



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**DESARROLLO DE LA CONSCIENCIA CORPORAL, MINDFULNESS Y
AUTOCOMPASIÓN, UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON OBESIDAD**

**Actividad Formativa Equivalente para optar al grado de Magister en
Psicología Clínica de Adultos**

MARÍA ANTONIETA GUZMÁN CASANUEVA

Profesor Guía:

Pablo Herrera

Informantes:

Claudio Araya

Isabel Wolnitzky

Santiago de Chile, año 2020

**DESARROLLO DE LA CONSCIENCIA CORPORAL, MINDFULNESS Y
AUTOCOMPASIÓN, UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON OBESIDAD.**

RESUMEN

Durante los últimos años las investigaciones sobre la obesidad han aumentado, sin embargo, en lugar de reflejar un mejor control del fenómeno, se puede observar una paradójica escalada, colocándola en una categoría de pandemia a nivel mundial (Muzzo y Monckeberg 2012).

Actualmente, los tratamientos para la obesidad se enfocan desde lo multidisciplinario, tomando en cuenta lo psiquiátrico, psicológico y nutricional. Sin embargo, aún son muy pocos los que abordan la relación del paciente consigo mismo y con la comida, dejándose muchas veces fuera la percepción de las sensaciones internas que regulan homeostáticamente las sensaciones de hambre y saciedad, la conexión con las necesidades del cuerpo, la importancia de la conciencia corporal, comer con atención plena y volver a conectarnos de forma compasiva con la sabiduría de nuestro cuerpo para controlar los factores conductuales de la alimentación (Mantzios y Wilson 2015).

En la presente investigación busco describir la influencia de un programa de mindful eating, autocompasión y desarrollo de la conciencia corporal en personas diagnosticadas de obesidad.

Para lo cual, en primer lugar realicé una revisión teórica de las variables y su actual integración en la psicología clínica, luego implementé un taller de conexión corporal mindfulness, y autocompasión con pacientes en proceso de cirugía bariátrica de la Ilustre Municipalidad de Las Condes.

Para evaluar los resultados de la participación en el taller utilicé metodología de carácter mixto, a través de entrevistas semi estructuradas, un grupo focal y tres escalas cuantitativas buscando con ello poder observar, describir y comparar la percepción de los propios participantes, de la condición que viven, de la relación de la obesidad con la conciencia corporal, la forma en que se relacionan con ellos mismos y con la comida, antes y después del desarrollo del taller. Además, realicé seguimiento de forma semanal a través de la auto-administración de un instrumento co-creado con los participantes.

Los resultados cualitativos y cuantitativos del estudio fueron en su mayoría afines, mostrando un aumento en la conciencia corporal, en la capacidad de responder frente a las

necesidades del cuerpo, mindfulness y autocompasión. Por otro lado los participantes se fueron haciendo más conscientes de sus hábitos mentales, conductuales y de la alimentación, lo que les permitió dar los primeros pasos para generar cambios en ella, permitiendo una primera baja de peso, mostrándose disminución en la intensidad de los episodios de ingesta compulsiva, mayor consciencia frente a ellos y aumento en la confianza en la capacidad de autorregulación y mantención del peso.

PALABRAS CLAVES: Consciencia corporal, Mindfulness, Autocompasión, Obesidad.

DEDICATORIA

“Estoy hecha de retazos

*Pedacitos coloridos de cada vida que pasa por la mía y que voy cosiendo en el alma.
No siempre son bonitos, ni siempre felices, pero me agregan y me hacen ser quien soy.*

En cada encuentro, en cada contacto, voy quedando mayor...

En cada retazo una vida, una lección, un cariño, una nostalgia...

Que me hacen más persona, más humana, más completa.

*Y pienso que es así como la vida se hace: de pedazos de otras gentes que se van
convirtiendo en parte de la gente también.*

Y la mejor parte es que nunca estaremos listos, finalizados...

Siempre habrá un retazo para añadir al alma.

*Por lo tanto, gracias a cada uno de ustedes, que forman parte de mi vida y que me
permiten engrandecer mi historia con los retazos dejados en mí. Que yo también pueda
dejar pedacitos de mí por los caminos y que puedan ser parte de sus historias.*

*Y que así, de retazo en retazo podamos convertirnos, un día, un inmenso bordado de
nosotros”*

Autor: Cora Coralina

Dedico con todo mi corazón esta tesis en primer lugar a los participantes de los talleres de obesidad integral y apoyo en proceso de cirugía bariátrica que abrieron generosamente su corazón, tomando el hermoso desafío de conectar con ellos mismos, sus experiencias, cultivando en el proceso el mindfulness y la compasión.

A mis pacientes pasados, presentes y futuros y todos quienes han sido grandes maestros y han influido como retazos en mi vida y lo siguen haciendo para llegar a esta visión posible del ser humano como un ser integral.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco desde lo profundo de mi alma a Cristián Pimentel, mi marido, por haberme motivado a tomar este desafío, a mis hijas Maite y Augusta quienes desde antes de nacer han tenido que compartir a su madre con los estudios, libros y talleres.

A Lucía Casanueva y Cristián Guzmán, mis papás y los mejores abuelos, sin quienes no podría haber tomado este desafío.

A mis maestros en este proceso Gonzalo Brito y Claudio Araya, quienes más allá de apoyarme amorosamente desde su conocimiento y experiencia, me mostraron el maravilloso camino de la compasión.

A mi profesor guía Pablo Herrera, quien me acompañó e inspiró durante todo este proceso

A Isabel Wolnitzky quien me orientó con mucha paciencia en mi mayor dificultad en este proceso, el orden y la metodología.

A Dafne Diaz – Tendero y Alejandro Olea que me apoyaron y orientaron para profundizar teórica y experiencialmente en el mundo de Mindful eating y la Conexión corporal.

A cada persona que ha pasado por mi vida y de alguna u otra manera ha influido en que llegara a este apasionante camino.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Marco Teórico.....	5
2.1. Consciencia Corporal.....	5
2.1.1. Disociación Corporal.....	6
2.1.2. El-ser-corporal-en-el-mundo.....	6
2.2. Mindfulness.....	6
2.2.1. Mindfulness, como coadyuvante y complemento a distintos tratamientos.....	8
2.2.2. Mindful eating.....	9
2.3. Autocompasión.....	11
2.3.1. Autocompasión y evidencia científica.....	13
2.3.2. Terapia centrada en la compasión (C.F.T.).....	15
2.4. Obesidad y alimentación emocional.....	17
3. Diseño General del Estudio.....	18
3.1. Pregunta de investigación.....	18
3.2. Objetivo general.....	19
3.3. Objetivos específicos.....	19
3.4. Metodología.....	20
3.5. Operacionalización de variables.....	22
3.6. Muestra.....	23
3.7. Instrumentos.....	24
3.8. Técnicas de análisis.....	26
4. Resultados.....	27
4.1. Significado de obesidad.....	27
4.1.1. Consecuencias de la obesidad.....	27
4.1.1.1. Enfermedades.....	27
4.1.1.2. Capacidad física.....	28

4.1.1.3. Autoestima.....	28
4.1.2. Causas de la obesidad.....	29
4.1.2.1. Emociones.....	30
4.1.2.2. Comer en exceso.....	30
4.1.2.3. Genética.....	30
4.2. Relación con ellos mismos.....	31
4.2.1. Amor propio / Vergüenza.....	32
4.2.2. Autocuidado / Descuido.....	34
4.2.3. Autocompasión.....	35
4.2.3.1. Aislamiento / Humanidad compartida.....	37
4.2.3.2. Autocrítica / Bondad con uno mismo.....	38
4.2.3.3. Sobre identificación / Mindfulness.....	39
4.2.3.3.1. Capacidad de contactar y diferenciar emociones.....	40
4.3. Relación con la comida.....	42
4.3.1. Comida para nutrir al corazón.....	44
4.3.2. Dietas crónicas.....	45
4.3.3. Comer desatentos y/o compulsivo / comer con atención plena.....	46
4.4. Consciencia corporal.....	47
4.4.1. Escuchar / no escuchar las señales del cuerpo.....	49
4.4.1. Consecuencias de escuchar las señales del cuerpo / no escucharlas.....	50
4.5. Confianza / Miedo a la reganancia de peso.....	51
4.6. Sentido del síntoma.....	53
4.6.1. Cariño.....	54
4.6.2. Protección.....	54
4.6.3. Contención y Refugio.....	55
4.6.4. Factor de unión familiar, pertenencia social, compartir con amigos.....	56
4.7. Miedo a no ser operado por bajar de peso antes de la operación.....	56
4.7.1. Esperanza en el proceso.....	57

4.7.2. Índice de masa corporal / Índice de masa corporal final.....	58
5. Resumen de Resultados.....	59
5.1. Describir el significado que tiene la obesidad para el paciente que vive esta condición.....	59
5.2. Describir y comparar la experiencia subjetiva de los participantes del taller en torno a la relación que tienen con ellos mismos, con su cuerpo y con la comida al inicio y tras la participación en el taller.....	60
5.3. Describir y comparar la consciencia corporal de los participantes al inicio y al final de la intervención.....	62
5.4. Describir y comparar la consciencia y atención plena en la alimentación de los participantes al inicio y al final de la intervención.....	62
5.5. Describir y comparar el número de atracones de los participantes al inicio y al final de la intervención.....	63
5.6. Describir y comparar la percepción de la confianza versus el miedo a la reganancia de peso al inicio y al final del programa.....	64
5.7. Comparar el índice de masa corporal de los participantes al inicio y al final del programa.....	64
5.8. Describir y comparar el nivel de autocompasión de los participantes al inicio y al final del programa.....	65
6. Discusiones y Conclusiones.....	66
7. Bibliografía.....	70
8. Anexos.....	78

LISTA DE TABLAS

Tabla N°1 Escala de Autocompasión.....	35
Tabla N°2 Prueba de muestras emparejadas.....	36
Tabla N°3 Escala de Mindful Eating.....	42
Tabla N°4 Prueba de muestras emparejadas.....	42
Tabla N°5 Target Complaints: Episodios de ingesta compulsiva.....	43
Tabla N°6 Prueba de muestras emparejadas.....	43
Tabla N°7 Escala de Conexión Corporal.....	48
Tabla N°8 Prueba de muestras emparejadas.....	48
Tabla N°9 Target Complaints: Miedo a la reganancia de peso.....	51
Tabla N°10 Prueba de muestras emparejadas.....	52
Tabla N°11 Target Complaints: Esperanza en el proceso.....	57
Tabla N°12 Prueba de muestras emparejadas.....	57
Tabla N°13 Índice de Masa Corporal.....	58

1. INTRODUCCIÓN

La obesidad, según la Organización Mundial de la Salud, es una enfermedad crónica, no transmisible y se define “como una acumulación anormal o excesiva de grasas que puede ser perjudicial para la salud” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018, ¿Qué son el sobrepeso y la obesidad?, 1).

Las cifras entregadas por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos [INTA], (2018) basadas en los datos entregados por la Encuesta Nacional de Salud efectuada el año 2016, muestran que la obesidad y sobrepeso alcanzaron un 74,2% en Chile. A nivel mundial entre 1975 y 2016 la prevalencia de la obesidad se ha casi triplicado, 1900 millones de adultos tendrían sobrepeso, de los cuales 600 millones serían obesos, convirtiéndose en una temática de relevancia nacional y de interés mundial.

Si bien el origen de la obesidad es multifactorial, su principal causa es un desequilibrio entre la ingesta de alimentos y el gasto energético. Sin embargo, los factores que influyen en estos patrones son múltiples. Estos abarcan: la relación gen-ambiente (Ochoa & Muñoz, 2014), los factores médicos, la forma de vida, el manejo tanto del apetito como la sensación de hambre-saciedad, hasta llegar a los factores psiquiátricos y psicológicos, el entorno social, incluyendo en este ámbito los factores ambientales y culturales o, como diría Oliver (2016), nuestra historia evolutiva nos engorda.

En la actualidad, los tratamientos de la obesidad se enfocan desde lo multidisciplinario tomando en cuenta lo psiquiátrico, psicológico y nutricional. Desde la psicología, el enfoque que más ha abordado la temática, es el cognitivo conductual, siendo uno de los principales objetivos lograr que el paciente reconozca la relación existente entre los sentimientos y pensamientos que alteran la percepción acerca de la alimentación, la imagen corporal y la ingesta excesiva de alimentos (Larragañaga & García, 2007).

La obesidad es un factor causal de enfermedades físicas, además se relaciona como elemento predictivo y/o como consecuencia en afecciones y trastornos de salud mental. Si bien el paciente obeso no corresponde a un cuadro psicopatológico específico, si se ve afectada la relación que establece con sí mismo y con la comida, donde la sensación de placer va íntimamente relacionada a la cantidad (Krieger, 2016; Quintero, et. al., 2016), dejando a un lado la sabiduría orgánica y la consciencia corporal.

En este sentido, los autores Mehling et al. (2011) definen consciencia corporal como la capacidad para reconocer las señales sutiles del cuerpo y la forma en que se responde a éstas. El concepto de consciencia corporal es un fenómeno inseparable de la autoconsciencia del sí mismo, donde están enraizados pensamientos, sentimientos y comportamientos en permanente interacción con el mundo.

Haré referencia a la consciencia corporal por las características de atención plena, sin juicios, que permite relacionarse con las experiencias y sensaciones sutiles del cuerpo desde la curiosidad y la aceptación y no desde la crítica, la sobre identificación y la reactividad. Su implicancia ha sido estudiada en grado preliminar en pacientes con distintas afecciones, entre ellos los trastornos de la conducta alimentaria, la obesidad y la insatisfacción corporal (Mehling et al., 2009).

Como mencionan Mantzios y Wilson (2015), comer desatentos en una cultura en la que tenemos un exceso de estímulos, tareas y aprendizajes, resulta difícil de evitar. Es por ello que la consciencia de las señales del cuerpo, la atención o consciencia plena (mindfulness) y la necesidad de volver a conectarnos con nosotros de forma compasiva, con el aquí y el ahora, y con la sabiduría de nuestro cuerpo, desde donde y a través del que todas nuestras experiencias son vividas, muestra ser de gran utilidad en el tratamiento de la obesidad. Esto ayuda a los consultantes a reconocer y responder a las señales de saciedad o decidir no responder a algunas señales que no son apropiadas para comer, como son el aburrimiento, la ansiedad o el enfrentar emociones negativas, volviendo de esta manera a la alimentación con sentido y pudiendo ser más conscientes de las motivaciones a la hora de comer (Mantzios y Wilson, 2015).

Si bien los estudios aún son preliminares en esta temática, en una investigación con pacientes sometidos a cirugía bariátrica que bajaron de peso, se demostró que comer por impulso, sin reconocer las señales de hambre-saciedad que entrega el cuerpo y los componentes psicológicos o alimentación emocional, son los principales factores de riesgo para la reganancia de peso (Papapietro, 2012). Acorde a nuevas investigaciones, la alimentación emocional se asocia con la ansiedad y la ganancia de peso, en cambio el estar atentos y promover una actitud no enjuiciadora y más autocompasiva, es una herramienta de gran utilidad para el tratamiento de la obesidad, logrando enfrentar estos momentos sin necesidad de acudir a la comida (Mantzios & Wilson, 2015). Por otro lado, los doctores

Kristeller y Hallet (1999) demostraron como el mindful eating reduce los episodios de alimentación compulsiva y mejora el sentido de sí mismo en los participantes, volviendo a conectarse con sus sistemas internos de autorregulación (Kristeller, 2003).

El mindfulness, además de centrar su foco en la práctica de la atención plena, puede ser una práctica de autocompasión redirigiendo la atención con sentimientos de amabilidad a nosotros mismos. “La autocompasión implica ser cálido y comprensivo con nosotros mismos cuando sufrimos, fallamos o nos sentimos inadecuados, en lugar de flagelarnos con la autocrítica” (Neff, 2012, p 2). “Ser más compasivos, especialmente con uno mismo, mejora la atención plena” (Mantzios & Wilson, 2015, p.9).

Si bien la autocompasión tiene su origen en la psicología Budista practicada desde hace miles de años, como menciona Claudio Araya (2016, p 28), “la psicología contemporánea ha empezado a manifestar un interés por incluirla e investigar los efectos de su entrenamiento en el ámbito clínico e investigativo”, demostrando ser una herramienta que actúa como apoyo adicional para perder peso, especialmente si uno de los factores predisponentes para la obesidad es el hambre emocional (Mantzios & Wilson, 2015).

A través del presente estudio busco realizar una intervención para desarrollar consciencia corporal, en pacientes diagnosticados de obesidad que están en proceso de cirugía bariátrica. Para lo cual se trabajará durante diez sesiones el grado de consciencia corporal y de respuesta a las necesidades del cuerpo, a través de herramientas como mindfulness y autocompasión.

El objetivo de esta investigación es ser un pequeño aporte, llevando una visión integral para el tratamiento de la obesidad a la población de mayor vulnerabilidad, contribuyendo al tratamiento de la obesidad, específicamente mediante la inclusión del desarrollo de la consciencia frente las necesidades del cuerpo, a través de un programa de diez semanas de mindfulness y autocompasión, logrando así que los procesos de baja de peso funcionen y se puedan mantener a lo largo del tiempo evitando la re ganancia de peso posterior a la cirugía bariátrica.

No obstante, aprender a meditar y llevar esto a la vida cotidiana y no solo al periodo de la intervención, conlleva un tiempo mayor al que es posible emplear en este estudio. Es por esta misma limitación que esta investigación se centra como fenómeno de estudio en la consciencia corporal, la respuesta frente a las necesidades del cuerpo, disminución de los

atracones, proceso inicial de baja de peso y confianza en la capacidad de autorregulación y mantención del peso, sin embargo, dejaré fuera del alcance de este estudio el mantenimiento de peso a largo plazo. Espero que este estudio pueda ser un incentivo para abordar en futuras investigaciones, pudiendo así cumplir con la motivación primaria al iniciar este estudio de llevar este abordaje integral de la obesidad a los espacios de mayor riesgo social, donde el acceso a este tipo de intervenciones resulta más complejo, como señalan Neff y Germer (2003), no existe suficiente evidencia empírica que avale su impacto en población con mayores índices de vulnerabilidad.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Consciencia corporal

La consciencia corporal, a pesar de ser un constructo acerca del cual se han hecho variados estudios desde el área de la salud, neurociencias, filosofía y la psicología, tiene dos connotaciones que se contraponen entre sí: por un lado, una mayor consciencia corporal refiere a una actitud no adaptativa, en la que el sujeto exagera sus síntomas físicos, "amplificación somato sensorial" (Mehling et al. 2012, p.1) generando mayor ansiedad y aumentando la sintomatología; por otra parte, recientemente aparece una visión más comprensiva, que refiere a la consciencia corporal como una herramienta adaptativa, describiéndola como la capacidad para enfocar de forma consciente la atención en el cuerpo, considerándose un elemento clave para la auto regulación, usando las sensaciones corporales para tomar decisiones y dirigir el comportamiento (Sakellariou & Beratis, 2017). Se puede entonces concluir que "diferentes modos de atención y variaciones en la capacidad de regular la atención pueden explicar interpretaciones aparentemente contradictorias de la consciencia corporal" (Mehling et al., 2012, p.1), por lo que es imprescindible distinguir entre una hipervigilancia a las sensaciones corporales dirigida principalmente por la ansiedad que implicaría pensar en el cuerpo y la presencia en el cuerpo mediada por la atención consciente, sin prejuicios y receptiva a las sensaciones corporales en el aquí y ahora.

Para el presente estudio, abordaré el constructo desde esta última acepción, definiendo al término consciencia corporal como la percepción del estado interno del cuerpo, de señales concretas, como la postura corporal, y más sutiles como son las emociones, el dolor o la relajación (Mehling et al., 2012). El concepto de consciencia corporal, integra la consciencia propioceptiva, interoceptiva, la aceptación, la atención plena (Mehling et al., 2009,2012) y la conexión consciente de cuerpo y mente como procesos internos de auto regulación y autoconocimiento (Quezada, González, Cebolla, Soler, & García, 2014).

2.1.1 Disociación corporal

La disociación corporal es el fenómeno contrario del de consciencia corporal y se refiere a la “evitación de la experiencia interna” (Quezada et al., 2014, p. 58). Esta puede darse por un factor tan cotidiano como es la distracción o por la separación de la experiencia del cuerpo de las emociones, tornando complejo experimentar, identificar y describir las emociones aumentando los síntomas de ansiedad, depresión y estrés (Quezada et al., 2014).

2.1.2 El ser- corporal- en- el- mundo

El concepto de cuerpo vivido es fundamental para comprender el fenómeno de la consciencia corporal, ya que incluye la visión de un yo, como un yo encarnado, representando la interconexión de los procesos mentales, emocionales y físicos (Gallo, 2006).

Como menciona Gallo (2006), Merleau-Ponty fue pionero en hablar del concepto de encarnación rechazando la relación instrumental entre cuerpo y alma, afirmando que el cuerpo es donde confluyen todas las experiencias y las situaciones vividas a través de él. Desde esta perspectiva, el cuerpo es entendido como sujeto de capacidades, expresión, percepción y relaciones que está orientado al mundo y, por lo mismo, no debe ser comprendido como un objeto que se pueda tratar como algo puramente material.

2.2 Mindfulness

El término Mindfulness tiene su origen en la psicología budista y su filosofía de vivir en el momento presente. Ha sido incorporado paulatinamente desde los años setenta por la psicología occidental, tomando mayor fuerza en los últimos veinte años (Cárcamo & Moncada, 2010).

Mindfulness es la traducción del término Sati, en idioma pali (Germer, Siegel & Fulton, 2005). Si bien no tiene una traducción exacta al español, Vallejos (2006) lo traduce “como atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual de un modo activo, procurando no interferir ni valorar lo que se siente o se

percibe en cada momento” (p.1), sin evitar, controlar ni juzgar, aceptando la experiencia tal cual es (Vallejos, 2006).

En síntesis, Mindfulness es poner atención, ser consciente de lo que pasa en el interior, en el cuerpo, el corazón y la mente, es consciencia sin evaluar, sin juicio de valor ni crítica (Chozen, 2009). La atención plena se trata de estar despiertos para percibir las vivencias de cada momento, lo que nos permite tener acceso a nuestros propios recursos internos que nos lleven a la transformación y sanación (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Si bien las definiciones propuestas intentan acercarse al significado de Mindfulness, al ser esta una práctica, ninguna logra abordarla integralmente, por lo que es necesario para comprenderla de forma más precisa ampliar su definición añadiendo los tres componentes o pilares fundamentales que interactúan en la práctica del Mindfulness:

-Intención: Es la fuerza, el pensamiento, lo que antecede a la acción que nos recuerda momento a momento ¿Por qué estoy haciendo lo que estoy haciendo? ¿Por qué estoy practicando? Mindfulness nos invita a ser conscientes de nuestras intenciones y nos ayuda a alinearlos y conectar nuestra práctica con intenciones que estén alineadas con nuestros valores.

-Atención: Implica decidir ¿A qué le prestamos atención?, lo que finalmente influirá en nuestra percepción del entorno y en la forma que reaccionamos a él. Mindfulness nos invita a observar la experiencia interna y externa momento a momento. Suspender las interpretaciones y atender a la experiencia tal como se presenta en el presente.

- Actitud: Este pilar refiere a la actitud que uno trae a la atención, es esencial el ¿Cómo nos disponemos a la práctica? ¿Cómo nos relacionamos con la experiencia? Mindfulness nos invita a practicar con una actitud amable y espaciosa. Algunas actitudes y disposiciones útiles para ir fortaleciendo la espaciosidad, la amplitud, la amabilidad y disminuir la reactividad en la práctica y en nuestra experiencia son: ecuanimidad, mente de principiante, dejar ser, autocompasión, autoconfianza y aceptación (Shapiro, 2006; Sagú, Brito y Araya, 2014)

2.2.1 Mindfulness, como coadyuvante y complemento a distintos tratamientos:

Como refieren Lietor V, Fortis, B y Moraleta, B; (2013) en su texto sobre Mindfulness y medicina y Ludwig. D y Kabat-Zinn (2008) en su artículo Mindfulness in

Medicine, en las tres últimas décadas ha aumentado exponencialmente el interés por la aplicación de Mindfulness en distintos tratamientos en el área de la salud suscitando el interés de neurocientíficos por comprender sus efectos.

El fundamento principal de los artículos acerca de mindfulness como coadyuvante en tratamientos de salud y salud mental, es que la atención plena se basa en Mantener la consciencia en el momento presente sin juicios ni evaluaciones, disminuyendo así el divagar por emociones, preocupaciones y pensamientos, desarrollando un mayor equilibrio emocional (Lietor 2013) y aumentando la capacidad de regular los pensamientos negativos.

Manteniendo la atención en la meta cognición, en el proceso del pensamiento, observándolo como eventos mentales y no como realidades, dejando así de perderse en ellos y permitiendo engancharse menos en las emociones difíciles que se alimentan del poder que se le da a estos pensamientos, recuperando ese poder que se les había dado y generando un espacio más amplio en la mente permitiendo comenzar a conocer los patrones emocionales tan automatizados que muchas veces hacen sentir a la persona que los experimenta como atrapado y dominado (Brito, G. & Cullen, M. 2015).

Además de agudizar la capacidad de estar más conscientes de las experiencias emocionales experimentándolas en el cuerpo y en la mente, mediante el entrenamiento en mindfulness abrimos una pequeña distancia que nos da la posibilidad de observar y explorar las emociones difíciles sin diluirse, perderse o dejarse llevar por ellas, nos permite detenernos cuando la emoción y/o la sensación se está produciendo, creando así un espacio en la mente para poder identificar las percepciones distorsionadas, posibilitando el uso de ese entendimiento en el momento en que se manifiesta la emoción y de esta forma elegir, responder y no solo reaccionar automáticamente a nuestras emociones y pensamientos, permitiendo mediante el aumento de las habilidades de atención plena gestionar de mejor manera la rumiación y reactividad (Brito, G. & Cullen, M. 2015; Gu, Strauss, Bond, Cavanagh 2015).

Al respecto las investigaciones de Kabat zinn sobre la felicidad, la meditación, el cerebro y el sistema inmune muestran que la corteza cerebral de personas que meditan durante 8 semanas de forma continua, más allá de la situación de vida que estuvieran viviendo, evidencia activación de la región pre frontal izquierda encargada de la

aproximación, placer, emociones más positivas y un mejor procesamiento de emociones difíciles en momentos de mayor tensión (Kabat-Zinn, 2019).

Por otro lado, las enfermedades crónicas en su mayoría están causadas, o a lo menos agravadas por los estilos de vida de los pacientes y para un tratamiento médico exitoso es fundamental la modificación de estos. El ser capaz de observarlos en el presente y que de esta forma dejen de ser una respuesta automática pueden generar el primer paso para este cambio, aumentando la responsabilidad del paciente en la elección de su estilo de vida y con ello la participación y adherencia del paciente al tratamiento (Lietor, Fortis, y Moraleda; 2013).

En atenciones y cuidados paliativos, es un complemento importante ya que ayuda a modular y afrontar el dolor y esta nueva situación de vida (Lietor, Fortis, y Moraleda; 2013).

2.2.2 Mindful eating

En el mindful eating, o su traducción al español comer atentos, se observa de forma consciente las sensaciones, pensamientos y emociones que surgen al comer, activando todos los sentidos y con ellos la sabiduría interior, sin juzgar, valorar ni comparar. Parte de la base de que si comemos sin estar realmente presentes, distraídos, sin saborear, seguimos sintiéndonos insatisfechos.

Antes de comer es importante consultar el estado del estómago y cuerpo, llevar la atención a nuestros sentidos, a lo que estamos haciendo, porque por más que comamos lentamente, si comemos y pensamos al mismo tiempo no estaremos realmente presentes (Chozen, 2009).

Al nacer, los seres humanos tenemos la habilidad de escuchar los mensajes del cuerpo y estar en sintonía con ellos, comiendo lo que necesitamos para estar en equilibrio, pero a medida que vamos creciendo nos vamos alejando de esta sabiduría innata, comenzamos a comer por otros motivos como anestesiarnos, distraernos, salir del aburrimiento, pertenecer a un grupo, como recompensa, castigo o para enfrentar emociones complejas, confundiendo de esta forma el hambre con diversos pensamientos y emociones. Se comienza a dejar esa sabiduría interior en la que cuerpo y mente eran sistemas conectados por la regulación que proviene del exterior (Chozen, J., 2009).

Al intentar bajar de peso mediante el autocontrol y la fuerza de voluntad, la guía proviene del exterior, en cambio, la atención plena es una guía hacia la autorregulación que es escuchar las necesidades del cuerpo y responder a ellos y ya no sólo reaccionar (Kristeller, 2015).

La atención plena pretende liberarnos de los patrones reactivos que llevamos con nosotros de forma automática a lo largo de nuestra historia, pudiendo diferenciar estas sensaciones que están en el interior de nuestro cuerpo, mente y corazón, para de esta forma poder responder asertivamente a ellas.

La meditación de atención plena o mindfulness busca activar los recursos interiores pudiendo controlar la respuesta a distintos estados emocionales y los patrones disruptivos de alimentación, haciendo elecciones conscientes de alimentos desde la propia sabiduría orgánica, llegando a ser consciente de las sensaciones de hambre y saciedad, siendo más compasivos con nosotros mismos (Kristeller, Wolever & Sheets, 2012).

La meditación de atención plena con foco en la alimentación o Mindful eating, se ha ido adaptando a poblaciones con distintas necesidades, como a las personas con trastorno por atracón, diabetes tipo 2, adultos con niveles de obesidad leve y mórbida, intervenciones que abordan la alimentación relacionada con el estrés y para el mantenimiento después de una pérdida de peso significativa.

Kristeller y Hallett, en el año 1999 realizaron un estudio de mindful eating en mujeres obesas diagnosticadas con trastorno por atracón. Tras la intervención los atracones cayeron de 4 a 1.5 a la semana y los restantes disminuyeron en intensidad. El estudio estaba enfocado principalmente en la sensibilidad a las señales de saciedad, el control y regulación de los atracones y patrones de alimentación, por lo que la pérdida de peso no era el foco del tratamiento.

En 2013 Kristeller, Wolever y Sheets realizan una investigación que se centró nuevamente en disminuir los atracones, en lugar del peso, encontrándose mejoras en la cantidad e intensidad de los atracones sin embargo a su vez se registró una mejora significativa en la internalización del cambio, auto aceptación y reducción de los niveles de depresión lo que junto a las prácticas de meditaciones y mini meditaciones estuvieron correlacionada con la pérdida de peso.

Kristeller y Bolinsky (2014) en su estudio amplían la muestra incluyendo a personas con un IMC igual o mayor a 35. Además de la disminución en cantidad e intensidad de los atracones pudieron observar una pérdida de peso de aproximadamente 7 libras que se mantuvo tras el seguimiento (Kristeller & Wolever, 2014)

En un estudio de *mindfuleating* de una sesión realizado por Jacobs, Cardaciotto, Block-Lerner y Mc. Mahon en el que participaron 26 estudiantes universitarios se correlacionó un aumento significativo en la atención plena y la prevención de aumento de peso (2013)

Raya (2016), tras realizar una revisión bibliográfica de 20 investigaciones empíricas en las que se abordaba *mindfulness* para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria, concluye que las intervenciones basadas en *mindfulness* se asociarían con la disminución o remisión de los síntomas asociados al trastorno alimentario, pudiendo ser un coadyuvante importante en el tratamiento integral de la obesidad.

El mayor predictor para el éxito en la regulación en la alimentación fue el tiempo empleado en la práctica de *mindfulness*.

Además de la disminución de los síntomas asociados al trastorno alimentario se pudo observar un aumento en la regulación de las emociones, capacidad de observarse y de aceptar las experiencias internas junto a una disminución en el juicio y la crítica a ellos mismos.

2.3 Autocompasión

El término *autocompasión* es un constructo esencial en la psicología budista hace más de 2.500 años (Neff, 2003 b) y en los últimos años ha comenzado a ser estudiado y aprehendido en Occidente por la psicología y la medicina (Neff & Germer, 2013 b).

La *compasión* según Jinpa (2017) es un instinto, una capacidad básica de cuidado compartida por todos los seres, una bondad básica que implica ser sensible al sufrimiento de nosotros mismos y de los demás, permitiendo que nuestro corazón sea tocado por el sufrimiento de los demás, abriendo la consciencia al dolor sin desconectarse para que los sentimientos de bondad y el deseo de aliviar el sufrimiento surjan (Neff, 2003 b, Gilbert 2018).

La compasión tiene cuatro componentes principales: Ser conscientes del sufrimiento (cognitivo), sentirse conmovido por el sufrimiento (afectivo), el deseo de aliviar el sufrimiento (intención) y sentirse motivado por aminorarlo desde la comprensión y la amabilidad (motivación). (Neff, 2003).

La autocompasión tiene las mismas características pero dirigida hacia uno mismo (Neff, 2012). Implica abrirnos al propio sufrimiento sin juicios para que emerja el genuino deseo de tratarnos con amabilidad y aliviar el sufrimiento, tal como lo haríamos con un ser querido.

Según Roca 2013, la autocompasión “implica tratarse con amabilidad a uno mismo, reconociendo lo que tenemos en común con otros seres humanos, siendo conscientes de los propios déficit o aspectos negativos” (p. 173).

Desde la psicología budista se ha definido la auto compasión desde tres componentes principales:

- **Auto amabilidad**, que conlleva ser comprensivo con nosotros mismos cuando sufrimos, como seríamos con un ser amado, en lugar de criticarnos o enjuiciarnos.
- **Humanidad Común**, comprendida como la consciencia de la conexión e interdependencia entre todos los seres humanos. Implica reconocer que la condición humana es imperfecta, reconociendo que no estamos solos en el sufrimiento; que las dificultades, el dolor y el ideal de evitar el sufrimiento y buscar la felicidad es algo común a la condición de humanidad.
- **Atención plena**, en la que pensamientos, sentimientos y experiencias son observados tal como son, sin evadirlos ni amplificarlos (Neff, 2012). Es necesario ser conscientes de la propia vulnerabilidad, reconocer el sufrimiento propio para desde ahí generar la motivación de aliviarlo.

2.3.1 Autocompasión y evidencia científica

Es recientemente hace algunas décadas que Kristin Neff reintroduce el término compasión en Occidente y es a partir del año 2003 que comienza a observarse interés desde la psicología y la ciencia en investigar acerca de la autocompasión publicándose más de mil artículos al respecto.

Desde el área de la salud se ha mostrado en variados estudios una importante relación entre la autocompasión y la variabilidad de la frecuencia cardíaca, considerado un marcador de salud física, mental y asociado a una mayor capacidad de auto calmarse frente a eventos estresantes (Stevens & Woodruff, 2018; Seppälä, Simon-Thomas, Brown, Worline, 2017; Araya 2016).

Por otro lado, acorde a investigaciones efectuadas por Arch, Landy & Brown en 2016 y Breines et al. en 2014, 2015 mencionan que el entrenamiento en autocompasión podría impactar positivamente las medidas inmunológicas de la inflamación periférica y de la activación del sistema nervioso simpático, sugiriendo una relación entre la autocompasión y el bienestar físico (Stevens & Woodruff, 2018).

En 2015 Friis, Johnson, Cutfield y Considine estudiaron los efectos de un programa de atención plena y autocompasión en pacientes diabéticos, encontrándose una relación positiva entre el aumento de la autocompasión y la disminución de los niveles de azúcar en sangre (Stevens & Woodruff, 2018).

Respecto a los cuidados paliativos, como menciona el Psicólogo Gonzalo Brito, la compasión es mencionada tanto por los pacientes, familias y proveedores de salud como un elemento clave para mejorar la calidad de vida del paciente y una forma de al mismo tiempo cuidar de la familia y el equipo de salud (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018).

En el ámbito de salud mental en el año 2015 un meta análisis realizado por Zessin, Dickhauser y Garbade, demuestra correlaciones significativas entre la autocompasión y la salud psicológica. Como menciona Kristin Neff en su artículo acerca de la autocompasión y el bienestar psicológico, otros efectos significativos derivados del cultivo de la compasión serían: menor auto crítica, vergüenza, rumiación, disminución del cortisol (hormona del stress), asociándose positivamente con la capacidad de estar en el presente, resiliencia, inteligencia y regulación emocional, aceptación, aumento de la sensación de felicidad

eudaimónica, entusiasmo, satisfacción, autonomía y autodeterminación (Neff & Germer, 2017; Thupten, 2017).

Gilbert y Procter sugieren que estos beneficios del cultivo de la compasión en el bienestar psicológico responden a que se comenzaría a desactivar el sistema de amenaza asociado con una mayor sensibilidad a la amenaza, el miedo, la supervivencia, la actitud defensiva, un apego inseguro, menor auto regulación, mayor secreción de cortisol, y la excitación autónoma; activándose el sistema de cuidado asociado a la seguridad, la calma, la vinculación, el apego seguro y neurohormonas como la oxitocina y la vasopresina y el nervio vago mielinizado. Permitiendo desde el sistema de la calma y vinculación coregularse con un otro y forjar actitudes pro sociales (Gilbert & Procter, 2006).

Desbordes et al. en el año 2012 encontraron una reducción significativa de la activación de la amígdala derecha, aludiendo con ello a una menor excitación emocional frente a estímulos visuales (Stevens & Woodruff, 2018; Singer, T 2018).

Se ha observado que la práctica continua de la compasión implicaría una disminución gradual de la activación de la corteza medial prefrontal en la medida que se van volviendo más relevantes componentes somatosensoriales más insulares y posteriores de la línea media cortical y sus proyecciones laterales; mejorando la comunicación entre estas estructuras posteriores, acompañada de una menor afectividad de la amígdala mostrando mayor aceptación y distanciamiento del proceso afectivo.

Un estudio efectuado por Allen et al. En el año 2012 demuestra que después de 6 semanas de entrenamiento en atención plena y compasión se puede observar una mejoría en la resolución de conflictos emocionales y en la memoria funcional observándose mayor intervención de la corteza prefrontal dorsolateral y frontal insular (Stevens & Woodruff, 2018).

Coincidiendo con las investigaciones de Desbordes et al., (2012) y Lutz et al. (2014), el psicólogo Claudio Araya en su tesis doctoral, tras la revisión de variados estudios, meta análisis y de concluir su investigación acerca de los efectos de la práctica de mindfulness y autocompasión en pacientes diagnosticadas de ansiedad concluye que “existe evidencia que muestra que la formación en compasión regula la actividad de la amígdala, asociada a la reducción de las emociones negativas e incremento de una conducta más altruista” (Araya 2016, pp120). Activándose áreas del cerebro relacionadas con la compasión como: la corteza

orbito frontal, el estriado ventral y la corteza cingulada anterior (Ricard, Lutz y Davidson, 2014), por otro lado, se activarían también regiones cerebrales asociadas a una mayor percepción interoceptiva como: la ínsula y la corteza interoceptiva. (Araya 2016; Stevens, & Woodruff, 2018; Seppälä, Simon- Thomas, Brown y Worline, 2017).

Aunque los estudios acerca de la autocompasión son más bien recientes y exploratorios la evidencia preliminar demuestra que el cultivo de la compasión tendría efectos positivos a nivel inmunológico, endocrino, psicológico e interpersonal, generado un aumento en el bienestar físico y psicológico, disminuyendo principalmente la ansiedad, depresión y psicopatologías derivadas del stress.

2.3.2 Terapia Centrada en la Compasión (C.F.T.) y sistemas de regulación emocional

Si bien la compasión ha sido parte fundamental de distintas tradiciones espirituales y religiosa, es sólo desde hace algunas décadas que se ha empezado a estudiar desde las neurociencias el cerebro de personas que practican la compasión, lo que ha permitido descubrir que la compasión tiene variados efectos positivos en quienes la practican, estimulando zonas del cerebro y del cuerpo que inducen al bienestar psicológico, físico y relacional.

La C.F.T. tiene sus bases en la neurología, importantes influencias de Budismo, la psicología desde los enfoques evolutivos que ponen énfasis en como el cerebro ha evolucionado, cognitivo conductual, psicología profunda y teoría del apego.

La terapia basada en la compasión relaciona muchas de nuestras dificultades y problemas para regular nuestras emociones con el diseño y evolución de nuestro cerebro. En este sentido la neurociencia ha demostrado que nuestros cerebros tienen al menos tres sistemas de regulación emocional y si bien cada uno está diseñado y ha evolucionado para distintas funciones, son sistemas interactivos y es importante que se mantengan en equilibrio.

-El primero de ellos estaría encargado de detectar rápidamente las amenazas, alertarnos y buscar la seguridad y la protección. El cerebro prioriza la supervivencia a la felicidad, por lo que al activarse este sistema de autoprotección surgen respuestas de

afrontamiento como luchar, huir o paralizarse. Por otro lado aparecen emociones intensas como la rabia, miedo y la ansiedad que tendrían el propósito de alertarnos y disponernos a la acción contra la amenaza.

El sistema de autoprotección y amenaza realiza su trabajo apoyado de la amígdala y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) y toda nuestra mente está volcada hacia la protección.

La serotonina y el cortisol jugarían un rol importante en el funcionamiento de este sistema

-El segundo de ellos está orientado a la activación, la vitalidad y logro y tendría como función principal generar sentimientos positivos que nos motiven a proponernos metas y buscar recursos que nos permitan sobrevivir y prosperar. Nos sentimos más motivados y recompensados con los logros y el consumo, sin embargo cuando nuestros logros, impulsos, metas son bloqueados se activaría el sistema de amenaza.

Este es un sistema activador en el que la dopamina juega un papel importante.

-Finalmente, existiría un tercer sistema de regulación emocional, el sistema de confortamiento, satisfacción y seguridad asociado al apego seguro, la tranquilidad, paz, filiación y la amabilidad, lo que llevaría a las personas a reestablecer el equilibrio emocional, sentirse conectadas, calmadas y estar satisfecho sin estar luchando ni deseando algo.

Este último sistema es central en el entrenamiento de la compasión.

Aquí los opiáceos naturales y la oxitocina serían quienes juegan un rol principal y permiten que esto ocurra.

Existe evidencia de que desarrollar compasión y autocompasión ayudaría a generar mayor bienestar físico, psicológico y a disminuir distintos problemas de salud mental. Respecto a la terapia centrada en la compasión, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, resultados preliminares indicarían que incluir la terapia centrada en la compasión en el tratamiento de los trastornos alimentarios ha sido positivo, reportando mejorías significativas en la sintomatología propia del trastorno, disminución de autocrítica y vergüenza y aumento de autocompasión. Los pacientes diagnosticados de obesidad compartirían con los pacientes con trastornos alimentarios varias creencias, conductas, los elevados niveles de autocrítica y vergüenza, lo que sugeriría que la terapia centrada en la compasión sería un buen elemento para incluir en el tratamiento de la obesidad y la sobre

alimentación, disminuyendo la autocrítica y vergüenza, aumentando la autocompasión, la regulación emocional, mejorando la relación de los paciente con ellos mismos y con su cuerpo, disminuyendo así la reganancia de peso a largo plazo (Marzal-Torregrosa & Moreno-García (2015); Goss & Allan, 2016).

2.4 Obesidad y alimentación emocional

La obesidad es una enfermedad crónica, no transmisible definida como una acumulación excesiva de grasas que puede aumentar los riesgos de diabetes tipo II, enfermedad cardiovascular, artrosis y algunos tumores, entre otros problemas. Los riesgos son estimados según el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual nos muestra la relación entre el peso y la altura, permitiéndonos detectar cuando una persona está bajo peso, sobrepeso y obesa (OMS, 2018). En adultos, la OMS (2018) define como sobrepeso un IMC igual o superior a 25 y como obesidad un IMC igual o superior a 30.

A pesar de los avances en este campo de investigación, la obesidad muestra un aumento significativo, tanto a nivel internacional como nacional, llevando actualmente a Chile, país en el que se realizará la investigación, a convertirse por primera vez en líder internacional de obesidad, llegando a un 74% lo que genera riesgos importantes en la salud de la población por su comorbilidad con otras enfermedades crónicas, la OCDE estima que en 30 años las enfermedades relacionadas con la obesidad cobrarán la vida de noventa millones de personas sólo entre los países que pertenecen a la OCDE (Muzzo y Monckeberg, 2012; Emol, 2019; OCDE, 2019)

Desde el punto de vista de la psiquiatría, la guía de consulta del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM V] (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) menciona, en lo referente a trastornos de la conducta alimentaria, una alteración en la forma de alimentarse y el control de peso, afectando con ello la salud física, psicológica y social. Los trastornos de alimentación más recurrentes asociados a la obesidad son el trastorno por atracones, el síndrome del comedor nocturno y la bulimia nerviosa. Si bien cada uno de estos diagnósticos tiene sus propias características, se puede concluir que, aunque no son exclusivos de pacientes obesos, se asocian a un mayor índice de masa

corporal, dificultades para lograr bajar de peso con un tratamiento y menor calidad de vida (Errandonea, 2012).

Si bien el origen de la obesidad es multifactorial, como menciona Papaprieto (2012) los principales factores de riesgo para la ganancia de peso son: comer por impulso, sin reconocer las señales que entrega el cuerpo y los componentes psicológicos o alimentación emocional. Autores como Gianini, White, y Masheb (2013) y Slochower (1976) coinciden con Silva (2008) en su artículo Sobrealimentación Inducida por la Ansiedad, donde reúne evidencia desde la psicología y la neurociencia y propone la integración de la regulación emocional como un factor protagonista en el manejo de la obesidad. Silva (2008) indica que la conducta de sobrealimentación varía en función de los niveles de reconocimiento, diferenciación y etiquetado emocional. En las personas con sobrealimentación emocional se encontraría un umbral de activación menor, el cual requerirá esfuerzos importantes para reconocer, diferenciar y modular las emociones, en algunos casos esta dificultad sería compensada a través de la sobrealimentación, en cambio en otros casos la sobrealimentación emocional se transforma en un acto automático frente a la excitación emocional difusa, ya que han aprendido este modelo de evasión en que la sobrealimentación alivia su angustia, enmascarando y evitando los afectos negativos y las emociones exacerbadas (Silva, 2008; Slochower, 1976; Gianini, White y Masheb, 2013)

3 DISEÑO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo influye un programa de desarrollo de la consciencia corporal, a través del cultivo de mindfulness y autocompasión, en personas con obesidad que están en proceso de cirugía bariátrica?

3.2 OBJETIVO GENERAL

Describir la influencia de un taller de desarrollo de la consciencia corporal, a través del cultivo de mindfulness y autocompasión en personas con obesidad en proceso de cirugía bariátrica.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el significado que tiene la obesidad para el paciente que vive esta condición.
2. Describir y comparar la consciencia corporal de los participantes al inicio y al final de la intervención.
3. Describir y comparar la consciencia y atención plena en la alimentación de los participantes al inicio y al final del programa.
4. Comparar el número de atracones de los participantes al inicio y al final del programa.
5. Describir y comparar el nivel de autocompasión de los participantes, al inicio y al final del programa.
6. Describir y comparar la percepción de la confianza versus el miedo a la ganancia de peso al inicio y al final del programa.
7. Comparar el Índice de masa corporal de los participantes, al inicio y al final del programa.
8. Describir y comparar la experiencia subjetiva de los participantes del taller en torno a la relación que tienen con ellos mismos, con su cuerpo y con la comida al inicio y tras la participación en el taller.

3.4 METODOLOGÍA

El estudio es de tipo mixto, integrando la metodología cualitativa y cuantitativa, para así minimizar las posibles debilidades y usar las fortalezas de ambos enfoques (Hernández Fernández y Baptista, 2014) logrando tener “una perspectiva más amplia y profunda” (p.533) y así poder evaluar el efecto de la intervención en el desarrollo de los niveles de mindfulness, autocompasión y consciencia corporal y, al mismo tiempo, poder indagar en la experiencia subjetiva de los participantes de la intervención. “Se aplican ambos métodos de manera simultánea (los datos cuantitativos y cualitativos se recolectan y analizan más o menos en el mismo tiempo). Desde luego, sabemos de antemano que regularmente los datos cualitativos requieren de mayor tiempo para su obtención y análisis” (Hernández Fernández y Baptista, 2014 p. 547). Se validan los datos obtenidos de forma cruzada entre lo cualitativo y lo cuantitativo, mediante un diseño de triangulación concurrente (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

La investigación se enmarca en el pragmatismo, “este enfoque defiende métodos y modelos mixtos o híbridos (pluralismo y compatibilidad), sostiene que las relaciones entre el investigador, fenómeno y participantes están determinadas por cada estudio en particular y el contexto” (Sánchez, 2015, p 28), pudiendo observar, desde este modelo, un pluralismo paradigmático ya que la metodología a utilizar es definida acorde al planteamiento del problema y las circunstancias (Hernández Fernández y Baptista, 2014). Desde este modelo pragmático o integrativo, el investigador va recolectando, analizando, conectando e integrando los datos cualitativos y cuantitativos (Sánchez, 2015).

Inicié la presente investigación como exploratoria descriptiva, ya que, si bien está dirigida a pacientes diagnosticados de obesidad, que es un tema bastante conocido y estudiado, el fenómeno a abordar en el presente estudio es la consciencia corporal, temática poco estudiada en sí misma y solo preliminarmente desde su relación con la obesidad, cuestión que este estudio buscará describir con la mayor profundidad posible. Por otro lado, el estudio alcanza un tipo comparativo, orientado a conocer la relación entre dos o más variables en una muestra determinada, se medirán las variables por separado, para luego poder analizarlas y comparar los resultados obtenidos al iniciar y finalizar la intervención (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Es importante mencionar que realicé el taller en una primera versión con un grupo de mujeres adultas, en proceso de cirugía bariátrica el año 2018, reportando bajas de peso sostenidas, disminución de la ansiedad, sensación de ser apoyadas y contenidas en el proceso, además de identificar cambios importantes en la relación con ellas mismas y la comida, siendo ellas quienes pidieron a la Municipalidad de Las Condes la continuidad del taller y comentaron con vecinos quienes a su vez solicitaron la conformación de nuevos grupos para el año 2019, dentro de los cuales está enmarcado el presente estudio.

El diseño del estudio es de carácter pre-experimental. Dado que las intervenciones fueron en el marco de un taller grupal se hizo necesario en primer lugar realizar entrevistas a cada uno de los pacientes que participaron en el programa, con el fin de conocerlos en mayor profundidad estableciendo un vínculo más cercano que les permitiera acceder fácilmente a la investigadora responsable en caso de ser necesario durante el tiempo que participaron en el estudio, darles a conocer con mayor profundidad los objetivos de la investigación y así decidir con libertad y conocimiento su participación en el estudio, evaluar posibles factores que implicarían mayor riesgo como son distintas comorbilidades y en caso de ser así evaluar los beneficios de su participación en la intervención como un co-adyuvante en su tratamiento. Variados estudios muestran que mindfulness y autocompasión serían un buen complemento en el tratamiento de distintas enfermedades y sintomatologías (Araya 2016, Ludwig & Kabat-Zinn 2008, Miró et. al. 2011, Alonso & Germer 2016), por otro lado en caso de existido alguna comorbilidad era importante saber si el paciente ya asistía al profesional idóneo o si era necesario orientarlo y/o derivarlo y así evitar efectos iatrogénicos por la participación en el taller, además en la entrevista se buscó conocer en profundidad la visión respecto a la obesidad, la consciencia corporal, la relación con la comida y con ellos mismos, antes de iniciar el taller. Se llenó una ficha con los datos personales de cada uno de los integrantes del grupo, se aplicaron tres cuestionarios de carácter cuantitativo y, además, se co - creó con los participantes un cuestionario que se auto administraron de forma semanal para poder evaluar su relación con la re ganancia de peso, su conducta de ingesta y observar otros aspectos que pudieran haber sido relevantes para el proceso de cada participante.

Una vez finalizadas las 10 sesiones de taller, volví a aplicar las escalas de carácter cuantitativo y se realicé un grupo de enfoque para analizar de forma grupal estas variables tras terminar las intervenciones. Para así tener evidencia empírica que avalara los posibles

cambios ocurridos en los participantes tras la participación en el taller en el que se manipuló intencionalmente las variables de mindfulness y autocompasión, las cuales se espera modifiquen el desarrollo de la consciencia corporal, el índice de masa corporal, el número de atracones y la confianza versus el miedo a la re ganancia de peso, lo cual se comprobó mediante el grupo de enfoque, la auto aplicación semanal del target complaints y la aplicación de los cuestionarios tras finalizar el taller. En este caso, el control de la variable independiente es mínimo y por lo mismo no es posible entregar certeza de la causalidad ni controlan todas las fuentes de invalidación internas (Hernández Fernández y Baptista, 2014).

3.5 Operacionalización de variables:

1. **Significado de la obesidad y su relación con las necesidades del cuerpo:** Esta variable se evaluó de forma cualitativa mediante la entrevista inicial y un grupo focal tras finalizar la intervención.
2. **Índice de masa Corporal (I.M.C):** Se evaluó a través de la ficha de ingreso de los participantes para poder posteriormente tras finalizar el taller comparar el I.M.C. inicial y el I.M.C. final.
3. **Consciencia Corporal:** La evaluación de esta variable fue de carácter mixto, utilizando para ello desde lo cuantitativo la versión española de la escala de conexión corporal y desde lo cualitativo la entrevista individual y grupo focal.
4. **Atención plena en la alimentación:** La evaluación de esta variable fue de carácter mixto, utilizando para ello desde lo cuantitativo la traducción al español del Mindful Eating Questionnaire y desde lo cualitativo la entrevista individual y grupo focal.
5. **Autocompasión:** La evaluación de esta variable fue de carácter mixto, utilizando para ello desde lo cuantitativo la Escala de Autocompasión de Neff en español y desde lo cualitativo la entrevista individual y grupo focal.
6. **Número de atracones:** Esta variable se midió de forma cuantitativa mediante un seguimiento semanal a través del Target Complaints.
7. **Percepción de la confianza versus la re ganancia de peso:** Esta variable se midió de forma cuantitativa mediante un seguimiento semanal a través del Target Complaints.

8. **La experiencia subjetiva de los participantes del taller en torno a la relación que tienen con ellos mismos, con su cuerpo y con la comida:** Esta variable se abordó de forma cualitativa mediante la entrevista inicial y el grupo focal final.

3.6 Muestra

La muestra es de carácter no probabilístico, intencionado, de tipo homogéneo “en este tipo de muestra se reúnen una serie de individuos de condiciones sociales y experiencias semejantes” (Alaminos y Castejón, 2006, p.52), en el caso de la presente investigación se incluyeron pacientes adultos participantes del programa de cirugía bariátrica de la Municipalidad de Las Condes.

Se trata de una muestra que apareció de forma fortuita o por oportunidad, al integrarme durante el año 2018 al trabajo que desarrolla la Ilustre Municipalidad de las Condes en conjunto con la Clínica Cordillera, con pacientes diagnosticados de obesidad que quieren someterse a una cirugía bariátrica.

Trabajé con un grupo de 12 personas, dada la importancia de la confianza y el trabajo en profundidad que se realizó. Los participantes fueron escogidos en conjunto con los encargados del programa acorde a su asistencia a los controles preoperatorios, para ser contactados posteriormente por la Investigadora Responsable telefónicamente.

El taller constó de 10 sesiones donde se abordó la temática de la consciencia corporal a través de mindful eating y autocompasión.

Llevé a cabo una sesión individual antes de comenzar el taller en la que se llenó la ficha personal, se realizó una entrevista y se co-creo el target complaints, además apliqué tres cuestionarios. Luego realicé el taller compuesto por 10 sesiones de dos horas de duración y al finalizarlo los participantes participaron en un grupo focal y respondieron los cuestionarios que ya se habían aplicado en un inicio para poder comparar los resultados pre post taller. El seguimiento mediante el target complaints se continuó por dos semanas tras finalizar el taller culminando en una sesión de seguimiento que se realizó 2 semanas tras la finalización de la intervención.

3.7 Instrumentos

Para evaluar el desarrollo de la consciencia corporal apliqué la versión española de la escala de conexión corporal (SBC). Cuenta con 20 ítems que buscan medir las relaciones entre atención, conciencia corporal y disociación corporal. La consistencia interna de la SCB se calculó para las sub escalas de Consciencia Corporal, que cuenta con Alfa de Chronbach de 0,86 y la subescala de Disociación Corporal, que cuenta con un Alfa de Chronbach de 0,62. La investigación y validación de la SBC en población hispanohablante ha hecho posible la aplicación fiable de esta escala en la población general para medir la consciencia corporal ya que “Se mostró alta consistencia interna y una alta fiabilidad test-retest” (Quezada et al., 2014, p.64).

El factor mindfulness en la alimentación lo medí mediante la aplicación del Mindful Eating Questionnaire, validada en Estados Unidos por Framson, et al., (2009). El cuestionario tiene 28 ítems y 5 sub escalas: desinhibición: refiriendo a la incapacidad de dejar de comer incluso cuando se está lleno; conciencia: cómo la capacidad actuar con consciencia, de observar y atender a sensaciones, percepciones, pensamientos, sentimientos y de darse cuenta del efecto de los alimentos en los estados internos; señales externas: definido como el comer en respuesta a señales ambientales; respuesta emocional: comer en respuesta a estados emocionales y distracción aludiendo a poner el foco en otras actividades mientras come. Los factores emocionales, de distracción y 5 preguntas sobre la desinhibición se puntúan de forma inversa (Apolzan, et al. 2016). Cada pregunta se puntúa de 1 a 4 donde un puntaje más alto refiere a una alimentación más consciente. El puntaje final es el promedio de las 5 escalas. Esta escala cuenta con un Alfa de Chronbach de 0,64. Se realizará la validación de la traducción para el contexto de la población chilena mediante el apoyo de un comité de expertos en psicología humanista, la temática de consciencia corporal, obesidad, mindfulness y autocompasión.

El grado de autocompasión lo evalué a través de la aplicación de la Escala de Auto-compasión de Neff en Español (SCS), validada en Estados Unidos por García – Campayo, et al. (2014), traducida y validada en el contexto Chileno por Araya, (2016). Es una escala de 26 ítems que tiene 6 sub escalas: bondad con uno mismo, aludiendo a ser amable consigo mismo cuando se está sufriendo; auto-criticismo o auto juicio refiriendo a la desaprobación

y juicios de los propios defectos o debilidades; humanidad compartida: Indicando la capacidad de ver las dificultades como parte de la vida de todos los seres humanos; aislamiento: como la experiencia de sentirse separado del mundo al pensar en las propias deficiencias; mindfulness definida como atención plena y como la capacidad de mantener las emociones en equilibrio cuando ocurre algo que genera molestias y sobre-identificación, como la tendencia a obsesionarme en todo lo que va mal. Los resultados que miden autocompasión se obtienen de la suma de las sub escalas: bondad con uno mismo, Mindfulness y Humanidad compartida, mientras que las sub escalas de auto juicio, aislamiento y sobre identificación refieren a bajos niveles de autocompasión. Esta escala cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.89. (Araya, 2016)

Para evaluar la percepción de la confianza versus el miedo a la re ganancia de peso, la intensidad y cantidad de atracones diseñe en conjunto con los participantes el Target Complaints, una medida autoadministrable, de carácter individual, donde cada queja formulada en negativo y como pregunta (concreta, específica, frecuente en el tiempo y estable sin tratamiento) se puntúa de 0 a 10 para luego analizarla mediante un análisis visual de gráficos (Herrera, Mstibovskyi, Roubal & Brownell, 2018, p.324). Acorde a lo mencionado por Herrera, Mstibovskyi, Roubal & Brownell (2018) la confiabilidad del Target Complaints es alta, sin embargo hasta la actualidad no existen mayores datos de su validez.

Para profundizar en la experiencia subjetiva de los participantes, en la visión respecto a la obesidad, la consciencia corporal, la relación que tienen con ellos mismos, con su cuerpo y la alimentación realice antes de iniciar los talleres una entrevista semi estructurada a cada uno de ellos y un grupo focal para medir estas mismas variables al concluir la intervención.

3.8 Técnicas de análisis

Utilicé técnicas de estadística descriptiva e inferencial para dos muestras relacionadas con el fin de entregar evidencia tanto de las pruebas aplicadas como de la intervención.

Para analizar el Target Complaints, realicé un estudio pre-post de un solo grupo en el que semanalmente cada pregunta se puntúa de 0 a 10 para luego analizarla mediante un análisis visual de gráficos (Herrera, Mstibovskyi, Roubal & Brownell, 2018).

Las entrevistas semi estructuradas y el grupo focal las analicé mediante un análisis de contenido. Fueron transcritos integralmente, para luego realizar una codificación abierta. “Durante la codificación abierta, los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan, en busca de similitudes y diferencias” (Strauss y Corbin, 2002, p.111), para de esta forma sistematizar la información generando categorías comunes.

4 Resultados

4.1 Significado de obesidad

La percepción de la obesidad para cada paciente es única. Sin embargo las respuestas de los participantes aluden principalmente a las **causas** que los llevaron a ese nivel de sobrepeso y a las **consecuencias** de la obesidad en sus vidas.

4.1.1 Consecuencias de la obesidad

Los participantes al referirse a las consecuencias que ha traído el sobrepeso a sus vidas mencionan tres aspectos principalmente: la obesidad en relación a las **enfermedad**, otros refieren a la **disminución de las capacidades físicas** y la mayoría refiere a la **disminución de la autoestima** por el sobrepeso.

4.1.1.1 Enfermedades

Respecto a las dificultades de la salud que ha traído la obesidad a sus vidas, refieren en su mayoría a **enfermedades crónicas** de difícil tratamiento, como un motor importante para haber comenzado este proceso.

*“Me ha traído enfermedades, soy **diabética** cerca de 15 años, he estado en control en el consultorio y me dijeron que quizás si me operaba se me podía quitar la diabetes” (Entrevista Inicial)*

*“Problemas de **colesterol**, **hipertensión**... problemas de salud...” (Entrevista Inicial).*

4.1.1.2 Capacidad física

Las dificultades e impedimentos físicos en la vida cotidiana son mencionados cómo una consecuencia importante del sobrepeso, que en algunos casos fue lo que los llevó a tomar consciencia de la real magnitud del sobrepeso que tenían, refiriendo a la disminución en la calidad de vida y temor a que estos aumentaran con el tiempo y les impidiera disfrutar de su vida y de sus seres amados.

*“Bueno, a mí lo que me pasa con el tema es un poquito... por **la calidad de vida...** tengo un hijo... yo soy lo único más cercano entonces extender mi vida para poder estar con él y estar bien” (Entrevista Inicial).*

*“Un día yo **lleve al cerro a mi hijo y tenía que parar no sé cómo 40 veces antes de llegar...** entonces comenzó a ser un tema para mí el sobrepeso dije ya no puedo seguir así” (Entrevista Inicial).*

4.1.1.3 Autoestima

Para una gran mayoría de los participantes el sobrepeso tiene o había tenido consecuencias importantes en su autoestima a lo largo de la vida, en algunos casos refieren al tema del peso como un complejo que los ha acompañado toda la vida y en otros como una temática más reciente, cómo una dificultad para comprarse ropa y para mirarse al espejo y en algunos casos como una dificultad en la relación con ellos mismos, social y laboral.

*“A mí en lo personal **me ha afectado mucho en mi autoestima, me he acomplejado mucho...**” (Entrevista Inicial).*

*“Estética... **el tema de estar gordita me ha tenido la autoestima en el suelo...**” (Entrevista Inicial).*

Al finalizar el taller, los participantes reportan cambios significativos respecto al significado del sobrepeso y de sus expectativas frente a la cirugía y este gran cambio de vida. Si bien siguen teniendo una meta clara y concreta respecto al peso, comienzan a integrar en

este proceso el sentido de la comida y el sobrepeso en sus vidas y la importancia de satisfacer sus necesidades psicológicas alineándose con los valores y motivaciones intrínsecas para llegar a su estado deseado, versus la búsqueda de la felicidad puramente hedónica y una autoestima basada en valores extrínsecos y sabiduría externa que hacían que el paso de dieta en dieta, basadas solo en fuerza de voluntad fueran una fuente cotidiana de frustración, que los llevaba a sentir que con la baja de peso y el cambio de imagen podrían transformar todos los aspectos que hasta ahora les habían generado sufrimiento, expectativas que probablemente produciría mayor sufrimiento al chocar con su realidad tras la cirugía (Ryan, Huta & Deci 2008).

*“...darme cuenta que a través de la comida y el placer que da, **estaba llenando esa falta como de cariño que me faltó** quizás cuando era niña... quizás eso he aprendido a entender... y **hacerle cariño a la niña interna**, me gustó, eso fue lo que más me hizo un clic.” (Focus group final).*

*“Aunque no me operarán siento que esto ya valió la pena, **cambio mi forma de relacionarme conmigo, la relación con mi cuerpo y la comida** que antes era desde la culpa y ahora no, ahora es desde el disfrute, comer no es malo de por sí”. (Sesión de seguimiento)*

4.1.2 Causas de la obesidad

Respecto a las causas algunos lo ven como un **desbalance entre el aporte y gasto energético**, cómo un factor **genético** o metabólico y otros lo analizan como un **comer emocional**, como un mensaje que nos permite reflexionar sobre la relación que tienen con ellos mismos, su cuerpo y la comida.

4.1.2.1 Emociones (comer emocional)

Al preguntarles a los participantes respecto a las causas de su sobrepeso aparece el comer como una forma de hacer frente a emociones y/o situaciones que son complejas de enfrentar, refiriéndose a la comida directamente como un ansiolítico.

*“Me casé y ahí fue cuando empecé a engordar de nuevo... **hubo problemas y eso trajo consigo ansiedad, subir de peso**” (Entrevista Inicial)*

*“Yo siento que siempre tuve sobrepeso pero nunca fui tan gorda... **yo empecé a comer como vía de escape**” (Entrevista Inicial).*

4.1.2.2 Comer en exceso

El desbalance entre las calorías ingeridas y las gastadas, aparece como una causa importante, pero en pocos casos como única para el sobrepeso

*“**Soy bueno para comer...** en mi casa, no sé, mi hermana es flaca como tú, mi mamá igual ellas se cuidan entonces yo soy el bueno para comer no podría justificarme en otra cosa” (Entrevista Inicial).*

*“Yo relaciono mi sobrepeso con una **forma de comer desmedida**” (Entrevista Inicial).*

4.1.2.3 Genética

La genética, el metabolismo, la herencia son vistas como causas importantes para el sobrepeso; sin embargo se puede observar que algunos de los participante **al comenzar el taller** entienden una relación disfuncional con la comida a nivel familiar como un factor genético.

*“**La gordura, en mi caso, es genética, totalmente... son todos gorditos en mi casa... tengo en mi familia tres operados...**” (Entrevista Inicial).*

“En mi familia todos son de contextura gruesa, hipertensos, ansiosos...”
(Entrevista Inicial).

Al terminar el taller se pudo observar que si bien seguían existiendo factores genéticos en el sobrepeso y en la dificultad que habían experimentado a lo largo de su vida para bajar de peso, los participantes sentían que tenían algo que hacer al respecto, volviendo a tomar el rol protagónico en sus procesos.

“Yo que culpaba toda la vida a la tiroides de mi sobrepeso y ahora siento que era una excusa... Independiente de si me daban o no los pases, lo ganado hasta ahora ya es mucho” (Focus group final).

4.2 Relación con ellos mismos

La relación que tiene cada uno de los pacientes consigo mismo, el cómo se tratan, como se sienten, las emociones más frecuentes y el diálogo interno son muy distintos en cada uno de los participantes y dado que es un factor importante para el presente estudio es que se profundizó de manera individual y grupal, al inicio y al final en este aspecto.

En las primeras sesiones en general se presentan con una coraza importante, mostrándose en su mayoría adecuados frente al resto del grupo, refiriendo a expectativas más bien demandantes del taller poniendo la solución a sus problemas con la comida, el sobrepeso y la ansiedad fuera de ellos.

“Vengo a este taller porque he estado la vida completa a dieta, no tengo buena genética... quiero salir rápido de esto, pero fantástico si puedo aprender” (Taller 1)

“Quiero que me enseñen herramientas para poder mantenerme después, es difícil desde mi experiencia pensar en un cambio de hábitos” (Taller 1)

En la medida que avanza el taller, son ellos mismos quienes desde sus experiencias mencionan que se van dando cuenta de la poca consciencia con la que viven el día a día, refiriendo muchas veces a la relación con ellos mismos y al dialogo interno como algo

automático en lo que no se habían detenido previamente y que poco a poco han podido hacerse más consciente de aspectos que antes no veían.

*“Para mi aprender a comunicarme con mi cuerpo, es muy importante y el asunto de la culpa también, **inconscientemente me recriminaba mucho**, pero no hacía nada, o sea si, seguía comiendo” (sesión 4).*

*“Darme cuenta que a través de la **comida** y el placer que da, estaba **llenando esa falta como de cariño** que me faltó quizás cuando era niña” (Sesión 5.)*

Por otro lado el tomar consciencia de la relación que tienen con ellos mismos les permite dar los primeros pasos para generar cambios en ella.

Es importante mencionar que en la medida que avanzan las sesiones, la cohesión del grupo es mayor lo que les permite compartir sus experiencias con más libertad, pudiendo mostrar sus aspectos más vulnerables sin enjuiciarse.

Las principales temáticas que aparecen al hablar de la relación con ellos mismos son: **vergüenza, amor propio, autocuidado, descuido y autocompasión**

4.2.1 Amor propio / vergüenza

Al hablar de la relación con ellos mismos a lo largo de sus vidas, se puede evidenciar como un factor relevante en el grupo la vergüenza, de no encontrar ropa que les gustara apropiada a su tamaño, dificultad para iniciar y mantener una relación pareja, la necesidad de pasar inadvertidos para evitar ser rechazados por su peso, baja autoestima versus una autoestima más sana, arreglarse, valorarse, aceptarse, volver a comunicarse con el cuerpo y tener mayor amor propio.

Al comenzar el taller se observa principalmente timidez, baja autoestima, vergüenza de mostrarse por miedo al rechazo y vergüenza de mostrar que es un tema que les afecta, prefiriendo esconderlo potenciando otros aspectos de su personalidad.

*“Uno es fea pero pasa a ser el alma de la fiesta porque sabes que tienes que potenciar otra cosa, entonces tienes que ser la divertida la que siempre tira la talla, pero por que **estas escondiendo el miedo de que eres la rechazada**, de que todas son regias y tú no, tú te miras al espejo y **tú no te quieres**, entonces tu **prefieres auto reírte de ti misma antes que se rían a mis espaldas**” (Entrevista Inicial).*

*“Hay todo **un mundo que no ha sido fácil en el tema del sobrepeso**, he vivido con el tema del peso... me acuerdo que en octavo básico hubo un tema de revisión médica en el colegio y **yo sufrí tanto porque una de las cosas era que te iban a pesar... fue muy duro para mí...**” (Entrevista Inicial).*

Al terminar el taller aparecen en la mayoría de los participantes las ganas de embellecerse, de arreglarse, de mirarse, escucharse y sentirse mejor.

*“Me pasó que decidí también empezar, por ejemplo, yo no me maquillaba, andaba en buzo o en pijama todo el día feliz y ahora como que decidí que no. **Todos los días trato de ponerme linda o de arreglarme un poquito**, yo que no me maquillaba jamás, ahora me estoy maquillando más seguido, o de no sé, jamás en mi vida había andado con vestido y ahora sí, eso como de **embellecerme** también, necesito bajar de peso pero también acompañado de ir queriéndome. Ahora estamos así después será otra cosa pero queriéndome de ha pacito” (Focus group final).*

*“Me di cuenta de que puedo disfrutar, algo así como una comunicación conmigo misma , eso hace que tenga una **mejor relación conmigo misma porque me hablo y me escucho mucho...** me pregunto ¿Qué quiero, a donde quiero llegar?” (Focus group final).*

4.2.2 Auto cuidado / descuido

Dentro de la relación que establecen con ellos mismos aparecen en un comienzo factores de **descuido, dejarse a un lado, no mirarse versus amor, tomar las riendas de la vida y cuidado personal** que comienzan a aparecer hacia el final del taller

Al comenzar el taller se observa en un sentirse postergados, incapacidad para cuidarse y despreocupación por ellos mismos, sin embargo ya desde la entrevista inicial comienzan a mostrarse poco a poco y con esfuerzo más disponibles para comenzar un cambio ya que comienzan a tener consciencia de lo importante que es volver a ser una prioridad en sus vidas, cuidarse y preocuparse de ellos mismos.

*“Uno en vez de ayudarse y decir ya hasta aquí llego sigue con lo mismo, comiendo”
(Entrevista Inicial).*

*“No me preocupaba de mí.... Y necesitaba preocuparme de mí... siempre me dejaba de lado y surgió esta posibilidad del convenio con la municipalidad y la Clínica Cordillera, dije bueno vamos a ver si la oportunidad realmente yo la aprovecho. Por qué me están dando la oportunidad de hacer un cambio y está en mi aprovecharla o no ... no quiero que en par de años más me de cualquier cosa y chao”
(Entrevista Inicial).*

Al terminar el taller aparece con más fuerza la importancia del auto cuidado, la aceptación, el ser ellos una prioridad para ellos mismos, el darse cuenta que el cambio depende de ellos, de conocerse, aceptarse, cuidarse y comienzan a hacer acciones concretas para ello, por otro lado empieza a disminuir la culpa

“Para mí el asunto de conectarme con mi cuerpo y dejar de culparme y recriminarme fue muy importante... hubo como un cambió el chip, eso me permitió darme cuenta de la importancia de cuidarme, de saber cuánto tenía que comer, que tenía que comer, el proceso de saborear la comida un conjunto de cosas que a futuro traen puros beneficios” (Focus group final).

“Me ayudó mucho a relajarme y a tomar consciencia que debo cuidar mi cuerpo, estar en paz conmigo, el saber perdonar y perdonarme y el quererme” (Focus group final).

4.2.3 Autocompasión

Se indagó anteriormente en la relación que tienen los pacientes con ellos mismos, sin embargo, se hace imprescindible profundizar en la capacidad de los participantes de conectarse con el sufrimiento propio y con la motivación por prevenirlo y aliviarlo, para así poder evidenciar los principales cambios producidos tras la participación en el taller.

Tabla 1

Escala de Autocompasión

PARTICIPANTE	Autocompasión self Kindness		Autocompasión Common Humanity		Autocompasión Mindfulness		Autocompasión promedio		Autocompasión Self Judgment		Autocompasión Isolation		Autocompasión Over Identification		Baja Autocompasión promedios	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
P.1	3,0	3,8	3,8	3,3	2,7	3,0	3,2	3,4	3,0	2,4	2,3	1,8	3,0	2,8	2,8	2,3
P.2	2,6	4,6	3,5	5,0	4,2	4,8	3,5	3,8	1,2	1,0	1,3	1,2	1,8	1,0	1,4	1,1
P.3	2,8	2,8	2,5	2,8	3,2	3,0	2,9	2,9	2,8	3,0	2,8	3,5	3,0	3,0	2,9	3,1
P.4	2,6	2,8	3,5	3,5	2,7	3,0	2,9	3,1	2,4	2,4	3,0	2,0	3,5	3,3	3,0	2,6
P.5	2,4	3,0	1,5	2,3	4,0	3,8	2,7	3,0	2,8	3,0	2,5	3,2	3,0	3,0	2,8	3,0
P.6	2,4	2,6	2,7	3,3	2,5	3,3	2,5	3,0	3,2	3,0	3,8	2,5	4,0	2,8	3,7	2,8
P.7	1,8	2,8	2,5	4,0	3,5	2,8	2,6	3,2	4,0	3,2	4,5	2,0	2,8	2,8	3,8	2,7
P.8	2,2	3,8	2,5	3,5	4,0	2,8	2,9	3,4	2,2	2,4	1,0	2,0	2,0	3,8	1,7	2,7
P.9	4,2	5,0	2,0	4,0	4,7	5,0	3,7	4,7	2,2	3,2	1,0	1,0	3,0	2,0	2,1	2,1
P.10	3,4	3,0	3,5	4,3	3,5	4,0	3,5	3,8	3,0	2,6	3,0	1,8	2,7	2,5	2,9	2,3
P.11	2,2	4,4	2,5	3,8	3,0	4,5	2,6	4,2	3,0	1,6	3,3	3,3	2,5	1,8	2,9	2,2
P.12	1,6	1,0	1,3	1,5	3,0	2,0	1,9	1,5	4,8	4,4	3,0	4,5	3,3	4,3	3,7	4,4
PROMEDIO	2,6	3,3	2,7	3,4	3,4	3,5	2,9	3,3	2,9	2,7	2,6	2,4	2,9	2,8	2,8	2,6

Tabla 2
Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas							
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	Autocompasión Self Kindness Antes - Autocompasión Self Kindness Después	-0,7042	0,8940	0,2581	-1,2722	-0,1361	-2,7280	11	0,0200
Par 2	Autocompasión Common humanity Antes - Autocompasión Common humanity Después	-0,7917	0,7192	0,2076	-1,2486	-0,3347	-3,8130	11	0,0030
Par 3	Autocompasión Mindfulness Antes - Autocompasión Mindfulness Después	-0,0833	0,7803	0,2252	-0,5791	0,4124	-0,3700	11	0,7180
Par 4	Autocompasión Pje Total Antes - Autocompasión Pje Total Después	-0,4250	0,5011	0,1447	-0,7434	-0,1066	-2,9380	11	0,0140
Par 5	Autocompasión Self Judgement Antes - Autocompasión Self judgement Después	0,2000	0,6030	0,1741	-0,1831	0,5831	1,1490	11	0,2750
Par 6	Autocompasión Isolation Antes - Autocompasión Isolation Después	0,2333	1,1438	0,3302	-0,4934	0,9601	0,7070	11	0,4940
Par 7	Autocompasión Over Identification Antes - Autocompasión Over Identification Después	0,1250	0,8390	0,2422	-0,4081	0,6581	0,5160	11	0,6160
Par 8	Baja Autocompasión Antes - Baja Autocompasión Después	0,2000	0,6368	0,1838	-0,2046	0,6046	1,0880	11	0,3000

Respecto al nivel de autocompasión **se observan en general cambios en dirección a una mayor autocompasión**, sin embargo, **los cambios estadísticamente significativos se muestran en los ejes de bondad con uno mismo**, la capacidad de ser amable consigo mismo cuando se está sufriendo y **humanidad compartida** refiriendo a la capacidad de ver las dificultades como parte de la vida de todos los seres humanos. Esta información **es coherente y refuerza lo que mencionan en las entrevistas y el focus group**.

Sin embargo, el análisis de los cuestionarios muestra que **el cambio no fue significativo en la capacidad de mantener atención plena** y las emociones en equilibrio cuando ocurre algo que genera molestias versus la sobre-identificación, como la tendencia a obsesionarme en todo lo que va mal, **lo que se contradice con lo mencionado por los participantes en la sesión 8 y en el importante cambio detectado en la capacidad de atender contactar, nombrar y diferenciar, emociones y sensaciones**.

En los ítems de baja autocompasión, auto crítica, sobre identificación y aislamiento no se observan cambios estadísticamente significativos.

Para abordar con mayor profundidad los resultados obtenidos, los factores de **bondad con uno mismo, humanidad compartida y Mindfulness** se analizarán e integrarán los resultados cuantitativos y cualitativos.

4.2.3.1 Aislamiento / Humanidad compartida

Este factor implica reconocer las dificultades y el dolor como algo común a los seres humanos.

Al comenzar el taller el factor aislamiento aparecía como un generador importante de sufrimiento en los participantes.

“Yo creo que el sobrepeso te aísla, te saca...” (Entrevista Inicial)

“El peso influye en mi autoestima...por eso no me relaciono mucho con el entorno” (Entrevista Inicial).

Al terminar el taller mencionan un alivio importante en la experiencia compartida entre los integrantes del grupo. Al preguntarles a los participantes al terminar el taller ¿Qué aspectos del taller fueron los más importantes para ellos? ¿Por qué?, comentan en su mayoría que el factor de **humanidad compartida**, sin duda fue uno de los que más les sirvió, durante este proceso, pasando de sentir el sobrepeso como un factor de aislamiento a darse cuenta que habían otras personas que compartían este sufrimiento y muchas de las experiencias que en un comienzo se sentían como algo tan único.

“El escucharme, el escucharte, el escuchar a los compañeros en las distintas etapas del proceso, el compartir con otros que están viviendo una experiencia similar” (Focus group final).

“Valoro mucho las personas y las experiencias comunes compartidas en el taller” (Focus group final).

4.2.3.2 Autocrítica / Bondad con uno mismo

Implica ser comprensivo con nosotros cuando sufrimos en lugar de criticarnos.

Se puede observar un eje importante del taller en el cambio desde la autocrítica, el castigo y el juicio a una relación más amorosa con ellos mismos, desde la aceptación, la validación, el amor y la capacidad de pedir ayuda sin enjuiciarse por ello.

Al comenzar el taller aparece la rabia, los insultos, malos tratos y el castigo a ellos mismos como un factor común.

*“Llegar a tener rabia conmigo misma por el peso, por la ansiedad, por no poder controlarme... **Que soy una chancha, que soy gorda**” (Entrevista Inicial).*

*“**Uno tiende a castigarse, uno es fea...**” (Entrevista Inicial).*

Al terminar el taller uno de los principales cambios es en la forma en que comienzan poco a poco a aceptarse y valorarse, a entregarse cariño cuando están sufriendo y cuidarse.

*“**Poder aceptarme como soy, sin cuestionarme tanto, quererme y saber que cuando necesito ayuda debo pedirla sin sentirme mal ni criticarme por eso**” (Focus group final).*

*“**El dejar de pelear con mi ansiedad por comer, el sentirme más tranquila y hacerle cariño a la niña interna, me gusto, eso fue lo que más me hizo un clic**”, “**Más que nada darme cuenta que a través de la comida y el placer que da, estaba llenando esa falta como de cariño que me faltó quizás cuando era niña, o no cariño porque igual tuve cariño pero a mis papás y todo eso, quizás eso he aprendido a entender**” (Focus group final).*

4.2.3.3 Sobre identificación / Mindfulness

Al comenzar el taller, tan sólo pensar en meditar y conectarse con ellos era una fuente de desmotivación. Sin embargo en la medida que fueron transcurriendo las semanas y pudieron ver los resultados de forma experiencial en sus vidas, el poder estar en el presente por algunos instantes, prestar atención plena al cuerpo, a sus pensamientos, sentimientos y experiencias, observarlos tal como son, sin evadirlos ni amplificarlos **fue un proceso que avanza lento pero significativamente en dirección a una mayor consciencia.**

La **comida** en muchos de los casos antes de comenzar el taller era la encargada de apoyar el mecanismo de **evasión o simplemente una coraza**, para no exponerse al rechazo preferían no mostrarse, no mirar estos aspectos que podían generar dolor, dejando así de prestar atención a sus experiencias.

Por otro lado durante el tiempo que se desarrolló el taller aparecieron algunas **situaciones estresantes**, relacionadas con el proceso médico y administrativo del programa, que fueron sentidas por los pacientes como **amenazantes** ya que ponían en riesgo posibilidad de operarse, llegando en algunos momentos a **amplificar y sobre identificarse** con las cosas que iban mal.

*“Yo soy un poco más cuadrado pero no sé, **no logro entender bien que tienen que ver los ejercicios** y los audios que escuchamos **con el tema del peso** y me cuesta pero los hago y quiero de verdad entenderlo, por eso lo pregunto” (Sesión 3 taller)*

En la sesión 8 en la que la mayor parte de los participantes venían con un nivel importante de **ansiedad**, dado que estaban en proceso de que los **médicos** les dieran los distintos **pases para la operación**, encontrándose con trabas que no esperaban como asistir al cardiólogo al final del proceso, dejar de fumar, derivaciones por comorbilidades médicas y de salud mental y por otro lado que no podían bajar mucho de peso ni mejorar sus exámenes ya que sino no los operaban por los requisitos mínimos que exige la clínica para operar. Se realiza imaginación de un **lugar seguro que les genere paz**, invitando a este lugar a un **personaje compasivo**. Al pedirles que pudieran decir cómo se sienten para concretar lo aprendido, las palabras son:

“Tranquilidad”, “alivio”, “en paz”, “alegre”, “es uno de los ejercicios que más me ha gustado y me ha servido” (Sesión 8).

En contraposición al estado ansioso y de sobre identificación con todo lo que va mal que comentan al llegar. Se comienza a observar más concretamente que el eje **autocompasión** es uno de los más movilizadores para este grupo.

Al terminar el taller comienza a nacer la capacidad de prestar atención, de estar más presentes, de ponerle nombre a sus experiencias como una fuente de alivio y no de más sufrimiento.

*“Yo no le encontraba mucho sentido a los ejercicios que hacíamos y recuerdo que te pregunte pero de verdad que si... **Me paso que le fui dando sentido con la experiencia... me sirvió no solo para el tema del peso” (Focus group final).***

*“Las meditaciones me ayudaron **a encontrarme conmigo, conocerme y reconocer mis falencias” (Focus group final).***

4.2.3.3.1 Capacidad de contactar y diferenciar emociones

En una cultura donde son pocos los espacios de conexión con ellos mismos, con el cuerpo, con las emociones sin enjuiciarlas, es muy valorado el ejercicio inicial de cada taller enfocado a conectar la emoción con el cuerpo y al finalizar cada módulo, poder decir en una palabra como se sentían, aprendiendo que luchar contra las emociones o evadirlas no significa que dejen de existir, por lo que permitirles y aprender a ponerle nombre a lo que sienten por más duro que sea ya baja su carga emocional.

En la fase final del taller se observan diferencias significativas no tan solo un aumento en sus características de agrado y desagrado sino en la facilidad para contactar sus emociones nombrarlas, diferenciarlas, permitirles y conectarlas con el cuerpo.

Al comenzar el taller y preguntarles con que sensaciones llegaban se encontraron sensaciones de: **“sorpresa”** y **“curiosidad”** (Entrevista Inicial).

Más que de emociones en un primer encuentro logran diferenciar **pensamientos y expectativas con las que llegan, estas iban en la línea de trabajar el tema mental y los hábitos, “ganas trabajar la culpa y las emociones que llevan a comer compulsivamente”, “miedo a la re ganancia de peso”, “imagen y autoestima”, “aprender a alimentarse”** (Entrevista Inicial).

Se observa en al iniciar el taller una dificultad importante para poder darse cuenta ¿Cómo están? ¿Cómo se sienten? ¿Qué quieren? ¿Qué aprendieron? Que disminuyó considerablemente con la práctica constante de la atención plena **hacia el final del taller.**

*“Es impresionante como, solo **ponerle nombre a lo que a uno le pasa hace que uno se sienta mejor**” (Sesión 7 taller).*

Al terminar el taller se les consulta con que sensación se van del taller, refiriendo a sensaciones de agrado principalmente en la relación con ellos mismos. **“Paz”, “libertad”, “consuelo”, “sanidad”, “corazón agasajado”, “en paz y recordando grandes momentos”, “tranquilidad”, “alivio”, “enriquecimiento del alma”, “sabiduría y aprendizaje”, “nuevas herramientas”, “confianza”, “validación”, “ponerse en primer lugar”, “con más consciencia”, “conectada conmigo misma”, “capaz de salir del piloto automático”, “con la capacidad de darle sentido a todo este proceso más allá de la baja de peso y la cirugía”, “dejar de criticarse tanto y de sufrir tanto por todo y aprender a soltar”, “aprender a escuchar y respetar el cuerpo”, “poder traspasar limitaciones que sentía que daba la obesidad” y “más reconciliada con mi niña interna y mi historia de niña”** (Focus group final).

4.3 Relación con la comida

La experiencia de comer es única para cada persona, no corresponde a un cuadro psicopatológico específico sin embargo entre los participantes se puede observar como factor

común el haber dejado a un lado la sabiduría orgánica por las **dietas crónicas, comer desatentos y/o comer como una forma de nutrir el corazón.**

Tabla 3
Escala de Mindful Eating

PARTICIPANTE	Mindful eating F. Desinhibición		Mindful eating F. Consciencia		Mindful eating F. Externos		Mindful eating F. R Emocional		Mindfuleating F. Distracción		Mindful Eating Puntaje Final	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
	P.1	2,0	2,5	3,0	3,0	2,3	3,0	3,0	3,3	2,0	4,0	2,5
P.2	3,4	4,0	2,4	3,6	1,8	2,3	3,5	4,0	3,0	4,0	2,8	3,6
P.3	2,6	2,6	1,7	2,3	2,8	2,7	2,5	3,8	1,7	2,0	2,3	2,7
P.4	3,0	2,5	2,6	2,4	3,0	3,3	1,5	2,8	1,7	3,3	2,3	2,9
P.5	2,7	3,0	2,9	3,1	1,7	3,2	2,3	1,5	2,7	3,3	2,4	2,8
P.6	1,4	2,4	2,6	2,4	2,0	2,2	1,0	3,5	2,7	3,0	1,9	2,7
P.7	1,9	2,5	2,1	2,1	3,0	3,2	1,5	1,8	2,0	1,7	2,1	2,2
P.8	0,8	2,1	1,7	2,7	1,8	3,0	4,0	3,5	2,3	3,0	2,1	2,9
P.9	3,4	4,0	3,7	3,6	2,5	3,3	4,0	4,0	3,7	2,7	3,5	3,5
P.10	3,1	3,3	2,3	2,4	2,2	3,0	3,8	3,0	1,7	1,3	2,6	2,6
P.11	2,5	3,0	3,3	3,9	2,5	3,5	2,8	3,8	3,7	4,0	2,9	3,7
P.12	1,5	1,9	1,6	2,1	1,3	2,2	0,8	1,5	1,3	1,0	1,3	1,7
PROMEDIO	2,4	2,8	2,5	2,8	2,2	2,9	2,5	3,0	2,4	2,8	2,4	2,9

Tabla 4
Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Mindful eating F. Desinhibición Antes - Mindful eating F. Desinhibición Después	-0,4583	0,4562	0,1317	-0,7482	-0,1685	-3,4800	11	0,0050
Par 2	Mindful eating F. Consciencia Antes - Mindful eating F. Consciencia Después	-0,3092	0,4697	0,1356	-0,6076	-0,0107	-2,2800	11	0,0440
Par 3	Mindful eating F. Externos Antes - Mindful eating F. Externos Después	-0,6667	0,4638	0,1339	-0,9614	-0,3720	-4,9790	11	0,0000
Par 4	Mindful eating F. Respuesta Emocional Antes - Mindful eating F. Respuesta Emocional Después	-0,4833	0,9666	0,2790	-1,0975	0,1308	-1,7320	11	0,1110
Par 5	Mindful eating F. Distracción Antes - Mindful eating F. Distracción Después	-0,4000	0,8581	0,2477	-0,9452	0,1452	-1,6150	11	0,1350
Par 6	Mindful Eating Pje Total Antes - Mindful eating Pje Total Después	-0,4750	0,3108	0,0897	-0,6725	-0,2775	-5,2940	11	0,0000

Se puede observar un cambio significativo entre los resultados al aplicar la prueba antes de comenzar el taller y los obtenidos tras terminarlo en la capacidad general de comer con atención plena, sin embargo al detenerse en cada uno de los factores se puede detallar

que los cambios más significativos se dieron en la capacidad actuar con consciencia, de observar y atender a sensaciones, percepciones, pensamientos, sentimientos y de darse cuenta del efecto de los alimentos en los estados internos, la capacidad de dejar de comer cuando se está lleno y una disminución del comer en respuesta a señales ambientales.

Tabla 5
Target Complaints: Episodios de Ingesta Compulsiva

PARTICIPANTES	Episodios de Ingesta Compulsiva	
	Antes	Después
P.1	1,1	0,0
P.2	0,3	0,1
P.3	0,0	0,0
P.4	1,3	0,0
P.5	1,1	0,3
P.6	5,0	5,9
P.7	7,7	0,0
P.8	10,0	1,9
P.9	3,0	0,0
P.10	1,0	1,0
P.11	1,1	0,8
P.12	0,7	0,1

Tabla 6
Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 3	Target complaints Ingesta Compulsiva Antes - Target Complaints Ingesta Compulsiva Después	1,8500	2,9798	0,8602	-0,0433	3,7433	2,1510	11	0,0550

Respecto a los episodios de ingesta compulsiva se observa un cambio, pero este no es estadísticamente significativo, sin embargo, se pudo observar un cambio importante en la cualidad de estos episodios al analizar la información entregada por las entrevistas y el grupo focal. Una hipótesis al respecto es que en la medida que avanzaban en hacerse conscientes de sus hábitos, estos les parecían más grandes, el estar más atentos a cada uno de estos episodios diferenciando el hambre real de la emocional creo que pudo haber influido en que esta diferencia fuera cuantitativamente menor a la esperada.

4.3.1 Comida para nutrir el corazón o alimentación emocional

Antes de comenzar el taller, durante la entrevista inicial los pacientes comienzan a darse cuenta que muchas veces lo que llamaban comúnmente hambre era realmente hambre emocional o del corazón que sin darse cuenta, al no sentirse capaz de saber o de entregarse lo que necesita realmente, frente a la frustración, la pena, el enojo... intentaban llenar ese vacío con comida.

*“Después de **discutir** con mi vieja me **como** una barra entera de chocolate, me llega a dolor la guata pero sigo **comiendo y llorando** y sabiendo que me estoy haciendo daño con eso pero finalmente es como lo que me calma” (Entrevista Inicial).*

“De repente ando con mucha ansiedad después que me separe como que la comida apagaba todas mis penas... quede súper afectada cuando me separé... Cosas dulces y para no llorar delante de mi hija porque no quería que ella me viera llorando yo me iba ahí al portal de la reina y me comía seis donuts, después llegaba a la casa y seguía llorando porque me sentía tan culpable de comerme las seis donuts ya no lloraba por la pena si no que lloraba porque lo hice” (Entrevista Inicial).

Al terminar el taller mencionan que pudieron aprender a diferenciar el hambre real, del hambre del corazón, siendo más conscientes de su existencia y así pudieron

comenzar a atender al corazón cuando es hambre emocional y así disminuir los episodios de alimentación emocional.

Por otro lado el **ser más conscientes de cada episodio de alimentación emocional y poder diferenciarlos mejor también fue un factor que creo intervino en que los resultados del ítem alimentación compulsiva no fueran estadísticamente significativos.**

“Más que nada en darme cuenta que a través de la **comida** y el placer que da, **estaba llenando esa falta como de cariño**, eso he aprendido a entender” (Focus group final).

“**He podido identificar** cuando la comida ha significado un escape de una situación no agradable, compleja o bien cuando necesito evadir la realidad” (Focus group final).

4.3.2 Dietas crónicas

Al comenzar el taller en la entrevista inicial en su mayoría los participantes del taller **refieren haber hecho muchas dietas estrictas a lo largo de sus vidas y haber sufrido mucho con ellas.**

“Yo no tengo buena genética por ejemplo tengo amigas que van a comer lo que quieran y no van a subir de peso... yo soy de esas personas que si yo quisiera tener, estar en mi peso ideal tendría que mantener un dieta siempre....” (Entrevista Inicial).

“Yo hice muchas dietas y tuve un coach que me ayudó a bajar mucho de peso pero él me dejo traumatizada así pero mal” (Entrevista Inicial).

Durante el taller comienzan a darse cuenta que más que dietas estrictas que tanto sufrimiento generaban, siempre basadas solo en conocimiento externo y la fuerza de voluntad necesitaban cambiar la relación que tenían con la comida, dejando de ver la comida como algo prohibido y comenzar a disfrutarla desde la atención plena,

apelando al cómo, que y cuánto comer desde la conexión con su cuerpo y la sabiduría orgásmica.

*“Me di cuenta que **comer no es malo si sabemos cómo y cuánto**” (Focus group final).*

*“En mi caso por lo menos es el aprender la relación que tengo con la comida, que **la comida rica no es prohibida o dañina**, que comer es saludable siempre cuando lo haga de la forma correcta, poniendo todos los sentidos. Entender que comer no es malo, yo tenía una relación muy dañina, muy errónea con la comida y eso para mí ha sido sanador, un acto de compasión, el taller me ha enseñado que el propio hecho de comer no es un acto malo” (Focus group final).*

4.3.3 Comer desatento y/o compulsivo / comer con atención plena

Antes del taller al profundizar en la experiencia de comer desatentos la mayor parte de los participantes recalcan que se les hace agua la boca, que se lo comerían todo.

*“Al imaginar mi plato de comida favorita se **me hace agua la boca**, como que digo me voy a comer un poquito y ese poquito a lo mejor me sirvo otro poquito, **es una sensación de ansiedad**” (Entrevista Inicial).*

*“**Yo me comía los pie de limón enteros** y me compraba las bolsas de suflés y cuestionales y yo tenía un taller de costura y ahí lo escondía, para que no me vieran, me los comía todos escondida...” (Entrevista Inicial)*

En cambio al referirse al comer atentos, tanto en la entrevista al evocar un recuerdo donde hayan comido lo justo como en el grupo de enfoque al terminar el taller al hablar de los principales cambios hacen referencia a la capacidad de disfrutar y saborear la comida.

*“**Aprendí a comer lo justo sin tener que comerme todo. Aprendí que la comida se disfruta pero no en grandes cantidades para no sentir culpa**” (Focus group final).*

*“En cuanto a la comida, existe una relación más estrecha, antes era devorar, ahora es **disfrutar con los 5 sentidos**. Tengo una nueva manera de ver la comida, hoy es un aliado para poder vivir mejor” (Focus group final).*

4.4 Consciencia corporal

Para poder describir, medir y observar los cambios en la capacidad para reconocer las señales sutiles del cuerpo y la forma de responder a éstas de cada uno de los participantes del taller se abordó esta temática desde una visión mixta abordando los aspectos cuantitativos y cualitativos.

Al profundizar en la temática de la consciencia corporal aparecen dos aspectos importantes, la capacidad de escuchar al cuerpo o no y las distintas consecuencias que podría traer.

Tabla 7

Escala de Conexión Corporal

PARTICIPANTE	Consciencia Corporal		Disociación Corporal	
	Antes	Después	Antes	Después
	P.1	2,3	2,5	1,0
P.2	1,7	3,2	1,1	0,0
P.3	2,3	2,6	1,9	1,5
P.4	2,3	3,2	1,8	1,6
P.5	2,3	2,8	1,5	1,5
P.6	2,0	2,2	2,3	2,0
P.7	2,9	2,9	3,5	1,8
P.8	2,6	2,8	1,3	0,4
P.9	3,0	3,2	1,5	0,6
P.10	3,0	3,3	2,6	1,8
P.11	1,9	3,4	1,6	2,3
P.12	3,1	2,8	2,3	1,1

Tabla 8
Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas						t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
					Inferior	Superior				
Par 1	Conciencia Corporal Antes - Conciencia Corporal Después	-0,4583	0,5616	0,1621	-0,8152	-0,1015	-2,8270	11	0,0160	
Par 2	Disociación Corporal Antes - Disociación Corporal Después	0,5858	0,6497	0,1876	0,1730	0,9987	3,1230	11	0,0100	

Se pueden observar cambios clínica y estadísticamente significativos en el grupo respecto a la conciencia corporal definida como la capacidad para llevar de forma consciente la atención hacia el cuerpo, como un elemento clave para la auto regulación y la disociación corporal como la “evitación de la experiencia interna” (Quezada et al., 2014, p. 58).

4.4.1 Escuchar / no escuchar las señales corporales

Para poder responder a las señales sutiles del cuerpo es necesario primero el volver a comunicarnos con él y escucharlo.

Antes de iniciar el taller se podía observar en algunos de los pacientes un esfuerzo importante por comenzar a escuchar y reconocer los mensajes del cuerpo, sin embargo la mayor parte de los participantes tenían dificultades para conectarse, escuchar al cuerpo y/o una lucha constante con ellos mismos al intentar atenderlo.

“Sabes lo que pasa que el cuerpo avisa y entonces hay que hacerle caso... pero yo estuve mucho tiempo haciéndole el quite...eso es lo que pasa con el ser humano no para hasta que está mal y yo quiero salir de eso” (Entrevista Inicial).

*“Abrí un paquete de papas fritas y yo creo que me comí la mitad, me sentía mal, me sentía pesada... estuve con dolor de estómago, **pero no podía parar**” (Entrevista Inicial).*

Durante el transcurso de los módulos los participantes pudieron comenzar a validar la sabiduría de su cuerpo y a darse más espacios para comunicarse con él y prestarle más atención, aprendiendo a salir del piloto automático y respetarlo. Al terminar el taller en el focus group se repiten mucho las palabras conocerse, escucharse, comunicarse con ellos mismos.

*“Cambio mi enfoque al mirar la comida, ahora trato de **escuchar mi cuerpo** y mi nivel de saciedad” (Focus group final).*

*“El mayor impacto del taller es la **comunicación con mi cuerpo**, conectar la mente y el cuerpo permitiéndome ordenar y nombrar mis sentimientos, me ayudó también a no sentir culpa por haber abusado de mi cuerpo tantos años. Ha sido vital el poder **escuchar mi cuerpo** y las necesidades de este” (Focus group final).*

4.4.2 Consecuencias de escuchar las señales del cuerpo / no escucharlas

Además de escuchar las señales del cuerpo que es indispensable en el proceso de mantener el peso a largo plazo es importante detenernos en las consecuencias de hacerlo y no hacerlo.

El escuchar las señales del cuerpo es difícil para la mayor parte de los pacientes en un inicio, sin embargo al tomar la decisión de entrar al programa integral de obesidad, ya comienzan los primeros esfuerzos por escuchar al cuerpo e intentar obedecerle, no hacerlo es referido en la entrevista inicial, como causa de diversos malestares físicos y emocionales.

*“Yo estoy con un problema en esta pierna... yo me acuesto y la pierna me empieza a vibrar, se me quedan dormidas las manos, me pasaba que de repente despertaba y tenía en todo esto como que te enterraban cuchillos... entonces fui al traumatólogo y me dijo hay dos formas o bajas de peso o te opero, **no sé qué porque está asociado al peso**... seguramente el cuerpo carga el peso de alguna forma a ese lado y es muy doloroso” (Entrevista Inicial).*

“Por un lado mi hermano me regaló la operación por estética, pero también porque tengo la escoba en la espalda y tengo mucho dolor” (Entrevista inicial).

En cambio ya terminando el taller refieren que el integrar este nuevo hábito de escuchar las señales del cuerpo a sus vidas ha sido fundamental para el proceso, generando sensaciones de agrado y beneficios. Dándose cuenta que pueden tener responsabilidad en cómo se sienten, que pueden tomar las riendas de su vida y que no todo depende de profesionales y factores externos.

“En el caso mío, evité la culpa al comer lo suficiente y el autocastigo que recrimina la culpa. Como que cuando me conecto conmigo evito todo eso que viene después” (Focus group final).

“Por ejemplo el dolor de caderas, o dejas de comer tanto o te van a seguir doliendo las caderas y las rodillas, el saber que puedes hacer algo al respecto, el que depende de mí” (Focus group final).

4.5 Confianza versus el miedo a la reganancia de peso

Ningún tipo de cirugía ha podido asegurar la mantención a largo plazo si no ocurre un cambio integral en el paciente, mencionando los factores conductuales de la alimentación como los que más influyen en la reganancia de peso.

Por lo que si bien los pacientes saben que la cirugía bariátrica es exitosa para la disminución de peso, un factor importante durante el proceso es el miedo a volver a ganar peso posterior a la cirugía.

Tabla 9

Target Complaints: Miedo a la Reganancia de Peso

	TC Miedo a la reganancia de peso	
	Antes	Después
P.1	0,9	0,6
P.2	8,0	1,9
P.3	5,3	5,0
P.4	8,4	8,0
P.5	5,1	1,4
P.6	9,3	8,6
P.7	9,1	3,2
P.8	10,0	1,0
P.9	3,0	1,0
P.10	2,7	2,6
P.11	6,9	6,6
P.12	9,9	4,4
PROMEDIO	6,6	3,7

Tabla 10

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	Target Complaints Miedo Re ganancia de peso Antes - Target Complaints Miedo Re ganancia de peso Después	2,8583	3,0726	0,8870	0,9061	4,8106	3,2230	11	0,0080

Se puede observar un cambio estadísticamente significativo respecto al miedo a reganar peso tras la participación en el taller.

Antes de iniciar el taller los participantes mencionaban en su gran mayoría tener miedo a subir de peso como otras personas que conocían que se habían operado y que con el tiempo habían vuelto a subir de peso, a comer en exceso en instancias sociales o simplemente no darse cuenta cuando empiecen a subir de peso. **En cambio tras terminar el taller este deja de ser un tema mencionado por los participantes.**

“Me había inscrito antes para operarme y después me arrepentí porque yo tengo varias amigas que se operaron y ahora son súper gordas otra vez. Entonces yo me arrepentí porque dije después voy a estar gorda de nuevo” (Entrevista Inicial).

“Yo he bajado y he vuelto a subir... siempre me pregunto cuando fue que empecé de nuevo a subir de peso, qué pasó conmigo, qué pasó como pensaba yo, que estaba sucediendo alrededor que importó nada todo el esfuerzo pasado... todo el gasto pasado y de nuevo subí... me da miedo no darme cuenta y volver a subir de peso, ya que al darme cuenta puedo hacer algo” (Entrevista Inicial).

Tras terminar el taller no refieren, durante el focus group, ni durante el seguimiento, al miedo a reganar peso posterior a la cirugía, temática en la que no se profundizo directamente pero creo podría estar influenciado por estar más conscientes de sus sensaciones corporales, sus patrones mentales, emocionales y alimentarios, lo que finalmente les permite sentir que ellos tiene responsabilidad en su proceso y que es posible mantener este cambio en su estilo de vida y con ello la baja de peso a largo plazo.

“En mi tuvo un impacto súper fuerte durante la recuperación de la operación por que como lo mencione en alguna oportunidad, operarte es lo más fácil uno sabe que con un vaso de agua se va a satisfacer el tema va con la recuperación psicológica, ahí está el tema, que era lo que me pasaba a mí todavía yo seguía con las ganas de comer piza, de comerme un burger, esas cosas a mí con el proceso que hemos vivido a mí me ha ayudado a disminuir las ansiedades que es lo que yo más sufrí se podría decir, porque físicamente gracias a Dios no sufrí nada, ningún dolor, nada, pero psicológicamente eso era lo que me martirizaba las primeras semanas y ahora con el tiempo se me ha ido estabilizando. El taller me ha ayudado harto con el tema de la ansiedad y la relación con mi cuerpo que es importante para que el tema se mantenga.” (Focus group final).

“Disfruto con los cinco sentidos, uno no saboreaba la comida antes ahora me demoro 20 o 30 minutos y siento esa sensación, ese olor rico pero siempre desde lo que aprendí aquí desde el respeto a mi cuerpo, no darle más de lo que necesita.” (Focus group final).

4.6 Sentido del síntoma

Para enfrentar exitosamente un cambio de estilo de vida y alimentación tan grande como es el desafío que afrontan cada uno de los participantes del presente estudio, es necesario que dentro del proceso puedan detenerse a observar si esta forma de comer abundante, compulsiva y en muchas ocasiones automática tiene alguna función importante en sus vidas, ya que de ser así es imprescindible poder mantener el sentido para generar un cambio real y ecológico que se pueda mantener en el tiempo.

4.6.1 Cariño

La comida en muchas oportunidades es la forma que tienen muchas familias en nuestra cultura de mostrar el cariño, esto se transforma en un ancla y de adultos el satisfacer las necesidades de afecto a través de la comida comienza a hacerse un hábito.

*“Crecí sin un papá y una mamá presentes, abuelos y tíos intentan entregar el **cariño mediante la comida**” (Sesión 5 taller).*

*“Crecí en un sector muy rural en una familia extremadamente pobre, pasando momentos de hambre, y **la muestra más concreta de cariño de mi madre hacia mi familia era a través del pan**, dándome cuenta que es justamente este alimento el que más me ha costado regular el consumo durante el proceso” (Sesión 5 taller).*

Se puede observar que descubrir el sentido real del comer compulsivo en sus vidas, les permitió alinearse de mejor manera con su objetivo de bajar de peso sin dejar insatisfecha esta necesidad de amor y aceptación.

4.6.2 Protección

El sobrepeso, el aumento de las células grasas y la comida para los participantes cumplen una función muy relevante en sus vidas, la de protegerlas, anestesiando, evitando ciertas conductas e incluso impulsando a salir adelante a pesar de las dificultades.

*“Todo pasa por algo en la vida, cuando chica en mi adolescencia fui muy loca, fui muy desastre siento que si hubiese sido flaca, ya con tantos pretendientes que tuve siendo gordita, podría haberme enamorado de cualquier hombre que me hubiera dicho vamos a vivir no se a Brasil o no sé por el hecho de haber sido flaca e inmadura podría haberme pasado cualquier cosa o alguien malo. **Siento que me ayudo por que como a respetarme a mí misma... Me protegió, fue algo que me protegió, de todas**” (Sesión 5 taller).*

*“La comida es la pasión de mi vida, soy cocinera, pruebo mientras cocino, la comida me ha llevado a muchos logros, **me permiten salir adelante en la vida a pesar de las dificultades**” (Sesión 5 taller).*

Simplemente el darse cuenta que el sobrepeso y la comida que habían sido hasta el momento experimentados a lo largo de la vida como signos de lucha y resistencia, también habían sido factores protectores que les permitieron salir adelante en la vida, comienza a permitir una visión más amorosa y comprensiva del proceso.

4.6.3 Contención y Refugio

La comida en algunos casos se puede transformar en un espacio de contención incondicional, que si bien no sana la herida ayuda a sentir mayor bienestar en un momento de mucho sufrimiento o al menos funciona como una vía de escape.

*“Cada vez que estoy triste, ansiosa, angustiada **mi mejor refugio**, el lugar donde es seguro que puedo encontrar contención es en **la comida**” (Sesión 5 taller).*

*“**He pasado por varias pérdidas en un periodo muy corto de tiempo por lo mismo la comida y el cigarro han sido un refugio seguro para poder recurrir en momentos de mucha ansiedad para seguir adelante en mi trabajo y con mis hijos**” (Sesión 5 taller).*

Respecto a las reflexiones posteriores a la actividad, se puede mencionar que descubrir un significado tan importante y profundo para el comer en exceso, como es la contención incondicional, les permitió darse cuenta de forma concreta que el manejo de la obesidad tiene que ir más allá de la fuerza de voluntad y una pauta de alimentación para que sea duradera la baja de peso posterior a la cirugía.

4.6.4 Factor de unión familiar, pertenencia, social, compartir con amigos.

En nuestra cultura la mayoría de las actividades sociales se hacen en torno a la comida por lo que pensar en ella como una forma de socializar, disfrutar en familia y compartir es una experiencia compartida por la mayoría de los participantes del taller.

“Mi principal miedo al iniciar este proceso era cambiar mi personalidad ya que todas las instancias sociales y familiares son en torno a la comida y no quiero dejar de disfrutarlas” (Sesión 5 taller).

“Soy el parrillero de mi familia y amigos, para mi poder seguir participando de estas actividades sin sufrir es muy importante ya que la familia y los amigos son prioridades en mi vida... “me comió la parrilla” (Sesión 5 taller).

En los relatos finales de los participantes se pudo observar que haberle podido dar el espacio necesario a los miedos en torno aspecto socializador, de pertenencia y de unión de la comida durante el taller fue un factor importante para disminuir la ansiedad y les permitió seguir disfrutando de estas instancias sin la necesidad de comer en exceso (focus group final).

4.7 Miedo a no ser operados por bajar de peso antes de la operación

Durante **los últimos talleres** se comienza a observar en una parte importante del grupo un elevado nivel de ansiedad por cumplir con el peso mínimo para poder acceder a la operación, ya que si mejoraban sus exámenes y/o su peso se arriesgaban a no tener los pases necesarios. En algunos pacientes esto influyó de forma importante en la motivación e hizo que dejaran la rigurosidad por la alimentación saludable, el ejercicio y varios aspectos del proceso.

“Ha influido cuanto podemos bajar de peso y cuan saludable podemos estar para obtener los pases, es un arma de doble filo.....” (Sesión 7 taller).

“La doctora me dijo bajas un kilo más y no te puedo operar sí que lo que había bajado hasta ahora lo he ganado” (Sesión 7 taller).

4.7.1 Esperanza en el proceso

Tabla 11
Target Complaints: Esperanza en el Proceso

Participante	Esperanza	
	Antes	Después
P.1	10,0	10,0
P.2	10,0	10,0
P.3	5,4	6,8
P.4	6,6	8,0
P.5		
P.6	6,7	5,6
P.7	7,1	8,3
P.8	10,0	10,0
P.9	10,0	10,0
P.10	10,0	10,0
P.11	5,6	5,9
P.12	10,0	10,0
PROMEDIO	8,3	8,6

Tabla 12
Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas						t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
					Inferior	Superior				
Par 2	Target Complaints Esperanza Antes - Target Complaints Esperanza Después	-0,2909	0,7569	0,2282	-0,7994	0,2176	-1,2750	10	0,2310	

Respecto a la esperanza en el proceso no se observan cambios significativos, lo cual podría deberse a lo elevado de este indicador en el inicio del proceso y a los obstáculos

con que se encontraron durante el taller como las derivaciones y/o la necesidad de cumplir con un peso y enfermedades mínimas para poder operarse.

4.7.2 Índice de masa corporal (I.M.C.) inicial / I.M.C. final

Si bien el bajar de peso y con ello el índice de masa corporal fue un factor muy importante para los participantes del taller, es al mismo tiempo una de las limitaciones del estudio, al existir una cirugía de por medio en distintas fechas y no poder hacer el estudio a largo plazo para poder observar la baja final y hacer un seguimiento a la mantención del peso, en este estudio no se realizará ni se profundizará en este aspecto.

Tabla 13
Índice de Masa Corporal

Participante	I.M.C		Operación durante el proceso de intervención
	Antes	Después	
P.1	36,2	35,4	No
P.2	34,6	28,1	Si
P.3	41,7	41,7	No
P.4	36,1	35,6	No
P.5	33,5	33,2	No
P.6	35,0	34,2	No
P.7	40,3	35,5	Si
P.8	36,4	25,0	Si
P.9	35,4	30,5	Si
P.10	30,4	29,2	No
P.11	42,2	40,4	No
P.12	39,2	39,2	No
Promedio	36,8	34,0	

5 Resumen de resultados

Al indagar con los participantes, antes, durante y tras la ejecución del taller en ¿Cómo influye un programa de desarrollo de la consciencia corporal, a través del cultivo de mindfulness y autocompasión, en personas con obesidad que están en proceso de cirugía bariátrica? Nos encontramos con varios aspectos que tras su análisis me parecen importantes de resaltar.

5.1 Describir el significado que tiene la obesidad para el paciente que vive esta condición.

Las respuestas de los participantes aludieron a las causas que los llevaron al sobrepeso y a las consecuencias de éste en sus vidas.

Respecto a las causas de su sobrepeso aparece el comer como una forma de hacer frente a emociones y/o situaciones que son complejas de enfrentar, refiriéndose a la comida directamente como un ansiolítico o una vía de escape, lo que fortalece la idea de la importancia de la **regulación emocional** para el tratamiento de la obesidad

La genética para los participantes es una causa importante para el sobrepeso; sin embargo poco a poco van comenzando a tomar las riendas de su proceso, **a verse a ellos como responsables y factores de cambio.**

Respecto a las consecuencias de la obesidad en sus vidas mencionan principalmente: la obesidad en relación a la comorbilidad con enfermedades crónicas de difícil tratamiento, la disminución de las capacidades físicas en la vida cotidiana y el miedo a que esto les impidiera disfrutar de su vida, de sus seres amados y la disminución de la autoestima por el sobrepeso que ha afectado las relación con ellos mismos, en el ámbito social y laboral.

Al finalizar el taller, los participantes reportan cambios significativos respecto al significado del sobrepeso y de sus expectativas frente a la cirugía y este gran cambio de vida. Si bien siguen teniendo una meta clara y concreta respecto al peso y varias expectativas

asociadas a este cambio físico, comienzan a integrar en este proceso el sentido de la comida y el sobrepeso en sus vidas y la importancia de satisfacer sus necesidades psicológicas alineándose con los valores y motivaciones intrínsecas para llegar a su estado deseado, versus la búsqueda de la felicidad puramente hedónica basada en valores extrínsecos y sabiduría externa que hacían que el paso de dieta en dieta, basadas solo en fuerza de voluntad fueran una fuente cotidiana de frustración, mayor ansiedad y proyecciones idealizadas que los llevaba a sentir que con la baja de peso y el cambio de imagen podrían transformar todos los aspectos que hasta ahora les habían generado sufrimiento, expectativas que probablemente produciría mayor sufrimiento al chocar con su realidad tras la cirugía (Ryan, Huta & Deci 2008).

5.2 Describir y comparar la experiencia subjetiva de los participantes del taller en torno a la relación que tienen con ellos mismos, con su cuerpo y con la comida al inicio y tras la participación en el taller.

En la medida que el taller avanza los participantes se van dando cuenta de la poca consciencia con la que vivían el día a día, lo que les permite hacerse más consciente de hábitos mentales, conductuales o de la alimentación que antes no veían lo que les permite dar los primeros pasos para generar cambios en ella.

Las principales temáticas que aparecen al hablar de la relación con ellos mismos son en un comienzo: vergüenza, descuido dejarse a un lado, postergarse, no mirarse versus mayor autocompasión, amor bondadoso, tomar las riendas de la vida y cuidado personal que comienzan a aparecer hacia el final del taller. Así al terminar el taller comienzan a tener consciencia de lo importante que es volver a ser una prioridad en sus vidas, cuidarse y preocuparse de ellos mismos, aparece en la mayoría de los participantes las ganas de embellecerse, de arreglarse, de mirarse, escucharse y sentirse mejor.

Desde la importancia de alinearse con lo que realmente es importante para cada uno de los participantes, sus valores y motivaciones intrínsecas a la base de la relación que

establecen con la comida se hizo importante indagar en el sentido del síntoma, detenerse a observar si esta forma de comer abundante, compulsiva y en muchas ocasiones automática tiene alguna función importante en sus vidas, ya que de ser así era imprescindible poder mantener el sentido para generar un cambio real y ecológico que se pudiera mantener en el tiempo.

El sobrepeso y el comer en exceso para los participantes cumplía una función muy relevante en sus vidas dentro de las cuales se encontraron: Búsqueda de amor y aceptación, protección, contención y refugio, factor de unión familiar y pertenencia social. Funciones y búsquedas tan relevantes y prioritarias en sus vidas que coinciden con una de las necesidades psicológicas básicas del ser humano según la teoría de la autodeterminación “conexión social y relación” (Ryan, Huta & Deci 2008).

Darse cuenta que el sobrepeso y la comida que habían sido hasta el momento experimentados a lo largo de la vida como signos de lucha y resistencia, también habían sido factores protectores que les permitieron salir adelante en la vida, comienza a permitirles tener una visión más amorosa y comprensiva del proceso alineándose de mejor manera con su objetivo pero sin dejar insatisfechas estas necesidades.

Descubrir un significado tan importante y profundo para el comer en exceso, les permitió darse cuenta de forma concreta que el manejo de la obesidad tiene que ir más allá de la fuerza de voluntad y una pauta de alimentación para que sea duradera la baja de peso posterior a la cirugía, lo cual coincide con la importancia de la regulación emocional, del volverse hacia ellos mismos, de conectarse con sus necesidades, valores, con lo que realmente es importante para ellos, con el proceso y no solo en el resultado final para el tratamiento integral de la obesidad.

Por otro lado tal como menciona Ken Goss el reemplazar los pensamientos, hábitos mentales y sentimientos negativos por hábitos más compasivos puede satisfacer las necesidades emocionales reales sin necesidad de recurrir a la sobrealimentación (2011).

5.3 Describir y comparar la consciencia corporal de los participantes al inicio y al final de la intervención.

Se pueden observar cambios clínica y estadísticamente significativos en esta ámbito, los participantes refieren que antes de iniciar el taller tenían dificultades para conectarse, escuchar al cuerpo y/o una lucha constante con ellos mismos al intentar atenderlo.

Durante el trascurso de los módulos los participantes pudieron comenzar a **validar la sabiduría de su cuerpo** y a darse más espacios para comunicarse con él y prestarle más atención, aprendiendo a **salir del piloto automático y respetarlo pudiendo conocerse, escucharse, comunicarse con ellos mismos**, integrando este nuevo hábito de escuchar las señales del cuerpo a sus vidas, lo que mencionan ha sido fundamental para el proceso, generando sensaciones de agrado y beneficios. Dándose cuenta que pueden tener responsabilidad en cómo se sienten, que pueden tomar las riendas de su vida y que no todo depende de profesionales y factores externos.

5.4 Describir y comparar la consciencia y atención plena en la alimentación de los participantes al inicio y al final del programa.

Antes del taller al profundizar en la experiencia de comer desatentos la mayor parte de los participantes recalcan que se les hace agua la boca, que se lo comerían todo.

Puede observar un cambio importante en la capacidad general de comer con atención plena, sin embargo los cambios más significativos se dieron en la capacidad de actuar con consciencia, de observar y atender a sensaciones, percepciones, pensamientos, sentimientos y de darse cuenta del efecto de los alimentos en los estados internos, la capacidad de dejar de comer cuando se está lleno y una disminución del comer en respuesta a señales ambientales.

Mencionan que pudieron aprender a diferenciar el hambre real, del hambre del corazón y así pudieron comenzar a atender al corazón cuando es hambre emocional y así disminuir los episodios de alimentación emocional.

Al finalizar el taller los participantes especialmente los dietantes crónicos, coincidiendo con, Jean Kristeller (2015) en su libro *The Joy of Half a Cookie*, mencionan que confiar en la fuerza de voluntad y la culpa conducen finalmente a la lucha e insatisfacción. Comienzan a darse cuenta que más que dietas estrictas que tanto sufrimiento generaban, siempre basadas solo en conocimiento externo y la fuerza de voluntad necesitaban cambiar la relación que tenían con la comida, dejando de ver la comida como algo prohibido y comenzar a disfrutarla desde la atención plena, refiriéndose a ello como la capacidad de disfrutar y saborear la comida, apelando al ¿cómo?, ¿qué? y ¿cuánto? comer desde la conexión con su cuerpo y la sabiduría organísmica.

5.5 Describir y comparar el número de atracones de los participantes al inicio y al final del programa.

Pude observar un cambio importante en la cualidad de estos episodios al analizar la información entregada por las entrevistas y el grupo focal, pero este no alcanza a ser estadísticamente significativo al comparar cuantitativamente los instrumentos auto informados. Una hipótesis al respecto es que en la medida que avanzaban en hacerse conscientes de sus hábitos, estos les parecieran más grandes, el estar más atentos a cada uno de estos episodios y el poder diferenciar el hambre real de la emocional, fue un factor que creo influyó en que esta diferencia fuera cuantitativamente menor a la esperada

5.6 Describir y comparar la percepción de la confianza versus el miedo a la reganancia de peso al inicio y al final del programa.

Los pacientes saben que la cirugía bariátrica será exitosa para la disminución de peso, pero mencionaban en un inicio tener miedo a subir de peso como otras personas que conocían que se habían operado y que con el tiempo habían vuelto a subir de peso, miedo a comer en exceso en instancias sociales o simplemente no darse cuenta cuando empiecen a subir de peso. En este ítem se puede observar un cambio cualitativa y estadísticamente significativo tras la participación en el taller, este deja de ser un tema mencionado por los participantes, temática en la que no se profundizó directamente pero creo podría estar influenciado por estar más conscientes de sus sensaciones corporales, sus patrones mentales, emocionales y alimentarios, lo que finalmente les permite sentir que ellos tiene responsabilidad en su proceso y que es posible mantener este cambio en su estilo de vida y con ello la baja de peso a largo plazo.

5.7 Comparar el Índice de masa corporal de los participantes, al inicio y al final del programa.

Al iniciar el estudio se consideraba de vital importancia la baja en el índice de masa corporal, ya que era el objetivo final tanto de los participantes como del programa Integral de Obesidad de la Municipalidad de Las Condes que permitió que este estudio se hiciera. Sin embargo durante el tiempo que se desarrolló el taller aparecieron algunas situaciones estresantes, relacionadas con el proceso médico y administrativo del programa, que fueron sentidas por los pacientes como amenazantes y gatillantes de ansiedad.

Los participantes para poder operarse tenían que cumplir con varias condiciones que no sabían desde un comienzo. Se encontraron desde el área salud con índices de masa corporal límites que tenían que mantener para ser operados, ya que si bajaban mucho de peso o disminuían las enfermedades asociadas ponían en riesgo la posibilidad de operarse.

Por otro lado las fechas de operación de todos los pacientes eran distintas. No siendo representativo comparar la baja de pacientes que se habían sometido a la cirugía con quienes estaban aún en el proceso.

Al comparar los I.M.C. inicial y final, se observa una baja de peso pero esta no fue estadísticamente significativa.

Finalmente y creo que la mayor limitación para darle la relevancia que se pensó en un inicio al factor peso para este estudio, es que más allá de la baja anterior a la cirugía y/o inicial posterior a la cirugía, se esperaba para poder validar la baja de peso, hacer el seguimiento a largo plazo y por temas de tiempo en esta investigación no se podrá acceder, esperando poder realizar nuevas publicaciones que permitan abordar los datos de seguimiento a largo plazo que quedaron fuera de este estudio.

5.8 Describir y comparar el nivel de autocompasión de los participantes, al inicio y al final del programa.

Respecto al nivel de autocompasión se observan en general cambios en dirección a una mayor autocompasión, sin embargo los cambios estadísticamente significativos se muestran en los ejes de bondad con uno mismo, la capacidad de ser amable consigo mismo cuando se está sufriendo y humanidad compartida refiriendo a la capacidad de ver las dificultades como parte de la vida de todos los seres humanos. Esta información es coherente y refuerza lo que mencionan en las entrevistas y el focus group.

Sin embargo el cambio no fue significativo en la capacidad de mantener atención plena y las emociones en equilibrio cuando ocurre algo que genera molestias lo que se contradice con el cambio detectado en la capacidad de atender contactar, nombrar y diferenciar, emociones y sensaciones. Lo que se hace más comprensible al tomar en cuenta que durante el tiempo que se desarrolló el taller aparecieron algunas situaciones estresantes que fueron sentidas por los pacientes como amenazantes ya que ponían en riesgo la

posibilidad de operarse, llegando en algunos momentos especialmente en las sesiones 8 y 9 a amplificar y sobre identificarse con las cosas que iban mal.

Al terminar el taller comienza a nacer la capacidad de prestar atención, de estar más presentes, de ponerle nombre a sus experiencias y a lo que sienten, por más duro que sea ya baja su carga emocional transformándose en una fuente de alivio y no de más sufrimiento.

En los ítems de baja autocompasión, auto crítica, sobre identificación y aislamiento no se observan cambios estadísticamente significativos.

6 Discusión y Conclusiones

Hay cada vez más evidencia de que las **personas con sobrepeso tienen dificultades para reconocer, comprender y procesar sus emociones**, lo que pude ver reflejado durante el estudio en la dificultad que muestran los participantes para responder acerca de sus emociones, sensaciones y expectativas en las primeras sesiones. Por otro lado, cómo refirieron los propios participantes del estudio y es confirmado por Slochower, Steindl , Buchanan, Goss y Allan; **la dificultad para generar emociones de calma aumenta el uso de alimentos como un regulador emocional** (Steindl , Buchanan, Goss y Allan, 2017; Slochower, 1976). Como mencionan Gianini, White, y Masheb (2013); Slochower (1976) y Silva (2008) **la regulación emocional es un factor protagonista en el manejo de la obesidad**. Las personas con problemas de mal nutrición por exceso por lo general no pueden regular efectivamente sus emociones mediante su sistema de calma (asociado con la satisfacción, bienestar, seguridad, dar y recibir afecto, cuidado y vinculación). Recurriendo muchas veces a una dependencia excesiva del sistema de logro y búsqueda de recursos e incentivos (relacionado principalmente con querer, buscar, aspirar, esforzarse); lo que si bien en equilibrio motiva a las personas a tener éxito, en desequilibrio puede ser mantenido también mediante la búsqueda de la felicidad puramente hedónica o por distintas adicciones, como podría ser el comer en exceso o la obsesión en el control del peso, en las que se

experimenta placer inmediato pero luego se diluye y es seguido por la intensa experiencia de desear más.

El dominio del sistema de logro y por otro lado el de protección y defensa contra la amenaza (que es el encargado de detectar la amenaza en pro de la supervivencia y luego actuar en consecuencia, mediante comportamientos defensivo como: agresión, evitación, sumisión, lucha, huida o congelación y emociones como ansiedad, enojo y asco). También pueden evitar el desarrollo y la activación del sistema relajante que de otro modo podría desempeñar el papel de regulación del afecto y auto-alivio. **En ausencia de un sistema de calma bien desarrollado, comer en exceso puede ser usado como mencionan los mismos participantes en distintas sesiones como un ansiolítico o un regulador emocional** (Steindl , Buchanan, Goss y Allan, 2017; Gumiy, Llobenes y Costa, 2019; Goss y Allan 2016).

Por otro lado existe cada vez más evidencia de que además de los circuitos cerebrales que regulan el hambre y la saciedad, en el consumo de alimentos y el sobrepeso están involucrados otras áreas del cerebro como: el núcleo accumbens, la amígdala, el hipocampo; las regiones corticales del cerebro como la corteza orbito frontal, la ínsula y sistemas de neurotransmisores como la dopamina, serotonina y opioides (Davis, et al., 2011).

El entrenamiento en atención plena y compasión provocaría disminución en la activación de la amígdala, mayor intervención de la corteza prefrontal dorsolateral y frontal insular; con ello una mejoría en la resolución de conflictos emocionales, generando **mayor aceptación y distanciamiento de los procesos afectivos** (Stevens & Woodruff, 2018).

En este mismo sentido Volkow, Wang y Baler, (2011) en su investigación: Recompensa, dopamina y control de la ingesta de alimentos: implicaciones para la obesidad, mencionan que el **comer en exceso podría ser una respuesta para compensar una menor sensibilidad a los efectos gratificantes** de los alimentos en la obesidad, esto incentivaría la alimentación compulsiva como un intento de alcanzar la gratificación esperada. Lo que se puede observar en los participantes del taller al mencionar las diferencias entre “se me hace

agua la boca” al enfrentarse a su plato favorito en piloto automático y el “disfrute” al referirse al comer consciente.

Vivimos una sociedad en la que se privilegian las redes neuronales asociadas al consumo. **Y la meditación (mindfulness y autocompasión) podría ser una forma alternativa de aumentar el circuito de gratificación y recompensa, la dopamina la serotonina y opioides como la oxitocina (Davidson, 2020).**

Cómo mencionan Goetz, Keltner y Simon-Thomas (2010) , la compasión activaría zonas del cerebro relacionadas con la recompensa.

Por otro lado el realizar el presente estudio me permitió profundizar experiencialmente en los efectos del cultivo de la compasión y la atención plena como una práctica que integra la consciencia corporal. Pude observar como el desarrollo de estas herramientas les permitió a los participantes: **ser más conscientes acerca de sus pensamientos, emociones, comportamientos, necesidades y señales del cuerpo, de su relación con la alimentación y el sentido que tenía en sus vidas el comer en exceso.** Dándose cuenta de la responsabilidad que tienen en el proceso como protagonistas de este cambio.

El descubrimiento y/o aumento de estas herramientas en los participantes estarían asociadas al aumento de la capacidad para regular respuestas fisiológicas básicas como: los niveles de cortisol, la variabilidad del ritmo cardiaco, el nervio vago, la actividad de la amígdala, la activación de áreas del cerebro relacionadas con la compasión y la producción natural de opiáceos y hormonas (como la vasopresina, oxitocina) que se relacionan positivamente con la capacidad para auto-calmarse, comenzando así a construir hábitos de regulación emocional (Jinpa, 2017, Araya 2016, Ricard, Lutz, y Davidson, 2014). Lo que hace que los resultados del estudio sean comprensibles desde la ciencia y que en la práctica ayudara a que a los participantes de la investigación fueran desarrollando otras alternativas distintas a la comida para manejar sus emociones difíciles y/o experiencias sentidas como amenazantes, ayudándolos a desarrollar mayor compasión por ellos mismos lo que en la medida que avanza el taller se refleja en que dejaran las dietas desadaptativas y tratos hostiles

hacia ellos mismos destinados a controlar la ingesta y en cambio comenzaran tratarse con más amabilidad y sabiduría. Aprendiendo a escuchar y respetar al cuerpo comiendo en respuesta a las señales fisiológicas. Sintiendo factores de cambio y más responsables de ellos mismos, volviendo a tomar las riendas de sus vidas y sus procesos, volviendo a ser una prioridad para ellos mismos.

Las principales limitaciones del estudio fueron los factores médicos y administrativos que influían en baja de peso y las restricciones de tiempo que impone el estar realizando una tesis de magister y sus plazos, no permitiendo el seguimiento que requiere un estudio a largo plazo, dado que la mayor ganancia de peso es de los tres años a los seis años posterior a cirugía (Papapietro 2012)

Otra limitación importante en el estudio es que si bien se trabajó con los fundamentos básicos de las 3 variables a desarrollar, no se aplicó un programa formal para el desarrollo de consciencia corporal, mindfulness y autocompasión.

La proyección y propuesta para futuras investigaciones es poder especializarme en estas herramientas con la idea de poder realizar nuevas intervenciones en distintos entornos de vulnerabilidad que se especialicen en el tratamiento de la obesidad y cirugía bariátrica. Realizando seguimiento a los participantes a largo plazo (3 a 6 años) para poder observar los efectos reales de la participación en el programa de desarrollo de compasión y atención plena en el tratamiento de la obesidad. Soñar con futuras investigaciones en las que pueda trascender las limitaciones de este primer estudio tiene el objetivo de poder sembrar una semilla a nivel de políticas públicas que permita llevar esta visión más amorosa y esperanzadora del ser humano a espacios vulnerables en los que no se conoce y que personalmente creo que tantos beneficios podría generar tanto a nivel del entorno físico, social y relacional como en lo clínico en el bienestar físico y psicológico de los individuos.

7 REFERENCIAS

- Alaminos, A. & Castejón, JL. (2006) *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión*. España, Alicante: Ed. Marfil.
- Apolzan, J. (2016). Examination of the reliability and validity of the Mindful Eating Questionnaire in pregnant women. *ScienceDirect*: (100), 142- 151.
- Araya, C. (2016). *Medida, efectos y significados asociados a un entrenamiento basado en mindfulness y autocompasión, en mujeres con síntomas de ansiedad, que viven en sectores de vulnerabilidad psicosocial*. [Tesis para optar al grado de doctor en psicoterapia, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología], Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Brito, G. & Cullen, M., (2015). *Mindfulness y Equilibrio Emocional*, Editorial Sirio, Málaga, España.
- Brito-Pons, G. & Librada-Flores, S. (2018), Compassion in Palliative Care: A Review. *Current Opinion in Palliative and Supportive Care*. Published ahead of print: (12): 000-000. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000393
- Cárcamo, M. & Moncada, L., (2010). Un Nuevo Concepto para la Comprensión e Intervención en Psicología y Psicoterapia: Mindfulness o Atención Plena. *Gaceta universitaria de psiquiatría*, 6 (1), 79-91.
- Chozen Bays, J. (2009). *Mindful eating, A guide to rediscovering a Healthy and Joyful Relationship with food*. Boston: Shambhala Publications.
- Davis, C., Strachan, S., Berkson, M. (2004), Sensivity to reward: implications for overeating and overweight. *Appetite*, (42), 131-138
- Davis, C., Zai, C., Levitan, R., Kaplan, A., Carter, J., Reid-Westoboy ,C., Curtis, C., Wight, K. & Kennedy, J. (2011). Opiates, overeating and obesity: a psychogenetic analysis. *International Journal of Obesity*, 35 (10), 1347 – 1354.

- Davidson, R., (31 de Mayo de 2020). *Consciencia y adversidad: Dharma y ciencia durante la pandemia*. Varela Internacional Symposium, Explorando el Territorio de la Consciencia, Congreso Virtual e-Learning Nirakara, España.
- El Mercurio on line [EMOL] (2019). *Chile lidera por primera vez ranking de la OCDE de países con más sobrepero y obesidad 2019*, Santiago, Chile. Recuperado de <http://www.emol.com/noticias/Nacional/2019/10/12/964126/Chile-lidera-obesidad-OCDE.html>
- Errandonea I. (2012). Obesidad y trastornos de alimentación. *Revista médica Clínica Las Condes*, 23 (2), 165-171.
- Framson, C., Kristal, A., Schenk, J., Littman, A., Zeliadt, S., & Benitez D., (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire, *J Am Diet asoc.*, 109 (8), 1439-1444.
- Gallo, E., (2006). El ser-corporal-en-el-mundo como punto de partida en la fenomenología de la existencia corpórea. *Pensamiento Educativo*, (38), 46-6.
- García – Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Piva, M., (2014). Validation of the Spanish versions of the long and short forms of the Self Compassion Scale. *Health Qual Life Outcomes*, 12 (4).
- Germer, C., Siegel, R., Fulton, P. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. The Guilford Press, New York.
- Gianini, L., White, M., y Masheb, R. (2013). Eating pathology, emotion regulation and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14 (3), 309-313.
- Gilbert, P. & Procter, S., (2006). Self-Criticism: Overview and Pilot Study Therapy Approach, *Clin. Psychol. Psychother*, (13), 353-379.
- Gilbert, P. (2018). *La mente compasiva*, Eleftheria, Barcelona, España.
- Goss, K. & Allan, S. (2016). El desarrollo y la aplicación de la terapia focalizada en la compasión para los trastornos alimentarios (TFC-TA). *Revista de Toxicomanías*, (76), 3-14.

- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., Cavanagh, K. (2015). ¿Cómo la terapia cognitiva basada en la atención plena y la reducción del estrés basada en atención plena mejoran la salud mental y el bienestar? Una revisión sistemática y meta análisis de estudios de mediación. *Revisión de psicología clínica*, (37), 1-12.
- Gumiy, N., Llobenes, L., Costa, M., (2019). La ansiedad como un mecanismo evolutivo que promueve estrategias de defensa y protección. Una mirada desde la Terapia Centrada en la Compasión. *Anuario Anxia*, (25), 8-14.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. D.F. Mexico: Mc Graw Hill Education.
- Herrera, P., Mstibovskyi, I., Roubal, J. & Brownell, (2018). Investigando la terapia Gestalt para la ansiedad en dispositivos basados en la práctica: un diseño experimental de caso único. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII(2), 321-352.
- Instituto de Nutrición y tecnología de los alimentos [INTA] (2018). *Observación datos encuesta nacional de salud 2016*. Santiago, Chile. Recuperado de <http://inta.cl/encuesta-nacional-de-salud-2016-2017-obesidad-y-falta-de-conciencia-de-la-sociedad-chilena/>
- Jacobs, J., Cardaciotto, L., Block-Lerner, J. y Mc. Mahon, C. (2013). A pilot Study of a single-session training to promote mindful eating. *Adv. Mind Body Med.*, 27 (2), 18-23.
- Jinpa, T. (2017). *Anatomía del Corazón, compasión budista para transformar tú vida*, Traducción Karina Simpson, Penguin Random House grupo editorial S.A., Ciudad de México, México.
- Kabat-Zinn, J., (2019). *El poder sanador del Mindfulness*. Kairos, Barcelona, España.
- Krause.M., (1995). La investigación cualitativa, un campo de posibilidades y desafíos. *Revistas temas de educación*, (7), 19-39.
- Krieger L., (2016). Psicoterapia de la obesidad, problemática crónica del paciente obeso, *Curso on line dictado por Centro de formación en obesidad CELK, Argentina*.
- Kristeller J & Hallet, B., (1999). An Exploratory Study of a Meditation-Based-Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of Health Psychology*, 4 (3), 357-363.

- Kristeller, J., (2003). Mindfulness, Wisdom and Eating: Applying a Multi-Domain Model of Meditation Effects. *Journal of constructivism in the human sciences*, 8;(2): 107-118.
- Kristeller, J., Wolever, R. & Sheets, V. (2012). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Springer science*, 3 (4), 261- 338.
- Kristeller, J. & Wolever, R. (2014). *Mindfulness-Based Eating Awareness Training: Treatment of Overeating and Obesity*, en Baer, R. (2014), *Mindfulness-Based Treatment Approaches*, Academic Press, Elsevier, Massachusetts, Estados Unidos.
- Kristeller, J., (2015). *Using mindfulness to lose weight and end the struggle with food. The Joy of half a cookie*. New York, U.S.A.: Perigee.
- Larrañaga, A. & García-Mayor, R. (2007). *Tratamiento psicológico de la obesidad Servicio de Endocrinología, Diabetes, Nutrición y Metabolismo. Hospital Universitario de Vigo. Vigo. Pontevedra. España.* Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Garcia-Mayor/publication/246617311_Tratamiento_psicologico_de_la_obesidad/links/5a8c018c0f7e9b1a955611c0/Tratamiento-psicologico-de-la-obesidad.pdf.
- Liétor, N., Fortis, M., Moraleda, S. (2013). Mindfulness en Medicina, *Med fam Andal*, 14 (2), 166-179.
- Ludwig, D. & Kabat-Zinn, J., (2008). Mindfulness in Medicine, *Jama* 300 (11),1350-1352
- Mantzios, M & Wilson, JC., (2015). Mindfulness, Eating Behaviours, and Obesity: A review and reflection on current findings. *Informes actuales sobre obesidad*, 4 (1), 141-146.
- Mantzios, M & Wilson, JC., (2015). Explorando la atención plena con intervenciones centradas en la autocompasión para ayudar a perder peso: consideraciones teóricas y resultados preliminares de un estudio aleatorio. *Atención Plena*, 6 (4), 824-835.
- Marzal-Torregrosa, M., & Moreno-García, E. (2015). Mindfulness and Compassion Therapy in Eating Disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, (43) Suppl.1, 1-90
- Mehling, E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C., Hecht, F. & Stewart, A., (2009). Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. *PloS one*, 4 (5), e 5614. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005614>

- Mehling, E., Wrubel, J., Daubenmier, J., Price, C., Kerr, C., Silow, T. Gopisetty, V. & Stewart, A. (2011). Body Awareness: a Phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine; PEHM*, 6 (6). <https://doi.org/10.1186/1747-5341-6-6>
- Mehling, E., Price, C., Daubenmier, J., Acree, M., Bartmess, E. & Stewart, A. (2012). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA), *Plos one* 7 (11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>.
- Muzzo B, S. & Monckeberg B, F., (2012). Reflexiones sobre el aumento de la obesidad en Chile. *Revista chilena de nutrición*, 39(4), 113-115.
- Neff, K. y Germer, C., (2013a). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69 (1), 28-44.
- Neff, K. y Germer, C., (2013b). Self Compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 69 (8), 856-867.
- Neff, K. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. (2012) *The science of self-compassion*, New York, Estados Unidos: Germer & Siegel (Eds.).
- Neff, K. & Germer, C. (2013). Being kind to yourself. The Since of self compassion en Singer, T. & Bolz, M. Eds. (2013) *Compassion Bridging theory and practice: A Multimedia book*. 364-394. Leipzig, Germany: Max Planck institute.
- Neff, K. & Germer, K. (2017). Self-Compassion and Psychological Wellbeing. En Seppala, E., Simon Thomas, E., Brown, S., Werline, M., Cameron, C & Doty, J., Eds. (2017). *Oxford Handbook of Compassion Science*, Oxford University Press.
- Organización para la cooperación y el desarrollo económico [OCDE], (2019). *Combatir la obesidad impulsaría la economía y el bienestar*. Centro de medios, México. Recuperado de

- <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/combatirolaobesidadimpulsarialaeconmiaelbienestar>.
- Ochoa C. y Muñoz G. (2014). Hambre, apetito y saciedad. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, (24), 268-279.
- Oliver A., (2016). La nostra història evolutiva ens engreixa; Nuestra historia evolutiva nos engorda. *Biología On-line*, 5 (1).
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Obesidad y sobrepeso*. Ginebra, Suiza. World Health Organization. Recuperado de: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Políticas y programas alimentarios para prevenir el sobrepeso y la obesidad: Lecciones aprendidas.*, Washington D.C., EU. Publicaciones generales. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34941>
- Papapietro K., (2012). Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica. *Revista Chilena de cirugía*, 64 (1), 83-87.
- Quezada, L., González, M., Cebolla, A., Soler, J. & Garcia, J., (2014). Consciencia corporal y mindfulness: Validación de la versión española de la escala de conexión corporal (SBC). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42 (2), 47-57.
- Quintero, J., Alcantara, M., Banzo-Arguis, C., Martínez de Velasco, R., Barbudo, E., Silveria, B. & Perez-Templado, J., (2016) Psicopatología en el paciente con obesidad, *Salud mental*, 39 (3), 123-130.
- Raya, D. (2016). *Intervenciones basadas en mindfulness aplicadas a trastornos de la conducta alimentaria. Una revisión bibliográfica* [Trabajo Final de Máster Universitario en Psicología General Sanitaria]. Universitat Jaume I, Castelló, España.
- Ricard, M., Lutz, A. & Davidson, R. (2014). Mind of the Meditator, Contemplative practice that extend back thousands of years show a multitude of benefits for both body and mind. *Scientific American*, 311(5), 38-45.

- Roca, E., (2013). *Autoestima sana una visión actual, basada en la investigación*. Valencia, España: ACDE Editores.
- Rodriguez, G., Gil, J. & Garcia, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Ryan, R. Huta, V. & Deci, E. (2008) Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia *Journal of happiness Studies*. *Journal of happiness studies* 9(1), 139-170.
- Sagú, C., Brito, G., y Araya, C. (2014). *Presencia Plena, Reflexiones y prácticas para cultivar mindfulness en la vida diaria*. JC Sáez Editor, Santiago, Chile.
- Sanchez, G., (2015). Metodología de investigación en pedagogía social. Avance cualitativo y modelos mixtos. *Pedagogía Social. Revista interuniversitaria*, (26), 21-34.
- Sakellariou, M-O. & Beratis, I., (2017). The impact of training and therapeutic practice on body awareness of trainees and body psychotherapist at the greek biosynthesis centre- A pilot study. *International body psychotherapy journal. The art and science of somatic praxis*, 17, (2) 66-84.
- Schnepper, R., Richard, A., Wilhelm, FH. & Blechert, J. (2019). Una intervención de masticación combinada de atención plena y prolongada reduce el peso corporal, las ganas de comer y la alimentación emocional. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 87 (1), 106-111.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Seppälä, E., Simon- Thomas, S., Brown, L., Mónica, Worline, C. (2017) *The Oxford Handbook of Compassion Science*, Oxford University Press, New York, United States.
- Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J., Freedman, B.(2006). Mechanisms of Mindfulness, *Journal of clinical psychology*, 62 (3), 373–386.

- Silva, J. (2008). Sobrealimentación Inducida por la Ansiedad, Parte II: Un Marco de Referencia Neurocientífico para el Desarrollo de Técnicas Psicoterapéuticas y Programas de Prevención. *Terapia psicológica*, 26(1), 99-115.
- Silva, J. (2008). Restricción alimentaria y sobrealimentación: Un modelo de la neurociencia afectiva. *Revista médica de Chile*, 136(10).
- Slochower, J. (1976). Emotional labeling and overeating in obese and normal weight individuals. *Psychosomatic Medicine*, 38 (2), 131-139.
- Steindl, S., R., Buchanan, K., Goss, K. & Allan, S. (2017). Terapia centrada en la compasión para los trastornos alimentarios: una revisión cualitativa y recomendaciones para otras aplicaciones. *Clinical Psychologist*, (21), 62–73.
- Stevens, L., Gauthier-Braham, M., Bush, B. (2018). The Brain that longs to care for itself: The current Neuroscience of Self-Compassion in Stevens, L. & Woodruff, C. Eds. (2018). *The Neuroscience of Empathy, Compassion, and Self-Compassion*, United kindom, London, Academic press, El sevier.
- Strauss, A. & Corbin, J, (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquía: Editorial Universidad de Antioquia.
- Vallejo, M. (2006), Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, (27), 92-99.
- Volkow, ND., Wang, GJ., Baler RD (2011). Reward, dopamine and the control of food intake: implications for obesity. *Trends in cognitive science* 15 (1), 37-46.

ANEXOS

Anexo 1

DISEÑO DE TALLERES:

Sesión 0

- **Llenar Ficha**
- **Entrevista**

Objetivos: Conocer en mayor profundidad de forma individual a cada uno de los participantes del grupo, que ha significado para ellos el sobre peso en sus vidas, sus objetivos y expectativas.

Sesión I

- **Bienvenida**
- **Actividad en duplas de presentación**
- **Actividad grupal de presentación**
- **Encuadre**
- **Meditación de transición**
- **¿A que nos referimos al hablar de conexión corporal?**
- **¿Qué es la alimentación consciente?**
- **¿Qué es la Autocompasión?**
- **Practica alimentación consciente y autocompasión**
- **Plenario**

Experiencia de aprendizaje:

Construcción de bitácora para el taller

Ejercicio de buena formulación de objetivos

Objetivos: Presentación de las temáticas a trabajar, ¿Qué es y que no es conexión corporal, Mindful eating y autocompasión?

Formular objetivos de una manera ecológica y personalizada para que el paciente pueda alinearse con el objetivo por el que decidió comenzar este proceso y así lograrlo y mantenerlo con mayor facilidad.

Las experiencias de aprendizaje son muy relevantes para que el proceso que inician en la sesión pueda continuar durante la semana y finalmente integrarse en la rutina del participante.

Sesión II

- **Meditación de transición**

- Revisión de dudas acerca de las experiencias de aprendizaje del primer taller
- Conociendo los 9 tipos de hambre
- Ejercicio práctico comer atentos / comer desatentos
- Escuchando al estomago
- Mini meditación antes de comer
- Plenario

Experiencia de aprendizaje:

Realizar mini meditación antes de 1 de las comidas principales durante la semana.

Objetivos: Conocer los distintos tipos de hambre, comenzar a conectarse y comunicarse de una forma más consciente con el propio cuerpo y los mensajes sutiles que este nos da. Cambiando el foco desde la fuerza de voluntad, el especialista externo y las dietas crónicas a la sabiduría del cuerpo y los 5 sentidos.

El comenzar a darse espacios de atención plena antes de las comidas les permitirá conectarse mejor con su cuerpo y la sensación de saciedad.

Sesión III

- Imaginería Espacios mentales
- ¿Cómo sabes que tienes hambre?
- ¿Qué otras sensaciones se pueden confundir con hambre?
- Ejercicio práctico de escuchar, sentir y observar al cuerpo
- ¿Qué podemos hacer para aliviar la ansiedad además de comer?
- Meditación de integración y gratitud hacia el cuerpo por la información entregada
- Plenario ¿En qué se diferencia este aprendizaje de la típica forma que nos relacionamos con nosotros mismos?

Experiencia de aprendizaje:

Realizar mini meditación antes de comer durante la semana.

Objetivos: Trabajo con las emociones, la imaginación, la respiración y los espacios mentales con el fin de que cada uno de los participantes pueda darse cuenta que tiene algo que hacer frente a las emociones y la intensidad con que la siente.

Se realizará ejercicio que permita diferenciar ansiedad, aburrimiento y hambre conociendo nuevas alternativas para hacer frente a cada una de ellas.

Sesión IV

- Meditación de transición
- Ejercicio de cambio de creencias “La Joya”
- La importancia del lenguaje positivo
- Trabajo con niño interno y alimentación

- Plenario

Experiencia de aprendizaje:

Realizar mini meditación antes de comer durante la semana.

Conectarse y compartir con el niño/a interno/a durante la semana

Objetivos: Somos seres integrales y nuestros valores y creencias acerca del mundo son los que finalmente nos llevan a tener las conductas que tenemos, por lo que detenernos y tomar consciencia de ello es indispensable si se quiere generar un cambio de vida tan radical como es el de la cirugía bariátrica.

Un trabajo de visualización del niño interno que implica una relación más compasiva con mi yo del pasado.

Sesión V:

- Meditación de Transición
- Dudas de taller anterior y revisión de experiencias de aprendizaje
- Ejercicio polaridades (atentos o presentes /desatentos o piloto automático) en duplas
- Sentido del síntoma
- Conclusiones y plenario grupal

Experiencia de aprendizaje:

Poner atención durante la semana a aquellas veces que se activa uno o el otro polo, escribirlas para poder hacer más conscientes que cosas nos llevan en la vida cotidiana a comer más desatentos y /o compulsivamente

Objetivos: Tendemos a identificarnos con una polaridad, “la correcta” olvidándonos de que mientras no logremos escuchar a ambos polos, integrarlos y comprender su sentido es muy difícil que una conducta la podamos mantener en el tiempo.

Sesión VI:

- Imaginería de escaneo corporal
- ¿Cómo comíamos en nuestra casa de niños?
- Imaginería y ejercicio lúdico espejo y rayos de sol (corporal)
- Plenario

Experiencia de aprendizaje:

Realizar mini meditación antes de comer durante la semana.

Realizar práctica de escaneo corporal durante la semana

Objetivos: Conectarse con el cuerpo experiencialmente en el presente desde la atención plena. Recordar como comíamos en la primera infancia, los significados y relaciones con la forma de comer actual. Cambiar por qué por el para qué, ir a la

función que tiene la comida en sus vidas, para que el cambio en la alimentación pueda ser real y no deje fuera aspectos importantes para los participantes.

El volver a comunicarse con el cuerpo no solo permite escuchar sus mensajes, entre ellos la sensación de saciedad sino también existen estudios que mencionan que la capacidad de conectar las emociones con el cuerpo permite salir adelante más rápidamente frente a dificultades emocionales.

Sesión VII

- Meditación de transición
- Integración talleres anteriores
- ¿Qué pasa cuando tapamos nuestras emociones y conflictos con comida?
- Ejercicio práctico con alimentos y pensamientos inquietantes
- Imaginería cambio de historia personal

Experiencia de aprendizaje:

Realizar mini meditación antes de comer durante la semana.

Traer alimento reconfortante favorito para la siguiente sesión

Objetivos: La comida en nuestra cultura pasa muchas veces a tomar un rol importante frente a emociones y momentos difíciles ayudando a evadir aquello que etiquetamos como emociones negativas y que preferiríamos no sentir, el primer paso para generar un cambio en este patrón es darnos cuenta de que existe.

El comenzar a darse espacios de atención plena antes de las comidas les permitirá ir poco a poco haciendo un hábito el conectarse con su cuerpo y comenzar a darse cuenta ya no solo de las sensaciones del cuerpo al comer sino también detectar e integrar las emociones en este proceso.

Sesión VIII

- Movimiento consciente
- Conectando con el cuerpo y alimento reconfortante favorito
- Explorando la ansiedad
- Actividades reconfortantes
- Imaginería Santuario Interno

Experiencia de aprendizaje:

Realizar mini meditación antes de comer durante la semana.

Practicar meditación activa durante la semana

Objetivos: Lograr anteponerse a situaciones de ansiedad que los lleven a comer de forma compulsiva generando en momentos de calma otras actividades reconfortantes para esos momentos más complejos.

Cambiar la resistencia por un permitir las emociones de forma más amorosa y comprensiva, trabajando el ablandar esa emoción más que el erradicarla.
Se ha demostrado que el estar presente en una actividad en cuerpo, mente y emoción es más importante para la felicidad que la actividad de la que se trate.

Sesión IX:

- Meditación de transición
- Integración de lo aprendido en el taller ¿Qué siento que me llevo tras la participación en el taller?, ¿qué siento que me falta?
- Buffet consciente y saciedad
- Estar en el presente y meditación de atención plena, ablandar, tranquilizar y permitir

Experiencia de aprendizaje:

Realizar mini meditación antes de comer durante la semana.

Volver al Santuario Interno durante la semana

Objetivos: Si bien el taller está planificado, es importante poder evaluar acorde a las características particulares del grupo y el feed back que entregan ellos del taller, lo aprendido y lo que les gustaría integrar.

Aprender estrategias para comer atentos a pesar de tener muchos alimentos deliciosos a la vista. Compartir recetas de alimentos ricos y saludables

Que poco a poco estos recursos trabajados en el taller pasen a ser parte de los recursos que tiene el paciente en su diario vivir y sobre todo para enfrentar los momentos más adversos.

Sesión X:

- Respiración consciente y gratitud
- Carta de agradecimiento y consejo referente a cómo mantener en el tiempo esta nueva forma de relacionarse con ellos mismos y con la alimentación.
- Compartir experiencia
- Meditación del perdón

Experiencia de aprendizaje:

Realizar mini meditación antes de comer durante la semana.

Volver al Santuario Interno durante la semana

Realizar diario de gratitud

Objetivos:

Sesión XI o de seguimiento:

Se realizará la última sesión del taller dos semanas después para compartir experiencias y obtener los Target Complaints de cada participante.

Objetivos: Activar la gratitud hacia el cuerpo y conversar de la importancia a nivel científico de hacerlo a diario.

Estrategias para darle continuidad a lo aprendido en el taller y herramientas frente a momentos más complejos.

Se espera que darse espacios de atención plena antes de las comidas sea un hábito o al menos una herramienta adquirida para los participantes. Realzar la capacidad de agradecer diariamente.

Modelo Entrevista Inicial

La percepción y expectativas de los pacientes que están en proceso de cirugía bariátrica son diversas, algunos ven la obesidad sólo como una enfermedad, otros como un desbalance entre el aporte y gasto energético, cómo un factor genético o metabólico y otros lo analizan como un mensaje que nos permite reflexionar sobre la relación que tienen con ellos mismos, su cuerpo y la comida.

Respecto a lo que esperan de la cirugía, algunos la ven cómo un cambio integral en sus vidas, otros como una oportunidad de renacer en muchos aspectos y piensan que está cambiando sus vidas, otros piensan que es algo estético y que llegarán a su peso ideal, otros lo hacen sólo por un tema de salud y así las motivaciones van variando de persona a persona, pero el objetivo central de que este programa exista es la baja de peso y la disminución de las enfermedades crónicas asociadas a la obesidad.

Pero dado que la experiencia de comer es única para cada persona y también las elecciones y descubrimientos que tenemos que hacer para lograr metas a largo plazo que produzcan beneficios en nuestra salud y estas diferencias en las expectativas acerca de la cirugía bariátrica y su significado es importante realizar una evaluación individual que atienda las características, creencias, motivaciones y expectativas de cada paciente que sea candidato a la cirugía.

- 1. ¿Qué ha significado para ti el sobrepeso en tú vida?**
- 2. Para algunas personas el sobrepeso está relacionado con la genética, alimentación, gasto calórico, factores neurohormonales, metabolismo, emociones, conexión con las necesidades del cuerpo, con la forma que nos relacionamos o tratamos a nosotros mismos y para otros es una temática integral que aborda todos estos aspectos ¿Qué piensas al respecto?**
3. En nuestra cultura vemos la obesidad como una enfermedad crónica, un estado del que queremos salir lo más rápido posible. Desde la cultura oriental, la enfermedad también se ve como una oportunidad para hacer cambios, mirar mi interior y aprender.

En este sentido **¿Cómo ves actualmente esta problemática en tú vida? ¿Con qué visión sientes que te identificas más?**

4. La relación que establecemos con nosotros mismos (como me trato, como me siento, emociones más frecuentes) se ven afectados por distintos factores a lo largo de la vida. **¿Crees que la relación que has establecido con la comida (ansiedad, atracones, aumento de peso) en tú caso han sido un factor relevante en la relación que has establecido contigo misma? ¿Podrías describirlo con mayor precisión?**
5. En este proceso además de la cirugía pasaras por médicos, nutricionista, kinesiólogo, psicólogo y este taller **¿Crees que sobra o falta algún aspecto para obtener el resultado esperado?**
6. Te invito a recordar la última vez que comiste algún alimento que te gustara y te sentiste bien con la cantidad que comiste (la idea es ir a rescatar los recursos por más pequeños que sean), **¿Podrías describirlo? (descripción visual, auditiva y kinestésica), ¿En qué se diferencia (visual, auditiva y kinestésicamente) de otras veces que no te has sentido bien tras comer una comida que te gusta?**
7. Imagina que está justo frente a ti tú comida favorita, obsérvalo, **¿Puedes describirlo? ¿Qué te dices a ti misma mientras ves el plato? ¿Qué sensaciones vienen hacia ti al tenerlo aquí al frente?**

Anexo 3:

Modelo Target Complaints:

Problemas a Trabajar en Talleres: Desarrollo de la consciencia corporal, mindfulness y autocompasión, una intervención integral en pacientes diagnosticados con obesidad.

Formulario de Seguimiento Semanal

** Este formulario se completa cada día de la semana la semana y se devuelve
al terapeuta en la sesión siguiente.*

Nombre del paciente:

Nombre del terapeuta:

Fecha actual:

Para evaluar cada problema, considere cuánto éste le ha molestado durante el día, no solo en el momento en que responde el cuestionario.

Escala:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Nada

Poco

Bastante

Al Máximo

Problemas Elegidos para Trabajar:

Problema 1: Temática: Confianza versus miedo a la re ganancia de peso

Problema 2: Temática libre para co-construir con el grupo

Problema 3: Temática libre para co-construir con el grupo

Item General: ¿Cuán esperanzado(a) me siento hoy con el proceso?

Cantidad de episodios de ingesta compulsiva con posterior sentimiento de culpa (En este apartado se cuantificaran los episodios de ingesta compulsiva de cada participante por lo que no existe un número mínimo o máximo)

Fecha	Evaluación diaria Problema 1	Evaluación diaria Problema 2	Evaluación diaria Problema 3	Ítem General	Número de Episodios de Ingesta Compulsiva

Anexo 4:

Modelo Focus Group

Las respuestas serán escritas personalmente para luego compartirlas en el grupo focal

1. Imagina que está justo frente a ti tú comida favorita, obsérvalo, ¿puedes describirlo? ¿qué te dices a ti misma mientras ves el plato?, que sensaciones vienen hacia ti al tenerlo aquí al frente?
2. Algo con el cuerpo q se desprenda de aquí, puede ser la misma q la entrevista.
3. ¿Siento que este taller tuvo algún impacto en mí y específicamente en mi proceso de cirugía bariátrica? ¿cuál?
4. ¿Cómo ha influido este taller en la relación conmigo misma y mi nivel de autocompasión?
5. ¿La participación en el taller me ha ayudado a reconocer y escuchar las necesidades de mi cuerpo? ¿cómo?
6. Qué aspectos del taller fueron los más importantes para mí? ¿por qué?

Anexo 5:

Versión española de la Escala de Conexión Corporal (SBC)

	0	1	2	3	4
	En absoluto	Un poco	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
1. Si hay una tensión en mi cuerpo, estoy consciente de esa tensión					
2. Me cuesta identificar mis emociones					
3. Noto que no respiro profundamente cuando estoy nervioso(a)					
4. Me doy cuenta de mi respuesta emocional a las caricias					
5. Siento que mi cuerpo se congela, como si estuviera adormecido durante situaciones incómoda					
6. Me doy cuenta cómo mi cuerpo cambia cuando estoy enojado(a)					
7. Siento como si observara mi cuerpo desde afuera					



8. Estoy consciente de la sensación interna durante la actividad sexual					
9. Puedo sentir mi respiración pasar a través de mi cuerpo cuando exhalo profundamente					
10. Me siento separado(a) de mi cuerpo					
11. Me cuesta expresar ciertas emociones					
12. Tomo en cuenta las señales de mi cuerpo para entender cómo me siento					
13. Cuando me siento físicamente incómodo(a), pienso qué puede haber causado esa incomodidad					
14. Escucho la información de mi cuerpo acerca de mi estado emocional					
15. Cuando estoy estresado(a), noto el estrés en mi cuerpo					
16. Me distraigo de los sentimientos de incomodidad física					
17. Cuando estoy tenso(a), presto atención a dónde se concentra la tensión en mi cuerpo					



18. Noto que mi cuerpo se siente diferente después de una experiencia apacible					
19. Me siento separado(a) de mi cuerpo durante la actividad sexual					
20. Me cuesta prestar atención a mis emociones					

Anexo 6:

Traducción Mindful Eating Questionnaire

Factor 1: Desinhibición	0	1	2	3	4
	En absoluto	Un poco	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
Dejo de comer cuando estoy lleno, incluso cuando estoy comiendo algo que amo.					
Cuando una porción del restaurante es demasiado grande, dejo de comer cuando estoy lleno.					
Cuando como en buffets donde puedo comer todo lo que quiera, tiendo a comer en exceso.					
Si queda de una comida que me gusta, tomo una segunda comida aunque esté lleno.					
Si hay comida que me gusta en una fiesta, seguiré comiendo incluso después de estar llena.					



Cuando estoy comiendo una de mis comidas favoritas, no reconozco cuando he comido suficiente.					
Cuando estoy en un restaurante, puedo reconocer cuándo la porción que me han servido es demasiado grande para mí.					
Si no cuesta mucho más, obtengo la comida o bebida de mayor tamaño, independientemente de cuanta hambre sienta.					
Factor 2: Consciencia					
Me doy cuenta cuando hay sabores sutiles en los alimentos que como.					
Antes de comer, me tomo un momento para apreciar los colores y los olores de mi comida.					
Aprecio la forma en que mi comida se ve en mi plato.					
Al comer una comida agradable, me doy cuenta de que me hace sentir relajado.					
Pruebo cada bocado de comida que como.					
Me doy cuenta cuando la comida que ingiero afecta mi estado emocional.					
Me doy cuenta cuando las comidas y las bebidas son demasiado dulces.					
Factor 3: Factores Externos					



Reconozco cuando los anuncios de comida me dan ganas de comer.					
Me doy cuenta de que estoy comiendo un plato de dulces solo porque está ahí.					
Reconozco cuando estoy comiendo y no tengo hambre.					
Me doy cuenta de que cuando voy al cine me dan ganas de comer dulces o palomitas de maíz.					
Cuando como una comida grande, me doy cuenta de que me hace sentir pesado o lento.					
En una fiesta donde hay mucha comida que me gusta, me doy cuenta cuando me dan ganas de comer más comida de la que debería.					
Factor 4: Respuesta Emocional					
Cuando estoy triste, como para sentirme mejor.					
Cuando me siento estresado en el trabajo, voy a buscar algo para comer.					
Tengo problemas para no comer helado, galletas o papas fritas si están en la casa.					
Picoteo sin darme cuenta de que estoy comiendo.					
Factor 5: Distracción					
Mis pensamientos tienden a divagar mientras estoy comiendo.					



Pienso en las cosas que necesito hacer mientras estoy comiendo.					
Como tan rápido que no pruebo lo que estoy comiendo.					

Anexo 7:

Escala de Auto-Compasión (SCS)

¿CÓMO ACTÚO HABITUALMENTE HACIA MÍ MISMO EN MOMENTOS DIFÍCILES?

	1	2	3	4	5
	Casi nunca				Casi siempre
Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.					
Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal.					
Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir					
Cuando pienso en mis deficiencias, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo.					



Trato de ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento malestar emocional					
Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia					
Cuando estoy desanimado y triste, me acuerdo de que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo.					
Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.					
Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio.					
Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.					
Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.					
Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito					
Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que, probablemente, la mayoría de la gente es más feliz que yo.					
Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación					



Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.					
Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.					
Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.					
Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que otras personas lo tienen más fácil.					
Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.					
Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.					
Puedo ser un poco insensible hacia mí mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento					
Cuando me siento deprimido/a trato de observar mis sentimientos con curiosidad y apertura de mente.					
Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones o debilidades					
Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer una montaña de un grano de arena.					
Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.					



Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan					
---	--	--	--	--	--

Anexo 8: Informe de Evaluación Comité de Ética

INFORME DE EVALUACIÓN

10-17/2019

I. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Título	Desarrollo de la consciencia corporal, mindfulness y autocompasión, una intervención integral en pacientes diagnosticados con obesidad
Investigador(a) Responsable	María Antonieta Guzmán Casanueva.
Departamento	Psicología
Adjudicado/ presentado a:	Tesis de Magister en Psicología Clínica de Adultos.
Región(es)	Metropolitana

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

El proyecto asume que la obesidad se ha convertido en una pandemia. Los tratamientos se enfocan desde lo multidisciplinario. Sin embargo, el proyecto plantea que estos tratamientos aún no abordan la relación del paciente consigo mismo y con la comida, dejando fuera la percepción de las sensaciones internas que regulan las sensaciones de hambre y saciedad, la conexión con las necesidades del cuerpo, la importancia de comer con atención plena y volver a conectarnos compasivamente con la sabiduría de nuestro cuerpo para controlar los factores conductuales de la alimentación. El objetivo del estudio es describir la influencia de un taller de desarrollo de la consciencia corporal mediante técnicas de mindful eating y autocompasión en personas con obesidad en proceso de cirugía bariátrica. El diseño es pre-experimental. Se

realizarán entrevistas personales antes de iniciar el taller, se llenará una ficha y se aplicarán tres cuestionarios (Escala de Conexión Corporal, la traducción del Mindful Eating Questionnaire y la Escala de Autocompasión de Neff) además, se co-creará con los participantes un cuestionario para evaluar su relación con la reganancia de peso, conducta de ingesta y otros aspectos relevantes para cada participante. Una vez finalizada la intervención, se volverán a aplicar los cuestionarios y se realizará un grupo de enfoque para analizar de forma grupal estas variables. La muestra es de carácter no probabilístico, intencionado, de tipo homogéneo se incluirán entre 8 y 15 pacientes adultos, participantes del programa integral de obesidad de la Municipalidad de Las Condes, los cuales serán escogidos en conjunto con los encargados del programa acorde a su asistencia a los controles preoperatorios, para ser contactados posteriormente por la investigadora responsable telefónicamente.

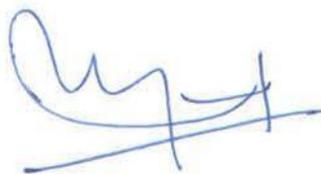
III. EVALUACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

El Comité de Ética de la Investigación ha evaluado los antecedentes presentados por la Investigadora Responsable (IR). El valor social, los objetivos de la investigación, su marco teórico y metodología, fueron evaluados positivamente por la Comisión de Tesis.

El Comité estima que el proyecto es de riesgo mínimo, atendiendo a su temática, metodología y población de estudio. Igualmente, Comité considera que la IR cautela en todo momento y mediante procedimientos adecuados los derechos de los participantes, incluyendo mecanismos de contención, además del resguardo de la voluntariedad de participación y la confidencialidad de la información producida. Con respecto al conocimiento de los resultados, la IR compromete el desarrollo de un taller para la entrega de resultados al que serán invitados todos los participantes.

Se ha revisado el formulario de Consentimiento Informado y se considera que está redactado conforme a los estándares éticos y procedimentales establecidos. Se adjunta documento visado.

Por lo anteriormente expuesto, el Comité declara no tener reparos éticos con el proyecto, calificándolo como **aprobado**, dentro de las especificaciones del proyecto.



Prof. Dra. Marcela Ferrer-Lues
Presidenta
Comité de Ética de la Investigación



Santiago, 20 de junio 2019.

Anexo 9: Documento de consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Desarrollo de la consciencia corporal, mindfulness y autocompasión, una intervención integral en pacientes diagnosticados con obesidad

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “Desarrollo de la consciencia corporal, mindful eating y autocompasión, una intervención integral en pacientes diagnosticados con obesidad”. Su objetivo es describir la influencia de un programa de desarrollo de la consciencia corporal a través de mindful eating y autocompasión en el tratamiento de personas con obesidad en proceso de cirugía bariátrica.

Los investigadores responsables de este estudio son la psicóloga María Antonieta Guzmán Casanueva, candidata a Magister en Psicología Clínica de Adultos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, quién realizará el taller; y el Prof. Pablo Herrera Salinas, Doctor en Investigación en Psicoterapia. La investigación es patrocinada por la Ilustre Municipalidad de Las Condes. La Investigación corresponde a su Tesis de Magister de la Sra. Guzmán.

La investigación contempla incluir pacientes adultos participantes del programa de obesidad integral y cirugía bariátrica de la Municipalidad de Las Condes en conjunto con la Clínica Cordillera. Se trabajará con un grupo de entre ocho y quince participantes, dada la importancia de la confianza y el trabajo en profundidad que se realizará. Se realizará un taller de 10 sesiones, donde se abordará la temática de la consciencia corporal a través de mindful eating y autocompasión y una sesión de seguimiento que se realizará dos semanas después de haber finalizado el taller.

Usted ha sido seleccionado(a) porque ha sido un paciente activo y constante en las distintas etapas del programa integral de obesidad y cirugía bariátrica de la Ilustre Municipalidad de Las Condes.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en participar en el taller y se le pedirá que pueda contestar una entrevista semi estructurada antes de iniciar la intervención, un grupo focal tras su participación en el taller y se le solicitará que pueda contestar un conjunto de tres cuestionarios para observar, describir y comparar la percepción que tiene de la obesidad, de la relación de la obesidad con la consciencia corporal, la forma en que se relaciona con usted mismo y con la comida, antes y después del desarrollo del taller. Además, se realizará seguimiento de forma semanal a través de la auto-administración de un instrumento co-creado con los participantes con el fin de que pueda tomar consciencia de los progresos durante las

diez semanas de taller.

Respecto al taller, este será realizado por la Investigadora Responsable del estudio y constará de sesiones semanales de 1 hora y 30 minutos, durante 10 semanas y una sesión final de seguimiento dos semanas tras la finalización del taller. Así mismo, tras cada taller se le pedirá llevar a cabo experiencias de aprendizaje, de aproximadamente 15 minutos diarios, lo que le permitirá mantener la práctica de lo que se trabajará en el taller.

Respecto a la entrevista y el grupo focal durarán alrededor de 60 minutos, y abarcará varias preguntas donde se profundizará en la visión respecto a la obesidad, la consciencia corporal, la relación que tienen con usted mismo, con su cuerpo y la alimentación.

La entrevista será realizada en la Ilustre Municipalidad de las Condes, en el día y hora que usted estime conveniente. El grupo focal y los cuestionarios se desarrollarán durante los horarios coordinados para el taller. El seguimiento se realizará mediante el Target Complaints, cuestionario de auto-administración en casa, que tomará uno o dos minutos diarios.

Para facilitar el análisis, esta entrevista y el grupo focal serán grabados en audio. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento, y retomarla cuando quiera.

Riesgos: En términos generales, la participación en el taller no implica riesgos. En el caso de generarse alguna dificultad con alguna actividad o temática abordada en el taller podrá recurrir en el momento que lo necesite a la psicóloga que dirige el taller. Además, usted está en tratamiento multidisciplinario con médico, nutricionista, kinesiólogo y psicólogo, a quienes puede solicitar apoyo individual, si lo desea.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para el abordaje integral de la obesidad.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular, no se compartirán datos individuales o que permitan identificar a las personas. Los datos obtenidos se analizarán de forma grupal. Para proteger la confidencialidad la psicóloga encargada del taller guardará los datos mientras dure el estudio, para analizarlos. Una vez finalizado el estudio, los datos se borrarán íntegramente, como también todas las grabaciones, para así resguardar de forma más segura.

Solo se le permitirá a la Investigadora Responsable grabar el audio de la entrevista inicial y el grupo focal al finalizar la intervención, no se permitirá sacar fotografías ni grabar durante los talleres con el fin de resguardar la información e identidad de los participantes.

Respecto a las escalas aplicadas, fichas personales, cuestionarios de seguimiento y cualquier ejercicio que pudiera implicar dejar plasmada información de los participantes en un papel será guardado por la psicóloga encargada del taller mientras dure el análisis de la información, una vez terminada la investigación estos datos serán destruidos y eliminados con el fin de resguardar los datos de los participantes de la intervención.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, una vez finalizado el estudio podrá acceder a los resultados mediante la participación en una reunión en conjunto con el grupo que participó de la intervención o en caso de no poder asistir solicitándolos a la psicóloga a cargo del taller.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable de este estudio o al profesor guía del proyecto:

Nombre Investigadora Responsable: Psicóloga y Candidata a Magister, Psicología Clínica de Adultos, Universidad de Chile, María Antonieta Guzmán Casanueva.

Teléfono: +569-95707937

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: antoguzmanc@gmail.com

Nombre Profesor Guía del proyecto: Pablo Herrera Salinas.

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: pabloherrerasalinas@gmail.com

También puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Prof. Dra. Marcela Ferrer-
Lues Presidenta

Comité de Ética de la
Investigación Facultad de Ciencias

Sociales Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 2978 9726

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio: Desarrollo de la consciencia corporal, mindfulness y autocompasión, una intervención integral en pacientes diagnosticados con obesidad

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha: _____

Este documento consta de 3 páginas, y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.