

# Programa de mindfulness basado en la web para usuarios de atención primaria de salud con malnutrición por exceso (MW- APS)

## Web-based mindfulness program for primary health care users with malnutrition by excess (MW-PHC)

Catalina Aravena Berríos<sup>1,2</sup> y Javiera Duarte Soto<sup>2,3</sup>

\*Correspondencia:  
Catalina Aravena Berríos  
ps.catalina.aravena@gmail.com

RECIBIDO: SEPTIEMBRE 2023 | PUBLICADO: DICIEMBRE 2023

### Resumen

**Introducción:** La malnutrición por exceso es uno de los principales problemas de salud pública de nuestro país. Para su abordaje se requieren nuevas intervenciones en atención primaria de salud (APS) que consideren los aspectos psicológicos implicados en su aparición, desarrollo y mantención y se ajusten a las nuevas realidades contemporáneas. Las intervenciones de mindfulness basadas en la web son novedosas y promisorias, dado su bajo costo y su efectividad. Sin embargo, escasean diseños elaborados específicamente para usuarios de APS. **Objetivo:** Diseñar un programa de mindfulness basado en la web para usuarios de APS con malnutrición por exceso (MW-APS). **Método:** Se realizó una investigación conceptual aplicada que incorporó una revisión bibliográfica sobre APS, malnutrición por exceso, mindfulness e intervenciones basadas en la web. **Resultados:** Se discutieron los antecedentes teóricos y empíricos que fueron considerados para la elaboración del diseño. Además, se presenta el programa MW-APS, caracterizado por ser una intervención breve de prevención, de baja intensidad, que tiene un formato web asincrónico autoguiado. **Conclusiones:** El programa MW-APS pretende ofrecer una intervención útil y viable para APS. Se sugiere aplicarlo para medir su aceptabilidad y efectividad.

**Palabras claves:** Malnutrición por exceso, mindfulness, intervenciones basadas en la web, intervenciones de mindfulness basadas en la web, atención primaria de salud.

### Abstract

**Introduction:** Malnutrition by excess is one of the main public health problems in our country. New interventions in primary health care (PHC) that consider the psychological aspects involved in its onset, development and maintenance and adjust to the new contemporary realities are required to address it. Web-based mindfulness interventions are novel and promising, given their low cost and effectiveness. However, there is a scarcity of designs developed specifically for PHC users. **Aim:** The aim of this study was to design a web-based mindfulness program for PHC users with malnutrition by excess (MW- PHC). Applied conceptual research incorporating a literature review on PHC, malnutrition by excess, mindfulness and web-based interventions was conducted. **Results:** The theoretical and empirical background that was considered for the elaboration of the design was discussed. In addition, the MW- PHC program is presented, characterized as a brief prevention intervention, of low intensity, which has a self-guided asynchronous web format. **Conclusions:** The MW- PHC program aims to offer a useful and feasible intervention for PHC. It is suggested to apply it to measure its acceptability and effectiveness.

**Keywords:** Malnutrition by excess, mindfulness, web-based interventions, web-based mindfulness interventions, primary health care.

1 Magíster en Psicología Clínica de Adultos, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile

2 Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP)

3 Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CEPPS- UDP)



## INTRODUCCIÓN

La malnutrición por exceso es uno de los principales problemas de salud pública, debido a que es uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, tales como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares (MINSAL, 2017). En Chile, es el principal factor de riesgo de muertes y discapacidad (GBD, 2019) y afecta a un 74,2% de la población mayor de 15 años, superando considerablemente la prevalencia de Latinoamérica y del mundo (MINSAL, 2017).

A pesar de que se han implementado políticas nacionales para disminuir este problema de salud, la situación a nivel poblacional no ha presentado mejoras. Al comparar los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de los años 2003 y 2017, se observa que la prevalencia de malnutrición por exceso ha aumentado en un 21,3%. Además, en este periodo, han incrementado los estados nutricionales más extremos, como la obesidad y la obesidad mórbida. (MINSAL, 2013, 2017).

En el sistema de salud público, la malnutrición por exceso es abordada principalmente en la atención primaria de salud (APS), que es el nivel de resolución encargado de promover estilos de vida saludable y prevenir enfermedades y sus factores de riesgo, y es responsable de los problemas de salud de la mayor parte de la población (OMS, 2008).

Actualmente, los psicólogos de APS realizan intervenciones a personas con malnutrición por exceso en el marco del Programa Elige Vida Sana. Éstas, consisten en una atención individual y un taller grupal de 5 sesiones en un tiempo de 6 meses (MINSAL, 2020).

En este contexto, intervenciones psicológicas que complementen el trabajo existente, y que permitan disminuir ingestas excesivas de alimentos podrían desempeñar un papel significativo en el abordaje de este problema de salud.

El mindfulness es una herramienta que ha sido utilizada en el campo de la psicología para desarrollar una alimentación consciente en personas

con sobrepeso y obesidad hace más de 20 años (Kristeller y Hallett, 1999). El concepto mindfulness hace referencia a la práctica de prestar atención de manera deliberada al momento presente sin juzgar (Kabat-Zinn, 2020) que ha sido promovida en técnicas meditativas del oriente utilizadas hace milenios (Pérez y Botella, 2006). Cuando esta práctica es aplicada a pensamientos, emociones, sensaciones corporales y comportamientos relacionados con la alimentación, es llamada mindful eating (Tapper, 2022).

Existe evidencia de programas de mindfulness y mindful eating que han sido efectivos para disminuir la alimentación impulsiva, atracones, cantidad de calorías y peso en personas con malnutrición por exceso. Por ejemplo, Hanson et al. (2018), realizaron una intervención de mindful eating a pacientes con obesidad nivel 3, y al compararlos con un grupo control, observaron un aumento de su autoestima y confianza, y pérdida de peso hasta 6 meses después de la intervención. Además, Ruffault et al. (2017), realizaron una revisión sistemática y metaanálisis y encontraron que el mindfulness disminuye la alimentación impulsiva y atracones en pacientes con obesidad.

Por su parte, las intervenciones de mindfulness basadas en la web son un campo nuevo de investigación que han presentado resultados preliminares alentadores respecto a la eficacia en distintos problemas de salud mental (Lippmann, et al., 2019; Russell et al., 2018) y existe evidencia de que podrían ser igual de efectivas que las intervenciones de mindfulness presenciales (Fish et al., 2016). Esta modalidad, puede incluir el uso de audios, videos, chat y mensajes, entre otros. Sus principales beneficios son que posibilita un mayor alcance de usuarios, permite mayor accesibilidad a la intervención, entrega flexibilidad respecto a su uso y aumenta el costo-eficacia (Bennett y Glasgow, 2009; Ybarra y Eaton, 2005).

A pesar de los múltiples beneficios de este tipo de intervención, no se han encontrado propuestas de programas de mindfulness basadas en la web para usuarios de APS con malnutrición por exceso. De acuerdo a esto, se vuelve relevante desarrollar

investigaciones que permitan profundizar en esta temática y sistematizar las técnicas y procedimientos que mejor aplican a la realidad local.

Este artículo presenta el diseño de un programa de mindfulness basado en la web, dirigido a usuarios de APS con malnutrición por exceso. Es una propuesta novedosa, que busca ser de bajo costo, efectiva y utilizar los beneficios de la tecnología. Tiene la pretensión de potenciar el trabajo que realizan los equipos de APS para disminuir la malnutrición por exceso, que corresponde a uno de los principales problemas de salud pública, además de contribuir al desarrollo de un campo poco estudiado. El diseño propuesto, se sustenta en planteamientos teóricos y empíricos que son desarrollados en los resultados de este artículo.

## MÉTODO

El objetivo de este estudio fue diseñar un programa de mindfulness basado en la web para usuarios de APS con malnutrición por exceso. Se realizó una investigación conceptual aplicada, que se caracteriza por analizar teorías, conceptos y modelos existentes para generar una propuesta nueva (Gantman y Fernández, 2017).

El proceso constó de tres etapas. Primero, se hizo una revisión bibliográfica sobre las temáticas: atención primaria de salud, malnutrición por exceso, mindfulness e intervenciones de mindfulness basadas en la web. Se realizó una búsqueda en Google Scholar de libros, artículos de revistas científicas, publicaciones de organismos e instituciones, y tesis. Se incluyó bibliografía en español y en inglés. Se seleccionaron artículos empíricos publicados los últimos 10 años y bibliografía teórica de acuerdo a criterios de relevancia y vigencia respecto a las temáticas estudiadas. En la segunda etapa se analizó, sintetizó y sistematizó la información relevante para la elaboración del programa. Se examinaron las diferentes propuestas teóricas y artículos empíricos encontrados y se revisó la contribución de cada documento para cumplir con el objetivo de este artículo. Se sintetizaron los hallazgos, y se sistematizó

la información clasificándola por temáticas. En la tercera etapa se integró la información recabada y se elaboró el diseño del programa, este último corresponde a la nueva propuesta generada.

## RESULTADOS

A partir de la revisión, análisis, selección y sistematización de la información encontrada en la literatura científica y teórica disponible, se desarrolló un marco teórico y empírico que permitió elaborar el diseño del programa con una sólida perspectiva psicológica y basado en la evidencia. A continuación se presentan los principales aspectos teóricos y empíricos considerados en la elaboración del diseño, para posteriormente presentar el diseño del programa.

## Antecedentes teóricos y empíricos considerados en la elaboración del diseño

### ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) EN CHILE

La APS corresponde al primer nivel de resolución de la red de salud. Se instala con la finalidad de mejorar la situación sanitaria de las poblaciones y acercar la atención a las personas para disminuir las brechas de acceso (MINSAL, 2013a; OMS, 1978).

En Chile, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria presenta lineamientos que rigen a toda la red de salud pública, incluida la APS. Este Modelo propone los tres principios irrenunciables que deben orientar a todas las acciones e intervenciones sanitarias, los cuales son: centrado en las personas, integralidad y continuidad en el cuidado. El principio “centrado en las personas”, implica considerar las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, estableciendo una relación basada en la corresponsabilidad del cuidado. Algunos de sus objetivos son establecer una comunicación efectiva con los usuarios y facilitar el acceso a la atención de salud. El principio “integralidad”, hace referencia

a comprender los problemas sanitarios de forma multidimensional, incorporando una perspectiva biopsicosocial, espiritual y cultural. También, implica ofrecer intervenciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, enfatizando en el rol fundamental que tiene la APS en la promoción y prevención. Uno de los objetivos de este principio es incorporar intervenciones dirigidas a las distintas dimensiones de los problemas de salud. Finalmente, el principio “continuidad del cuidado” plantea que las diferentes acciones del cuidado de la salud deben ser coherentes y conectadas entre sí. Algunos objetivos de este principio son reducir la fragmentación del cuidado asistencial y disminuir costos (MINSAL, 2013a, 2018).

Como se ha mencionado, una de las funciones principales de la APS es la prevención, que corresponde a las actividades para disminuir la aparición de factores de riesgo y enfermedades, detener el avance de la enfermedad y/o reducir su gravedad una vez detectada (MSD, 2019).

En Chile, se han desarrollado diversas intervenciones en APS enfocadas en la prevención. En relación a la malnutrición por exceso, actualmente existe el programa Elige Vida Sana, cuyo objetivo es prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, siendo uno de estos la malnutrición por exceso. El programa tiene una duración de 6 meses, y cuenta con el recurso humano de nutricionista, profesional de actividad física y psicólogo/a (MINSAL, 2020).

## **MALNUTRICIÓN POR EXCESO**

La malnutrición por exceso es una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede perjudicar la salud (FAO, 2014), y que contempla el sobrepeso y la obesidad (MINSAL, 2013b). Se considera que una persona tiene malnutrición por exceso cuando su peso es mayor a lo que corresponde según su altura, esto se mide habitualmente con el índice de masa corporal (IMC), que se calcula con el peso en kilogramos divididos por la altura al cuadrado en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). En adultos se cataloga malnutrición

por exceso cuando hay un IMC igual o superior a 25. Dentro de esta categoría, las personas que tienen un IMC mayor o igual a 25 y menor a 30, tendrían sobrepeso; y las personas con un índice igual o superior a 30, obesidad (MINSAL, 2013b; OMS, 2021).

El sobrepeso, la obesidad y la malnutrición por exceso son estados nutricionales definidos por el IMC (MINSAL, 2013b; OMS, 2021). Si bien, en los manuales diagnósticos CIE 11 y DSM 5 no se consideran trastornos de la conducta alimentaria (APA, 2014; OMS, 2019/2021), desde la primera mitad del siglo XX, han sido objeto de estudio para la psiquiatría y la psicología por la estrecha relación encontrada entre la hiperfagia y los procesos cognitivos y la experiencia emocional (Bruch, 1940; Hamburger 1957; Richardson, 1939).

En la literatura, se han encontrado distintas teorías y autores que asocian procesos psicológicos a una sobreingesta. Guidano (2018), en el modelo procesal sistémico, propuso que personas con tendencia a los trastornos alimentarios (entre los cuales consideró la obesidad), tienen una percepción difusa del sentido de sí mismo y una identidad construida con criterios externos. Estas personas oscilan entre la necesidad absoluta de ser aprobados por otros significativos y el miedo a ser desconfirmados o invadidos por estos mismos y ante cualquier desequilibrio entre estas dos polaridades, existe una tendencia a alterar la imagen corporal a través de una ingestión disfuncional, como lo es la ingesta excesiva de alimentos (Bruch, 1973; Guidano y Liotti, 2006).

Estudios experimentales también constataron una relación entre sobreingesta y sentimientos negativos asociados a la identidad. Polivy, et al. (1988), observaron en comedores restringidos<sup>1</sup>, que el exceso de ingesta se exagera en condiciones de baja autoestima. Por su parte, Heatherton, et al. (1991), plantearon que ante la amenaza de la identidad personal aumenta la sobrealimentación, especialmente cuando existen bajos niveles de autoestima. A su vez, Heatherton, et al. (1998), concluyeron que los estados de ánimo que están relacionados con la identidad, se asocian al fracaso de la autorregulación al comer. De acuerdo a estas

<sup>1</sup> Polivy y Herman (1998), llamaron comedores restringidos a personas que constantemente limitan su alimentación, pero que bajo ciertas circunstancias abandonan la restricción y tienden a la sobrealimentación.

investigaciones, Silva (2007), planteó que la ansiedad y la amenaza de la identidad son condiciones fundamentales para que se genere la sobreingesta en estos pacientes.

Sumado a lo anterior, Bruch (1964), Garner et al. (1983) y Guidano (2018) plantearon que pacientes con trastornos alimentarios tienen déficit en la consciencia interoceptiva, presentando inhabilidad para diferenciar correctamente el hambre de otras sensaciones corporales y estados emocionales, causando una ingesta de alimentos que no está asociada a procesos fisiológicos y nutricionales. Respecto a esto, Van Strien y Ouwens (2007), en una investigación realizada con mujeres expuestas a una situación de estrés, concluyeron que aquellas personas con dificultad para reconocer su respuesta emocional tienden a sobrealimentarse, a diferencia de quienes reconocen sus emociones.

Otros autores (Silva et al., 2011), realizaron un estudio donde encontraron que el sistema motivacional de evitación o inhibición está asociado a los problemas alimentarios relacionados con la hiperfagia. El sistema motivacional de evitación o inhibición hace referencia a personas que tienden a la evitación de amenaza y la novedad, y que prefieren anticiparse a los acontecimientos aversivos desarrollando respuestas emocionales concordantes como ansiedad y la inhibición emocional. Las personas con mayor propensión a la activación de este sistema motivacional, tendrían mayor dificultad para regular las emociones desagradables como la tristeza, el miedo, la culpa y la frustración y mayor sensibilidad al estrés.

En relación a los atracones, Herman y Polivy (1988a; Polivy y Herman, 1998) propusieron la hipótesis de la distracción, en la cual plantearon que usualmente los atracones son desencadenados por ansiedad, que la persona reinterpreta como una necesidad amorfa e intensa de comer, distrayéndose del real motivo de la angustia. Durante el atracón, los pensamientos se centran en el deseo de comer, lográndose la distracción. Al finalizar el atracón, la persona puede recurrir a vivir la angustia generada por haber experimentado el atracón, como un segundo

distractor. De esta forma, las emociones negativas se atribuyen a la ingesta de alimentos, enmascarando la verdadera razón emocional por una más controlable. En base a lo anterior, a mayor necesidad de distraerse de experiencias de ansiedad, será necesario recurrir a una mayor ingesta, generando sobrealimentación.

Por otra parte, diversos estudios, han asociado malnutrición por exceso a personas con una alta restricción alimentaria. Distintos autores (Herman y Polivy 1988b; Van Strien et al., 1986, 2009), encontraron que personas con obesidad, en comparación con sujetos normopeso, tienden a restringir más su alimentación, a pesar de ingerir mayor cantidad de alimentos. Coherente con esto, la teoría de la alimentación restringida (Polivy y Herman, 2002), asoció la restricción permanente, a un aumento considerable de los niveles de ingesta bajo ciertas condiciones emocionales. Por su parte, Van Strien et al. (2009), en una investigación realizada en una muestra representativa de la población holandesa general, concluyeron que niveles más bajos de restricción alimentaria pueden evitar que personas que comen en exceso tengan sobrepeso.

## MINDFULNESS

Mindfulness es la traducción inglesa del pali, “Satti” combinado con “Sampajaña”, que en su conjunto puede traducirse como conciencia, circunspección, discernimiento y retención (Shapiro, 2009). Es una antigua práctica utilizada en la tradición budista hace más de 2.500 años y su origen emerge de las enseñanzas de Siddhartha Gautama (Miró y Simón, 2012). El mindfulness es una práctica fundamental en su propuesta y ocupa un lugar importante en el entrenamiento meditativo budista (Kang y Whittingham, 2010).

Mindfulness fue introducido por primera vez como práctica terapéutica en 1979 por Jon Kabat-Zinn en su programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) (Kang y Whittingham, 2010). Kabat-Zinn (2003), elabora esta propuesta con el objetivo de aplicar un método novedoso y eficaz para afrontar, explorar y aliviar el sufrimiento del cuerpo y

de la mente en el contexto médico, intentando dejar fuera los factores religiosos e ideológicos asociados al budismo.

Se han propuesto múltiples definiciones de mindfulness, sin embargo, aún no existe consenso en su conceptualización (Bishop, 2002). Kabat-Zinn (2020), lo define como “prestar atención de una manera determinada: de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar” (p.26). Este tipo de atención permite desarrollar mayor consciencia, claridad y aceptación del momento presente e implica observar el flujo continuo de estímulos internos y externos en la medida que surgen (Kabat-Zinn, 2020).

Jon Kabat-Zinn (2016, 2021), propone siete actitudes fundamentales en la práctica del mindfulness. La primera es **no juzgar**, que implica estar en contacto directo con la experiencia siendo consciente de lo que ha surgido sin juzgarla, detenerla, ignorarla, ni etiquetarla como buena o mala. La segunda, es la **paciencia**, que consiste en poner atención en el ahora, abandonando la intención de estar en otro espacio temporal. La tercera actitud es la **mente de principiante**, que significa aproximarse a cualquier experiencia con la curiosidad de vivirla por primera vez, desprendiéndose de conocimientos o vivencias anteriores. La cuarta, es la **confianza**, que corresponde a tener la certeza de que las cosas pueden ocurrir dentro de un marco fiable de orden e integridad. A su vez, implica buscar en qué aspectos de nosotros mismos podemos confiar. La quinta es el **no esfuerzo**, que hace referencia a no forzar experiencias ni resultados y asumir que durante la práctica no hay que estar en un lugar distinto, ni obtener o lograr algo. La sexta es la **aceptación**, que significa entender, aclarar y aceptar el modo en que las cosas son, y descubrir la forma más sabia de relacionarse con ellas. También implica no poner resistencia a situaciones desagradables o que generen sufrimiento, sino simplemente ser consciente de ellas. Respecto a esta actitud, Safran y Muran (2005), plantearon que el intento de eliminar de la atención objetos o situaciones de manera forzosa genera una lucha interna que les da más poder, y solo la aceptación puede privar la fuerza

de esos contenidos mentales. Por último, la séptima actitud es **soltar o dejar ir**, que hace referencia a una decisión consciente de dejar de aferrarse, ya sea a una idea, una perspectiva, un objeto, un deseo, etc. para fluir en el momento presente. Implica dejar de apegarse y observar con consciencia y aceptación lo que nos mantiene aferrados. En relación a esto, Safran y Muran (2005), explican que soltar las amarras de los propios procesos cognitivos y afectivos abre la posibilidad de verlos como una construcción de la mente, reduciendo la sobreidentificación con estos procesos y permitiendo reflexionar sobre ellos. Además de las siete actitudes fundamentales, la práctica del mindfulness, requiere la intención de tener una disposición afectiva particular hacia lo que se está prestando atención, caracterizada por la generosidad, bondad y compasión (Kabat-Zinn, 2020, 2021).

En la literatura, se han descrito dos formas de practicar mindfulness: formal e informalmente. La primera, consiste en dedicar un tiempo establecido a la práctica, adquiriendo una postura física específica y siguiendo ciertas normas, como lo son las meditaciones guiadas. Por su parte, la práctica informal, consiste en realizar cualquier actividad de la vida cotidiana (como caminar o comer) prestando atención al momento presente sin juzgar (Kabat-Zinn, 2021; Pollak et al., 2016).

Además, Pollak et al. (2016), consideran tres tipos de prácticas. La primera, son las prácticas de concentración, que consisten en atender a un foco en particular, como por ejemplo la respiración. Estas, permiten anclar a la persona al momento presente. El segundo tipo, es la meditación de monitoreo abierto que implica poner atención a los distintos estímulos que aparecen, ya sean sonidos, emociones, dolores físicos, etc., permitiendo ampliar y profundizar la consciencia de lo que está sucediendo en el presente. Un tercer tipo, son las prácticas de bondad amorosa y compasión, que incitan a evocar bondad, amor y compasión hacia uno mismo o hacia otros, y permite aproximarse con aceptación a lo que surge en la experiencia y cultivar la disposición afectiva que sugiere el mindfulness.

Distintos autores (Baer, 2003; Pérez y Botella, 2006) han propuesto que a través del mindfulness se desarrollan habilidades que pueden conducir a cambios psicológicos y a la reducción de síntomas de diversas psicopatologías. A continuación se describirán cada una de ellas.

La primera, es la **exposición**, que consiste en la observación sostenida de pensamientos, emociones y sensaciones, que pueden ser desagradables o estresantes. Exponerse a estas vivencias en un contexto de aceptación, permite que puedan ser experimentadas de forma menos displacentera y amenazante, y aumentar la tolerancia a estas, fomentando que se extingan miedos y conductas de evitación que generan estas vivencias (Bishop et al., 2004; Linehan, 2003). Coherente con esto, la exposición a sensaciones interoceptivas de ansiedad puede reducir la reactividad emocional y sus síntomas (Baer, 2003).

Una segunda habilidad es la **flexibilidad cognitiva**. Monitorear el flujo de la conciencia puede lograr un distanciamiento emocional de los contenidos que emergen y una visión más amplia de la situación (Kabat-Zinn, 2020; Safran y Muran, 2005). Además, puede aumentar la capacidad para relacionar pensamientos, emociones, conductas y otras vivencias (Bishop et al., 2004). Por otra parte, la práctica desarrolla una mayor capacidad para autorregular la atención y cambiar deliberadamente de foco, contribuyendo a no quedarse atrapado en un pensamiento o emoción, como podrían ser los pensamientos rumiantes (Bishop et al., 2004).

Otra habilidad, es la **autorregulación**, generada al adquirir mayores niveles de conciencia y disminuir el funcionamiento automático, que facilita la elección de conductas consistentes con las propias necesidades, valores e intereses. Esto se asocia a mayores posibilidades de afrontar situaciones complejas y a una regulación de la reacción o respuesta escogida (Baer, 2003; Pérez y Botella, 2006).

En algunas ocasiones, la práctica puede generar **relajación**, contribuyendo a la disminución del estrés u otros síntomas. No obstante, es importante destacar que el objetivo del mindfulness no es

alcanzar la relajación, y que en ocasiones se pueden experimentar tensiones, angustias otras sensaciones opuestas a ésta (Kabat-Zinn, 2020, 2021).

Si bien, la **aceptación** es una actitud fundamental en la práctica del mindfulness, algunos autores (Baer, 2003; Pérez y Botella, 2006) también la consideran como una habilidad en sí misma, que permite establecer nuevas formas de afrontar situaciones. Principalmente, puede provocar un cambio en patrones reactivos de defensa, evitación y/o apego<sup>2</sup> (Baer, 2003). De acuerdo a esto, Hayes (1994), explica que aceptar permite enfrentar situaciones y por tanto, disminuir conductas desadaptativas para evitar experiencias displacenteras.

Mediante la práctica también se desarrolla la **capacidad de integrar distintos contenidos a la conciencia**. Safran y Muran (2005), plantearon que el ser humano deja fuera de la conciencia aspectos de la experiencia que pueden amenazar su sentido de filiación, pero que siguen presentes de manera inconsciente, influyendo en conductas y emociones. Los autores proponen que la integración de este contenido en la conciencia puede lograrse sólo a través del aprendizaje experiencial y una de las formas de acceder a este es a través de la disciplina del mindfulness.

Finalmente, la práctica incita a observarse en profundidad y permitirse ser exactamente como uno es, lo que posibilita la **clarificación de los propios valores**. De acuerdo a esto Kabat-Zinn (2020), plantea que el mindfulness otorga un espacio simplemente para ser y darnos cuenta de quienes somos y dónde estamos. Esto implica observar las propias congruencias e incongruencias sin rechazo. También, contribuye a reconocer lo que realmente se valora en la vida, y a discriminar entre los valores personales y los valores externos (Shapiro et al., 2006).

Como se ha mencionado anteriormente, el mindfulness se puede poner en práctica en distintas situaciones de la vida cotidiana. Cuando se aplica a vivencias relacionadas con la alimentación, por ejemplo, al elegir alimentos, comer, pensar en comida, etc., se ha nombrado mindful eating (Framson et al., 2009). Una de las definiciones propuestas

2 Se hace referencia a la acepción budista del apego, entendida como una afición mental generada por aferrarse a una idea, una persona, un objeto, u otros, y se considera la causa del sufrimiento. Puede adoptar la forma de posesividad, sentido de propiedad de personas y cosas, celos, preocupaciones, compulsiones, obsesiones, competitividad, entre otros (Sahdra et al., 2010).

para este concepto es prestar atención de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar los pensamientos, emociones, sensaciones corporales y comportamiento, relacionados con la alimentación (Tapper, 2022).

El mindful eating, apunta a abordar el sufrimiento causado por una relación desequilibrada con la comida, que genera problemas como la obesidad, sobrepeso, anorexia y bulimia (Chozen, 2015). Además de las habilidades que se desarrollan con la práctica del mindfulness, el mindful eating, permite también: clarificar las señales fisiológicas del hambre y saciedad; reconocer el sentido del gusto; diferenciar las señales fisiológicas del apetito de otras experiencias internas; y reconocer y tolerar pensamientos, emociones e impulsos relacionados a la alimentación (Miró y Simón, 2012).

## **Diseño del Programa de mindfulness basado en la web para usuarios de APS con malnutrición por exceso (MW-APS)**

El programa de mindfulness basado en la web para usuarios de APS con malnutrición por exceso (MW-APS) es una intervención breve, preventiva, de baja intensidad, diseñada para complementar el trabajo que realizan los equipos de APS, fortaleciendo el componente psicológico en el tratamiento de personas con malnutrición por exceso, comprendiendo que es una de las dimensiones de este problema de salud.

La intervención tiene un formato web asincrónico autoguiado, es decir, todas las actividades se realizarán a través de la plataforma web y no contará con la participación de un facilitador. Esta elección se basa en la experiencia de otros programas similares que sugieren que intervenciones autoguiadas son igual de efectivas que las guiadas por un facilitador, sumado a la ventaja de ser más rentables, accesibles y flexibles (Fish et al., 2016; Russell et al., 2018).

El programa incita al usuario a aproximarse a emociones, pensamientos, conductas y sensaciones

desde la práctica del mindfulness, cultivando las siete actitudes fundamentales. De esta forma, permite desarrollar las habilidades asociadas a la práctica como lo son la exposición, la flexibilidad cognitiva, la autorregulación, la relajación, la aceptación, la integración de distintos contenidos a la consciencia y la clarificación de los propios valores. Además, desarrolla las habilidades específicas asociadas a la práctica del mindful eating tales como clarificar las señales fisiológicas del hambre y saciedad, reconocer el sentido del gusto, diferenciar las señales fisiológicas del apetito de otras experiencias internas, y reconocer y tolerar pensamientos, emociones e impulsos relacionados a la alimentación.

El objetivo general del programa MW-APS es contribuir al equipo de APS a disminuir la malnutrición por exceso interviniendo en la conducta alimentaria y los factores psicológicos que se relacionan con la hiperfagia. De acuerdo a esto, el programa cuenta con ejercicios de mindful eating, para intervenir de manera directa en la conducta alimentaria, y a su vez, incorpora ejercicios de mindfulness abarcando otras situaciones de la vida, con la finalidad de incidir en los distintos factores psicológicos asociados a una ingesta excesiva.

Respecto a los factores psicológicos que se asocian a la malnutrición por exceso, la identidad difusa, los sentimientos negativos asociados a la identidad y la baja autoestima, pueden ser trabajados principalmente a través del cultivo de la aceptación, autocompasión, la exclusión de juicios, la capacidad de integrar distintos contenidos a la consciencia y la clarificación de los propios valores. Por su parte, el déficit en la consciencia interoceptiva, puede disminuir mediante el desarrollo de habilidades para reconocer y diferenciar emociones, pensamientos y sensaciones como el hambre y la saciedad, entre otros. A su vez, la evitación y/o distracción relacionada con situaciones ansiógenas o que producen malestar se puede disminuir a través de la exposición, permitiendo a los usuarios reconocerlas, integrarlas a la consciencia, aceptarlas y tolerarlas. Finalmente, la restricción alimentaria, también considerada como un aspecto psicológico relevante por su relación con

el aumento de la ingesta, puede ser intervenida a través de la relajación, la práctica del no esfuerzo y la aceptación.

Se excluyeron de manera intencionada aquellas intervenciones que incitan a restringir la alimentación, como lo son: contar las calorías ingeridas, emitir juicios respecto a las conductas alimentarias, catalogar conductas como correctas o incorrectas y prohibir acciones o alimentos, dado que podrían ser iatrogénicas, entendiéndose que la restricción es uno de los factores relacionados a la ingesta excesiva (Herman y Polivy 1988b; Polivy y Herman, 2002; Van Strien et al., 1986, 2009).

La población objetivo del programa son personas adultas (mayores de 18 años) con malnutrición por exceso que se estén atendiendo en APS por este problema de salud, y que cumplan con los siguientes criterios de inclusión: 1. Contar con un dispositivo (computador o teléfono inteligente) con acceso a internet. 2. Tener conocimientos informáticos básicos. 3. Tener interés y aceptar realizar el programa. Serán excluidas las personas que presenten problemas cognitivos, de aprendizaje, demencia u otros que dificulten la comprensión de las intervenciones y personas que hayan vivido experiencias traumáticas, que presenten psicopatologías graves, descompensadas, o que se encuentren actualmente en tratamiento en el nivel secundario o terciario por problemas de salud mental.

El programa consta de 4 módulos, cada uno diseñado para ser completado idealmente en una semana. La duración total sugerida es de 4 semanas, pero existe flexibilidad para las personas que se retrasen con las prácticas. El diseño propuesto, corresponde a un programa de baja intensidad, dado que tiene una corta duración y que establece un bajo contacto con los usuarios (Lopez-Montoyo, 2020), por ser administrado a través de una plataforma web. Se optó por este formato ya que se encontraron programas con esta estructura efectivos para malnutrición por exceso (Mason et al., 2018) y para APS (Lopez-Montoyo, 2020).

Cuenta con ejercicios de mindfulness, mindful eating, concentración, monitoreo abierto y compasión.

Los ejercicios aumentan gradualmente su intensidad a medida que avanzan las semanas, ya sea porque se incrementa el tiempo de duración y/o porque tienen mayor dificultad. Esta última característica se presenta en los programas MBSR, MBCT y MB-EAT, y según algunos autores, (Kabat-Zinn, 2016; Pollak et al., 2016), es beneficiosa para lograr mayor aceptabilidad y adherencia y disminuir frustraciones.

Respecto al tiempo de práctica, se propone un mínimo de 4 veces por semana, aproximadamente de 20 minutos cada una, con la posibilidad de aumentar el tiempo si el participante lo desea. Se plantea un formato, con prácticas más breves que el programa MBSR, que propone ejercitar 45 minutos diarios, dado que en una revisión sistemática (Fish et al., 2016) se encontró que participantes de intervenciones de mindfulness basadas en la web autoguiadas consideraron excesivas las prácticas formales de 30 minutos. Sumado a esto, programas presenciales que proponen una práctica formal de 15 a 20 minutos han demostrado ser eficaces en personas con ansiedad y depresión (Arredondo et al., 2016) y en mujeres de bajos recursos con sobrepeso en APS (Salvo et al., 2022).

El programa incluye videos, audios y material escrito, y todos los archivos de video, se presentarán también en formato audio para que la intervención general sea compatible con una mayor cantidad de dispositivos. Además, mientras dura la intervención, los participantes contarán con una bitácora personal para registrar vivencias o información que les haya parecido significativa y la plataforma ofrecerá un calendario con las prácticas semanales, que puede ser utilizado de manera opcional para facilitar la organización. También, existirá una sección de preguntas y respuestas frecuentes para aclarar dudas y un foro donde los participantes podrán compartir sus experiencias, desafíos y logros. Estos elementos fueron incorporados dado que se encontró que pueden mejorar la adherencia y aceptabilidad de los participantes (Fish et al., 2016; Lippmann et al., 2019).

En cada módulo, se incorporan contenidos, prácticas formales e informales y mensajes para motivar e incentivar el trabajo. Según los hallazgos

de una síntesis crítica interpretativa (Lippmann et al., 2019), estos, serían los componentes de la estructura de las intervenciones de mindfulness basadas en web relacionados con una mayor eficacia. Cada módulo tiene su propio objetivo, y de acuerdo a estos se proponen los contenidos y prácticas, en la Tabla 1, se presenta el detalle de esta información.

Tabla 1.

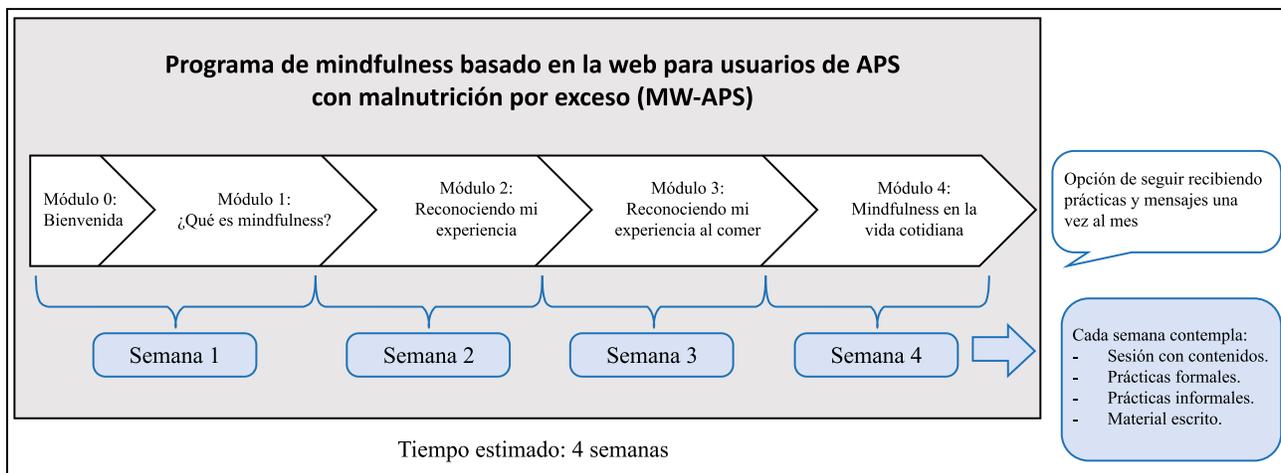
*Módulos, objetivos, contenidos y prácticas del Programa MW-APS*

<b>Módulos</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Contenidos de la sesión</b>	<b>Práctica Formal</b>	<b>Práctica Informal</b>
<b>Módulo 0: Bienvenida</b>	Presentar las características del programa y motivar a los usuarios a participar.	Descripción de las características de la intervención, explicación de su funcionamiento y los recursos con los que cuenta.	N/A	N/A
<b>Módulo 1: ¿Qué es mindfulness?</b>	Conocer y experimentar la práctica del mindfulness.	Explicación del concepto mindfulness y cómo practicarlo.	- Escáner corporal - Comer 3 pasas	Realizar una actividad rutinaria practicando mindfulness.
<b>Módulo 2: Reconociendo mi experiencia</b>	Reconocer contenidos de la experiencia desde una postura mindfulness.	Explicar cómo reconocer los contenidos de la experiencia desde una postura mindfulness.	- Atención a la respiración (meditación sedente) - Comer un pan de manera consciente	Reconocer sensaciones agradables y desagradables.
<b>Módulo 3: Reconociendo mi experiencia al comer</b>	Reconocer contenidos de la experiencia asociados a la ingesta alimentaria, desde una postura mindfulness.	Explicar qué significa reconocer los contenidos de la experiencia asociados a la ingesta alimentaria.	- Atención a los distintos contenidos de la experiencia (meditación sedente) - Práctica de la conciencia del hambre	Reconocer sensaciones de hambre y saciedad desde una postura mindfulness.
<b>Módulo 4: Mindfulness en la vida cotidiana</b>	Consolidar los conocimientos adquiridos y fomentar su uso en la vida cotidiana.	Síntesis del trabajo realizado, recalando la importancia de mantener una actitud de aceptación. Aplicación de los conocimientos adquiridos a la vida cotidiana.	- Cultivo de la autocompasión - Comer un chocolate de manera consciente - Atención a los distintos contenidos de la experiencia (meditación sedente)	Poner atención a los contenidos de la experiencia antes de comer.

En el Diagrama N° 1, se grafica el diseño del programa y sus principales características y componentes.

Diagrama 1.

*Diseño del programa MW-APS y sus principales características y componentes*



La plataforma incorpora: Mensaje motivador una vez por semana, bitácora personal, calendario de prácticas

Prácticas aumentan gradualmente su intensidad

## Sugerencias para la instalación de la intervención en APS

De acuerdo con el principio de continuidad en el cuidado, las distintas acciones sanitarias que abordan el problema de la malnutrición por exceso deben ser coordinadas y coherentes entre sí, de forma que se potencien y se aprovechen los recursos disponibles. En base a esto, el programa se diseña para ser instalado como parte de políticas sanitarias más amplias. Se sugiere considerar los recursos disponibles, los tiempos de las intervenciones existentes en APS y en caso de ser necesario, flexibilizar el programa de acuerdo al contexto local. Actualmente, la política sanitaria existente es el Programa Elige Vida Sana, de acuerdo a esto, se sugiere que el MW-APS sea parte integral de este Programa más amplio, incorporándose como una prestación extra para los usuarios.

Para que la intervención sea exitosa en APS, es indispensable la participación del equipo de salud de cabecera. Por esto, se propone que durante el período de instalación, se capacite a los distintos miembros del equipo para presentarles la intervención, motivarlos y comprometerlos con esta nueva propuesta, además de entregar un documento escrito con dicha información. Este paso es fundamental debido a que el equipo tiene vínculo directo con las personas y será la cara visible del MW-APS, por lo que tendrá un rol clave para aumentar el interés y la adherencia.

Además, se sugiere ofrecer a los usuarios la opción de seguir recibiendo nuevas prácticas y mensajes una vez al mes, hasta finalizar las intervenciones que recibe en APS para disminuir la malnutrición por exceso.

En cuanto a los aspectos éticos, la plataforma debe asegurar la confidencialidad de la información de cada usuario. De acuerdo a esto, los datos se

almacenarán de manera encriptada y el equipo de salud solo tendrá acceso a estadísticas generales como el tiempo promedio de uso diario, tiempo en que se ha completado cada módulo y el programa completo. Esto será comunicado a los usuarios previo realizar la intervención a través de un consentimiento informado.

## CONCLUSIONES

El programa MW-APS apunta a intervenir la conducta alimentaria y los factores psicológicos implicados en este problema de salud. Se elaboró en base a revisiones bibliográficas y consideró los lineamientos que rigen a las intervenciones de APS en Chile.

Pretende ofrecer una intervención útil para APS, de acuerdo a esto, se enfoca en disminuir la prevalencia de malnutrición por exceso, que corresponde a uno de los principales problemas de salud del país (MINSAL, 2013a, 2017). A su vez, busca acercar la atención a las personas para disminuir las brechas de acceso, que es uno de los principales objetivos de la APS (MINSAL, 2013a). Con este fin, se optó por un formato web que permita a los usuarios mayor flexibilidad, eliminar dificultades de traslado, aumentar las opciones de intervención respecto a salud mental, y ofertar una propuesta efectiva y de igual calidad para todos los usuarios.

Además, pretende que su implementación sea viable en APS. En base a esto, se alinea con los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y se opta por una intervención de bajo costo y creada para complementar el trabajo de los equipos apoyando y fortaleciendo su labor.

Por otra parte, este estudio pretende fortalecer la investigación de las intervenciones de mindfulness basadas en web específicamente en la fase de diseño. Estas intervenciones son una opción prometedora para mejorar la salud mental de las poblaciones, sin embargo, faltan investigaciones para contar con información concluyente.

El estudio tuvo ciertas limitaciones. Al ser diseñado únicamente a partir de bibliografía, no contó con la opinión y sugerencias de los equipos

ni de los usuarios de APS, quienes podrían otorgar información relevante a considerar. En segundo lugar, como se ha mencionado, el campo de investigación de intervenciones basada en web se encuentra en una fase inicial. De acuerdo a esto, los hallazgos de intervenciones web que permitieron elaborar esta propuesta, corresponden principalmente a datos preliminares o no concluyentes. Además, no se encontraron estudios respecto a estrategias para reducir las brechas de acceso generadas por intervenciones que utilizan nuevas tecnologías, que podrían aportar información útil a considerar. Específicamente respecto a los efectos del mindfulness en la alimentación, Tapper (2022) explicita que varían de acuerdo a características individuales y contextos, sin embargo, no existe claridad de cuales son aquellas características. Podría ser relevante contar con esta información para incorporarla en el programa.

Como futuras líneas de investigación, se sugiere aplicar el programa midiendo su aceptabilidad y efectividad a corto, mediano y largo plazo. Por otra parte, se sugiere estudiar la factibilidad y utilidad de crear diseños de mayor intensidad. En esta línea, se podría evaluar la creación de un diseño escalable, en el cual el programa MW-APS corresponda a una primera intervención, para luego ofrecer programas más intensos destinados a los usuarios que hayan adherido y deseen continuar desarrollando su práctica. Además, sería relevante evaluar cómo afecta a los usuarios participar en una intervención de mindfulness que no se realice en grupo, considerando que esto implica no contar espacios para compartir procesos y generar aprendizaje grupal, entre otros.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

No hay conflictos de interés declarado por parte de ningún investigador.

## NOTA EDITORIAL

Javiera Duarte no participó en ninguna etapa de este proceso editorial, ni en la correspondencia, selección de evaluadores, ni decisión final. El proceso fue manejado por otros miembros del comité editorial.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. Ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Arredondo, M., Sabaté, M., Botella, L., Hurtado, P. y Acosta, L. M. (2016). Estudio piloto del programa de entrenamiento en mindfulness basado en prácticas breves integradas (M-PBI). *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 151-168. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i103.110>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Bennett, G. y Glasgow, R. (2009). The delivery of public health interventions via the internet: actualizing their potential. *Annual Review of Public Health*, 30, 273-292. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100235>
- Bishop S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction?. *Psychosomatic medicine*, 64(1), 71-83. <https://doi.org/10.1097/00006842-200201000-00010>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bruch, H. (1940). Obesity in Childhood: Physiologic and Psychologic Aspects of the Food Intake of Obese Children. *American Journal of Disease of Children*, 59, 739-781.
- Bruch, H. (1964). Psychological aspects of overeating and obesity. *Psychosomatics*, 5, 269-274. [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(64\)72385-7](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(64)72385-7)
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books.
- Chozen, J. (2015). *Comer atentos*. Shambhala Español.
- Fish, J., Brimson, J. y Lynch, S. (2016). Mindfulness Interventions Delivered by Technology Without Facilitator Involvement: What Research Exists and What Are the Clinical Outcomes?. *Mindfulness*, 7, 1011-1023. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0548-2>
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., y Benitez, D. (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439-1444. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>
- Garner, D.M., Olmsted, M. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6)

Gantman, E., y Fernández, C. (2017). Literatura académica de administración en países de habla hispana: Análisis bibliométrico de la producción en revistas de la base Latindex Catálogo (2000-2010). *Investigación Bibliotecológica: Archivonomía, bibliotecología E información*, 31(72), 39–61. <https://doi.org/10.22201/iibi.0187358xp.2017.72.57823>

GBD 2019 Risk Factors Collaborators (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396, 1223-1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)

Guidano, V. (2018). *El modelo cognitivo post-racionalista*. Desclée de Brouwer.

Guidano, V. y Liotti, G. (2006). *Procesos Cognitivos y Desórdenes Emocionales*. Cuatro Vientos.

Hamburger, W. (1957). Psychological aspects of obesity. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 33(11), 771–782.

Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance en S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, y M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: content and context in psychotherapy* (pp. 13-32). Editorial Context Press.

Heatherton, T, Herman, P. y Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 138-143.

Heatherton, T, Striipe, M. y Wittenberg, L. (1998). Emotional distress and disinhibited eating: The role of self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 301-313.

Herman, C.P. y Polivy, J. (1988a). Restraint and excess and in dieters and bulimics. In K.M. Pirke, D. Ploog, and W. Vandereycken (Eds.), *Psychobiology of bulimia*, Berlin: Springer, pp. 33-41.

Herman, C.P. y Polivy, J. (1988b). Studies of eating in normal dieters. En B.T. Walsh (Ed.), *Eating behavior in eating disorders* (pp. 95–112). American Psychiatric Association Press.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>

Kabat-Zinn, J. (2016) *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad*. Editorial Kairós.

Kabat-Zinn, J. (2020). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quiera que vayas, ahí estás*. Editorial Planeta.

Kabat-Zinn, J. (2021). *Mindfulness para principiantes*. Editorial Kairós.

Kang, C., y Whittingham, K. (2010). Mindfulness: A Dialogue between Buddhism and Clinical Psychology. *Mindfulness*, 1, 161–173. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0018-1>

Kristeller, J. L., y Hallett, C. B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of health psychology*, 4(3), 357-363. <https://doi.org/10.1177/135910539900400305>

Lippmann, M., Laudel, H., Heinzle, M., y Narciss, S. (2019). Relating Instructional Design Components to the Effectiveness of Internet-Based Mindfulness Interventions: A Critical Interpretive Synthesis. *Journal of medical Internet research*, 21(11), e12497. <https://doi.org/10.2196/12497>

Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Editorial Paidós.

Lopez-Montoyo, A. (2020). *Eficacia de una intervención psicológica breve basada en mindfulness para el tratamiento de la depresión en atención primaria: Aplicación cara a cara, aplicación mediante TICs versus tratamiento habitual* [Tesis de doctorado]. Universitat Jaume I.

Mason, A. E., Jhaveri, K., Cohn, M., y Brewer, J. A. (2018). Testing a mobile mindful eating intervention targeting craving-related eating: Feasibility and proof of concept. *Journal of Behavioural Medicine*, 41(2), 160-173. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9884-5>

Ministerio de Salud (2003). *Encuesta nacional de Salud ENS Chile 2003*. Santiago de Chile; MINSAL.

Ministerio de Salud (2013a). *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Santiago de Chile; MINSAL. Extraído de <http://www.siad-sps.cl/file/download/7724>

Ministerio de Salud (2013b). *Guía Clínica Auge Examen Medicina Preventiva*. Santiago, Chile. Extraído de: [www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPC%20Medicina%20Preventiva.pdf](http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPC%20Medicina%20Preventiva.pdf)

Ministerio de Salud (2017). *Encuesta nacional de Salud 2016-2017, Primeros resultados*. Santiago de Chile; MINSAL

Ministerio de Salud (2018). *Orientaciones para la planificación y programación en red*. Santiago de Chile; MINSAL. Extraído de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/09/ANEXO-7-PROMOCI%C3%93N-DE-SALUD.pdf>

Ministerio de Salud (2020). *Orientación Técnica Programa Elige Vida Sana*. Santiago de Chile; MINSAL.

Miró, M. T., y Simón, V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Desclée de Brouwer.

MSD. (2019). ¿En qué consiste la prevención en salud?. MSD Salud. 2019. Extraído de: <https://www.msdsalud.es/cuidar-en/prevencion/informacion-basica/consiste-prevencion-salud.html>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2014). *¿Por qué la nutrición es importante? Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición*. Roma, FAO. <http://www.fao.org/3/a-as603s.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de Salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata*, URSS, 6- 12 de septiembre de 1978. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria, más necesaria que nunca*. Ginebra; OMS.

Organización Mundial de la Salud OMS (2019/2021). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*. Licencia de Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO). <https://icd.who.int/browse11>

Organización Mundial de la Salud (2021). *Notas descriptivas: Malnutrición*. Extraído de: : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Pérez, M. y Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17 (66-67), 77-120. <https://doi.org/10.33898/rdp.v17i66/67.907>

Hanson, P., Shuttlewood, E., Halder, L., Shah, N., Lam, F.T., Menon, V. y Baber, T. M. (2018). Application of Mindfulness in a Tier 3 Obesity Service Improves Eating Behavior and Facilitates Successful Weight Loss. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 104(3), 793-800. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-00578>

Polivy, J., Heatherton, T. y Herman, P. (1988). Self-esteem, restraint, and eating behavior, *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 354-356.

Polivy, J. y Herman, C.P. (1998), Distress and eating: Why do dieters overeat?. *International Journal of Eating Disorders*, 26(2), 153-166. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199909\)26:2<153::AID-EAT4>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199909)26:2<153::AID-EAT4>3.0.CO;2-R)

Polivy, J. y Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.

Pollak, S., Pedulla, T. y Siegel, R. (2016). *Sentarse juntos: habilidades esenciales para una psicoterapia basada en Mindfulness*. Desclée de Brouwer.

Richardson, H. (1939). Obesity as a manifestation of neurosis. *Journal Medical Clinics of North America*, 30, 1187-1202

Ruffault A, Czernichow, S., Hagger, M., Ferrand, M., Erichot, N., Carette, C., Boujut, E. y Flahault, C. (2017). The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice* 11(5S1), 90-111. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.09.002>

Russell, L., Ugalde, A., Milne, D., Austin, D., y Livingston, P. M. (2018). Digital Characteristics and Dissemination Indicators to Optimize Delivery of Internet-Supported Mindfulness-Based Interventions for People With a Chronic Condition: Systematic Review. *JMIR mental health*, 5(3), e53. <https://doi.org/10.2196/mental.9645>

Safran, J.D. y Muran, J.C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Desclée de Brouwer.

Sahdra, B., Shaver, P. y Brown, K. (2010). A scale to measure nonattachment: a Buddhist complement to Western research on attachment and adaptive functioning. *Journal of personality assessment*, 92(2), 116–127. <https://doi.org/10.1080/00223890903425960>

Salvo, V., Curado, D. F., Sanudo, A., Kristeller, J., Schweitzer, M. C., Favarato, M. L., Isidoro, W., y Demarzo, M. (2022). Comparative effectiveness of mindfulness and mindful eating programmes among low-income overweight women in primary health care: A randomised controlled pragmatic study with psychological, biochemical, and anthropometric outcomes. *Appetite*, 177, 106131. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106131>

Silva, J. (2007). Sobrealimentación inducida por la ansiedad Parte I: Evidencia conductual, afectiva, metabólica y endocrina. *Terapia Psicológica*, 25(2), 141-154. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200005>

Silva, J. R., Ortiz, M., Quiñones, Á., Vera-Villaruel, P., y Slachevsky, A. (2011). Affective style and eating disorders: A field study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16(2), e73-e80

Shapiro S. L. (2009). The integration of mindfulness and psychology. *Journal of clinical psychology*, 65(6), 555–560. <https://doi.org/10.1002/jclp.20602>

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>

Tapper K. (2022). Mindful eating: what we know so far. *Nutrition bulletin*, 47(2), 168–185. <https://doi.org/10.1111/nbu.12559>

Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P. y Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 747-755

Van Strien, T., Herman, C.P. y Verheijden, M.W. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role?. *Appetite*, 52(2), 380–387. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.11.010>

Van Strien, T. y Ouwens, M. A. (2007). Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating Behavior*, 8(2), 251-257. [https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.06.004\[1\]](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.06.004[1])

Ybarra, M. y Eaton, W. (2005). Internet-based mental health interventions. *Mental Health Services Research*, 7(2), 75-87. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-3779-8>.