

APLICACIÓN DE LA TERAPIA CENTRADA EN LA COMPASIÓN EN PACIENTES CON UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UN ESTUDIO PILOTO

Lara Horcajo¹, Yolanda Quiles^{1,2} y María José Quiles^{1,2}

¹Universidad Miguel Hernández; ²Centro de Recuperación Emocional y Alimentaria (España)

Resumen

La terapia centrada en la compasión (CFT) se ha desarrollado como una terapia multimodal que integra diferentes estrategias cognitivo conductuales, y recientemente ha empezado a ser aplicada en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). El objetivo de este trabajo ha sido desarrollar y aplicar un programa de intervención basado en la CFT en un grupo de pacientes con un TCA. La muestra estuvo compuesta por 10 personas diagnosticadas de un TCA. La media de edad fue de 20,2 años ($DT= 8,06$). Se obtuvieron medidas de autocompasión, atención plena, actitudes hacia la comida, depresión, ansiedad, imagen corporal y autoestima. Los resultados mostraron un cambio significativo en autocompasión, actitudes hacia la comida, imagen corporal y autoestima. Estos resultados apoyan la aplicación de la CFT a estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: *trastornos de la conducta alimentaria, terapia centrada en la compasión, autocompasión.*

Abstract

Compassion-focused therapy (CFT) has been developed as a multimodal therapy that integrates different cognitive-behavioral strategies and has begun to be applied in the field of eating disorders recently. The aim of this work has been to develop and apply an intervention program based on CFT in a group of patients with eating disorders. The sample consisted of 10 participants diagnosed with an eating disorder. The mean age was 20.2 years ($SD= 8.06$). The following instruments were applied: measures of self-pity, mindfulness, attitudes toward food, depression, anxiety, body image and self-esteem. The results showed a significant change in self-pity, attitudes toward food, body image and self-esteem. These results support the application of CFT to these patients.

KEY WORDS: *eating disorders, compassion-focused therapy, self-compassion.*

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones psicológicas que acarrear anomalías graves en el comportamiento de la ingesta (Raich, 2011). Gómez, García y Corral (2009) los definen como un grupo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de alteraciones en la forma de comer por exceso o por defecto, cuyo origen radica en conflictos psicológicos no resueltos, que hace que el individuo que lo padece tenga la necesidad de mantener dicha conducta para sentirse mejor o aliviar su angustia. Los TCA son una de las áreas de mayor preocupación en el ámbito sanitario, debido a que en las últimas décadas se ha producido un incremento de la incidencia y la prevalencia de los casos clínicos y subclínicos en estas patologías (Álvarez, Bautista y Serra, 2015; Larrañaga, Docet y García-Mayor, 2012; Pamies, Quiles y Bernabé, 2010), a lo que hay que sumar otros factores que generan una gran alarma social, como la gravedad de la sintomatología asociada o los elevados índices de cronicación y mortalidad (Calado, 2010).

Actualmente los estudios sobre tratamientos psicológicos que se consideran eficaces para los trastornos alimentarios muestran, por lo general, que la terapia cognitivo conductual (TCC) es la que obtiene mayor apoyo empírico (*National Institute for Clinical Excellence* [NICE], 2017). La TCC se aplica en primer lugar, ya que es una terapia que se centra en reducir y eliminar la sintomatología alimentaria (atracones, restricciones, vómitos), así como en la reestructuración de pensamientos irracionales relacionados con la ingesta y la autoimagen. Otro objetivo principal de esta terapia es tratar con los diferentes síntomas psicológicos generales, tales como depresión, ansiedad y autoestima. Aunque se propone la TCC como la terapia de elección para tratar a los pacientes con un TCA, la realidad clínica indica que es insuficiente; ya que un porcentaje significativo de los pacientes no logran la recuperación y una gran cantidad abandonan el tratamiento (Guía de práctica clínica de los trastornos de la conducta alimentaria, 2009; NICE, 2017; Norring y Sohlberg, 1993). Es por eso que diferentes terapias son a menudo aplicadas al mismo tiempo que la TCC, con el fin de optimizar este programa de intervención, así como para complementar el tratamiento de los TCA (Marzal y Moreno, 2015; Mateu y Schmidt, 2004; Peinado, Quiles y Quiles, 2017). Es así que, recientemente se están aplicando las terapias conocidas como terapias de tercera generación para complementar este tratamiento. Entre ellas destacamos la terapia centrada en la compasión (CFT) (*compassion focused therapy*), que es una terapia multimodal que se apoya en diversas intervenciones cognitivo conductuales y otras terapias como las basadas en atención plena (*mindfulness*) o la terapia de aceptación y compromiso, utilizando herramientas tales como: la relación terapéutica, el diálogo socrático, el descubrimiento guiado, las formulaciones estructuradas, las tareas graduadas, la imaginación centrada en la compasión y la práctica de atención plena, entre otras. Se trata de un protocolo clínico que busca entrenar el desarrollo de la compasión en pacientes con una fuerte tendencia a la autocrítica, a la culpa o vergüenza, tal y como se presenta en los TCA, tratando de fomentar el desarrollo de emociones positivas, la motivación y el afrontamiento al dolor (Gilbert, 2015).

La compasión se define como un sentimiento de profunda simpatía y tristeza por aquel que es víctima de la desgracia, acompañado de un fuerte deseo de aliviar ese sufrimiento (Grossman, Neimann, Schmidt, Walach y Van Dam, 2011), siendo uno de los conceptos más cercanos a la compasión el de la empatía, en la que el sujeto observador comparte las emociones del sujeto observado (Singer y Lamm, 2009). Germer (2011) indica como condición de logro de la compasión que dicho estado se debe dar primero en uno mismo (autocompasión) y luego hacia los demás (deseo de que el objeto de nuestra compasión se libere de sufrimiento). Por consiguiente, la autocompasión implica tratarse con amabilidad a uno mismo, reconociendo lo que tenemos en común con otros seres humanos, y siendo conscientes de los propios déficits o aspectos negativos. Es decir, la persona autocompasiva procura buscar su felicidad y su bienestar, aceptando plenamente sus limitaciones.

Siguiendo a Gilbert (2015), se considera que la autocompasión está formada por tres componentes principales que interactúan entre sí: (a) la autocomplacencia/autoamabilidad, entendida como el ser amable y comprenderse a uno mismo, como alternativa al juicio a sí mismo y la crítica; (b) la atención plena, que nos ayuda a mantener pensamientos y sentimientos aversivos en equilibrio, como alternativa a la sobreidentificación con los propios pensamientos o emociones; y (c) la humanidad compartida, considerando las experiencias de uno mismo como una extensión natural de lo experimentado por todos los individuos, como alternativa al sentimiento de aislamiento.

En lo que respecta a la evidencia científica existente acerca de los beneficios de la compasión, cabe mencionar que la CFT ha sido utilizada en distintos problemas de salud, mostrando resultados eficaces en distintos ámbitos como en dolor crónico (Costa y Pinto-Gouveia, 2011); en pacientes con lesión cerebral (Ashworth, Clarke, Jones, Jennings y Longworth, 2015); así como también en distintos problemas psicológicos como es el caso de los trastornos de estrés postraumático (Held y Owens, 2015); en personas con psicosis (Braehler *et al.*, 2013); y en el trastorno límite de personalidad (Feliu *et al.*, 2016).

Con relación al tratamiento de los TCA mediante este enfoque terapéutico se han hallado estudios que muestran una reducción de los niveles de vergüenza, autocrítica, información de los síntomas y un incremento de los niveles de autocompasión, como se puede observar en el estudio llevado a cabo por Gale, Gilbert, Read y Goss (2014), en el cual se implementó un programa de CFT en pacientes con TCA, encontrándose mejoras significativas en todas las variables mencionadas, y advirtiendo que las pacientes que más se beneficiaron del programa fueron aquellas diagnosticadas de bulimia; o en el trabajo llevado a cabo por Kelly, Wisniewski, Martin-Wagar y Hoffman (2017), donde la realización de una intervención basada en la CFT en pacientes con TCA, produjo una mejora en los niveles de vergüenza y de autocompasión, así como una disminución en la patología del trastorno alimentario, elementos nucleares en la psicopatología alimentaria y el agravamiento de la enfermedad.

Por este motivo, ya que la CFT fue desarrollada para personas que luchan con altos niveles de autocrítica y vergüenza, y dado que ambos están comúnmente presentes en individuos con TCA, y visto los resultados positivos obtenidos en los

escasos estudios previos en los que se ha aplicado este tipo de intervenciones (Fennig *et al.*, 2008; Goss y Allan, 2009; Kelly y Carter, 2012; Murray y Waller, 2002; Steele, O'Shea, Murdock y Wade, 2011; Troop y Renshaw, 2012), se considera que este tipo de terapia puede complementar y mejorar el tratamiento de esta patología (Goss y Allan, 2014).

Es por ello, que el objetivo de este estudio fue realizar un estudio piloto con el fin de desarrollar y aplicar un programa basado en la CFT para pacientes con un TCA, y evaluar su eficacia y resultados. Se trataría del primer estudio llevado a cabo en población española utilizando este tipo de terapia.

Método

Participantes

Participaron un total de 10 pacientes, todas ellas chicas, diagnosticadas de un TCA que estaban siendo atendidas en un centro de día especializado. La media de edad fue de 20,2 años ($DT= 8,06$). Respecto al diagnóstico, el 70% presentaba anorexia, un 10% bulimia, y el 20% restante presentaba un trastorno alimentario no especificado. Respecto a los criterios de inclusión, además de tener diagnosticado un TCA, debía estar recibiendo tratamiento especializado en régimen de centro de día. Los criterios de exclusión fueron: presentar episodios de psicosis, ideación suicida o abuso de sustancias.

Con relación a la duración con la que cursaban el TCA, el rango osciló entre 1 y 18 años ($M= 5$; $DT= 5,65$), encontrando que el 40% de las participantes presentaba el trastorno desde hacía aproximadamente un año. En cuanto a la gravedad del trastorno, la media del índice masa corporal (IMC) fue 21,47 (mín.= 17,43; máx.= 31,47) y dos de ellas habían tenido previamente un ingreso hospitalario en una unidad específica. Respecto a la comorbilidad, una de ellas presentaba un trastorno de la personalidad, otra un trastorno de ansiedad social y seis de ellas depresión. El 70% de la muestra estaba recibiendo tratamiento farmacológico, siendo el más frecuente el uso de antidepresivos.

En cuanto al nivel de estudios, un 60% cursaba educación secundaria obligatoria, un 20% realizaba estudios universitarios, y un 20% ya había finalizado sus estudios y se encontraba sin empleo.

Instrumentos

- a) "Escala de autocompasión" (*Self-Compassion Scale*, SCS; Neff, 2003). Se compone de seis subescalas, los tres elementos de la compasión y sus constructos opuestos: autocomplacencia vs. autojuicio, humanidad compartida vs. aislamiento, y atención plena vs. sobreidentificación. Consta de 26 ítems, cada uno ha de ser valorado según una escala Likert que se puntúa de 0= "Casi nunca" a 4= "Casi siempre", basándose en la frecuencia en que los participantes se sienten de tal manera. Esta escala proporciona puntuaciones en cada uno de estos componentes y se obtiene una puntuación total al sumar las seis subescalas. Esta escala ha sido validada con población española

(García-Campayo *et al.*, 2014), confirmando el modelo original de seis factores y obteniendo una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,87$), fiabilidad test-retest ($r = 0,92$). En nuestra muestra la escala total mostró una consistencia interna de 0,80.

- b) "Cuestionario de los cinco aspectos de la atención plena" (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*, FFMQ; Baer *et al.*, 2008). Este cuestionario contiene 39 ítems y evalúa cinco aspectos de la atención plena: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y no reactividad a la experiencia interna. El cuestionario posee ítems de puntuación inversa y directa que se puntúan en una escala Likert de cinco puntos que van de 1= "Nunca o muy raramente verdadero" a 5= "Muy a menudo o siempre verdadero". En lo que respecta a la adaptación española llevada a cabo por Cebolla *et al.* (2012) se obtuvieron adecuadas propiedades psicométricas encontrando un índice de fiabilidad de 0,80. En nuestra muestra se obtuvo una consistencia interna de 0,72 en la escala total.
- c) "Test de actitudes ante la comida" (*Eating Attitudes Test*, EAT-26; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982) desarrollado a partir del EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979). Este test evalúa el miedo a engordar, la motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos resultando idónea para identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas. Está compuesto por tres factores: restricción alimentaria/ dieta, preocupación por la alimentación/bulimia y control oral (autocontrol con la comida y percepción de preocupación social por ganar peso). Consta de 26 ítems con seis posibilidades de respuesta, siendo éstas: "Siempre", "Muy a menudo", "A menudo", "Algunas veces", "Raramente" y "Nunca". Tiene una sensibilidad del 91% y una especificidad del 69%. En nuestra muestra la escala total mostró una consistencia interna de 0,82.
- d) "Escala de depresión, ansiedad y estrés" (*Depression Anxiety Stress Scales*, DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995). Las tres escalas de autoinforme dimensional evalúan la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se responde de acuerdo a la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana en una escala de respuesta Likert de 0 a 3 puntos, donde 0= "No aplicable a mí" y 3= "Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo". Cada escala tiene siete ítems y su puntuación total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos. Ha sido traducida y validada en población hispana (Bados, Solanas y Andrés, 2005). El coeficiente alfa de Cronbach fue satisfactorio en todas sus subescalas (de 0,84 a 0,92). En nuestra muestra se obtuvo una buena consistencia interna tanto en la escala de estrés como en la de depresión (0,84 y 0,86 respectivamente), aunque en la escala de ansiedad su fiabilidad fue de 0,22.
- e) "Cuestionario de evitación corporal" (*Body Image Avoidance Questionnaire*, BIAQ; Jáuregui y Bolaños, 2011). Mide la flexibilidad cognitiva y la aceptación de la imagen corporal, y correlaciona con la autocompasión, la insatisfacción corporal, sintomatología de TCA, la comparación social, depresión y ansiedad (Ferreira, Pinto-Gouveia y Duarte, 2011). Es un instrumento multifactorial que

está compuesto por cuatro subescalas: Actividades sociales, ropa, comida y chequeo. Contiene un total de 19 ítems, con seis opciones de respuesta, desde 0= "Nunca" a 5= "Siempre". El índice de fiabilidad de esta escala es de 0,95. En nuestra muestra la escala total mostró una consistencia interna de 0,70.

- f) "Escala de autoestima de Rosenberg" (*Rosenberg Self-Esteem Scale*, RSES; Rosenberg, 1965) adaptada a población española por Atienza, Balaguer y Moreno (2000). Se trata de un autoinforme que permite evaluar la autoestima en forma global, entendida como el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Esta escala está compuesta por 10 ítems, con cuatro opciones de respuesta, desde 0= "En desacuerdo" hasta 3= "Extremadamente de acuerdo". Los resultados que oscilan entre 0 y 25 puntos se corresponderían con una baja autoestima, entre 26 y 29 puntos con una autoestima media, y entre 30 y 40 puntos harían referencia a una autoestima elevada. El índice de fiabilidad de esta escala es de 0,87. En nuestra muestra, la escala total mostró una consistencia interna de 0,88.

Procedimiento

El programa se aplicó en el centro de día al cual asistían estas pacientes. Antes del inicio se les explicó a las pacientes los objetivos y el procedimiento del estudio, se les invitó a participar de manera voluntaria, garantizando la confidencialidad de la información y el uso de los datos solo con fines de investigación.

El programa de intervención constaba de un total de 10 sesiones de una hora y cuarenta y cinco minutos de duración aproximada, con una periodicidad semanal, teniendo pues el programa una duración total de dos meses y medio. Se empleó un formato grupal y el programa fue impartido por la misma terapeuta, formada y especializada en esta terapia.

Cabe señalar que la aplicación del programa se realizó de manera complementaria y simultánea a las intervenciones psicológicas y psiquiátricas que recibían las pacientes en el centro de día. El tratamiento que estas pacientes recibían en el centro de día incluía, además de la normalización de la alimentación en el comedor terapéutico, la asistencia y participación en otros talleres grupales dirigidos a mejorar su autoestima, imagen corporal, gestión de emociones, conciencia de enfermedad y motivación al cambio, sus conocimientos de nutrición y habilidades sociales.

Programa de intervención

Para el diseño de las sesiones se utilizaron distintos manuales de terapia centrada en la compasión (García-Campayo, Cebolla i Martí y Demarzo, 2016; Gilbert, 2010; 2015) y de atención plena (Goldstein y Stahl, 2016; Kaiser, 2016; Silverton, 2016). Finalmente, se elaboró un programa considerando los principios fundamentales de la CFT y de los protocolos publicados. Los objetivos específicos de la intervención fueron: 1) reducir el malestar psicológico de los participantes:

sintomatología ansiosa y depresiva percibida; 2) mejorar la atención plena y habilidades de atención plena; 3) incrementar el afecto positivo y la calidez emocional de las participantes, concretamente el nivel de autoestima y autocompasión; y 4) fomentar actitudes alimentarias más positivas y aumentar la apreciación positiva de la imagen corporal. En la tabla 1 se presenta un resumen de las sesiones llevadas a cabo, así como de los principales contenidos de cada una y el material que se empleó para su realización.

Tabla 1
Resumen de las sesiones, contenido y materiales del programa basado en la CFT

Sesión	Contenido	Materiales
Evaluación inicial	Presentación del programa Administración de los cuestionarios de evaluación	Batería de cuestionarios
Descubriendo la mente compasiva	Psicoeducación sobre la CFT Explicación de los tres sistemas de regulación de emociones Práctica de la pausa autocompasiva Entrenamiento en respiración	Vídeo introductorio sobre la CFT "Redes. La ciencia de la compasión" Vídeo sobre la autocompasión Meditación de la respiración
Practicando atención plena	Introducción de la teoría y la práctica de atención plena	Ejercicio: "Dar gracias al agricultor" Uvas pasas Lectura de la historia del granjero y su hijo Audio: "Mindfulness de escáner corporal"
Practicando la bondad amorosa	La meditación de la bondad amorosa Identificación de las estrategias de afrontamiento disfuncionales	Ejercicio "Bondad con cada paso" Ficha: "Frases de bondad amorosa" Meditación: "Metta"
Encontrar tu voz compasiva	Desarrollar nuestra voz compasiva La vergüenza y la autocrítica	Ejercicio: "Crear un lugar seguro" Meditación: "Tonglen"
Vivir en profundidad	Dar y recibir compasión Práctica de mindfulness y autocompasión	Ejercicio: "La carta compasiva" Audio de autocompasión
Mi imagen compasiva	Construcción de una imagen compasiva Práctica en imaginación de "mi yo compasivo"	Vídeo: "Compasión hacia las voces internas" Ficha: "Mi imagen compasiva" Meditación: "Tres minutos para perdonar"
Manejándose con emociones difíciles	Educación emocional El perdón	Vídeo: "Respira, just breath" Ejercicio: "Carta de perdón" Meditación: "Afloja, tranquiliza, permite"
Abrazando tu vida	Desarrollo de hábitos mentales que generen pensamientos positivos La gratitud y la autoapreciación	Corto: "El poder de las emociones" Ejercicio: "Agradecimiento a los demás y a nosotros mismos" Vídeo: "Cómo amarte en tu día a día" Meditación: "El anhelo de la felicidad"

Sesión	Contenido	Materiales
Evaluación final	Resumen de los aspectos trabajados en el programa Administración de los cuestionarios de evaluación	Batería de cuestionarios

La sesión de evaluación inicial se empleó para la primera aplicación de cuestionarios (pretest), así como para explicar el funcionamiento del programa, el número total de sesiones y su duración, la importancia de la participación activa y la realización de las tareas para casa, entre otros. En la 1ª sesión el objetivo principal fue la psicoeducación sobre la CFT, definiendo los conceptos de compasión y autocompasión, analizando los principales componentes y remarcando la importancia de los tres sistemas de regulación de emociones. En la 2ª sesión se introdujo la teoría del funcionamiento de nuestra red cerebral por defecto y se enseñó la práctica de atención plena tomando la respiración como punto de anclaje. En la 3ª sesión se trabajó la práctica de la bondad amorosa a través de ciertas meditaciones guiadas, a desarrollar nuestra voz compasiva de forma que sustituya a nuestra voz crítica interna, concluyendo con la creación de un lugar seguro. En la 4ª sesión se trabajó principalmente la vergüenza y la autocrítica, tratando de desarrollar una voz compasiva. En la 5ª sesión se redactó una carta compasiva hacia uno mismo, poniendo en práctica lo aprendido en la sesión anterior. En la 6ª sesión se instruyó en la construcción de una imagen compasiva, y las sesiones 7ª y 8ª tuvieron como objetivo principal el manejo de las emociones y el desarrollo de hábitos mentales que generen pensamientos y emociones positivas, empleando técnicas como la gratitud y la autoapreciación. Por último, en la sesión de evaluación final se aplicaron por segunda vez los cuestionarios (postest) y se dio por concluido el programa.

Análisis de los datos

El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM SPSS, 2013). En primer lugar, se procedió a la comprobación de los supuestos de aplicación de normalidad, mediante la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov, y de independencia, con el test de Rchachas. Los resultados mostraron que las variables estudiadas seguían una distribución normal, por lo que se utilizaron pruebas estadísticas paramétricas. Se calcularon estadísticos descriptivos de cada una de las variables (media, desviación típica, mínimos y máximos). Para el análisis de diferencias se utilizó la *t*-Student para muestras relacionadas. Finalmente, se calculó el tamaño del efecto utilizando la clasificación de Cohen (1988), considerando que un valor $d= 0,20$ informaba de un tamaño del efecto pequeño, $d= 0,50$ medio y $d= 0,80$ grande.

Resultados

En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos de cada una de las variables de estudio en el grupo de participantes (tabla 2). En lo que respecta a la

autoestima, las pacientes obtuvieron en la RSES una puntuación media inferior al punto de corte. En la DASS-21 los sujetos mostraron niveles de estrés y de depresión clasificados como graves, al encontrarse sus puntuaciones medias entre los intervalos de 26-33 puntos en el caso de estrés, y 21-27 en el caso de la depresión. Con respecto a la ansiedad se sitúa a las pacientes en la categoría de extremadamente grave al puntuar por encima del valor 20. En el EAT se observa que la puntuación media se encuentra por encima del punto de corte. La puntuación media obtenida en el BIAQ indica un nivel elevado de conductas de evitación activas y pasivas relacionadas con la exposición a determinadas partes del cuerpo, destacándose mayores puntuaciones en la subescala Ropa. En el SCS la puntuación media fue de 56,4 (DT= 9,78) destacando que hubo participantes que puntuaron 0 en las subescalas de Autoamabilidad, Humanidad compartida y Atención plena.

Tabla 2
Diferencias pre y posintervención de las variables psicológicas evaluadas

Instrumentos/Variables	Pre		Pos		t	d
	M	DT	M	DT		
RSES - Autoestima	18,50	5,64	25,70	5,69	-3,351**	1,27
DASS-21						
Estrés	29	8,28	22	12,54	1,655	--
Ansiedad	20,60	5,25	17,40	10,37	0,991	--
Depresión	25,40	10,06	17,20	10,67	1,504	--
EAT-26 (total)	40,40	11,84	24,30	17,78	2,635*	1,06
Dieta	23,60	6,94	14,70	10,38	2,701*	1
Bulimia	7,60	3,23	4,60	3,56	2,477*	0,88
Control Oral	9,20	4,89	5,00	4,34	2,050	--
FFMQ (total)	102	13,05	107,20	13,64	-0,931	--
Observación	24,70	4,83	21,60	5,23	2,720*	0,61
Descripción	20,50	3,10	22,40	4,52	-1,10	--
Actuar con conciencia	22,50	5,58	24,30	5,12	-0,89	--
Ausencia de reactividad	16,50	5,87	19,60	3,62	-2,04	--
Ausencia de juicio	17,80	7,91	19,30	6,81	-0,47	--
BIAQ (total)	47,30	11,37	36,60	19,51	2,040	--
Ropa	19,90	8,72	18,70	10,67	0,544	--
Actividad social	11,80	2,65	7,90	6,31	1,926	--
Comida	7,10	2,60	3,90	1,91	3,491**	1,40
Chequeo	8,50	2,06	6,10	2,92	2,422*	0,94
SCS (total)	56,40	9,78	56,60	10,78	-0,083	--
Autoamabilidad	3,50	3,30	7,30	3,05	-3,413**	1,19
Autojuicio	17,60	2,27	13,80	4,49	2,591*	1,06
Humanidad compartida	4,10	4,09	7,90	4,04	-4,385**	0,93
Aislamiento	13,10	1,85	9,90	3,95	2,776*	1,03
Atención plena	4,70	4,39	6,50	2,83	-1,711	--
Sobreidentificación	13,40	1,77	11,20	3,79	2,181	--

Nota: *p< 0,05; **p< 0,01.

Los resultados del análisis de diferencias pre y posintervención también están recogidos en la tabla 2. Respecto a la autoestima, los resultados mostraron diferencias significativas ($t = -3,35$; $p < 0,01$; $d = 1,27$) en la RSES. Se produjo un incremento del afecto positivo, así como la construcción de una opinión más favorable respecto de sí mismas.

En cuanto a la Actitud hacia la comida, los resultados en el EAT-26, mostraron un descenso significativo en las puntuaciones en la escala total ($t = 2,63$; $p < 0,05$), con un tamaño del efecto grande ($d = 1,06$). En dos de las tres subescalas que la componen también se produjo una disminución significativa entre las puntuaciones pre y posintervención; en la subescala Dieta ($t = 2,70$; $p < 0,05$) con un tamaño del efecto grande ($d = 1,00$), y en Bulimia ($t = 2,47$; $p < 0,05$) con un tamaño del efecto también grande ($d = 0,88$).

Con respecto a la atención plena, las puntuaciones de las subescalas Descripción, Actuar con conciencia, Ausencia de reactividad y Ausencia de juicio del FFMQ presentaron un incremento después del tratamiento, no obstante, las diferencias entre las medidas pre y posintervención no fueron estadísticamente significativas. Cabe señalar que en la escala de Observación los resultados mostraron un descenso significativo de las puntuaciones ($t = 2,72$; $p < 0,05$; $d = 0,61$).

En el caso de la imagen corporal los resultados obtenidos mostraron diferencias significativas en dos de las escalas del BIAQ: Comida ($t = 3,49$; $p < 0,01$) con un tamaño del efecto grande ($d = 1,40$) y Chequeo ($t = 2,42$; $p < 0,05$; $d = 0,94$), indicando un descenso en la evitación corporal y un aumento en la autoapreciación positiva.

En cuanto a la Autocompasión, se obtuvieron en la SCS diferencias significativas en las subescalas de Autoamabilidad ($t = -3,41$; $p < 0,01$) con un tamaño del efecto grande ($d = 1,19$) y en Humanidad compartida ($t = -4,38$; $p < 0,01$; $d = 0,93$). También se produjo una disminución significativa en las puntuaciones de la subescala de Autojuicio ($t = 2,59$; $p < 0,05$) con un tamaño del efecto grande ($d = 1,06$) y Aislamiento ($t = 2,77$; $p < 0,05$; $d = 1,03$).

En lo que respecta la DASS-21, se produjo una disminución en la puntuación media de las tres subescalas: estrés, ansiedad y depresión una vez transcurrido el programa. No obstante, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue aplicar un programa de intervención basado en la CFT en un grupo de pacientes con un diagnóstico de TCA y analizar si se producían cambios en la autoestima, la sintomatología ansiosa y depresiva, las actitudes alimentarias, la atención plena, la insatisfacción corporal y la autocompasión. Una vez analizados los resultados, podemos afirmar que se produjo una mejoría clínica en los pacientes que recibieron la intervención en casi todas las variables estudiadas.

Tras la realización del programa se observó un aumento en los niveles de autoestima, y por tanto del afecto positivo de los participantes, aumentando así los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Asimismo, y tal y como

se refleja en los resultados obtenidos en el EAT-26, podemos afirmar que se produjo una mejora en las actitudes alimentarias, coincidiendo con los resultados hallados en la literatura (Adams y Leary, 2007; Kelly, Carter y Borairi, 2014), en los que se muestra que incluir la autocompasión en el tratamiento de los TCA mejora en la sintomatología del trastorno alimentario, ya que la autocrítica y la vergüenza son uno de los elementos nucleares en la psicopatología alimentaria y el agravamiento de la enfermedad.

De igual modo, los resultados obtenidos en el BIAQ, en las subescalas de Comida y Chequeo, mostraron una disminución de las conductas alimentarias restrictivas y de conductas de comprobación, de este modo se mejoró la percepción de la imagen corporal por parte de las pacientes, coincidiendo con investigaciones que apuntan que la autocompasión está relacionada con formas más adaptativas de apreciación de la imagen corporal (Homan y Tylka, 2015; Wasylikiw, MacKinnon y MacLellan, 2012; Webb y Forman, 2013).

A pesar de no haber obtenido resultados significativos en la DASS-21, cabe mencionar que sí ha habido una disminución en las tres subescalas Estrés, Ansiedad y Depresión después de la intervención. Esto evidencia una reducción del malestar psicológico de los participantes, apoyando que el entrenamiento en autocompasión reduce la sintomatología depresiva y ansiosa, tal y como reflejan diversos estudios (Ferrieira, Pinto-Gouveia y Duarte, 2013; Gilbert y Procter, 2006).

Asimismo, y aunque no se han hallado diferencias significativas en las subescalas del FFMQ, se podría afirmar que los pacientes han mostrado mejoras en la atención plena, lo cual se ve apoyado por diversos estudios (Baer, Fischer y Huss, 2005; Butryn *et al.*, 2013; Wander-Berghe *et al.*, 2011), que aportan evidencia sobre la eficacia de las técnicas de intervención basadas en atención plena para los TCA, pues ayudan a aumentar las habilidades de atención a las experiencias internas y la aceptación sin juzgar de la persona, reduciendo de esta manera el número de cogniciones propias de este tipo de trastornos.

De igual modo, resulta interesante destacar que, al igual que ocurre en nuestra investigación, varios estudios han mostrado un funcionamiento distinto de la escala Observación, que correlacionaría positivamente con las restantes cuatro facetas tan sólo en muestras de participantes con experiencia meditativa y no correlacionaría (o lo haría negativamente) con las otras subescalas en muestras de sujetos sin experiencia (Baer *et al.*, 2008; Cebolla *et al.*, 2012; de Bruin, Topper, Muskens, Bögels y Kamphuis, 2012; Lilja *et al.*, 2011).

En este trabajo uno de los objetivos era incrementar la calidez emocional de las participantes, y por consiguiente, fomentar una actitud autocompasiva consigo mismas con la finalidad de mejorar la aceptación y el conocimiento personal. Tras los resultados obtenidos en el SCS se observa una apertura a la amabilidad y un alentador y compasivo acercamiento hacia uno mismo, encontrándose que la participación mejora el bienestar psicológico y los participantes informan niveles significativamente más altos de satisfacción con la vida y felicidad. Esto sugiere que la autocompasión es una habilidad que se puede aprender y que mejora la calidad de vida de las personas (Feliu *et al.*, 2016; Germer *et al.*, 2013; Kelly y Carter, 2012; Neff y Germer, 2013).

En lo que respecta a las limitaciones halladas en el presente trabajo es necesario considerar, en primer lugar, que los resultados deben ser interpretados de forma cautelosa, ya que se trata de un estudio piloto y la intervención se ha desarrollado de forma integrada en el enfoque multidisciplinar de intervenciones del centro de día. Como se ha señalado anteriormente, en el centro de día se realizaban grupos de autoestima e imagen corporal, cuya participación podría haber influido en los resultados encontrados en este estudio. No obstante, en el centro no se realizaban sesiones relacionadas con los otros componentes de esta terapia evaluados en este estudio, como la atención plena y la Humanidad compartida. Asimismo, la muestra clínica a la que se ha podido acceder presenta un tamaño pequeño y no se ha contado con un grupo de control, por lo que sería recomendable seguir utilizando esta terapia en grupos de mayor tamaño y utilizar un grupo control con el que comparar los resultados. De igual modo, se considera de gran interés la realización de un seguimiento a los seis meses posintervención, llevado a cabo por investigadores no implicados en la aplicación de la intervención, con el fin de analizar si las mejoras obtenidas por el programa se mantienen con el tiempo.

Además, en futuras aplicaciones del programa, y debido a la ausencia de resultados significativos en la variable atención plena, se considera oportuno dedicar un mayor número de sesiones a trabajar en ella, ya que la práctica de esta técnica en pacientes con un TCA ha demostrado ser un componente eficaz a la hora de mejorar las habilidades de regulación emocional y de propiocepción de las sensaciones corporales (ayudando a distinguir entre las sensaciones de hambre y saciedad frente a señales emocionales), reducir la sintomatología alimentaria y establecer una relación más adaptativa entre la comida y este tipo de pacientes (Masuda y Wendell, 2010).

No obstante, y a pesar de estas limitaciones, los resultados de este trabajo son prometedores respecto a la eficacia de la CFT en la intervención en el ámbito de los TCA, en el cual se pretendía explorar los cambios producidos, sin querer ser pretenciosos en las conclusiones y en la generalización de los resultados de nuestra muestra.

Para concluir, cabe mencionar que este trabajo contribuye a la base de evidencia creciente sobre la CFT para la intervención y tratamiento de los TCA, y que confirma su valor para ayudar a las personas a desarrollar emociones y competencias prosociales para mejorar la salud mental de estos pacientes.

Referencias

- Adams, C. E. y Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*, 1120-1144.
- Álvarez, M. L., Bautista, I. y Serra, L. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición hospitalaria, 31*, 2283-2288.
- Ashworth, F., Clarke, A., Jones, L., Jennings, C. y Longworth, C. (2015). An exploration of compassion focused therapy following acquired brain injury. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*, 143-162.

- Atienza, F. L., Balaguer, I. y Moreno, Y. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 22, 29-42.
- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Psicothema*, 17, 679-683.
- Baer, R. A., Fischer, S. y Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 23, 281-300.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D. y Williams, J. M. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329-342.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J. y Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 199-214.
- Butryn, M. L., Juarascio, A., Shaw, J., Kerrigan, S. C., Clark, V., O'Planick, A. y Forman, E. M. (2013). Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. *Eating Behaviors*, 14, 13-16.
- Calado, M. (2010). *Trastornos alimentarios. Guías de psicoeducación y autoayuda*. Madrid: Pirámide.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillén, V., Baños, R. y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26, 118-126.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2ª ed.). Hillsdale, MI: Lawrence Erlbaum.
- Costa, J. y Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 292-302.
- De Bruin, E. I., Topper, M., Muskens, J. G., Bögels, S. M. y Kamphuis, J. H. (2012). Psychometric properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. *Assessment*, 19, 187-97.
- Feliu, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martín, A., Carmona, C., Cebolla, A., Simón, V. y Soler, J. (2016). Fostering self-compassion and loving-kindness in patients with borderline personality disorder: a randomized pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 278-286.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. y Duarte, C. (2011). The validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 327-345.
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N. y Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 1-12.
- García-Campayo, J., Cebolla I Martí, A. y Demarzo, M. (2016). *La ciencia de la compasión. Más allá del mindfulness*. Madrid: Alianza.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L. y Demarzo, M. M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcome*, 12.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878

- Germer, C. K. (2011). *El poder del mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- Gilbert, P. (2010). *The Compassionate Mind*. Londres: Constable.
- Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gilbert, P. y Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 535-379.
- Goldstein, E. y Stahl, B. (2016). *El manual del mindfulness. Prácticas diarias del programa de reducción del estrés basado en el mindfulness (MBSR)*. Barcelona: Kairós.
- Gómez, J. A., García, M. C. y Corral, P. (2009). *Convivir con los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y trastorno por atracones*. Madrid: Médica Panamericana.
- Goss, K. y Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 303-316.
- Goss, K. y Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 62-77.
- Grossman, P., Neimann, L., Schmidt, S., Walach, H. y Van Dam, N. (2011). Mindfulness, by any other name: trials and tribulations of sati in western psychology and science. *Contemporary Buddhism*, 12, 219-239.
- Held, P. y Owens, G. P. (2015). Effects of self-compassion workbook training on trauma-related guilt in a sample of homeless veterans: a pilot study. *Journal of Clinical Psychology*, 7, 513-526.
- Homan, K. J. y Tylka, T. L. (2015). Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body Image*, 15, 1-7.
- IBM (2013). IBM SPSS Statistics 22.0 [programa de ordenador]. Chicago, IL: Autor.
- Jáuregui, I. y Bolaños, P. (2011). Body image and quality of life in a Spanish population. *International Journal of General Medicine*, 4, 63-72.
- Kaiser, S. (2016). *Juegos mindfulness. Mindfulness y meditación para niños, adolescentes y toda la familia*. Madrid: Gaia.
- Kelly, A. C. y Carter, J. C. (2012). Why self-critical patients present with more severe eating disorder pathology: the mediating role of shame. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 148-161.
- Kelly, A. C., Carter, J. C. y Borairi, S. (2014). Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *International Journal of Eating Disorders*, 47, 54-64.
- Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C. y Hoffman, E. (2017). Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 475-487.
- Larrañaga, A., Docet, M. F. y García-Mayor, R. M. (2012). High prevalence of eating disorders not otherwise specified in north-western Spain: population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1669-1673.
- Lilja, J. L., Frodi-Lundgren, A., Hanse, J. J., Josefsson, T., Lundh, L. G., Sköld, C., Hansen, E y Broberg, A. G. (2011). Five Facets Mindfulness Questionnaire-reliability and factor structure: a Swedish version. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40, 291-303.
- Lovibond, S. H. y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS)*. New South Wales: Psychology Foundation Monograph.
- Marzal, M. y Moreno, E. (2015). Mindfulness and compassion therapy in eating disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43, 57-63.
- Mateu, J. y Schmidt, U. (2004). Uso de programas computarizados en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 12, 539-549.

- Masuda, A. y Wendell, J.W. (2010). Mindfulness mediates the relation between disordered eating-related cognitions and psychological distress. *Eating Behaviors, 11*, 293-296.
- Murray, C. y Waller, G. (2002). Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among nonclinical women: the mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders, 32*, 186-191.
- National Institute for Clinical Excellence (2017). *Eating disorders: recognition and treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorders*. Londres: The British Psychological Society. The Royal College of Psychiatrists.
- Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*, 223-250.
- Neff, K. y Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 28-44.
- Norring, C. y Sohlberg, S. S. (1993). Outcome, recovery, relapse and mortality across six years in patients with clinical eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*, 437-444.
- Pamies, L., Quiles, Y. y Bernabé, M. (2010). Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. *Medicina Clínica, 136*, 139-143.
- Peinado, S., Quiles, Y. y Quiles, M. J. (2017). Aplicación de un programa de estimulación cognitiva en adolescentes con un trastorno de la conducta alimentaria: un estudio piloto. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 25*, 147-164.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Silverton, S. (2016). *The mindfulness key. The breakthrough approach to dealing with stress, anxiety and depression*. Londres: Watkins.
- Singer, T. y Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1156*, 81-96.
- Steele, A. L., O'Shea, A., Murdock, A. y Wade, T. (2011). Perfectionism and its relation to overevaluation of weight and shape and depression in eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders, 45*, 595-664.
- Troop, N. A. y Renshaw, C. (2012). General shame and bodily shame in eating disorders: a 25-year longitudinal study. *European Eating Disorders Review, 20*, 373-378.
- Wasyliw, L., MacKinnon, A. L. y MacLellan, A. M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image, 9*, 236-245.
- Webb, J. B. y Forman, M. J. (2013). Evaluating the indirect effect of self-compassion on binge eating severity through cognitive-affective self-regulatory pathways. *Eating Behaviors, 14*, 224-228.

RECIBIDO: 26 de marzo de 2018

ACEPTADO: 12 de mayo de 2018