



**Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas
Facultad de Psicología**

**Trabajo de Diploma presentado en opción al Título de
Licenciada en Psicología**

**Título: "Efectos de los Remedios Florales de Bach como
catalizadores de la intención de controlar las ansias de
comer y su supresión en individuos con sobrepeso"**

Autora: Liset María Frias Hernández

Tutor: Msc. Boris Camilo Rodríguez Martín

**Santa Clara
2012**

Exergo

*“No consideréis la enfermedad, pensad solo
en como vive la vida el enfermo”*

*Edward Bach
Los doce curadores y otros remedios, 1933*

Dedicatoria

A Dios, por llamarme a la Psicología
A mi familia, por lo que han hecho de mí

Agradecimientos

Al mejor tutor, el Msc. Boris Camilo Rodríguez Martín, por el gran privilegio de contar con su ayuda invaluable, su sabiduría, su buen humor. Por ser ejemplar como profesional y admirable como ser humano. Eres una de las personas que más me ha inspirado.

A mi familia, por haber sido también autores de esta tesis. Por el sacrificio y el amor incondicional. Porque, sin duda alguna, he tenido los mejores madre, padre, tía, abuelas, abuelos y “hermano” que se podrían tener. Sin ustedes no habría llegado a ningún lado.

A mis grandes amigos de siempre y los que para siempre serán mis grandes amigos (Isis, Sady, Lisandra, Robert...), por los momentos inolvidables y renovadores. Soy un poquito de todos.

A Lisbet y Ángela, por la alegría. A sus maravillosas familias por acogerme como una más. Son uno de los más hermosos regalos que Dios me ha dado. Ustedes no necesitan palabras.

A Rogelio, por su amor transparente, por la confianza, por nunca dejarme sola.

A todos los profesores que han cultivado en mí el amor por la Psicología.

Resumen

La presente investigación fue desarrollada entre los meses de Enero y Junio del 2010 en el municipio Vertientes de Camagüey. Tuvo como objetivo general evaluar los efectos de una fórmula compuesta por Remedios Florales de Bach (BFRs), sobre el control de las ansias relacionadas con la comida y su supresión en individuos con sobrepeso. El enfoque de investigación fue cuantitativo, siendo un estudio explicativo, con un diseño experimental de series cronológicas múltiples.

La muestra quedó conformada por 48 participantes con sobrepeso, con una media de edad de 36 (DE=11) años. Luego de la evaluación inicial (LB) fueron asignados aleatoriamente a dos grupos de 24 participantes cada uno: BFRs e Intención (In). La investigación se estructuró en tres etapas fundamentales correspondientes LB y seguimientos durante uno y tres meses respectivamente.

Los principales resultados sugieren que los BFRs tuvieron un mayor efecto que la intención sobre: la supresión de pensamientos relacionados con la comida, el peso y la forma del cuerpo; la mayoría de los factores que conforman las ansias como rasgo, con la excepción de la sensación de hambre y las intenciones de comer; los pensamientos intrusos en general y la reducción de la utilización del castigo como estrategia de control de pensamientos. Además ambas estrategias mostraron resultados positivos y sostenidos a través del tiempo para la anticipación de refuerzo positivos, los desencadenantes de las ansias de comer, la sensación de hambre, las intenciones de comer y la reevaluación como estrategia de control de pensamientos

Palabras clave: Ansias de comer, Pensamientos intrusos, Supresión de pensamientos, Remedios Florales de Bach (BFRs), Intención.

Abstract

The investigation was developed between the months of January and June of the 2012 in Vertientes, Camagüey. Its general objective was to evaluate the effects of a formula composed by Floral Remedies of Bach (BFRs), on the control of cravings and its suppression in individuals with overweight. The quantitative paradigm with a former design was utilized behind explicative study, with experimental design of multiple chronological series.

It was worked up with 48 overweight individuals, with a stocking of age of 36 years (DE=11). The individuals were randomly assigned to two groups with 24 individuals each one: BFRs and Intention (In). The research was structured in three moments: first assessment and evaluation at one and three months.

Principal results evidence that the BFRs, has a higher effect than intention on: suppression of thoughts related with food, weight and body form. Also, have effects on the factors of desires to have a meal as trait, except feeling hungry and eating intentions. The BFRs have results on the intrusive thought and the decrease of punishment as thought control strategy.

Both strategies showed positive and maintained through time results for anticipation of positive reinforcement that may result from eating, the emotions that may be experienced before or during food cravings or eating, feeling hungry, eating intentions and reappraisal as thought control strategy.

Keywords: Cravings, intrusive thought, thought suppression, Bach Flower Remedies (BFRs), and intention.

Índice

Introducción.....	1
Capítulo 1 Marco Referencial Teórico	5
1.1 Sobrepeso: antesala de la obesidad	5
1.2. Aliados cognitivos del sobrepeso: ansias de comer y pensamientos intrusos.....	8
1.2.1. Ansias de comer	9
1.2.2. Los “atracones” y el “comer emocional”.....	11
1.2.3 Pensamientos intrusos relacionados con la comida	13
1.3. Supresión de pensamientos	14
1.3.1. La supresión como mecanismo psicológico.....	15
1.3.2. Efectividad de la supresión en el control de pensamientos intrusos....	16
1.4. Intención de controlar las ansias de comer y pensamientos intrusos relacionados con la comida	19
1.4.1. El papel de la intención en el comportamiento	19
1.4.2 Efecto de la intención en el control de las ansias de comer.....	21
1.5. Esencias Florales de Bach como catalizadores de la intención	22
1.5.1. Remedios Florales de Bach y Placebo dentro de la Medicina Alternativa	22
1.5.2 Esencias Florales de Bach como catalizadores de la intención	23
Capítulo 2. Marco Referencial Metodológico	26
2.1. Diseño de la investigación.....	26
2.1.1. Enfoque de investigación	26
2.1.2. Tipo de investigación	26
2.1.3. Diseño de la investigación.....	27
2.1.4. Selección de la muestra	27
2.2. Descripción de las técnicas empleadas:.....	28
2.3. Operacionalización de variables.....	33
2.4. Procedimientos.....	34
2.5. Procedimientos estadísticos.....	35
Capítulo 3. Análisis de los resultados	36
3.1. Características generales de la muestra.	36
3.2. Efecto de la intervención sobre las ansias de comer y su supresión.	37
3.3. Efectos de la intervención sobre la supresión, control y reacciones a los pensamientos intrusos.	39
3.4 Criterios de los participantes sobre la efectividad del tratamiento utilizado.	41
Discusión de los resultados.....	44
Conclusiones	47
Recomendaciones	48
Referencias	49
Anexos	52

Introducción

La Medicina Complementaria y Alternativa (CAM) es una variante que ha ganado popularidad en los últimos años, por lo que se han incrementado las investigaciones al respecto (Wheeler & Hylan, 2008). Este auge se sustenta debido a la gran diversidad de sus modalidades y su adaptabilidad a las más diversas patologías, pero sus efectos no han demostrado ser mejores que los de sus controles placebo (Hyland, 2011b). Sin embargo, este hecho, lejos de simplificar o deshonrar las CAM, realza el papel del placebo en el proceso de la curación humana (Walach, 2011).

Dentro de las modalidades de las CAM se destacan los Remedios Florales de Bach (BFRs). Esta terapia se utiliza fundamentalmente con el objetivo de lograr la estabilidad emocional y provocar transformaciones en el paciente que contribuyan a erradicar las causas de la enfermedad, donde se requiere un proceso de aprendizaje para movilizar los recursos internos del individuo mediante el desarrollo de virtudes específicas (B. C. Rodríguez-Martín, 2009).

Desde el punto de vista teórico, los Remedios Florales de Bach han sido utilizados en contextos clínicos reales para realizar estudios a largo plazo considerándolos como placebos éticos. Mas, aunque se ha planteado que sus efectos no son mayores que los del placebo (E. Ernst, 2010; R. A. Halberstein, Shirkin, & Ojeda-Vaz, 2010; Thaler, Kaminski, Chapman, & Gartlehner, 2009), han sido denominados como efectivos placebos (Walach, Rilling, & Engelke, 2001).

El grupo de 38 esencias individuales extraídas de flores silvestres entran en un esquema contextual (Whalley & Hyland, 2009) como catalizadoras de un proceso de aprendizaje y cambio que conducen a la curación del paciente (Rodríguez, 2009). Por tanto, concebidas como placebos aportan beneficios al proceso curativo desde el punto de vista emocional, dada su capacidad de transformarse en un símbolo de curación para el paciente. (Rodríguez-Martín & Rodríguez-Méndez, 2010). En resumen, los BFRs tendrían un efecto óptimo

dentro del marco de una relación terapéutica que favorezca el contacto interpersonal y la identificación del paciente con la terapia (Hyland, 2011b).

El control de las ansias y los pensamientos intrusos (Adriaanse, van Oosten, de Ridder, de Wit, & Evers, 2011) relacionados con la comida se han revelado como un área muy promisorio para lograr el mantenimiento a largo plazo de las reducciones en el Índice de Masa Corporal luego de realizar una dieta (Laddu, Down, Hingle, Thompson, & Going, 2011). Todo ello en vista del alarmante incremento que los niveles de obesidad y sobrepeso han alcanzado (R.T. Hurt, T.H. Frazier, S.A. McClave, & L.M. Kaplan, 2011). Por lo que se hace necesaria la búsqueda de estrategias para su control más allá de la mera intención (Adriaanse, van Oosten, et al., 2011).

Se ha pensado en los BFRs, por los positivos resultados obtenidos con la supresión de pensamientos (Bernal-Díaz, Frías-Hernández, Mejías-Hernández, Rodríguez-Becerra, & Rodríguez-Martín, 2010), potencialmente explicada por su acción directa sobre los pensamientos intrusos (B.C. Rodríguez-Martín & Molerio-Pérez, en prensa). Por todo lo anteriormente expuesto se propone como **problema de investigación:**

- ¿Cuál es el efecto de los BFRs como catalizadores de la intención de controlar las ansias de comer y su supresión en individuos con sobrepeso?

Objetivo general:

- Evaluar el efecto de las BFRs como catalizadores de la intención de controlar las ansias de comer y su supresión en individuos con sobrepeso.

Objetivos específicos:

- 1- Describir las características asociadas al incremento del peso para ambos grupos de la muestra estudiada.
- 2- Identificar las particularidades del efecto de la fórmula compuesta por Remedios Florales de Bach, como catalizadoras de intención.
- 3- Analizar el efecto de ambas estrategias aplicadas.

Hipótesis

- 1- Los BFRs tienen mayor efecto que la intención sobre el control de las ansias de comer y su supresión en individuos con sobrepeso.

La importancia de esta investigación radica, principalmente, en ofrecer mayor información y alternativas de manejo favorables para el tratamiento del sobrepeso y la disminución de la obesidad desde una perspectiva psicológica. El estudio es conveniente pues tiene un marcado valor preventivo, debido a que se trabaja fundamentalmente con individuos con sobrepeso. El control de variables y el tratamiento utilizados pueden disminuir el incremento de la obesidad en nuestro país. En este sentido recae su trascendencia social y su valor práctico, pues el tratamiento es asequible, y resultados positivos pueden significar, además de la prevención de la obesidad a nivel individual y social, una disminución de los recursos destinados a la hospitalización por los diversos problemas de salud asociados a un peso no saludable.

Desde el punto de vista teórico, aporta información sobre las características de variables relativamente poco estudiadas en nuestro contexto como el sobrepeso, las ansias de comer, la intención y ofrece argumentos para apoyar una nueva comprensión del placebo y los BFRs dentro de la práctica clínica. Desde lo metodológico continúa la línea de estudios desarrollados por GC-Bach, recogida en los Cuadernos de Investigación I, II y III (2009-2011) y ofrece nuevas evidencias científicas del efecto de los BFRs. La investigación resulta factible pues se cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios, así como acceso al contexto y muestra requeridos. De hecho, la selección de una muestra probabilística y la distribución aleatoria de los grupos favoreció la veracidad del estudio al disminuir las probabilidades de manipulación del investigador.

El contenido de la tesis se distribuye en tres capítulos. El primero concentra los sostenes teóricos que amparan el estudio: las concepciones sobre el sobrepeso y la obesidad, ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida. También se abordan la supresión y la intención como mecanismos para controlar las ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida.

Por último, aparece un acercamiento a los Remedios Florales de Bach como catalizadores de la intención. El segundo acápite ofrece la metodología empleada para esta investigación, delimitando el tipo de estudio y de muestra, los métodos y técnicas empleados y los procedimientos para la recopilación y análisis de los datos. El tercer apartado de esta tesis se dedica al análisis de los resultados tras las aplicaciones de los correspondientes métodos y técnicas. Por último aparecen las conclusiones y recomendaciones de este estudio, las referencias bibliográficas empleadas y los anexos pertinentes.

Capítulo 1 Marco Referencial Teórico

1.1 Sobrepeso: antesala de la obesidad

La obesidad es un problema de salud que ha acompañado históricamente a la humanidad, debido a esto se corre el riesgo de mantener una familiaridad acrítica que ha traído como consecuencia su alta prevalencia. En la actualidad es una de las diez primeras causas de muerte evitable a nivel universal. Declarada una epidemia mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad se ha incrementado considerablemente en los últimos 30 años, captando el interés de investigadores de las más diversas ramas de la salud.

El número anual de muertes atribuidas a la obesidad en Estados Unidos asciende a 400 000, y el 70% de la población adulta de ese país es obesa o sobrepeso. La situación no difiere mucho en la mayoría de los países del Norte, Centro y Sur América, Europa y el Medio Oriente, donde se reporta la presencia de sobrepeso y obesidad en el 40% o más, de la población entre 45-59 años. Además la prevalencia en niños se ha incrementado en las últimas tres décadas de un 10% a un 17%. (R. T. Hurt, T. H. Frazier, S. A. McClave, & L. M. Kaplan, 2011)

En Cuba, según los datos de la Segunda Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo y Afecciones Crónicas no Transmisibles de la Población Cubana, el 7,95% de los hombres y el 15,4% de las mujeres presentan obesidad. (Díaz et al., 2005). Según la información ofrecida en el periódico Granma el 30 de marzo de 2012, el 44,8 % de la población adulta de nuestro país, presenta algún grado de obesidad o sobrepeso. Se consideran obesos el 15,05 % y sobrepeso el 29,7 %.

La obesidad ha sido descrita como un fenómeno multicausal; sin embargo, su incremento ha sido acelerado substancialmente por el ambiente obesogénico difundido por la sociedad postmoderna, que también ha tenido influencias, aunque menos perceptibles, sobre los factores genéticos, prenatales y los estilos de vida relacionados con el aumento de peso.

Rodríguez y López-Valcarcel (2009), afirman que la obesidad tiene bases biológicas, fisiológicas, psicológicas, ambientales y económicas. Añaden que las preferencias por alimentos ricos en azúcares y grasas podrían obedecer a desequilibrios metabólicos centrales en los niveles de serotonina o dopamina, y a la alteración de los niveles de leptina. Señalan dentro de las causas fisiológicas el índice glicémico de los alimentos y las diferencias individuales en el metabolismo de la glucosa y la resistencia a la insulina. Desde el punto de vista psicológico, relacionan el fenómeno con características adictivas en la personalidad y como causas ambientales enfatizan en las normas y estándares sociales, unidas al ambiente socioeconómico individual y la relación entre los precios de los alimentos y el presupuesto familiar. (Temporelli, 2012)

Múltiples investigaciones refieren los efectos adversos y altamente perjudiciales para la salud que trae consigo el exceso de peso. Señalan entre las afectaciones principales: enfermedad cardiovascular arteriosclerótica, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular; otras alteraciones cardiorrespiratorias como insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia ventilatoria, síndrome de apneas obstructivas durante el sueño; alteraciones metabólicas como la resistencia a la insulina y diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia aterógena, hiperuricemia; en la mujer describen disfunción menstrual, síndrome de ovarios poliquísticos, infertilidad, aumento del riesgo perinatal, incontinencia urinaria; aparecen enfermedades digestivas, dentro de las que se encuentran colelitiasis, esteatosis hepática, esteatohepatitis no alcohólica, cirrosis, reflujo gastroesofágico, hernia de hiato; enfermedades musculoesqueléticas como artrosis, lesiones articulares, deformidades óseas; y otras alteraciones de diversa naturaleza como insuficiencia venosa periférica, enfermedad tromboembólica, deferentes tipos de cáncer (en la mujer: vesícula y vías biliares, mama y endometrio en la posmenopausia; en el varón: colon, recto y próstata), hipertensión endocraneal benigna, alteraciones cutáneas (estrías, acantosis nigricans, hirsutismo, foliculitis, intertrigo), alteraciones psicológicas, alteraciones psicosociales, disminución de la calidad de vida y trastornos del comportamiento alimentario. (Salas-Salvadó, Rubio, Barbany, Moreno, & SEEDO*, 2007)

Todo esto implica desde el punto de vista económico-social, costos directos relativos al cuidado de la salud en cuanto a medicamentos, procedimientos médicos y hospitalización, y costos indirectos, manifestados en la baja productividad, incapacidad y absentismo laboral (Lillis, Hayes, & Levin, 2011).

Debe enfatizarse igualmente en los efectos psicológicos asociados a la obesidad como dificultades en la autovaloración y la autoestima, aislamiento, depresión, ansiedad, comportamientos adictivos y dificultades en las relaciones sociales.

La investigación de Brochu, Gawronski y Esses (2011) en Canadá refleja que:

El estigma del exceso de peso es un fenómeno generalizado y profundo en las sociedades occidentales, aunque en el pasado, el exceso de peso fue percibido como un símbolo de riqueza y poder, hoy en día simboliza la pereza y el carácter débil (Crandall et al, 2001; Crandall y Martinez, 1996).

Como resultado, los individuos con sobrepeso y obesidad experimentan la discriminación en casi todos los ámbitos de la vida, incluyendo el empleo, la educación y el cuidado de la salud... (p.430)

Aunque es considerable el número de estudios dirigidos a profundizar en las causas, consecuencias y tratamientos para manejar la obesidad y disminuir los riesgos asociados, es mucho menor la investigación orientada al sobrepeso, que constituye su principal antecedente.

El sobrepeso, definido por un IMC entre 25.0 y 29,9 kg/m², está presente en una cifra significativa de personas. Según los criterios de la SEEDO (Sociedad Española para el Estudio del Sobrepeso y la Obesidad), lo clasifican en sobrepeso grado I (IMC entre 25.0 y 26.9 kg/m²) y sobrepeso grado II, (IMC entre 27.0 y 29.9 kg/m²). Constituye un importante factor de riesgo para la obesidad, que suele pasar desapercibido por el personal médico y es con frecuencia pobremente diagnosticado. A él se asocian, del mismo modo que a la obesidad, una alta comorbilidad con enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión.(Salas-Salvadó, et al., 2007) En nuestro país el 29,7% de los hombres y el 31,5% de las mujeres presentan sobrepeso. (Díaz, et al., 2005) Salas-Salvadó et. al. (2007) señalan que “la mayor parte de los

estudios epidemiológicos poblacionales, observan que la mortalidad empieza a aumentar cuando el IMC supera los 25 kg/m²” (p. 187).

En un estudio realizado con adultos sedentarios de mediana edad se afirma:

Adams et. al. examinaron los resultados de salud de adultos de mediana edad y concluyeron que el sobrepeso aumenta el riesgo de muerte de un 20% a 40% y, además, ese porcentaje es de 2 a 3 veces mayor en personas obesas. El sobrepeso es también asociado con un mayor riesgo de enfermedades crónicas, síntomas secundarios y deterioro de la calidad de vida de acuerdo a Lean et al. (Southard, Dave, & Douris, 2010)

Desde el punto de vista psicológico, estudios afirman que “las actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso se consideran social y normativamente aceptables en comparación con las actitudes negativas hacia otras categorías de grupos sociales, tales como ancianos, judíos, hispanos o negros americanos (Crandall, Eshleman y O'Brien, 2002)”.(Brochu, Gawronski, & Esses, 2011).

Una de las principales dificultades que enfrentan las personas con sobrepeso, relacionada con su insuficiente diagnóstico en la atención primaria, es la ausencia de atención psicológica, orientada a la prevención y modificación de estilos de vida. Éstos, unidos a los factores biológicos y a estados psicológicos desfavorables, cuyos mecanismos personales de afrontamiento resultan contraproducentes y repercuten de manera negativa en el control del peso, constituyen los principales factores que provocan la adquisición de un peso no saludable.

1.2. Aliados cognitivos del sobrepeso: ansias de comer y pensamientos intrusos

La mayoría de las personas obesas o con sobrepeso se enfrentan a fuertes ansias de comer, a la tendencia a comer demasiado ante situaciones emocionalmente adversas y a pensamientos intrusos relacionados con la comida, que constituyen las amenazas psicológicas fundamentales para obtener y mantener un peso saludable.

1.2.1. Ansias de comer

Las ansias de comer son definidas como un deseo intenso o urgencia de comer una comida específica, lo que la distingue del hambre común, y que generalmente, ocurre en ausencia de esta. Surge sin la existencia de ningún estado fisiológico o psicológico subyacente. (Kemps & Tiggemann, 2010). La sensación se asocia a la experimentada por los adictos ante una determinada sustancia, por lo que su explicación fisiológica sigue mecanismos similares a los de la adicción. (Moreno, Rodríguez, Fernandez, Tamez, & Cepeda-Benito, 2008)

Las ansias por la comida son un tema de interés reciente para la ciencia psicológica. Lyvers, (2000), asegura que el ansia se vive como algo irracional dada la evidente reducción del control inhibitorio de la corteza frontal sobre los sistemas subcorticales que median las respuestas apetitivas incentivas y las conductas automatizadas e inconscientes. (Rodríguez, Mata, & Moreno, 2007)

El estudio de sus causas ha seguido diferentes caminos que llevan a teorías explicativas diversas pero no excluyentes: los modelos homeostáticos, las teorías basadas en el efecto incentivo de la comida, las teorías cognitivas y las teorías psicobiológicas.

Los modelos homeostáticos proponen que el consumo repetido de un alimento se asocia a la presencia de ciertos estímulos contextuales y así, en presencia de dichas claves ambientales, el organismo emite respuestas condicionadas anticipatorias compensatorias para contrarrestar el efecto de la sustancia. Por tanto, el ansia por la comida afecta a la conducta alimentaria por reforzamiento negativo, esto es, evitación o escape de estados aversivos para el organismo como el hambre o estados de ánimo negativos (tristeza, aburrimiento, ansiedad). (Moreno, et al., 2008)

Las teorías basadas en el efecto incentivo de la comida consideran que el ansia es desencadenada por la exposición a las propiedades sensoriales placenteras de los alimentos (olor, sabor, textura), que se consumen en presencia de ciertos estímulos contextuales. De esta forma, en presencia de

dichas claves ambientales el organismo emite respuestas condicionadas anticipatorias, en este caso, miméticas –o estado similar al que produce la sustancia-. Estos modelos consideran que el ansia influye en la conducta alimentaria por el reforzamiento positivo contingente al consumo de la comida, es decir, la búsqueda de un estado de bienestar para el organismo. (Cepeda-Benito y Gleaves, 2001).

Las teorías cognitivas (Tiffany, 1990; 1995) establecen que el ansia por la comida, al tratarse de un proceso no automático y por tanto intencional, podría aparecer en dos situaciones distintas: 1) cuando las condiciones ambientales impiden el consumo de comida, en cuyo caso la persona se sentirá frustrada y buscará la comida, ó 2) cuando es la propia persona la que intenta evitar el consumo de comida y, en consecuencia, se sentirá mejor en la medida que lo consiga, aunque irremediamente también necesite la comida para sobrevivir. (Moreno, et al., 2008)

Finalmente, las teorías psicobiológicas más recientes (Robinson y Berridge, 2003), postulan que todas las sustancias potencialmente adictivas, como la droga y la comida, comparten la capacidad de producir cambios duraderos en las estructuras del sistema nervioso implicadas en el refuerzo y en la motivación apetitiva, como son los sistemas dopaminérgicos. Por tanto, los factores contextuales relacionados con la ingestión de la comida adquieren gradualmente la cualidad de incentivos o reforzadores apetitivos. Este proceso de sensibilización de regiones prefrontales y límbicas (la ínsula, el caudado, la amígdala, el núcleo accumbens, el cíngulo anterior y la corteza orbitofrontal), implicadas en los procesos cognitivos y emocionales necesarios para producir la experiencia subjetiva de ansia, será el responsable del mantenimiento del ansia por la comida. (Rodríguez et. al., 2007)

Estas teorías explicativas actualmente se consideran complementarias. Se propone que el ansia puede ser disparada simultáneamente por los desequilibrios homeostáticos del organismo, las propiedades placenteras de la comida, las atribuciones cognitivas acerca de la misma y la activación de estructuras neurales, corticales y subcorticales, implicadas en la motivación por el alimento. (Rodríguez, Cepeda-Benito, Fernández y Vila, 2005).

Uno de los componentes esenciales de las ansias por la comida es la imagen mental. May, Andrade, Panabokke, y Kavanagh, (2004), señalan que cuando las personas tienen ansias de comer tienen imágenes vívidas de la sustancia deseada ardientemente, llamadas “imágenes de deseo”. Estudios demuestran que según la vivacidad de las imágenes, será la intensidad de las ansias. Frecuentemente las imágenes mentales resultan enriquecidas por la descripción olfatoria, (la persona ve y siente el olor de la comida deseada). (Kemps & Tiggemann, 2010)

Otra de las características de las ansias por la comida, obtenida experimentalmente por los estudios de Kemps, Tiggemann, & Grigg, (2008), consiste en limitar los recursos cognitivos. Plantean que si las imágenes mentales utilizan determinado número de recursos cognitivos, se deduce que las ansias de comer pueden desestabilizar la realización de determinadas tareas cognitivas, específicamente la memoria de trabajo (encargada de almacenar activamente nueva información mientras, simultáneamente, se procesa otra).

Kemps y Tiggemann (2010), concluyen que aunque los efectos cognitivos de los episodios de ansias por la comida, tienen probabilidad de ser pequeños, “en la práctica aun las reducciones pequeñas en los recursos cognitivos tienen potencial para comprometer el desempeño óptimo en muchas tareas diarias o situaciones cotidianas, reduciendo así la eficiencia de trabajo o aumentando la probabilidad de accidentes”. (p. 87)

1.2.2. Los “atracones” y el “comer emocional”

Las ansias por los alimentos, en algunas personas se disparan ante la vivencia de estados emocionales adversos, lo que incita a los llamados “atracones”. Kemps y Tiggemann (2010) exponen que las ansias de comer disparan episodios de atracones, que favorecen la obesidad y la aparición de trastornos alimenticios como la bulimia nerviosa.

Según varios investigadores: “Los atracones de comida pueden verse como una forma extrema de comer desinhibidamente, o comer en respuesta a

estados emocionales como la ansiedad, depresión, o aburrimiento”. (Lillis, et al., 2011).

Aunque existen evidencias de que esto no ocurre en todas las personas, incluso con comportamientos alimenticios no saludables, (hay quienes utilizan una estrategia totalmente opuesta y en otros casos no se reportan cambios significativos en la conducta alimentaria), es innegable su influencia en el mantenimiento y aumento del peso corporal.

Este “comer emocional”, expresión comportamental de un estado afectivo negativo, -biológica y funcionalmente irracional para un adecuado funcionamiento del organismo (Evers, Stok, & Ridder, 2010)-, ha sido explicado por diferentes modelos teóricos:

Una de las teorías (Heatherton y Baumeister, 1991), expone que el atracón ocurre como parte de un intento para escapar de una conciencia negativa de sí mismo. La atención se enfoca en el estímulo inmediato del ambiente y fuera de niveles más significativos de cognición, permitiéndole al individuo evitar tratar con información ego-amenazadora. Tal estrechamiento de atención, sin embargo, también da como resultado desinhibición, creando una situación donde los individuos son propensos a involucrarse en episodios de atracones. (Evers, et al., 2010)

Otra explicación frecuentemente utilizada es que comer demasiado aumenta la vivencia de emociones positivas. Los individuos derivan placer del consumo de comida por sus calidades (el sabor, el olor; Lehman & Rodin, 1989) o por la alegría de comer sustancias prohibidas (Fairburn y Tonerero, 1982).

Un tercer modelo, propuesto por Herman y Polivy (1988), la teoría del enmascaramiento, postula que comer demasiado es un intento para mal-atribuir el stress percibido, a comer, a fin de distraer la fuente originaria de la angustia. (Evers, et al., 2010)

De cualquier forma, el comer emocional afecta, no solo los hábitos alimenticios, sino el adecuado funcionamiento afectivo; pues, como concluyen (Evers, et al.,

2010), se debe, más que a la experiencia emocional en sí, a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los individuos para regular esos estados negativos.

Esta estrategia desadaptativa conlleva, posteriormente, a nuevas vivencias negativas: sentimientos de culpa, depresión, baja autoestima, menos satisfacción y bienestar general.

La experiencia emocional negativa abre las puertas a los pensamientos intrusos, que además de propiciar los episodios de atracones, se convierten en un aliado más del sobrepeso.

1.2.3 Pensamientos intrusos relacionados con la comida

Los investigadores Kavanagh, Andrade, y May, (2005), afirman que las ansias de comer están fuertemente relacionadas con la elaboración de pensamientos intrusos acerca de lo deseado y que esto constituye el verdadero centro de la experiencia. (Kemps & Tiggemann, 2010)

Los pensamientos intrusos, o intrusiones, constituyen una experiencia cotidiana para la mayoría de las personas, las diferencias en su grado de afectación radican en las características individuales y los mecanismos utilizados para neutralizar sus efectos.

Según Clark y Rhyno (2005), las intrusiones pueden experimentarse como pensamientos, imágenes o impulsos y se caracterizan principalmente por aparecer en la conciencia de forma repentina e involuntaria, ser repetitivos y/o recurrentes, ser desagradables (de ahí su asociación con un estado afectivo negativo), atribuirse a un origen interno, interferir en la actividad cognitiva y/o conductual, (...), pueden ser difíciles de controlar, y sus contenidos son a menudo inaceptables por referirse a aspectos que van en contra del sistema de creencias o valores de la persona que los experimenta... (Luciano, 2007).

Los pensamientos intrusos son síntomas asociados de patologías como el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, el insomnio, la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Se ha demostrado que los pensamientos intrusos relacionados con la comida juegan un papel esencial en los comportamientos alimenticios no saludables.

Según Erskine, (2008) existen pruebas de que pensar acerca de una comida puede dar como resultado subsiguiente el aumento del consumo. Confirmando estos resultados están los hallazgos de Polivy y Herman (1985) quienes indican que “el intento de evitar pensamientos sobre comida mientras se realiza una dieta provoca que los pensamientos relacionados con alimentos se tornen con el paso del tiempo más frecuentes e intensos”. (Luciano, 2007)

Numerosas investigaciones han señalado además la influencia de los pensamientos intrusos en el incremento de las ansias por la comida, en episodios de atracones y, por consiguiente, en el aumento de peso y las dificultades con la realización de dietas.

Un estudio realizado por Jones y Rogers (2003) en una población no clínica a dieta, aportó que la preocupación o pensamientos relacionados con la dieta, agotan los recursos cognitivos necesarios para realizar tareas de una manera adecuada. (Soetens, Braet, Dejonckheere, & Roets, 2006)

La estrategia mas comúnmente utilizada para controlar las intrusiones es la supresión; sin embargo, estudios demuestran que este mecanismo trae como resultado un incremento de los pensamientos intrusos (Wegner, Schneider, Carter & White, 1987), el llamado efecto rebote del pensamiento suprimido (Abramowitz, Tolin, & Street, 2001) y que, como consecuencia, el pensamiento regrese con más fuerza (Wenger & Pennebaker, 1993). (Erskine & Georgiou, 2010)

1.3. Supresión de pensamientos

La supresión es uno de los mecanismos de defensa encargados de “expulsar al inconsciente aquellos pensamientos o recuerdos que resultan inaceptables o muy desagradables”. (Luciano, 2007). Es una de las estrategias más utilizadas y ha sido objeto de múltiples investigaciones psicológicas que explican sus mecanismos de acción y sus efectos, positivos o contraproducentes.

1.3.1. La supresión como mecanismo psicológico

Según Luciano, (2007), la supresión, es entendida como:

(...) mecanismo psicológico mediante el cual “*el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo evitando intencionadamente pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que le producen malestar*” (p. 906). Por tanto, estamos ante un mecanismo cuya función es alejar de la mente de forma “voluntaria” o “consciente” todos aquellos contenidos mentales (pensamientos, imágenes...) que nos resultan desagradables o inoportunos. (pp.9-10)

La supresión denota la tendencia a suprimir pensamientos específicos o rumiaciones irritantes en función de pensamientos más funcionales (Wegner, 1994, citado en (Soetens, et al., 2006)

Erskine, 2008 opina que, además de la intención de controlar pensamientos indeseados, la supresión tiene un importante papel en la regulación conductual: “las personas a menudo no usan la supresión como una manera de evitar pensamientos no deseados, pero sí como una manera de directo control conductista (Baumeister, Heatherton, y Tice, 1994)”. (p. 415). El autor confirma que también se suprimen los pensamientos relacionados con la conducta que se quiere evitar (por ejemplo, comer demasiado).

La supresión tiene, como elemento positivo, su voluntariedad, lo que facilita al individuo establecer un control consciente de sus pensamientos y conductas. Persigue una mayor regulación comportamental y pone en función de esto un número considerable de recursos cognitivos, demostrando las admirables capacidades del cerebro humano; sin embargo, no siempre se logra el objetivo deseado.

Ha sido demostrado que la supresión puede tener repercusiones negativas como el aumento de la sensibilidad y la incomodidad ante el dolor leve, la disminución de la respuesta del sistema inmunológico, los juicios parciales de personas y la reducción de la percepción para llevar a cabo acciones simples. (Erskine, 2008)

Peterson, (2008) afirma que la supresión puede traer como consecuencia, depresión, episodios de recaídas, disforia y comportamientos auto-lesivos.

La supresión de los pensamientos relacionados con la comida, también ofrece generalmente efectos contrarios a los deseados. En una investigación realizada por Pop, Miclea, y Hancu, (2004), treinta participantes fueron asignados a una supresión de pensamientos, fueron clasificados según su peso (peso normal, sobrepeso, obesidad) y sometidos a una restricción de alimentos alta o baja. Dos semanas después de la supresión, se produjo un aumento de los pensamientos relacionados con la alimentación, independientemente de su peso, y un incremento de la ingesta de alimentos restringidos en los participantes con sobrepeso y obesidad. (Peterson, 2008)

La efectividad de la supresión ha sido estudiada por diferentes autores y se han obtenido resultados diversos. Aunque no ocurre en todos los casos, la mayoría de las investigaciones demuestran que este mecanismo trae consecuencias opuestas al resultado esperado, por lo que, generalmente, no resulta eficaz como estrategia para el control de los pensamientos.

1.3.2. Efectividad de la supresión en el control de pensamientos intrusos

Existen evidencias científicas de que la supresión, aunque es un mecanismo adaptativo, no es siempre eficaz para lograr el deseado control de los pensamientos intrusos. La teoría de los procesos irónicos, descrita por Wegner et. al. explica que:

(...) ante cualquier tentativa de supresión mental, se ponen simultáneamente en funcionamiento dos procesos antagónicos con características muy diferentes: por un lado, un “*proceso intencional operante*”, que funciona mediante la generación consciente de distractores con el fin mantener el pensamiento no deseado alejado de la mente. Este proceso consciente requiere una cantidad relativamente grande de recursos cognoscitivos para su correcto funcionamiento, lo que explicaría la dificultad de intentar suprimir un pensamiento determinado. Por otro lado, habría un “*proceso de monitorización automático*”, que funciona de forma inconsciente, requiriendo así pocos recursos cognoscitivos. Durante los intentos de supresión, este proceso tiene como tarea comprobar que el elemento a suprimir no ha aparecido en la mente. De modo que, si el proceso de monitorización detecta una intrusión del pensamiento no

deseado, el proceso operante vuelve a iniciar de nuevo la búsqueda de distractores con los que alejar las intrusiones de la mente. (Luciano, 2007).

El funcionamiento de los procesos irónicos ocurre en situaciones desfavorables para el individuo. Señalan que cuando la capacidad mental falla,-debido a las cargas cognitivas como la presión del tiempo, el estrés, las emociones fuertes- o cuando los intentos de supresión se interrumpen voluntariamente, el proceso intencional operante es limitado o detenido en su actividad y ya no provee de pensamientos distractores. El proceso de monitorización automático, sin embargo, requiere menos capacidad mental y mantiene la búsqueda del pensamiento suprimido, presentándolo a la conciencia. Esto trae como consecuencia un intento fallido en la supresión del pensamiento. (Soetens, et al., 2006)

Desde otro punto de vista teórico Liberman y Foster (2000), citados por (Luciano, 2007) opinan que:

(...) expresar un constructo determinado tras haberlo suprimido, reducirá la necesidad del individuo, produciéndose una inhibición de los constructos relacionados. Por el contrario, esta inhibición no tendrá lugar si no se permite al individuo expresar el constructo suprimido, apareciendo así el efecto rebote. Asimismo, cuando se exprese un constructo sin haberlo suprimido antes, se entiende que no se ha producido la satisfacción de ninguna necesidad y simplemente, se producirá un incremento en la accesibilidad del constructo por su reciente activación. (p. 23)

El aumento de los pensamientos intrusos puede ocurrir en el mismo momento en que se intentó suprimirlos, o presentarse con un retraso, después de que se dejó de intentar la supresión. (Soetens, et al., 2006)

Investigadores exponen otro de los modelos teóricos que explican los procesos irónicos, propuesto por Forster y Liberman, (2001, 2004); Liberman y Forster, (2000). El Modelo Motivacional de Interferencia plantea que las personas pueden inferir de la dificultad que experimentan durante la supresión, que están motivadas para usar el constructo suprimido. Explican que carecer del conocimiento de que la supresión es objetivamente difícil puede hacer creer a los participantes que la dificultad para suprimir es informativa de su motivación

para pensar en el pensamiento suprimido. (Denzler, Förster, Liberman, & Rozenman, 2010)

Desde la perspectiva emocional McNally y Ricciardi, (1996) afirman que: “Wegner originalmente consideró el efecto rebote como un mecanismo general, pero la posterior investigación sugiere que el incremento en los pensamientos se nota especialmente cuando los pensamientos suprimidos tienen un valor emocional alto o cuando tienen importancia para las preocupaciones actuales” (p. 656). Demostrando así que el valor emocional de los pensamientos influye en la efectividad de la supresión. (Soetens, et al., 2006)

Luciano (2007), señala que la efectividad de la supresión está relacionada con las estrategias utilizadas para suprimir:

La inmensa mayoría de investigaciones clínicas que acabo de citar señalan básicamente que las estrategias de preocupación y castigo son las más frecuentemente utilizadas por las personas que sufren alteraciones mentales, considerándose ambas claramente desadaptativas, mientras que la distracción, el control social y la revaloración resultarían más funcionales o adaptativas. (p. 35).

También se afirma que las características individuales juegan un papel considerable en la efectividad de la supresión. Las investigaciones aseguran que suprimen de manera más efectiva sus pensamientos intrusos, las personas con una mayor capacidad de memoria operativa e inteligencia fluida, las altamente sugestionables cuando están hipnotizadas, las que tienen baja reactancia cognitiva, las que muestran un estilo represivo de afrontamiento, las poseedoras de un auto-concepto complejo, así como los sujetos caracterizados por bajos niveles de obsesividad. (Luciano, 2007)

La supresión de pensamientos intrusos no resulta una estrategia efectiva para lograr el control mental y conductual debido a los numerosos efectos irónicos que desencadena. Al ser un mecanismo consciente y voluntario se encuentra muy relacionado con la intención, que suele ser otro de las formas utilizadas para eliminar pensamientos y conductas no deseadas y constituye un elemento esencial en la autorregulación.

1.4. Intención de controlar las ansias de comer y pensamientos intrusos relacionados con la comida

La mayoría de las personas obesas o con sobrepeso tienen intenciones de eliminar las conductas no saludables que los llevan al mantenimiento o incremento de su peso. Sin embargo es muy difícil no ceder ante determinadas tentaciones o comportamientos establecidos.

1.4.1. El papel de la intención en el comportamiento

La intención es una categoría psicológica que juega un papel fundamental en la estructuración de la personalidad y la regulación de la conducta humana. Es definida como el determinante más próximo a la realidad de la realización de un comportamiento y valorada por prestigiosas teorías de la cognición social como la teoría de motivación a la protección (Rogers, 1974), el modelo de creencias de salud (Rosenstock, 1974), la teoría de la acción razonada (Fishbein & Ajzen, 1975) y la teoría del comportamiento planificado (Ajzen, 1985, 1991). (Rhodes, S., & Jones, 2003)

Vries et. al (2011) opinan que “la promulgación de las intenciones es un aspecto crucial en el proceso que subyace al control de la conducta dirigida a objetivos”. (p.615).

Las intenciones de realizar una conducta se predicen por dos construcciones: las actitudes y las normas subjetivas. Las actitudes se refieren a la evaluación general de las personas de la realización de la conducta (bueno/malo). Las normas subjetivas se refieren a la percepción de la gente de la presión social para llevar a cabo el comportamiento (“la mayoría de las personas que son importantes para mí piensan...”). Ajzen (1985, 1991) desarrolló la teoría del comportamiento planificado (TCP), que incluye un constructo adicional: el control de la percepción de la conducta, que se refiere a la percepción del individuo de la facilidad o dificultad de realizar el comportamiento. (Sheeran, Orbell, & Trafimow, 1999)

Según Ajzen (1991) “la intención refleja un plan consciente para promulgar un comportamiento y también captura la motivación de un individuo para participar en ese comportamiento”. (Rhodes, et al., 2003).

Sin embargo, aunque su efecto es significativo, existen evidencias de que la intención no basta para explicar la conducta y no siempre es un factor confiable para predecirla. Sheeran y Abraham (2003) afirman que: “Aunque las intenciones son buenas predictoras de la conducta, a menudo hay una brecha importante entre las intenciones de las personas y su comportamiento posterior”. Diversas investigaciones, referidas por estos autores ejemplifican el planteamiento anterior:

Una revisión de los comportamientos de salud indicó que el 47% de los participantes con intenciones positivas posteriormente no pudo realizar el uso previsto (Sheeran, 2002). Del mismo modo, una revisión de los comportamientos de los consumidores encontró que la intención de compra se traduce en la acción en menos de 62% de los casos (Young, DeSarbo, y Morwitz, 1998). (p. 205).

La relación intención-comportamiento se encuentra moderada por factores como la seguridad de la intención, el comportamiento pasado, los auto-esquemas, el arrepentimiento anticipado y la actitud frente a la prescrita de control. Sin embargo, la posibilidad de que estas variables afectan la coherencia entre las intenciones y el comportamiento, debido a que afectan a la fuerza la intención, no ha sido probado (Sheeran & Abraham, 2003).

Aunque la intención determina el comportamiento, su gran variabilidad constituye uno de los principales aspectos por los que no lo predice de manera exacta, pues investigaciones han demostrado la moderación fiable de la relación intención-comportamiento por la estabilidad de la intención. (Sheeran & Abraham, 2003). La estabilidad de la intención ha sido estudiada por varios investigadores quienes afirman que mientras más estable sea una intención más se puede confiar en el comportamiento subsiguiente.

Para valorar la efectividad de la intención como predictora y reguladora de la conducta, específicamente de las ansias por la comida y los pensamientos

intrusos, es necesario profundizar en sus características y en el alcance de sus funciones.

1.4.2 Efecto de la intención en el control de las ansias de comer

¿Puede la intención de no comer evitar la ingesta luego de experimentar fuertes ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida? Esta interrogante encuentra su respuesta en la relación establecida entre intención y hábitos.

El comportamiento frecuente o habitual, tiende a ser evocado sin la deliberación del pensamiento, en lugar de dejarse guiar por las intenciones conscientes. (Vries, Aarts, & Midden, 2011). Cuando comer en exceso, en respuesta a estados emocionales negativos o ante situaciones cotidianas determinadas, se convierte en una respuesta habitual del individuo, es difícil para las intenciones de no comer triunfar sobre el impulso primario.

Estudiosos del papel de la intención explican que:

La coocurrencia entre una situación y el comportamiento eventual crea una asociación mental directa entre la situación y el comportamiento, que se fortalece cada vez que posteriormente coinciden. Finalmente esta asociación situación-comportamiento se fortalece en la medida en que, cuando la situación es encontrada, el comportamiento sigue automáticamente (Aarts & Dijksterhuis, 2000; Bargh & Gollwitzer, 1994; Verplanken, 2006), sin conciencia, inintencionadamente y con control muy limitado (Bargh, 1994). (Adriaanse, Gollwitzer, De Ridder, de Wit, & Kroese, 2011).

Investigadores añaden que esto provoca que la representación del comportamiento (y la acción resultante) pueden provocarse automáticamente por la mera percepción de la situación con la que está vinculado y aclaran que las acciones habituales, además de ser automáticamente evocadas, pueden generar una activación automática independientemente de si se ha formado una intención consciente de actuar. (Vries, et al., 2011)

De las investigaciones referidas puede concluirse que si las intenciones son coherentes con el comportamiento habitual, pueden ser efectivas en el control de la conducta a seguir, no siendo así cuando se oponen al hábito

estructurado. Los postulados teóricos, aunque no pueden ignorar el papel de la intención en el comportamiento, esclarecen que es necesario fortalecer la intención con el fin de lograr una mayor efectividad en el control conductual y la autorregulación.

1.5. Esencias Florales de Bach como catalizadores de la intención

Los Remedios Florales de Bach (BFRs) son una modalidad de la Medicina Complementaria y Alternativa aprobada por la OMS en 1976. Se expone (E. Ernst, 2010), que los 38 BFRs, según la concepción de su creador, se dirigen a cada una de las siete causas psicológicas de la enfermedad: miedo, incertidumbre, insuficiente interés en las circunstancias actuales, soledad, hipersensibilidad a influencias e ideas, desaliento o desesperación y sobrepreocupación por el bienestar de los demás. En nuestro país su uso está legitimado desde 1999 y fue confirmado por el MINSAP en 2009.

1.5.1. Remedios Florales de Bach y Placebo dentro de la Medicina Alternativa

En la actualidad existe un aumento del uso de la Medicina Complementaria y Alternativa (CAM) para el tratamiento de los más disímiles padecimientos. Se afirma que se han realizado numerosas investigaciones acerca de esta modalidad y del porqué de su uso debido al creciente número de personas que utilizan esta forma de terapia. (Wheeler & Hylan, 2008)

Esto ha provocado diferencias de criterios entre profesionales de la salud sobre la utilidad de su uso, la evaluación de riesgos y beneficios y su inclusión como práctica científica, principalmente dentro de la Medicina y la Psicología,.

Dentro de este campo de la medicina se incluyen los BFRs, que desde su surgimiento hasta nuestros días han encontrado tanto fervientes defensores como implacables detractores. Sin embargo, un estudio realizado por Lindquist, Tracy, Savik, y Watanuki (2005), quienes investigaron el uso de terapias alternativas y complementarias en centros de atención de cuidados intensivos en cinco divisiones regionales en los Estados Unidos, concluye que estas modalidades eran estrategias eficaces para pacientes y enfermeras en el manejo del estrés moderado y alto. Los autores encontraron que las esencias

florales de Bach clasificaron entre las 15 mejores terapias. (R. Halberstein, DeSantis, Sirkin, Padron-Fajardo, & Ojeda-Vaz, 2007)

Por su parte, la práctica clínica ha ido acumulando evidencia que apunta hacia un incremento significativo del efecto placebo, de manera que las esencias florales (BFRs) pueden ser entendidas como placebos éticos que han permitido llevar a cabo estudios a largo plazo en contextos clínicos reales (Hyland et al. 2006; Hyland, Whalley & Geraghty, 2007). Si bien el criterio general es que no son mejores que un placebo (Ernst 2010), han sido considerados “efectivos placebos” (Walach, et al., 2001)

El efecto placebo, más allá de las expectativas de respuestas pueden tener lugar debido a la concordancia motivacional (Hyland, 2011a) que se establezca con el ritual terapéutico que elegido (Kaptchuk, 2011).

De esta manera se puede llegar a afirmar que *lo que llamamos placebo es una clase heterogénea de eventos psicobiológicos atribuibles a un contexto terapéutico general, o sea, es un efecto de contexto.* (Linde, Fassler & Meissner, 2011). El presupuesto para su uso debe basarse en la generación de un ambiente curativo óptimo que puede potenciar intencionadamente los efectos cualquier intervención. (Jonas, 2011).

Además las BFRs, se usan con el objetivo de provocar transformaciones profundas en el paciente, que eliminen las causas que lo llevan a enfermar, para lo cual es de suma utilidad considerar que el método terapéutico utilizado debe estar acorde con el paciente (Hyland y Whalley, 2008). El SDTB puede ser considerado como un ritual de crecimiento personal dirigido a modificar los estilos de vida desadaptativos que se encuentran en la base de las enfermedades (Rodríguez, 2009).

1.5.2 Esencias Florales de Bach como catalizadores de la intención

Hyland (2011), considera los BFRs como intervenciones en el estilo de vida (Mora Ripoll, 2012). Añade que el presupuesto para su uso debe ser, no el hecho de que contengan o no un componente químicamente activo, sino que

su uso sea con el fin de generar un significado dentro de un contexto terapéutico o sea, un ambiente curativo óptimo (Jonas, 2011)

Rodríguez-Martín y Rodríguez-Méndez (2010) afirman que el placebo desata el potencial curativo de las personas. Los autores sugieren que:

Aun si se consideraran las EF como placebo, pudiera argumentarse su utilización en los contextos clínicos afirmando, a modo de ejemplo, que se han convertido en recursos para la curación dada su capacidad de transformarse en un símbolo de curación para el paciente. Por lo tanto, fomentar su utilización, aun como placebo, ayudaría a reducir el consumo de fármacos, aceleraría los procesos terapéuticos, permitiría espaciar el intervalo entre las consultas y su empleo sería una buena alternativa complementaria en distintos momentos de la psicoterapia. (Rodríguez- Martín & Rodríguez-Mendez, 2010)

La utilización de esta terapia en el control de las ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida podría contribuir a fortalecer el papel de la intención y por tanto de la autorregulación, esencial para eliminar o disminuir las conductas no saludables que llevan al incremento del peso. “Es necesario aclarar que la función de la esencia no consiste en guiar la relación terapéutica, sino en catalizar la consecución de los objetivos estratégicos previamente establecidos”. (Rodríguez- Martín & Rodríguez-Mendez, 2010).

El sustento teórico para la utilización de las esencias florales de Bach como catalizadores de la intención lo encontramos en numerosas investigaciones. Rodríguez-Martín (2009) enmarca su acción dentro del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach (SDTB), que define como:

Un esquema de trabajo para realizar el diagnóstico y tratamiento de los estados de ánimo patológicos y estilos desadaptativos de personalidad, que se encuentran en la base de las enfermedades. El diagnóstico se realiza siguiendo un grupo de clasificaciones “autónomas” y la curación se produce mediante el aprendizaje y el cambio, guiados por la acción de 38 esencias florales que entran al esquema como catalizadoras de las conversaciones terapéuticas. (B. C. Rodríguez-Martín, 2009).

Rodríguez-Martín (2009), señala que dentro del SDTB, la terapia debe prevenir la “cronificación de hábitos y actitudes patológicas”, (como los atracones y el comer emocional en las personas con sobrepeso), para ello asegura que: “[...] el terapeuta no solo debe neutralizarlas sino [...] conseguir que no generen

nuevas dificultades. Para ello Bach nos hace una interesante recomendación: el defecto solo se erradica verdaderamente si se potencia la virtud que lo anula". (p.21).

En investigaciones como la de Cassileth (1998), se describe la utilidad de los BFRs, afirmando que:

Los remedios parecen funcionar para estabilizar las emociones y promover una sensación general de bienestar, estimulando un proceso de sanación interior. Se cree que las esencias ayudan al cuerpo a curarse a sí mismo proporcionando un estado emocional positivo que conduzca a la restauración de un sano equilibrio y actuando como catalizador de los propios recursos internos del individuo para el mantenimiento del equilibrio. (R. Halberstein, et al., 2007).

Es necesario aclarar que el aprendizaje y el cambio sobrepasan la indicación de la esencia floral y necesitan de un proceso de aprendizaje (Rodríguez-Martín & Rodríguez-Mendez, 2010). Aunque la teoría sustenta la utilización de las esencias florales como catalizadores de la intención para controlar las ansias de comer y los pensamientos intrusos relacionados con la comida, deben ser el complemento asociado las estrategias basadas en la evidencia para el tratamiento y prevención del sobrepeso y la obesidad. Solo la realización de dietas prescritas, el ejercicio físico frecuente y el acompañamiento psicológico necesario, harán posible su mayor efectividad.

Capítulo 2. Marco Referencial Metodológico

2.1. Diseño de la investigación

2.1.1. Enfoque de investigación

El presente estudio se realizó desde un enfoque cuantitativo. Este paradigma ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, otorga control sobre los fenómenos, sus magnitudes y aspectos específicos de los mismos. Brinda una gran posibilidad de réplica y facilita la comparación entre estudios similares. (Hernández-Sampieri, Hernández Collado & Baptista, 2006)

En la investigación cuantitativa se aplica la lógica deductiva, que va de la teoría generada por investigaciones antecedentes a la recolección de los datos en casos particulares de una muestra. (Hernández-Sampieri et al. 2006) .

Hernández-Sampieri et. al. (2006) explican que el proceso cuantitativo parte de una idea, de la que, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye una perspectiva teórica. De las preguntas científicas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolla un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan (con frecuencia utilizando métodos estadísticos), y se establecen conclusiones respecto de la(s) hipótesis.

La misión de la investigación es explicar la causalidad de los fenómenos estudiando la asociación o relación entre variables cuantificadas. Se intenta explicar y predecir los fenómenos investigados; buscando regularidades y relaciones causales entre los elementos. (Hernández-Sampieri et al. 2006) .

2.1.2. Tipo de investigación

Para efectuar la investigación se desarrolló un estudio explicativo. Estos estudios se caracterizan por ir más allá de la descripción o establecimiento de relaciones entre conceptos o fenómenos; están dirigidos, fundamentalmente, a responder a las causas de los eventos físicos o sociales. Implicando así un mayor grado de estructuración, complejidad y proporcionando un mayor

sentido de entendimiento del fenómeno a que hacen referencia, pues se centran en responder, no sólo a las causas, sino también a las condiciones en las que ocurren los fenómenos y a las relaciones de dos o más variables. (Hernández-Sampieri et al. 2006).

2.1.3. Diseño de la investigación

Para la presente investigación se utilizó un diseño experimental de series cronológicas múltiples. Los diseños experimentales se caracterizan por la manipulación intencional de variables independientes con el fin de analizar las consecuencias sobre una o más variables dependientes. Pretendiendo así establecer el posible efecto de una causa que se manipula. (Hernández-Sampieri et al. 2006).

Los experimentos de series cronológicas múltiples se caracterizan por efectuar, a través del tiempo, varias observaciones o mediciones sobre una o más variables, con el objetivo de analizar los efectos a mediano o largo plazo. Requiere de la participación de dos o más grupos conformados aleatoriamente. (Hernández-Sampieri et al. 2006)

En este estudio la variable independiente consiste en los BFRs, evaluado contra la intención como control activo. Las variables dependientes principales están constituidas por las ansias de comer, los pensamientos intrusos relacionados con la comida y la supresión de dichos pensamientos.

2.1.4. Selección de la muestra

La investigación se desarrolló en el período comprendido entre enero y mayo de 2012 en el municipio de Vertientes, Camagüey. Para la selección de la muestra se realizó un muestreo probabilístico pues todos los individuos con sobrepeso tenían la posibilidad de ser elegidos. Los dos grupos de estudio se conformaron mediante una selección aleatoria. La muestra quedó constituida por un total de 48 participantes con una edad promedio de 36.38 años (DE=11.3), donde 24 fueron asignados a cada grupo: BFRs e Intención (In). Las características de la muestra se ofrecen en la Tabla 1, donde se observa un predominio de: mujeres; casados y nivel medio de escolaridad.

Tabla 1. Características de la muestra.

Variables descriptivas		#	%
Sexo	F	34	70.8
	M	14	29.2
Estado Civil	Soltero	17	35.4
	Casado	24	50.0
	Divorciado	6	12.5
	Viudo	1	2.1
Nivel de Escolaridad	Primario	-	-
	Secundario	6	12.5
	Medio	24	50.0
	Superior	18	37,5

Criterios de inclusión:

- ✓ Ser mayor de 18 años
- ✓ Tener un IMC entre 25-29.9 kg/m²
- ✓ Acceder voluntariamente a participar en el estudio
- ✓ Presentar ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida.
- ✓ Cumplir con el método indicado.

Criterios de exclusión:

- ✓ Presentar algún trastorno de la alimentación diagnosticado u otra alteración psicopatológica de nivel neurótico o psicótico.
- ✓ Presentar enfermedades crónicas no transmisibles diagnosticadas u otras que imposibiliten su participación.
- ✓ Manifestar el deseo de abandonar el estudio.

2.2. Descripción de las técnicas empleadas:

1. Entrevista Estructurada

1.1. Inicial (Anexo 2)

Entrevista estructurada dirigida a caracterizar los mecanismos de control del peso ejecutados por los participantes. En este tipo de entrevista las preguntas y sus secuencias son uniformes, es decir, las preguntas se hacen con las

mismas palabras y en el mismo orden a cada uno de los entrevistados. (Ibarra-Martín et. al., 2006)

Contiene un total de 8 preguntas donde se abordan aspectos tales como: primera dieta; dieta más reciente; peso *ideal* y *deseado*; métodos utilizados para perder peso; motivo que más contribuye a que se gane peso (facilitadores), práctica sistemática de ejercicios (Rodríguez-Martín & Molerio-Pérez, 2012) y además se miden las expectativas con respecto al tratamiento.

1.2. De seguimiento (Anexo 3)

Entrevista estructurada dirigida a determinar la efectividad del tratamiento en los participantes. Contiene 8 preguntas que abordan el control de las ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida, la contribución del tratamiento así como la adherencia y la motivación con respecto al mismo.

2. Inventario de Supresión del Oso Blanco (WBSI) (Anexo 4)

Esta técnica fue desarrollada por Wegner y Zanakos (1994) para medir la tendencia crónica a suprimir los pensamientos intrusos no deseados. Consta de 15 ítems y cada ítem abarca una escala de 5 puntos (desde 1= “completamente en desacuerdo” hasta 5= “completamente de acuerdo”). Para la presente investigación se utilizó la versión validada para población general en Cuba (B.C. Rodríguez-Martín et al., en prensa). Se asume la calificación global como tendencia al uso de la supresión de pensamientos y la tendencia a experimentar pensamientos intrusos de forma general. Las puntuaciones del WBSI pueden ir de 15 a 75, con puntuaciones más altas que indican niveles más elevados en el uso de la supresión de pensamiento. También se dividieron las puntuaciones a partir de una estructura bifactorial (Luciano, Belloch, Algarabel, Tomás, Morillo & Lucero, 2006): pensamientos intrusos (pi) y supresión de pensamientos (su).

3. Inventario de Supresión de Pensamientos Relacionados con la Comida (FTS) (Anexo 12)

Barnes y Tantleff-Dunn (2009) crearon este inventario basado en el WBSI y así esta técnica es considerada como una variante del mismo, con el tema de la comida como eje central de la evaluación. (Peterson, 2008). El inventario consta de 15 ítems y para su ejecución los participantes responden a preguntas como “Hay comidas sobre las que intento no pensar”, en una escala de Likert que se extiende desde 1= fuertemente en desacuerdo hasta 5= fuertemente de acuerdo. (Barnes, Fisak & Tantleff-Dunn, 2009; Barnes & White, 2010). La consistencia interna de esta prueba utilizando el Alfa de Cronbach (α) es de $\alpha=.945$ (Gil, 2012).

4. Inventario de Supresión de Pensamientos Relacionados con el Peso y la Forma del Cuerpo (BW) (Anexo 13)

Constituye otra variante del WBSI que consta igualmente de 15 ítems concentrados principalmente en los pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo (Peterson, 2008). Está diseñado para medir la tendencia que tienen las personas de suprimir pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo, en una escala de Likert que se extiende desde 1= fuertemente en desacuerdo hasta 5= fuertemente de acuerdo. (Barnes et al, 2009; Barnes & White, 2010). Tiene una consistencia interna de $\alpha=.956$ (Gil, 2012).

5. Cuestionario de Control de Pensamientos (TCQ) (Anexo 5)

Wells y Davis (1994) desarrollaron este cuestionario para determinar que estrategias específicas usan los individuos que tratan de suprimir pensamientos indeseados en general. La prueba está conformada por una medida de autoinforme de 30 ítems que evalúa estrategias de control de pensamiento. Dichas estrategias son agrupadas en cinco factores analíticamente derivando las subescalas: distracción, control social, preocupación, castigo y reevaluación. (Luciano et al., 2006)

Para la presente investigación se utilizó la versión española de la prueba original, que fue sometida a un proceso de validación y reducción y posee sólo 16 ítems. (Lucero, 2002; Luciano et al., 2006). Su consistencia interna es de $\alpha=.738$. (Gil, 2012). Las respuestas de los participantes están enfocadas en función de la frecuencia, abarcando las puntuaciones de cada ítem la siguiente escala: 1= “nunca”, 2= “a veces”, 3= “a menudo”, y 4= “casi siempre”.

6. Cuestionario de Habilidad para el Control de Pensamientos (TA) (Anexo 6)

Fue ideado para distinguir la habilidad percibida de suprimir de la tendencia a suprimir, evaluando así las diferencias individuales en la habilidad de controlar o suprimir, de manera exitosa, los pensamientos intrusos no deseados. (Luciano, Algarabel, Tomás & Martínez, 2005). Cada ítem contiene puntuaciones que se extienden en una escala de 5 puntos donde 1= “completamente en desacuerdo” y 5= “completamente de acuerdo”. La prueba original consta de 25 ítems, pero para el presente estudio solo se incluyeron los 7 de mayor ajuste factorial al constructo y con calificación directa. Esta variante ha mostrado un consistencia interna satisfactoria $\alpha=.825$ (Gil, 2012).

7. Escala de Reacciones Emocionales y Conductuales a los Pensamientos Intrusos (EBR) (Anexo 7)

Esta escala fue desarrollada con el objetivo de medir los dos tipos principales de afrontamiento a los pensamientos intrusos: emoción y conducta. (Berry, May, Andrade, & Kavanagh, 2010) Las respuestas ofrecidas están en función de la frecuencia con que se vivencian las afirmaciones. Cada ítem posee puntuaciones que se extienden en una escala desde 0= “nunca” hasta 4= “siempre”. Posee una consistencia interna de $\alpha=.793$ (Gil, 2012).

8. Cuestionario de Ansias de Comer como Rasgo (FCQ) (Anexo 8)

Esta técnica fue desarrollada con el objetivo de medir las ansias de comer como un rasgo psicológico. El mismo consta de 39 ítems que miden las ansias de comer como rasgo de la personalidad, donde los participantes deben responder “¿con cuánta frecuencia esta afirmación es cierta para mí?”

utilizando una escala general de 6 puntos que abarca desde 1= “nunca o no es aplicable” hasta 6 “siempre”. (Moreno, Rodríguez, Fernández, Tamez & Benito-Cepeda, 2008).

Para la evaluación de las ansias como rasgo se presenta una división en nueve factores que miden: anticipación de reforzador positivo, anticipación de alivio o reforzador negativo, desencadenantes, sensación de hambre, preocupación con la comida, intenciones de comer, pérdida de control, afecto negativo y sentimiento de culpa. Su consistencia interna es de $\alpha=.960$ (Gil, 2012).

9. Cuestionario del Ciclo del Peso (WC) (Anexo 9)

El Cuestionario del Ciclo del Peso (WC), tiene como objetivo valorar las fluctuaciones del peso sufridas por los individuos. Se basa en los estudios de Forey et al., (1995); Friedman, Schwartz y Brownell, (1998) y Gokee-Larose, (2006), citados en Peterson, (2008). Consta de cuatro interrogantes, como por ejemplo: *¿Con qué frecuencia usted pierde y vuelve a ganar peso?* Las respuestas serán ofrecidas según una escala que se extiende desde 1(nunca) hasta 5 (siempre). El índice de fiabilidad para este cuestionario es de $\alpha=.682$ (Gil, 2012).

2.3. Operacionalización de variables

Tabla 2. Definición operacional de las variables dependientes.

Variables	Definición	Instrumento	Medición
Supresión de pensamientos (SP).	Estrategia cognitiva de regulación emocional. Donde el individuo realiza el intento consciente para evitar pensamientos, deseos, sentimientos, experiencias o problemas que le producen malestar.	WBSI	Escala
SP relacionados con la comida	Intención consciente para evitar pensar en la comida.	FTS	Escala
SP relacionados con el peso y la forma del cuerpo	Intención consciente para evitar pensar en el peso y la forma del cuerpo.	BW	Escala
Control de pensamientos	Habilidad de controlar o suprimir, de manera exitosa, los pensamientos intrusos.	TA	Escala
	Estrategias de control o supresión exitosa de pensamientos: distracción, control social, preocupación, castigo y revaloración.	TCQ	Escala
Reacciones a los pensamientos intrusos (PI)	Reacciones a los PI que pueden ser de naturaleza conductual o emocional y que repercuten sobre las ansias de comer y el subsiguiente consumo de alimentos.	EBR	Escala
Ansias de comer	Deseo intenso o necesidad de comer un alimento en particular, generando un gran gasto de recursos cognitivos. Ha menudo ocurre en ausencia de hambre.	FCQ	Escala

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- BFRs: 38 esencias individuales preparadas a partir de flores silvestres, que constituyen un sistema de clasificación y terapia (Rodríguez-Martín, 2009).
- Intención: plan consciente para promulgar un comportamiento, que también captura la motivación de un individuo para ejecutar la conducta. (Ajzen, 1991, citado por Rhodes et,al, 2003).

2.4. Procedimientos

La investigación se desarrolló teniendo en cuenta las exigencias bioéticas requeridas: privacidad, condiciones de iluminación y ventilación apropiadas, horario y lugar adecuado. El estudio constó de tres etapas fundamentales, efectuándose un encuentro con cada participante en correspondencia con las etapas previstas.

La primera etapa inició con la explicación de los objetivos y características del estudio y la firma por escrito del consentimiento informado de cada participante. Posteriormente se aplicó la entrevista inicial y las demás técnicas de evaluación planificadas, orientándose la estrategia de tratamiento a seguir según el grupo asignado al participante.

Para el grupo de estudio, la dosificación de las esencias fue de 4 gotas sublingüales 6 veces al día con los siguientes horarios:

- Al levantarse.
- 1h antes de almorzar.
- 1h después de almorzar.
- 1h antes de comer.
- 1h después de comer.
- Al acostarse.

La fórmula fue elaborada en la Farmacia Homeopática de la ciudad de Santa Clara, según los siguientes criterios (Orozco, 2010):

- Agrimony: se recomienda cuando existen conductas generadas por ansias (fumar, beber, comer, etc.)
- Cherry Plum: recomendada en caso de descontrol, mayormente provocado por un exceso de control consciente o vigilancia que termina quebrándose.
- White Chestnut: utilizada para pensamientos intrusos indeseados de los que el individuo pretende librarse inútilmente.
- Crab Apple: se utilizó para tratar distorsiones en la imagen corporal

- Walnut: potenciador del cambio, permite afianzar las decisiones tomadas, minimizando el efecto de las interferencias de otras personas o ambientes sobre el individuo.

Para el grupo de control sólo se orientó mantener la intención de controlar las ansias y pensamientos intrusos relacionados con la comida.

La segunda etapa, efectuada después de transcurrido el primer mes de la evaluación inicial, consistió en la aplicación, en ambos grupos, primeramente de la entrevista de seguimiento y luego de las técnicas correspondientes. De igual forma, la tercera etapa, después de transcurridos tres meses desde la primera evaluación, incluyó la aplicación de la entrevista de seguimiento y las técnicas planificadas en los dos grupos de la investigación.

2.5. Procedimientos estadísticos

El análisis de los resultados fue ejecutado utilizando el SPSS/Windows (versión 18.0). Las diferencias fueron evaluadas utilizando un ANOVA Mixto (GLM de medidas repetidas con evaluaciones inter-grupos e intragrupos, así como la interacción entre ambas durante el transcurso del tiempo. Los tamaños de efecto fueron calculados utilizando Eta cuadrado parcial (η^2_p), donde los valores superiores a .01, .06 y .14 fueron interpretados como efecto pequeño, mediano y grande, respectivamente (Sink & Mvududu, 2010). También se utilizó la prueba *t* para muestras independientes para evaluar las diferencias intergrupo durante la línea base (LB). Los valores de significación (P) inferiores a .05 fueron considerados como indicadores significativos de cambio.

Capítulo 3. Análisis de los resultados

3.1. Características generales de la muestra.

La entrevista inicial, aportó información sobre las características generales de la muestra, como se observa en la Tabla 3. La totalidad de los participantes no estaba realizando ninguna dieta en el momento de la evaluación y del 65% no realizaban ejercicios físicos regularmente, por lo que puede inferirse el predominio de un estilo de vida sedentario. Los métodos más reportados por ambos grupos fueron la reducción del consumo de comida o la práctica de ejercicios físicos. Tampoco existieron diferencias significativas entre los valores del IMC, las horasTV/día, el ciclo del peso o las expectativas de resultado, que fueron elevadas.

Tabla3. Características generales de la muestra.

Variables		In		BFRs		gl	t	sig
		#	%	#	%			
Dieta actual	Sí	-	-	-	-			
	No	24	100.0	24	100.0			
Práctica de ejercicios	Sí	8	33.3	7	29.2			
	No	16	66.7	17	70.8			
Métodos utilizados	Ninguno	5	20.8	1	4.2			
	Comer menos	8	33.3	11	45.8			
	Hacer ejercicios	8	33.3	9	37.5			
	Cirugía	1	4.2	-	-			
	Medicamentos	1	4.2	-	-			
	Combinaciones	1	4.2	2	8.3			
		Media/DE		Media/DE				
	IMC	28.14/2.29		27.75/2.64		46	-.548	.586
	HorasTv/día	4.33/3.44		3.79/2.81		46	-.596	.554
	Cuestionario del Ciclo del Peso	7.25/3.59		8.17/3.54		46	.890	.378
	Expectativas	2.52/1.039		2.17/.984		44	-1.166	.250

Dentro de las situaciones que facilitan que las personas ganen peso (Tabla 4), ambos grupos señalaron la ingestión regular de comida fuera de los horarios establecidos (>58%) y, además, comer en exceso para el grupo In (>30%).

Tabla 4. Conductas facilitadoras.

Situaciones críticas	BFRs		In	
	#	%	#	%
Comer mucha comida	3	12.5	5	20.8
Comer demasiado en el desayuno	1	4.2	-	-
Comer demasiado en el almuerzo	-	-	1	4.2
Comer demasiado en la Comida	2	8.3	2	8.3
Picotear entre comidas	10	41.7	12	50.0
Picotear en la tarde, antes de comer	4	16.7	3	12.5
No me puedo detener cuando comienzo	2	8.3	-	-
Mientras cocino o preparo alimentos	1	4.2	1	4.2
Estar ansioso	1	4.2	-	-

3.2. Efecto de la intervención sobre las ansias de comer y su supresión.

Tabla 5. Efecto de la intervención sobre las ansias de comer y su supresión

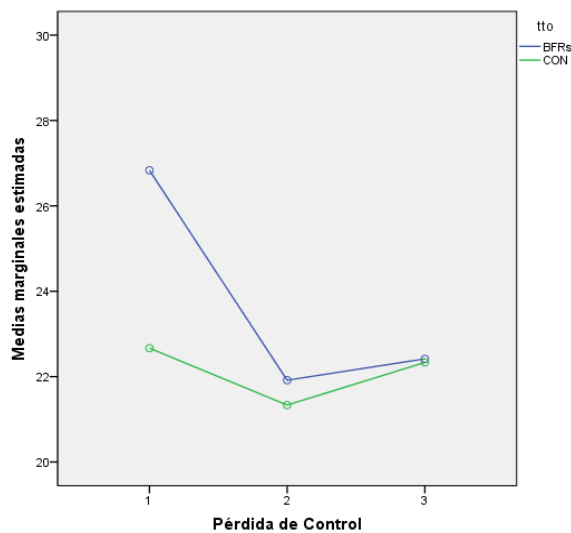
VAR	Grupo	Evolución de los participantes			ANOVA Mixto			
		LB	1 mes	3 meses	gl _{I,VI} =2,104; gl _{III} =1,52			
					F	Sig.	η^2_p	
IMC	In	28.14/2.29	28.25/2.09	28.13/1.77	I	1.560	.216	.033
	BFRs	27.75/2.64	27.37/2.65	27.29/2.58	II	1.980	.144	.041
					III	1.125	.294	.024
FSU	In	45.25/19.95	45.79/20.36	48.50/20.84	I	1.814	.169	.038
	BFRs	49.08/21.82	42.66/17.53	42.45/17.40	II	5.371	.006	.105
					III	.108	.744	.002
FC1	In	22.33/5.68	22.12/5.69	20.87/6.52	I	9.460	.000	.171
	BFRs	22.33/6.55	18.95/5.88	18.50/6.57	II	3.523	.034	.071
					III	1.285	.263	.027
FC2	In	11.71/4.27	11.83/3.94	11.45/4.41	I	4.229	.017	.084
	BFRs	11.58/4.47	9.50/4.49	9.04/4.42	II	3.478	.035	.070
					III	2.118	.152	.044
FC3	INT	17.46/5.52	17.29/4.60	16.79/4.98	I	8.303	.000	.153
	BFRs	18.04/5.76	14.66/5.27	14.75/5.60	II	5.126	.008	.100
					III	.941	.337	.020
FC4	In	20.13/2.70	19.70/2.80	18.83/3.87	I	8.749	.000	.160
	BFRs	19.88/4.81	17.33/5.18	17.04/5.53	II	2.332	.103	.048
					III	1.813	.185	.038
FC5	In	21.92/9.25	21.25/9.53	21.87/9.48	I	6.178	.003	.118
	BFRs	23.50/10.58	18.95/8.68	20.00/10.16	II	3.951	.023	.079
					III	.106	.746	.002
FC6	In	13.21/3.91	12.83/4.80	12.70/3.56	I	4.580	.013	.091
	BFRs	12.71/4.94	10.58/3.80	10.37/4.83	II	2.047	.135	.043
					III	2.339	.133	.048
FC7	In	22.67/8.21	21.33/7.42	22.33/7.41	I	9.357	.000	.169
	BFRs	26.83/8.78	21.91/8.08	22.41/8.32	II	4.360	.016	.087
					III	.558	.459	.012
FC8	In	10.46/4.63	11.37/6.15	11.58/5.46	I	.500	.608	.011
	BFRs	12.58/5.91	10.79/5.57	11.00/5.71	II	6.386	.003	.122
					III	.043	.836	.001
FC9	In	8.63/3.94	9.29/4.41	10.16/4.11	I	.780	.461	.017
	BFRs	11.29/5.14	10.54/4.42	10.41/4.40	II	6.805	.002	.129
					III	1.298	.261	.027
BW	In	47.29/20.63	47.04/19.41	49.62/20.18	I	3.426	.037	.069
	BFRs	51.75/21.61	44.95/18.09	43.50/20.46	II	6.830	.002	.129
					III	.051	.823	.001

Leyenda: LB= Línea Base; FTS= Supresión de pensamientos (SP) relacionados con la comida; FC1= Reforzamiento positivo de las Ansias de Comer como Rasgo (ACR); FC2= Reforzamiento negativo ACR; FC3= Detonadores ACR; FC4= Sensación de Hambre ACR; FC5= Pensamientos Intrusos sobre Comida ACR; FC6= Intenciones de Comer ACR; FC7=Pérdida de Control ACR; FC8=Afecto Negativo ACR; FC9= Culpa ACR; BW= SP relacionados con el peso o la forma del cuerpo; I=Efecto global del tratamiento a través del tiempo; II=Interacción Grupo x Evolución a través del tiempo y III= Diferencias inter-grupos globales.

Los resultados obtenidos con la intervención, sobre las ansias de comer y su supresión se muestran en la Tabla 5. En ella están reflejados, los descriptivos generales obtenidos en los diferentes momentos de evaluación. Contiene además los resultados del efecto global del tratamiento a través del tiempo (I), la interacción entre

los grupos evaluados a través del tiempo (II) y la comparación global entre los distintos grupos (III). Los mismos mostraron que el efecto global del tratamiento a través del tiempo tuvo un tamaño grande para componentes de las ansias de comer como: los reforzadores positivos (FC1), los detonadores de las ansias (FC3), la sensación de hambre (FC4), y la pérdida de control (FC7).

En este sentido los mayores efectos fueron sobre los reforzadores positivos, ($\eta^2_p=.171$) y la pérdida de control ($\eta^2_p=.169$). En la Figura 1 se muestra el comportamiento peculiar del efecto de los BFRs sobre la pérdida de control sobre las ansias de comer durante la intervención. Las diferencias observadas sugieren que el efecto positivo de los BFRs y que los diferencian de la intención, solo ocurren durante



el primer mes.

Figura 1. Efecto global del tratamiento sobre la pérdida de control.

Fueron registrados además efectos de tamaño mediano en las variables reforzamiento negativo (FC2), pensamientos intrusos sobre la comida (FC5), intenciones de comer (FC6), y en la supresión de pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo (BW). (ver Tabla 5)

Con relación a la interacción entre los distintos grupos de tratamiento a través del tiempo, se encontraron diferencias significativas y tamaños de efecto medianos en casi todas las variables, excepto para el IMC, la sensación de hambre (FC4) y las intenciones de comer (FC6). En este sentido se observó una disminución

considerable en los valores de la media en el grupo BFRs, en las evaluaciones del primer mes, con respecto a la LB, y generalmente mantenidas en la tercera evaluación. En el grupo In aunque en ocasiones las medias también disminuyeron, no ocurrió de manera significativa y mantenida a través del tiempo (ver Tabla 5). Esto pudiera indicar que los BFRs tienen mayor efecto que la intención en el manejo de las ansias de comer como rasgo, a través de los distintos momentos de la intervención. Al realizar la comparación del efecto global entre ambos grupos no se encontraron diferencias significativas.

3.3. Efectos de la intervención sobre la supresión, control y reacciones a los pensamientos intrusos.

Los resultados de los efectos producidos por la intervención sobre la supresión, el control y las reacciones a los pensamientos intrusos, se muestran en la Tabla 6. El análisis del efecto global del tratamiento a través del tiempo, mostró la existencia de tamaños de efecto medianos en las reacciones conductuales a los pensamientos intrusos (RC), y en la preocupación (TP) y la revaloración (TR) como estrategias para el control de los pensamientos intrusos.

El tamaño de efecto más notable fue para las reacciones conductuales a los pensamientos intrusos (RC) indicando el posible efecto a largo plazo de la intención en el control de la conducta, pues las medias (Tabla 6) mostraron una mayor disminución de las reacciones conductuales en este grupo tras el primer mes de tratamiento y, aunque aumentan en la tercera evaluación, se mantienen más alejadas de los niveles iniciales que en el caso del grupo BFRs. Estos resultados coinciden con el criterio de Vries, Aarts y Midden (2011), quienes opinan que “la promulgación de las intenciones es un aspecto crucial en el proceso que subyace al control de la conducta dirigida a objetivos”. (p. 615).

Tabla 6. Efecto de la intervención sobre supresión, control y reacciones a los pensamientos intrusos.

		Evolución de los participantes			ANOVA Mixto			
		Media/DE			gl _{I,II} =2.104; gl _{I,III} =1. 52			
VAR	Tratamiento	LB	1 mes	3 meses		F	Sig.	η^2_p
WB	In	55.75/12.52	56.79/12.49	56.58/13.25	I	2.001	.141	.042
	BFRs	58.17/19.05	51.45/16.00	51.75/15.26	II	3.569	.032	.072
					III	.442	.510	.010
pi	In	28.04/7.94	29.08/7.70	29.16/7.51	I	1.661	.196	.035
	BFRs	29.50/9.97	25.87/8.82	25.54/8.71	II	5.376	.006	.105
					III	.640	.428	.014
su	In	27.75/5.78	27.70/5.57	27.41/6.41	I	1.960	.147	.041
	BFRs	28.63/9.28	25.58/7.76	26.20/7.18	II	1.618	.204	.034
					III	.207	.651	.004
RE	In	5.63/4.15	5.37/3.35	5.83/3.23	I	2.256	.111	.047
	BFRs	6.67/4.11	5.45/3.65	5.45/3.97	II	2.120	.126	.044
					III	.061	.806	.001
RC	In	5.33/3.63	4.33/3.65	4.83/3.03	I	5.466	.006	.106
	BFRs	5.50/3.67	4.70/3.45	5.33/3.17	II	.189	.828	.004
					III	.136	.714	.003
TA	In	20.96/8.79	21.75/7.96	20.70/7.74	I	.512	.601	.011
	BFRs	23.50/12.31	22.04/7.58	21.87/7.00	II	.730	.485	.016
					III	.342	.562	.007
TD	In	10.58/2.99	10.41/2.58	10.16/2.85	I	2.281	.108	.047
	BFRs	11.58/3.03	11.20/2.81	10.75/2.54	II	.252	.778	.005
					III	1.154	.288	.024
TS	In	7.15/1.89	7.55/2.03	7.55/1.93	I	.080	.923	.002
	BFRs	7.67/2.35	7.25/2.43	7.41/1.93	II	1.770	.177	.040
					III	.002	.962	.000
TP	In	4.33/1.52	4.25/1.42	4.33/1.63	I	3.806	.026	.076
	BFRs	5.21/1.84	4.37/1.43	4.62/1.20	II	2.742	.070	.056
					III	1.190	.281	.025
TC	In	4.88/2.43	5.29/2.45	5.58/2.71	I	.188	.829	.004
	BFRs	5.67/3.30	5.54/3.05	5.00/2.73	II	3.630	.030	.073
					III	.041	.840	.001
TR	In	7.13/2.45	7.04/2.15	6.87/2.23	I	3.197	.045	.065
	BFRs	8.29/2.15	7.41/1.99	7.37/2.03	II	1.496	.229	.031
					III	1.472	.231	.031

Leyenda: LB= Línea Base; WB= Tendencia al uso global de la Supresión de Pensamientos; pi= Factor Pensamientos Intrusos (PI) del WBSI; su= Factor SP del WBSI; RE= EBR-Reacciones emocionales a los PI; RC= EBR-Reacciones Conductuales a los PI; TA= Habilidad para controlar los pensamientos; TD=TCQ-Distracción; TS= TCQ-Control Social; TP= TCQ-Preocupación; TC=TCQ-Castigo; TR=TCQ-Revaloración; I=Efecto global del tratamiento a través del tiempo; II=Interacción Grupo x Evolución a través del tiempo y III= Diferencias inter-grupos globales.

En cuanto a la interacción entre los grupos a través del tiempo, se encontraron tamaños de efecto medianos en la tendencia al uso global de la supresión de pensamientos (WB), en el factor pensamientos intrusos (pi) y en el castigo (TC) como estrategia para el control de los pensamientos intrusos (ver Tabla 6). El mayor efecto se encontró en el factor pensamientos intrusos (pi), con valores de ($\eta^2_p=.105$).

En la Figura 2 se muestra la interacción entre los grupos en los diferentes momentos de evaluación para el factor pi. Se observa que el punto de intersección aparece en el

primer mes de tratamiento, al ocurrir una reducción significativa en el grupo BFRs y un aumento en el grupo In. Durante la siguiente etapa del tratamiento se mantuvieron los resultados alcanzados por ambos grupos. Es interesante destacar, el efecto de los BFRs sobre los pensamientos intrusos corrobora la idea de que su acción sobre la supresión (Bernal-Díaz, et al., 2010), podría deberse a la reducción de los pi (Rodríguez-Martín y Molerio-Perez, en prensa).

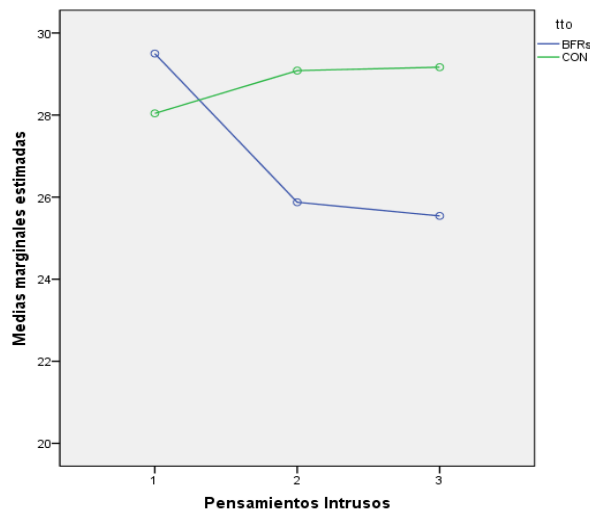


Figura 2. Interacción de los grupos en el factor pensamientos intrusos (pi).

Al analizar las diferencias globales inter-grupos no se encontraron tamaños de efecto relevantes (ver Tabla 6). Sin embargo estas no se consideraron más relevantes que las variaciones entre los grupos a través del tiempo.

3.4 Criterios de los participantes sobre la efectividad del tratamiento utilizado.

En las Tablas 7 y 8 se muestran los indicadores del efecto del tratamiento según el criterio de los participantes al mes y los tres meses de la evaluación respectivamente. Transcurrido el primer mes de intervención se reportaron diferencias significativas y tamaños de efecto *grande* en cuanto al control de los pensamientos intrusos relacionados con la comida (FPI) y las ansias de comer, así como en la contribución la estrategia utilizada por cada grupo (Tabla 7). Para esta última variable, el efecto alcanzado puede ser calificado de “gigantesco” ($\eta^2_p=.482$) sobre el control de los FPI, cuestión que puede ser explicada por la nula contribución de la intención.

Tabla 7. Efectividad del tratamiento según la opinión de los participantes (1 mes).

Variables	Grupo	Media/DE	gl	t	Sig	η^2_p
Control de FPI	BFRs	1.08/1.31	45	4.305	.000	.292
	In	-.50/1.21				
Facilidad de control de FPI	BFRs	4.56/2.64	45	1.353	.183	-
	In	3.50/2.75				
Contribución de la estrategia	BFRs	5.26/3.26	33	5.543	.000	.482
	In	.00/.00				
Control de Ansias	BFRs	.82/1.72	45	4.017	.000	.264
	In	-1.04/1.45				
Facilidad de Control de Ansias	BFRs	4.34/2.69	45	2.006	.051	-
	In	2.91/2.18				
Contribución de la estrategia	BFRs	5.73/3.25	24	3.004	.006	.273
	In	.00/.00				

La valoración del tratamiento por parte de los entrevistados en el tercer mes de la intervención mostró resultados similares a los anteriores (Tabla 8). Sin embargo el tamaño de efecto atribuido a los BFRs para el control de las ansias de comer merece un comentario. Este se redujo sustancialmente, mayormente explicado por un incremento de la acción de la intención, aunque continuó mostrando una tendencia desfavorable. Este resultado se complementó con el de los reportes de facilidad de control. Para el caso de las ansias, las diferencias se tornaron significativas por las direcciones opuestas tomadas por ambas estrategias. Mientras que para los BFRs tendió a ser más fácil ejercer el control, sucedió todo lo contrario con la intención. Ello resulta un indicador del gasto cognitivo asociado al control de las ansias mediante la mera intención (Kemps & Tiggerman, 2010)

Tabla 8. Efectividad del tratamiento según la opinión de los participantes (3 meses).

Variables	Grupo	Media/DE	gl	t	Sig	η^2_p
Control de FPI	BFRs	.91/1.52	46	3.603	.001	.220
	In	-.58/1.34				
Facilidad de control de FPI	BFRs	4.62/2.74	46	1.907	.063	-
	In	3.16/2.54				
Contribución de la estrategia	BFRs	5.37/3.52	35	5.165	.000	.433
	In	.07/1.44				
Control de Ansias	BFRs	.70/1.65	46	2.481	.017	.118
	In	-.50/1.71				
Facilidad de Control de Ansias	BFRs	4.87/2.78	45	2.769	.008	.146
	In	2.86/2.11				
Contribución de la estrategia	BFRs	5.41/3.52	26	3.025	.000	.260
	In	.00/.00				

En cuanto a los niveles de adherencia al tratamiento con BFRs, evaluados por el deseo de permanencia. La mayoría de los participantes señalaron su deseo de continuar en ambos momentos de evaluación, como se muestra en la Tabla 9. Solamente tres participantes mostraron interés en abandonar el tratamiento transcurridos tres meses de su inicio. La cifra de aquellos que se mostraron inseguros también fue escasa.

Tabla 9. Deseo de continuar con el tratamiento.

Deseo de continuar	1 mes		3 meses	
	#	%	#	%
Sí	20	83.3	19	79.2
No	1	4.2	3	12.5
Inseguro	2	8.3	2	8.3

Discusión de los resultados

La muestra estudiada se caracterizó por la homogeneidad, lo que favorece la evaluación de la efectividad del tratamiento en ambos grupos. Los participantes no estaban realizando ninguna dieta en el momento de la LB. La mayoría de los entrevistados de ambos grupos no realizaba ejercicios físicos frecuentemente; sin embargo, los señalaron como uno de los métodos más utilizados para perder peso, acompañados de “comer menos”. Entre los grupos que conformaron el estudio no existieron diferencias significativas en cuanto a las expectativas hacia el tratamiento, el IMC, las horas pasadas frente a la TV, ni en el comportamiento de las variaciones del peso.

De manera general puede afirmarse que la intervención tuvo un efecto favorable en casi la totalidad de los componentes de las ansias de comer como rasgo, excepto en el afecto negativo (FC8) y la culpa (FC9) generados por las ansias de comer. Los hallazgos de Erskine y Georgiou (2010), mostraron que la culpa tiende a ser mayor en las personas que suprimen frecuentemente; sin embargo no encontraron efectos interactivos entre estas variables. Esto indica que la disminución de la supresión o los pensamientos intrusos no tiene necesariamente que implicar una disminución significativa en los sentimientos de culpa.

La intervención contribuyó principalmente al control de la anticipación de los reforzadores positivos que pueden resultar de la acción de comer (FC1) y disminuyó notablemente la pérdida de control (FC7) de los participantes. Las ansias de comer se vivencian como algo irracional dada la evidente reducción del control inhibitorio de la corteza frontal sobre los sistemas subcorticales que median las respuestas apetitivas incentivas y las conductas automatizadas e inconscientes (Rodríguez, Mata y Moreno, 2007). En este sentido los BFRs pudieran resultar efectivos para regular la pérdida de control, dada la notable reducción producida por la intervención en los valores de la media, con respecto a la LB en este grupo. La falta de control se ha asociado frecuentemente a episodios de atracones. (Moreno et. al. 2008), por lo que su regulación puede contribuir a la eliminación de una de las conductas que más favorecen la ganancia de peso.

Baumeister, Heatherton, y Tice, (1994) obtuvieron un fallo significativo de la supresión de pensamientos como una forma de autocontrol, especialmente cuando se utiliza como un intento de evitar una conducta (Erskine & Georgiou, 2010). Estos resultados apoyan la relación entre la disminución de los pensamientos intrusos y la supresión y el aumento del control de los participantes sobre sus ansias de comer. El tratamiento contribuyó a la disminución de los pensamientos intrusos relacionados con el peso y la forma del cuerpo (BW), aunque no se reportaron modificaciones significativas en el IMC ni en la supresión de pensamientos relacionados con la comida (FSU).

La ausencia de modificaciones significativas en el IMC era un resultado esperable para el grupo In, pero no para el grupo BFRs. Una explicación posible a este efecto radica en que los BFRs pueden haber generado una sensación de invulnerabilidad, similar a la de los suplementos dietéticos (Chiou, Yang, & Wan, 2011), donde la misma atenta contra las metas de restricción establecidas.

En cuanto al efecto de la intervención sobre la supresión, el control y las reacciones a los pensamientos intrusos, se encontraron resultados favorables en las reacciones conductuales a los pensamientos intrusos (RC) y en estrategias para el control de intrusiones como la preocupación (TP) y la revaloración (TR). El tratamiento favoreció principalmente la regulación de las reacciones conductuales a este tipo de pensamientos, mostrando una reducción mayor en el grupo In, resaltando la eficiencia de la intención como predictor de la conducta cuando el individuo se encuentra motivado (Rhodes, Courneya & Jones, 2003).

Las interacciones inter-grupos a través del tiempo mostraron tamaños de efecto mediano en casi todas las dimensiones de las ansias de comer, excepto en la sensación de hambre (FC4) y las intenciones de comer (FC6). En los componentes modificados se observó que los BFRs tuvieron un mayor efecto que la intención pues los valores de la media revelaron disminuciones considerables en el primer mes y generalmente mantenidas en la tercera evaluación, que resultaron mayores que las obtenidas en el grupo In. La supresión de pensamientos relacionados con la comida y con el peso y la forma del cuerpo, también se vieron beneficiados en las interacciones entre los grupos a través del tiempo.

En la tendencia al uso global de la supresión y en el “castigo” (TC), como estrategia de control de los pensamientos intrusos, se encontraron interacciones de tamaño mediano. El mayor efecto se encontró en el factor “pensamientos intrusos”, donde ocurrió una disminución significativa en el grupo BFRs a través del tiempo y un aumento en el grupo In.

Estos resultados coinciden además con los obtenidos con el BFR White Chesnut (WCH) en la reducción del uso de la supresión en adultos mayores. Los autores afirmaron que: “resulta altamente probable que el WCH actúe sobre el monitoreo irónico inconsciente, impidiendo el envío a la conciencia del pensamiento suprimido una vez que es detectado”. (Bernal-Díaz, et.al, 2010 p.60). Aunque esta afirmación continúa sin recibir constatación experimental. Solamente se puede asegurar que la evidencia apunta a que el efecto del WCH sobre la supresión podría deberse a su acción sobre los pensamientos intrusos (Rodríguez-Martín y Molerio-Pérez, en prensa)

Conclusiones

Los resultados de la investigación permitieron concluir que:

- La muestra estudiada se caracterizó por el predominio de un estilo de vida tendiente al sedentarismo, donde la restricción calórica o la práctica ocasional de ejercicios físicos constituyeron los métodos más reportados para el control del peso, y el consumo regular de alimentos fuera de los horarios regulares fue la situación que más contribuyó al incremento del IMC.
- Las interacciones entre los resultados de ambos grupos en los distintos momentos del estudio mostraron que los BFRs tuvieron un mayor efecto que la intención sobre:
 - La supresión de pensamientos relacionados con la comida, el peso y la forma del cuerpo.
 - La mayoría de los factores que conforman las ansias como rasgo, con la excepción de la sensación de hambre y las intenciones de comer.
 - Los pensamientos intrusos en general y la reducción de la utilización del castigo como estrategia de control de pensamientos.
- La utilización de ambas estrategias mostraron fortalezas y debilidades:
 - Ambas mostraron resultados positivos y sostenidos a través del tiempo para la anticipación de refuerzo positivos, los desencadenantes de las ansias de comer, la sensación de hambre, las intenciones de comer y la reevaluación como estrategia de control de pensamientos.
 - Se observaron efectos positivos durante el primer mes, con una pérdida de efecto a los tres meses sobre la sensación de hambre, la pérdida de control sobre las ansias de comer, las reacciones conductuales a los pensamientos intrusos y la preocupación como estrategia de control de pensamientos.
- De forma general puede afirmarse que los BFRs constituyen excelentes catalizadores de la intención para el control de las ansias por la comida y su supresión.

Recomendaciones

El análisis de los resultados, limitaciones y perspectivas de este estudio, orienta a la realización de las siguientes recomendaciones:

1. Continuar la investigación con el fin de evaluar el comportamiento de las variables estudiadas a largo plazo y analizar las posibles recaídas.
2. Evaluar el efecto de los BFRs en grupos de riesgo o con enfermedades crónicas, que requieran modificaciones del estilo de vida, que impliquen la restricción de alimentos deseables como parte del tratamiento.
3. Determinar las causas por las que no se produjeron modificaciones significativas sobre el IMC que tomen en cuenta la falsa sensación de invulnerabilidad observada para el efecto de los suplementos dietéticos.

Referencias

- Adriaanse, M. A., Gollwitzer, P. M., De Ridder, D. T., de Wit, J. B. , & Kroese, F. M. (2011). Breaking Habits With Implementation Intentions: A Test of Underlying Processes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(4), 502– 513. doi: 10.1177/0146167211399102
- Adriaanse, M. A., van Oosten, J. M. F., de Ridder, D. T. D, de Wit, J. B. F., & Evers, C. (2011). Planning What Not to Eat: Ironic Effects of Implementation Intentions Negating Unhealthy Habits. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(1), 69-81.
- Bernal-Díaz, L., Frías-Hernández, L.M., Mejías-Hernández, Y., Rodríguez-Becerra, I., & Rodríguez-Martín, B.C. (2010). White Chestnut y supresión de pensamientos en adultos mayores. In GC-Bach (Ed.), *Cuadernos de Investigación II: Hacia una práctica basada en la evidencia* (pp. 52-62). Santa Clara: Feijóo.
- Berry, L-M., May, J., Andrade, J., & Kavanagh, D. (2010). Emotional and behavioural reaction to intrusive thoughts. *Assessment*, 17(1), 126-137.
- Brochu, P. M. , Gawronski, B. , & Esses, V. M. (2011). The integrative prejudice framework and different forms of weight prejudice: An analysis and expansion. *Group Processes & Intergroup Relations*, 14(3), 429–444. doi: 10.1177/1368430210396520
- Denzler, M., Förster, J., Liberman, N. , & Rozenman, M. (2010). Aggressive, Funny, and Thirsty: A Motivational Inference Model (MIMO) Approach to Behavioral Rebound. *Personality and Social Psychology Bulletin*. doi: 10.1177/0146167210382663
- Díaz, M. E., Jiménez, S., Barroso, I., Wong, I., Cabrera, A., & Bonet, M. . (2005). Estado nutricional de la población cubana adulta. *Revista española de nutrición comunitaria*, 11(1), 18-26.
- Ernst, E. (2010). Bach flower remedies: a systematic review of randomised clinical trials. *Swiss Med Wkly*. doi: 10.4414/smw.2010.13079
- Ernst, E. . (2010). Bach flower remedies: a systematic review of randomised clinical trials. *Swiss Medical Weekly*(140:w13079).
- Erskine, J. A. K. (2008). Resistance can be futile: Investigating behavioural rebound. *Appetite*, 50, 415–421. doi: 10.1016/j.appet.2007.09.006
- Erskine, J. A. K., & Georgiou, G. J. (2010). Effects of thought suppression on eating behaviour in restrained and non-restrained eaters. *Appetite*. doi: 10.1016/j.appet.2010.02.001
- Evers, C., Stok, F. M., & Ridder, D. T.D. (2010). Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6) 792–804. doi: 10.1177/0146167210371383
- Halberstein, R., DeSantis, L., Sirkin, A., Padron-Fajardo, V. , & Ojeda-Vaz, M. (2007). Healing With Bach® Flower Essences: Testing a Complementary Therapy. *Complementary Health Practice Review*, 12(1), 3-14. doi: 10.1177/1533210107300705
- Halberstein, R.A., Shirkin, A., & Ojeda-Vaz, M.M. (2010). When Less Is Better: A Comparison of Bach Flower Remedies and Homeopathy. *Ann Epidemiol*, 20(4), 298-307.
- Hurt, R. T., Frazier, T. H., McClave, S. A., & Kaplan, L. M. (2011). Obesity Epidemic : Overview, Pathophysiology, and the Intensive Care Unit Conundrum. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. doi: 10.1177/0148607111415110

- Hurt, R.T., Frazier, T.H., McClave, S.A., & Kaplan, L.M. (2011). Obesity Epidemic: Overview, Pathophysiology and the Intensive Care Unit Conundrum. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 35(1), 4-13.
- Hyland, M.E. (2011a). Motivation and placebos: do different mechanisms occur in different contexts? *Phil. Trans. R. Soc. B*, 366, 1828–1837.
- Hyland, M.E. (2011b). *The Origins of Health and Disease* Cambridge: Cambridge University Press.
- Jonas, W.B. (2011). Reframing placebo in research and practice. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 366, 1896-1904.
- Kaptchuk, T.J. (2011). Placebo studies and ritual theory: a comparative analysis of Navajo, acupuncture and biomedical healing. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 366, 1849–1858.
- Kemps, E., & Tiggemann, M. (2010). A Cognitive Experimental Approach to Understanding and Reducing Food Cravings. *Current Directions in Psychological Science*. doi: 10.1177/0963721410364494
- Laddu, D., Down, C., Hingle, M., Thompson, C., & Going, S. (2011). A Review of Evidence-Based Strategies to Treat Obesity in Adults. *Nutrition in Clinical Practice*, 26(5), 512-225.
- Lillis, J., Hayes, S. C. , & Levin, M. E. (2011). Binge Eating and Weight Control: The Role of Experiential Avoidance. *Behavior Modification*. doi: 10.1177/0145445510397178
- Luciano, J. V. . (2007). *Control de pensamientos y recuerdos intrusos: El rol de las diferencias individuales y los procedimientos de supresión*. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia, Valencia.
- Moreno, S., Rodríguez, S., Fernandez, M. C., Tamez, J., & Cepeda-Benito, A. (2008). Clinical Validation of the Trait and State Versions of the Food Craving Questionnaire. *Assessment* 15(3). doi: 10.1177/1073191107312651
- Orozco, R. (2010). *Esencias Florales de Bach: 38 caracterizaciones dinámicas*. Barcelona: El Grano de Mostaza.
- Peterson, R. D. (2008). *Food for thought: The relationship between thought suppression and weight control*. Tesis Doctoral, University of Central Florida, Orlando.
- Rhodes, R. E., S., Courneya K., & Jones, L. W. (2003). Translating Exercise Intentions into Behavior: Personality and Social Cognitive Correlates. *Journal of Health Psychology*, 8(4), 447–458. doi: 10.1177/13591053030084004
- Rodríguez- Martín, B. C., & Rodríguez-Mendez, L. (2010). Esencias florales, efecto placebo y psicoterapia. In GC-Bach. (Ed.), *Cuadernos de Investigación II. Hacia una práctica basada en la evidencia*. (pp. 7-29). Santa Clara: Feijóo.
- Rodríguez-Martín, B. C. (2009). El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach: apuntes para una sistematización necesaria. *Hereford: Twelve Healers Trust*.
- Rodríguez-Martín, B.C., & Molerio-Pérez, O. (en prensa). Esencias Florales de Bach: efecto del White Chestnut sobre los pensamientos intrusos indeseados. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*.
- Rodríguez-Martín, B.C., Molerio-Pérez, O., Martínez-Rodríguez, L., González-Paneca, C., Brito-Salas, T., & Navarro-Otero, S. (en prensa). Estructura factorial, confiabilidad y validez del Inventario de Supresión del Oso Blanco en una muestra de población general en Cuba. *Revista Cubana de Psicología*.
- Rodríguez, S., Mata, J. L. , & Moreno, S. (2007). Psicofisiología del ansia por la comida y la bulimia nerviosa. *Clínica y Salud* 18 (1). Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000100007&lang=es

- Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M., Moreno, B. , & SEEDO*, Grupo Colaborativo de la. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*, 128(5), 184-196.
- Sheeran, P., & Abraham, Ch. (2003). Mediator of Moderators: Temporal Stability of Intention and the Intention-Behavior Relation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(2), 205-215. doi: 10.1177/0146167202239046
- Sheeran, P., Orbell, Sh. , & Trafimow, D. (1999). Does the Temporal Stability of Behavioral Intentions Moderate Intention-Behavior and Past Behavior-Future Behavior Relations? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(6), 724-730. doi: 10.1177/0146167299025006007
- Sink, C. A., & Mvududu, N. H. (2010). Power, Sampling, and Effect Sizes: Three Keys to Research Relevancy. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 1, 1-18., 1(2), 1-18.
- Soetens, B., Braet, C., Dejonckheere, P. , & Roets, A. (2006). ‘When Suppression Backfires’ The Ironic Effects of Suppressing Eating-related Thoughts. *Journal of Health Psychology*, 11(5). doi: 10.1177/1359105306066615
- Southard, V. , Dave, A. , & Douris, P. (2010). Exploring the Role of Body Mass Index on Balance Reactions and Gait in Overweight Sedentary Middle-aged Adults: A Pilot Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 1 (3), 178–183. doi: 10.1177/2150131910380921
- Temporelli, K. L. (2012). Análisis económico de las causas del incremento del sobrepeso y la obesidad en el mundo. Retrieved from http://www.econ.uba.ar/www/institutos/epistemologia/marco_archivos/XVI%20Jornadas%20de%20Epistemologia/Epistemolog%EDa%20de%20la%20Econom%EDa/Temporelli-%20AN%C1LISIS%20ECON%D3MICO%20DE%20LAS%20CAUSAS%20DEL%20INCREMENTO%20.pdf
- Thaler, K., Kaminski, A., Chapman, A., Langley, T., & Gartlehner, G. (2009). Bach Flower Remedies for psychological problems and pain: a systematic review. *BMC Complement Altern Med*, 9(16). doi: [10.1186/1472-6882-9-16](http://dx.crossref.org/10.1186/1472-6882-9-16)
- Vries, P., Aarts, H., & Midden, C. J. H. (2011). Changing Simple Energy-Related Consumer Behaviors : How the Enactment of Intentions Is Thwarted by Acting and Non-Acting Habits. *Environment and Behavior*, 43(5), 612 –633. doi: 10.1177/0013916510369630
- Walach, H. (2011). Placebo controls: historical, methodological and general aspects. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 366, 1870–1878.
- Walach, H., Rilling, C., & Engelke, U. . (2001). Efficacy of Bach-flower remedies in test anxiety: A double-blind, placebo-controlled, randomized trial with partial crossover. *J Anxiety Disord*, 15(4), 359-366.
- Wheeler, P., & Hylan, M. E. (2008). Dispositional Predictors of Complementary Medicine and Vitamin Use in Students. *Journal of Health Psychology*, 13(4), 516–519. doi: 10.1177/1359105308088522

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

Nombre completo del participante

Fecha

Mediante la presente reconozco que he sido informado por los investigadores de las características del estudio que se pretende llevar a cabo para el control de los pensamientos intrusos relacionados con la comida y su supresión. También he sido informado que tengo el total derecho de culminar mi participación en el proyecto en el momento que lo estime conveniente, así como la dirección, teléfono y nombre del responsable general del proyecto, para contactar con el mismo en el caso de que tenga alguna inquietud o requiera de mayor información, Por todo ello manifiesto mi voluntad de participar y para que así conste, firmo debajo

Firma de la participante

Firma del investigador

Anexo 2: Entrevista estructurada

Entrevista Inicial

ID: Edad: Género: Color de la Piel: Estado Civil:
Nivel Educativo: Ocupación: Estatura: Peso Actual: IMC:
Enfermedades Crónicas:

1. Si ha hecho dietas con anterioridad: ¿a qué edad realizó la primera?
2. ¿Está llevando a cabo actualmente alguna dieta? Si no está llevando ninguna: ¿hace cuántos meses realizó la más reciente?
3. ¿Cuál es su peso ideal?
4. ¿Cuál es el peso al que aspira?
5. ¿Cuál método ha utilizado recientemente para perder peso?¹
6. ¿Cuál de las siguientes conductas es la que más contribuye a que gane usted peso?² (seleccionar una sola)
7. ¿Practica usted ejercicios regularmente?
8. Espera que este tratamiento lo ayude a alcanzar sus objetivos (puntuar **desde -3= “no lo espero” hasta 3= “lo espero definitivamente”**)

¹ 1= reducir el consumo de comida; 2= aumentar la actividad física; 3= cirugía; 4=medicación; 5=terapia psicológica, 7= terapias alternativas y 8=combinaciones.

² **1-Comer mucha comida; 2-Comer demasiado en el:** desayuno, **3-en el almuerzo, 4-en la comida; 5-“Picotear” entre las comidas; 6-“Picotear” en la tarde, antes de la hora de la comida; 7-Como porque:** me siento físicamente hambriento, **8-anhelo ciertas comidas, 9-no me siento lleno, 10-no me puedo detener una vez que comienzo, 11-me gusta el sabor de los alimentos; 12- Como:** en respuesta a la presencia o el olor de la comida, **13-mientras cocino o preparo los alimentos; 14-Como cuando estoy:** ansioso/a, **15-cansado/a, 16-aburrido/a, 17-estresado/a, 18-furioso/a, 19-deprimido/a, 20-celebrando o socializando, 21-feliz, 22-solo, 23-con los amigos o la familia, 24-en viajes por el trabajo.**

Anexo 3: Entrevista estructurada

Entrevista de seguimiento

ID:

Peso Actual:

IMC:

1. ¿Puede controlar sus pensamientos relacionados con la comida? (de -3 hasta 3 puntos; donde -3= pero que antes 0= igual que antes)
2. ¿Con cuánta facilidad lo ha conseguido? (desde 1= muy difícil hasta 9= muy fácil)
- 2.1 ¿El tratamiento llevado a cabo ha contribuido a ello? (0= nada, 2-4= en cierta medida, 5-7= en una medida considerable, 8-10= le atribuyo toda la responsabilidad)
3. ¿Puede controlar sus ansias o deseos de comer? (de -3 hasta 3 puntos)
4. ¿Con cuánta facilidad lo ha conseguido? (desde 1= muy difícil hasta 9= muy fácil)
5. ¿El tratamiento llevado a cabo ha contribuido a ello? (0-10)
6. ¿Durante cuántos días, como promedio, ha realizado el tratamiento desde la última consulta?
7. ¿Con cuánta frecuencia ingirió las gotas del frasco como promedio? (0=nunca, 1= unos días sí y otros no, 2= al menos una vez por día, 3= al menos dos veces por día, 4= al menos tres veces por día, 5= al menos cuatro veces por día y 6 = según lo prescrito)
8. ¿Quisiera seguir realizando el tratamiento (1= sí, 2= no y 3= no estoy seguro)

Anexo 4: Inventario de Supresión del Oso Blanco (WBSI)

Instrucciones:

La mayoría de las personas tiene alguna vez, pensamientos, ideas o imágenes inoportunas que pueden ser difíciles de controlar. A continuación se le pregunta por ese tipo de experiencias. Por favor, responda a las siguientes preguntas teniendo en cuenta su grado de acuerdo con ellas, a partir de la siguiente escala:

1= Completamente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Neutral; 4= Bastante de acuerdo y 5= Completamente de acuerdo.

1. Hay cosas en las que prefiero no pensar.
2. A veces me pregunto por qué tengo determinados pensamientos
3. Tengo pensamientos que no puedo parar.
4. Hay imágenes que vienen a mi cabeza que no puedo parar.
5. Mis pensamientos giran alrededor de una sola idea.
6. Desearía poder dejar de pensar en ciertas cosas.
7. A veces mi mente va tan deprisa que desearía poder detenerla.
8. A veces trato de alejar los problemas de mi mente.
9. Hay pensamientos que se mantienen rondando por mi cabeza.
10. A veces permanezco ocupado para no dejar que algunos pensamientos se entrometan en mi mente.
11. Hay cosas sobre las que intento no pensar.
12. A veces desearía realmente poder parar mi pensamiento.
13. A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos.
14. A menudo tengo pensamientos que trato de evitar.
15. Tengo muchos pensamientos que no digo a nadie.

Anexo 5: Cuestionario de Control de Pensamientos (TCQ):

Instrucciones:

Estamos interesados en las técnicas que utilizas **generalmente** para controlar este tipo de pensamientos indeseados y molestos. Por favor lee detenidamente cada una de las afirmaciones, e **indica lo a menudo que utilizas cada técnica**, atendiendo a la siguiente escala: **1= Nunca**; **2= A veces**; **3= Con frecuencia** y **4= Siempre**.

Cuando experimento un pensamiento desagradable o que no deseo:

1. Traigo a mi mente imágenes positivas que lo sustituyan.
2. Me castigo a mí mismo por pensar eso.
3. Me centro en otras preocupaciones.
4. Me enfado conmigo mismo por tener ese pensamiento.
5. Me riño a mí mismo por tener ese pensamiento.
6. Analizo racionalmente el pensamiento.
7. Pienso en su lugar en cosas agradables.
8. Averiguo qué hacen mis amigos para lidiar con ese tipo de pensamientos.
9. Me guardo el pensamiento para mí mismo.
10. Hago algo que me guste.
11. Trato de buscar un significado al pensamiento.
12. Pienso en otra cosa.
13. Me da por pensar en otros problemas menos importantes que tengo.
14. Intento pensar sobre ello de otra forma.
15. Le pregunto a mis amigos si ellos tienen pensamientos similares.
16. Le cuento a un amigo el pensamiento.

Anexo 6: Cuestionario de Habilidad para el Control de Pensamientos (TA):

Instrucciones:

A continuación aparecerán una serie de afirmaciones referidas a su experiencia cotidiana. Por favor, responda por su grado de acuerdo con ellas, teniendo en cuenta la siguiente escala: **1= Completamente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Neutral; 4= Bastante de acuerdo y 5= Completamente de acuerdo.**

1. Consigo tener buen control de mis pensamientos incluso bajo estados de tensión.
2. Es sencillo para mí librarme de pensamientos molestos.
3. Hay pocas cosas en la vida que consigan quitarme el sueño.
4. Me considero una persona hábil controlando mis emociones positivas y negativas.
5. No suelo verme agobiado por pensamientos desagradables.
6. Cuando vienen a mi mente pensamientos, ideas o imágenes inoportunas, las elimino sin apenas esfuerzo.
7. Tengo mucho aguante y no pierdo los nervios con facilidad.

Anexo 7: Escala de Reacciones Emocionales y Conductuales a los Pensamientos Intrusos (EBR):

Instrucciones:

Acerca de estos pensamientos desagradables e indeseados, responda: **0=** Nunca; **1=** Raras veces; **2=** A menudo; **3=** Frecuentemente y **4=** Siempre.

1. Me hacen sentir que no los controlo Me hacen sentir desgraciado/a.
2. Me hacen sentir ansioso/a.
3. Me hacen sentir irritable.
4. Me distraen de lo que estoy haciendo.
5. Me impulsan a la acción
6. Interfieren sobre el desempeño de mis actividades.

Anexo 8: Cuestionario de Ansias de Comer como Rasgo (FCQ):

Instrucciones:

Por favor, al leer las siguientes afirmaciones, deberá usted responderse: **¿con cuánta frecuencia esta afirmación es cierta para mí?** Deberá indicar la magnitud en que ello ocurre atendiendo a la siguiente escala que abarca desde **1= nunca** hasta **6= siempre**.

1. Cuando estoy con alguien que esta comiendo me entra hambre.
2. Cuando tengo deseos intensos de comer, una vez que empiezo no puedo parar de comer.
3. A veces, cuando como lo que se me antoja, pierdo control y como demasiado.
4. Detesto no poder resistir la tentación de comer.
5. Sin duda alguna, las ganas de comer me hacen pensar cómo voy a conseguirlo.
6. No hago más que pensar en la comida.
7. A menudo me siento culpable cuando deseo ciertas comidas.
8. A veces me encuentro pensativo preocupado con comida.
9. Como para sentirme mejor.
10. Algunas veces, mi vida parece perfecta cuando como lo que me apetece.
11. Se me hace la boca agua cuando pienso en mis comidas favoritas.
12. Siento deseos intensos de comer cuando my estómago está vacío.
13. Siento como que mi cuerpo me pidiera ciertas comidas.
14. Me entra tanta hambre que mi estómago se siente como un pozo sin fondo.
15. Cuando como lo que deseo me siento mejor.
16. Cuando como lo que deseo me siento menos deprimido.
17. Cuando como algo que deseo con intensidad me siento culpable.
18. Cada vez que deseo comer algo en particular me pongo a hacer planes para comer.
19. El comer me tranquiliza.
20. Siento deseos de comer cuando estoy aburrida, enfadada, o triste.
21. Después de comer no tengo tanta ansiedad.
22. Si tengo la comida que deseo, no puedo resistir la tentación de comerla.
23. Cuando se me antoja una comida, normalmente intento comerla tan pronto como pueda.
24. Comer lo que me apetece mucho me sienta estupendamente.
25. No tengo la fuerza de voluntad de resistir mis deseos de comer lo que se me antoja.
26. Una vez que me pongo a comer tengo problemas en dejar de comer.
27. Por mucho que lo intento, no puedo parar de pensar en comer.
28. Gasto demasiado tiempo pensando en lo próximo que voy a comer.
29. Si me dejo llevar por la tentación de comer pierdo todo mi control.
30. A veces me doy cuenta de que estoy soñando despierto y estoy soñando en comer.
31. Cada vez que se me antoja una comida sigo pensando en comer hasta que me la como.
32. Cuando tengo muchas ganas de comer algo estoy obsesionado con comer lo que deseo.
33. A menudo deseo comer cuando siento emociones fuertes.
34. Cada vez que voy a un banquete termino comiendo más de lo que necesito.
35. Para mi es difícil resistir la tentación de tomar comidas apetecibles que están a mi alcance.
36. Cuando estoy con alguien que se pasa comiendo, yo también me paso.
37. Comer me alivia.
38. Cuando estoy muy estresada me entran deseos fuertes de comer.
39. Me entran deseos fuertes de comer cuando estoy disgustada.

Anexo 9: Cuestionario del Ciclo del Peso (WC).

Instrucciones:

Responda con la mayor sinceridad que pueda atendiendo a la siguiente escala:

1= nunca; **2=** rara vez; **3=** algunas veces; **4=** a menudo y **5=** siempre

1. ¿Con qué frecuencia usted pierde y vuelve a ganar peso?
2. ¿Con qué frecuencia lleva a cabo dietas extremas que prometen resultados espectaculares en corto tiempo?
3. ¿Con qué frecuencia usted comienza una dieta y luego la abandona?
4. ¿Con qué frecuencia usted gana más peso que el que perdió después de hacer una dieta?

Anexo 12. Inventario de Supresión de Pensamientos Relacionados con la Comida (FTS)

Instrucciones:

La mayoría de las personas tiene alguna vez, pensamientos, ideas o imágenes inoportunas que pueden ser difíciles de controlar. A continuación se le pregunta por ese tipo de experiencias relacionadas con la comida. Por favor, responda a las siguientes preguntas teniendo en cuenta su grado de acuerdo con ellas, a partir de la siguiente escala: **1= Completamente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Neutral; 4= Bastante de acuerdo y 5= Completamente de acuerdo.**

1. Hay comidas en las que prefiero no pensar.
2. A veces me pregunto por qué tengo determinados pensamientos acerca de comidas
3. Tengo pensamientos acerca de comidas que no puedo parar.
4. Hay imágenes acerca de comidas que vienen a mi cabeza que no puedo parar.
5. Mis pensamientos giran alrededor de una sola idea, las comidas.
6. Desearía poder dejar de pensar en ciertas cosas acerca de las comidas.
7. A veces mi mente va tan deprisa, acerca de comidas, que desearía poder detenerla.
8. A veces trato de alejar las comidas de mi mente.
9. Hay pensamientos acerca de las comidas que se mantienen rondando por mi cabeza.
10. A veces permanezco ocupado para no dejar que algunos pensamientos acerca de comidas se entrometan en mi mente.
11. Hay comidas sobre las que intento no pensar.
12. A veces desearía realmente poder parar mi pensamiento acerca de comidas.
13. A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos acerca de comidas.
14. A menudo tengo pensamientos acerca de comidas que trato de evitar.
15. Tengo muchos pensamientos acerca de comidas que no digo a nadie.

Anexo 13. Inventario de Supresión de Pensamientos Relacionados con el Peso y la Forma del Cuerpo (BW)

Instrucciones:

La mayoría de las personas tiene alguna vez, pensamientos, ideas o imágenes inoportunas que pueden ser difíciles de controlar. A continuación se le pregunta por ese tipo de experiencias relacionadas con el peso y la forma del cuerpo. Por favor, responda a las siguientes preguntas teniendo en cuenta su grado de acuerdo con ellas, a partir de la siguiente escala:

1= Completamente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Neutral; 4= Bastante de acuerdo y 5= Completamente de acuerdo.

1. Existen aspectos sobre la forma de mi cuerpo o mi peso en las que prefiero no pensar.
2. A veces me pregunto por qué tengo determinados pensamientos acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo.
3. Tengo pensamientos acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo que no puedo parar.
4. Hay imágenes acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo que vienen a mi cabeza que no puedo parar.
5. Mis pensamientos giran alrededor de una sola idea, mi peso o la forma de mi cuerpo.
6. Desearía poder dejar de pensar en ciertas cosas mi peso o la forma de mi cuerpo.
7. A veces mi mente va tan deprisa acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo que desearía poder detenerla.
8. A veces trato de alejar los problemas de mi mente relacionados con mi peso o la forma de mi cuerpo.
9. Hay pensamientos acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo que se mantienen rondando por mi cabeza.
10. A veces permanezco ocupado para no dejar que algunos pensamientos acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo se entrometan en mi mente.
11. Existen aspectos sobre la forma de mi cuerpo o mi peso en las que intento no pensar.
12. A veces desearía realmente poder parar mi pensamiento acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo.
13. A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo.
14. A menudo tengo pensamientos acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo que trato de evitar.
15. Tengo muchos pensamientos acerca de mi peso o la forma de mi cuerpo que no digo a nadie.