of the 12-item version of the general health questionnaire in a Swedish case-control study. *Nordic journal of psychiatry*, 71(3), 171-179. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1246608>
- Maganto, C., Peris, M., & Sánchez, R. (2019). El bienestar psicológico en la adolescencia: variables psicológicas asociadas y predictoras. *European Journal of Education and Psychology*, 12 (2), 139-151.
<https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ejep/article/view/1068/819>
- Márquez, M. (2014). Trastornos de ansiedad en el DSM-5. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 25 (113), 58-62.
<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex113.pdf#page=59>
- Meier, L., & Oros, L. (2012). Percepción de las prácticas parentales y experiencia de emociones positivas en adolescentes. *Revista de Psicología*, 8(16), 73-84.
<https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/RPSI/article/view/2433>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018a). *Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición 2018-2025*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018b). *Encuesta Steps Ecuador 2018 MSP, INEC, OPS/OMS. Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.*
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPS.pdf>
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23 (2), 124-128. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-definicion-clasificacion-obesidad-S0716864012702882>
- Moreta, R., López, C., Gordón, P., Ortíz, W., & Gaibor, I. (2018). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y social como predictores de la salud mental en ecuatorianos. *Actualidades en Psicología*, 32(124), 111-125.
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/ap/v32n124/2215-3535-ap-32-124-112.pdf>
- Morillo, H., & García, J. (2017). Alimentación Consiente. *Psicosomática y Psiquiatría*, (2), 3-6.
<https://www.raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/download/393637/487077>
- Moyano, E., Dinamarca, D., Mendoza-Llanos, R., & Palomo, G. (2018). Escala de Felicidad para Adultos (EFPA). *Terapia psicológica*, 36 (1), 37-49.
<https://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082017000300033>
- Olvera-Ruvalcaba, A., & Gómez-Peresmitré, G. (2021). Promoción de actitudes compasivas y alimentación con atención plena en estudiantes universitarias con insatisfacción corporal: un estudio preliminar. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 21 (1), 1-15. <https://doi.org/10.18270/chps..v21i1.3711>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 9 de junio). *Obesidad y sobrepeso.*
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Palomino, A. (2020). Rol de la emoción y conducta alimentaria. *Revista Chilena de Nutrición*, 47 (2), 286-291. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>
- Pintado-Cucarella, S., & Rodríguez-Salgado, P. (2016). Mindful eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect. *Journal of Behavior Health and Social Issues*, 8 (2), 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2016.11.003>
- Rodríguez, L., Oñate, M., & Mesurado, M. (2018). Revisión del Cuestionario de Emociones Positivas para adolescentes. Propiedades psicométricas de la nueva versión abreviada. *Universitas Psychologica*, 16 (3), 1-13. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.rcep>
- Romero González, M. (2021). *Relación entre los niveles de ansiedad percibidos y la cantidad de ingesta de comida en la población adulta*. [Trabajo de fin de grado, Universitat Rovira i Virgili]. Repositorio institucional URV. <https://repositori.urv.cat/fourrepublic/search/item/TFG%3A3484>
- Ros, I., Camino, I., & Zelaieta, E. (2018). Compromiso de los Estudiantes y Pensamiento Crítico – Creativo. *Contextos de Educación*. <http://www2.hum.unrc.edu.ar/ojs/index.php/contextos/article/view/765/732>
- Ruiz, S. (2015). *Mindfulness y estilos de ingesta en la población con Trastornos de la Conducta Alimentaria* [Tesis de grado en Psicología, Universitat Jaume I]. Repositorio UJI. <http://hdl.handle.net/10234/127848>
- Salanova, M., & Llorens, S. (2016). Hacia una psicología positiva aplicada. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), 161-164. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77847916001.pdf>

- Sandra, Gil., & Berta, Villanueva. (2020). *Intervención Psicológica en la Obesidad*.
<https://institutoecg.es/wp-content/uploads/2020/06/SANDRA-GIL-y-BERTA-VILLANUEVA.pdf>
- Schuman-Olivier, Z., Trombka, M., Lovas, D., Brewer, J., Vago, D., Gawande, R., Dunne, J., Lazar, S., Loucks, E., & Fulwiler, C. (2020). Mindfulness and Behavior Change. *Harvard Review of Psychiatry*, 28 (6), 371-394.
https://journals.lww.com/hrpjournal/Fulltext/2020/11000/Mindfulness_and_Behavior_Change.3.aspx
- Seligman, M. (2016). *Floreecer: La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*.
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=CMuLDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=teor%C3%ADa+del+bienestar+seligman&ots=6jKzOlee9z&sig=z6NtvuT-tzN4bveI8LnAX-R831I#v=onepage&q=teor%C3%ADa%20del%20bienestar%20seligman&f=false>
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79 (1), 42-51.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&tlng=es
- Villalba, D. (Ed.). (2019). *Atención Plena: Mindfulness basado en la tradición budista*. Editorial Kairós.
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=C12hDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=atencion+plena&ots=0TVWZXdYIN&sig=BVJGOJkRCatwXGa6lwAZ8fPyZAQ#v=onepage&q&f=false>
- Warren, J., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). Una revisión estructurada de la literatura sobre el papel de la atención plena, la alimentación consciente y la alimentación intuitiva en

el cambio de los comportamientos alimentarios: eficacia y mecanismos potenciales asociados. *Revisiones de investigación nutricional*, 30 (2), 272-283.

<https://doi.org/10.1017/S0954422417000154>

ANEXOS

Anexo 1

Updated 10/23/14 - PK

PERMA Profiler: Versión Española
Margaret L. Kern & Julie Butler, University of Pennsylvania
Traducción por Margarita Tarragona, Universidad Tecmilenio

#	Question	Response Anchors	
1	In general, to what extent do you lead a purposeful and meaningful life? En general, ¿en qué medida lleva usted una vida con propósito y significado?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Ninguna, 10 = Completamente	M1
2	How much of the time do you feel you are making progress towards accomplishing your goals? ¿Qué parte del tiempo siente que está avanzando hacia el logro de sus metas?	0 = never, 10 = always 0 = nada, 10 = todo	A1
3	How often do you become absorbed in what you are doing? ¿Con qué frecuencia se siente usted absorbido/a en lo que está haciendo?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	E1
4	In general, how would you say your health is? En general ¿Cómo diría usted que es su salud?	0 = terrible, 10 = excellent 0 = pésima, 10 = excelente	H1
5	In general, how often do you feel joyful? En general, ¿con qué frecuencia se siente alegre?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	P1
6	To what extent do you receive help and support from others when you need it? ¿En qué medida recibe usted ayuda y apoyo de otras personas cuando lo necesita?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	R1
7	In general, how often do you feel anxious? En general, ¿qué tan seguido se siente ansioso/a?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	N1
8	How often do you achieve the important goals you have set for yourself? ¿Con qué frecuencia alcanza metas importantes que se ha propuesto para sí mismo/a?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	A2
9	In general, to what extent do you feel that what you do in your life is valuable and worthwhile? En general, ¿en qué medida siente que lo que hace en su vida es valioso y vale la pena?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	M2
10	In general, how often do you feel positive? En general, ¿con qué frecuencia se siente positivo/a?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	P2
11	In general, to what extent do you feel excited and interested in things? En general, ¿en qué medida se siente usted entusiasmado/a e interesado/a en las cosas?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	E2
12	How lonely do you feel in your daily life? ¿Cuán solo/a se siente en su vida diaria?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	
13	How satisfied are you with your current physical health? ¿Qué tan satisfecho/a está usted con su salud física actual?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	H2
14	In general, how often do you feel angry? En general, ¿qué tan seguido se siente enojado/a?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	N2
15	To what extent have you been feeling loved? ¿En qué medida se siente usted querido/a?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	R2

Copyright © 2013 University of Pennsylvania.
For commercial usage, please contact the Center for Technology Transfer of the University of Pennsylvania

#	Question	Response Anchors	
16	How often are you able to handle your responsibilities? ¿Qué tan seguido se siente capaz para manejar sus responsabilidades?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	A3
17	To what extent do you generally feel you have a sense of direction in your life? En general ¿hasta qué punto siente que sigue una dirección con sentido en su vida?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	M3
18	Compared to others of your same age and sex, how is your health? En comparación con otros de su misma edad y sexo ¿Cómo es su salud?	0 = terrible, 10 = excellent 0 = pésima, 10 = excelente	H3
19	How satisfied are you with your personal relationships? ¿Qué tan satisfecho/a está usted con sus relaciones personales?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	R3
20	In general, how often do you feel sad? En general, ¿qué tan seguido se siente triste?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	N3
21	How often does time go by very fast when you are doing something you enjoy? ¿Con qué frecuencia se te pasa el tiempo muy rápido cuando estás haciendo algo que disfrutas?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	E3
22	In general, to what extent do you feel contented? En general, ¿cuán satisfecho/a se siente usted?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	P3
23	Taking all things together, how happy would you say you are? Considerando todas las cosas en conjunto, ¿cuán feliz diría usted que es?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	hap

Question Presentation:

Radial buttons with only anchors labeled. For example:

	Not at all	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Completely	10
In general, to what extent do you feel contented?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Scoring:

P = promedio(P1,P2,P3)

E = promedio (E1,E2,E3)

R = promedio (R1,R2,R3)

M = promedio (M1,M2,M3)

A = promedio (A1,A2,A3)

Global = promedio (P1,P2,P3,E1,E2,E3, R1,R2,R3, M1,M2,M3, A1,A2,A3,hap)

N = promedio (N1,N2,N3)

Health (la salud) = mean(H1,H2,H3)

Anexo 2

TEST DE MINDFULNESS O ATENCIÓN PLENA

Nombre del cuestionario: Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)

Autor: Kirk Warren Brown, Ph.D. & Richard M. Ryan, Ph.D.

Traducido al español por Homo Minimus (homominimus.com)

El MAAS es un cuestionario con quince ítems diseñado para valorar una característica de la atención plena disposicional; esto es, la conciencia abierta o receptiva de la atención y la atención a lo que está ocurriendo en el presente. El cuestionario muestra fuertes propiedades psicométricas y ha sido validado con muestras de estudiantes de universidad, comunidades y pacientes de cáncer.

Estudios de laboratorio correlacionales y cuasi-experimentales han mostrado que el MAAS descubre una característica única de la conciencia que está relacionada con y es predictiva de varios constructos de la autorregulación y el bienestar. El test se puede completar en 10 minutos o menos.

Experiencias cotidianas

Instrucciones: debajo hay una serie de enunciados sobre tu experiencia diaria. Usando la escala del 1 al 6 de debajo, por favor, indique lo frecuente o poco frecuente que tienes cada experiencia. Por favor, responda de acuerdo a lo que refleje su experiencia y no de lo que piensa que su experiencia debería ser. Por favor, considere cada enunciado separadamente del resto de los enunciados.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Frecuentemente	Con cierta frecuencia	No frecuentemente	Con poca frecuencia	Casi nunca

A veces estoy experimentando una emoción y no soy consciente de ello hasta algo más tarde.

1 2 3 4 5 6

Rompo o derramo cosas por falta de cuidado, no prestar atención o estar pensando en algo distinto.

1 2 3 4 5 6

Encuentro difícil en permanecer centrado en lo que está pasando en el presente

1 2 3 4 5 6

Tiendo a andar rápidamente para llegar adonde voy sin prestar atención a lo que experimento a lo largo del camino.

1 2 3 4 5 6

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Frecuentemente	Con cierta frecuencia	No frecuentemente	Con poca frecuencia	Casi nunca

Tiendo a no darme cuenta de emociones de tensión física o incomodidad hasta que realmente reclaman mi atención.					
1	2	3	4	5	6
Olvido el nombre de la persona tan pronto como me lo dice la primera vez.					
1	2	3	4	5	6
Parece como si estuviera moviéndome en "piloto automático" sin mucha conciencia de lo que estoy haciendo.					
1	2	3	4	5	6
Corro a través de las actividades sin estar realmente atento a ellas.					
1	2	3	4	5	6
Me centro tanto en el objetivo que quiero lograr que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para llegar allí.					
1	2	3	4	5	6
Hago trabajos o tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que estoy haciendo.					
1	2	3	4	5	6
Me encuentro escuchando a las personas con una oreja, haciendo algo distinto al mismo tiempo.					
1	2	3	4	5	6
Conduzco el coche a los sitios en "piloto automático" y luego me pregunto por qué fui allí.					
1	2	3	4	5	6
Me encuentro preocupado con el pasado o el futuro.					
1	2	3	4	5	6
Me encuentro haciendo cosas sin prestar atención.					
1	2	3	4	5	6
Tomo comida sin ser consciente de lo que estoy comiendo.					
1	2	3	4	5	6

Anexo 3

**VALIDACIÓN ECUATORIANA DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DEL
CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS¹
(CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES DEPRESSION SCALE CES-D)**



Autor: Patricio Arias Benavides

Filiación: Instituto de Investigación Conductual NeuroCorp Ecuador

CES-D				
Lea con atención la siguiente lista. Marque sus respuestas pensando cuántas veces te has sentido así la semana pasada. para indicar su respuesta coloque una cruz en la casilla correspondiente				
Durante la semana pasada...	Menos de un día	1 a 2 días	3 a 4 días	5 a 7 días
1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	1	2	3	4
2. No tenía hambre ni mucho apetito	1	2	3	4
3. Me sentí tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar	1	2	3	4
4. Me sentí tan bueno/a como los demás	1	2	3	4
5. Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo	1	2	3	4
6. Me sentí deprimido/a	1	2	3	4
7. Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo	1	2	3	4
8. Vi el futuro con esperanza	1	2	3	4
9. Pensé que mi vida era un fracaso	1	2	3	4
10. Tuve miedo	1	2	3	4
11. Dormí sin poder descansar	1	2	3	4
12. Me sentí feliz	1	2	3	4
13. Hablé menos que lo normal	1	2	3	4
14. Me sentí solo/a	1	2	3	4
15. La gente no me cayó bien	1	2	3	4
16. Disfruté de la vida	1	2	3	4
17. Lloré	1	2	3	4
18. Estuve triste	1	2	3	4
19. Sentí que no le caía bien a otras personas	1	2	3	4
20. No pude animarme a hacer nada.	1	2	3	4

¹ Parte de un estudio mayor sobre depresión en el Ecuador, se autoriza la reproducción y uso, con cita expresa del autor y de la institución.

Autor: Patricio Arias Benavides²

Filiación: NeuroCorp, Instituto de Investigación Conductual Ecuador

**FORMATO DE CALIFICACIÓN EN INTERPRETACIÓN
CES – D**

AFECTO POSITIVO	-4	-8	-12	-16	TOTAL

SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y RETARDO MOTOR	3	6	9	10	14	17	18	TOTAL

PROBLEMAS INTERPERSONALES	15	19	TOTAL

AFECTO NEGATIVO	1	2	5	7	11	13	20	TOTAL

TOTAL				
AFECTO POSITIVO	SÍNTOMAS SOMÁTICOS	PROBLEMAS INTERPERSONALES	AFECTO NEGATIVO	TOTAL

BAREMO DE CALIFICACIÓN CES – D ESTANDARIZADA PERCENTILES EN POBLACIÓN GENERAL (N=1200)	
LEVE	20 - 24
MODERADO	25 - 30
GRAVE	32 - 71
<small>GUÍA PARA EL ORBIAR DE DEPRESIÓN</small>	

² Parte de un estudio mayor sobre depresión en el Ecuador, se autoriza la reproducción y uso, con cita expresa del autor y de la institución.

Anexo 4



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Bibliografía

- Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959; 32:50-55.
- Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. Br J Psychiatry. 1969; 3: 76 - 79.
- Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica 2002. 118(13): 493-9.

Anexo 5

INVENTARIO BREVE DE ATRACÓN (Patricio R. Arias, 2020)				
A continuación se presentan varias experiencias que las personas suelen vivir frente a la comida, marque cuanto se identifica según la escala que se muestra a continuación:				
MARQUE SEGÚN LA SIGUIENTE ESCALA:				
0=NUNCA 1=EN OCASIONES 2= PARCIALMENTE DE ACUERDO 3=COMPLETAMENTE DE ACUERDO				
1. EXPERIMENTÓ LA SENSACIÓN DE PÉRDIDA DE CONTROL SOBRE LA INGESTA DEL ALIMENTO (EJEMPLO: SENSACIÓN DE NO PODER PARAR DE COMER O NO PODER CONTROLAR EL TIPO O LA CANTIDAD DE COMIDA QUE SE ESTÁ INGERIENDO)	0	1	2	3
2. LA INGESTA DE ALIMENTO FUE EN UN CORTO ESPACIO DE TIEMPO (EJEMPLO: EN UN PERÍODO DE 2 HORAS) EN CANTIDAD SUPERIOR A LA QUE LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS INGERIRÍAN EN UN PERÍODO DE TIEMPO SIMILAR Y EN LAS MISMAS CIRCUNSTANCIAS.	0	1	2	3
3. LA INGESTA DE COMIDA FUE MUCHO MÁS RÁPIDA DE LO NORMAL	0	1	2	3
4. COMIÓ HASTA SENTIRSE DESAGRADABLEMENTE LLENO	0	1	2	3
5. INGERIÓ GRANDES CANTIDADES DE COMIDA A PESAR DE NO TENER HAMBRE	0	1	2	3
6. COMIÓ A SOLAS PARA ESCONDER SU VORACIDAD	0	1	2	3
7. SENTIÓ DISGUSTO CON USTED MISMO, DEPRESIÓN, O GRAN CULPABILIDAD DESPUÉS DEL ATRACÓN	0	1	2	3
8. SUELE SENTIR PROFUNDO MALESTAR AL RECORDAR LOS ATRACONES	0	1	2	3
TOTAL				

Anexo 6

Temario Taller Mindful Eating

Por Pamela Jiménez

Temas a desarrollar en Formato PPT

Presentación de la Exponente y del Tema
Reglas del Taller
Presentación de las Participantes
Objetivo de la Investigación
Objetivo del Taller
Salud mental
Psicología Positiva
Indefensión Aprendida
Bienestar
Emociones positivas
Compromiso
Relaciones
Propósito
Logro
Índice de Masa Corporal
Causas Comunes que nos hace llegar a un IMC elevado: Hipertiroidismo, Azúcar Estrés Dietas restrictivas
Atención

Atención Plena (Mindfulness)
Mindful Eating
Hambre
Hambre Visual
Hambre Táctil
Hambre Olfativa
Hambre Bucal
Hambre Auditiva
Hambre celular
Hambre mental
Hambre Emocional
Hambre Fisiológica
Termómetro de Saciedad- saciación
Ejercicio práctico Mindful Eating
Entrega de herramientas de registro

Anexo 7



Anexo 8



DICIEMBRE DE 2021

D	L	M	M	J	V	S
28	29	30	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	