

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
Facultad de Psicología



Trabajo de Diploma

Ansias y supresión de pensamientos relacionados con la comida. Análisis de las diferencias individuales

Autora: Patricia Gil Pérez

Tutores: Msc. Boris Camilo Rodríguez Martí

Msc. Yunier Broche Pérez

Curso 2011-2012

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar las particularidades de las ansias de comer y la supresión de pensamientos relacionados en individuos con sobrepeso. La misma se desarrolló entre los meses de enero y mayo del 2012 en el territorio central (Villa Clara-Camagüey).

Se realizó un estudio descriptivo con un diseño no experimental. La muestra quedó conformada por 1270 personas provenientes de cinco provincias. Para la evaluación de las diferencias individuales se utilizaron un grupo de instrumentos; supresión de pensamientos, estrategias y habilidad para el control de pensamientos, reacciones emocionales y conductuales a los pensamientos intrusos, ansias de comer como rasgo y estado, y ciclo del peso. Además se utilizó una entrevista estructurada que brindó información adicional sobre las características sociodemográficas de la muestra y aquellos aspectos que más contribuyen al aumento del peso.

Los principales resultados obtenidos evidencian que los individuos con sobrepeso constituyen una población riesgo, dado que el procesamiento de las ansias de comer, tanto *situacionales* como *rasgo*, así como el elevado uso de la supresión de pensamientos relacionados resultó el mismo que para los individuos obesos. Las diferencias encontradas con los individuos con peso normal sugieren que el procesamiento deficitario de las ansias de comer y un mayor deseo de suprimirlas constituyen factores necesarios para el incremento sostenido del IMC. Fueron además observados un conjunto de indicadores que contribuyen a dicho incremento como: estilo de vida sedentario, ingestión regular de alimentos fuera de los horarios establecidos y, por último, comer en exceso durante los mismos.

Palabras clave: Ansias por la comida; Supresión de pensamientos; Pensamientos intrusos; Índice de Masa Corporal.

Abstract

This research aimed to analyze the particularities of the cravings and suppressing thoughts related to food in overweight individuals. It was carried out between January and May 2012 in the central region (Villa Clara-Camagüey).

A descriptive study was conducted with a non-experimental design. The sample consisted of 1270 people from five provinces. For the assessment of individual differences a group of instruments were used: Thought Suppression, the strategy or ability to control thoughts, emotional and behavioral reactions to intrusive thoughts, cravings as a trait and state, and weight cycling. In addition we used a structured interview that provided additional information on the sociodemographic characteristics of the sample and those aspects that contribute to weight gain.

The main results showed that overweight individuals are a risk population, since the processing of food cravings, both situational and trait, and the high use of thought suppression related to food was the same for obese individuals. The differences found with normal weight individuals suggest that the deficit cravings processing and an increased desire to suppress are necessary for the sustained increase in BMI. A set of indicators was also observed that contribute to this increase weight: sedentary lifestyle, regular intake of food outside the stipulated times and overeating.

Keywords: food craving; thought suppression, intrusive thoughts, body mass index.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1: Marco Referencial Teórico	6
1.1 Estado actual del sobrepeso y la obesidad.....	6
1.2 Determinantes del sobrepeso y la obesidad	10
1.3 Sobrepeso y Obesidad vs. Calidad de Vida	13
1.4 Alternativas de tratamiento del sobrepeso y la obesidad ¿Realmente eficaces?.....	16
1.5 Pensamientos intrusos relacionados con la comida.....	20
1.6 Ansias relacionadas con la comida	21
1.7 Las emociones y la restricción alimentaria.....	23
1.8 Supresión de Pensamientos	26
Capítulo 2: Marco metodológico.....	28
2.1 Presupuestos del tipo de estudio	28
2.2 Selección de la muestra.....	29
2.3 Características de la muestra.....	30
2.4 Descripción de los métodos de investigación.....	31
2.5 Operacionalización de variables	38
Capítulo 3: Análisis de los resultados.....	39
3.1 Aspectos generales relacionados con el peso	39
3.2 Supresión de pensamientos relacionados con la comida, el peso y la forma del cuerpo.....	41
3.3 Ansias por la comida situacionales y ansias por la comida como rasgo.....	43
3.4 Pensamientos intrusos y supresión de pensamientos de temas generales.....	45
3.5 Diferencia entre los métodos para perder peso, la ejecución de dietas con anterioridad y la práctica sistemática de ejercicios con las categorías de acuerdo al IMC.....	47
Análisis integrador de los resultados	51
Conclusiones	56
Recomendaciones	57
Bibliografía	58
Anexos.....	73

Introducción

La contemporaneidad sitúa al individuo en un ambiente que propicia el aumento de peso, poniendo fácilmente a su disposición alimentos ricos en grasas y azúcares y disminuyendo la actividad física con empleo de tecnología avanzada que disminuye el esfuerzo del hombre (Ej. elevadores u otros medios de transporte para distancias pequeñas). Por este motivo, el exceso de peso está muchas veces en el mismo contexto que la desnutrición observándose tanto en países desarrollados como subdesarrollados. (Braguinsky, 2002) Es factor de riesgo directo a enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial y cáncer. (OMS, 2011) La cifra de personas con sobrepeso van en aumento cada año y ya se ubica entre las primeras causas de muerte a nivel mundial, lo cual lo sitúa como un problema de salud pública declarado por la Organización Mundial de la Salud en magnitud de epidemia.

A pesar de la variedad de tratamientos existentes para eliminar el exceso de peso, estos se consideran hoy en día insuficientes y poco eficaces. Por una parte, se encuentra el hecho de que la mayoría no tienen un fundamento científico y por otra, su ineficacia en la pérdida de peso a largo plazo, al ganarse el peso perdido y a veces superarse pasado un tiempo (Ayyad & Anderson, 2000; Laddu et al., 2011). Teniendo en cuenta el alto costo que implica para las instituciones sanitarias estos tratamientos (Hurt et al., 2011), la prevención resulta una alternativa valiosa si se quiere disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

En el estudio del fenómeno del sobrepeso y la obesidad en la actualidad resultan imprescindibles los documentos provenientes de la OMS. Estos aportan datos sobre su prevalencia a nivel mundial, definición de sobrepeso y obesidad, calidad de vida y salud. Además permiten clasificar el peso de los adultos a través del Índice de Masa Corporal (IMC). En Cuba se recogen datos de Hernández y Ruiz (2007), estadísticas del MINSAP y reportaje del periódico *Granma*.

Estudios recientes (expuestos más adelante) señalan la ineficacia de los tratamientos: el hecho de no tener en cuenta factores psicológicos que influyen en la

conducta alimentaria de las personas parece ser la causa. Los pensamientos intrusos, las ansias por la comida y la supresión de pensamientos son fundamentales para entender por qué las personas con sobrepeso y obesas fracasan en el control de su peso, en una interrelación estrecha con causas ambientales y genéticas que favorecen el aumento de peso, aún bajo tratamiento.

En el estudio de los pensamientos intrusos resaltan los aportes de Clark y Rhyno (2005), quienes brindan su definición, Berry et al. (2010) que han estudiado las ansias como expresión conductual y emocional de los pensamientos intrusos, y la sistematización de Luciano (2007) en su tesis doctoral sobre las principales características de estos.

En lo que a las ansias se refiere resaltan los aportes de White et al. (2002), tanto en su definición como en la diferenciación del hambre. Green (2001) y Berry (2010) hacen referencia a la relación de las ansias con emociones negativas y al consumo de una comida clave, sentando las pautas para su estudio. Asimismo White (2002) ha encontrado que las personas con exceso de peso presentan niveles altos de ansias por la comida. Cepeda-Benito y Gleaves (2001) han demostrado el hecho de la exposición de comidas tentadoras como desencadenante de las ansias. Kemps y Tiggemann (2010) señalan las consecuencias de las ansias por la comida para el funcionamiento de los procesos cognitivos. Leahey en un estudio del 2012 demuestra que los tratamientos al sobrepeso no disminuyen las ansias, lo que causa el fracaso del tratamiento a largo plazo.

Bruch (1973) incorpora el término *comer emocional* y más adelante Lillis et al. (2011) hacen referencia a los atracones como características de las personas con ansias por la comida. Herman y Polivy (1984) resaltan el efecto negativo de la restricción alimentaria de las personas que realizan dietas en el aumento de las ansias y en los atracones. A su vez, Stroebe (2008), lo explica a través del modelo de conflicto de metas, explicando la pobre regulación de las personas con sobrepeso bajo la realización de dietas. Estos aportes permiten reconocerlos como desencadenantes de una pobre adherencia al tratamiento y poco control del peso a largo plazo favoreciendo la obesidad.

Wenzlaff y Wegner (2000) señalan la supresión de pensamientos como la estrategia de afrontamiento más utilizada por las personas. Peterson (2008) y Berry

et al. (2010) la califican como la estrategia cognitiva de regulación emocional más común para lidiar con los pensamientos intrusos y las ansias por la comida. Wegner et al. (1994) demostraron la ineffectividad de la supresión de pensamientos a través de la teoría del rebote irónico. Tanto Soetens (2006) como Erskine (2010) se han dedicado a demostrar el rebote conductual y de pensamiento, consecuencias del uso de esta estrategia por personas con sobrepeso, sobre todo por los que se someten a régimen de dietas.

Al ser el sobrepeso la antesala de la obesidad, se hace necesaria la realización de estudios que permitan una caracterización de las particularidades cognitivas de los individuos con sobrepeso (SP), respecto al procesamiento de las ansias por la comida y la supresión de sus intrusiones, que permitan diferenciarlos de sus contrapartes más cercanas, los individuos con peso normal (NP) u obesos (Ob). A partir de todo lo cual se desprende la siguiente interrogante:

¿Qué particularidades presentan las ansias por la comida y la supresión de pensamientos relacionados en SP que los diferencien de los NP u Ob?

Objetivo General:

Analizar las particularidades de las ansias por la comida y la supresión de pensamientos relacionados en SP.

Objetivos específicos:

1. Describir principales indicadores del incremento del IMC en la muestra.
2. Identificar las características distintivas de los pensamientos intrusos, las ansias por la comida y la supresión de pensamientos en la muestra.
3. Establecer las particularidades de las ansias por la comida y su supresión en individuos con sobrepeso.

Hipótesis:

Los SP presentan características distintivas en cuanto a las ansias por la comida y la supresión de pensamientos relacionados.

Todos estos referentes sirven de marco teórico para el estudio que se realiza en la presente investigación. La necesidad del estudio de las características de los pensamientos intrusos, las ansias por la comida y la supresión de pensamientos en

los sobrepesos cubanos hace conveniente este estudio. Uno de los mayores valores que posee el estudio está dado en el orden teórico ya que se podrá contar con una descripción de las particularidades de los pensamientos intrusos, ansias por la comida y supresión de pensamientos en personas con sobrepeso y obesas, de notable novedad científica por no existir hallazgos al respecto.

El estudio, aunque no es de tipo interventivo, tiene una proyección social debido a que los resultados obtenidos constituirán una guía para la realización de intervenciones futuras. De aquí su implicación práctica en la solución del problema del control del peso en personas con exceso de peso. Por último hay que considerar su utilidad metodológica, ya que para la presente investigación se realizaron varios cambios en la estructura de los instrumentos de medición de las variables con el objetivo de adaptarlos al contexto cubano, lo cual significó el primer paso para someterlo a un proceso de validación para su aplicación futura.

El informe se estructura en varios apartados: introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos que evidencian el proceso de investigación realizado. El primer capítulo expone los principales postulados teóricos en relación al objeto de estudio. En un inicio se dedica a brindar información sobre la situación actual del sobrepeso y la obesidad a nivel mundial y en Cuba, su clasificación a partir de la OMS, las concepciones acerca de su etiología, sus consecuencias y los distintos tratamientos existentes en la actualidad. Posteriormente se sistematizan los datos que las investigaciones han aportado sobre los pensamientos intrusos, las ansias por la comida y la supresión de pensamientos. Específicamente se señalan las definiciones que se utilizan en las investigaciones actualmente, la relación estrecha que existe entre estos fenómenos, y su influencia negativa en el control del peso, lo que los convierte en agente favorecedores del sobrepeso y la obesidad.

El segundo capítulo aborda los postulados metodológicos que guían la investigación. Se expone el enfoque metodológico utilizado, el tipo de estudio, la población objeto de estudio, los criterios de selección de la muestra, y las principales características sociodemográficas de la misma. Además se describen los métodos del nivel teórico y empírico utilizado, así como los estadísticos. El tercer capítulo muestra los principales resultados obtenidos a partir de la aplicación de los

instrumentos y su posterior análisis. Específicamente se describen las particularidades de los pensamientos intrusos, las ansias por la comida y la supresión de pensamientos en personas con peso normal, sobrepesos y obesas.

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

1.1 Estado actual del sobrepeso y la obesidad

El aumento acelerado de la obesidad que caracteriza a la sociedad moderna en los últimos años y su influencia marcada en la aparición y curso de enfermedades crónicas han sido factores que han incidido para ser considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como epidemia. Esta organización define los términos sobrepeso y obesidad como “acumulación anormal o excesiva de grasa que puede perjudicar la salud.” (OMS, 2011). Aunque otros estudios han propuesto definiciones similares, tales como “exceso de grasa o tejido adiposo de acuerdo a la estatura”, se considera que el concepto emitido por la OMS es más abarcador pues lo sitúa en el proceso salud-enfermedad señalando las implicaciones negativas para el individuo.

A su vez es importante reconocer que para la OMS (1994) el término salud es definido como “un estado de bienestar físico, mental y social” y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades. Desde este punto de vista se considera que el sobrepeso y la obesidad son factores que afectan el bienestar físico, mental y social del individuo, por tanto un individuo obeso no se encuentra en estado de salud.

Según las últimas estadísticas ofrecidas por la OMS (2011) sobre la obesidad y el sobrepeso se observa que desde 1980 la obesidad ha doblado sus cifras en todo el mundo y en el 2008, 1500 millones de adultos se encontraban en un peso superior al deseado. Dentro de este grupo, sobresalían las mujeres obesas con un número de 300 millones seguidas por los hombres que se encontraban cerca de los 200 millones lo que demuestra que la obesidad es superior en el sexo femenino. A partir de estas cifras, la OMS señala que 1 de cada 10 personas en el mundo son obesas y predice que para el año 2015 aproximadamente 2300 millones de adultos serán sobrepeso y más de 700 millones obesos.

Operativamente, el peso en adultos es definido por la OMS y los Institutos Nacionales de Salud (NIH) a través del cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). Este es un indicador de la relación entre el peso y la estatura, que proporciona una medida precisa del peso en la población adulta sin tener en consideración la edad o

sexo. Este se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de su estatura en metros.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{estatura (metros)}^2}$$

El IMC resultante clasifica a los adultos en las categorías bajo peso, peso normal, sobrepeso, y obesidad siendo su unidad de medida el kg/m². El bajo peso se define por un IMC < 18.49 kg/m², el peso normal por un valor entre 18.5 y 24.9 kg/m², el sobrepeso con valores entre 25.0 y 29.9 kg/m² y la obesidad de 30 kg/m² en adelante.

Dentro de esta clasificación se realizaron subdivisiones en la categoría de sobrepeso y obesidad, donde se establecieron dos niveles de sobrepeso (Grado I: 25-26,9 kg/m² y Grado II: 27-29.9 kg/m²) y tres niveles de obesidad (Grado I: 30.0–34.9 kg/m², Grado II: 35.0–39.9 kg/m² y Grado III: 40.0 kg/m² o más) Este último es llamado obesidad mórbida o severa.

Un análisis de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en distintas regiones permite constatar que estos se han convertido en un fenómeno global. La mayoría de los países de América del norte, central y del sur, Europa y el medio reportan una prevalencia del sobrepeso y la obesidad en un 40% o más de la población entre 45–59 años. China, Japón, Vietnam y la India aunque reportan índices menores de obesidad que el resto, también revelan un aumento. (Hurt, et al., 2011)

La prevalencia de obesidad en el continente europeo en 1997 muestra un 12% en el Reino Unido, 11% en España y un 7% en Francia, Suecia e Italia. Estos países también han incrementado sus prevalencias de sobrepeso y obesidad. En 1998 en Alemania occidental la prevalencia de sobrepeso fue de 52% en las mujeres y 67% en los hombres y la prevalencia de obesidad fue de 18%. En Gran Bretaña entre 1995 y 2000 se observó un aumento de la prevalencia de obesidad en jóvenes de 16 a 24 años de 6 a 9% y de 8% a 12% en las mujeres. En Suiza, The Nutry Trend Study en el 2000, encontró una prevalencia de 26% de sobrepeso y 5% de obesidad en adultos entre 18 y 54 años. (Kauffer et al., 2007)

En España la prevalencia del sobrepeso fue de 8% a fines de los 70. En el 2006 ya era un 15% y de obesidad un 16 %. (Arrebola et al., 2011) En Grecia un 41% y un

26% en hombres son sobrepeso y obeso respectivamente, y un 20% y 18% en mujeres. (Pappa et al., 2011)

E.E. U.U. es el país con las cifras más alarmantes, estimándose que un 70 % de la población es sobrepeso u obeso, siendo la obesidad particularmente la segunda causa de muerte prevenible después del tabaquismo. De este número un 5 % corresponde a los obesos severos, de implicación inminente a su vida. En los últimos 30 años las cifras se han doblado (Hurt et al., 2011) y se cree que para el 2023 el 80% de los adultos en E.E. U.U. serán sobrepeso u obesos. (Wang et al., 2008)

En el continente asiático hay países con bajas prevalencias de obesidad como Japón en el mundo desarrollado y China que ostenta la menor prevalencia en el mundo en desarrollo (5%). Sin embargo en algunas de las principales ciudades chinas la prevalencia alcanza el 20%. (Kauffer et al., 2007) En contexto japonés en el 2005 más del 30% de los hombres de entre 40 y 60 años eran obesos y más del 20% de las mujeres de más de 50 años lo eran también. (Inoue et al., 2010)

El exceso de peso no es solo un fenómeno de países desarrollados, sino de los países en vías de desarrollo, paradójicamente en el mismo contexto de la desnutrición. Al respecto, la OMS (2011) declara que estos países están afrontando una "doble carga" de morbilidad. Mientras continúan lidiando con los problemas de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, estos países están experimentando un aumento brusco en los factores de riesgo de contraer enfermedades crónicas derivados de la obesidad y el sobrepeso, en particular en los entornos urbanos. De aquí que se conciba a la obesidad como un estado de malnutrición, por exceso.

América Latina es ejemplo del rápido y alarmante incremento de la obesidad. La población adulta en Brasil entre 1974 y 1989 redujo la prevalencia de desnutrición pero la proporción de obesos casi se duplicó, pasando de 6% a 10%. En México, en el año 1988 la prevalencia de obesidad era 9,4% incrementándose a 24% en 1999. En Perú, los estudios de 1997 y 1998 muestran diferencias según las regiones, encontrándose en zonas costeras y Lima prevalencias tan elevadas como 51% de sobrepeso y 15% de obesidad. En Chile también se evidenció un marcado incremento de obesidad entre los años 1988 y 1997, de 6% en los

varones y 14% en las mujeres a 16% y 23%, respectivamente. (Braguinsky, 2002) Por otra parte, el sobrepeso en este país en el 2004 se comportó con un 43% en el sexo masculino y 33% en el femenino. (Sociedad Chilena de Obesidad, 2004)

Específicamente, el exceso de peso en Cuba, según los datos de las encuestas nacionales de factores de riesgo y prevención de enfermedades no-transmisibles, muestra una tendencia ascendente de 32% en 1995 a 43% en el año 2001 en la población adulta. El exceso de peso es mucho más frecuente en el sexo femenino con un 47% que en el masculino con un 38%, en correspondencia con las cifras a nivel mundial. De este total, el 8% de los hombres y el 15% de las mujeres son obesas. (MINSAP, 2009) En los últimos años se estima que aproximadamente el 55% de los individuos mayores de 15 años se encuentran en estas categorías, (Hernández & Ruiz, 2007) donde el 43% corresponde a los sobrepeso y el 12% a los obesos. Datos del presente año dados a la luz por el periódico *Granma* señalan que la obesidad asciende al 15% de la población adulta mientras que el sobrepeso está presente en un 30%. (de la Osa, 2012)

Existen varios estudios que han correlacionado distintas variables con la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. Anteriormente se ha hecho referencia al sexo femenino como el que revela las mayores cifras en la obesidad. En el sobrepeso se ha observado una tendencia mayor en el sexo masculino. Otros estudios consideran otras variables como el nivel educacional, estado civil, raza y etnicidad.

Con respecto al nivel educacional, España en el 2006 indica que a menor nivel educacional (sin estudios o estudios primarios) la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor tanto en mujeres como en hombres. Además las mujeres con menos estudios tienen una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad (72%) que los varones (67%). (Ortiz et al., 2011) Resultados similares fueron encontrados en estudios en Uruguay, Chile, Suiza y Finlandia donde se observó una relación inversa entre nivel educacional y el IMC. (Kautiainen et al., 2009; Marques-Vidal et al., 2010; Sociedad Chilena de Obesidad, 2004; Sociedad Urugualla para el estudio de la Obesidad, 2009)

Con respecto al estado civil, el estudio en España reportó una relación entre el estado civil y la obesidad donde las mujeres viudas presentan mayor prevalencia

de sobrepeso (40%) y de obesidad (25%) frente a las solteras (17 y 7%, respectivamente). La prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor en los varones casados que en las mujeres casadas (51 y 19% frente a 33 y 17%, respectivamente) (Ortiz et al., 2011)

Con respecto a la raza y la etnicidad en Estados Unidos se han encontrado resultados significativos. En el 2004 la prevalencia de obesidad en mujeres caucásicas fue baja (31%) en comparación con la de las mexicanas-americanas (40%) y muy inferior a las afroamericanas que tienen la cifra más alta (51%). (Hurt et al., 2011)

Aunque la obesidad sea un fenómeno de preocupación a nivel mundial, en la atención primaria de salud no es siempre tomada en consideración. En un estudio realizado en el 2007 se comprobó que los médicos solo diagnosticaban un 20 % de los pacientes obesos (505 de una muestra de 2543), en los casos en que el paciente tenía un IMC de 35kg/m² o más, un diagnóstico de diabetes o apnea del dormir. (Bardia et al., 2007 citado en Hurt et al., 2011)

1.2 Determinantes del sobrepeso y la obesidad

Se reconoce como causa fundamental del sobrepeso y la obesidad un “desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, que a su vez se produce por el aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización.” (OMS, 2011)

Históricamente el sobrepeso y la obesidad han sido atribuidos a factores biológicos o hereditarios o a un pobre autocontrol de los individuos en relación con la comida. Sin embargo, la perspectiva actual es más integradora e involucra una interrelación entre factores biológicos, ambientales, conductuales y psicológicos.

Se estima que entre un 30 a 40% de la probabilidad de un individuo de ser obeso es atribuible a los genes y el resto a influencias ambientales o interacciones genes-ambiente. (OMS, 2003). La descendencia de una pareja con peso adecuado tiene tan sólo entre 7 y 14 % de probabilidades de padecer obesidad, sin embargo

la cifra asciende entre 40 y 80 % respectivamente, cuando uno o ambos progenitores son obesos. (Armendares, 1991). Los patrones genéticos de conservación de la energía propios de las personas con sobrepeso son probablemente ventajosos para aquellos contextos donde hay muchas deficiencias de recursos. Sin embargo, con los cambios de la modernidad cada vez más urbanizada, tales como la creciente disponibilidad de alimentos altos en energía, y la cada vez menor actividad física, lo que era antes un patrón genético beneficioso de conservación y extracción de energía, ha dado lugar a una retención mal adaptativa de gran almacenamiento de tejido adiposo. (Hurt et al., 2011; Kauffer et al., 2007) De este modo, la interacción entre los genes y el ambiente resultan valiosos en la comprensión de la prevalencia de obesidad en el mundo. (Delbono et al., 2009)

Además de lo genético, existen otros factores biológicos que están presentes en la mayoría de los individuos obesos relacionados con una eficiencia del metabolismo energético superior al promedio habitual. (Sims, 1976). En la regulación del metabolismo desempeña un papel fundamental el sistema nervioso central donde se localizan los mecanismos básicos que regulan el ingreso de energía o el acto de comer. Se ha reconocido que el hipotálamo es una de las porciones del encéfalo que tiene mayor influencia en la regulación de la ingestión de alimentos. (Kauffer et al., 2007)

Como antes se señalaba “el ambiente obesogénico” al que se enfrentan tanto países desarrollados como o en vías de desarrollo en la actualidad (Calle et al., 2003) sobreexpone a las personas a alimentos apetecibles de alta densidad calórica (Delbono et al., 2009) favoreciendo la acumulación excesiva de grasa.

Otro de los factores ambientales se considera el acceso limitado a información sobre el cuidado de la salud. Varios estudios realizados, como por ejemplo en Suecia, (Lecerof et al., 2011) reflejan que las personas que poseen una escasa información sobre el cuidado de la salud, son más vulnerables al sobrepeso. Lo contrario sucede en las personas con alto nivel educacional cuya tendencia al sobrepeso es menor, tanto por el nivel de información adquirido como por la capacidad de realizar cambios más fácilmente hacia estilos de vida saludables. De

aquí el reconocimiento de intervenciones educativas en la prevención del sobrepeso.

Además de los factores antes mencionados se constatan otros relacionados con la conducta alimentaria y el estilo de vida. Las tendencias actuales denotan un consumo excesivo de energía o sobrealimentación y una reducción notable en la actividad física o sedentarismo ofreciendo otra explicación a etiología de la obesidad. (Delbono et al., 2009; Kauffer et al., 2007)

El sedentarismo influye en la carga mundial de morbilidad por el impacto como factor de riesgo directo a la obesidad, la hipertensión y la diabetes. (OMS 2002; Owen et al., 2010). Aunque no todas las personas con sobrepeso llevan una vida sedentaria, más de la mitad de las personas con sobrepeso si son consideradas sedentarias. (Bolaños, 2010)

Por otra parte, se reconoce que la disminución en los patrones de actividad física puede estar dada por el aumento de empleos con poco requerimiento físico, la introducción de equipos automatizados que ahorran trabajo y la disminución en el tiempo de esparcimiento. (Kauffer et al., 2007) Este último se ha sustituido por una de las actividades más sedentarias: ver televisión (Jones et al., 2010) y navegar en Internet (Seong Ik & Wi Young, 2011). Aunque navegar en Internet no sea una actividad tan frecuente en nuestro país, se reconoce que muchas personas cuentan con computadoras personales cuyo uso, muchas veces reemplaza a la televisión.

Varios estudios para medir el sedentarismo se basan en el tiempo que la persona pasa frente al televisor. (Kozey-Keadle et al., 2012) Los adultos estadounidenses ven televisión cerca de 5 horas al día. (Nielsen Company, 2009) Ver TV por más de 3 horas al día aumenta el riesgo de obesidad. (Tucker & Bagwell, 1991).

No obstante, de igual modo, se reconoce en la actualidad la existencia de factores psicológicos que influyen en la relación de los individuos con la comida. La presencia o ausencia de obesidad está muchas veces en función de la respuesta a los estímulos del medio ambiente relacionados con la comida (aspecto, forma, color, olor de los alimentos, ambiente social, hora del día, etcétera) y los obesos tienen una mayor capacidad de respuesta a tales estímulos. (Kauffer et al., 2007)

Este ambiente obesogénico que sobreexpone a las personas a comidas poco saludables puede determinar conductas que influyen en el exceso de peso (Hurt et al., 2011) entre las que se encuentran las ansias de comer y los atracones generando un patrón adictivo de alimentación.

Es importante señalar que en sólo un pequeño porcentaje de los casos de obesidad (menos de un 5%), se debe a alguna causa identificable. Esta se llama obesidad secundaria o sintomática y obedece a patologías de origen endocrinológico (ej. hipotiroidismo), a partir de secuelas de lesiones hipotalámicas, o por el uso frecuente de distintos fármacos como los glucocorticoides, esteroides progestágenos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de MAO, sulfonilúreas, insulina, tiazolidinodionas, antipsicóticos (risperidona, clozapina). Su diagnóstico requiere alto grado de sospecha clínica. (Delbono et al., 2009)

1.3 Sobrepeso y Obesidad vs. Calidad de Vida

La obesidad y el sobrepeso están dentro de las 10 causas principales de muerte en el mundo. (Hurt et al., 2011) Según la OMS (2011) el sobrepeso y la obesidad son la quinta causa por la cual fallecen cada año al menos 2,8 millones de personas adultas.

Se ha observado que la frecuencia de diabetes mellitus tipo 2 es cerca de dos veces mayor en individuos ligeramente obesos, cinco veces mayor en moderadamente obesos y 10 veces más alta en excesivamente obesos. (Moore et al., 2011) El 44% de los casos de diabetes son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. (OMS, 2011)

La enfermedad cardiovascular, primera causa de muerte en el mundo, contribuye a 16,6 millones de las muertes mundiales y tiene entre los mayores factores de riesgo el sobrepeso y la obesidad. (Akbarabartoori et al., 2006) El 23% de las cardiopatías isquémicas están determinadas por la presencia de exceso de peso. (OMS, 2011)

De manera general existen alrededor de 60 enfermedades asociadas a la obesidad (Hurt et al., 2011) cuyas complicaciones repercuten en diferentes sistemas del organismo. En el sistema cardiovascular se pueden detectar la hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica,

disfunción endotelial, enfermedad tromboembólica, accidente vascular encefálico y la insuficiencia venosa periférica.

En el sistema metabólico se encuentra la diabetes Mellitus tipo 2, dislipidemia, síndrome metabólico y aumento del ácido úrico. En el sistema gastrointestinal puede ser responsable de hernias, reflujo gastroesofágico, esteatosis hepática no alcohólica y litiasis vesicular.

Por otra parte, en el sistema muscular puede causar inmovilidad, dolor de espalda, artritis, entre otras. En el sistema genitourinario: hipogonadismo, e incontinencia urinaria. En el sistema neurológico puede causar hipertensión idiopática intracraneal e infarto.

En el sistema respiratorio causa disnea, apnea obstructiva del sueño, síndrome de hipo ventilación alveolar y fatiga. En la piel causa estrías, linfedema, celulitis, intertrigo, forunculitis.

Específicamente, en la mujer puede causar síndrome de ovario poliquístico e infertilidad, además de un aumento de riesgo perinatal.

Asimismo, puede ser causante de más de 12 tipos de cáncer (Calle et al., 2003) como esófago, colon, recto, vesícula, vías biliares, mama, endometrio, próstata.

Sin embargo las implicaciones del sobrepeso y la obesidad no se sitúan solamente en el plano físico. En el plano psicológico también se observan características distintivas.

En un estudio (Mikolajczyk et al., 2010) realizado en 7 países europeos en el 2010, se encontraron diferencias genéricas con respecto al peso percibido y el IMC. En este se observó una tendencia a que las mujeres con un IMC normal se percibieran a sí mismas como "gordas" y los hombres como "muy delgados". (Jones, et al., 2010) También encontraron que las mujeres suelen sobreestimar su status de peso y los hombres subestimarlos. En el caso masculino puede deberse a la presión social del estereotipo de belleza del hombre de ser musculoso y de medidas anchas, sin embargo es en la mujer donde la presión es aún mayor por el énfasis de la sociedad occidental en la delgadez como ideal de belleza femenino.

Este patrón de delgadez en la mujer es reproducido por los medios de comunicación, sobre todo la televisión e Internet, que por su intensidad y alcance lo erige como ideal globalizado. La internalización del ideal de belleza conlleva a preocupación por el peso, insatisfacción con la imagen corporal, y por tanto riesgo a desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia. (Darlow & Lobel, 2010; Guzmán & Zoraide, 2009; Hidalgo, et al., 2011)

Otra consecuencia importante de este estereotipo de belleza es el estigma de peso que ha sido descrito como "actitudes negativas relacionadas con el peso que se manifiesta en estereotipos, rechazo y prejuicios sobre individuos sobrepeso y obesos" (Puhl et al., 2007). Así lo demuestran estudios sobre la representación social de las personas sobrepeso y obesas donde los participantes refieren que son "haraganes, ineptos socialmente, infelices, feos y estúpidos". De aquí que los agentes sociales sean los que refuercen el estereotipo discriminando y comprometen a las personas al control del peso bajo la realización de dietas. (Guzmán & Zoraide, 2009)

No todas las personas con sobrepeso tienen una percepción de peso de acuerdo al ideal de belleza. Un ejemplo es la clase social afroamericana en E.E.U.U. que tiene los más altos índices de obesidad, factor asociado con la aceptación de su peso, pues estos parecen aceptar medidas mayores de peso que lo individuos caucásicos y prefieren parejas más gruesas. (Yanover & Thompson, 2010)

No obstante, las personas con sobrepeso y obesas que siguen el patrón de belleza occidental, son más vulnerables a experimentar estados afectivos negativos como la depresión, ansiedad, problemas de autoestima, frustración (Puhl & Latner, 2007) debido a la diferencia entre su apariencia real y la ideal. Es la depresión una de las emociones que más relación tiene con el exceso de peso. Según investigaciones, las personas con obesidad extrema son 5 veces más propensas a experimentar un episodio de depresión mayor comparado con las personas con peso normal. Esta relación es más fuerte en mujeres. (Kushner & Sarwer, 2011)

Algunos estudios indican que el IMC es inversamente proporcional con el bienestar psicológico, la insatisfacción corporal y la bulimia (Darlow & Lobel, 2010). De aquí que se asocie la obesidad con un decrecimiento en la calidad de vida (Arrebola et al., 2011; Oliva, 2009), tanto desde el hecho de ser factor de riesgo a

enfermedades crónicas como por las implicaciones emocionales que trae la necesidad de ser aceptado personal y socialmente. Es importante que se reconozca a la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. (OMS, 1993)

1.4 Alternativas de tratamiento del sobrepeso y la obesidad ¿Realmente eficaces?

Como antes se apuntaba, el sobrepeso y la obesidad va en detrimento de la calidad de vida del individuo, por lo que su prevalencia a nivel mundial y el costo de los tratamientos hace que se considere como un importante problema de salud pública. Sin embargo, estudios afirman que los médicos de la atención primaria casi nunca diagnostican el sobrepeso u orientan a los pacientes en la reducción de peso, y solo ocasionalmente proponen estrategias para cambios de comportamiento. Cuando se provee la mínima orientación al respecto, el paciente logra reducir peso modestamente en un año y se logra un comportamiento más favorable al control del peso. Por tanto, si se recibiera una orientación más intensiva los resultados serán mucho mejores. (Rodondi et al., 2006)

Variadas resultan las alternativas al tratamiento del sobrepeso: entre ellas está la farmacoterapia, los programas dietéticos, las cirugías, la terapia conductual y la orientación psicológica. Sin embargo, esta última resulta subestimada en la actualidad. Un programa de reducción de peso exitoso está caracterizado por una pérdida de peso en los primeros 6 meses de tratamiento y un mantenimiento paulatino de la reducción de peso después de la fase inicial. (Idelevich et al., 2009) Empero, la realidad es que del 75 al 80 % de las personas con tratamiento contra la obesidad no son capaces de mantener a largo plazo la pérdida de peso. (Ayyad & Anderson, 2000)

El costo de los tratamientos contra la obesidad es muy alto, en E.E.U.U., el estimado es de 150 billones de dólares al año. (Hurt et al., 2011). La farmacoterapia se indica a pacientes propiamente obesos, o sobrepesos con riesgo a enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, dislipidemia. Siempre se recomienda que sea usada en combinación con dieta bajas en calorías y un aumento de la actividad física. (Dunican, et al., 2007; Soto & López-Villalta, 2010)

Estos medicamentos se clasifican en: de acción central (suprimen el apetito, aumentan la saciedad o la termogénesis) o de acción periférica (bloquean la absorción de grasas por los intestinos) Entre los de acción central están benzphetamine, diethylpropion, phentermine, and sibutramine y entre los de acción periférica está el Orlistat (Dunican, et al., 2007).

Estos medicamentos tienen efectos secundarios frecuentes como el nerviosismo, sudoración, dolor de cabeza, constipación y una amplia gama de contraindicaciones, además de que su uso a largo plazo tiene efectos adictivos. Este factor conduce a considerar la farmacoterapia como una alternativa potencialmente dañina para la salud más allá de su efecto probado en la reducción del peso. Por otra parte, no se han evidenciado efectos positivos en el control del peso a largo plazo y se ha comprobado que el sentido de “invulnerabilidad” que su ingestión genera, puede llevar a las personas a concederse “licencias” perjudiciales para su salud. (Chiou, Yang, & Wan, 2011) Ello significa que el medicamento genera en las personas un aparente estado de defensa contra el aumento de peso permitiéndole seguir consumiendo muchos de los alimentos que los condujo al aumento de peso.

El tratamiento quirúrgico de la obesidad es conocido como cirugía bariátrica. Es un tratamiento muy riesgoso y se indica solo a pacientes con obesidad mórbida y con riesgo inminente para su vida (Cannon & Kumar , 2009). A pesar de los avances en la salud mundial este tratamiento está asociado a mortalidad perioperatoria, lo que hace que su uso deba ser analizado cuidadosamente. Entre las modalidades de cirugía están: el balón intragástrico, que consiste en la colocación de un balón de suero en la cavidad gástrica que produce saciedad; la gastroplastia vertical anillada o bandeada y la banda gástrica ajustable para reducir la cavidad gástrica y derivar sin absorber los alimentos a porciones distales del intestino. Esta última está en desuso porque provoca una gran deficiencia nutricional perjudicial para la salud. (Soto & López-Villalta, 2010)

Otra de las alternativas para el manejo de la obesidad, dirigidas a reducir el peso corporal por grasa, pero manteniendo el peso magro son los programas que proponen la restricción en la ingestión de calorías (dietas), o la combinación de esta con el ejercicio físico. Las dietas bajas en calorías (Cannon & Kumar , 2009) son usadas frecuentemente para promover la pérdida de peso en obesos (meta de déficit

de 500–1000 kcal) y sobrepeso (300– 500 kcal). Esta dieta seguida de 3 a 12 meses puede conducir a un 8% de pérdida de peso corporal. Sin embargo, los Institutos Nacionales de Salud recomiendan esta dieta solo para personas con sobrepeso y sedentarias.

Las dietas muy bajas en calorías “son aquellas que proveen menos de la mitad de la energía diaria que el individuo necesita” (800 kcal. o menos). Por el riesgo que acarrea deben reservarse para obesos quienes su exceso de peso tiene una implicación crítica para su salud y debe ser atenuada inmediatamente ya que inducen una rápida pérdida de peso en obeso. Esta dieta no es recomendable a largo plazo ya que presenta riesgos como “pérdida de peso magro, fatiga, deshidratación y cálculos biliares” (Melanson, 2007). Además, en la mayoría de los casos de las personas que utilizan la dieta baja en calorías y las muy bajas en calorías experimentan a largo plazo la misma pérdida de peso por la pobre adherencia a la dieta que es una característica común en las personas con sobrepeso y obesas. (Cannon & Kumar , 2009) La adherencia al tratamiento es vista como un “proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad.” (Puente, 1985) Desde este punto de vista el grado de adherencia se mide por el compromiso, responsabilidad e intención del paciente con el cumplimiento de las prescripciones del especialista.

Entre otros tratamientos dietéticos de uso popular están las dietas bajas en carbohidratos y la dieta mediterránea. Las dietas bajas en carbohidratos (≥ 40 –60 g de carbohidratos) son usadas por muchas personas ya que pueden consumir comidas muy sabrosas y apetecibles a la vez que se adhieren al régimen hipocalórico. Estas dietas están asociadas con una ingestión de proteínas ligeramente más altas y esta cantidad adicional tiene efecto de saciedad. Estudios han demostrado una pérdida de peso considerable en 6 meses, pero no así en 12 meses. La dieta mediterránea consiste en un gran consumo de frutas y vegetales, aceite de oliva, pescado y granos, considerándose como efectiva en la pérdida de peso. (Laddu et al., 2011; Soto & López-Villalta, 2010)

Como antes se señalaba, la actividad física suele ser recomendada por los especialistas junto a la dieta, porque elimina la grasa abdominal y visceral. Por esta

entendemos “cualquier movimiento corporal que aumente el gasto energético que incluye las actividades voluntarias, planificadas y repetidas orientadas a la mejora del estado físico de individuo.” (Soto & López-Villalta, 2010) Su práctica regular decrece el riesgo de enfermedades cardiovasculares (Kenchiah & Gaziano, 2009) y contribuye al mantenimiento del peso perdido a largo plazo. (Soto & López-Villalta, 2010). Se recomienda de moderada a intensa (entre 120 y 400 minutos por semana) para bajar considerablemente de peso y 30 minutos por 5 días para prevenir ganar peso. (Laddu et al., 2011) Estos programas de actividad física tienen efecto en las emociones positivas, por lo que además de promover salud física decrece el riesgo de desarrollar depresión. (Pasco et al., 2011)

Resulta válido señalar que el aumento de la actividad física no solo incluye la práctica de ejercicio físico sino también una disminución en el tiempo que se dedica a actividades sedentarias como ver televisión, utilizar las computadoras y otras actividades de poco esfuerzo que además están relacionadas con la actividad de comer.

Las dietas milagro, mágicas o yo-yo son tratamientos dietéticos de uso popular, sobre todo en los países más desarrollados. (Soto & López-Villalta, 2010) Son extremadamente restrictivas en energía y desequilibradas en nutrientes excluyendo alimentos necesarios para organismo como vitaminas y minerales. Carecen de rigor científico, prometen adelgazar sin esfuerzo y se ayudan de una amplísima difusión publicitaria. Se pierde peso rápidamente por la pérdida de agua y glucógeno, pero se mantienen los depósitos de grasa corporal. El efecto yo-yo ocurre tras terminar estas dietas y se caracteriza por un aumento del apetito por mecanismos fisiológicos del organismo para compensar el período de restricción tan alto. (FesNad, 2008) Estas dietas no conllevan a cambios en el estilo de vida, el peso vuelve a ganarse y la persona puede contraer enfermedades severas de índole metabólica. Por su ineficacia y lo perjudicial para la salud se considera una alternativa a evitar por las personas que tienen como meta la reducción del peso corporal.

Otra alternativa que se asume para tratar el sobrepeso es la terapia conductual que ha demostrado ser efectiva disminuyendo el peso corporal de un 7 a 10 % en 6 meses de manera intensiva. La estrategia se dirige a lograr la motivación por el

control del peso, el control de ingestión de los alimentos y al automonitoreo de ejercicios. Sin embargo, su mantenimiento es aún un reto demostrándose que la adherencia es un factor fundamental en ello. La duración del tratamiento y la adherencia son inversamente proporcionales, mientras más dure el tratamiento menos es la adherencia. (Laddu et al., 2011)

La pobre adherencia al tratamiento para el sobrepeso se ve favorecida porque estas personas presentan una pobre regulación conductual y exhiben mayores respuestas hedónicas cuando se encuentran expuestos a comidas apetecibles. (Hofmann et al., 2010) En una sociedad moderna con sobrecarga de comidas densas en calorías la habilidad de autocontrol es fundamental para mantener un IMC saludable. (Logel & Cohen, 2011)

La orientación psicológica resulta de mucha ayuda en este sentido ya que contempla la reducción de peso como un proceso de aprendizaje con cambios de estilo de vida hacia un menor sedentarismo, alimentación más saludable, más aceptación de la imagen corporal y precepción de riesgo de la obesidad y el sobrepeso para lograr un control del peso estable en el tiempo. (Laddu et al., 2011) Junto a ello se recomienda una dieta de energía controlada y mayor ejercicio físico. (Arrebola et al., 2011; Christensen et al., 2011; Rodondi et al., 2006) No obstante de lo promisorio de estas intervenciones, varios seguimientos han reportado que la mitad del peso perdido se vuelve a ganar al año siguiente del tratamiento y, en un plazo de 3-5 años, el 80% de los pacientes retoman o exceden el peso inicial. (Lillis, Hayes, & Levin, 2011)

Como se ha evidenciado, estas alternativas no han sido eficaces en el control del peso a largo plazo, lo cual pudiera estar asociado a que no tienen en cuenta el procesamiento cognitivo con el cual las personas lidian con los pensamientos intrusos relacionados con la comida, las ansias de comer, y la supresión de ambas como estrategia de afrontamiento.

1.5 Pensamientos intrusos relacionados con la comida

Las intrusiones pueden ser experimentadas por la persona en forma de “pensamientos, imágenes o impulsos, que aparecen en la consciencia repentina e involuntariamente”. (Clark & Rhyno, 2005) Estos tienen la característica de ser repetitivos y/o recurrentes, lo cual los hace desagradables e indeseados para la

persona, y causan malestar. Estos se atribuyen por el sujeto como de origen interno, interfieren en la actividad cognitiva y/o conductual, en parte porque capturan los recursos atencionales conscientes con facilidad. (Luciano, 2007)

Por ejemplo: la muchacha que cree que su novio la engaña y constantemente vienen a su cabeza imágenes torturadoras del hecho, la anciana que no logra recordar donde dejó olvidada la libreta de abastecimiento, el joven que desaprobó una prueba y se pregunta qué habrá tenido incorrecto y cómo reaccionarán sus padres ante la noticia. Lo cierto es que la mayor parte de la población se ve asediada por estas ideas relacionadas con temas de la vida cotidiana (comida, estudio, trabajo, pareja, la economía familiar). Sin embargo es importante reconocer que también son característica común de alteraciones clínicas (Berry et al., 2010; Luciano, 2007) como el trastorno de ansiedad generalizada, el insomnio, la depresión y el trastorno obsesivo compulsivo.

La aparición recurrente de los pensamientos intrusos es en ocasiones fácil de controlar pero en otras resulta una molestia constante. (Luciano, 2007)

La comida suele ser tema central de estos pensamientos cuando por ejemplo: la joven no puede dejar de pensar que hay helado en Coppel o cuando no puede resistir la tentación de comer pizzas en exhibición, la señora que ve la telenovela y tiene presente todo el tiempo el flan que tiene en el refrigerador, el muchacho que no puede parar de pensar en esa comida que le gusta mucho y que el cuerpo *le está pidiendo*.

Los pensamientos dirigidos a algo específico como la comida disparan reacciones conductuales y emocionales marcando el comienzo de una experiencia consciente de ansias para un individuo. (Berry et al., 2010)

1.6 Ansias relacionadas con la comida

El término ansias (*craving*) es usado para describir el fuerte estado motivacional en el que el individuo es forzado a sí mismo a ingerir una sustancia en particular. (Kemps & Tiggemann, 2010) Este término proviene de la literatura científica de las adicciones. Sin embargo, desde hace algunos años se ha comenzado a aplicar a la comida, cuando la relación del individuo con la comida viene a generar cierta

dependencia, como lo puede ser a un cigarro o al café, generando pobre autocontrol y vulnerabilidad a las tentaciones.

Las ansias por la comida constituyen la “urgencia por consumir una comida en particular o un tipo específico de comida.” (Kemps & Tiggemann, 2010; White et al., 2002;) Lo que distingue las ansias del hambre es exactamente la necesidad de una comida específica que en la mayoría de las ocasiones aparece con ausencia de hambre.

Las ansias en estos casos, constituyen la expresión conductual y emocional de pensamientos intrusos relacionados con la comida. Las emociones que se asocian a este estado son negativas como la ansiedad y la frustración. Conductualmente se expresa mediante el consumo de una comida clave. Estas reacciones son a su vez la medida de la fuerza y frecuencia del ansia (Berry et al., 2010)

Por ser las ansias desencadenantes del acto de comer, se considera que guardan una estrecha relación con el peso corporal. Entre las comidas claves que se consumen por el estado de ansias están las comidas rápidas, ricas en grasa y en carbohidratos. (Leahey et al., 2012) Un ejemplo de ello son los dulces, alimentos elaborados con harina de trigo como las pizzas, el helado, etc. que la mayoría de las personas tienen entre las comidas más tentadoras.

Las ansias no son necesariamente patológicas, sin embargo en ocasiones pueden contribuir a la obesidad y a trastornos alimentarios como la bulimia. Varios estudios señalan que las personas obesas presentan altos niveles de ansias por la comida en comparación con las personas de peso normal. (White et al., 2002) Otros refieren lo contrario sugiriendo diferencias en el control neuroendocrino sobre la regulación del apetito. (Hurt, et al., 2011) Sin embargo, se considera una regularidad la relación directa existente entre altos niveles de ansias por la comida y un IMC elevado.

Como causas de las ansias por la comida se reconoce la exposición a las propiedades sensoriales atractivas de los alimentos (olor, sabor, textura) que son tentadores para los individuos (Cepeda-Benito & Gleaves, 2001) y la necesidad de alejar emociones negativas (Green M. , 2001) que disparan los pensamientos intrusos, que como su nombre lo indica, se entrometen en la mente causando

malestar y a su vez esta necesidad de consumir el alimento en cuestión. Esta secuencia de acontecimientos resulta valiosa al entender las razones por las cuales los individuos no logran controlar su peso.

Las ansias por la comida no solo intervienen en la conducta de comer, sino que comprometen los procesos cognitivos. Esos pensamientos o imágenes sobre la comida que aparecen en la mente vívidamente, sin desaparecer hasta que la persona sucumba a la tentación reducen la velocidad de procesamiento y enlentecen la memoria de trabajo. Engle (2001) define la memoria de trabajo como “la habilidad para activar la información almacenada a la misma vez que procesamos información nueva.” (Kemps & Tiggemann, 2010) Al encontrarse afectada esta habilidad, el sujeto será vulnerable a la distracción viéndose comprometida la concentración de la atención y dificultando su desempeño en algunas actividades que lo requieran.

Los tratamientos para la reducción del peso han demostrado no tener un efecto en la reducción de las ansias por la comida. Se ha demostrado que tanto la cirugía bariátrica como las dietas bajas en calorías (Leahey et al., 2012) disminuyen muy ligeramente y por un tiempo corto las ansias de comer en personas con sobrepeso y obesas, por lo que no es un resultado significativo. En el caso de la cirugía bariátrica no tiene efecto alguno en las ansias por alimentos ricos en grasa, comida clave de las personas con en este estado.

Las ansias relacionadas con la comida tienen una influencia en el acto de comer y por tanto constituye un factor que hace vulnerable al individuo a la obesidad y al sobrepeso. De aquí la importancia de su estudio para la realización de acciones de prevención.

1.7 Las emociones y la restricción alimentaria

El fenómeno conocido como comer emocional (*emotional eating*) (Bruch, 1973) se refiere a una alimentación de la persona en respuesta a la experimentación de algunas emociones, sobre todo las negativas. Esta tendencia es maladaptativa ya que las emociones preparan el organismo para que emita una respuesta de acuerdo a las demandas del medio y el acto de comer no resulta la respuesta óptima. (Evers, Stok, & de Ridder, 2010)

Los atracones (*binge eating*) son característica común de las personas con ansias por la comida y una expresión del comer emocional. El atracón puede entenderse como una “forma extrema de comer desinhibido, una alimentación en respuesta a estados emocionales como la ansiedad, la depresión o el aburrimiento. También es una forma de evitación de experiencias negativas, una tendencia conductual para cambiar o evitar pensamientos negativos indeseados, emociones o sensaciones corporales, incluso reconociendo lo dañino del comportamiento.” (Lillis, Hayes, & Levin, 2011) Los atracones se asocian entonces a una pobre regulación emocional de individuo.

El concepto de regulación emocional se refiere a "los esfuerzos que las personas emprenden que influencia la experiencia y expresión de sus emociones". (Gross, 1999) Es considerado también como la “capacidad para mantener estados emocionales adecuados y terminar los estado emocionales indeseados.” (Wadlinger & Isaacowitz, 2011) Lo cierto es que la regulación emocional es primordial en la salud física y mental. Resulta lógico que (Teixeira, y otros, 2010) afirme que la regulación de las emociones a través de otras conductas que no sea el comer emocional es un predictor de control de peso, al menos a corto plazo. Por ejemplo (Oaten & Cheng, 2006) señalan que el remplazo de la conducta de comer por la práctica de ejercicios físicos mejora los comportamientos regulatorios.

Los atracones se han observado en personas bulímicas (Rodríguez, Mata, & Moreno, 2007), sin embargo, en la población general los sobrepesos y obesos son particularmente vulnerables a comer en reacción evento emocionales negativos, específicamente aquellos que suelen realizar dietas restringiendo el consumo de alimentos. (Evers, Stok, & de Ridder, 2010)

De acuerdo a la teoría de la restricción, los restrictores (personas que hacen dietas) tratan de regular el consumo de la comida adhiriéndose a dietas propias más que a las señales internas (hambre). Como rechazan estas señales internas, son especialmente sensibles a las señales externas de comida (Herman & Polivy, 1984). Otra característica de los restrictores es la percepción de privación que se define como “la percepción de sentirse insatisfecho con la cantidad de comida consumida” (Polivy & Herman, 1993) Es por ello que la exposición a comidas apetitosas como señales externas, van en detrimento de la autorregulación llevando al individuo a

presentar altos niveles de salivación (Papies, Stroebe, & Aarts, 2008) , un emerger de pensamientos intrusos y ansias por la comida, y luego la inhibición temporal de la meta de la dieta (Hofmann et al., 2010) Esta inhibición de la meta puede conducir a la desinhibición conductual, o sea, el atracón.

El modelo de conflicto de metas relacionado con la comida (*goal-conflict model of eating*) afirma que, cuando se exhibe la comida se inhibe la meta de autocontrol (Stroebe et al., 2008) y se sigue la meta de la tentación. Estudios señalan que algunas personas logran, ante las señales externas activar la meta de la dieta y facilitar la regulación. Estos serían los restrictores exitosos en el control del peso, pues pueden activar la meta de autocontrol ante la señal de comida externa. Sin embargo, la mayoría son restrictores no exitosos, inhibiendo su meta de dieta cuando se presenta la comida, aunque esté presente una alta motivación por disminuir el consumo de comida y por el control del peso. (Stroebe, 2008; Papies, Stroebe, & Aarts, 2008)

De aquí que se reconozca a los estados emocionales negativos y la restricción alimentaria y como factores determinantes en el aumento de las ansias por la comida (deseo irresistible de consumir una comida clave) y la conducta purgativa, el atracón. (Rodríguez, Mata, & Moreno, 2007)

El acto de comer en respuesta a emociones negativas (Byrne, 2002) y a las señales de comida tentadoras (Hofmann et al., 2010) y las expectativas ilusorias relacionadas a la pérdida de peso junto al fracaso en alcanzarlo (Moore et al., 2011) conllevan a la pobre adherencia y a la ganancia de peso nuevamente. Constituye un ciclo sin fin de inestabilidad en el peso donde el sujeto realizará dietas de forma crónica, cada vez con menos resultados positivos.

Parece entonces la clave del éxito en el control del peso, la capacidad del sujeto de regular sus emociones de forma diferente, de afrontar directamente las emociones negativas, los pensamientos intrusos y las ansias relacionadas con la comida. Sin embargo existe un estilo de afrontamiento negativo hacia los pensamientos intrusos y las ansias relacionadas con la comida valioso de estudiar: la supresión de pensamiento.

1.8 Supresión de Pensamientos

La supresión de pensamientos es la estrategia más comúnmente utilizada por las personas (Wenzlaff & Wegner, 2000) e involucra la acción de “poner de su parte” y tratar de evitar voluntariamente la aparición de ellos. Se le conoce por Wegner en 1992 como “intento consciente de controlar contenidos y procesos psicológicos”.

Berry et al. (2010) la consideran como una estrategia para afrontar las experiencias indeseadas como los pensamientos intrusos evitando pensar en ellos, o sea suprimiendo el pensamiento. La supresión viene a ser una estrategia cognitiva de regulación emocional que suelen utilizar las personas para lidiar con los pensamientos intrusos (Peterson, 2008). En el caso de las personas con sobrepeso y obesas, sobre todo aquellas bajo tratamiento dietético, es la estrategia de tratar conscientemente de no pensar en la comida.

Es importante distinguir entre la supresión y la represión. En ambos el individuo se enfrenta a amenazas externas o internas que por salud mental demandan una respuesta, sin embargo la represión es un mecanismo de defensa, y como tal, es automático e inconsciente; el sujeto responde “expulsándolo de su conciencia o no dándose por enterado cognoscitivamente de los deseos, pensamientos o experiencias que le causan malestar” (Luciano, 2007) En la supresión, él sujeto evitará de forma intencional pensar en sus problemas, deseos o eventos que causan desagrado y malestar.

No obstante, la supresión no siempre cumple su objetivo. Wegner et al. demostraron en un estudio que mientras más las personas trataban de suprimir la idea de un “oso blanco”, más venía a su mente dicho pensamiento. (Soetens et al., 2006) Este constituyó uno de los primeros estudios relacionados con la supresión de pensamientos, el cual demostró que más que eliminar los pensamientos intrusos, el hecho de suprimirlos los incrementa.

De aquí que se reconozca a la supresión de pensamientos como un método ineficaz en el logro del control sobre la mente. (Wegner, 1994) No obstante, muchas personas suprimen sus pensamientos con el objetivo de lograr un mayor control de su comportamiento (Erskine, Georgiou, & Kvavilashvili, 2010). Ello tampoco se cumple desencadenando un efecto rebote tanto en la conducta como en el pensamiento.

Para explicar el efecto rebote conductual y de pensamiento (Wegner, 1994) propone la teoría de los procesos irónicos. De acuerdo a ella la supresión de pensamiento involucra dos procesos diferentes: un proceso operativo intencional buscando un distractor del pensamiento y un proceso de monitoreo automático buscando la presencia del pensamiento que se desea evitar. El segundo proceso es el que dispara los efectos rebote porque incrementa la accesibilidad a los pensamientos suprimidos.

El efecto rebote es apreciable en las personas bajo tratamiento dietético, que para controlar su peso, intentan no pensar en comida sin saber que esta evitación consciente favorece que afloren más los pensamientos intrusos, las ansias relacionadas con la comida y hacen más difícil la meta de restricción.

Los restrictores desinhibidos son aquellos que presentan atracones frecuentes y no logran ser exitosos en el control del peso. Ellos tienden a usar la supresión muy frecuentemente como estrategia de afrontamiento a los pensamientos de comida. De hecho, se ha demostrado que presentan los niveles más altos de supresión de pensamiento demostrando un efecto rebote luego de 5 minutos de suprimir pensamientos relacionados con la comida. (Soetens & Braet, 2006) Ello solo acarrea el fallo de la estrategia y la tendencia a perder el control sobre la comida (Soetens et al., 2006). Un estudio relacionado con el chocolate como comida clave, demostró que la supresión de pensamientos sobre chocolate conllevaba a un consumo mayor de este (Erskine & Georgiou, 2010). A partir de esto, se concluye que los niveles altos de supresión de pensamiento que presentan los restrictores pueden desencadenar la cadena de sucesos (pensamientos intrusos-ansias por la comida-atracones) y hacer vulnerable al individuo al sobrepeso y la obesidad.

Capítulo 2: Marco metodológico

2.1 Presupuestos del tipo de estudio

En la presente investigación se utiliza el enfoque cuantitativo como modo de aproximación al conocimiento del fenómeno, pues brinda la posibilidad de generalizar resultados, tener un mayor control sobre el fenómeno, mayor precisión, permite la predicción y su réplica en otro contexto.

Este enfoque se dedica a evaluar o medir un fenómeno sobre la base de las estadísticas. Usa la recolección de datos de la realidad objetiva para probar la hipótesis de investigación, se analizan a través de procedimientos estadísticos y los resultados constituirán regularidades generalizables a la población estudiada. La meta principal de enfoque cuantitativo es la construcción o predicción de teorías contribuyendo a la generación de conocimiento. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, p. 49) En este caso la realidad a medir son los pensamientos intrusos, las ansias relacionadas con la comida y la supresión de pensamiento como estrategia de afrontamiento a ambas. La investigación se aboca a la comprobación o refutación de la hipótesis señalada en la introducción.

Esta hipótesis se elabora a partir de los aportes teóricos de las diferencias individuales en personas con sobrepeso por lo que se espera comprobarla, de ahí que se recolecten datos a partir de la aplicación de pruebas y se analicen posteriormente a través de procedimientos estadísticos.

Las estrategias de investigación dependen del tipo de estudio que se realiza siendo este de tipo descriptivo. Estos estudios tienen como propósito “evaluar o recolectar datos sobre diversos conceptos o variables, aspectos o componentes del fenómeno a estudiar. Son útiles para mostrar con precisión las dimensiones de un fenómeno y a partir de ellos establecer predicciones.” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, p. 143) En este caso se busca el análisis de las particularidades de los pensamientos intrusos, las ansias y la supresión de pensamiento en la muestra seleccionada, lo cual se espera, prediga diferencias individuales entre las personas con respecto a estas variables.

Se considera además un estudio no experimental porque no se manipulan deliberadamente las variables, o sea, no se llevan a cabo acciones para luego observar sus efectos, solo se observan fenómenos y se analizan tal cual es la

realidad. A partir de ello, en la presente investigación no se pretende influir con acciones sobre las variables estudiadas sino solo su medición. Por ejemplo, no se planea realizar el experimento de exhibir comidas para observar si aumentan o no los pensamientos intrusos relacionados con la comida. Se planea, por ejemplo, evaluar el nivel de ansias por la comida como rasgo de la personalidad a través del Inventario de Ansias por la Comida.

Para describir las variables se diseñó la investigación de forma transversal. Esta variante implica “la recolección de datos para luego caracterizar esas variables y su incidencia e interrelación en un momento dado.” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, p. 247). La medición de las variables a estudiar se realizó simultáneamente en los tres grupos conformados.

2.2 Selección de la muestra

La presente investigación se desarrolló entre los meses de enero y mayo del 2012 en las provincias centrales del país. La población objeto de estudio lo constituyeron las personas de peso normal, con sobrepeso y obesas de las provincias centrales del país. Sin embargo, al ser esta población tan numerosa, se planteó el trabajo con un subgrupo o muestra de esta. La muestra se seleccionó de forma probabilística, lo que implica que “todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos.” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006 p. 279)

Con el objetivo de lograr la representatividad de la muestra en la población objeto de estudio, se calculó el tamaño muestral (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, p. 283) para un error de 0.05 y un nivel de confianza de 95%. Se utilizó la constante para muestra infinita ($>99\ 999$) lo cual demostró que un número superior a los 370 individuos propicia el uso de la estadística inferencial.

Para el logro de los objetivos planteados en la investigación se hizo necesario plantear criterios de inclusión y exclusión en la conformación de la muestra.

Criterios de inclusión:

- 18 años \leq **Edad** \leq 64 años
- 18.5 Kg/m² \leq **IMC** \leq 40 Kg/m²
- Acuerdo de participación mediante firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- IMC <18.5 Kg/m² (Bajo peso)
- IMC > 40 Kg/m² (Obesidad mórbida o severa)
- Adultos mayores
- Reportar la asistencia de forma sistemática a consulta de psiquiatría.

2.3 Características de la muestra

Durante el período del estudio, fueron evaluadas 1302 individuos. De ellos, se seleccionaron los que resultaban coherentes con los criterios de inclusión planteados, por lo que la muestra final quedó conformada por 1270 participantes: 200 Ob, 526 SP y 593 NP. El resto fueron excluidos de los análisis. En la Tabla 1 se aprecia la composición de la muestra a partir de las variables sociodemográficas de la muestra.

Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas de la muestra estudiada.

Variable	Clase	#	%	Variable	Clase	#.	%	
Provincia	VC	760	59,8	Estado Civil	Soltero	681	53,6	
	SSP	178	14,0		Casado	522	41,1	
	CFG	35	2,8		Divorciado	58	4,6	
	CA	73	5,7		Viudo	9	0,7	
	CMG	220	17,3	Escolaridad	Primario	6	0,5	
		CH	2		0,2	Medio	69	5,4
		MTZ	1		0,1	Medio	810	63,9
		MAY	1		0,1	Superior	383	30,2
Género	F	873	68,7	Enfermedad	Supuesto Sano	981	77,2	
	M	397	31,3		Asma-Alergia	79	6,2	
Edad	18-34	727	57,2		HTA	81	6,4	
	35-64	543	42,8		DM	12	0,9	
Piel	B	1024	80,7	Diversas	117	9,2		
	N	99	7,8					
	M	146	11,5					

Como datos más relevantes se observó un predominio del sexo femenino, los solteros y casados en el estado civil, un nivel de educación medio, blanco como color de piel e individuos supuestamente sanos. Por su parte se observó una distribución bastante pareja en cuanto a los grupos étnicos.

2.4 Descripción de los métodos de investigación

El proceder metodológico de la investigación tiene sus bases en el enfoque dialéctico materialista del marxismo-leninismo, en la que se aplican métodos del nivel teórico y empírico. Del nivel teórico se encuentran el analítico-sintético, el inductivo- deductivo, el histórico-lógico. Del nivel empírico, la entrevista estructurada, Cuestionario del Ciclo del Peso, Inventario de Supresión del Oso Blanco, Inventario de Supresión de Pensamientos Relacionados con la Comida, Inventario de Supresión de Pensamientos Relacionados con el peso y la forma del cuerpo, Cuestionario de Ansias por la Comida como Rasgo y como estado, Cuestionario de Habilidad para el Control de Pensamientos, Cuestionario de Control de Pensamientos y por último la Escala de Reacciones Emocionales y Conductuales a los Pensamientos Intrusos. También se utilizaron métodos estadísticos.

Del nivel teórico

Ellos fueron de gran utilidad durante el proceso investigativo ya que constituyeron la guía para lograr una investigación con una lógica organizada en la construcción del sistema de conocimientos.

❖ **Inductivo-deductivo:** Posibilitó realizar las inferencias necesarias al aplicar los diferentes instrumentos a través de la comprobación o refutación de la hipótesis de trabajo que se dirigía a demostrar diferencias entre las personas con sobrepeso y las de peso normal en cuanto a los pensamientos intrusos, las ansias, y la supresión de pensamientos. Se compararon los resultados obtenidos con los aportados por estudios anteriores en otros contextos.

❖ **Analítico-Sintético:** Se utilizó durante todo el proceso de revisión y estudio de la bibliografía acerca de la obesidad, los pensamientos intrusos, las ansias y la supresión de pensamientos, lo que permitió penetrar en la esencia del fenómeno, establecer las principales regularidades que aportan los diversos estudios. Además permitió arribar a conclusiones a partir de los resultados derivados del análisis de los datos.

❖ **Histórico-lógico:** Permitted contextualizar el objeto de estudio y determinar su evolución histórica hasta las perspectivas más actuales, ello favoreció una visión más completa del fenómeno. Además permitió reconocer las líneas de trabajo aún

no exploradas y que se consideraron valiosas tanto para este estudio como para los posteriores.

Del nivel empírico

La mayoría de los instrumentos utilizados han sido traducidos o adaptados para la población cubana y se encuentran en proceso de validación, por lo que se ofrecen los valores de confiabilidad de los mismos para la muestra estudiada, tomando en cuenta el coeficiente Alfa de Cronbach (α). Previo consentimiento informado (Anexo1), se decidió su aplicación en dos encuentros.

1. Entrevista estructurada (Anexo 2)

La entrevista es un instrumento de evaluación que puede ser utilizado con distintos fines, insustituible de cara a la primera recogida de información, y presente en el proceso continuo evaluación-intervención. La mayor o menor estructuración de la entrevista tiene un efecto relevante en la calidad de la información que se obtiene. Los formatos estructurados incrementan la precisión, facilitan la comparación de las respuestas intersujetos y aseguran el proceso de toma de decisiones. (Oliva, 2004)

Objetivo: Caracterizar los mecanismos de control del peso ejecutados por los participantes.

Primera dieta; dieta más reciente; peso *ideal* y *deseado*; métodos utilizados para perder peso; motivo que más contribuye a que se gane peso (facilitadores) y práctica sistemática de ejercicios.

2. Cuestionario del Ciclo del Peso (WCQ, $\alpha=.682$) (Anexo 3)

Es un pequeño cuestionario de 4 ítems desarrollado por Peterson en 2008.

Esta prueba toma en consideración uno de los indicadores con que se ha estudiado las fluctuaciones del peso a través del tiempo, centrado en la historia de pérdida y ganancia de peso en el tiempo. (Ej. Friedman, Schwartz, & Brownell, 1998)

Objetivo: Evaluar la tendencia individual a experimentar fluctuaciones en el peso.

Procedimiento: Las puntuaciones a cada ítem abarcan una escala de 1= "nunca" hasta 5= "siempre". Se selecciona una de las 5 respuestas ofrecidas de acuerdo a la frecuencia de experimentación de los indicadores del ciclo del peso.

Materiales: Se utiliza un modelo en papel con las instrucciones y el lápiz.

Calificación: Se suman los puntos de cada ítem.

Interpretación: A mayor puntuación, existe una tendencia mayor a experimentar fluctuaciones en el peso.

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

Es un inventario de 15 ítems desarrollado por Wegner y Zanakos en 1994. Se asume la calificación global como tendencia al uso de la supresión de pensamientos y la tendencia a experimentar pensamientos intrusos de forma general. (Luciano et al., 2006; Rodríguez-Martín et al., en prensa). Posee adecuadas propiedades psicométricas y validez.

Objetivo: Evaluar la tendencia de uso de la supresión de pensamientos por las personas.

Procedimiento: Las puntuaciones a cada ítem abarcan una escala de 1= “completamente en desacuerdo” hasta 5= “completamente de acuerdo”. Se selecciona una de las 5 respuestas ofrecidas de acuerdo al grado en que experimenten la supresión de pensamientos.

Materiales: Se utiliza un modelo en papel con las instrucciones y el lápiz.

Calificación: Se suman los puntos de cada ítem.

Interpretación: A mayor puntuación, existe una tendencia mayor al uso de la supresión de pensamientos y a experimentar pensamientos intrusos. Las categorías resultantes son: (nivel bajo: menor de 32; nivel medio: 33-63; nivel alto: mayor de 64)

4. Inventario de Supresión de Pensamientos Relacionados con la Comida (FTSI, $\alpha=.945$) (Anexo 4)

Este inventario resulta una variante del WBSI. (Peterson, 2008)

Objetivo: Evaluar la supresión de pensamientos relacionados con la comida.

Procedimiento: Las puntuaciones a cada ítem abarcan una escala de 1= “completamente en desacuerdo” hasta 5= “completamente de acuerdo”. Se selecciona una de las 5 respuestas ofrecidas de acuerdo al grado en que experimenten la supresión de pensamientos relacionados con la comida.

Materiales: se utiliza un modelo en papel con las instrucciones y el lápiz.

Calificación: Se suman los puntos de cada ítem.

Interpretación: A mayor puntuación, existe una tendencia mayor en la supresión de pensamientos y a experimentar pensamientos intrusos relacionados con comida.

5. Inventario de Supresión de Pensamientos Relacionados con el Peso y la Forma del Cuerpo (BWSI, $\alpha=.956$) (Anexo 4)

Otra variante del WBSI.(Peterson, 2008)

Objetivo: Evaluar la supresión de pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo.

Procedimiento: Las puntuaciones a cada ítem abarcan una escala de 1= “completamente en desacuerdo” hasta 5= “completamente de acuerdo”. Se selecciona una de las 5 respuestas ofrecidas de acuerdo al grado en que experimenten la supresión de pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo

Materiales: se utiliza un modelo en papel con las instrucciones y el lápiz.

Calificación: Se suman los puntos de cada ítem.

Interpretación: A mayor puntuación, existe una tendencia mayor a la supresión de pensamientos y a experimentar pensamientos intrusos relacionados con el peso y la forma del cuerpo.

6. Cuestionario de Ansias por la Comida como Rasgo (FCQ-T, $\alpha=.960$) (Anexo 5)

Es un cuestionario con 39 ítems. La evaluación de las ansias como rasgo de la personalidad presenta una división en nueve factores que miden: reforzamiento positivo; reforzamiento negativo; desencadenantes; sensación de hambre; preocupación por la comida, intenciones de comer, pérdida de control, afecto negativo y sentimientos de culpa.

Objetivo: Evaluar el nivel de ansias por la comida como rasgo de la personalidad. (Moreno, Rodríguez, Fernández, Tamez, & Cepeda-Benito, 2008)

Procedimiento: Las puntuaciones a cada ítem se ofrecen en una escala desde 1= “nunca o no se aplica a mi caso”, hasta 6= “siempre”. El sujeto responde cada ítem de acuerdo a esta escala.

Materiales: se utiliza un modelo en papel con las instrucciones y el lápiz

Calificación: Se suman los puntos de cada ítem.

Indicadores:

Anticipación de reforzador positivo: Ítems 9, 10, 15, 24,37

Anticipación de alivio o reforzador negativo: Ítems 16,19, 21

Desencadenantes: Ítems 34-36

Sensación de hambre: Ítems 11-14

Preocupación con la comida: Ítems 6, 8, 27, 28

Intenciones de comer: Ítems 5, 8, 23, 30, 31, 32

Pérdida de control: Ítems 2, 3, 22, 25, 26, 29

Afecto negativo: Ítems 20, 33

Sentimiento de culpa: Ítems 4, 7, 17

Interpretación: A mayor puntuación se deduce una tendencia mayor a presentar las ansias por la comida como rasgo personalógico.

7. Cuestionario de Ansias por la Comida como Estado. (FCQ-S, $\alpha=.947$)
(Anexo 6)

Lo constituyen 15 ítems adicionales del FCQ-T.

Objetivo: Evaluar el nivel de ansias por la comida como estado. (Moreno, Rodríguez, Fernández, Tamez, & Cepeda-Benito, 2008)

Procedimiento: Las puntuaciones a cada ítem se ofrecen en una escala desde 1= “fuertemente de acuerdo”, hasta 6= “fuertemente en desacuerdo”. El sujeto responde cada ítem de acuerdo a esta escala.

Materiales: se utiliza un modelo en papel con las instrucciones y el lápiz

Calificación: Se suman los puntos de cada ítem.

Indicadores:

Intenso deseo de comer: Ítems 1-3

Anticipación de reforzador positivo: Ítems 4-6

Anticipación de alivio: Ítems 7-9

Pérdida de control: Ítems 10-12

Hambre: Ítems 13-15

Interpretación: A mayor puntuación se deduce una menor tendencia a presentar las ansias por la comida como estado.

8. Cuestionario de Habilidad para el Control de Pensamientos (TCAQ; $\alpha=.825$)
(Anexo 7)

El test original contiene 25 ítems, pero solo se tomaron los 7 de mayor ajuste factorial al constructo y con calificación directa

Objetivo: Evalúa la habilidad que tienen las personas para controlar sus pensamientos o suprimirlos de forma exitosa.(Luciano, Algarabel, Tomás, & Martínez, 2005).

Procedimiento: Las puntuaciones a cada ítem abarcan una escala de 1= “completamente en desacuerdo” hasta 5= “completamente de acuerdo”. El sujeto responde cada ítem de acuerdo a esta escala.

Materiales: se utiliza un modelo en papel con las instrucciones y el lápiz

Calificación: Se suman los puntos de cada ítem.

Interpretación: A mayor puntuación, se deduce una mayor habilidad o éxito en el uso de la supresión de pensamientos.

9. Cuestionario de Control de Pensamientos (TCQ-r, $\alpha=.738$) (Anexo 8)

La supresión de pensamiento no es igualmente utilizada por todos los individuos. Wells y Davies (1994) señalan varias estrategias dentro de la supresión: Distracción (cognitiva: buscar imágenes positivas que sustituyan las intrusiones; conductual: realizar alguna actividad en lugar de pensar), Control social (preguntar a los amigos si tienen pensamientos similares), Preocupación (centrarse en otras preocupaciones), Castigo (críticas o castigos por tener esos pensamientos) y Reevaluación (poner en duda la importancia del pensamiento en cuestión) siendo las más usadas la distracción, el control social y la reevaluación. (Luciano, 2007) El cuestionario utilizado resulta una versión reducida (16 ítems) de la prueba original propuesta por Well y Davies (Luciano, et al., 2006).

Objetivo: Evaluar distintas estrategias para el control de pensamientos: distracción, control social, preocupación, castigo y reevaluación.

Procedimiento: Las puntuaciones a cada ítem abarcan una escala de 1= “nunca” hasta 4= “siempre”. El sujeto responde cada ítem de acuerdo a esta escala.

Materiales: se utiliza un modelo en papel con las instrucciones y el lápiz

Calificación: Se suman los puntos de los ítems que corresponden a cada estrategia.

Distracción: Ítems 1, 7,10, 12

Control Social: Ítems 8, 9, 15, 16

Preocupación: Ítems 3, 13

Reevaluación: Ítems 6, 11, 14

Castigo: Ítems 2, 4, 5

Interpretación: La estrategia de control de pensamientos que mayor puntuación posea, constituye la de más tendencia a ser utilizada por la persona cotidianamente.

10. Escala de Reacciones Emocionales y Conductuales a los Pensamientos Intrusos (EBR, $\alpha=.793$) (Anexo 9)

Consta de 7 ítems.

Objetivo: Evaluar las reacciones emocionales y conductuales a los pensamientos intrusos. (Berry, May, Andrade, & Kavanagh, 2010).

Procedimiento: Las puntuaciones a cada ítem abarcan una escala de 0= “nunca” hasta 4= “siempre”. El sujeto responde cada ítem de acuerdo a esta escala

Materiales: se utiliza un modelo en papel con las instrucciones y el lápiz

Calificación: Se suman los puntos de los ítem que corresponden a ambas reacciones.

Reacción Emocional: Ítems 1-4

Reacción Conductual: Ítems 3-7

Interpretación: A mayor puntuación, se entiende que el sujeto presenta una tendencia mayor a reaccionar emocional y conductualmente ante los pensamientos intrusos.

Métodos estadísticos

Los métodos estadísticos ejecutados a través del paquete SPSS versión 18 permitieron analizar las variables antes mencionadas en la muestra estudiada. Se realizaron comparaciones mediante ANOVA de 1 Factor para todas las variables a evaluar atendiendo a los niveles de agrupación del IMC, establecidos para el estudio (NP-SP-Ob). Las agrupaciones en subconjuntos homogéneos se realizaron mediante una exploración *post hoc* utilizando la prueba de Diferencias Honestamente Significativas (HSD) de Tukey. Por último, para evaluar la interacción entre las distintas variables que contribuyen al incremento del IMC se ejecutó un Árbol de Decisiones (CHAID). Se asumió como criterio para establecer diferencias significativas, valores de $P<.05$.

2.5 Operacionalización de variables.

Tabla 2. Definición operacional de las variables dependientes.

Variab les	Definición	Instrumento	Medición
Supresión de pensamientos (SP).	Intento consciente para evitar deseos, pensamientos, sentimientos, experiencias o problemas que producen malestar. Pueden dominar varios temas como la comida* o el peso-forma del cuerpo**	WBSI FTSI BWSI	Escala
Ciclo del peso	Historia de pérdida y ganancia de peso a través de la vida del individuo	WC	Escala
Control de pensamientos	Habilidad de controlar o suprimir, de manera exitosa, los pensamientos intrusos.	TCAQ+	Escala
	Estrategias de control o supresión exitosa de pensamientos: distracción, control social, preocupación, castigo y revaloración.	TCQ-r	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. Pueden manifestarse como un rasgo estable de la personalidad (T) o responder a elementos situacionales (S)	FCQ-T FCQ-S	Escala

Capítulo 3: Análisis de los resultados

El presente estudio se dirigió a la búsqueda de diferencias en cuanto a los pensamientos intrusos, las ansias y la supresión de pensamientos entre los grupos NP, SP y Ob. El análisis se organiza de acuerdo a las variables más importantes de la investigación.

3.1 Aspectos generales relacionados con el peso

Tabla 3. Características de la muestra estudiada resultado de la entrevista inicial.

Variable	Clase	#	%	Variable	Clase	#	%
IMC	NP	543	42.8	Método	Ninguno	341	27.4
	SP	526	41.4		-Comida	485	39.0
	Ob	200	15.8		+Ejercicios	251	20.2
Dieta Anterior	Si	513	40.4		Otros	35	2.8
	No	757	59.6		Combinados	132	10.6
Dieta actual	Si	105	8.3	Facilitadores	Comer +	418	32.9
	No	1165	91.7		"Picotear"	524	41.3
Práctica de ejercicios	Si	435	34.6		Ansiedad	124	9.8
	No	822	65.4		Otras	204	16.1
Total		1270	100	Total		1270	100

Legenda: NP= Peso normal; SP= Sobrepeso; Ob=Obeso; Método= Método para perder peso; Facilitadores= Situaciones que promueven incrementos del IMC.

Los resultados obtenidos a través de la entrevista inicial permiten tener una visión general acerca de aspectos relacionados con el peso en la muestra estudiada. De acuerdo al IMC, 543 personas tienen un peso normal (43%) constituyendo el grupo más numeroso, no muy distante de la cifra de personas con sobrepeso con 526 participantes (41%). Además participaron 200 obesos que cumplían con los criterios de inclusión del estudio (15.8%) del total de participantes.

El mayor número de participantes (60%) no han realizado una dieta con anterioridad, al igual que casi la totalidad de la muestra (92%) no se encontraba realizando una dieta en el momento de la evaluación. Ello parece ser congruente con el hecho de que el mayor número de los participantes son de peso normal, por lo que no existe la intención de realizar acciones como las dietas para reducir el peso corporal. En lo que respecta a la *práctica sistemática de ejercicios*, el 65% de la muestra manifiesta no realizarla.

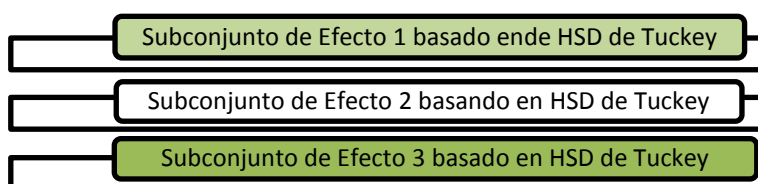
Entre los métodos más utilizados por los participantes para perder peso sobresalió con un 39% de reporte, *la ingestión de menores cantidades de comida* diariamente. Sin embargo le sigue con un 27% el *no realizar ningún método* y con un 20% el *aumento de la actividad física*. Es importante que se conozca que entre los métodos ubicados en la categoría *Otros* está: la cirugía, medicamentos, suplementos dietéticos, la terapia psicológica y terapias complementarias y alternativas.

Por último se indagó acerca de las conductas facilitadoras de la ganancia de peso donde resultó *picotear* la más frecuente para un 41%. Este término se utiliza para la acción de consumir alimentos regularmente fuera de los horarios de comida establecidos. En segundo lugar, se encontró la acción de *comer más de lo habitual* con un 33%. Luego le siguieron *otras conductas* con un 16% y la *ansiedad* con un 10%. Dentro de *otras conductas* se encuentra comer en respuesta a: sabor de los alimentos, presencia u olor de los alimentos, cansancio, estrés, celebraciones, etc.

Tabla 4. ANOVA de un factor. IMC, Ciclo del peso, Edad y Hrs frente a la TV atendiendo al IMC.

Variable	NP		SP		Ob		gl.	F	Sig.
	M	DE	M	DE	M	DE			
WC	6.688	2.713	7.834	3.554	8.270	3.753	2,1265	24.745	.000
Edad	25.72	10.36	35.79	12.34	41.50	10.97	2,1266	182.711	.000
Hrs/tv	3.02	2.724	2.79	2.673	3.08	2.684	2,1251	1.308	.271
IMC	22.07	1.846	27.31	1.393	32.80	2.380	2,1266	2394.465	.000

Leyenda: WC= Ciclo del peso; Hrs/TV = Cantidad aproximada de horas de televisión diarias; IMC=Índice de Masa Corporal



El ciclo del peso está constituido por fluctuaciones en el peso, sobre todo asociadas a la repetición de dietas, evaluado por Peterson (2008) a través de la historia de pérdida y ganancia de peso en el tiempo. La tabla 3 mostró diferencias atendiendo al IMC, donde las fluctuaciones en el peso fueron superiores tanto en sobrepesos como en obesos, lo cual se demuestra a partir de la prueba de HSD de Tuckey que realiza agrupaciones en subconjuntos homogéneos. Este resultado pudiera explicarse por la historia de dietas poco exitosas que suelen presentar las

personas con sobrepeso y obesas, que según estudios como el de Lillis, Hayes, & Levin (2011) la mitad del peso perdido se vuelve a ganar al año siguiente del tratamiento y, en un plazo de 3-5 años, el 80% de las personas retoman o exceden el peso inicial. El mantenimiento del peso a largo plazo parece ser el afectado, por factores como la adherencia y el procesamiento cognitivo con que las personas lidian con los pensamientos intrusos relacionados con la comida, las ansias de comer, y la supresión de ambos como estrategia de afrontamiento.

Con respecto a la edad, esta parece ser un factor contribuyente al IMC, existiendo diferencias marcadas respecto al IMC. (Ver Tabla 4) Ello pudiera constituir un indicador de que la tendencia al sobrepeso y la obesidad aumentan con el incremento de la edad, sobre todo en el tránsito de la juventud a la adultez media. Un grupo de factores que pudieran influir sobre esta variable pudieran ubicarse en la disminución de la práctica de ejercicios y el establecimiento de estilos de vida más sedentarios.

Dentro de los estilos de vida sedentarios uno de los factores que más influyen en la sobrealimentación lo constituyen las horas que la persona pasa frente al televisor. Sin embargo, para la muestra de la presente investigación no se observaron diferencias significativas entre los grupos de estudio. De hecho, si se comparan las medias obtenidas (Ver Tabla 4) estas resultaron inferiores a las encontradas en otros estudios. Por ejemplo, se ha demostrado que los adultos estadounidenses ven televisión cerca de 5 horas al día (Nielsen Company, 2009), considerándose ya más de 3 horas como una cifra que aumenta el riesgo de obesidad (Tucker & Bagwell, 1991).

Con relación al IMC los resultados se agruparon según las clasificaciones internacionales establecidas.

3.2 Supresión de pensamientos relacionados con la comida, el peso y la forma del cuerpo.

Los resultados obtenidos a partir de la comparación de las principales variables de la presente investigación con el IMC mostraron diferencias significativas en los grupos de estudio. (Ver Tabla 5)

Las ansias y la supresión de pensamientos relacionados tanto con el tema comida como el peso y la forma del cuerpo fueron superiores en los SP y Ob, diferenciándose estos significativamente de los índices de los NP, razón por la cual son agrupados en subconjuntos diferentes por la prueba HSD de Tuckey.

Ello pudiera indicar una recurrencia mayor de pensamientos intrusos relacionados con la comida en la vida cotidiana de las personas con sobrepeso y obesas, generando a su vez niveles altos de ansias por la comida, y el uso frecuente de la supresión como estrategia de afrontamiento. Por tanto, estos datos demuestran la influencia directa de los pensamientos intrusos, las ansias y la supresión de pensamientos en el control del peso corporal, que ha sido corroborado por varios estudios con anterioridad.

Tabla 5. Intrusiones, ansias, supresión de pensamientos relacionados tanto con temas de comida como con la forma del cuerpo y el peso atendiendo al IMC. (ANOVA)

Variable	NP		SP		Ob		gl.	F	Sig.
	M	DE	M	DE	M	DE			
FTSI	32.31	13.44	44.53	18.50	46.51	1.61	2,1266	91.422	.000
BWSI	32.16	14.77	46.53	19.52	49.05	20.73	2,1266	111.950	.000
FCrp	16.11	5.93	19.11	6.943	19.84	7.512	2,1263	37.025	.000
FCrn	8.389	3.775	10.36	4.427	10.25	4.815	2,1264	32.858	.000
FCd	11.93	5.149	16.11	6.556	16.43	6.046	2,1263	80.733	.000
FCh	16.08	4.820	17.77	5.118	17.85	5.188	2,1265	19.532	.000
FCpi	14.09	6.942	20.06	10.06	20.23	10.06	2,1264	71.595	.000
FCin	8.756	3.718	11.20	4.515	11.78	4.779	2,1265	60.214	.000
FCpc	16.12	6.876	22.58	8.700	23.84	8.754	2,1262	114.469	.000
FCan	9.642	4.726	12.25	5.701	12.50	5.998	2,1263	3.016	.000
FCul	6.544	3.836	9.883	4.597	10.21	4.979	2,1263	96.524	.000
IDC	11.24	5.228	10.80	6.089	11.58	5.940	2,1266	1.51	.204
R+	11.83	4.955	10.99	5.489	11.23	5.640	2,1266	3.415	.033
A.	13.64	4.604	11.82	5.480	12.39	5.536	2,1266	17.250	.000
PC	14.07	4.548	11.87	5.492	11.98	5.627	2,1266	27.845	.000
H	11.94	5.094	11.05	5.695	11.84	6.010	2,1266	3.793	.023

Legenda: FTSI= Supresión de Pensamientos relacionados con la Comida; BWSI=Supresión de Pensamientos relacionados con el Peso y la Forma del Cuerpo; FCrp= Anticipación de Reforzador Positivo; FCrn= Reforzador Negativo FCd= Desencadenantes; FCh= Sensación de Hambre; FCpi= Preocupación con Comida; FCin= Intenciones de Comer; FCpc= Pérdida de Control; FCan= Afecto Negativo; FCul=Sentimiento de Culpa; IDC=Intenso Deseo de Comer(situacional); R+= Anticipación

de Reforzador Positivo (situacional); A= Anticipación de Alivio (situacional); P. de Cont= Pérdida de Control (situacional); H= Sensación de Hambre(situacional).

Subconjunto de Efecto 1 basado en HSD de Tuckey

Subconjunto de Efecto 2 basado en HSD de Tuckey

Varios estudios sobre la supresión de pensamientos acerca del chocolate como comida clave (Erskine J. A., 2008; Erskine & Georgiou, 2010) han demostrado que el acto de suprimir conlleva un efecto rebote, tanto de pensamiento como conductual, favoreciendo la reaparición de los pensamientos intrusos, una elevación de los niveles de ansias por la comida clave, y finalmente su consumo. Ello es superior en los restrictores, que poseen los niveles más altos de supresión de pensamientos.

Los estudios de Soetens, Braet, & Moens (2008) también demostraron la ineffectividad de la supresión de pensamientos como estrategia de afrontamiento a los pensamientos intrusos y las ansias por la comida centrados en los restrictores. Además, alegan que es contraproducente y conlleva a preocupación por la comida.

La restricción alimentaria es una característica de los sobrepesos y obesos, quienes realizan intentos por limitar el consumo de comidas ricas en grasa o azúcares. Sin embargo, la mayoría de estas personas son restrictores no exitosos, porque no logran llevar su meta de dieta a la acción, expresándose por las fluctuaciones del peso, evidenciadas en la tabla 5. El pobre autocontrol de las personas con ansias por la comida que sufren las consecuencias del efecto rebote de la supresión de estos pensamientos, suele expresarse en forma de atracones o picoteo, aspecto que ha sido demostrado en estudios actuales. (Ej Barnes, Masheb, & Grilo, 2011).

3.3 Ansias por la comida situacionales y ansias por la comida como rasgo

Los niveles altos de ansias por la comida que se presentaron en individuos SP y Ob del presente estudio (Tabla 5) permiten confirmar la presencia de este estado tanto como rasgo de la personalidad como situacional. Estos individuos suelen justificar la necesidad de comer por los falsos estados de ánimo positivos que el acto promueve o estados emocionales negativos que alivia.

Los participantes, demostraron presentar ansias fisiológicas, a partir de las cuales sienten una sensación de hambre, aunque se haya ingerido alimentos recientemente. Ello ha sido demostrado por Timmerman & Gregg (2003) a partir del término “privación psicológica” que caracteriza a los llamados restrictores o personas que realizan dietas.

La apariencia de la comida (Burger, Cornier, Ingebrigtsen, & Johnson, 2011; Papies, Stroebe, & Aarts, 2008) o la imaginación tanto de la comida como del propio acto de comer (Andrade, J, Pears, Maya, & Kavanagh, 2012) aumentan las ansias, sobre todo en individuos con sobrepeso y obesos, aspectos evidenciados en la muestra estudiada.

Otro factor que parece aumentar las ansias por la comida en los SP Y Ob de la muestra estudiada, son los estados emocionales negativos como la ira, la depresión, la ansiedad y el estrés corroborado por estudios anteriores. (Ej. Evers, Stok, & de Ridder, 2010) Este resultado es congruente con lo afirmado por los participantes que hicieron referencia a la ansiedad como uno de los estados emocionales que favorece el consumo de comida. Estudios como el de Teixeira y colaboradores (2010) han determinado como predictor de una sustancial pérdida de peso, el bajo “comer emocional”.

Estos pensamientos intrusos que afloran en la mente con mayor frecuencia en los SP y Ob, generan en el individuo una planeación constante de los modos de satisfacción de su deseo de comer las comidas clave. La estrategia de afrontamiento que expresaron utilizar con más frecuencia para lidiar con estos pensamientos es el acto de suprimirlos, lo cual solo favorece el incremento de los pensamientos intrusos, las ansias y un mayor consumo de la comida clave.

Una característica común de las personas con ansias por la comida que se evidenció en la muestra estudiada es el sentimiento de culpa después del consumo. De ello se deriva una mayor insatisfacción con el peso corporal, lo que puede demostrarse a partir de los altos niveles de supresión de pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo en los SP y Ob de la muestra.

Los niveles altos de insatisfacción con el peso corporal que presentan las personas con sobrepeso y obesas han quedado demostrados en investigaciones

anteriores. (Ej. Lattimore & Hutchinson, 2010; Mikolajczyk et al., 2010) La internalización del ideal de belleza de la delgadez parece ser uno de sus determinantes (Darlow & Lobel, 2010) haciendo a las personas vulnerables a problemas de autoestima y frustración (Puhl & Latner, 2007) por la diferencia entre el peso real y el esperado socialmente.

3.4 Pensamientos intrusos y supresión de pensamientos de temas generales

La supresión de pensamientos constituye, como anteriormente se ha afirmado, la estrategia de afrontamiento a los pensamientos intrusos más utilizada por SB y Ob. (Tabla 6) Esta tendencia crónica explica en sí misma tanto la frecuencia de aparición de los pensamientos intrusos como el uso de la supresión en la vida cotidiana. En la muestra estudiada, se apreció un aumento de los niveles de supresión de pensamientos así como una frecuencia alta de aparición de pensamientos intrusos en correspondencia con el aumento del IMC. La tendencia al uso de la supresión de pensamientos generales en la vida cotidiana, ha encontrado niveles altos en otros estudios. (Soetens, Braet, & Moens, 2008; Soetens & Braet, 2006)

Sin embargo, todas las personas no presentan la misma habilidad para controlar sus pensamientos. Para la muestra, se identificaron diferencias significativas entre los NP y los SP, donde estos últimos resultaron los que menor habilidad para el control de los pensamientos presentan, lo cual indica una tendencia en estas personas a experimentar con mayor frecuencia el efecto rebote. Los Ob se mostraron traslapados por la prueba HSD de Tuckey ubicados en los dos subgrupos a la vez, lo cual indica un límite difuso para la clasificación y una habilidad inestable para suprimir. Este hecho pudiera explicar diferencias en cuanto a la habilidad para suprimir en los distintos grados de Ob existentes (Grado I: 30.0–34.9 kg/m², Grado II: 35.0–39.9 kg/m²), pero que no fueron analizados de forma separada en el presente trabajo.

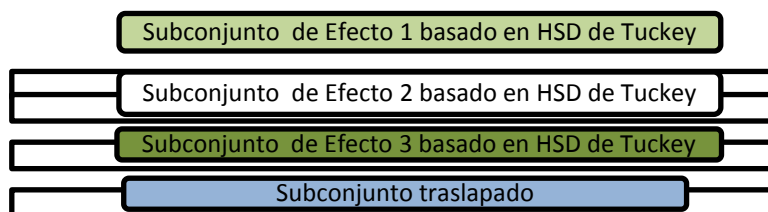
Por otra parte, se encontraron diferencias individuales en el uso de distintas estrategias de supresión. Estas son la distracción, el control social, la preocupación, la reevaluación y el castigo. En este estudio aparecieron la distracción y el control social sin diferencias significativas de acuerdo al IMC. El castigo tampoco mostró diferencias significativas, y llama la atención que los SP se encuentran traslapados,

posición que lo ubica con límites difusos entre las otras dos categorías de peso. Sin embargo, existieron diferencias en cuanto a la preocupación y la reevaluación. La primera, es la estrategia más utilizada por los SP y Ob y la segunda presenta la frecuencia más alta en Ob.

Tabla 6. Intrusiones, supresión de pensamientos, y estrategias de control de pensamientos y reacciones emocionales y conductuales a los pensamientos intrusos, relacionados con temas generales atendiendo al IMC. (ANOVA)

Variable	NP		SP		Ob		gl.	F	Sig.
	M	DE	M	DE	M	DE			
WBSI	50.58	12.743	54.60	14.20	56.05	14.63	2,1214	15.453	.000
PI	26.03	7.850	27.80	7.80	28.39	8.39	2,1214	9.204	.000
SU	25.02	6.989	26.98	7.36	27.96	7.88	2,124	15.073	.000
TCQd	11.25	2.781	11.20	2.869	11.62	2.897	2,1265	1.660	.191
TCQcs	8.517	2.262	8.258	2.881	8.255	2.387	2,1266	1.607	.201
TCQp	4.340	1.422	4.893	1.641	4.975	1.786	2,1265	20.864	.000
TCQr	7.595	2.122	7.866	2.404	8.445	2.354	2,1264	10.185	.000
TCQc	5.121	2.252	5.482	2.601	5.565	2.647	2,1266	3.846	.022
TCAQ	23.20	5.911	22.00	6.828	22.96	7.320	2,1266	4.798	.008
ER	4.834	3.420	6.230	3.559	6.715	4.160	2,1266	29.288	.000
BR	4.808	2.656	5.135	2.904	5.495	3.426	2,1266	4.483	.011

Legenda: WBSI= Tendencia a la Supresión de pensamientos General; PI= Factor de frecuencia de aparición de pensamientos intrusos; SU= Factor específico de uso de la Supresión; TCQd= Distracción; TCQcs= Control Social; TCQp= Preocupación; TCQr= Reevaluación; TCQc= Castigo; TCAQ=Habilidad para el control de pensamientos; ER= Reacciones emocionales a los PI; BR= Reacciones conductuales a los PI



Este resultado se contrapone a evidencias anteriores donde se han asociado la preocupación y la revaloración a trastornos psicopatológicos, constituyendo la distracción la principal estrategia puesta en práctica por las personas sanas. (Ej. Amir et al., 1997) Desde este punto de vista, la distracción debería ser la estrategia más utilizada para la muestra estudiada. Sin embargo, un estudio más reciente (McKay & Greisberg, 2002) comprobó que el control social y la revaloración son las

estrategias más funcionales y adaptativas y el castigo y la preocupación las estrategias más disfuncionales y desadaptativas para el individuo. En dependencia de cómo se suprima el pensamiento, este se extinguirá o aumentará su frecuencia, duración, intensidad y molestia, llevando al individuo a ser más proclive a padecer determinados trastornos psicopatológicos. (Luciano, 2007) Si se toma como referencia el segundo de los estudios referenciados, los Ob vendrían a utilizar una de las estrategias más funcionales: la reevaluación. Sin embargo, lo relevante resulta de la utilización de una estrategia disfuncional: la preocupación por los SP y Ob de la muestra. Esto último pudiera dar al traste con un rebote mayor de los pensamientos indeseados que se entrometen en la mente causando malestar.

Las reacciones emocionales y conductuales a los pensamientos intrusos constituyen la causa por la que los individuos realizan intentos para eliminarlos de la mente, y hacen uso de estrategias poco efectivas como la supresión de pensamientos. Entre las reacciones emocionales que mide la Escala EBR está la ansiedad, irritabilidad, o sensación de descontrol. Las reacciones emocionales son superiores en los SP y Ob, lo cual puede estar relacionado con la frecuencia e intensidad de aparición de los pensamientos intrusos en estas personas, cuestión declarada anteriormente. Parece ser que en los SP y Ob las características de los pensamientos intrusos de ser molestos, indeseados y recurrentes suelen adoptar niveles mayores, dando al traste con emociones negativas.

Por otra parte, entre las reacciones conductuales se encuentran: dificultades en la concentración de la atención, el impulso a la acción, o una interferencia con el buen desempeño de las actividades cotidianas. Estas no muestran diferencias marcadas de acuerdo al IMC, aunque se aprecia a los SP traslapados entre los subgrupos de NP y Ob. Al igual que en casos anteriores, esta variabilidad pudiera explicarse a través de diferencias en cuanto a los distintos grados de sobrepeso existentes. (Grado I: 25-26,9 kg/m² y Grado II: 27-29.9 kg/m²)

3.5 Diferencia entre los métodos para perder peso, la ejecución de dietas con anterioridad y la práctica sistemática de ejercicios con las categorías de acuerdo al IMC.

El árbol de decisiones (Figura 1), fue la prueba que se utilizó para analizar la relación existente entre algunas variables nominales con el IMC arrojando resultados

valiosos para la presente investigación. La prueba realiza una interacción principal con algunas variables, luego cada variable interacciona a su vez con otra, y así sucesivamente, según las interacciones que aparezcan entre cada una de ellas.

Se constató una primera interacción del IMC con los métodos utilizados por las personas para perder peso. Parecen existir variaciones en el IMC dependiendo del método que se utilice.

Primeramente se apreció una interacción con los métodos *Menos comida*, *Otros* y *Combinaciones*. Estos métodos parecen ser los más utilizados por los Ob (149/ 200), y en segundo lugar por los Sb (350/526). Por una parte resulta lógico que los NP no realicen acciones en pos de la reducción del peso, ya que no constituye una meta para el individuo. En el sentido opuesto, se justifica que los SP y Ob sean los que mayor cantidad de métodos pongan en práctica. Estos son los que poseen mayores niveles de insatisfacción con el peso debido a la presión social de seguir el patrón de belleza de la delgadez, elemento referenciado con anterioridad. Además la obesidad está aparejada a una amplia gama de enfermedades cuya frecuencia se duplica a medida que el IMC aumenta, demostrándose en varios estudios (Moore et al., 2011), constituyendo una motivación y una necesidad para el individuo obeso, el de realizar acciones en pos de la reducción del peso. A su vez, la amplia gama de métodos que suelen utilizar los obesos se explica por la pobre eficacia de los tratamientos para reducir el peso corporal, que no logran mantener la pérdida de peso a largo plazo, supérandose a veces el peso perdido en poco tiempo. (Ayyad & Anderson, 2000; Lillis, Hayes, & Levin, 2011).

Otra interacción resultó de la puesta en práctica de los métodos anteriores y la *realización de una dieta con anterioridad*. De los individuos que ponen en práctica estos métodos, los NP constituyen los que en mayor medida manifiestan no haber realizado una dieta con anterioridad (84/179). Sin embargo las cifras aumentan con el IMC, siendo mayor en los SP (206 /350) y aun mayor en los Ob (91/149). Ello resulta congruente con el hecho anteriormente planteado de que son los sobrepesos y obesos, los que más suelen realizar métodos para la reducción del peso, sobre todo las dietas.

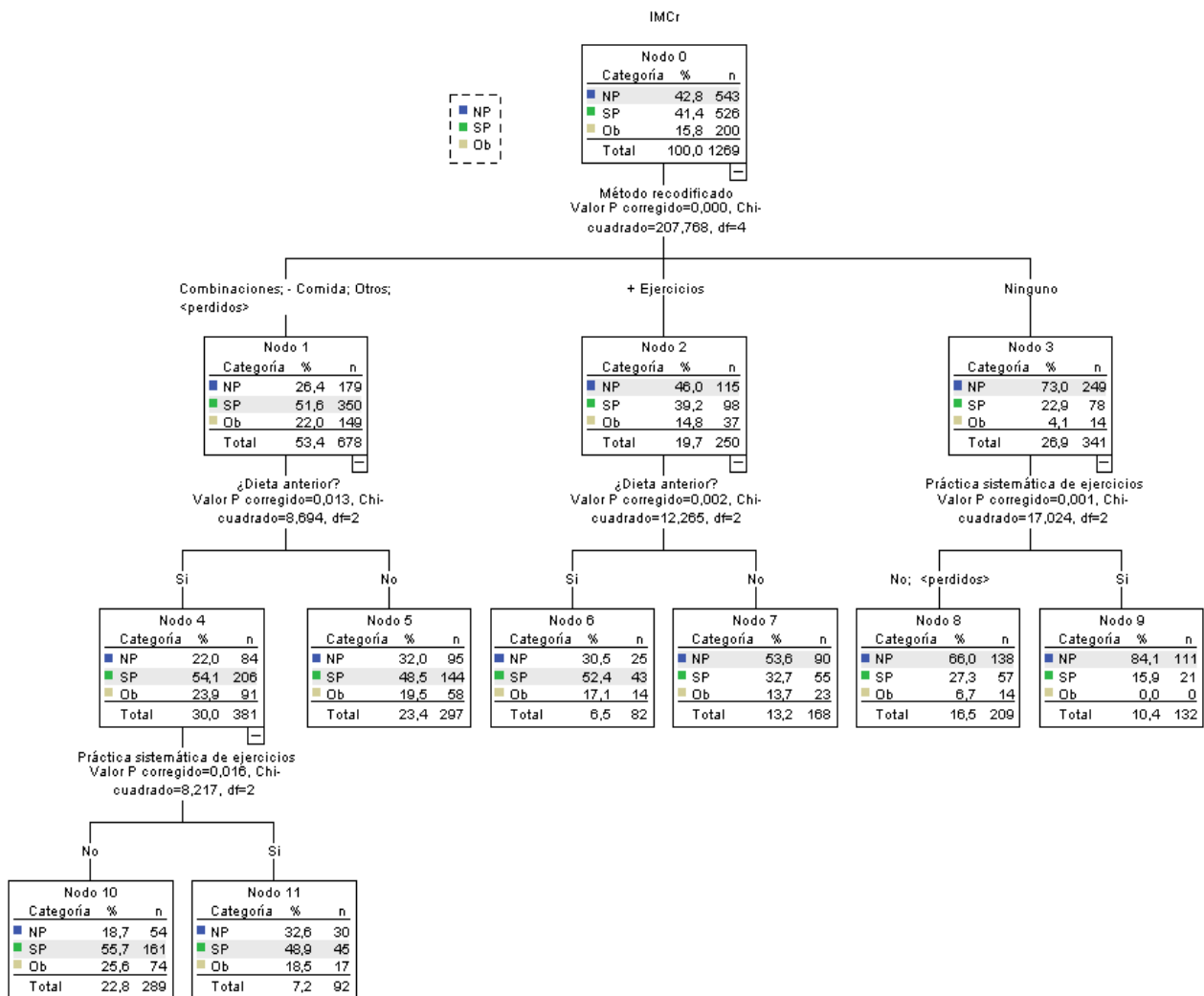


Figura 1. Método para perder peso, ejecución de dietas con anterioridad y práctica sistemática de ejercicios atendiendo al IMC. (Árbol de decisiones)

Los estilos de vida poco saludables que determinan el pobre control del peso en sobrepesos y obesos, quedaron demostrados a través del hecho de que casi la totalidad de los Ob (74/91) y SP (45/206) que ponen en práctica distintos métodos de reducción de peso incluyendo las dietas, no realizan ejercicio físico sistemáticamente.

Otra de los métodos para perder peso en relación directa con el IMC lo constituyó el método de *realizar más ejercicio físico*. Paradójicamente, son los Ob (37/200) los que practican más ejercicios en pos de la reducción del peso, sin embargo estas cifras no resultan significativas en los participantes, lo que indica que este método no es muy utilizado. Resulta interesante que la mayoría de los NP, SP y Ob que

aumentan la actividad física para reducir su peso, no han realizado dietas con anterioridad. Ello pudiera marcar una tendencia conductual en el control del peso, en la cual las personas que realizan dietas como método de reducción del peso corporal, no suelen practicar el ejercicio físico como método asociado, y los que realizan dietas suelen estimar solo al ejercicio físico como el mejor de los métodos. En fin, no se usa la combinación de ambos métodos en el control del peso.

Otra interacción resultó de la variable *no realizar ningún método* con el IMC. En correspondencia con lo anteriormente encontrado, los NP son los que mayores cifras ostentan (249/543), elemento coherente con el hecho de no presentar la meta de la reducción del peso. Sin embargo, lo contrario sucede con los Ob donde muy pocos se mantienen al margen de la meta de reducción del peso (14/200), cuestión que puede ser fomentada por los niveles altos de insatisfacción con el peso y la forma del cuerpo presentes en estos individuos. Resulta esperado entonces que la práctica sistemática de ejercicios en los individuos que no realizan ningún método para reducir el peso corporal se encuentre afectada. En los Ob, no se manifiesta la incorporación del ejercicio físico a la vida cotidiana (0/14) y los SP (21/78) y NP (11/249) presentan cifras bajas.

Análisis integrador de los resultados

El incremento del sobrepeso y la obesidad se asoció con el aumento de la edad en la muestra estudiada, sobre todo en el tránsito de la juventud a la adultez media. Un grupo de factores que pudieran influir sobre esta relación pudieran ubicarse en la disminución de la práctica de ejercicios y el establecimiento de estilos de vida más sedentarios.

La cantidad de horas que las personas pasan frente a la televisión resulta otro factor que se ha relacionado con la sobrealimentación en diversos estudios. En el presente estudio, las horas que las personas pasan frente al televisor no constituyeron una medida del grado de sedentarismo, ni de la vulnerabilidad de los individuos a comer exageradamente, debido a que son poco significativas en comparación con otros estudios a nivel mundial. (Ej. (Kozey-Keadle et al., 2012; Nielsen Company, 2009; Tucker & Bagwell, 1991). Sin embargo, la acción de “picotear” (expresión referida a la ingestión regular de comidas fuera de los horarios establecidos) constituyó la conducta que más favorece la ganancia de peso según lo referido por los participantes. Otras conductas encontradas fueron: comer más de lo habitual, comer en respuesta al olor o sabor de los alimentos y en respuesta al estrés, la ansiedad y el cansancio. Otro aspecto relacionado con los estilos de vida saludables lo constituye la práctica sistemática de ejercicios, que es nula en la mayoría de los participantes, sobre todo en SP y Ob. Ello es congruente con estudios como el de Bolaños (2010) que refiere que más de la mitad de las personas con sobrepeso y obesas son sedentarias.

Del número reducido de individuos NP, SP y Ob que aumentan la actividad física para reducir su peso, la mayoría refieren no haber realizado dietas con anterioridad. Ello marca una tendencia conductual a la anulación de una de las dos, donde pudiera ser que las personas que realizan dietas como método de reducción del peso corporal, no suelen valorar el ejercicio físico como método asociado, y los que no realizan dietas suelen estimar solo al ejercicio físico como el mejor de los métodos.

Entre los métodos para perder peso más utilizados por los participantes en el enfrentamiento al sobrepeso sobresalió la ingestión de menores cantidades de

comida diariamente. La ejecución de dietas no forma parte del estilo de vida de la mayor parte de la muestra. Asimismo, la mayor parte de la muestra no ha realizado dietas con anterioridad. Sin embargo, es válido aclarar que el mayor número de participantes es NP, por lo que no existe la intención de realizar acciones como las dietas para reducir el peso corporal.

Vale destacar que los SP y Ob constituyen los que suelen poner en práctica más cantidad de métodos para la reducción del peso, incluyendo las dietas. Ello puede estar dado porque los sobrepesos y obesos son los que más insatisfacción con el peso poseen debido a la presión social por seguir el patrón de belleza de la delgadez. Además, la obesidad está aparejada a una amplia gama de enfermedades cuya frecuencia se duplica a medida que el IMC aumenta, (Moore et al., 2011) por lo que constituye una motivación y una necesidad realizar acciones en pos de la reducción del peso para el individuo sobrepeso y obeso. La amplia gama de métodos que suelen utilizar los obesos se explica por la pobre eficacia de los tratamientos para reducir el peso corporal, sobre todo las dietas, que no logran mantener la pérdida de peso a largo plazo, superando a veces el peso perdido en poco tiempo, como se ha evidenciado en varias investigaciones. (Ej. Ayyad & Anderson, 2000; Lillis, Hayes, & Levin, 2011.

Esta historia de dietas poco exitosas que suelen presentar las personas SB y Ob, por lo cual se les llama “restringidos no exitosos”, se expresa también a partir de las fluctuaciones en el peso evidenciadas en la muestra. El mantenimiento del peso a largo plazo parece encontrarse afectado por factores como la adherencia y el procesamiento cognitivo con que las personas lidian con los pensamientos intrusos relacionados con la comida, las ansias de comer, y la supresión de ambas como estrategia de afrontamiento.

Los pensamientos intrusos, las ansias y la supresión de pensamientos relacionados tanto con el tema comida como el peso y la forma del cuerpo se mostraron superiores en los SP y Ob, diferenciándose significativamente de los índices de los NP. Ello pudiera indicar una recurrencia mayor de pensamientos intrusos relacionados con la comida en los SP y Ob, generando a su vez niveles altos de ansias por la comida, y el uso frecuente de la supresión como estrategia de afrontamiento. Por tanto, estos datos revelan la influencia directa de las intrusiones,

las ansias y la supresión de pensamientos en el control del peso corporal, que ha venido a corroborar resultados de estudios anteriores.

Los niveles altos de ansias por la comida que se presentan en los individuos con sobrepeso y obesidad permiten afirmar la presencia de este estado tanto como rasgo de la personalidad como situacional. Resultados similares están presentes en estudios como el de (White et al., 2002). Estos individuos suelen justificar la necesidad de comer por falsos estados de ánimo positivos que el acto promueve o estados emocionales negativos que alivia.

Los participantes, demostraron presentar ansias fisiológicas, a partir de la cual sienten una sensación de hambre, aunque se haya ingerido alimentos hace muy poco. Ello ya había sido demostrado a partir del término “privación psicológica” que caracterizaba a los llamado restrictores o personas que realizan dietas. (Timmerman & Gregg, 2003) Las ansias contribuyen a que estas personas se muestren vulnerables a comer ante la apariencia de la comida (Ej. Burger, Cornier, Ingebrigtsen, & Johnson, 2011; Papiés, Stroebe, & Aarts, 2008) o la imaginación del propio acto de comer (Ej. Andrade, J, Pears, Maya, & Kavanagh, 2012), aspecto evidenciado también en la entrevista inicial donde se indagaba sobre los facilitadores de la ganancia de peso. El ambiente obesogénico que predomina en la actualidad, pone a disposición de los individuos comidas ricas en grasas y azúcares constituyendo un factor negativo para las personas sobrepeso y obesas, evidenciado en varios estudios. (Calle et al., 2003; Delbono et al., 2009; Hurt et al., 2011).

Otro factor que suele aumentar las ansias por la comida en los SP Y Ob de la muestra estudiada, son los estados emocionales negativos. Este resultado es congruente con lo afirmado por los participantes los cuales refirieron a la ansiedad, el estrés y el cansancio como estados emocionales que favorecen el consumo de comida. El “comer emocional” es un fenómeno que cuenta ya con evidencias científicas que lo reconocen como un factor negativo para el control del peso y el mantenimiento del peso a largo plazo. (Ej. Evers, Stok, & de Ridder, 2010; Teixeira et. al, 2010)

Los pensamientos intrusos que afloran en la mente en los SP y Ob, genera en los individuos una planeación constante de los modos de satisfacción de su deseo de comer las comidas clave. La estrategia de afrontamiento que expresaron utilizar con

más frecuencia para lidiar con ello fue el acto de suprimir el pensamiento, el cual exagera los pensamientos intrusos, las ansias y favorece un mayor consumo de la comida clave. Esto resulta congruente con los estudios realizados acerca del rebote irónico, sobre todo en los restrictores. (Ej. Erskine J. A., 2008; Erskine & Georgiou, 2010; Soetens, Braet, & Moens, 2008) A partir de los resultados obtenidos en la investigación, se reafirma la supresión como una estrategia ineficaz en el control de los pensamientos intrusos.

La restricción alimentaria es una característica de los sobrepesos y obesos, quienes realizan intentos por limitar el consumo de comidas ricas en grasa o azúcares. Sin embargo, la mayoría de estas personas son restrictores no exitosos, porque no logran llevar su meta de dieta a la acción, elemento que se corrobora para la muestra por las fluctuaciones en el peso existentes en SP y Ob. El pobre autocontrol de las personas con ansias por la comida que, sufren las consecuencias del efecto rebote de la supresión de estos pensamientos, suele expresarse a través de atracones o picoteo, ambas formas de sobrealimentación, presente en la muestra estudiada (Ej Barnes, Masheb, & Grilo, 2011).

Otra característica común de las personas con ansias por la comida es el sentimiento de culpa después del consumo que aparece en los SP y Ob de la muestra. Ello lo determina la historia de dietas que fracasan, que solo favorecen una mayor insatisfacción con el peso corporal, cuestión que puede demostrarse a partir de los altos niveles de supresión de pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo para la muestra estudiada. Los niveles altos de insatisfacción con el peso corporal que presentan las personas con sobrepeso y obesas han sido demostrados en varios estudios (Ej. Lattimore & Hutchinson, 2010; Mikolajczyk et al., 2010). La internalización del ideal de belleza promotor de la delgadez se considera uno de sus determinantes (Darlow & Lobel, 2010) haciendo vulnerables a las personas a presentar problemas de autoestima y frustración (Puhl & Latner, 2007) por la diferencia entre el peso real y el esperado socialmente.

La supresión de pensamientos constituye la estrategia de afrontamiento a los pensamientos intrusos más utilizada por SP y Ob. Esta tendencia crónica explica en sí misma tanto la frecuencia de aparición de los pensamientos intrusos como el uso de la supresión en la vida cotidiana. Los SP y Ob constituyen los individuos que con

mayor frecuencia se ven asediados por pensamientos intrusos y hacen un mayor uso de la supresión en el afán de lidiar con ellos, como lo evidencian varias investigaciones. (Soetens, Braet, & Moens, 2008; Soetens & Braet, 2006)

Los NP son los que mejor habilidad presentan para el control de sus pensamientos. Parece ser que los NP suelen experimentar con menor frecuencia el efecto rebote de la supresión. En contraposición, los SP y Ob suelen experimentarlo más y ser menos hábiles suprimiendo, lo cual se explica por la alta frecuencia de aparición de pensamientos intrusos en su vida cotidiana.

En la muestra estudiada, tanto SP y Ob semejan en el uso de una de las estrategias de control de pensamientos más disfuncionales: la preocupación. Estudios (Ej. Amir et al., 1997) con trastornos psicopatológicos como el trastorno obsesivo compulsivo han demostrado a la preocupación como estrategia más frecuentemente utilizada. En los SP y Ob pudiera ocasionar un rebote mayor de los pensamientos indeseados que aparecen en la mente causando malestar. Un resultado interesante indica que los Ob suelen utilizar también una de las estrategias más funcionales: la reevaluación. Esto pudiera mostrar diferencias individuales para los obesos en lo que respecta a estrategias para suprimir, pudiendo encontrarse las respuestas en los distintos grados de obesidad, por lo que se recomienda su estudio posterior.

Los SP y los Ob presentan reacciones emocionales a los pensamientos intrusos a niveles altos en comparación con los NP. Ello puede estar relacionado tanto con la frecuencia como con la intensidad con que aparecen los pensamientos intrusos en estas personas, cuestión declarada anteriormente. Parece ser que en los SP y Ob las características de los pensamientos intrusos de ser molestos, indeseados y recurrentes suelen adoptar niveles mayores, provocando emociones negativas. Similarmente, las reacciones conductuales son mayores en Ob, mostrándose los SP con variabilidad, lo cual también pudiera explicarse a través de diferencias entre los distintos grados de sobrepeso existentes.

La información obtenida como resultado de la presente investigación indicó diferencias entre NP, SP y Ob sobre los pensamientos intrusos, las ansias relacionadas con la comida y la supresión de pensamientos.

Conclusiones

- Los SP constituyen una población riesgo, dado que el procesamiento de las ansias de comer, tanto *situacionales* como *rasgo*, así como el elevado uso de la supresión de pensamientos relacionados resultó el mismo que para los Ob. Las diferencias encontradas con los NP sugieren que el procesamiento deficitario de las ansias de comer y un mayor deseo de suprimirlas constituyen factores necesarios para el incremento sostenido del IMC.
- En la muestra estudiada fueron hallados un grupo de indicadores que, en su interacción pueden contribuir sustancialmente al incremento del peso. Fueron observados un predominio de estilos de vida sedentarios donde no se realiza una práctica sistemática de ejercicios, la ingestión regular de alimentos fuera de los horarios establecidos y, por último, comer en exceso durante los mismos.
- De forma general puede afirmarse que SP y Ob poseen un procesamiento de las ansias por la comida y su supresión que los diferenció de los NP, pues los dos primeros mostraron:
 1. Mayor utilización de la supresión de pensamientos, tanto sobre temas generales como relacionados con la comida o peso-forma del cuerpo.
 2. Mayor *preocupación* como estrategia de control de pensamientos.
 3. Mayores reacciones emocionales ante las intrusiones.
 4. Elevados indicadores de ansias por la comida, ya sea como rasgo de personalidad o de forma situacional.
 5. No fueron encontrados indicadores para los SP que permitan distinguirlos de los Ob en relación a las ansias por la comida y su supresión, pero fueron establecidas claras diferencias entre ambos grupos con los NP.

Recomendaciones

1. Deben realizarse nuevos estudios con muestras más homogéneas con respecto al género y color de la piel.
2. Evaluar el comportamiento de estas variables en poblaciones con enfermedades crónicas que impliquen una restricción permanente de alimentos altamente deseables o en individuos con obesidad mórbida.
3. Los hallazgos presentados deben ser tenidos en cuenta para la elaboración de técnicas o estrategias que pretendan lograr el control de las ansias por comer y la supresión de pensamientos relacionados.

Bibliografía

- Akbarbartoori, M., Lean, M., & Hankey, C. (2006). Smoking combined with overweight or obesity markedly elevates cardiovascular risk factors. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, *13*, 938–946.
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 775-777.
- Andrade, J, Pears, S., Maya, J., & Kavanagh, D. (2012). Use of a clay modeling task to reduce chocolate craving. *Appetite*, *58*, 955–963.
- Armendares, S. (1991). La herencia de la obesidad. Evidencia epidemiológica. *Rev Invest Clin*, *43*, 269-275.
- Arppe, T., Mäkelä, J., & Väänänen, V. (2011). Living food diet and veganism : Individual vs collective boundaries of the Forbidden. *Social Science Information*, *50*(2), 275-297.
- Arrebola, E., Gómez-Candela, C., Fernández-Fernández, C., Loria, V., Muñoz-Pérez, E., & Bermejo, L. (2011). Evaluation of a Lifestyle Modification Program for Treatment of Overweight and Nonmorbid Obesity in Primary Healthcare and Its Influence on Health-Related Quality of Life. *Nutrition in Clinical Practice*, *26*(3), 316-321.
- Ayyad, C., & Anderson, T. (2000). Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: A systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity Reviews*, *1*, 113-119.
- Barnes, R., & White, M. (2010). Psychometric Properties of the Food Thought Suppression Inventory in Men. *Journal of Health Psychology*, *15*(7), 1113-1120.
- Barnes, R., Fisak, B., & Tantleff-Dunn, S. (2009). Validation of the Food Thought Suppression Inventory. *Journal of Health Psychology*, *15*(3), 373-381.

- Barnes, R., Masheb, R., & Grilo, C. (2011). Food thought suppression: A matched comparison of obese individuals with and. *Eating Behaviors*, 12, 272-276.
- Baumeister, R., Heatherton, T., & Tice, D. (1994). *Losing control: How and why people fail at self regulation*. San Diego: Academic Press.
- Berry, L.-M., May, J., Andrade, J., & Kavanagh, D. (2010). Emotional and Behavioral Reaction to Intrusive Thoughts. *Assessment*, 17(1), 126-137.
- Bish, C. L., Blanck, H. M., Serdula, M. K., Marcus, M., Kohl, H. W., & Khan, L. W. (2005). Diet and physical activity behaviors among Americans trying to lose weight: 2000. *Obesity Research*, 13(3), 596-607.
- Bolaños, K. (2010). *El sobrepeso en relación a un estilo de vida sedentario*. Universidad del Valle de México.
- Braguinsky, J. (2002). Prevalencia de obesidad en América Latina. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(1), 109-115.
- Brinks, J., & Franklin, B. (2011). Suboptimal Exercise Compliance: Common Barriers to an Active Lifestyle and Counseling Strategies to Overcome them. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(1).
- Brochu, P., Gawronski, B., & Esses, V. (2011). The integrative prejudice framework and different forms of weight prejudice : An analysis and expansion. *Group Processes Intergroup Relations*, 14(3), 429-444.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Burger, K., Cornier, M., Ingebrigtsen, J., & Johnson, S. (2011). Assessing food appeal and desire to eat: the effects of portion size & energy density. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 101.
- Byrne, S. (2002). Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1029-1036.

- Calle, E., Rodríguez, C., Walker-Thurmond, K., & Thun, M. (2003). Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *Engl J Med*, *348*(17), 1625-1638.
- Cannon, C., & Kumar, A. (2009). Treatment of overweight and obesity: lifestyle, pharmacologic, and surgical options. *Clin Cornerstone*, *9*, 55-68.
- Cepeda-Benito, A., & Gleaves, D. (2001). A critique of food craving research: Theory, measurement, food intake. En *Food Craving and Adiction* (págs. 1-12). Surrey, U.K: Leatherhead.
- Cheskin, L., Mitchel, A., Jhaveri, A., Mitola, A., Davis, L., Lewis, R., y otros. (2008). Efficacy of Meal Replacements Versus a Standard Food-Based Diet for Weight Loss in Type 2 Diabetes : A Controlled Clinical Trial. *The Diabetes Educator*, *34*(1), 118-127.
- Chiou, W.-B., Yang, C.-C., & Wan, C.-S. (2011). Ironic Effects of Dietary Supplementation : Illusory Invulnerability Created by Taking Dietary Supplements Licenses Health-Risk Behaviors. *Psychological Science*, *20*(2), 1-6.
- Christensen, J., Faber, A., Ekner, D., Overgaard, K., Holtermann, A., & Sogaard, K. (2011). Diet, physical exercise and cognitive behavioral training as a combined workplace based intervention to reduce body weight and increase physical capacity in health care workers- a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, *11*, 671.
- Chung, S.-C., Bond, E., & Jarrett, M. (2010). Food Intake Changes Across the Menstrual Cycle in Taiwanese Women. *Biological Research for Nursing*, *12*(1), 37-46.
- Clark, D., & Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in non clinical individuals: Implications for clinical disorders. En D. Clark, & S. Rhyno, *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research and Treatment* (págs. 1-29). New York: Guilford Press.

- Darlow , S., & Lobel, M. (2010). Who is beholding my beauty? Thinness ideals, weight, and women responses to appearance evaluation. *Sex roles*, 63, 833-843.
- de la Osa, J. (30 de marzo de 2012). Nacemos o nos hacemos obesos? *Granma*, pág. 3.
- Delbono, M., Chaftare, Y., Pérez, L., Pisabarro, R., Nigro, S., Irrazábal, E., y otros. (2009). *Manual Práctico de Obesidad en el adulto*. Obtenido de Cardiosalud:
http://www.cardiosalud.org/publicaciones/manual_obesidad/obesidad_manual.pdf.
- Denzler, M., Forster, J., Liberman, N., & Rozenman, M. (2010). Aggressive, Funny, and Thirsty: A Motivational Inference Model (MIMO) Approach to Behavioral Rebound. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(10), 1385-1396.
- Dunican, K., Desilets, A., & DeBellis, R. (2007). Long-term Pharmacotherapy for Overweight and Obesity: A review of Sibutramine, Orlistat and Rimonabant. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1, 367-388.
- Erskine, J. A. (2008). Resistance can be futile: Investigating behavioural rebound. *Appetite*, 50(2-3), 415-421.
- Erskine, J., & Georgiou, G. (2010). Effects of thought suppression on eating behaviour in restrained and non-restrained eaters. *Appetite*.
- Erskine, J., Georgiou, G., & Kvavilashvili, L. (2010). I Suppress, Therefore I Smoke: Effects of Thought Suppression on Smoking Behavior. *Psychological Science*, 21(9), 1225–1230.
- Evers, C., Stok, F., & de Ridder, D. (2010). Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6), 792-804.
- FesNad. (2008). *Dietas Milagro*. Obtenido de http://www.fesnad.org/congresos/dnn_2008/PDF/DietasMilagro.pdf

- Fonda, S., Jain, A., & Vigersky, R. (2010). A Head-to-Head Comparison of the Postprandial Effects of 3 Meal Replacement Beverages Among People With Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 36(5), 793-800.
- Franken, I., & Murriss, P. (2005). Individual differences in reward sensitivity are related to food craving and relative body weight in healthy women. *Appetite*, 45, 198-201.
- Friedman, M., Schwartz, M., & Brownell, K. (1998). Differential Relation of Psychological Functioning With the History and Experience of Weight Cycling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 646-650.
- Green, A., Larkin, M., & Sullivan, V. (2009). Oh Stuff It! The Experience and Explanation of Diet Failure : An Exploration Using Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 997-1008.
- Green, M. (2001). Dietary restraint and craving. En *Food Craving and Addiction* (págs. 171-186). Surrey, U.K: Leatherhead.
- Gross, J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present and Future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.
- Guzmán, R., & Zoraide, L. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria. *Suma Psicológica*, 16(2), 37-50.
- Healy, G., Wijndaele, K., Dunstan, D., Shaw, J., Salmon, J., Zimmet, P., y otros. (2008). Objectively measured sedentary time, physical activity and metabolic risk. *Cardiovascular and metabolic risk*, 31, 369-371.
- Herman, C., & Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. En A. Stunkard, & E. Stollard, *Eating and its disorders* (págs. 141-156). New York: Raven Press.
- Hernández, I. (2011). *Particularidades del proceso de supresión de pesnamientos en pacientes con enfermedades del colágeno*. Tesis de Diploma. UCLV.
- Hernández, M., & Ruiz, V. (2007). Obesidad, una epidemia mundial. Implicaciones de la genética. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 26(2).

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (Cuarta ed.). México: Mc Graw Hill.
- Hidalgo, C., Hidalgo, A., Rasmussen, B., & Mnotaño, R. (2011). Calidad de vida según percepción y comportamientos de control de peso por género en estudiantes universitarios adolescentes en Mexico. *Cad. Saúde Pública*, 27(1), 67-77.
- Hofmann, W., van Koningsbruggen, G., Stroebe, W., Ramanathan, S., & Aarts, H. (2010). As pleasure unfolds: Hedonic responses to tempting food. *Psychological Science*, 21(12), 1863-1870.
- Hormes, J., & Rozin, P. (2011). The temporal dynamics of ambivalence: Changes in positive and negative affect in relation to consumption of an "emotionally charged" food. *Eating Behaviors*, 12, 219-221.
- Hurt, R., Frazier, T., McClave, S., & Kaplan, L. (2011). Obesity Epidemic : Overview, Pathophysiology, and the Intensive Care Unit Conundrum. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 35(1), 4-13.
- Idelevich, E., Kirch, W., & Schindler, C. (2009). Current pharmacotherapeutic concepts for the treatment of obesity in adults. *Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease*, 3(1), 75–90.
- Inoue, M., Toyokawa, S., Inoue, K., Suyama, Y., Miyano, Y., Suzuki, T., y otros. (2010). Lifestyle, weight perception and change in body mass index of Japanese workers: MY Health Up Study. *Public Health*, 124, 530-537.
- Izquierdo, Y. (2011). *Influencia de la supresión de pensamientos, género e institucionalización sobre la memoria y pensamiento en adultos mayores*. Tesis de Diploma. UCLV.
- Jones, K., Otten, J., Johnson, R., & Harvey-Berino, J. (2010). Removing the Bedroom Television Set: A Possible Method for Decreasing Television Viewing Time in Overweight and Obese Adults. *Behavior Modification*, 34(4), 290-298.

- Jones, M., Grilo, C., Masheb, R., & White, M. (2010). Psychological and behavioral correlates of excess weight: Misperception of Obese Status among Persons with Class II Obesity. *International Journal of eating disorders*, 43(7), 628-632.
- Kauffer, M., Tavano, L., & Avila, H. (2007). *Obesidad en el adulto*.
- Kautiainen, S., Koivisto, A., Koivusilta, L., Lintonen, T., Virtanen, S., & Rimpela, A. (2009). Sociodemographic factors and a secular trend of adolescent overweight in Finland. *Int J Pediatr Obes*, 4, 360-370.
- Kemps, E., & Tiggemann, M. (2010). A Cognitive Experimental Approach to Understanding and Reducing Food Cravings. *Current Directions in Psychological Science*, 19(2), 86-90.
- Kenchiah, S., & Gaziano, M. (2009). Body Mass index and vigorous physical activity and the risk of heart failure among men. *Circulation*, 119, 44-52.
- Khanam, S., & Costarelli, V. (2008). Attitudes towards health and exercise of overweight women. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 128(1), 26-30.
- Kozey-Keadle, S., Libertine, A., Staudenmayer, J., & Fredson, P. (2012). The Feasibility of reducing and measuring sedentary time among overweight, non-exercising office workers. *Journal of obesity*, 1-10.
- Kushner, R., & Sarwer, D. (2011). Medical and Behavioral Evaluation of Patients with Obesity. *Psychiatr Clin*, 34, 797-812.
- Kyrou, I., & Kumar, S. (2010). Weight management in overweight and obese patients with type 2 diabetes mellitus. *The British Journal of Diabetes and Vascular Disease*, 10(6), 274-283.
- Laddu, D., Dow, C., Hingle, M., Thomson, C., & Going, S. (2011). A Review of Evidence-Based Strategies to Treat Obesity in Adults. *Nutrition in Clinical Practice*, 26(5), 512-525.

- LaFontaine, T. (2008). Physical Activity: The Epidemic of Obesity and Overweight Among Youth: Trends, Consequences, and Interventions. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2(1), 30-36.
- Lantigua, I. (2011). *El mapa global de la obesidad*. Obtenido de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/02/03/nutricion/1296763533.html>
- Lattimore, P., & Hutchinson, R. (2010). Perceived calorie intake and state body-image satisfaction in women attempting weight loss: A preliminary investigation. *Body Image*, 7, 15-21.
- Leahey, T. M., Bond, D. S., Raynor, H., Roye, D., Vithiananthan, S., Ryder, B. A., y otros. (2012). Effects of bariatric surgery on food cravings: do food craving and the consumption of craved foods "normalize" after surgery? *Surgery for obesity and related diseases*, 8, 84-91.
- Lecerof, S., Westerling, R., Moghaddassi, M., & Östergren, P.-O. (2011). Health information for migrants: The role of educational level in prevention of overweight. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(2), 172-178.
- Lewis, M. (2011). Dopamine and the Neural "Now": Essay and Review of Addiction: A Disorder of Choice. *Perspectives on Psychological Science*, 6(2), 150-155.
- Lillis, J., Hayes, S., & Levin, M. (2011). Binge Eating and Weight Control: The Role of Experiential Avoidance. *Behavior Modification*, 35(3), 252-264.
- Logel, C., & Cohen, G. (2011). The role of the self in Physical Health: Testing the Effect of a Values-Affirmation Intervention on Weight Loss. *Psychological Science*, 20(10), 1-3.
- Luciano, J. (2007). *Control de pensamientos y recuerdos intrusos: el rol de las diferencias individuales y los procedimientos de supresión*. Valencia: Servei de Publicacions Universitat de Valencia.
- Luciano, J., Algarabel, S., Tomás, J., & Martínez, J. (2005). Development and Validation fo the Thought Control Ability Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 38, 997-1008.

- Luciano, J., Belloch, A., Algarabel, S., Tomás, J., Morillo, C., & Lucero, M. (2006). Confirmatory Factor Analysis of the White Bear Suppression Inventory and the Thought Control Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 22*(4), 250-258.
- Lundahl, B., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice, 20*(2), 137-160.
- Marques-Vidal, P., Bovet, P., Paccaud, F., & Chiolerio, A. (2010). Changes of Overweight and obesity in the Adult Swiss population according to educational level, from 1992 to 2007. *BMC Public Health, 10*(87).
- McKay, D., & Greisberg, S. (2002). Specificity of measures of thought control. *The Journal of Psychology, 136*, 149-160.
- Melanson, K. (2007). Dietary Considerations for Obesity Treatment. *American Journal of Lifestyle Medicine, 1*(6), 433-436.
- Mikolajczyk, R., Maxwell, A., Ansari, W., Stock, C., Petkeviciene, J., & Guillen-Grima, F. (2010). Relationship between perceived body weight and body mass index based on self-reported height and weight among university students: a cross-sectional study in seven European countries. *Public Health, 10*(40), 1471-2458.
- Mikolajczyk, R., Maxwell, A., El Ansari, W., Stock, C., Petkeviciene, J., & Guillen-Grima, F. (2010). Relationship between perceived body weight and body mass index on self-reported height and weight among university students: a cross-sectional study in seven European countries. *Public Health, 10*(40).
- Miller, C., & Golden, N. (2010). An Introduction to Eating Disorders: Clinical Presentation, Epidemiology and Prognosis. *Nutrition in Clinical Practice, 25*(2), 110-115.
- MINSAP. (2009). *Plan Integral para la prevención y control del sobrepeso y la obesidad en Cuba.*

- Moore, S., King, A., Kiernan, M., & Gardner, C. (2011). Outcome expectations and realizations as predictors of weight regain among dieters. *Eating Behavior*, 12, 60-63.
- Moreno, S., Rodríguez, S., Fernández, M., Tamez, J., & Cepeda-Benito, A. (2008). Clinical Validation of the Trait and State Versions of the Food Craving Questionnaire. *Assessment*, 15(3), 375-387.
- Moreno, S., Rodríguez, S., Fernández, M., Tamez, J., & Cepeda-Benito, A. (2008). Clinical Validation of the Trait and State Versions of the Food Craving Questionnaire. *Assessment*, 15, 375-378.
- National Institutes of Health. (1998). *Clinical Guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults*. Washington DC: Departamento of Health and Human Services.
- Nielsen Company. (2009). *Television, internet and mobile usage in the US*.
- Oaten, M., & Cheng, K. (2006). Longitudinal gains in self-regulation from regular physical exercise. *British Journal of Health Psychology*, 11, 717-733.
- Oliva, J. (2009). *Obesidad y calidad de vida relacionada con la salud*. Universidad de Castilla-La Mancha.
- Oliva, M. (2004). La entrevista. En R. Fernández-Ballesteros, *Evaluación Psicológica: Conceptos, métodos y estudios de casos* (pág. 279). Madrid: Pirámide.
- OMS. (2003). *Dieta, nutrición y enfermedades crónicas no transmisibles*.
- OMS. (2011). *Nota Descriptiva de la OMS sobre la obesidad y el sobrepeso* .
- Opheim, A., Andreasson, S., Eklund, A., & Prescott, P. (2009). The effects of training medical students in motivational interviewing. *Health Education Journal*, 68(3), 170-178.
- Ortiz Moncada, R., Ivarez Dardet, C., Miralles Bueno, J., Ruiz Cantero, M., dal Re Saavedra, M., Villar Villalba, C., y otros. (2011). Determinantes sociales del sobrepeso y la obesidad en España en 2006. *Medicina Clínica*, 20(10).

- Owen, N., Healy, N., Matthews, C., & Dunstan, D. (2010). Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 38(3), 195-113.
- Papies, E., Stroebe, W., & Aarts, H. (2008). Healthy Cognition: Processes of Self-Regulatory Success in Restrained Eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(9).
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., & Niakas, D. (2011). Physician Consultations According to Different BMI Levels of the Greek General Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 4300-4311.
- Pasco, J., Jacka, F., Williams, L., Brennan, S., Leslie, E., & Berk, M. (2011). Don't worry, be active: Positive affect and habitual physical activity. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*.
- Perpiñá, C., Roncero, M., & Belloch, A. (2008). Intrusiones sobre trastornos alimentarios en población general: desarrollo y validación del Inventario de Pensamientos Intrusos alimentarios (INPIAS). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 187-203.
- Peterson, R. (2008). *Food for Thought: The relationship between Thought Suppression and Weight Control*. Doctoral, University of Central Florida, Orlando.
- Pino, J., Díaz, C., & López, M. (2011). Construcción y validación de un cuestionario para medir conductas y hábitos alimentarios en usuarios de la atención primaria de Salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(1), 41-51.
- Polivy, J. (1996). Psychological consequences of food restriction. *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 589-592.
- Polivy, J., & Herman, C. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. En C. Fairburn, & G. Wilson, *Binge Eating: Nature, assessment, and treatment* (págs. 173-205). New York: Guildford Press.
- Puente, F. (1985). *La Vanguardia de la Salud*. México: 10-96.

- Puhl, R., & Latner, J. (2007). Obesity stigma and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133, 557-580.
- Puhl, R., Moss-Racusin, C., Schwartz, M., & Brownell, K. (2007). Weight stigmatization and bias reduction: Perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research*, 23, 347-335.
- Robinson, T., & Berridge, K. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53.
- Rodondi, N., Humair, J.-P., Ghali, W., Ruffieux, C., Stoianov, R., Seematter-Bagnoud, L., y otros. (2006). Counselling overweight and obese patients in primary care: a prospective cohort study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 13(2), 222-228.
- Rodríguez, S., Mata, J., & Moreno, S. (2007). Psicofisiología del ansia por la comida y la bulimia nerviosa. *Cínica y Salud*, 18(1), 99-118.
- Rodríguez-Martín, B., Molerio-Pérez, O., Martínez, L., González, C., Brito, T., & Navarro, 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*.
- Roehling, M., Roehling, P., & Odland, L. (2008). Investigating the Validity of Stereotypes About Overweight Employees : The Relationship Between Body Weight and Normal Personality Traits. *Group & Organization Management*, 33(4), 392-424.
- Sehested, T., Hansen, T., Olsen, M., Abildstrøm, S., Rasmussen, S., Ibsen, H., y otros. (2010). Measures of overweight and obesity and risk of cardiovascular disease: a population-based study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 17, 486–490.
- Seong Ik, B., & Wi Young, S. (2011). Association between time spent on the Internet and weight status in Korean adolescents. *Iranian Journal of Public Health*, 40(4), 37-43.

- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., & Gross, J. (2011). Emotion-Regulation Choice. *Psychological Science, 20*(10), 1-6.
- Simkin-Silverman, L., Conroy, M., & King, W. (2008). Treatment of Overweight and Obesity in Primary Care Practice: Current Evidence and Future Directions. *American Journal of Lifestyle Medicine, 2*(4), 296-304.
- Sims, E. (1976). Experimental obesity, dietary induced thermogenesis and their clinical implications. *Clin Endocrin Metab, 5*, 377-384.
- Sociedad Chilena de Obesidad. (2004). *Encuesta Nacional de Salud*. Chile.
- Sociedad Urugualla para el estudio de la Obesidad. (2009). *Manual Práctico de Obesidad en el Adulto*.
- Söderlund, A., Fischer, A., & Johansson, T. (2009). Physical activity, diet and behaviour modification in the treatment of overweight and obese adults: a systematic review. *Perspectives in Public Health, 129*(3), 132-142.
- Soetens, B., & Braet, C. (2006). The weight of a thought: Food related thought and suppression in obese and normal-weight youngsters. *Appetite, 46*(3), 309-317.
- Soetens, B., Braet, C., & Moens, E. (2008). Thought Suppression in Obese and Non-Obese Restrained Eaters: Piece of Cake or Forbidden Fruit? *European Eating Disorders Review, 16*, 67-76.
- Soetens, B., Braet, C., Dejonckheere, P., & Roets, A. (2006). When Supression backfires: the ironic effects of supressing eating-related thoughts. *Journal of Health Psychology, 655-668*.
- Soto, A., & López-Villalta, M. (2010). Actualización en Obesidad. *Cad Aten Primaria, 17*, 101-107.
- 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.

- Stroebe, W. (2008). *Dieting, overweight and obesity: Self-regulation in a food-rich environment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, W., Mensink, W., Aarts, H., Schut, H., & Kruglanski, A. (2008). Why dieters fail: Testing the goal conflict model of eating. *Journal of Experimental Social Psychology, 44*, 26-36.
- Stunkard, A., & Messick, S. (1985). The three factor eating questionnaire to measure dietary restraint, dishinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research, 29*, 71-83.
- Teixeira, P., Silva, M., Coutinho, S., Palmeira, A., Matta, J., Vieira, P., y otros. (2010). Mediators of Weight Loss and Weight Loss Manteinace in middle-aged women. *Obesity, 18*, 725-735.
- The WHO. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assesment instrument. *Qual Life Res, 2*, 153-159.
- Timmerman, G., & Gregg, E. (2003). Dieting, Perceived Deprivation, and Preoccupation with Food. *Western Journal of Nursing Research, 25*(4), 405-418.
- Tucker, L., & Bagwell, M. (1991). Television viewing and obesity in adult females. *American Journal of Public Health, 81*, 908-911.
- Van Strien, T. (1999). Success and failure in the Measurement of restraint: Notes and data. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 441-449.
- Wadlinger, H., & Isaacowitz, D. M. (2011). Fixing our focus: Training Attention to regulate emotion. *Personality and Social Psychology Review, 15*(1), 75-102.
- Wang, Y., Beydoun, M., Liang, L., Caballero, B., & Kumanyika, S. (2008). Will All American become overweight or obese? Estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. *Obesity, 16*, 2323-2330.
- Wegner, D. (1992). You can't always think what you want: Problems in the supression of unwanted thought. *Advances in Experimental Social Psychology, 25*, 193-225.

- Wegner, D. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological review*, 101(1), 34-52.
- Wegner, D. (1997). When the antidote is not the poison: Ironic mental control processes. *Psychological science*, 8, 148-150.
- Wegner, D., & Zanna, S. (1994). Chronic Thought Suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Wells, A., & Davies, M. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thought. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wenzlaff, R., & Wegner, D. (2000). Thought Suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-61.
- White, M., Whisenand, B., Williamson, D., Greenway, F., & Netemeyer, R. (2002). Development and validation of the food-carving inventory. *Obes Res*, 10, 107-114.
- WHO. (1994). *Basic Documents*. Geneva.
- Wott, C., & Carels, R. (2010). Overt Weight Stigma, Psychological Distress and Weight Loss Treatment Outcomes. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 608 – 614.
- Xue, H., Hamiel, C., & Wischmeyer, P. (2010). Clinical Nutrition Week 2010. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 34(2), 171-235.
- Yanover, T., & Thompson, J. (2010). Weight ratings of others: The effects of multiple target and rather features. *Body image*, 7, 149-155.

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 la 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 caso de que tenga alguna inquietud o requiera mayor información. Por todo ello manifiesto mi voluntad de participar y para que así conste, firmo debajo.

Firma del Participante:

Firma del Investigador:

Anexo 2: Entrevista Inicial

ID Edad: Género: Color de la Piel: Estado Civil:

Nivel Educativo: Ocupación: Estatura: Peso Actual: MC:

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. ¿Cuántas veces ha iniciado una dieta que le hiciera bajar 10 libras o más?
6. ¿Cuál método ha utilizado recientemente para perder peso?¹
7. ¿Cuál de las siguientes conductas es la que más contribuye a que gane usted peso?² (seleccionar una sola)
8. ¿Practica usted ejercicios regularmente?
9. Si ha tomado alguna vez medicamentos para perder peso: indique cuáles fueron estos.
10. ¿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-anhele 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: Cuestionario del Ciclo del peso (WC)

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 4

Inventario de Supresión del Oso Blanco (WBSI)

Inventario de Supresión de Pensamientos relacionados con la Comida (FTSI)

Inventario de Supresión de Pensamientos relacionados con el Peso y la Forma del Cuerpo (BWSI)

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 [**comidas**] en las que prefiero no pensar/ 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: a) comidas y b) mi peso o la forma de mi cuerpo**].
3. Tengo pensamientos [**acerca de: a) comidas y b) mi peso o la forma de mi cuerpo**] que no puedo parar.
4. Hay imágenes [**acerca de: a) comidas y b) 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 [**a) comidas y b) mi peso o la forma de mi cuerpo**].
6. Desearía poder dejar de pensar en ciertas cosas [**a) comidas y b) mi peso o la forma de mi cuerpo**].
7. A veces mi mente va tan deprisa [**acerca de: a) comidas y b) mi peso o la forma de mi cuerpo**] que desearía poder detenerla.
8. A veces trato de alejar los problemas de mi mente [**a) comidas y b) mi peso o la forma de mi cuerpo**].

9. Hay pensamientos **[acerca de: a) comidas y b) 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: a) comidas y b) mi peso o la forma de mi cuerpo]** se entrometan en mi mente.
11. Hay cosas **[comidas]** sobre las que intento no pensar/ 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: a) comidas y b) mi peso o la forma de mi cuerpo]**.
13. A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos **[acerca de: a) comidas y b) mi peso o la forma de mi cuerpo]**.
14. A menudo tengo pensamientos **[acerca de: a) comidas y b) mi peso o la forma de mi cuerpo]** que trato de evitar.
15. Tengo muchos pensamientos **[acerca de: a) comidas y b) mi peso o la forma de mi cuerpo]** que no digo a nadie.

Anexo 5: Cuestionario de Ansias por la Comida como Rasgo (FCQ-T)

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 está 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 mi 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 6: Cuestionario de Ansias por la Comida Situacional (FCQ-S)

Indique su acuerdo con las siguientes afirmaciones **en este preciso instante**, en una escala desde **1= fuertemente de acuerdo** hasta **6= fuertemente en desacuerdo**.

1. Ahora mismo, tengo un deseo intenso de comer una o varias comidas en particular.
2. Ahora mismo tengo un antojo por una o varias comidas en particular.
3. Ahora mismo me urge comer una o varias comidas en particular.
4. Si pudiera comer una o varias comidas en particular me sentiría perfectamente.
5. Estoy seguro de que si comiera lo que deseo, mi humor mejoraría.
6. Comer una o varias comidas en particular me haría sentir maravillosamente.
7. Si comiera algo no me sentiría tan débil y aletargada
8. Me sentiría menos antipática e irritable si pudiera satisfacer mis deseos de comer.
9. Me sentiría más alerta si pudiera satisfacer mis deseos de comer.
10. Si tomara una o varias comidas en particular no podría parar de comerlas.
11. Mi deseo de comer una o varias comidas en particular puede más que yo.
12. Ahora mismo, sé que voy a seguir pensando en lo que me apetece hasta que lo consiga.
13. Tengo hambre.
14. Si pudiera comer algo ahora mismo, mi estómago no se sentiría tan vacío.
15. Me siento débil por no comer.

Anexo 7: Cuestionario de Habilidad para el Control de Pensamientos (TCAQ)

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 8: Cuestionario de Control de Pensamientos (TCQ)

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

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

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