

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas

Facultad de Psicología



**Efectividad de recursos de autoayuda en el autocontrol
del ansia por la comida en adultos con sobrepeso**

Tesis presentada para optar por el Grado Científico de
Doctor en Ciencias Psicológicas

Autor: M. Sc. Boris C. Rodríguez Martín

Tutora: Dra. C. Osana Molerio Pérez

Asesor estadístico: Dr. C. Ricardo Grau Abalo

Santa Clara
2013

A mis abuelos José, Lola y Enriqueta,
vivos en mi corazón y espíritu.

A mi abuela América, siempre llena de luz,
brindando amor y atenciones a todos.

Agradecimientos

El proceso doctoral requiere de un trabajo arduo, consultas constantes, la asociación con colaboradores y coordinar acciones con diversas instituciones. También en lo personal constituye un duro reto, que sin la comprensión y el apoyo de la familia y los amigos, podría tener un alto costo sobre la salud del aspirante. Por ello, este momento de la memoria escrita requiere de tanto trabajo y revisión como la propia investigación.

Aunque se trate de una obra científica, me permito comenzar por la familia, sin cuyo concurso difícilmente podría haberla culminado y mantener, a la vez, la cordura. A mis hijos por su comprensión y a mi madre por su incondicionalidad de siempre. A mi hermana Beatriz y a mi cuñado Corbaris debería escribirles todo un párrafo, por todas las asistencias para sortear obstáculos casi insalvables, así como por su paciencia y cariño. También destacar a mi tío Pepe por el aliento y la confianza depositada y a mi padre, por su disposición.

Las contribuciones de la Dra. Saira R. Rivas-Suárez (mi esposa), requieren de un abordaje mixto, pues aglutinan lo personal y lo profesional. Desde el primer enfoque le adeudo desde el secuestro de la mesa del comedor hasta las idas al mercado, junto con otros muchos etc. Desde lo profesional, las constantes lecturas de los diversos borradores del manuscrito y las observaciones siempre atinadas.

No constituye una mera formalidad el agradecimiento hacia mi tutora, la Dra. C. Osana Molerio-Pérez. Gracias por prevenir las “zonas de vulnerabilidad” durante todas las etapas del proyecto, así como por las múltiples y minuciosas revisiones de la memoria escrita, para convertir lo potencial en real. Un aparte para Miguel y Tamara, quienes contribuyeron sustancialmente a que pudiera disponer de tal cantidad de “horas-tutor”.

A los colegas de la Facultad de Psicología de la UCLV, que con tanto entusiasmo acogieron el proyecto, brindando siempre útiles y provechosas ideas. Igualmente a la Dra. C. Zaida I. Nieves Achón, el Dr. C. Leonardo Rodríguez Méndez, el Dr. C. Luis F. Herrera Jiménez, la Dra. C. Idania Otero Ramos, la Dra. C. Luisa M. Guerra Rubio y la Dra. C. Dunia Ferrer Lozano, por la revisión del documento y las excelentes sugerencias realizadas. A mis compañeros del Centro de Estudios de Psicología del Deporte y, en general, de la Facultad de Cultura Física de Villa Clara, por todo el apoyo brindado. Gracias por el espacio, el tiempo y la oportunidad para poder ejecutar esta etapa de cierre sin otras presiones, más allá que las que el propio proceso trae aparejado.

Al Dr. Arlan Machado Rojas y al M. Sc. Yunier Broche Pérez, por la revisión de los aspectos neurofisiológicos abordados. Al Dr. C. Ricardo Grau Abalo por el tiempo que dedicó a mi preparación estadística durante todos estos años. A la Lic. Lyanet González Pérez, por el diseño gráfico de la Guía de Autoayuda. A la Dra. C. Juana I. Pérez Morales y a la estudiante Dhana J. Lazarus, por la revisión de los artículos publicados en idioma inglés. A la Dra. C. Marta Martín Carbonell, por una oponencia profunda y empática, así como por el seguimiento luego de la pre-defensa.

A los estudiantes y profesores que conforman el Grupo Científico de Validación de Instrumentos Psicológicos. Gracias al trabajo en equipo pudo editarse el texto *Validación de Instrumentos Psicológicos: Criterios básicos*. Al Dr. C. Eduardo Cairo Valcárcel por la aguda revisión del mismo y la gentileza de prologarlo.

Por último, y por ello lo considero el agradecimiento más relevante, a los 11 diplomantes con los que tuve el privilegio de trabajar durante el curso 2011-2012. Este trabajo hubiera sido imposible sin la precisión, la sincronización, la seriedad, el talento, la tenacidad y la profesionalidad con que encararon el reto.

Resumen

Introducción: El ansia por la comida es una experiencia cotidiana para la mayoría de los individuos; sin embargo contribuye notablemente a la sobrealimentación y al fracaso de las dietas. En este contexto, comprender su elaboración cognitiva, puede contribuir al diseño de recursos que faciliten su autocontrol.

Objetivo: El presente estudio se propuso como objetivo evaluar la efectividad de la Intención, una Guía de autoayuda y la Intención de Implementación *por reemplazo*, como recursos de autoayuda para propiciar el autocontrol del ansia por la comida en adultos con sobrepeso.

Método: La investigación, concebida desde un enfoque cuantitativo, comprendió dos etapas fundamentales. En la primera se realizó una caracterización del procesamiento del ansia por la comida en 1 270 jóvenes y adultos medios. En la segunda se evaluó la efectividad de cada *recurso de autoayuda* propuesto, utilizando una muestra de 115 adultos con sobrepeso.

Resultados: Los individuos con sobrepeso mostraron facilidad para la elaboración del ansia por la comida, donde primó la reactividad emocional ante los pensamientos intrusos y el frecuente uso de la supresión de pensamientos. La Intención evidenció efectos paradójales que sugieren desestimarla en contextos clínicos. La Intención de Implementación *por reemplazo* y la Guía de autoayuda, ambos recursos basados en el empleo de tareas concurrentes que saturan las vías utilizadas por la memoria de trabajo en la elaboración del ansia por la comida, mostraron ser efectivos para su autocontrol en adultos con sobrepeso.

Palabras Clave: Ansia por la comida, Pensamientos Intrusos; Supresión de Pensamientos; Autocontrol; Sobrepeso; Prevención.

Abstract

Background: Food cravings could be an ordinary experience in everyday life for the majority of individuals, although they substantially contribute to predict overeating and diets failure. In this context, to understand their cognitive elaboration, could contribute to design resources for self-control.

Objective: The current study was aimed to assess the effectiveness of the Intention, a Self-help Guide and the Implementation Intention, as self-help resources that favour food cravings' self-control in overweight adults.

Method: This research was conceived starting from a quantitative approach and included two stages. In the first stage a characterization of the processing of food cravings was performed in a sample of 1 270 individuals. The second stage involved the assessment of the effectiveness of each recommended self-help resource, using a sample of 115 overweight adults.

Results: Overweight individuals showed a tendency to food cravings elaboration, which included frequent emotional reaction to intrusive thoughts and the use of thoughts suppression. Intention showed paradoxical effects that suggest disesteeming their use. Implementation Intention and the Self-help Guide, both based on the use of concurrent tasks that overload the elaboration of food cravings within working memory, showed their effectiveness for self control of food cravings in overweight adults.

Key Words: Food cravings; Intrusive thoughts; Thoughts suppression; Self-control; Overweight; Prevention.

Índice

Introducción.....	1
Capítulo 1. Fundamentación Teórica.....	11
1.1. Sobrepeso y Obesidad: una visión general.....	11
1.1.1. Factores psicológicos asociados al sobrepeso y la obesidad.....	15
1.1.2. Intervenciones para la reducción del peso corporal	18
1.2. Pensamientos intrusos sobre comida: supresión y ansia.....	23
1.2.1. Estrategias de control de pensamientos.....	25
1.2.2. Supresión de pensamientos.....	26
1.2.3. Ansia por la comida	28
1.3. El autocontrol del ansia por la comida.....	31
1.4. Los recursos de autoayuda para el autocontrol del ansia por la comida.....	34
1.4.1. Intenciones de control.....	36
1.4.2. Intenciones de Implementación.....	39
1.4.3. Guías de autoayuda.....	41
1.4.4. Predictores de efecto.....	42
1.5. Teorías que fundamentan el empleo de los recursos de autoayuda para el autocontrol del ansia por la comida	45
Capítulo 2. Metodología.....	50
2.1 Diseño Metodológico.....	50
2.2. Primera etapa.....	51
2.2.1. Selección de la muestra.....	51
2.2.2. Participantes.....	51
2.2.3. Métodos e instrumentos de evaluación utilizados.....	52

2.2.4. Procedimientos.....	55
2.2.5. Análisis estadístico.....	56
2.3. Segunda etapa.....	57
2.3.1. Selección de la muestra.....	57
2.3.2. Participantes.....	58
2.3.3. Métodos e instrumentos de evaluación utilizados.....	59
2.3.4. Procedimientos.....	62
2.3.5. Análisis estadístico.....	65
2.4. Operacionalización de las variables.....	66
2.4.1. Variable Independiente.....	66
2.4.2. Variables dependientes.....	67
2.4.3. Variables de Control.....	69
2.4.4. Variables aleatorias.....	70
2.6. Consideraciones éticas.....	73
Capítulo 3: Resultados.....	74
3.1. Análisis de resultados de la primera etapa del estudio.....	74
3.1.1. Aspectos generales relacionados con el peso.....	74
3.1.2. Ansia por la comida: elaboración y control.....	78
3.1.3. Integración de los resultados de la primera etapa.....	85
3.2. Análisis de resultados de la segunda etapa del estudio.....	87
3.2.1. Caracterización general de los grupos.....	87
3.2.2. Efectividad de cada <i>recurso</i> de autoayuda al mes de aplicación.....	89
3.2.3. Efectividad de cada recurso de autoayuda al tercer mes de aplicación.....	94
3.2.4. Efecto asignado a cada componente de la Guía de autoayuda.....	102
3.2.5. <i>Predictores</i> de efecto de cada <i>recurso de autoayuda</i>	103

3.2.6. Resultados del feedback a los 10 meses.....	107
3.2.7. Integración de resultados en la segunda etapa.....	107
3.3. Análisis integral de los resultados.....	114
Conclusiones.....	118
Recomendaciones.....	120
Referencias.....	121
Anexos.....	152

Introducción

Para las especies heterótrofas, ingerir la mayor cantidad de alimentos posible resulta un imperativo biológico (Ahmed, Avena, Berridge, Gearhardt y Guillem, 2013). En el caso del ser humano, la evolución en ambientes difíciles hizo que priorizara el consumo de comidas altamente calóricas (Laran y Salerno, 2013). Sin embargo, tras la Revolución Industrial este cuadro cambió (Bernall, 2007). Hoy día puede afirmarse que existe una polarización entre el hambre y los excesos en la alimentación (Porrata-Maury, 2009). Para aquellos que se encuentran en el segundo polo, un intenso trabajo de marketing guía sus preferencias y consumo (Cairns, 2013).

En este contexto, el sobrepeso y la obesidad se han convertido en una epidemia de proporciones alarmantes (Agaston, 2012; Hernández-Fernández, 2011; Hernández-Triana y Ruiz, 2007; Hurt, Frazier, McClave y Kaplan, 2011), con una alta prevalencia dentro de las enfermedades no transmisibles (Jiménez-Acosta, Díaz-Sánchez, García-Roche, Bonet-Gorbea y Wong-Ordóñez, 2012). Las estadísticas a nivel mundial son claras al respecto (OMS, 2011): 1) las tasas se han duplicado desde 1980; 2) sobrepasan los 1 500 millones de adultos y 3) uno de cada diez individuos es obeso.

En Cuba, tras los difíciles años vividos en el Período Especial, la cantidad de individuos con sobrepeso y obesos se ha incrementado hasta sobrepasar la mitad de la población adulta (Jiménez-Acosta *et al.*, 2012). Si bien este dato resulta preocupante, el futuro es menos alentador al analizar el estilo de vida de los adolescentes, en el cual predominan los inadecuados hábitos alimentarios y el número de horas dedicadas a jugar Play Station o ver DVD, en detrimento de la actividad física en el tiempo libre (Lima-Rabelo, Ferrer-Arocha, Fernández-Rodríguez y González-Pedroso, 2012).

Autocontrol del ansia por la comida

Ello se agrava por el hecho de vivir en un país donde las personas priorizan el consumo de productos ricos en grasas y azúcar, por encima de las frutas y los vegetales (Porrata-Maury, 2009). Un elemento importante, aunque puedan argumentarse problemas de disponibilidad y precios (Couceiro, 2007), es que el deseo de comer hortalizas y vegetales es realmente escaso para gran parte de nuestra población, mientras que las frutas parecen gustar más en batidos (Martín, Mercader y Macías, 2006).

En nuestro país se cuenta con el Plan Integral para la Prevención y Control del Sobrepeso y la Obesidad, que abarca estrategias *poblacionales e individuales* (INHA, 2007). El mismo trasciende el área de la salud e involucra al INDER, los Ministerios de Educación, Agricultura y Alimentación y diversas organizaciones, como la FMC o los CDR. Dentro de sus propuestas se encuentran las Recomendaciones Nutricionales (Hernández-Triana *et al.*, 2009) y las Guías Alimentarias (INHA, 2009).

El Sistema de Atención Primaria de Salud le presta gran atención a este tema, mediante la realización de actividades encaminadas a su control (MINSAP, 2011). Además, se mejora el diseño de la capacitación del personal, con vistas a la promoción de estilos de vida más saludables en la población (Cáceres-Diéguéz, 2011), y los canales educativos de la televisión implementan espacios dirigidos a estos fines (Martín *et al.*, 2006): Ej. “Cultura alimentaria” o “Ponte en Forma”.

Aunque la obesidad es susceptible de ser tratada con fármacos, cirugías o suplementos dietéticos, los mejores resultados se obtienen con intervenciones que promueven cambios en el estilo de vida (Hernández-Fernández, 2011; Laddu, Down, Hingle, Thompson y Going, 2011). La combinación es realmente simple, incluye una dieta saludable y balanceada, el incremento de la actividad física y la utilización de técnicas de

Autocontrol del ansia por la comida

intervención psicológica (Hagobian y Phelan, 2013). En ocasiones basta que el profesional de la salud realice una entrevista motivacional (Armstrong *et al.*, 2011).

Si bien los programas actuales para la reducción del peso han sido considerablemente mejorados, mantener los resultados alcanzados sigue siendo un reto (Marcos-Plasencia, Rodríguez-Marcos, Pérez-Santana y Caballero-Riverí, 2009). Un meta-análisis de 117 estudios, reveló que durante el primer mes se puede rebajar una media de 4-7 kg, pero es difícil sostenerla durante un año completo (Blaine, Rodman y Newman, 2007).

Esta realidad ha sugerido como única solución un cambio radical en el enfoque de los tratamientos de la obesidad (Bacon y Aphramor, 2011). Sin embargo, otros factores asociados a la controlabilidad (Herrera-Jiménez y Delgado-Suárez, 2008), relativos al *cuándo* y *cómo* se come, el *tipo* y la *cantidad* de comida, o el *inicio* y el *fin* del consumo (French, Epstein, Jeffery, Blundell y Wardle, 2012), deberían ser más explorados.

También resulta necesario prestar mayor atención a aquellos individuos supuestamente sanos con sobrepeso, a quienes se les dificulta controlar sus deseos de comer. El desarrollo de acciones desde el nivel de prevención primaria (Batista-Moliner y Feal-Cañizares, 2001) sobre esta población *en riesgo* (Roca-Perara, 2000) está claramente pautado en nuestro Sistema de Atención Primaria de Salud (MINSAP, 2011). Sin embargo, para el diseño de acciones más efectivas, los factores relacionados con la génesis del deseo, la identificación del conflicto y los recursos que se requieren para ejercer el autocontrol necesitan ser mejor comprendidos (Hoffman y Van Dillen, 2012).

El tema de la obesidad ha sido abordado por diversas escuelas psicológicas. Así, el enfoque psicodinámico indagó sobre el origen evolutivo del impulso y la dinámica relacional en la que surge (McWilliams y Weinberger, 2003). Sin embargo, ha sido el enfoque conductual el que ha ejercido un predominio histórico (Collado-Mesa, Zaldívar-

Autocontrol del ansia por la comida

Pérez, Rodríguez-Amaro y Alvarez-González, 1984; Corsica y Perry, 2002). En la actualidad, las intervenciones más efectivas sobre el tema se realizan desde un enfoque cognitivo-conductual (Laddu *et al.*, 2011).

Se ha señalado que los investigadores han prestado más atención a las fuerzas que intentan restringir el impulso, que a aquellas que lo generan (Hoffman y Van Dillen, 2012). En este sentido, la identificación del deseo conflictivo se torna medular, tanto para prevenirlo como para intervenir sobre el mismo, una vez que se manifiesta (Hoffman y Kotabe, 2012). Se ha calculado que, como promedio, los adultos pasan cerca de ocho horas diarias experimentando deseos, tres resistiéndolos y media hora de vulnerabilidad extrema ante los mismos (Hoffman, Vohs y Baumeister, 2012).

En la medida en que el tratamiento para el control del peso avanza, las motivaciones de mejor salud y apariencia física se tornan abstractas y distantes, al contrario de aquellas que instan a ceder inmediatamente ante la tentación (Nordgreen y Chou, 2011). Para auto-controlarse, los individuos intentan inhibir el impulso (Fujita, 2011), en lugar de detener la elaboración de la intrusión inicial (May, Andrade, Batey, Berry y Kavanagh, 2010). Los reportes de aquellos a quienes resulta difícil realizar una dieta, han contribuido a esclarecer la futilidad de tal empeño (Green, Larkin y Sullivan, 2009).

La génesis del ansia por la comida es un factor que debe analizarse detenidamente (Tiggemann y Kemps, 2005). La misma puede ser definida como el deseo intenso de consumir un alimento específico y constituye una experiencia normal de la vida cotidiana (Kemps y Tiggemann, 2010), que puede manifestarse de forma transitoria o constituir un rasgo de la personalidad (Meule, Lutzl, Vögele y Kübler, 2012). Para este último caso, se ha señalado su relación con el sobrepeso y la obesidad, así como con el fracaso en las dietas (Meule, Westenhöfer y Kübler, 2011).

En este sentido, la Teoría de la Intrusión Elaborada del Deseo resalta el rol de los pensamientos intrusos sobre la comida (May, Andrade, Kavanagh y Hetherington, 2012). Estos irrumpen en la conciencia mediante procesos asociativos, con una determinada valencia, intensidad y significado (Perpiñá, Roncero y Belloch, 2008); pero solamente su *elaboración* incrementa la probabilidad de perder el control y conduce al consumo (Meule y Kübler, 2012).

El problema comienza cuando individuos con restricciones crónicas en su alimentación,¹ utilizan la supresión de pensamientos (Soetens y Braet, 2006). Dada su predisposición atencional para la detección de comidas apetecibles (Hoffman, van-Kroningsbruggen, Stroebe, Ramanathan y Aarts, 2010), muestran un gran control ante estas (Hotham, Sharma y Hamilton-West, 2012), al punto de mantener estables el ritmo cardíaco, la actividad gástrica y la salivación (Nederkoorn y Jansen, 2002). No obstante, el “antídoto” se torna “veneno” (Wegner, 1997) cuando existen elevados niveles de desinhibición al comer (Soetens, Braet y Moens, 2008). En estos individuos, un simple “bocado” puede activar todo un mecanismo de contrarregulación (Sin y Vartanian, 2012).

El proceso descrito pone al descubierto una motivación predominantemente hedónica, que conduce a comer en respuesta a indicadores ambientales y emocionales, en mayor medida que al hambre fisiológica (Davis *et al.*, 2011). Cuestión que se observa a través de la sobrealimentación en la vida cotidiana, mayormente ejecutada mediante conductas de picoteo² (Carter y Jansen, 2012) o atracones³ (Lillis, Hayes y Levin, 2011).

¹ Disminución periódica del consumo de comida para mantener o perder peso (van Strien, Herman y Verheijden, 2012). Incluye conductas como saltarse los desayunos o permanecer más de 8 horas sin comer durante el día (Quick y Byrd-Bredbenner, 2012). Muchos individuos confunden el concepto de *dieta* con el de *restricción*.

² Consumo regular de pequeñas porciones de comida a lo largo del día.

³ Desinhibición extrema del apetito que permite controlar los indicadores de malestar emocional a corto plazo.

Autocontrol del ansia por la comida

En este contexto, la búsqueda de nuevas vías para lidiar con las tentaciones cotidianas resulta un elemento clave (Siep *et al.*, 2012). Este camino ha sido facilitado por la Teoría de la Intrusión Elaborada del Deseo (Kavanagh, Andrade y May, 2005), que brinda el soporte para el diseño de tareas que saturan las redes de la memoria de trabajo⁴ para la *elaboración* del ansia (Kemps y Tiggemann, 2010; May *et al.*, 2012). Es desde esta postura que se concibe la presente investigación, pues la aparente simplicidad de su propuesta se combina con grandes efectos sistémicos (Roca-Perara, 2007).

Sin embargo, quedan por esclarecer las vías por las que dichas tareas podrían insertarse eficientemente dentro de la práctica clínica (Wegner, 2009), para brindar una adecuada cobertura a los individuos *en riesgo* (Roca-Perara, 2000). Además de brindar información y promover el cambio (Godoy, 1999), deben desarrollarse habilidades y competencias (Grau-Ábalo y Florez-Alarcón, 2005) que permitan empoderar al individuo sobre el deseo conflictivo (Hoffman y Van Dillen, 2012). Se ha observado que cuando éste posee fuertes recursos ejecutivos de control, es capaz de resistir el deseo de ingerir comidas ricas en calorías (P. A. Hall, 2011).

En el contexto del presente estudio, la intervención *predominantemente de autoayuda* (Newman, Szkodny, Llera y Przeworski, 2011) resulta ideal, pues implica un escaso contacto con el profesional. Además, puede sustentarse en un grupo de recursos de fácil aplicación (Kemps y Tiggemann, 2010), difundibles a través de Internet, celulares, medios masivos de comunicación, etc. (Kazdin y Blase, 2011): Ej. la intención del individuo (McEachan, Conner, Taylor y Lawton, 2011), algoritmos para facilitar su *implementación* (Kroese, Adriaanse, Evers y De Ridder, 2011) y la biblioterapia (Alonso-García, 2008; Arem e Irwin, 2011).

⁴ Meta-función cognitiva que implica la habilidad para almacenar y manipular información por breves períodos de tiempo, durante la realización de tareas de integración de información para la solución de problemas.

Autocontrol del ansia por la comida

El principal problema para aplicarlos radica en la ausencia de investigaciones precedentes en nuestro país, que avalen su efectividad en el área señalada. Tampoco se cuenta con una caracterización de los pensamientos intrusos sobre la comida, el ansia que generan y el efecto de suprimirlos en nuestra población general. Si se toma en cuenta la evidencia científica que resalta la acción de los pensamientos intrusos y los fallos en su supresión, sobre la elaboración del ansia por la comida, así como la necesidad de elaborar estrategias para su control, la presente investigación se ha planteado el siguiente problema científico:

- ¿Cómo se expresa la efectividad de la Intención, una Guía de autoayuda y la Intención de Implementación *por reemplazo*, como recursos de autoayuda para propiciar el autocontrol del ansia por la comida en individuos con sobrepeso?

Objetivo general:

- Evaluar la efectividad de la Intención, una Guía de autoayuda y la Intención de Implementación *por reemplazo*, como recursos de autoayuda para propiciar el autocontrol del ansia por la comida en adultos con sobrepeso.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar las particularidades de los pensamientos intrusos, el ansia por la comida y su *supresión* en adultos con sobrepeso.
2. Determinar la efectividad de los recursos de autoayuda propuestos para el autocontrol de la elaboración del ansia por la comida.
3. Establecer los predictores individuales que modulan el efecto de cada uno de los recursos de autoayuda empleados.

Hipótesis de Investigación:

- Los recursos de autoayuda sustentados en la asignación de tareas cognitivas concurrentes, que saturan las vías utilizadas por la memoria de trabajo para la elaboración del ansia por la comida, resultan efectivos para propiciar su autocontrol en adultos con sobrepeso.

A partir de los postulados teóricos planteados en la investigación, así como de los objetivos y el problema descritos, se concibió un grupo de tareas científicas:

1. Tareas centradas en los supuestos teóricos y metodológicos:

- Revisión teórica actualizada sobre las tendencias en el estudio de la obesidad y el sobrepeso, los pensamientos intrusos, las ansias de comer y las estrategias de control de pensamientos.
- Revisión actualizada de los experimentos realizados para el control del ansia por la comida y su elaboración; así como la utilidad mostrada en esta área por los distintos *recursos de autoayuda* seleccionados.

2. Tareas centradas en la evaluación-intervención:

- Operacionalización de los principales recursos teóricos utilizados en la investigación.
- Adaptación para la población cubana de instrumentos para evaluar la elaboración y control del ansia por la comida, así como diversas variables aleatorias (Capítulo II).
- Identificación de las particularidades de los pensamientos intrusos, el ansia por la comida y su *supresión* en individuos con sobrepeso, al ser comparados con sus contrapartes con peso normal, u obesos.
- Selección de los participantes con sobrepeso, atendiendo a su zona de procedencia y posibilidad de realizar los seguimientos establecidos.

Autocontrol del ansia por la comida

- Implementación de cada *recurso de autoayuda* en individuos con sobrepeso en su propia área de salud.
- Evaluación de la efectividad de cada *recurso de autoayuda* tras su implementación.

La relevancia teórica del estudio queda establecida por la sistematización de diversas teorías y su aplicación de manera integrada en el abordaje de la problemática del ansia por la comida. Se resalta que su implementación en contextos de vida cotidiana resulta novedosa. En este sentido, se brinda soporte a las actuales demandas de ejecutar un cambio de enfoque dentro de los programas para la reducción del peso corporal.

Desde el punto de vista metodológico, se destaca la validación de diversos instrumentos de evaluación psicológica relacionados con la temática abordada, lo cual se materializó en la edición del texto *Validación de Instrumentos Psicológicos: criterios básicos* (Rodríguez-Martín y Molerio-Pérez, 2012).

Otro aporte metodológico de la investigación radica en el diseño de una Guía de autoayuda para el autocontrol del ansia por la comida (Gomez-Quintana, Gil-Pérez, Rodríguez-Martín, Nieves-Achón y Fernández-Castillo, 2011). Resulta importante resaltar que la misma constituye la primera referencia, tanto a nivel nacional como internacional, del uso de un manual específicamente diseñado para este fin. Adicionalmente se evalúa su efectividad, conjuntamente con la Intención e Intención de Implementación *por reemplazo*.

El impacto práctico-asistencial de los *recursos de autoayuda* se refleja en la facilidad para su implementación, lo que contribuye no solo a la reducción del ansia por la comida y colateralmente del propio Índice de Masa Corporal. Brinda a los profesionales de la

Autocontrol del ansia por la comida

Atención Primaria de Salud recursos muy operativos que implican poco consumo de tiempo, para realizar asesorías a individuos con sobrepeso.

Desde el punto de vista económico su valor preventivo es considerable, puesto que se enfoca en individuos con sobrepeso como población *en riesgo*, problemática de alta incidencia en nuestro medio. También constituye un potencial recurso para ofrecer a aquellos individuos con enfermedades crónicas, que necesiten restringir el consumo de alimentos altamente apetecibles para mantener compensados sus indicadores clínicos.

El informe de investigación consta de *introducción*, tres *capítulos*, *conclusiones*, *recomendaciones*, *bibliografía* y *anexos*. En el primer capítulo se esbozan los presupuestos teóricos que sirven de base a la investigación. El mismo se inicia con una panorámica acerca de sobrepeso-obesidad. Luego se abordan los pensamientos intrusos indeseados, las estrategias para su control y el ansia por la comida. Continúa con el análisis de diversos *recursos de autoayuda* y los posibles *predictores* de su efecto. Finalmente se integran las distintas teorías que fundamentan su empleo en el ámbito del tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

En el segundo capítulo se expone el diseño metodológico: enfoque del estudio; etapas que lo conforman; instrumentos de evaluación; operacionalización de las variables y la estrategia para el análisis de los datos.

En el tercer capítulo se presentan los resultados, cuyo análisis se realiza atendiendo a cada etapa. Se ofrecen las conclusiones acordes con los objetivos trazados y las recomendaciones. A continuación se precisan las referencias bibliográficas utilizadas. La memoria escrita finaliza con la exposición de los anexos, que fueron numerados según su aparición en el texto.

Capítulo 1: Fundamentación Teórica

1.1. Sobrepeso y Obesidad: una visión general.

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, y constituyen el quinto factor de riesgo de defunciones en todo el mundo (OMS, 2011). La misma fuente refiere que representan el 44 % de la carga de la diabetes, el 23 % de las cardiopatías isquémicas y del 7-41 % de algunos cánceres. Su diagnóstico se establece mediante al cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC), que toma en cuenta la acumulación de grasa en las distintas regiones del cuerpo, mayormente la abdominal (Corsica y Perry, 2002).

Para calcular el IMC se toma el peso en kilogramos y se divide por el cuadrado de la altura en metros. Los valores del IMC inferiores a 18.5 kg/m² se consideran un indicador de bajo peso. Por su parte, el rango comprendido entre 18.5-24.99 kg/m² define un peso normal. Un individuo puede ser catalogado como sobrepeso cuando su IMC es mayor a 25 kg/m² y como obeso, si excede los 30 kg/m². El sobrepeso se divide en: grupo I (< 27 kg/m²) y II (*pre-obesos* ≥ 27 kg/m²). A su vez la obesidad se divide en: tipo I (≥ 30 kg/m²); II (≥ 35 kg/m²); III (mórbida: ≥ 40 kg/m²) y IV (extrema: ≥50 kg/m²).

Debido a la gran cantidad de trastornos clínicos asociados al sobrepeso y la obesidad (Corsica y Perry, 2002; Durán-García y Griera-Borrás, 2004; Hurt *et al.*, 2011; Kushner y Sarwer, 2011; Sehested *et al.*, 2010) (Anexo 1), se ha estimado que los médicos podrían dedicar cerca del 10 % de cada consulta a tratar temas directamente relacionados con este problema (Tsai, Abbo y Ogden, 2011). Ello no resulta extraño si se toma en cuenta que, aproximadamente el 60 % de los pacientes consultados a diario se encuentran dentro de estas categorías (Pappa, Kontodimopoulos, Papadopoulos, Tountas y Niakas, 2011).

Autocontrol del ansia por la comida

En Cuba, los datos de la II Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas y Factores de Riesgo han revelado que cerca del 55 % de los individuos mayores de 15 años se encuentran en estas categorías (Hernández-Triana y Ruiz, 2007): 42 % con sobrepeso y 12 % son obesos. Se señala además, que el 43 % de la población tiene un estilo de vida sedentario y que el número de *sobrepeso-obesos* se ha incrementado en las regiones central y occidental del país (Jiménez-Acosta *et al.*, 2012). Por último, existen malos hábitos alimentarios, dentro de los cuales se prioriza el consumo de grasas, proteínas y azúcar, en detrimento de las frutas y vegetales (Porrata-Maury, 2009).

Si bien estos datos son inferiores a los de EEUU, donde los individuos con sobrepeso u obesos superan el 70 % de la población general (Hurt *et al.*, 2011) y semejantes a los de Portugal, con 52 % (Marques-Vidal, Paccaud y Ravasco, 2011), o Australia (Keightley, Chur-Hansen, Princi y Wittert, 2011), con 58 %; son superiores a los de España, donde escasamente rebasan el 30 % (Arrebola *et al.*, 2011).

Con vistas a reducir estas tasas, en Cuba, dentro del *plan integral* para su control (INHA, 2007) se ha priorizado la formación de asesores nutricionales (González-Domínguez, Bell-Benavides, Pérez-Santana, Jiménez-Sosa y Santana-Porbén, 2011). También realizado mejorías a la capacitación dentro de la Atención Primaria de Salud, para la promoción de estilos de vida saludables (Cáceres-Diéguéz, 2011).

No puede perderse de vista que los individuos con sobrepeso u obesos son objeto de estigmatización (Sikorski *et al.*, 2011). Los mismos tienden a ser percibidos como perezosos, socialmente ineptos, infelices, feos o estúpidos (Turner, Wildschut y Sedikides, 2012), debido a lo cual son discriminados en distintas áreas como las relaciones interpersonales, la educación, el empleo y los cuidados de salud (Carels y

Autocontrol del ansia por la comida

Musher-Eizenman, 2010; Fletcher, Bonell y Sorhaindo, 2011; Randle, 2012; Roehling, Roehling y Maureen-Odland, 2008; Sikorski *et al.*, 2011; Turner *et al.*, 2012).

Se ha observado que la interiorización de un ideal estético inalcanzable atenta contra la calidad de vida de estas personas, en mayor medida que el IMC (Guzmán y Lugli, 2009), por el daño que infringe sobre la autoestima (Gumble y Carels, 2012). El “ataque” contra la autoestima comienza desde la infancia pues, como también ocurre en Cuba, los escolares obesos son escasamente aceptados como compañeros de clase (Rodríguez-Ojea, González-Figueredo y González-Alonso, 2011).

Puede afirmarse que los prejuicios sobre el peso son socialmente aceptables y las personas tienden a expresarlos abiertamente (Brochu, Gowronski y Esses, 2011). Un ejemplo de ello lo constituyó el análisis de los 50 videos sobre “gordos”, más vistos en YouTube (Hussin, Frazier y Kevin-Thompson, 2010).

Este “desprecio interpersonal” promueve mayor susceptibilidad a vivencias de ansiedad, depresión, aislamiento, hostilidad e ira (Savoy, Almeida y Boxer, 2012). Por ello se ha considerado que estos individuos poseen un elevado riesgo de desarrollar alteraciones psicopatológicas de nivel neurótico (Durán-García y Griera-Borrás, 2004) y de manera particular, trastornos de la conducta alimentaria.

Toda la distorsión alrededor del sobrepeso y la obesidad pudiera deberse a la asociación lineal entre alimentos consumidos, gasto energético y aumento del IMC (Brannon y Feist, 2001; Keenan, Wallig y Haschek, 2013). Quizás por ello un pobre control del peso ha sido históricamente asociado a “defectos del carácter” o “falta de fuerza de voluntad” (Appelhans, Whitted, Schneider y Pagoto, 2011; Keightley *et al.*, 2011), de este modo se magnifica la responsabilidad individual asociada al problema (Roca-Perara, 2000).

Autocontrol del ansia por la comida

En este sentido, no se comprende que el sobrepeso y la obesidad surgen de una compleja interrelación entre factores genéticos, ambientales y psicológicos (Corsica y Perry, 2002; Heber y Carpenter, 2011; Hernández-Triana y Ruiz, 2007; Hurt *et al.*, 2011). Si bien el genoma se ha mantenido estable a través de 1.2 millones de generaciones (Hernández-Triana y Ruiz, 2007), no ha ocurrido lo mismo con el desarrollo tecnológico alcanzado durante el siglo pasado (Bernall, 2007; Conner, 2009), de notable repercusión sobre el estilo de vida de las personas (Mora-Ripoll, 2012).

Un notable ejemplo se encuentra en la industria de los alimentos, con la masificación de productos ricos en grasa, sal o azúcar (Ahmed *et al.*, 2013) y el fuerte trabajo de marketing que se realiza para promover su compra y consumo (Cairns, 2013). Los impactos de este trabajo no solo se reflejan en las preferencias de los consumidores, sino en su interpretación de lo que debería ser una alimentación saludable (Ronteltap, Sijtsema, Dagevos y de Winter, 2012).

Es por ello que el incremento del peso debe analizarse en el contexto donde se desarrolla (Gordon-Larsen y Popkin, 2011): político (global, nacional y local); trasfondo ambiental del comportamiento (economía, transporte, alimentación y ocupación); factores socioeconómicos (ingresos y educación) y psicosociales (conocimientos, actitudes y costumbres); nivel conductual (dieta, ejercicios y conductas saludables) y biológico (disposición genética, sexo, edad y etapa).

Por tanto, la implementación de políticas para su control no puede limitarse solamente al sector de la salud (Morales-Calatayud, 1999). Estas deben abarcar otras esferas como la agricultura, el comercio y las finanzas, las cuales promuevan la producción, la disponibilidad y la asignación de precios asequibles para las comidas saludables (Snowdon, Potter, Swinburn, Schultzs y Lawrece, 2010). Un ejemplo de dicha integración

se encuentra en el Plan Integral para el Control de la Obesidad y el Sobrepeso que se ejecuta en nuestro país (INHA, 2007).

1.1.1. Factores psicológicos asociados al sobrepeso y la obesidad

En el estudio de la obesidad y el sobrepeso, el análisis de los factores psicológicos cobra cada vez mayor fuerza (Ruíz-Prieto, Santiago-Fernández, Bolaños-Ríos y Jáuregui-Lobera, 2010). Si bien la idea de una “personalidad del obeso” va quedando descartada, ha podido identificarse un grupo de rasgos comunes (Molina-Quinto, Martínez-Ruiz, Marco-Juan y Moreno-Lucendo, 2010). Por otra parte, el estudio del *estilo de vida* focaliza su análisis en tres factores fundamentales (Kushner y Choi, 2010): la *comida*, la *práctica de ejercicios* y el *afrontamiento*.

Dentro del estudio de los *rasgos*, se tiende a identificar a la *sensibilidad a la recompensa* y la *impulsividad*, como los mediadores de la desinhibición del apetito (Jasinska *et al.*, 2012; Molina-Quinto *et al.*, 2010). Estudios recientes sostienen que dicha *desinhibición* abarca un *continuum* que va desde una sobrealimentación pasiva, hasta la adicción por la comida (Davis, 2013b).

Dado que el establecimiento de la meta de comer es usualmente activado de forma espontánea (Gaillet, Sulmont-Rossé, Issanchou, Chabanet y Chambaron, 2013), a través de asociaciones con estímulos internos o ambientales, captura frecuentemente la motivación para ejecutar la conducta de alimentación (Köpetz, Lejuez, Wiers y Kruglanski, 2013). En este contexto el valor del alimento se incrementa, así como sus atributos sensoriales, en tanto son señales de satisfacción de la necesidad (Havermans, 2013). Por último, se ha comprobado que la toma de decisiones bajo la influencia de estímulos viscerales, muestra efectos adversos sobre el autocontrol mientras mayor sea la capacidad cognitiva del individuo (Nordgreen y Chou, 2013).

Autocontrol del ansia por la comida

Dentro de los hábitos alimentarios que más contribuyen al incremento del IMC, los siguientes han sido considerados como los más relevantes (Affenito, Franko, Striegel-Moore y Thompson, 2012; Inoue *et al.*, 2010; Musaiger, 2011): preferencias por alimentos ricos en grasas, comidas rápidas y bebidas dulces; comer rápido; “saltarse” el desayuno y aumentar del número de meriendas.

Otro factor a analizar radica en la escasa motivación por realizar actividades físicas en el tiempo libre (Meseguer, Galán, Herruzo, Zorrilla y Rodríguez-Artalejo, 2009). Se estima que los *sobrepeso-obesos* pasan más del 60 % de su tiempo sentados o reclinados (Keadle, Libertine, Staudenmayer y Freedson, 2012). Ello puede conducir al picoteo (Carter y Jansen, 2012) o a las meriendas abundantes (O’Neill *et al.*, 2012).

Se ha constatado que ver más de tres horas diarias de televisión, incrementa el riesgo de obesidad (Jones, Otten, Johnson y Harvey-Berino, 2010). Similar asociación ha sido establecida con el uso de la Internet (Baek y So, 2011). Recientemente ha sido comprobado que cuando se come mientras se ejecutan tareas concurrentes, disminuye el gusto de los alimentos y se ingieren en mayor medida (Wal y Van Dillen, 2013).

En relación con el *afrentamiento*, uno de los elementos más abordados es el acto de comer en respuesta a emociones negativas o *comer emocional* (Evers, Marjin-Strok y Ridder, 2010). Para entender cómo ello favorece el incremento del peso (van Strien, Herman y Verheijden, 2012), debe tomarse en cuenta la variabilidad entre los individuos, las emociones y el contexto (Appelhans, Whitted, Schneider, Oleski y Pagoto, 2011; Fay y Finlayson, 2011; Macht, 2008; Yu, Chen, Liu, Chau y Chang, 2011).

Por ejemplo, la depresión asociada a la *estigmatización* puede llevar a mayor ingestión de alimentos en la vida cotidiana (Wott y Carels, 2010). También se ha observado que, en individuos con restricciones crónicas en su alimentación, la tristeza inducida puede

generar un mayor deseo de comer (Svaldi, Tuschen-Caffier, Lackner, Zimmermann y Naumann, 2012). Por último, ha podido comprobarse que la ejecución de rituales simples igualmente favorece el consumo de alimentos (Vohs, Wang, Gino y Norton, 2013).

La imagen corporal constituye otro elemento que “carga” afectivamente la comida (Durkin, Rae y Stritzke, 2012). La evidencia señala a las mujeres como las más vulnerables a presentar insatisfacción con su peso (Darlow y Lobel, 2010; Lattimore y Hutchinson, 2010; Tichner y Malson, 2012) y verse “gordas”, aun presentando un peso normal (Míguez-Bernárdez, De la Montaña-Miguélez, González Carnero y González-Rodríguez, 2011; Mikolajczyk *et al.*, 2010).

Tampoco puede obviarse la ambivalencia que puede generar la presentación de un tipo específico de comida (Hormes y Rozin, 2011): resulta placentera la idea de comer, pero no sus consecuencias (Green *et al.*, 2009). Quizás debido a ello, los individuos con restricciones crónicas en su alimentación tienden a sobrevalorar los anuncios que prometen mayor sensación de saciedad en los productos comercializados (Bilman, van Kleef, Mela, Hulshof y van Trijp, 2012): Ej. “El producto X le ayuda a comer menos”.

Otro elemento a tener en cuenta es *dónde* se come. Se ha observado que el hábito de hacerlo fuera del hogar parece desinhibir el consumo (Affenito *et al.*, 2012; de Castro, King, Duarte-Gardea, Gonzalez-Ayala y Kooshian, 2012) y no es beneficioso (Gaiha, Jha y Kulkarni, 2013). Por el contrario, comer en el hogar resulta más “saludable”, pues promueve el reforzamiento emocional positivo (Lu, Huet y Dubé, 2011).

Por último, no puede perderse de vista que la sensibilidad hacia la comida y el disfrute al consumirla, la reacción ante las señales de saciedad, las preferencias, la capacidad para inhibir voluntariamente el apetito, así como el acto de comer sin tener hambre, son factores que modulan el efecto del medio sobre el individuo (French *et al.*, 2012). Todo

ello implica una relación con la comida extremadamente compleja, que demanda comprender *quién, qué, cuándo, cómo, dónde y por qué* come, o sea, el *efecto total* de la comida (Harris y Johns, 2011).

1.1.2. Intervenciones para la reducción del peso corporal

En la actualidad se disponen de numerosas intervenciones para el control del peso (Laddu *et al.*, 2011), dentro de las que destacan el uso de suplementos dietéticos (Ibrügger, Kristensen, Skau-Mikkelsen y Astrup, 2012; Kubota *et al.*, 2011; Poddar, Kolge, Bezman, Mullin y Cheskin, 2011), fármacos (Dunican, Desilets y DeBellis, 2007; Idelevich, Kirch y Schindler, 2009) y cirugías (Leahey *et al.*, 2012; Prener, Chuah y Le Roux, 2012). Sin embargo, se coincide en señalar como las más promisorias, aquellas que ejercen modificaciones sobre el *estilo de vida*, mediante la combinación de una dieta saludable, la práctica sistemática de ejercicios físicos y la utilización de recursos de intervención psicológica (Hagobian y Phelan, 2013; Lagerros y Rössner, 2013).

La modelación matemática ha sugerido la implementación de dos líneas principales de intervención dentro de la Atención Primaria de Salud (Santonja, Morales, Villanueva y Cortés, 2012): 1) mantener patrones saludables de estilo de vida en poblaciones *riesgo* y 2) alentar a individuos con sobrepeso y obesidad a incrementar su actividad física y hacer dietas racionales y saludables.

Para mejorar las *asesorías* que permitan estas intervenciones (Rodondi *et al.*, 2006; Simkin-Silverman, Conroy y King, 2008), se hace necesario: conocer el problema y su representación individual (Breland, Fox, Horowitz y Leventhal, 2012); “ajustarlas” al individuo (Noar, Grant-Harrington, Van Stee y Shemanski-Aldrich, 2011); emplear entrevistas motivacionales (Armstrong *et al.*, 2011; Berendsen *et al.*, 2011; Lundahl,

Kunz, Brownell, Tollefson y Burke, 2010) y realizar un seguimiento sistemático (Ross-Middleton, Patidar y Perri, 2012).

a) Dietas

El análisis del efecto de las dietas debe tomar en consideración el estado de las que están en curso, la historia de las anteriores y el tiempo que se mantiene el resultado (French y Jeffery, 1997). Si bien existen estudios que evalúan la etapa de *reducción* (Cheskin *et al.*, 2008; Fonda, Jain y Vigersky, 2010; Haufe *et al.*, 2012; Melanson, 2007; Melanson y Lowndes, 2010; van Loan *et al.*, 2011), resultan menos frecuentes aquellos dirigidos a evaluar el mantenimiento de los resultados alcanzados (Brannon y Feist, 2001; Champagne *et al.*, 2011).

Se reconoce que existen barreras para el mantenimiento de las metas de *restricción*, como los malos hábitos alimentarios (Quinn, Pescoe, Wood y Neal, 2010), los atracones (Lillis *et al.*, 2011), el picoteo (Carter y Jansen, 2012) o la predisposición atencional hacia comidas tentadoras (Hoffman *et al.*, 2010; Passamonti *et al.*, 2009). Al respecto, se han detectado cinco núcleos básicos para la autoexplicación del fracaso de una dieta (Green *et al.*, 2009): confusión entre *dieta* y *restricción*; comer vs consecuencias; explicaciones auto-exculpatorias; metas de mayor jerarquía, percibidas como “barreras”, y comer para socializar o regular las emociones.

Dentro de las repercusiones psicológicas de las restricciones crónicas en la alimentación que atentan contra el mantenimiento de los resultados a largo plazo, se encuentran la insatisfacción con la cantidad-tipo de comida consumida y el tiempo que pasa el individuo pensando en ello (Timmerman y Gregg, 2003). También hay que señalar la falta de correspondencia entre *restricción* y *nutrición saludable* (Gargallo-Fernández *et al.*, 2012; Hernández-Triana, 2008). Se ha observado que una violación de patrones

tradicionales de alimentación, como excluir el arroz y los frijoles al comer, puede favorecer el incremento del peso (Rodrigues, da Costa-Proença, Marino-Calvo y Rataichesck-Fiates, 2012).

Obtener buenos resultados en las primeras etapas de una dieta, puede motivar a las personas a mantenerla (S. D. Moore, King, Kiernan y Gardner, 2011); sin embargo, esta necesidad de reforzamiento a corto plazo, puede conducir a las dietas Yo-Yo (Agaston, 2012) o *de moda* (Hernández-Fernández, 2011). Estas son dietas “mágicas” en extremo restrictivas y desequilibradas en nutrientes, que carecen de rigor científico (Soto y López-Villalta, 2010).

b) Práctica sistemática de ejercicios físicos

La práctica sistemática de ejercicios físicos resulta otra vía para disminuir el IMC (Ekkekakis, Lind y Vazou, 2009; Laddu *et al.*, 2011). Ha podido establecerse que prolonga la supresión del deseo de comer, sobre todo alimentos ricos en grasa (Cheng, Bushnell, Cannon y Kern, 2009): Ej. caminar vigorosamente 15 minutos reduce el deseo de merendar (Oh y Taylor, 2012). Bajo este prisma, se ha planteado que en los inicios de un tratamiento, el ejercicio físico posee mayor relevancia para la reducción del consumo de alimentos que para la propia reducción del peso (May *et al.*, 2012).

Si bien los individuos con sobrepeso suelen confiar que la práctica de ejercicios mejorará su apariencia e imagen (Miller y Miller, 2010), solo se ejercitan empleando un ritmo de intensidad *baja* o *moderada* (C. W. Hall, Holmstrup, Koloseus, Anderson y Kanaley, 2012). Dado que una fuerte motivación consiste en evitar la vergüenza asociada al *estigma del peso*, la percepción del esfuerzo realizado tiene escaso impacto en su estado de ánimo (Guérin y Fortier, 2012).

Autocontrol del ansia por la comida

Desde el punto de vista psicológico, la práctica de ejercicios tiene notables beneficios para la autorregulación (Oaten y Cheng, 2006), la generación de emociones positivas (Pasco *et al.*, 2011), la percepción de autoeficacia (Ekkekakis *et al.*, 2009), el bienestar psicológico y la calidad de vida (Mutrie y Faulkner, 2004). En este sentido, su relación con la salud mental puede ser mediatizada a través de su efecto sobre la auto-imagen y la interacción social que proporciona (Monshouwer, ten Have, van Poppel, Kemper y Vollebergh, 2013).

Aunque la combinación *dieta-ejercicios* ha mostrado importantes beneficios, aún no basta para el mantenimiento de resultados a largo plazo (Wu, Gao, Chen y van Dam, 2009). Ello probablemente ocurre debido a la complejidad de las variables que modulan la reducción y el mantenimiento del peso (Köster, 2009; Stubbs *et al.*, 2011):

c) Intervención psicológica: cambios en el estilo de vida

Una comprensión integradora de los factores asociados al *estilo de vida*, que propician el incremento de peso, podría contribuir al diseño de tratamientos cada vez más efectivos (Kushner y Choi, 2010). El *estilo de vida* describe el conjunto de comportamientos que un individuo utiliza en su vida cotidiana, de forma sistemática (Morales-Calatayud, 1999).

Las intervenciones que fomentan modificaciones en dichos factores muestran una excelente relación costo-efectividad (Bogers *et al.*, 2010). Sin embargo, deben evitar promover la discriminación hacia individuos *sedentarios*, dados los prejuicios intergrupales observados hacia ellos (T. L. Berry, Spence y Clark, 2011). Por último, deben comprender el significado que cada persona asigna al término *comer saludable* (Ronteltap *et al.*, 2012).

Autocontrol del ansia por la comida

Dentro de estas intervenciones las de orientación cognitivo-conductual han demostrado ser más efectivas (Laddu *et al.*, 2011; Presti, Lai, Hildebrandt y Loeb, 2010), pues integran un grupo de componentes clave (Corsica y Perry, 2002):

- A. Establecimiento de metas y monitoreo diario del consumo de comida y de la actividad física (Brannon y Feist, 2001; Wu *et al.*, 2009).
- B. Educación nutricional (Gargallo-Fernández *et al.*, 2012; Gripshover y Markman, 2013; Hernández-Triana, 2008; Hernández-Triana *et al.*, 2009).
- C. Incremento de la actividad física, concebida como actividades para modificar el estilo de vida (Christensen *et al.*, 2011; Keadle *et al.*, 2012; Söderlund, Fischer y Johansson, 2009; Verweij, Coffeng, van Mechelen y Proper, 2011).
- D. Detección de desencadenantes ambientales y utilización de refuerzos conductuales para apoyar los cambios (Jones *et al.*, 2010; Nederkoorn y Jansen, 2002).
- E. Técnicas de reestructuración cognitiva: identificación y cambio de pensamientos y sentimientos que interfieren con los progresos del individuo (Daubenmier *et al.*, 2011; Higgs y Donohoe, 2011; Papies, Stroebe y Aarts, 2008).
- F. Entrenamiento en solución de problemas o en procedimientos de prevención de recaídas para mejorar el afrontamiento a obstáculos y contratiempos (Alberts, Thewissen y Raes, 2012; Stubbs *et al.*, 2011).

No obstante lo promisorio de estas intervenciones, varios seguimientos han reportado que la mitad del peso perdido se vuelve a ganar al año siguiente al tratamiento, y en un plazo de 3-5 años, el 80 % de los pacientes ha retomado o excedido el peso inicial (Lillis *et al.*, 2011). En Cuba las intervenciones conductuales se utilizan desde hace varias décadas (Collado-Mesa *et al.*, 1984), con buenas tasas de adherencia en mujeres

jóvenes con sobrepeso y un nivel de escolaridad medio-superior (Marcos-Plasencia *et al.*, 2009).

Se ha planteado que la respuesta a *por qué* resulta tan difícil dejar de consumir ciertos alimentos a largo plazo (Lewis, 2011) no está en las dietas; sino en la necesidad de un cambio de enfoque, donde la reducción del peso no sea el objeto primario de la intervención (Bacon y Aphramor, 2011). Un ejemplo está en la promoción del *comer intuitivo*, que elimina las restricciones en la alimentación una vez que el sujeto ha aprendido la diferencia entre los indicadores *fisiológicos* (hambre-satisfacción-saciedad) y *emocionales* del apetito (Mathieu, 2009).

Diversas investigaciones han corroborado que resulta difícil mantener el control ante la presencia de comidas tentadoras (Burger, Cornier, Ingebrigtsen y Johnson, 2011; Hoffman *et al.*, 2010; Siep *et al.*, 2012); pero hacerlo a través de la inhibición de impulsos (Fujita, 2011), puede conducir al fracaso (Quinn *et al.*, 2010). Si bien se ha propuesto que la *dieta* deje de ser una elección personal (Appelhans, Whitted, Schneider y Pagoto, 2011), otra solución radica en detener la elaboración de los pensamientos sobre comida (May *et al.*, 2010).

1.2. Pensamientos intrusos sobre comida: supresión y ansia.

Los pensamientos intrusos o intrusiones, pueden definirse como ideas perturbadoras que instan conductas consideradas como inapropiadas (Wegner, Schneider, Carter y White, 1987). Aparecen de forma repentina (L. M. Berry, May, Andrade y Kavanagh, 2010), causan malestar y las personas los consideran difíciles de controlar (Najmi, Riemann y Wegner, 2009). Aunque la mayor parte desaparece sin molestar apenas, otros regresan una y otra vez (Luciano, 2007). Estos últimos son una importante fuente de malestar, que

se manifiesta a través de numerosas alteraciones psicopatológicas (Magee, Harden y Teachman, 2012).

La elaboración del pensamiento intruso posee una naturaleza dual (Kühn, Vanderhasselt, De Raedt y Gallinat, 2012): 1) *reflexiva*, focalizada en el análisis de su contenido; o 2) *rumiativa*, focalizada en sus causas y consecuencias. En este sentido, es necesario distinguir la rumiación del procesamiento reflexivo funcional de emociones negativas (Kross, Ayduk y Mischel, 2005) y de la preocupación, donde el pensamiento intruso se focaliza en la anticipación de las potenciales amenazas (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008). Existe evidencia de que el curso rápido de pensamientos diversos induce estados de ánimo positivos, al compararlos con el curso lento de los monotemas (Pronin y Jacobs, 2008).

Los pensamientos intrusos sobre comida han sido considerados como un problema desde las investigaciones iniciales en esta área (Wegner *et al.*, 1987). El sobresalto provocado por su aparición (Hawk, Baschnagel, Ashare y Epstein, 2004), puede ser explicado sobre la base de la *sensibilización*, mediada por la fuerza del estímulo desencadenante (Morewedge, Huh y Vosgerau, 2010). A partir de entonces comienza un proceso de elaboración cognitiva (Kavanagh *et al.*, 2005; May *et al.*, 2012), con repercusiones emocionales y conductuales (L. M. Berry *et al.*, 2010).

Se ha observado que los individuos con restricciones crónicas en su alimentación presentan una mayor cantidad de pensamientos intrusos sobre comida (Timmerman y Gregg, 2003), que desvían los recursos que la memoria de trabajo debe emplear en otras tareas cognitivas concurrentes (Vreugdenburg, Bryan y Kemps, 2003).

Dado que la controlabilidad es un proceso que evidencia la unidad entre lo cognitivo, lo afectivo y lo volitivo, en pos de la reestructuración de un equilibrio gratificador sujeto-

medio (Herrera-Jiménez y Delgado-Suárez, 2008), resulta pertinente formularse la siguiente pregunta: ¿cuáles estrategias pueden utilizarse para controlar los pensamientos intrusos?

1.2.1. Estrategias de control de pensamientos.

En su vida cotidiana, las personas emplean un grupo de estrategias *de control de pensamientos* (Wells y Davies, 1994): *distracción* (desviar la atención hacia otros pensamientos o conductas); *reevaluación* (buscarle nuevos significados); *control social* (discutirlo con otras personas); *preocupación* (anticipación de posibles consecuencias negativas) y *auto-castigo* (molestia consigo mismo por tener el pensamiento). Se plantea que las tres primeras son *funcionales* y las dos últimas *disfuncionales* (E. L. Moore y Abramowitz, 2007).

Aunque estas estrategias han sido confirmadas recientemente (Luciano *et al.*, 2006), se señala que obvian otras que también deberían ser consideradas (Fehm y Hoyer, 2004): no hacer nada; concentrarse en el pensamiento intruso hasta que aparece otro (confrontación); no identificarlo como la fuente del malestar y ceder al impulso. Por último, se ha observado que tratar los pensamientos como si fuesen objetos materiales puede ser otra vía para regular su impacto (Briñol, Gascó, Petty y Horcajo, 2013).

Se ha identificado que las estrategias predominantes en individuos con trastornos de la conducta alimentaria son la preocupación, el auto-castigo, la confrontación y ceder al impulso (Kollei, Brunhoeber, Rauh, de Zwaan y Martin, 2012). Otra clasificación las ubica en un continuo norma-patología (Perpiñá *et al.*, 2008): *normalizadoras* (reevaluar, relajarse, control social y auto-castigo leve); *de neutralización y supresión* (supresión y distracción cognitiva); *rituales no alimentarios* (distracción conductual) y *ceder al impulso*.

Adicionalmente se reconoce que la preocupación, el auto-castigo y la distracción tienden a aumentar, en la medida en que la supresión de pensamientos es mayor (Soetens *et al.*, 2008). Dado que el empleo de la supresión es extremadamente frecuente en la vida cotidiana (Wegner y Erskine, 2003), sus consecuencias y su relación con la comida (Barnes y Tantleff-Dunn, 2010) merecen un análisis más detallado.

1.2.2. Supresión de pensamientos

La supresión de pensamientos consiste en evitar los pensamientos de manera consciente, lo cual requiere que el individuo se haya propuesto hacerlo (Wegner *et al.*, 1987). Como estrategia cognitiva, esta ha demostrado ser medianamente desadaptativa (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010), ineficaz (Najmi *et al.*, 2010; Wegner *et al.*, 1987; Wenzlaff y Bates, 2000) y con efectos negativos sobre el sistema inmune (Petrie, Booth y Pennebaker, 1998).

La relativa ineficacia de la supresión de pensamientos es analizada por la Teoría de los Procesos Irónicos (Wegner, 1994), la cual señala que al suprimir la intrusión inicial, comienza una etapa de búsqueda subconsciente (monitoreo) para garantizar que esta se mantenga *suprimida*, y una vez hallada es devuelta a la conciencia, lo que produce un *efecto rebote*. De esta forma el círculo vicioso de *monitoreo-rebote* que se pone en marcha torna el “antídoto” en “veneno” (Wegner, 1997). Otros elementos que condicionan el éxito de la *supresión* están dados por la motivación para hacerlo, el significado que se le atribuya al pensamiento intruso (Magee *et al.*, 2012) y la valencia emocional o intensidad de este último (Depue, Banich y Curran, 2005; Wenzlaff, Wegner y Klein, 1991).

Dicha teoría resulta consistente con los correlatos neurofisiológicos del control cognitivo (MacDonald, Cohen, Stenge y Carter, 2000). Implica la activación *sostenida* de la corteza

Autocontrol del ansia por la comida

prefrontal dorsolateral izquierda para la supresión del pensamiento y *transitoria* de la corteza anterior del cíngulo para el *monitoreo* (Mitchell *et al.*, 2007); así como la del hipocampo (Anderson *et al.*, 2004). Si la corteza anterior del cíngulo registra un estímulo “conflictivo”, se activa nuevamente la corteza prefrontal dorsolateral (Matsumoto y Tanaka, 2004), lo cual puede constituir un indicador del *rebote*. Para la supresión de pensamientos relacionados con la comida, se activan, además, la amígdala y la ínsula (Siep *et al.*, 2012).

Se ha sugerido que son los intentos activos de *supresión* los que llevan al individuo a pensar, decir o hacer, precisamente aquello que no se desea (Wegner, 2009). Ello se debe a que el *rebote* no solamente es cognitivo (Iijima y Tanno, 2012), sino también conductual (Denzler, Förster, Liberman y Rozenman, 2010; Erskine, Georgiou y Kvavilashvili, 2010; Sayers y Sayette, 2013).

El rebote conductual de la supresión de pensamientos ha sido observado en relación con los pensamientos intrusos relacionados con la comida, con incrementos significativos en los alimentos ingeridos en los grupos que utilizan esta estrategia (Adriaanse, van Oosten, de Ridder, de Wit y Evers, 2011; Erskine, 2008; Erskine y Georgiou, 2010). Ello se ve agravado cuando existen restricciones crónicas en la alimentación (Soetens y Braet, 2006), pues la supresión de pensamientos relacionados con la comida parece incrementar el deseo de comer (Svaldi *et al.*, 2012), siendo más reportada por las mujeres que por los hombres (Barnes y Tantleff-Dunn, 2010).

La relación entre la supresión de pensamientos sobre la comida, el IMC y los trastornos de la alimentación, se torna evidente al observar las elevadas puntuaciones registradas por los individuos obesos diagnosticados con un trastorno por atracón, en comparación con sus contrapartes no-clínicas (Barnes, Masheb y Grilo, 2011). También se ha

observado que la señales de hambre fisiológica se tornan confusas en las mujeres que teniendo conciencia de sus emociones, pensamientos y necesidades, no las expresan, y tienden al *comer emocional* (Shouse y Nilsson, 2011).

Sin embargo, la supresión de pensamientos relacionados con la comida quizás no dependa tanto del IMC, como del grado de inhibición al comer (Soetens *et al.*, 2008): individuos *desinhibidos* con restricciones crónicas en su alimentación, tienden a utilizarla en mayor medida que los *desinhibidos sin restricciones* o los *inhibidos con restricciones*. En estos sujetos, el uso de la supresión de pensamientos relacionados con la comida parece generar un mayor número de preocupaciones sobre el tema (Meule, Lutzl *et al.*, 2012; Soetens, Braet, Dejonckheere y Roets, 2006).

En resumen, una causa relevante en el fracaso de la supresión de pensamientos relacionados con la comida radica en los constantes rebotes que permiten a los pensamientos intrusos sobre comida ganar en elaboración, convirtiéndose en una “exquisita tortura” (Kavanagh *et al.*, 2005). Este pobre control inhibitorio, unido a una impulsividad incrementada, podría fomentar el deseo por los alimentos que precisamente se deberían evitar (Jasinska *et al.*, 2012; O’Neill *et al.*, 2012).

1.2.3. Ansia por la comida.

El ansia por la comida es el deseo intenso de consumir un alimento específico (May *et al.*, 2012). Aunque ocasionalmente puede coexistir con el hambre, el ansia por la comida es más intensa y suele focalizarse sobre un alimento deseado (Meule, Lutzl *et al.*, 2012). Si bien numerosos individuos confunden el ansia (craving) con la ansiedad (anxiety), resulta necesario aclarar que su definición se encuentra más ligada a los componentes motivacionales del anhelo o el deseo (Rodríguez, Mata y Moreno, 2007). Además, ha sido ampliamente documentado un grupo de emociones o estados de ánimo que, más

allá de la ansiedad, pueden desencadenar intensos episodios de ansia por la comida (Macht, 2008).

Se ha señalado que el ansia por la comida puede constituir una experiencia normal de la vida cotidiana (Tiggemann y Kemps, 2005) o puede conducir a episodios patológicos de atracones (Rodríguez *et al.*, 2007). Las concepciones teóricas predominantes consideran que el ansia por la comida como un constructo multidimensional, que puede constituir tanto un rasgo de la personalidad como un estado transitorio (Meule, Lutzl *et al.*, 2012); siendo este último una condición poco asociada con el sobrepeso y la obesidad.

Por el contrario, se ha observado que el ansia por la comida como rasgo resulta un buen predictor del fracaso de las dietas (Meule *et al.*, 2011), por la dificultad que genera resistir el impulso de comer (Massey y Hill, 2012). Al respecto, se señala que la pérdida del control sobre la comida y el incremento de las intenciones de consumo, constituyen aquellas dimensiones que pudieran explicar dicho fracaso (Meule, Lutzl *et al.*, 2012).

En individuos con restricciones crónicas en su alimentación, los patrones de ritmo cardíaco, actividad gástrica y salivación, presentan menor activación ante estímulos tentadores que en sus contrapartes no-restrictivas (Coelho, Nederkoorn y Jansen, 2013; Nederkoorn y Jansen, 2002). Se ha comprobado que los primeros son capaces de mantener un elevado control atencional, para no ser tentados por dichos estímulos (Hotham *et al.*, 2012). Sin embargo, ello se combina con mayor desinhibición al comer (Houben, Nederkoorn y Jansen, 2012; Nederkoorn y Jansen, 2002), que es la base de conductas contraproducentes de *deseo* y *búsqueda*, incompatibles con las metas de *restricción* (Hawk *et al.*, 2004; Meule, Lutzl *et al.*, 2012).

Según la Teoría de la Intrusión Elaborada del Deseo (Kavanagh *et al.*, 2005; May *et al.*, 2012), en la base del ansia se encuentran los pensamientos intrusos. Éstos pueden ser

Autocontrol del ansia por la comida

activados por estímulos fisiológicos, ambientales o emocionales; así como por la actividad cognitiva concurrente o respuestas anticipatorias al propio estímulo. Dichos pensamientos intrusos tienen un carácter dual, pues a medida que evocan placer o alivio a través de la fantasía, también amplifican la conciencia del déficit. Ellos captan la atención y la motivación de la persona, por lo que su *supresión* conduce a constantes *rebotes* que propician su elaboración.

La naturaleza rumiativa de la elaboración del ansia (Kavanagh *et al.*, 2005), radica en el análisis de las causas y consecuencias (Nolen-Hoeksema *et al.*, 2008) del pensamiento intruso. Una baja actividad de la corteza anterior del cíngulo y del giro frontal bilateral inferior, podría explicar *por qué* resulta tan difícil detener la elaboración del pensamiento intruso (Kühn *et al.*, 2012). Por último, dicha *elaboración* “consume” los recursos de la memoria de trabajo (Kavanagh *et al.*, 2005; Kemps y Tiggemann, 2010), donde la afectación que produce sobre el desempeño viso-espacial ni siquiera depende del nivel del ansia por la comida como *rasgo* (Meule, Skirde, Freund, Vögele y Kübler, 2012).

En el ansia por la comida se han observado correlatos neurofisiológicos en la amígdala, el cuerpo estriado y la corteza anterior del cíngulo, similares a los del ansia por las drogas (Passamonti *et al.*, 2009). En este sentido, la exposición a comidas apetecibles embota la actividad de las regiones corticales del cuerpo estriado, la corteza prefrontal y la corteza anterior del cíngulo (Hommer *et al.*, 2012). Sin embargo, debe señalarse que es más probable que ello ocurra en momentos de baja carga cognitiva, pues se ha observado que los individuos que realizan operaciones de gran carga cognitiva, previos a tal exposición, pueden obviar las tentaciones con mayor facilidad (Van Dillen, Papiés y Hoffman, 2013).

Autocontrol del ansia por la comida

La adicción por la comida es un concepto relativamente reciente para el que se han establecido criterios diagnósticos similares a aquellos incluidos en el DSM-IV-TR para la dependencia de sustancias (Ahmed *et al.*, 2013; Corsica y Pelchat, 2010). Sin embargo, debe señalarse que aunque se han reportado elevados niveles de ansia por la comida como rasgo en la base de la adicción por la comida (Meule y Kübler, 2012), la primera no constituye un criterio diagnóstico para la segunda (Corsica y Pelchat, 2010). La adicción por la comida es actualmente catalogada como una forma extrema del trastorno por atracción (Davis, 2013a, 2013b; Davis *et al.*, 2013).

En este contexto ha quedado esclarecida la importancia de buscar alternativas que le permitan al individuo controlar el ansia por la comida. Al respecto se ha sugerido como punto de partida la *aceptación* del ansia, sin que ello implique su ejecución conductual (Alberts, Mulkens, Smeets y Thewissen, 2010; Hooper, Sandoz, Ashton, Clarke y McHugh, 2012; Juarascio, Forman, Timko, Butryn y Goodwin, 2011).

Un segundo momento podría consistir en el uso de la *reevaluación* en tanto activa la corteza prefrontal dorsolateral pero, a diferencia de la supresión de pensamientos relacionados con la comida, su impacto sobre la amígdala, el cuerpo estriado ventral y la ínsula es escaso (Siep *et al.*, 2012). Quizás por ello es que su utilización reduce la deseabilidad de la comida (Giuliani, Calcott y Berkman, 2013).

1.3. El autocontrol del ansia por la comida

Existen diversas estrategias basadas en la evidencia para el control del peso (Laddu *et al.*, 2011). Sin embargo, las mismas deberían orientar su atención hacia el análisis del deseo como el nuevo punto crítico para el logro del autocontrol (Hoffman y Van Dillen, 2012).

Autocontrol del ansia por la comida

El autocontrol puede definirse como la habilidad para la solución consciente de un conflicto, necesaria en el contexto de la regulación, cuando las metas concretas e inmediatas se contraponen a otras distantes y abstractas (Fujita, 2011). Por tanto, el autocontrol del ansia por la comida implica la habilidad para detener o atenuar su elaboración, impidiendo la ejecución conductual del deseo de comer.

Las preferencias por alimentos ricos en grasa, azúcar o sal (Davis *et al.*, 2011; Porrata-Maury, 2009) hacen del ansia por la comida una experiencia cotidiana (Tiggemann y Kemps, 2005). En este sentido puede resultar pertinente trabajar desde el nivel de prevención primaria, o sea, comenzar con la identificación de aquellos grupos *de riesgo* (Batista-Moliner y Feal-Cañizares, 2001).

Para autocontrolarse ante la presencia de comidas tentadoras, el individuo debe conciliar el conflicto que se establece entre sus motivaciones a corto y largo plazos, a favor de las últimas (Fujita, 2011). Según la Teoría de la Intrusión Elaborada del Deseo, este *conflicto* puede solventarse mediante la asignación de tareas concurrentes que saturen la elaboración del *ansia* en la memoria de trabajo (May *et al.*, 2012). A continuación se ofrecen algunos ejemplos de tareas concurrentes con potencialidades para detener o atenuar la elaboración del ansia por la comida:

- Usar la imaginación para generar habituación (Morewedge *et al.*, 2010), distracción (Knäuper, Pillay, Lacaille, McCollam y Kelso, 2011) o prevenir la aparición de los pensamientos intrusos sobre comida (May *et al.*, 2010).
- Disminuir el ritmo cardíaco mediante la utilización del biofeedback (Meule, Freund, Skirde, Vögele y Kübler, 2012)
- Observar obras que muestren personas delgadas o informar directamente el peso corporal antes de realizar una merienda (Brunner y Siegrist, 2012).

- Modelar con plastilina (Andrade, Pears, May y Kavanagh, 2012).
- Desviar los pensamientos hacia otros más relevantes (May *et al.*, 2010).
- Reevaluar la intrusión (Giuliani *et al.*, 2013) o reestructurarla cognitivamente (Moffitt, Brinkworth, Noakes y Mohr, 2013)
- Técnicas de aceptación y compromiso (Alberts *et al.*, 2010; Alberts *et al.*, 2012; Hooper *et al.*, 2012): Ej. la *defusión cognitiva* (Moffitt *et al.*, 2013)
- Técnicas de liberación emocional (Stapleton, Sheldon, Porter y Whitty, 2011).

También se ha sugerido que la autoconciencia de la experiencia del ansia por la comida contribuye sustancialmente a mejorar su autocontrol (Carlson, 2013; Wiers, Gladwin, Hoffman, Salemink y Ridderinkhof, 2013). Igualmente se ha comprobado que un simple enjuague bucal con glucosa parece ser suficiente para evitar que el autocontrol se debilite, tras un período de desgaste cognitivo (Hagger y Chatzisarantis, 2013). Por último, no deben obviarse los efectos del *priming*⁵ para la activación automática de los mecanismos de control inhibitorio (Hepler y Albarracin, 2013) y reducir el gasto de la memoria de trabajo para generar motivación por el tratamiento o mayor seguridad en sí mismo (Shalev y Bargh, 2011).

Como se ha observado, el problema no radica en la ausencia de recursos sino en la búsqueda de vías para difundirlos (Johnston, 2013). Entonces: ¿es imprescindible el contacto sistemático con un terapeuta (Newman *et al.*, 2011) si el 95 % de los que logran reducir su peso y mantener este logro lo hacen fuera de una consulta? (Stubbs *et al.*, 2011) ¿Su presencia es necesaria para empoderar individuos *en riesgo* sobre el ansia por la comida?

⁵ En este caso puede ser entendido como procesos automáticos que se activan de forma rápida, con una notable influencia en la conducta, aun sin que medie una intención (McNamara y Holbrook, 2003).

1.4 Los recursos de autoayuda para el autocontrol del ansia por la comida

La atención a los problemas de infelicidad cotidiana y sufrimiento psicológico que padecen numerosos individuos, demandan del diseño de intervenciones que no sean “variantes ligeras” de las utilizadas para intervenir sobre las alteraciones psicopatológicas tradicionales (Echeburúa, Salabarría, de Corral y Polo-López, 2010). El cambio de la Psicología Clínica hacia un modelo salutogénico, más preventivo y profiláctico, facilita orientar tales intervenciones hacia individuos “sanos” (Roca-Perara, 2000), que tomen en cuenta las posibilidades que ofrece el enfoque neuropsicológico (Herrera-Jimenez y García-Medina, 2003).

En la actualidad se incrementa el empleo de *vías de administración* más allá del clásico caso (individuo, pareja, familia o pequeño grupo de 8-12 individuos) por consulta (Kazdin y Blase, 2011). Entre ellas se destaca el uso de las tecnologías; de legos; recursos de autoayuda y medios masivos de comunicación.

Un ejemplo de ello lo constituyen las intervenciones a través de Internet (Arem e Irwin, 2011) o teléfonos móviles (Harrison *et al.*, 2011; Spring *et al.*, 2013), que han logrado la incorporación de un mayor número de hombres a programas de reducción de peso (Morgan, Warren, Lubans, Collins y Callister, 2011). En Cuba, se aprovechan los canales educativos, el sitio Web del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos y la Biblioteca virtual de Salud, con el fin promover la educación nutricional (Martín *et al.*, 2006).

Bajo el término *autoayuda* se define un grupo de intervenciones en las que el individuo toma el control del cambio, en un *continuum* desde la completa independencia, pasando por el apoyo grupal, hasta el contacto con especialistas (Kazdin y Blase, 2011). La autoayuda se clasifica atendiendo a varios niveles (Newman *et al.*, 2011):

Autocontrol del ansia por la comida

- Predominantemente autoadministrada: al menos un contacto con un terapeuta.
- Predominantemente de autoayuda: breves contactos con el terapeuta, que no exceden 1½ horas al sumar el tiempo dedicado a cada encuentro.
- Terapia de contacto mínimo: el terapeuta se involucra en un grado menor que en una terapia tradicional para el mismo problema.
- Terapia predominantemente administrada: igual a la convencional pero enfocada en el cambio a través de la autoayuda.

Resulta importante resaltar que la *autoayuda* pondera el carácter activo y autorregulador del individuo (Roca-Perara, 2007). Desde un enfoque salutogénico (Grau-Abalo, Hernández-Meléndez y Vera-Villarroel, 2005), permite empoderarlo sobre las dificultades que enfrenta en su vida cotidiana, brindándole recursos que propician una mayor autoeficacia (Maddux, 2002; Roca-Perara, 2002) y resiliencia (Seery, 2011).

Si bien a nivel internacional las intervenciones sobre el control del peso se han ido desplazando hacia plataformas de Internet, donde los individuos encuentran recursos que pueden autoadministrarse, no debe olvidarse que toda intervención debe tener un carácter contextualizado. Dado que en nuestro medio el acceso a Internet se dificulta para numerosas personas, en la presente investigación se optó por una modalidad *predominantemente de autoayuda*, que si bien requiere una cantidad mínima de contactos, ofrece la posibilidad de establecer una base orientadora y un seguimiento mediatizados por el contacto interpersonal.

Para instrumentar intervenciones *predominantemente de autoayuda* (Newman *et al.*, 2011) orientadas hacia el autocontrol del ansia por la comida se propone el análisis de tres recursos: Intención (McEachan *et al.*, 2011); Intenciones de Implementación (Kroese *et al.*, 2011) y Guías de Autoayuda (Arem e Irwin, 2011; Wilson y Zandberg, 2012). Las

mismas, además de ser efectivas, deben ser eficientes (Echeburúa *et al.*, 2010). Sus resultados deben llegar a la mayor cantidad de sujetos, al menor costo posible y mantenerse estables a través del tiempo (Yates, 2011).

1.4.1. Intenciones de control: “no ceder a la tentación”

Los estudios pioneros de Icek Ajzen despertaron el interés por analizar el efecto de las intenciones sobre la conducta (Ajzen y Fishbein, 1974). Sobre la base de los resultados de veinte años de trabajo experimental sobre la *acción consciente*, en 1985 Ajzen propone la Teoría de la Conducta Planificada (Conner y Armitage, 1998), la cual ha tenido un gran impacto en la Psicología (Ajzen, 2011).

El valor predictivo de la Intención ha sido comprobado en diversos meta-análisis, tanto para conductas generales (Armitage y Conner, 2001), como para las relacionadas con la salud (McEachan *et al.*, 2011). La Intención es un plan consciente para la ejecución de una conducta, que captura la motivación del individuo para llevarla a cabo (Conner y Armitage, 1998), que surge a partir de:

- Actitudes: se reflejan en la valencia de las evaluaciones. Devaluación de las comidas apetecibles al seguir restricciones alimentarias (Papies, Stroebe y Aarts, 2009).
- Normas subjetivas: influencia que ejercen las personas significativas sobre la alimentación (Cunningham, Vaquera, Maturo y Narayan, 2012), pues se come menos con amigos “restrictivos” (Howland, Hunger y Mann, 2012).
- Control conductual percibido: donde la historia individual de respuestas a comidas “tentadoras” resulta un buen *predictor* (Houben *et al.*, 2012).

Una revisión más reciente de la teoría, propone incluir dos nuevos factores (Ajzen, 2011): *necesidad percibida* (medida de la magnitud de la necesidad de ejecutar una conducta

Autocontrol del ansia por la comida

específica) y *afecto anticipado* (reacción emocional esperada ante un resultado o conducta concreta). Ambos han mostrado su poder predictivo para la intención de mantener el peso (McConnon *et al.*, 2012). También los procesos que conducen a la autorregulación han sido señalados como importantes mediadores en la traducción exitosa de las intenciones en conductas (de Bruin *et al.*, 2012).

La Intención puede predecir del 27-39 % de la conducta general (Armitage y Conner, 2001) y su valor se incrementa en la medida en que se acorta el tiempo entre su formación y ejecución conductual (Ajzen, 2011). En relación con el control del peso, las intenciones podrían explicar alrededor del 21 % de la ejecución de una dieta, el 24 % de la práctica de ejercicios físicos (McEachan *et al.*, 2011), el 33 % del consumo periódico del desayuno (Kothe, Mullan y Amaratunga, 2011) y el 65 % de la compra de comidas orgánicas (Dean, Raats y Shepherd, 2012).

Por otro lado, conductas automáticas como los hábitos contra-intencionales (ej. picotear), tienden a primar sobre las intenciones de no actuar (Chatzisarantis y Hagger, 2007). Sin embargo, resulta más fácil romper un hábito cuando la intención de logro está presente (de Vries, Aarts y Midden, 2011). Solo la intención de “no ceder” ante comidas apetecibles, parece ser el primer paso para la autorregulación (Hepler, Albarracin, McCulloch y Noguchi, 2012) y así romper los hábitos contra-intencionales (Quinn *et al.*, 2010). Al respecto, un estudio multinacional mostró que transcurridos seis meses de concluida una dieta, la Intención podía explicar el 14 % del *mantenimiento* del resultado alcanzado (McConnon *et al.*, 2012).

A nivel cortical, la intención de no actuar activa la corteza frontomedial dorsal (inhibición) y la porción anterior de la ínsula, más asociada a la frustración de no alcanzar el objeto deseado (Brass y Haggard, 2007). Se ha comprobado que las intenciones de hacer y no-

hacer no constituyen opuestos lineales, dado que se generan y mantienen a través de sistemas motivacionales diferentes (Richetin, Conner y Perugini, 2011).

En las dietas la interacción entre la intención, las expectativas y el deseo de mantener o reducir el peso no pueden ser obviados (Lagerros y Rössner, 2013; McConnon *et al.*, 2012). Si bien la intención de *inacción* permite auto-regularse mejor en las dietas, se requiere que interactúe con la de *acción*, con vistas a fomentar la práctica de ejercicios físicos (Albarracin, Hepler y Tannenbaum, 2011).

Se ha comprobado que las intenciones de hacer ejercicios dos o tres veces por semana se ejecutan con mayor probabilidad que otras que impliquen una mayor frecuencia (Rhodes, Courneya y Jones, 2003). Además, se requiere una mayor conciencia del momento presente (Alberts *et al.*, 2012), para protegerlas de los hábitos contra-intencionales (Chatzisarantis y Hagger, 2007).

Si bien la Intención promueve conductas saludables (McEachan *et al.*, 2011), como el consumo de frutas y vegetales (Kothe, Mullan y Butow, 2012), la meta de *no-hacer* (Adriaanse, van Oosten *et al.*, 2011) parece insuficiente para controlar el ansia por la comida (Tam, Bagozzi y Spanjol, 2010). Los estudios internacionales han revelado que este es el recurso más empleado para lidiar con las tentaciones cotidianas sin que exista evidencia científica de su efectividad (Hepler *et al.*, 2012). Al respecto, no han podido encontrarse estudios precedentes en esta área en nuestro país, aunque puede presuponerse que los resultados podrían ser similares.

En este sentido, el Modelo Preventivo-Interventivo del Autocontrol plantea que la motivación por autocontrolarse se evidencia en la fuerza de la Intención; sin embargo, su efecto sería escaso si no existen los recursos volitivos necesarios para impedir la ejecución conductual del deseo (Hoffman y Kotabe, 2012). Por ello, un algoritmo que

active las metas de control a largo plazo en ambientes saturados de comidas tentadoras, sería una interesante solución cuando existe la motivación por controlarse, pero se carece de los recursos para hacerlo exitosamente (van Koningsbruggen, Stroebe, Papies y Aarts, 2011).

1.4.2. Intenciones de Implementación: “Si ocurre X, entonces Y”

Paralelamente a los trabajos de Ajzen, Peter M. Gollwitzer desarrolló un suplemento pos-decisional de la Intención (Orbeil, Hodgkins y Sheeran, 1997). Inspirado en los niveles de planificación propuestos por Sun Tsu en *El arte de la Guerra*, se propuso estudiar dos recursos metacognitivos de control (Gollwitzer y Schaal, 1998): la *estrategia* (intención) y la *planificación* (dónde, cuándo y cómo será implementada).

En la Intención de Implementación se pasa de tener una Intención, a establecer algoritmos de actuación “si-entonces”, que imitan el efecto de los hábitos (Orbeil *et al.*, 1997). Este recurso fue diseñado para potenciar la transformación de las intenciones en acciones (Gollwitzer y Sheeran, 2006), mediante tres vías (Adriaanse, van Oosten *et al.*, 2011):

- *Omisión*: ante el estímulo X, omitir la respuesta habitual Y.
- *Negación*: ante el estímulo X, no se ejecuta la respuesta habitual Y.
- *Reemplazo*: ante el estímulo X, en lugar de la respuesta habitual Y, se ejecuta otra más funcional Z.

Su impacto está condicionado por la fuerza motivacional de la Intención, así como por la relevancia del contexto (Sheeran, Webb y Gollwitzer, 2005). Además, la Intención de Implementación puede ser potenciada con la auto-afirmación, en presencia de emociones positivas (Ferrer, Shmueli, Bergman, Harris y Klein, 2012). Por último, está

“contraindicada” para individuos con elevados niveles de perfeccionismo como *rasgo* (Powers, Koestner y Topciu, 2005).

La Intención es considerada como una efectiva herramienta de autorregulación, que protege las acciones de los efectos contra-intencionales del *priming* (Gollwitzer, Sheeran, Trötschel y Webb, 2011), los estereotipos (Mendoza, Gollwitzer y Amodio, 2010; Stewart y Payne, 2008) y los hábitos (Adriaanse, Gollwitzer, De Ridder, de Wit y Kroese, 2011). De igual forma, permite prevenir la elaboración de los pensamientos intrusos (Achtziger, Gollwitzer y Sheeran, 2008).

Se ha observado la efectividad de la Intención de Implementación para incrementar el consumo de frutas y vegetales (Stadler, Oettingen y Gollwitzer, 2010), aunque resulta más efectiva con las primeras (Guillaumie, Godin, Manderscheid, Spitz y Muller, 2012). Al parecer, el consumo de frutas es activado por metas de *adquisición*, mientras que para los vegetales es necesario que la Intención de Implementación se focalice en las metas de *preparación* (Chapman y Armitage, 2012).

En ocasiones solo se necesita conectar el desencadenante “X” del *ansia* a la meta de *reducción* (Kroese *et al.*, 2011; van Koningsbruggen *et al.*, 2011). Sin embargo, un reciente meta-análisis ha sugerido que la Intención de Implementación es más efectiva en la promoción de hábitos saludables, que en la ruptura de patrones inadecuados de alimentación (Adriaanse, Vinkers, De Ridder, Hox y De Wit, 2011). Un ejemplo de ello se encuentra en su combinación con imágenes mentales, pues favorece la práctica sistemática de ejercicios (Trethewey, 2013).

Para romper estos patrones de alimentación inadecuados, se ha sugerido que la Intención de Implementación debería:

- concordar con la orientación reguladora del individuo (Tam *et al.*, 2010): hacia la *promoción* o hacia la *prevención*.
- detectar los estímulos motivacionales (Adriaanse, de Ridder y de Wit, 2010): prestar más atención a *por qué* se come, que al *qué* o al *cuándo*.
- utilizar la vía del *reemplazo* (Adriaanse, van Oosten *et al.*, 2011).

1.4.3. Guías de autoayuda.

Las guías de autoayuda pueden ser definidas como manuales que brindan información sobre la naturaleza de un problema concreto y, además, proporcionan las herramientas necesarias para hacerle frente (Wilson y Zandberg, 2012). También conocidas como biblioterapia cognitivo-conductual, han demostrado su efectividad sobre numerosas alteraciones psicopatológicas (Coull y Morris, 2011; Jeffcoat y Hayes, 2012; Moritz y Jelinek, 2011; Songprakun y McCann, 2012), dentro de las que se encuentran los trastornos de la alimentación (Allen y Dalton, 2011; Ruwaard *et al.*, 2013), aunque están contraindicadas para la anorexia nerviosa (Wilson y Zandberg, 2012).

La primera evaluación del efecto de una Guía de autoayuda para la reducción del peso data de 1974 (Latner, 2001). Desde entonces, su influencia se ha extendido hasta insertarse dentro de las intervenciones ambientales (Steenhuis *et al.*, 2004). En este sentido, destaca la experiencia cubana en la década de los ochenta del siglo XX con la divulgación de las Guías Alimentarias, que contenían ocho mensajes educativos sobre nutrición (Martín *et al.*, 2006). Hoy han sido actualizadas y difundidas a través del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos y la Biblioteca virtual de Salud (INHA, 2009).

Los manuales impresos para el control del peso parecen haber perdido espacio frente a las intervenciones de *estilo de vida* ofrecidas en Internet, que muestran significativos

resultados (Kodama *et al.*, 2012). Es probable que ello se deba a que las intervenciones en la Web son más interactivas y dinámicas que la lectura de un manual (Tanaka, Adachi, Adachi y Sato, 2010). Sin embargo, a pesar de sus beneficios, solo escasos médicos las usan, o recomiendan a sus pacientes (Rodondi *et al.*, 2006).

Tampoco se han encontrado precedentes de la utilización de una Guía de autoayuda para controlar el ansia por la comida en Cuba (Alonso-García, 2008) o en el extranjero.⁶ Recientemente se ha comprobado su efecto sobre los pensamientos intrusos con resultados sumamente positivos (Rodríguez-Martín, Moritz, Molerio-Pérez y Gil-Pérez, 2013). Dichos resultados sientan las bases para asumir que se puede influir sobre la elaboración de un pensamiento intruso sobre comida a partir de esta vía de tratamiento (Rodríguez-Martín, Gómez-Quintana, Díaz-Martínez y Molerio-Pérez, 2013).

1.4.4. Predictores de efecto: ¿para *quién* es efectivo el recurso?

Hace 60 años Cronbach⁷ formuló dos preguntas para determinar la efectividad de la Psicoterapia (Whalley y Hyland, 2009): *cuál* modalidad y para *quién*. Si bien se necesita evaluar la utilidad de un tratamiento, también hay que comprender *cuáles* individuos responden mejor al mismo (Shoham e Insel, 2011), así como el rol de la relación médico-paciente (Farin y Schmidt, 2013). Sin embargo, dado el escaso contacto necesario para la autoayuda, en este momento se focaliza el análisis en la concordancia motivacional del individuo con el recurso terapéutico propuesto (Hyland y Whalley, 2008).

Un ejemplo positivo se encuentra en la combinación *expectativas-adherencia-esfuerzo*, que predice la ejecución de conductas que promueven la salud (Gaitan-Sierra y Hyland,

⁶ Se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en Infomed y Scopus [bibliotherapy AND “food cravings”], tanto en diciembre de 2011, como en septiembre de 2012 sin encontrar resultado. Es necesario señalar que estas bases de datos acceden a los contenidos de revistas como *Appetite*, *Eating Behaviour*, *Journal of Obesity*, entre otras.

⁷ Cronbach, L. J. (1953). Correlations between persons as a research tool. In O. H. Mowrer (Ed.), *Psychotherapy: Theory and research* (pp. 376-389). New York: Ronald Press.

2011). A su vez, la asociación inversa *absorción-racionalidad* predice el uso de la *medicina alternativa* (Wheeler y Hyland, 2008). Por último, conocer que la *modelación* de síntomas es un buen predictor de experiencias psicógenas de contagio masivo (Mazzoni, Foan, Hyland y Kirsch, 2010), puede contribuir a su prevención.

Entonces ¿qué *predictores* deben tomarse en consideración en el contexto del presente estudio? De acuerdo con el enfoque salutogénico elegido (Roca-Perara, 2000) y tomando en consideración la Teoría de la Concordancia Motivacional (Hyland y Whalley, 2008; Whalley y Hyland, 2009), se consideran relevantes en el contexto de la presente intervención: expectativas, sugestionabilidad, optimismo, resiliencia y valores.

Si bien las expectativas alteran la experiencia subjetiva del individuo (Michael, Garry y Kirsch, 2012), su influencia sobre el mantenimiento de los resultados de una dieta está sobrevalorada (S. D. Moore *et al.*, 2011). Por el contrario, suelen asociarse directamente a la práctica sistemática de ejercicios (Waters *et al.*, 2012). Tomando en consideración estos elementos, debe señalarse que en el análisis del valor predictivo de las expectativas, a veces suele obviarse el significado individual asignado a la meta (van Tilburg e Igou, 2012).

Cuando una persona tiende a mostrar expectativas positivas con respecto a los eventos futuros se clasifica como *optimista* (Carver y Scheier, 2002) y tiende a predominar el afrontamiento centrado en el problema, así emprende acciones que promueven su salud (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010): Ej. Comer menos grasa, practicar más ejercicios y usar menos la supresión de pensamientos luego de ser sometido a una intervención quirúrgica. Se plantea que una función del optimismo es mantener la motivación para alcanzar metas a largo plazo (Lench y Bench, 2012); sin embargo, su exceso puede contribuir a sobreestimar los resultados del tratamiento objeto de estudio (Djulgovic *et*

al., 2011; Hagobian y Phelan, 2013; Lagerros y Rössner, 2013; Shepperd, Klein, Waters y Weinstein, 2013) o a generar creencias de invulnerabilidad (Roca-Perara, 2000).

La *resiliencia* o capacidad de mostrar patrones positivos de adaptación ante situaciones de riesgo (Masten y Reed, 2002), tampoco puede obviarse en este bosquejo. Es un constructo multidimensional (Connor y Davidson, 2003), muy ligado al optimismo (Carver *et al.*, 2010) y desarrollado filogenéticamente para la supervivencia (Stein, 2009). Puede modular el control inhibitorio ante comidas tentadoras (Houben *et al.*, 2012), la flexibilidad ante la imagen corporal (Wendell, Masuda y Le, 2012), la motivación por incrementar la actividad física (van Berkel, Boot, Bongers y van der Beek, 2011) y un mejor afrontamiento ante el *estigma del peso* en entornos laborales (Randle, 2012).

También deben analizarse los efectos de la sugestión *no deliberada* sobre cualquier intervención (Michael *et al.*, 2012). La *sugestionabilidad* puede ser comprendida como un rasgo de la personalidad (Lifshitz, Howells y Raz, 2012). Una disposición a responder a la sugestión (González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999), con la liberación de oxitocina como base neurofisiológica (Bryant, Hung, Guastella y Mitchell, 2012). Se ha observado que individuos más sugestionables muestran menos *rebotes* luego de suprimir un pensamiento y que este rasgo se potencia con la Intención de Implementación (Schweiger-Gallo, Pfau y Gollwitzer, 2012).

Cualquier meta queda impregnada por el efecto de los valores, considerados como metas de mayor jerarquía que trascienden situaciones específicas (Schwartz, 2006). Éstos dan sentido a las expectativas y determinan su fuerza autorreguladora sobre la

conducta (van Tilburg e Igou, 2012), pueden poseer una fuerte carga genética (Renner *et al.*, 2012) y estar mediados por *preferencias circadianas*⁸ (Vollmer y Randler, 2012).

Existe evidencia de que los valores pueden ser *concordantes* con diversos esquemas terapéuticos, potenciando sus efectos (Whalley y Hyland, 2009) o con varios tipos de alimento, facilitando su elección (A. Klein, Menrad y Zapilko, 2011). Su *autoafirmación* puede tener efectos beneficiosos en la reducción del IMC (Logel y Cohen, 2012).

Tampoco puede obviarse el efecto que la edad, el género y el ciclo del peso ejercen sobre el IMC (Stubbs *et al.*, 2011):

- Edad: el peso y la composición del cuerpo experimentan cambios naturales a través de las distintas etapas del ciclo vital.
- Género: las mujeres realizan más dietas y su principal motivación es la apariencia física; mientras que los hombres suelen enrolarse en programas para tratar la obesidad y su principal motivación es la salud.
- Ciclo del peso: los individuos que en su historia vital muestran variaciones periódicas en el ciclo del peso, producto de reducciones asociadas a las dietas e imposibilidad de mantener los resultados, tienen más probabilidad de fracasar.

1.5 Teorías que fundamentan el empleo de los recursos de autoayuda para el autocontrol del ansia por la comida

A lo largo del capítulo han sido enunciadas las bases teóricas a las que responde el estudio. Sin embargo, justificar por qué se asume que los recursos de autoayuda pueden ser efectivos para el autocontrol del ansia por la comida, requiere de la integración de la Teoría de la Intrusión Elaborada del Deseo (Kavanagh *et al.*, 2005), la Teoría de los

⁸ Las preferencias circadianas o *cronotipo*, indican las horas de mejor desempeño y *grosso modo* pueden dividirse en subtipo *mañanero*, más orientado socialmente y el *vespertino*, individualmente.

Autocontrol del ansia por la comida

Procesos Irónicos (Wegner, 1994) y la Teoría de la Concordancia Motivacional (Whalley y Hyland, 2009), dentro del modelo Preventivo-Interventivo del Autocontrol (Hoffman y Kotabe, 2012).

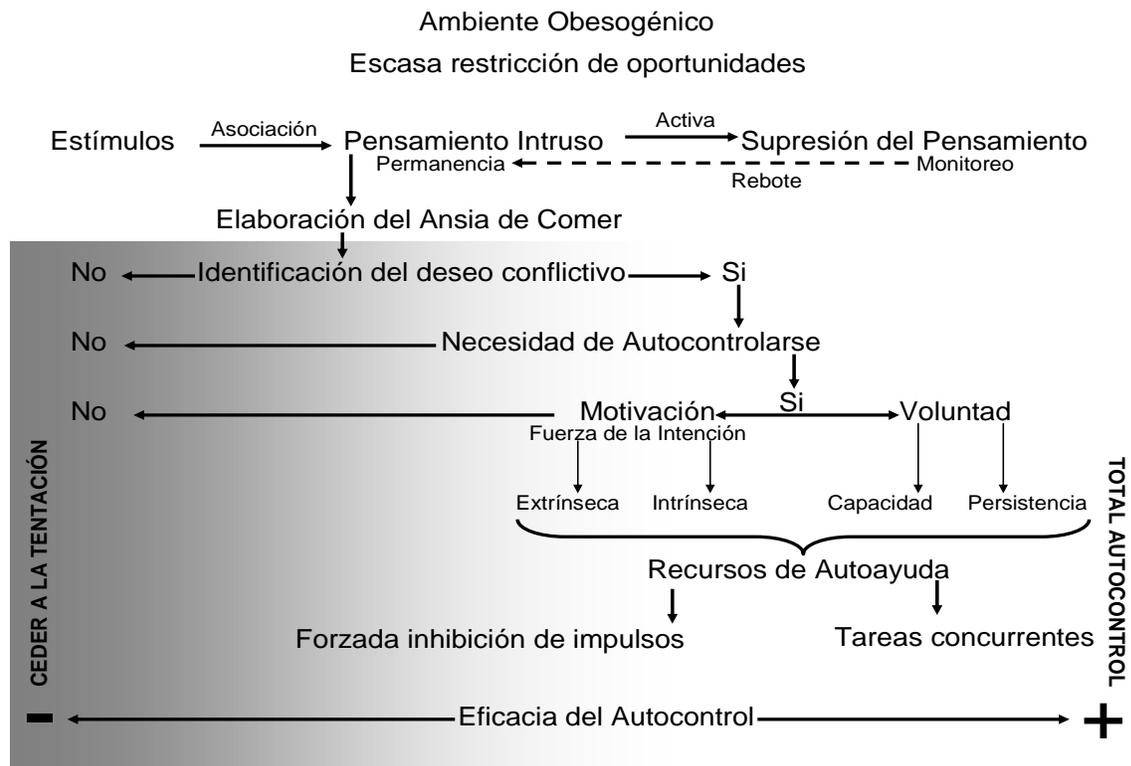


Figura 1. Proceso de autocontrol del ansia por la comida.

A partir de la Teoría de la Intrusión Elaborada del Deseo, un pensamiento intruso que se inicia por una simple asociación puede ser el comienzo de un episodio de elaboración sostenida que conduce al mantenimiento del ansia por la comida. En este contexto, los procesos de asociación y elaboración se retroalimentan mutuamente cuando el estímulo produce una intensa reacción emocional o un fuerte sentido de carencia. La elaboración sostenida de la intrusión original consume una gran cantidad de recursos que la memoria de trabajo debe emplear en tareas concurrentes.

Autocontrol del ansia por la comida

En este sentido, la Teoría de los Procesos Irónicos permite explicar la disponibilidad de un pensamiento intruso en la conciencia para su consecuente elaboración. Al aparecer el pensamiento intruso mediante una asociación, se activa el proceso de su supresión, lo cual implica una gran carga para la memoria de trabajo.

Cuando se logra la supresión, procesos de monitoreo automático se encargan de buscar y localizar el pensamiento intruso para garantizar que se mantenga fuera de la conciencia (de ahí su carácter irónico), sin embargo, cuando lo localizan este vuelve a emerger de forma automática. En este contexto el individuo cae en un círculo vicioso de pensamiento-supresión-monitoreo-rebote que hace que la intrusión se encuentre permanentemente disponible para ser elaborada.

En el caso de la elaboración del ansia por la comida, el propio pensamiento intruso pone al descubierto el carácter conflictivo del deseo que evoca. Debido a ello, convocar el autocontrol para impedir su ejecución conductual se va convirtiendo, a medida que pasa el tiempo, en una “exquisita tortura”. El dilema del autocontrol, para este caso específico, radica en que el sentido común indica que debe ejecutarse a través de una meta de inacción (no comer). En el contexto de los tratamientos focalizados en la reducción del peso, el problema estriba en que al pedirle al individuo que se esfuerce para resistir la tentación, se está apelando a la motivación, pero no se están tomando en cuenta los recursos volitivos con los que cuenta para su implementación.

Al respecto, ha sido comprobado que las metas de acción-inacción no constituyen opuestos lineales, dado que responden a desencadenantes motivacionales distintos. Por ello, comprender la fuente motivacional que lleva a los individuos a intentar autocontrolar la ejecución conductual de sus deseos conflictivos se convierte en un elemento de suma importancia.

Autocontrol del ansia por la comida

Desde esta perspectiva, la Teoría de la Concordancia Motivacional pone en evidencia un grupo de factores que deben ser tomados en consideración. En primer lugar, la motivación que guía a los individuos a involucrarse en cualquier alternativa terapéutica puede ser extrínseca o intrínseca. En el primer caso la meta es verse libre del problema y predomina la expectativa de que la terapia será efectiva. En el segundo caso, la decisión responde a metas de auto-actualización y la expectativa extrínseca de éxito queda indisolublemente ligada al valor intrínseco de la propia intervención. En la mayoría de las investigaciones, el efecto del tipo de motivación no es monitoreado, por lo que se corre el riesgo de atribuir a la técnica utilizada un efecto que no toma en cuenta otros factores no específicos, generados en el propio contexto de la intervención.

Se ha señalado que la motivación por suprimir o mantener suprimida una intrusión es un factor que no debe pasarse por alto a la hora de evaluar la habilidad que poseen los individuos para ejecutarla exitosamente (Magee *et al.*, 2012). Resulta probable que los fallos motivacionales en la habilidad para controlar las intrusiones sobre comida, se encuentren dados por la falta de motivaciones intrínsecas para ejecutar las metas de inacción. La anterior afirmación puede sustentarse igualmente en el carácter hedónico que se ha asignado al acto de comer, como respuesta a los desencadenantes ambientales o emocionales del ansia (Davis *et al.*, 2011).

Al seguir la lógica del Modelo Preventivo-Interventivo del Autocontrol, aunque la motivación para impedir la ejecución conductual del deseo conflictivo resulta un elemento de gran peso, no es suficiente por sí misma. Se requiere, además, que el individuo posea los recursos volitivos necesarios para ejecutarla a través de su intención. El problema fundamental radica en que los recursos volitivos se focalizan mayormente sobre la inhibición del pensamiento o impulso en el momento en que aparece o se anticipa.

Autocontrol del ansia por la comida

Ello se relaciona indisolublemente con el uso de la supresión y sus consecuentes *rebotes*, tanto cognitivos como conductuales (Wegner, 2009). El aporte de la Teoría de la Intrusión Elaborada del Deseo, a este modelo de autocontrol, radica en que proporciona recursos que, aunque requieren de un nivel consciente-volitivo de regulación por parte del individuo, trascienden la forzada inhibición de impulsos.

Tomando en cuenta los elementos señalados, puede establecerse un grupo de predicciones a partir de esta postura teórica:

- 1) Dado que la supresión de pensamientos es un mecanismo que conduce a la elaboración del ansia por la comida y que una intención de inacción (Ej. “me mantendré sin comer el alimento X”) parece ser insuficiente para controlarla, resulta probable que sea la *supresión* la estrategia principal utilizada por los individuos cuando establecen sus intenciones de autocontrol en esta área.
- 2) Con la utilización de tareas cognitivas o conductuales concurrentes, que impliquen una sobrecarga sobre las vías cognitivas de procesamiento del ansia, la respuesta elaborativa al pensamiento intruso relacionado con la comida puede ser prevenida.
- 3) Los recursos de autoayuda ofrecidos a través de la Intención de Implementación *por reemplazo* o de una Guía de autoayuda podrían ser más adecuados para este fin (May *et al.*, 2012).
- 4) Existe un grupo de factores no específicos que guían la ejecución de cada recurso ofrecido y pueden incrementar o debilitar su efecto, resultando pertinente su consideración desde el punto de vista terapéutico e investigativo.

Capítulo 2: Metodología

2.1 Diseño Metodológico.

Para dar cumplimiento a los objetivos trazados, la investigación quedó enmarcada dentro de un enfoque cuantitativo (Hernández-Sampieri, Hernández-Collado y Baptista-Lucio, 2006), el cual comprendió dos etapas fundamentales. En la primera etapa se realizó una caracterización del procesamiento de los pensamientos intrusos, el ansia y la supresión de pensamientos relacionados con la comida en la población general.

Esta etapa permitió establecer las particularidades de los individuos con sobrepeso, al compararlos con sus contrapartes más cercanas: individuos con peso normal u obesos. Por su alcance, la misma se consideró descriptiva y transversal (Hernández-Sampieri *et al.*, 2006) y fue ejecutada mediante encuestas, utilizando el sistema de *entrevista personal* (León y Montero, 2011). El cierre de esta etapa se produjo con la selección de los participantes para la etapa siguiente.

En la segunda etapa fue evaluada la efectividad de tres *recursos* (Intención, Intención de Implementación y una Guía de autoayuda), en una intervención *predominantemente de autoayuda* (Newman *et al.*, 2011), para autocontrolar la elaboración de los pensamientos intrusos, que se encuentran en la base del ansia por la comida, más allá de la supresión de los mismos en individuos con sobrepeso.

Esta etapa se llevó a cabo mediante un cuasi-experimento, con un diseño multinivel *pre-post*, de una sola variable independiente (Martin, 2008). Para ello se realizó una evaluación de *línea base* y dos de *seguimiento* transcurridos uno y tres meses, respectivamente y se finalizó con una de *feedback* a los 10 meses.

2.2. Primera etapa

2.2.1. Selección de la muestra

En esta primera etapa resultó necesario el reclutamiento de una gran cantidad de participantes dentro de la población general, que agrupara individuos de diversas provincias, procedentes tanto de zonas rurales como urbanas.

Criterios de inclusión:

- Ofrecer consentimiento informado (Anexo 2).
- Edad: adultos jóvenes y medios (rango: 18-64 años).
- Individuos con IMC entre 18.5-40 kg/m².
- Peso y talla registrados durante la última semana en el área de salud.

Criterios de exclusión:

- Individuos con bajo peso (IMC < 18.5) u obesidad mórbida-extrema (IMC > 40 kg/m²).
- Adultos mayores (≥ 65 años): referido a los cambios no solo en la cantidad-tipo de comida que consumen, sino en la forma en la que piensan en la misma (Elsner, 2003).
- Presentar diagnóstico del Eje I que implique un nivel de funcionamiento neurótico o psicótico y Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Presentar diagnóstico del Eje II (Trastornos de la Personalidad o Retraso Mental)
- Deterioro cognitivo producto de la edad.
- Medicamentos con acción sobre el apetito (ej. antihistamínicos y esteroides).

2.2.2. Participantes

La muestra quedó integrada por un total de 1 270 participantes que cumplieron los criterios de inclusión. En la Tabla 1 se pueden observar las características clínicas y

Autocontrol del ansia por la comida

sociodemográficas de la muestra estudiada. En la misma se evidencia un predominio de los individuos de la provincia de Villa Clara (60 %), mujeres (69 %), nivel de educación medio (64 %) y no-clínicos o supuestamente sanos (77 %). En cuanto al estado civil predominaron los solteros y casados, que agruparon casi el 95 % de los participantes.

Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra.

		fr.	%			fr.	%
Provincia	Villa Clara	760	59.8	Enfermedad	No-clínico	981	77.2
	Sancti Spíritus	178	14.0		Asma	79	6.2
	Cienfuegos	39	3.2		HTA	81	6.4
	Ciego de Ávila	73	5.7		DM	12	0.9
	Camagüey	220	17.3		Diversas	117	9.2
E-Civil	Soltero	681	53.6	Escolaridad	6to	6	0.5
	Casado	522	41.1		9no	69	5.4
	Divorciado	58	4.6		Medio	810	63.9
	Viudo	9	0.7		Superior	383	30.2
Edad	Adulto joven	727	57.2	Género	Femenino	837	68.7
	Adulto medio	543	42.8		Masculino	397	31.3

Fuente: Entrevista

Al concluir esta etapa, se informó a los participantes sobre el inicio de la siguiente, en la cual se implementaría un *recurso de autoayuda* para controlar la elaboración del ansia por la comida. Se hace necesario precisar que por razones éticas se asignó el recurso a todos los individuos que así lo solicitaron con independencia de que cumplieran los criterios para ser incorporados a la segunda etapa, estableciéndose una delimitación entre la experiencia asistencial y la investigativa. Los participantes seleccionados, firmaron un nuevo consentimiento informado (Anexo 3).

2.2.3. Métodos e Instrumentos de evaluación utilizados

Revisión de la Historia Clínica: Permitió el registro de los diagnósticos clínicos y psicopatológicos de los participantes durante todas las etapas de la investigación (Guerrero-Lobaina, Duharte-Díaz y Márquez-Rivero, 2000).

Modelo de registro de peso-estatura: El médico o enfermero de la familia registró en una hoja el peso y la estatura del participante, así como la fecha en que estos datos fueron tomados, rubricándolo con su nombre, firma y número del consultorio (Anexo 4).

Entrevista estructurada de línea base: Se optó por este formato, pues incrementa la precisión y facilita la comparación entre los grupos (Márquez, 2005). Es similar a un cuestionario, pero supone la presencia de un entrevistador (León y Montero, 2011). La misma respondió al objetivo de registrar datos sociodemográficos y generales de los individuos, determinar la presencia de restricciones crónicas en la alimentación; los mecanismos de control del peso corporal y las causas de la ruptura de las metas a largo plazo (Anexo 5).

En respuesta a las tareas centradas en la evaluación, los instrumentos referidos a continuación fueron sometidos a un proceso de validación (Rodríguez-Martín, 2010; Rodríguez-Martín y Molerio-Pérez, 2012; Rodríguez-Martín *et al.*, en prensa).

Cuestionario del Ciclo del Peso: Mide la tendencia a experimentar fluctuaciones en el peso y consta de cuatro ítems (Anexo 6), que son respondidos utilizando una escala desde 1 (*nunca*) hasta 4 (*siempre*). Una mayor puntuación indica mayor fluctuación del peso (Peterson, 2008).

Inventario de Supresión del Oso Blanco: Consta de 15 ítems que miden la tendencia al uso de la supresión de pensamientos (Wegner y Zanakos, 1994). Se asumió una agrupación bifactorial (Luciano *et al.*, 2006): pensamientos intrusos y tendencia a suprimirlos. Los ítems fueron respondidos utilizando una escala desde 1 (*completamente en desacuerdo*) hasta 5 (*completamente de acuerdo*). A mayor puntuación, mayor tendencia al uso de la supresión de pensamientos (Anexo 7).

Inventario de Supresión de Pensamientos sobre Comida: Constituye una variante del Inventario de Supresión del Oso Blanco (Anexo 8), especialmente diseñada para medir la supresión de pensamientos relacionados con la comida o el acto de comer (Barnes, Fisak y Tantleff-Dunn, 2009; Barnes y White, 2010).

Inventario de Supresión de Pensamientos sobre Peso-Forma del cuerpo: Es otra variante del Inventario de Supresión del Oso Blanco (Anexo 9), que mide la supresión de pensamientos sobre el peso y la forma del cuerpo (Peterson, 2008).

Cuestionario del Ansia por la Comida como Rasgo: Este instrumento consta de 39 ítems, que se agrupan en torno a nueve factores, cuya sumatoria indica la medida en que se experimenta el ansia por la comida como *rasgo* (Cepeda-Benito, Gleaves, Fernandez, Vila y Reynoso, 2000). El individuo responde a la pregunta “¿con cuánta frecuencia esta afirmación es cierta para mí?” (Anexo 10), en una escala desde 1 (*nunca*) hasta 6 (*siempre*). A mayor puntuación obtenida, mayor tendencia a experimentar el ansia por la comida y sus dimensiones como rasgo.

Cuestionario de Control de Pensamientos: La variante utilizada es una versión de 16 ítems (Luciano *et al.*, 2006), que evalúa las estrategias que los individuos utilizan para controlar sus pensamientos (Anexo 11). Las puntuaciones por ítem abarcan una escala de 1 (*nunca*) hasta 4 (*siempre*). A mayor puntuación, mayor uso de cada estrategia.

Cuestionario de Habilidad de Control de Pensamientos (Versión Reducida): Este cuestionario evalúa la habilidad que tienen las personas para controlar sus pensamientos (Luciano, Algarabel, Tomás y Martínez, 2005) y consta de siete ítems (Rodríguez-Martín y Molerio-Pérez, 2012). Las puntuaciones abarcan una escala de 1 (*completamente en desacuerdo*) hasta 5 (*completamente de acuerdo*). Una mayor puntuación representa mayor habilidad para el control de pensamientos (Anexo 12).

Cuestionario de Reacciones Emocionales y Conductuales a las Intrusiones: Se focaliza en las reacciones emocionales y conductuales ante los pensamientos intrusos (L. M. Berry *et al.*, 2010). El cuestionario contiene siete ítems (Anexo 13), respondidos en una escala de 0 (*nunca*) hasta 4 (*siempre*). A mayor puntuación en cada escala, mayor reacción ante los pensamientos intrusos.

2.2.4. Procedimientos

Los métodos e instrumentos descritos fueron aplicados por un grupo de estudiantes de la carrera de Psicología, que en lo adelante serán denominados “encuestadores”. Los mismos recibieron un entrenamiento previo de 16 horas, que los capacitaba para este fin. La selección de la muestra se llevó a cabo en lugares de residencia de cada encuestador, que abarcaron las provincias centrales (Tabla 1), durante el período de las Prácticas de Producción (enero de 2012). Cada estudiante fue asignado a un supervisor en una unidad de salud del municipio de residencia.

Se solicitó encuestar a familiares, vecinos, amigos o conocidos que estuvieran de acuerdo en realizarse las mediciones correspondientes de peso-talla en su consultorio del médico de la familia y firmaran el consentimiento informado (Anexos 3 y 4). A todos los participantes se les suministró una hoja donde se explicaban las características del estudio y la forma de contactar con el investigador principal para aclarar cualquier duda al respecto (Anexo 14).

Para la aplicación de las encuestas (Anexos 4-13) se dispuso de una sesión de trabajo. Siempre se realizaron en locales con adecuadas condiciones de iluminación, ventilación y privacidad. Resulta necesario aclarar que aunque se emplearon diversas técnicas, la aplicación total de la batería abarcó un total de 126 ítems (incluyendo todos los de la entrevista) y nunca excedió los 90 minutos por participante.

Para la selección de los participantes que debían pasar a la segunda etapa, resultaba necesario constatar que los pensamientos intrusos sobre comida representaran una dificultad en su vida cotidiana. Para ello se realizó una sumatoria de los ítems del 3-6 del Inventario de Supresión de Pensamientos sobre Comida (Anexo 8), que agrupaban ítems que se relacionaban con la presencia de tales pensamientos y el deseo o la imposibilidad de verse libre de ellos (Media ≥ 3.75 / 5 puntos).

2.2.5. Análisis estadístico

El procesamiento de los datos se realizó mediante el SPSS/Windows, versión 18.0. 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. 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 Decisión (CHAID). Como criterio para establecer diferencias significativas, se asumieron valores de $P < .05$.

La primera etapa respondió a las siguientes hipótesis estadísticas:

H_0 : No existen diferencias entre los adultos con peso normal, con sobrepeso y obesos que permitan establecer patrones distintivos de elaboración y autocontrol del ansia por la comida.

H_1 : Existen diferencias entre los adultos con peso normal, con sobrepeso y obesos que permiten establecer patrones distintivos de elaboración y autocontrol del ansia por la comida.

2.3. Segunda etapa

2.3.1. Selección de la muestra

Para dar inicio a la segunda etapa, se recibió la respuesta afirmativa de un total de 306 individuos (233 mujeres y 73 hombres). En la Figura 2 se muestran los pasos para la conformación de la muestra, tras aplicar los nuevos criterios de *inclusión*, *exclusión* y *salida* de la segunda etapa del estudio.

Criterios de Inclusión

- Haber participado en la primera etapa.
- Ofrecer consentimiento informado (Anexo 3).
- Presencia de pensamientos intrusos sobre comida identificados como un problema.
- Individuos con sobrepeso (IMC: 25-29.9 kg/m²)
- Disponibilidad de un investigador para realizar el seguimiento.

Criterios de Exclusión

- Padecer enfermedades crónicas no transmisibles.
- Encontrarse realizando una dieta por prescripción médica.

Criterios de Salida

- Deseo manifiesto de abandonar el estudio.
- Aparición de algún evento vital relevante.
- Debut de enfermedad médica o alteración psicopatológica.
- Inicio de tratamiento por prescripción médica, con medicamentos con acción sobre el apetito (ej. antihistamínicos y esteroides)

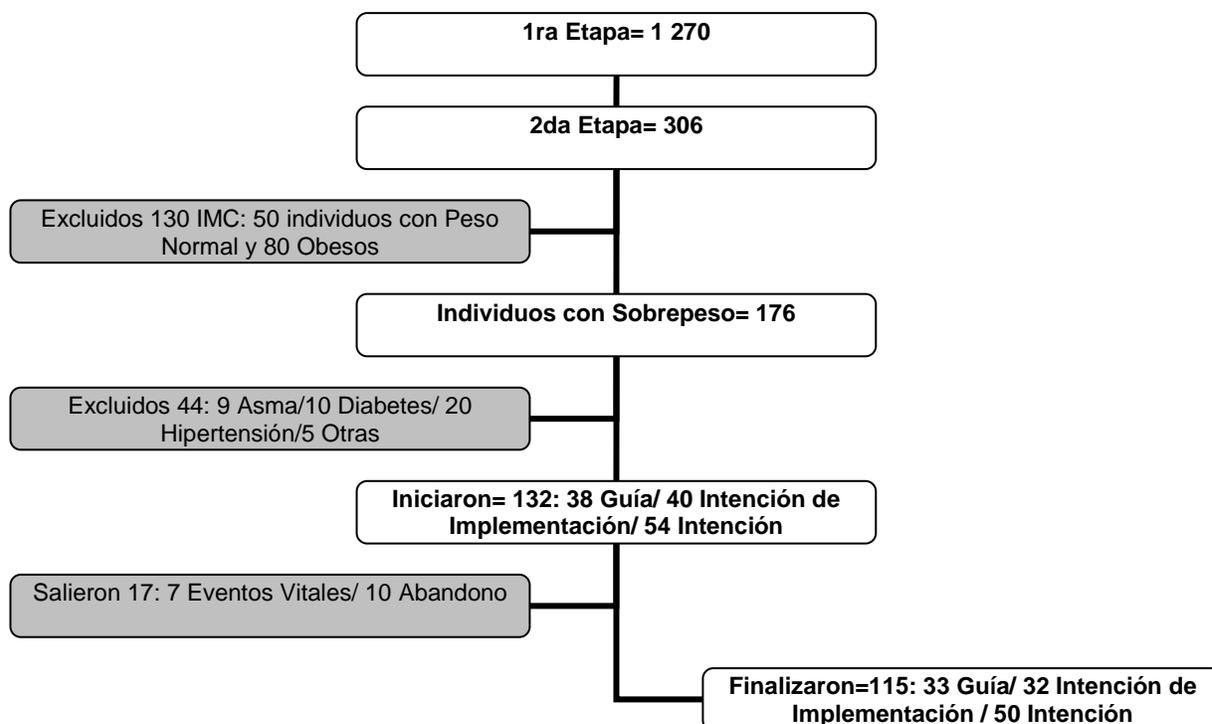


Figura 2. Pasos para la conformación final de la muestra en la segunda etapa.

Fuente: Entrevista de Línea Base y consentimiento informado.

2.3.2. Participantes

La muestra de esta segunda etapa quedó finalmente integrada por 115 participantes, con un promedio de 36 años de edad (Rango 19-64; DE=11.83), luego de aplicados los criterios de inclusión, exclusión y salida (Tabla 2). Los participantes fueron asignados a tres grupos de trabajo de forma intencional, atendiendo a su lugar de procedencia:

1. Grupo que recibió la Guía de autoayuda (GA): lo conformaron 33 participantes del municipio de Santa Clara, Villa Clara, los cuales recibieron la *guía* diseñada en el contexto de la presente investigación (Anexo 15).
2. Grupo instruido para la utilización del algoritmo de Intención de Implementación *por reemplazo* (IIR): lo conformaron 32 individuos de los municipios de Santo Domingo y Quemado de Güines, Villa Clara.

3. Grupo que recibió la indicación de intentar controlar su ansia por la comida (In): lo conformaron 50 participantes de los municipios de Camagüey y Vertientes, Camagüey.

Tabla 2. Distribución de las variables sociodemográficas de la muestra.

		Grupos						Total	
		GA		IIR		In		Muestra	
		fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%
Género	Femenino	28	32.9	29	34.2	28	32.9	85	73.9
	Masculino	5	16.7	3	10	22	73.3	30	26.1
Escolaridad	9no	-	-	1	10	9	90	10	8.7
	Medio	18	31	17	29.3	23	39.7	58	50.9
	Superior	15	32.6	13	28.3	18	39.1	46	40.4
Estado Civil	Solteros	15	34.9	10	23.2	18	41.9	43	37.4
	Casados	18	28.6	18	28.6	27	42.8	63	54.8
	Divorciados	-	-	4	44.4	5	55.6	9	7.9
Edad	18-35	20	34.5	14	24.1	24	41.4	58	50.4
	36-64	13	22.8	18	31.6	26	45.6	57	49.6
Procedencia	Urbana	23	29.9	20	26	34	44.1	77	66.9
	Rural	10	26.3	12	31.6	16	42.1	38	33.1
Investigador	Femenino	2	28.6	2	28.6	3	42.8	7	77.8
	Masculino	1	50	1	50	-	-	2	22.2

Fuente: Entrevista de Línea Base-Historia Clínica

La decisión de seleccionar de forma intencional a los participantes, atendiendo al municipio de residencia, obedeció a dos criterios fundamentales que permiten reducir los sesgos atribuibles a las demandas y al experimentador (O. Klein *et al.*, 2012):

1. Evitar la contaminación: Atribuible al intercambio de experiencias entre participantes asignados aleatoriamente a distintos grupos en un mismo municipio.
2. Garantizar el seguimiento: Necesidad de contar con investigadores en el campo, que pudieran realizar el seguimiento de los participantes en sus municipios de procedencia.

2.3.3. Métodos e Instrumentos de evaluación utilizados

Al igual que para la primera etapa, todos los instrumentos descritos a continuación fueron sometidos a un proceso de validación (Rodríguez-Martín y Molerio-Pérez, 2012)

Complemento de la evaluación de línea base

Inventario de Sugestionabilidad (Versión Reducida): Evalúa reacciones de sugestionabilidad presentes en la vida cotidiana (González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999). La versión propuesta consta de ocho ítems (Rodríguez-Martín y Molerio-Pérez, 2012) y las puntuaciones abarcan una escala de 0 (*nunca*) hasta 4 (*siempre*). La sumatoria total muestra una relación directa con la sugestionabilidad (Anexo 16).

Test de Optimismo (Versión Reducida): Consta de 10 ítems (Anexo 17) que miden el optimismo disposicional (Ferrando, Chico y Tous, 2002) y cada ítem se responde utilizando una escala desde 1 (*completamente en desacuerdo*) hasta 5 (*completamente de acuerdo*).

Escala de Resiliencia de Connor-Davison: Mide las cualidades que le permiten avanzar al individuo cuando se enfrenta a la adversidad (Connor y Davidson, 2003). La escala consta de 25 ítems (Anexo 18), que se responden en una escala desde 0 (*en absoluto*) hasta 4 (*siempre*). De la sumatoria de los ítems se interpreta que a mayor puntuación, el individuo presenta mayores indicadores de resiliencia.

Encuesta Reducida de Valores de Schwartz: Esta encuesta identifica 10 tipos de valores distintivos (Schwartz y Boehnke, 2004). Su versión reducida cuenta con 10 ítems (Linderman y Verkasalo, 2005). Los encuestados evalúan la importancia de cada valor como un principio orientador en su vida (Anexo 19). Se ofreció una escala desde -1 (*opuesto a mis principios*) hasta 7 (*importancia suprema*).

Evaluación de seguimiento

Modelo de registro de peso-estatura: La medida del peso fue repetida al mes y a los tres meses en el mismo consultorio donde el participante realizó su *línea base* (Anexo 4).

Entrevista estructurada de seguimiento: Tuvo como objetivo apoyar la comprobación de la hipótesis de investigación (Márquez, 2005). Incluyó preguntas para cuantificar los cambios percibidos sobre la variable dependiente y controlar la aparición de eventos vitales o debut de enfermedades (Anexo 20). Se evaluó la habilidad para controlar tanto los pensamientos intrusos como el ansia por la comida y la facilidad con que podían lograrlo. Se incluyó una pregunta adicional para el grupo que empleó la Guía de autoayuda, la cual permitió analizar el aporte de cada componente sobre el resultado.

Entrevista estructurada de retroalimentación: Estuvo dirigida a recibir retroalimentación acerca de la utilidad de cada *recurso* en la vida cotidiana y la satisfacción con su empleo, luego de seis meses de realizado el último *seguimiento* (Anexo 21). También se indagó sobre los cambios observados en el *estilo de vida*, orientados hacia una mayor práctica de ejercicios; incremento del consumo de hortalizas, vegetales y frutas; así como su impacto del recurso sobre la reducción de meriendas “fuera de casa”.

Instrumentos de la Primera Etapa utilizados en el *seguimiento*:

- Inventario de Supresión del Oso Blanco.
- Inventario de Supresión de Pensamientos sobre Comida.
- Inventario de Supresión de Pensamientos sobre el peso y la forma del cuerpo.
- Cuestionario del Ansia por la Comida como Rasgo.
- Cuestionario de Control de Pensamientos.
- Cuestionario de Habilidad de Control de Pensamientos (Versión Reducida).
- Cuestionario de Reacciones Emocionales y Conductuales a las Intrusiones.

2.3.4. Procedimientos

Los participantes que cumplieron con los criterios señalados se vincularon a la segunda etapa y recibieron un nuevo material informativo, donde se describió la generalidad del estudio (Anexo 22). El diseño de esta segunda etapa, quedó compuesto por tres fases, como se muestra en la Figura 3: evaluación de línea base (O_{LB}); introducción de la variable independiente; evaluación de seguimiento al mes (O_1), a los tres meses (O_3) y un feedback final (O_F).

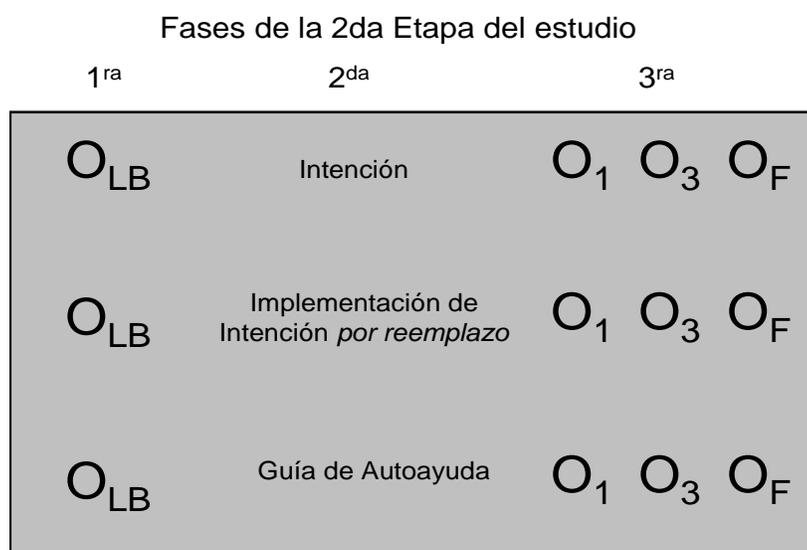


Figura 3. Diseño de la segunda etapa del estudio.

Fase 1. Línea base (O_{LB})

Las medidas obtenidas de la etapa precedente se incluyeron como parte de la línea base y los participantes fueron contactados por el investigador asignado en el municipio de procedencia. Todo ello en un lapso menor o igual a 48 horas, tras la evaluación de la primera etapa. Fue necesario realizar una segunda sesión para el registro de las variables aleatorias (Anexos 16-19) y explicar las características de la intervención.

Fase 2. Introducción de la variable independiente

El grupo In recibió la siguiente instrucción: “Como le ha sido informado durante el transcurso de la investigación, el hecho de que usted pueda controlar sus deseos de comer fuera del horario establecido puede ayudarle a evitar la sobrealimentación y por tanto, contribuir de una manera indirecta a que mantenga o reduzca su peso. Durante los siguientes tres meses, intentará controlar esos pensamientos sobre comida que de manera inoportuna le impulsan a comer fuera de sus horarios regulares, para evitar que el deseo de comer gane fuerzas: debe poner todo su empeño para mantenerlos bajo control”.

Al grupo IIR, se le dio una instrucción muy simple: “Según los resultados de su evaluación inicial, se ha podido determinar que [X] es el elemento que más contribuye a su incremento de peso. Por ello usted deberá repetir la siguiente instrucción: ‘**Si** estoy (o siento deseos de) [X], **entonces**, en lugar de hacerlo, beberé un vaso de agua a sorbos, durante los siguientes 30 minutos’. El empleo del vaso de agua cumple una doble función: en primer lugar, se ha observado que numerosas personas no beben suficiente agua durante el día, por lo con ello se fomenta su consumo; en segundo lugar, constituye una estrategia de distracción conductual que reemplaza el alimento que está siendo objeto de su deseo”. El participante debía ejecutar este algoritmo cada vez que se encontrara ante la situación crítica.

Cada algoritmo de Intención de Implementación *por reemplazo* se ofreció adecuándolo a la situación crítica: Ej. “Si estoy viendo televisión y siento hambre, entonces, en lugar de *picotear* algo, beberé un vaso de agua a sorbos, durante los siguientes 30 minutos”. Se aclaró que se debían realizar las tres comidas programadas para el día y que esta técnica solo ayudaba a controlar el ansia por la comida y no el hambre.

Autocontrol del ansia por la comida

Al grupo GA, se le entregó la Guía de autoayuda diseñada (Anexo 15). El investigador realizó una lectura de la misma y aclaró las dudas que pudieron surgirle al participante. Luego se le pidió al mismo que se tomara unos minutos para volver a leerla antes de marcharse, con el objetivo de asegurar que no quedara ningún aspecto por aclarar. Se insistió en que el participante podía seleccionar el recurso que deseaba ejecutar y que podría cambiarlo en dependencia del resultado observado. Por último, se entrega al solicitante una hoja para el registro semanal de los cambios (Anexo 23).

Una vez explicadas las características de cada recurso a utilizar, se controlaron las expectativas que tenían acerca del resultado de la intervención, tomando en cuenta el recurso propuesto (Anexo 24).

Fase 3. Evaluación de seguimiento

- **Al mes (O₁):** concluidos los primeros 30 días (\pm 48horas) de la introducción de la variable independiente, se controló el peso de los participantes y se repitió casi la totalidad de las pruebas utilizadas en las primera sesión de la línea base (Anexos 7-13), con una entrevista de seguimiento (Anexo 20).
- **A los tres meses (O₃):** Dada la importancia que se le concede a la estabilidad de los resultados alcanzados, también se realizó una evaluación de seguimiento a los 90 días (\pm 48horas), aplicando la batería precedente (O₁).
- **Feedback final (O_F):** Resultó necesario incluir una entrevista de feedback para evaluar los parámetros relacionados con el mantenimiento a largo plazo de los resultados; utilidad de la intervención, satisfacción con los logros alcanzados y cambios en el estilo de vida (Anexo 21).

2.3.5. Análisis estadístico

Con el objetivo de analizar no un momento específico de la intervención, sino los movimientos producidos por la misma a través del tiempo, se creó una nueva variable denominada *interacción* (I). La misma fue el resultado de la resta del corte evaluativo realizado tanto al mes ($O_{I1}=O_1-O_{LB}$), como a los tres meses ($O_{I1}=O_1-O_{LB}$) a los resultados de la línea base. Para establecer las diferencias inter-grupos de la *interacción* fue aplicado el ANOVA de Kruskal-Wallis (K-W). Adicionalmente se calculó el tamaño de efecto asociado a la *interacción* siguiendo la fórmula $\Phi=\sqrt{(\chi^2/[N-1])}$, donde valores de $\Phi>.1$, $.3$ y $.5$ fueron considerados como un efecto *pequeño*, *mediano* y *grande*, respectivamente.

En el caso de la opinión de los participantes sobre la efectividad del recurso durante O_1 , se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, como un complemento de K-W para establecer agrupaciones, así como la prueba de Chi-cuadrado para comparaciones inter-grupo de datos nominales. Por su parte, para la evolución intra-grupo ($LB-O_1$; $LB-O_3$) se utilizó la prueba de *signos pareados* de Wilcoxon, la cual informó tanto la existencia de diferencias como la dirección del cambio, con el fin de complementar los resultados de la *interacción*, como indicador del o los grupos responsables de la misma.

Las hipótesis estadísticas que guiaron estos análisis fueron las siguientes:

- H_0 : Los recursos de autoayuda sustentados en la asignación de tareas cognitivas concurrentes, que saturan las vías utilizadas por la memoria de trabajo para la elaboración del ansia por la comida, no resultan efectivos para propiciar su autocontrol en adultos con sobrepeso.

Autocontrol del ansia por la comida

- H_1 : Los recursos de autoayuda sustentados en la asignación de tareas cognitivas concurrentes, que saturan las vías utilizadas por la memoria de trabajo para la elaboración del ansia por la comida, resultan efectivos para propiciar su autocontrol en adultos con sobrepeso.

Sin embargo, el principal criterio de efectividad implicó que, además de rechazar la hipótesis nula referida (H_0), el tamaño de efecto asociado a tal rechazo, fuera considerado *mediano* o *grande* ($\Phi > .3$).

Para analizar el efecto que las variables aleatorias podían causar sobre la intervención, se analizó su relación con el resultado de esta última en cuanto a los pensamientos intrusos sobre comida ($\Phi > .5$). Con este fin fue empleado el coeficiente *rho* de Spearman. Aquellos valores de *rho*, considerados como significativos fueron establecidos como *predictores* y sometidos a un análisis de regresión. Se respetó el criterio de nunca procesar un *predictor* que no estuviera respaldado por una cantidad de participantes mayor que cinco: 1x5 (Gardner, 2003). Estos análisis se interpretaron atendiendo a las siguientes hipótesis estadísticas:

- H_0 : Las variables aleatorias analizadas no constituyen predictores de efecto que influyan sobre los resultados obtenidos dentro de cada grupo.
- H_1 : Las variables aleatorias analizadas constituyen predictores de efecto que influyen sobre los resultados obtenidos dentro de cada grupo.

2.4. Operacionalización de las variables.

2.4.1. Variable Independiente:

- **Intervención predominantemente de autoayuda:** grupo de intervenciones en las que el individuo asume el control del cambio a partir de breves contactos con el

Autocontrol del ansia por la comida

terapeuta para recibir orientación, chequeos periódicos y evaluación. La intervención se conformó con tres recursos:

- *Intención de control*: Se pide al individuo que se motive por alcanzar una meta: Ej. “a partir de hoy intentarás...”.
- *Implementación de Intención por reemplazo*: Algoritmo cognitivo-conductual para facilitar el logro de una meta, “Si [situación crítica], en lugar de [conducta habitual], entonces [propuesta alternativa]”.
- *Guía de autoayuda*: Recurso metodológico cuyo soporte lo constituye un material impreso (Anexo 15) que ofrece información acerca de la obesidad y el sobrepeso; aborda la elaboración del ansia por la comida y, por último, brinda diversas alternativas sustentadas en la evidencia para su control. Debe señalarse que la confección de la misma se realizó sobre la base de la evidencia generada en diversos estudios. Adicionalmente, antes de su aplicación fue sometida al juicio de especialistas y a un pilotaje con 20 sujetos (Gómez-Quintana, 2012)

2.4.2. Variables dependientes

- **Ansia por la comida**: Es un rasgo que se expresa en la tendencia a experimentar frecuentemente un deseo de ingerir, con inmediatez, un alimento en particular a partir de la elaboración de un pensamiento intruso. Fue medida de forma global, así como dividida en las dimensiones que la componen: anticipación de reforzamiento positivo con la comida; anticipación de alivio mediante la ingestión de comida; intenciones y planes para ingerir el alimento deseado; estímulos que activan el ansia por la comida; preocupaciones o pensamientos intrusos sobre comida; sensación de hambre; pérdida de control; emociones que desencadenan el ansia por la comida y culpa generada por experimentar o ceder ante el ansia por la comida.

Autocontrol del ansia por la comida

- *Pensamientos intrusos*: Pensamientos o representaciones (visuales, auditivas, olfativas, gustativas o táctiles) que aparecen de forma repentina en la conciencia, generando malestar en quien los experimenta. Su medición se realizó tanto de forma general como orientada hacia la comida.
- *Supresión de pensamientos*: Estrategia más utilizada para el control de los pensamientos intrusos indeseados, que consiste en un esfuerzo consciente para no pensar en aquello que es molesto o perturba. Fue medida tanto de forma general, como referida a la comida, al peso y a la forma del cuerpo.
- **Autocontrol del ansia por la comida**: Habilidad para el empleo de estrategias que faciliten la detención o atenuación de la elaboración de un pensamiento intruso sobre comida, que constituye el desencadenante de las conductas de *deseo* y *búsqueda* del alimento deseado. Su medición requirió segmentarla en dimensiones, las cuales permitieron optimizar el análisis del efecto causado por la variable independiente (Tabla 3).
- *Estrategias para el control de los pensamientos intrusos*: acciones ejecutadas por las personas para lograr detener o atenuar la elaboración de los pensamientos intrusos sobre comida:
 1. Distracción cognitivo-conductual: buscar otros pensamientos o actividades.
 2. Control social: consultar a otros para conocer cómo manejan sus intrusiones.
 3. Preocupación: focalizar la atención en otros temas de mayor relevancia.
 4. Castigo: repudiarse o molestarse consigo mismo ante un pensamiento intruso.
 5. Reevaluación: buscar significados alternativos y funcionales a la intrusión.
- *Habilidad para el control de pensamientos intrusos*: Está referida al grado de éxito o fracaso en el logro de la detención o atenuación de la elaboración de un pensamiento

Autocontrol del ansia por la comida

intruso sobre comida, con independencia de la estrategia que se utilice. Se midió como tendencia general de las personas.

- *Reacciones emocionales a los pensamientos intrusos:* Grado de reactividad emocional ante las intrusiones. Incluye descontrol, tristeza, ansiedad e ira.
- *Reacciones conductuales a los pensamientos intrusos:* Está referida a la movilización conductual que trae aparejado el pensamiento intruso. Incluye: a) la distracción, b) la desconcentración y c) impulsividad.

Tabla 3. Operacionalización de la medición de la medición de las variables dependientes.

		Instrumentos para su evaluación	Rango
Ansia por la comida		Cuestionario: Ansia por la comida	39-234
Dimensiones del ansia por la comida	Refuerzo positivo	Cuestionario: Ansia por la comida	5-30
	Anticipación de alivio	Cuestionario: Ansia por la comida	3-18
	Intenciones de comer	Cuestionario: Ansia por la comida	3-18
	Estímulos activadores	Cuestionario: Ansia por la comida	4-24
	Sensación de hambre	Cuestionario: Ansia por la comida	4-24
	Preocupación	Cuestionario: Ansia por la comida	7-42
	Pérdida de control	Cuestionario: Ansia por la comida	6-36
	Emociones activadoras	Cuestionario: Ansia por la comida	4-24
	Culpa	Cuestionario: Ansia por la comida	3-18
Pensamientos Intrusos		Inventario: Supresión <small>Oso Blanco</small>	8-40
Supresión de pensamientos	General	Inventario: Supresión <small>Oso Blanco</small>	7-35
	Comida	Inventario: Supresión <small>Pensamientos-Comida</small>	15-75
	Peso/Forma	Inventario: Supresión <small>Pensamientos-Peso/Forma</small>	15-75
Autocontrol del Ansia por la comida			
Habilidad para el control de pensamientos		Cuestionario: Habilidad <small>Control de Pensamientos</small>	7-35
Estrategias de Control de Pensamientos	Distracción	Cuestionario de Control de Pensamientos	4-16
	Control Social	Cuestionario de Control de Pensamientos	4-16
	Preocupación	Cuestionario de Control de Pensamientos	2-8
	Castigo	Cuestionario de Control de Pensamientos	3-12
	Reevaluación	Cuestionario de Control de Pensamientos	3-12
Reacciones a las intrusiones	Emocionales	Cuestionario: Reacciones <small>Emocionales-Conductuales</small>	0-16
	Conductuales	Cuestionario: Reacciones <small>Emocionales-Conductuales</small>	0-12

Fuente: Instrumentos de evaluación.

2.4.3. Variables de Control: circunstancias externas que pueden influir en el resultado de la intervención, por lo que debe garantizarse que no varíen durante el estudio (Martin, 2008); aunque no fueron manipuladas por los investigadores sí resultaron controladas. (Tabla 4).

Autocontrol del ansia por la comida

- *Zona de procedencia del participante:* Se clasificó la zona de procedencia del participante atendiendo a si residía en un municipio cabecera o en poblados o zonas rurales aledañas al municipio. En Cuba predominan los individuos con sobrepeso en zonas urbanas, y en ellas el 44 % presenta un estilo de vida sedentario (Jiménez-Acosta *et al.*, 2012).
- *Investigador:* Se conoce que las características personales y la motivación del investigador hacia el estudio pueden interferir en los resultados de la investigación (Martin, 2008). El control se realizó asignando siempre más de un investigador por grupo, todos cumplieron las siguientes características: 5to año de la carrera de Psicología, índice académico igual o superior a 4.75 puntos y haber recibido entrenamiento previo a la intervención.
- *Eventos vitales:* Referidos a eventos o experiencias de gran significación en la vida de las personas, como divorcios, duelos, pérdida del trabajo, etc.
- *Debut de enfermedades médicas y/o alteraciones psicopatológicas:* Aunque también son eventos vitales significativos, se recogen en una modalidad aparte dado su efecto directo sobre la salud y las limitaciones que imponen en la vida de las personas.

Se hace necesario precisar que estas dos últimas variables constituyeron criterios de salida de la experiencia investigativa pero no de la asistencial, por lo que estos individuos siguieron recibiendo atención y seguimiento por parte de los investigadores.

2.4.4. Variables aleatorias: aquellas que pueden modificar aleatoriamente la influencia de la variable independiente sobre la dependiente, en calidad de mediatizadores, por lo

que se consideró pertinente su monitoreo asumiéndolas como potenciales predictores de efecto.

- **Expectativas de resultado:** Acción esperada, atribuible a la intervención que se recibe (Kirsch, 1985). Cognitivamente posee la misma estructura que la Intención de implementación (Stewart-Williams y Pood, 2004): Ej. Si sigo las instrucciones [X], entonces [Y].
- **Sugestionabilidad:** Definida como la aptitud o disposición favorable a responder a la sugestión en la vida cotidiana de los individuos, integrada por la combinación de diversos factores (González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999):
 1. *Fantaseo:* capacidad de evadirse a través de la imaginación.
 2. *Absorción:* la atención es fácilmente capturada por estímulos externos.
 3. *Implicación emocional:* capacidad de implicarse de forma activa con el contenido del estímulo.
 4. *Influenciabilidad:* grado en que un individuo permite que los demás influyan en sus actitudes, pensamientos y estados de ánimo.
- **Optimismo:** Fue comprendido como una disposición de los individuos a tener expectativas positivas con respecto a los resultados de sus acciones, que están orientadas por valores específicos (Carver y Scheier, 2002).
- **Resiliencia:** Describe la habilidad general de las personas para hacer frente a la adversidad o recuperarse luego de enfrentar un desafío (Connor y Davidson, 2003).
- **Valores:** Se definen como metas deseadas y jerarquizadas que trascienden una situación específica y sirven como principios orientadores en la vida de los individuos (Schwartz, 2006). Pueden condicionar la motivación de un individuo en dependencia

Autocontrol del ansia por la comida

del tipo de intervención a la que se someta (Whalley y Hyland, 2009). Se han definido 10 valores universales (Cieciuch y Schwartz, 2012):

1. *Conformidad*: Tendencia hacia el control de acciones, inclinaciones o impulsos que puedan perturbar o dañar a otros, violar las normas o un comportamiento socialmente esperado.
2. *Tradición*: Orientación hacia el respeto, compromiso y aceptación de las costumbres y las ideas promovidas por la propia cultura o religión.
3. *Benevolencia*: Orientación hacia el cuidado del bienestar de aquellos con los se tiene un contacto interpersonal frecuente.
4. *Universalismo*: Orientación hacia la comprensión, apreciación, tolerancia y protección del bienestar de todas las personas y la naturaleza.
5. *Autodirección*: Orientación hacia la independencia de pensamiento y acción, para elegir, crear y explorar.
6. *Estimulación*: Orientación hacia la búsqueda constante de vivencias novedosas, excitantes y retos para enfrentar.
7. *Hedonismo*: Orientación hacia el placer y la gratificación sensorial.
8. *Logro*: Orientación hacia el éxito individual mediante la demostración de competencias, adecuadas con los estándares sociales.
9. *Poder*: Orientación hacia la búsqueda de estatus social y prestigio, implica ejercer el control o la dominación sobre personas y recursos.
10. *Seguridad*: Orientación hacia la búsqueda de seguridad, armonía y estabilidad tanto individual como en las relaciones interpersonales.

- **Historia personal de pérdida y ganancia de peso:** Se define como la relación entre el esfuerzo realizado para perder peso, los logros alcanzados y la facilidad para volver a recuperarlo, que matiza la historia vital del participante.

Tabla 4. Medición de las variables *de control y *aleatorias***.**

	Fuente	Medida	Rango	
*Evento vital relevante	Entrevista de seguimiento	Nominal	Abierto	
*Debut-enfermedad	Entrevista de seguimiento	Nominal	Abierto	
**Expectativas de resultado	Entrevista de Línea Base	Continua	-3-3	
**Sugestionabilidad	Inventario: Sugestionabilidad	Continua	0-32	
**Optimismo	Test: Orientación Vital	Continua	6-30	
**Resiliencia	Inventario: Resiliencia	Continua	0-100	
**Historia del peso	Cuestionario: Ciclo del Peso	Continua	4-20	
**Valores	Conformidad	Encuesta de Valores	Continua	-1-7
	Tradición	Encuesta de Valores	Continua	-1-7
	Benevolencia	Encuesta de Valores	Continua	-1-7
	Universalismo	Encuesta de Valores	Continua	-1-7
	Autodirección	Encuesta de Valores	Continua	-1-7
	Estimulación	Encuesta de Valores	Continua	-1-7
	Hedonismo	Encuesta de Valores	Continua	-1-7
	Logro	Encuesta de Valores	Continua	-1-7
	Poder	Encuesta de Valores	Continua	-1-7
Seguridad	Encuesta de Valores	Continua	-1-7	

Fuente: Instrumentos de evaluación.

2.5. Consideraciones éticas

Durante el proceso investigativo se prestó especial atención al cumplimiento de las exigencias éticas de la investigación científica. Inicialmente se obtuvo la aprobación institucional para la realización del proyecto. Durante su ejecución se le brindó al participante toda la información necesaria sobre el mismo, obteniendo su consentimiento informado para cada una de las etapas. Por último, se separó la experiencia investigativa de la asistencial, con el objetivo de brindar atención y seguimiento a todos aquellos individuos que no cumplieron los criterios de inclusión o se ajustaron a algún criterio de salida, pero aun así deseaban recibir ayuda.

Capítulo 3: Resultados

3.1. Análisis de resultados de la primera etapa del estudio.

El análisis de la primera etapa respondió a la necesidad de caracterizar las particularidades de los pensamientos intrusos sobre comida, el ansia por la comida y la supresión de dichos pensamientos en individuos con sobrepeso, procedentes de la población general, al ser comparados con sus contrapartes con obesidad o peso normal.

3.1.1. Aspectos generales relacionados con el peso.

En la Tabla 5 se muestran los resultados que describen las características generales de la muestra estudiada. Lo primero que debe resaltarse es que más del 55 % de la muestra se encontraba en las categorías de obesidad y sobrepeso. Este resultado es similar al obtenido en la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (Jiménez-Acosta *et al.*, 2012).

Tabla 5. Características generales de la muestra estudiada.

Variable/Clase		fr.	%	Variable/Clase		fr.	%
IMC	NP	543	42.8	Método	Ninguno	341	27.4
	SP	526	41.4		Restricción	485	39.0
	Ob	200	15.8		Actividad Física	251	20.2
Restricciones previas	Sí	513	40.4		Otros	35	2.8
	No	757	59.6		Combinados	132	10.6
Restricciones actuales	Sí	105	8.3	Conductas	Comer + "Picotear"	418	32.9
	No	1165	91.7		Ansiedad	524	41.3
Ejercicios	Sí	435	34.6		Otros	124	9.8
	No	822	65.4			204	16.1

Fuente: Entrevista de Línea Base y Modelo de registro peso-estatura.

Debe señalarse que, aunque el 40 % de individuos investigados reportó haberse impuesto restricciones en la alimentación alguna vez en su vida, solamente el 8 % las mantenía al realizar la línea base; tampoco fue sistemática la práctica de ejercicios físicos para el 65 % de los encuestados. Cuestión que resulta preocupante, si se toma en consideración que *restricciones* y *ejercicios* fueron señalados por el 59 % de la muestra como los principales métodos para el control del peso.

Autocontrol del ansia por la comida

Los resultados obtenidos identifican a estos individuos como una población *en riesgo* (Roca-Perara, 2000). Autocontrolarse ante la presencia de comidas tentadoras y practicar ejercicios de forma sistemática se consideraran factores protectores primarios de la obesidad (Affenito *et al.*, 2012). Por último, la práctica sistemática de ejercicios constituye el mejor predictor del mantenimiento de un peso adecuado (van Strien *et al.*, 2012).

Picotear se reportó como la conducta que más propició el incremento del peso en la muestra (41 %). Debe señalarse que la misma ha sido descuidada por la mayor parte de los investigadores (Carter y Jansen, 2012). Sin embargo, también se ha observado que favorece la reducción del peso cuando no se ingieren más de 100 kcal cada dos o tres horas, en sustitución de las tres comidas regulares del día (Bachman y Raynor, 2012).

Otros *estímulos* elegidos fueron comer en exceso en los horarios establecidos (33 %) y la ansiedad (10 %). El primero es una dimensión importante, que aborda la *desinhibición* ante la presencia, el olor o el sabor de determinados alimentos (French *et al.*, 2012). El segundo es un indicador del *comer emocional*, donde la ansiedad atenta contra las restricciones crónicas en la alimentación (van Strien *et al.*, 2012).

En la Tabla 6 se muestran las variaciones de las variables investigadas en la entrevista inicial y el Cuestionario del Ciclo del Peso. Resultó interesante la comparación de la media del IMC dentro de cada grupo. En el caso de los individuos con sobrepeso, la media se correspondió con el rango de *pre-obeso* (298:55 %), mientras que para los individuos obesos se agrupó en torno al Tipo I (161:80 %), que es el más bajo, dentro de su categoría.

En relación con el ciclo del peso, las puntuaciones elevadas de individuos con sobrepeso y obesidad (Tabla 6), avalaron el predominio de una historia de *dietas y recaídas* (Stubbs

et al., 2011). Aunque muchos lo consideran como un problema, se ha sugerido que estos individuos podrían tener mejor pronóstico cuando buscan recursos de autoayuda (Latner y Ciao, 2013) .

Por otro lado, aunque no existieron diferencias para las horas diarias pasadas frente al televisor, debe señalarse que tanto los individuos con peso normal como los obesos rebasaron el límite *riesgo* (3 horas/día), tanto de sedentarismo (Jones *et al.*, 2010), como de incremento de consumo de alimentos (Anschutz, Engels, van der Zwaluw y van Strien, 2011).

Tabla 6. Variables exploradas en la entrevista y el Cuestionario del Ciclo del peso

	Peso Normal		Sobrepeso		Obeso		ANOVA de 1 Factor		
	Media/DE		Media/DE		Media/DE		gl.	F	Sig.
IMC	22.07	1.84	27.31*	1.39	32.80**	2.38	2,1266	2394.465	.000
Ciclo del Peso	6.68	2.71	7.83*	3.55	8.27*	3.75	2,1265	24.745	.000
Horas de Tv/día	3.02	2.724	2.79	2.67	3.08	2.68	2,1251	1.308	.271

Leyenda: Subconjuntos HSD: sin*= menor; *= intermedia y **= mayor puntuación.

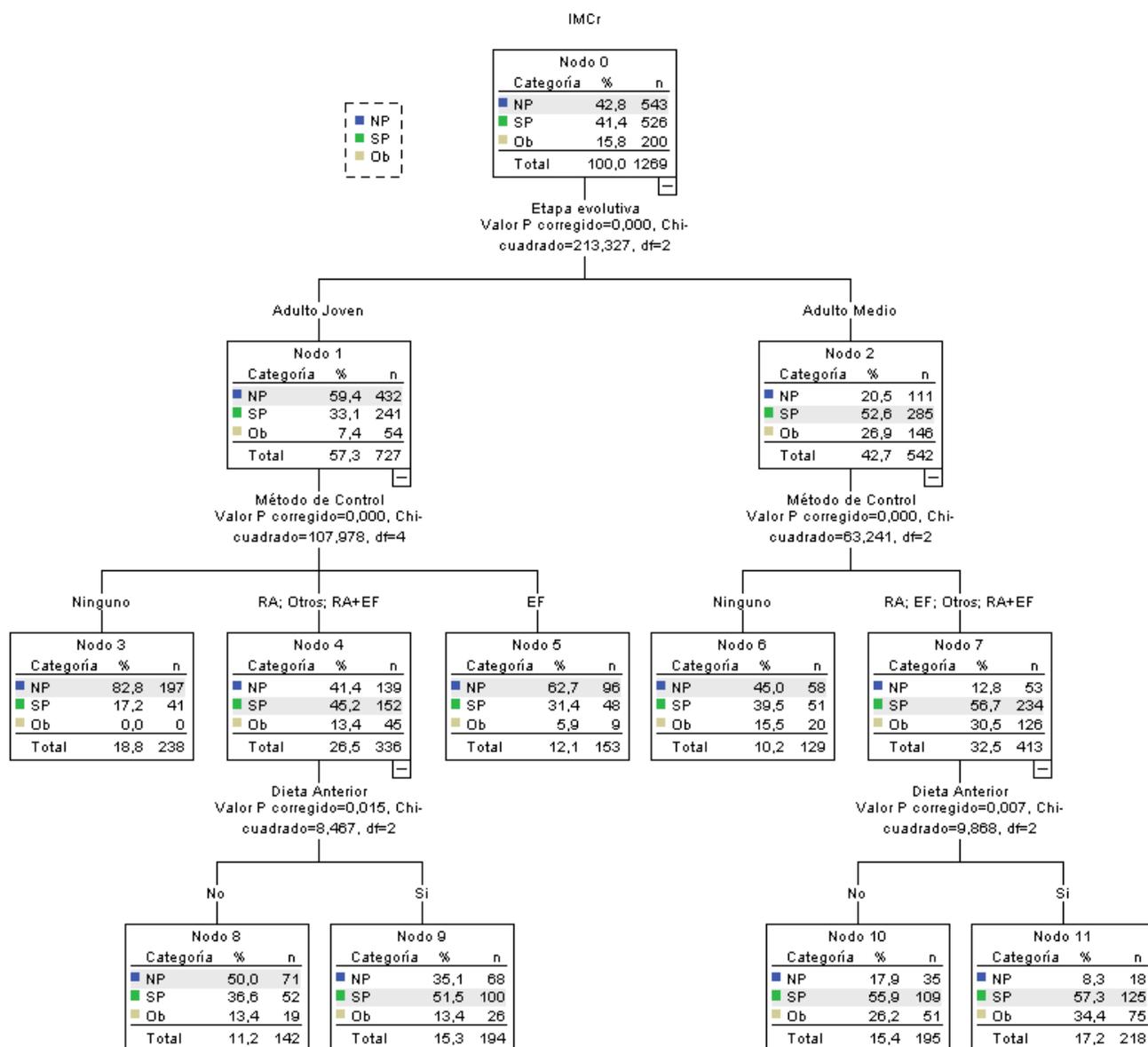
Fuente: Entrevista e Instrumentos de Evaluación.

Con el objetivo de observar las interacciones entre el IMC y un grupo de variables *moduladoras* (Stubbs *et al.*, 2011) se confeccionó un *árbol de decisión* (CHAID), tal y como se muestra en la Figura 4.

En primer lugar resalta la diferenciación entre los grupos etáreos, donde predominaron jóvenes con peso normal y adultos medios con sobrepeso u obesos. A su vez, jóvenes y adultos medios se diferenciaron por los *métodos* utilizados para el control del peso, pues para los primeros la práctica sistemática del ejercicio físico bastaba por sí sola (Nodo 5).

Por último, donde el control implicó restricciones en la alimentación (Nodos 4 y 7), la interacción con una historia de “dietas” (Nodos 8-11) fue común a todos los individuos. Al respecto, se ha descrito que la ausencia de restricciones alimentarias, asociada a la

práctica sistemática de ejercicios constituyen el mejor indicador de *mantenimiento* del IMC (van Strien *et al.*, 2012).



Autocontrol del ansia por la comida

Dada la importancia que dichas interacciones revisten, se propone analizarlas detenidamente, comenzando por la edad (Nodos 1 y 2). Se ha observado que las tasas de individuos con obesidad o sobrepeso tienden a incrementarse entre los adultos medios (Hurt *et al.*, 2011). En las mujeres, por ejemplo, resulta importante considerar los cambios asociados al climaterio y la menopausia (Keller *et al.*, 2010), donde el *comer emocional* y las restricciones crónicas de la alimentación son probadas causas del incremento del peso y el fallo de las dietas (Teixeira *et al.*, 2010).

En relación con el *método de control* (Nodos 3-7), si bien el incremento de la actividad física puede ser suficiente para algunos jóvenes, fue mayormente reportado por aquellos con peso normal (Nodo 5), pues los *obesos* y *sobrepeso* suelen combinarlos con las *restricciones*. Al parecer, el adulto medio con peso normal no suele utilizar ninguno (Nodo 6) o los emplea indistintamente (Nodo 7). Sin embargo, la búsqueda constante y el empleo de variados métodos fue común a individuos sobrepeso y obesos (Laddu *et al.*, 2011; Simkin-Silverman *et al.*, 2008), con independencia de la edad que tuvieran.

La interacción de los *métodos* que incluyen *restricciones* (Nodos 4 y 7), con una historia de “dietas” (Nodos 8-11), nuevamente favoreció la relación de la obesidad y el sobrepeso, con mayores cambios en el ciclo del peso (Tabla 6). Aspecto que muestra la presencia de restricciones crónicas en la alimentación como una posible causa de *fallos* y *recaídas*. Como ha sido señalado por otros investigadores, estas *prácticas restrictivas* crean un fuerte sentido de carencia que puede conducir a episodios de desinhibición del consumo, mayormente en las noches (Quick y Byrd-Bredbenner, 2012).

3.1.2. Ansia por la comida: elaboración y control.

En la Tabla 7 se muestran los resultados de la comparación entre individuos con peso normal, con sobrepeso u obesos con respecto al procesamiento del ansia por la comida

Autocontrol del ansia por la comida

y los intentos de supresión de pensamientos relacionados. Los resultados de las exploraciones *pos hoc* (HSD de Tukey), revelaron agrupaciones interesantes entre las distintas categorías del IMC. Individuos con obesidad y sobrepeso mostraron un procesamiento que los distinguió de aquellos con peso normal. En este sentido, se considera necesario el análisis de cada variable por separado.

Referente a la supresión de pensamientos sobre temas generales, las puntuaciones que obtuvieron los participantes con sobrepeso u obesos podrían interpretarse como elevados niveles de *desinhibición* al comer (Tabla 7: Su-General). Una investigación precedente encontró valores similares en adolescentes *desinhibidos* (Soetens *et al.*, 2008). Sin embargo, las elevadas puntuaciones observadas en el presente estudio también pueden atribuirse a otros factores: Ej. variaciones propias de la edad (Rodríguez-Martín, Cárdenas-Rodríguez y Molerio-Pérez, 2012), el género (Rodríguez-Martín *et al.*, en prensa) y el nivel de estrés percibido (Peterson, 2008).

Tabla 7. Ansia por comer y supresión de pensamientos.

		Peso Normal		Sobrepeso*		Obeso*		ANOVA de 1 Factor		
		Media/DE		Media/DE		Media/DE		gl.	F	p
Su	General	50.58	12.74	54.60*	14.20	56.05*	14.63	2,1214	15.453	.000
	Comida	32.31	13.44	44.53*	18.50	46.51*	1.61	2,1266	91.422	.000
	Peso/Forma	32.16	14.77	46.53*	19.52	49.05*	20.73	2,1266	111.950	.000
Ansia por la comida	Rasgo	107.51	34.19	139.18*	47.12	142.94*	48.09	2,1265	93.499	.000
	Refuerzo Positivo	16.11	5.93	19.11*	6.94	19.84*	7.51	2,1263	37.025	.000
	Alivio al comer	8.38	3.77	10.36*	4.42	10.25*	4.81	2,1264	32.858	.000
	Desencadenantes	11.93	5.14	16.11*	6.55	16.43*	6.04	2,1263	80.733	.000
	Hambre	16.08	4.82	17.77*	5.11	17.85*	5.18	2,1265	19.532	.000
	Intrusiones	14.09	6.94	20.06*	10.06	20.23*	10.0	2,1264	71.595	.000
	Intenciones de comer	8.75	3.71	11.20*	4.51	11.78*	4.77	2,1265	60.214	.000
	Pérdida de control	16.12	6.87	22.58*	8.70	23.84*	8.75	2,1262	114.469	.000
	Afecto negativo	9.64	4.72	12.25*	5.70	12.50*	5.99	2,1263	3.016	.000
	Culpa	6.54	3.83	9.883*	4.59	10.21*	4.97	2,1263	96.524	.000

Leyenda: Su= Supresión de Pensamientos; Subconjuntos HSD: sin*= menor y *= mayor puntuación.

Fuente: Instrumentos de Evaluación.

Las diferencias en la supresión de pensamientos sobre comida eran esperadas (Tabla 7: Su-Comida), dada su estrecha relación con las dificultades para mantener la “línea”,

reportada en otros estudios (Barnes y Tantleff-Dunn, 2010). Por otro lado, en la muestra estudiada, las puntuaciones de individuos sobrepeso u obesos fueron elevadas y muy similares a las de aquellos diagnosticados con trastorno por atracón en los EE.UU. (Barnes *et al.*, 2011). Cuestión que podría constituir un indicador de la presencia de un patrón idiosincrático de desinhibición al comer en nuestra población.

Por su parte, la supresión de pensamientos sobre el peso y la forma del cuerpo (Tabla 7: Su-Peso/Forma) también se mostró más acentuada en personas con obesidad y sobrepeso. En estos individuos, la misma pudo deberse a la insatisfacción con la propia imagen (Míguez-Bernárdez *et al.*, 2011), distante del ideal estético dominante (Guzmán y Lugli, 2009). Ello apoya los reportes de otros estudios (Peterson, 2008).

Con respecto al ansia por la comida como rasgo (Tabla 7), más de 20 puntos separaron los resultados de individuos con peso normal de aquellos con sobrepeso u obesos; cuestión que sugiere para estos últimos, una historia de fracasos en las dietas realizadas (Meule *et al.*, 2011). Un análisis por *dimensiones* puede brindar mayor claridad al respecto.

Para los individuos con obesidad y sobrepeso se observó que comer parece más asociado a una sensación de alivio (Tabla 7) y bienestar, entendido como refuerzo positivo, con la que mantienen alejadas las emociones negativas. Son estas últimas las que inducen al *comer emocional* (Davis *et al.*, 2011), un desencadenante motivacional del consumo de alimentos (Adriaanse *et al.*, 2010).

También estos individuos responden en mayor medida a desencadenantes ambientales (Tabla 7), mediante la elaboración de la intrusión. Existe evidencia de que la presencia de comidas con elevados niveles de calorías, desencadena la *elaboración* e interfiere

con la ejecución de otras tareas viso-espaciales en la memoria de trabajo (Meule, Skirde *et al.*, 2012).

Igualmente mostraron mayores intenciones de comer (Tabla 7) y pérdida de control ante la comida que sus contrapartes con peso normal. Parece existir mayor conexión de las intenciones a los mecanismos de *deseo* y *búsqueda* (Meule, Lutzl *et al.*, 2012). Por su parte, la pérdida de control podría traducirse como *desinhibición* (Houben *et al.*, 2012), usualmente asociada a una falsa sensación de hambre.

Otros investigadores han reportado que las restricciones crónicas en la alimentación pueden activar el deseo de comer, aun en ausencia de hambre (Meule, Lutzl *et al.*, 2012). Se considera que comer en ausencia de hambre constituye un factor subjetivo *primario* para el incremento del peso (French *et al.*, 2012).

En tercer lugar, todo este proceso se acompaña de fuertes sentimientos de culpa, que pueden mantenerse una vez concluido el acto de consumo. Aunque la culpa es una emoción, la versión alemana del Inventario del Ansia por la Comida la consideró como una intrusión (Meule, Lutzl *et al.*, 2012), dado que su elaboración es consecuencia de la experiencia dual que el ansia por la comida genera (Green *et al.*, 2009).

En la Tabla 8 se muestran los resultados de las comparaciones en relación con los pensamientos intrusos, las reacciones emocionales y conductuales de éstos, la habilidad para suprimirlos y las estrategias para su control. De las mismas emergieron cuatro patrones de agrupación general.

Patrón 1. Pensamientos intrusos, reacciones emocionales, impulsividad y preocupación.

En este primer patrón los individuos con sobrepeso u obesos mostraron puntuaciones más elevadas. Por tanto, resulta probable que en ellos dichos pensamientos guarden

Autocontrol del ansia por la comida

mayor relación con la comida, la *imagen* corporal (Peterson, 2008) o estén dirigidos hacia conductas socialmente esperadas, también conocidas como *deseos normativos* (Perpiñá *et al.*, 2008): Ej. Hacer ejercicios o comer moderadamente. Algunos estudios apuntan hacia el aspecto idiosincrático de los pensamientos intrusos en poblaciones *en riesgo* (Magee *et al.*, 2012).

También las reacciones emocionales a los pensamientos intrusos (Tabla 8) fueron consistentes con este patrón, dentro de las que resaltaron el descontrol, la irritabilidad y la ansiedad. Esta última mostró una media mayor en sus puntuaciones, elemento que resulta consistente con los reportes de la entrevista. Dentro de las reacciones conductuales, fue la impulsividad aquella que cargó con el peso de las diferencias.

Tabla 8. Pensamientos intrusos generales: estrategias de control, habilidad y reacciones emocionales y conductuales.

	Peso Normal		Sobrepeso		Obeso		ANOVA de 1 Factor		
	Media/DE		Media/DE		Media/DE		gl.	F	p
Pensamientos Intrusos	26.03	7.85	27.80*	7.80	28.39*	8.39	2,1214	9.204	.000
Habilidad para suprimir	23.20*	5.91	22.00^	6.82	22.96	7.32	2,1266	4.798	.008
Distracción-E	11.25	2.78	11.20	2.86	11.62	2.89	2,1265	1.660	.191
Control Social	8.51	2.26	8.25	2.88	8.25	2.38	2,1266	1.607	.201
Preocupación	4.34	1.42	4.89*	1.64	4.97*	1.78	2,1265	20.864	.000
Reelaboración	7.59	2.12	7.86	2.40	8.44*	2.35	2,1264	10.185	.000
Auto-castigo	5.12	2.25	5.48^	2.60	5.56*	2.64	2,1266	3.846	.022
Reacciones emocionales	4.83	3.42	6.23*	3.55	6.71*	4.16	2,1266	29.288	.000
Descontrol	1.18	1.14	1.46*	1.21	1.45*	1.25	2,1265	8.742	.000
Tristeza	0.77	1.05	0.92	1.17^	1.12*	1.27	2,1266	7.358	.001
Ansiedad	1.64	1.21	2.17*	1.23	2.31*	1.41	2,1266	33.249	.000
Irritabilidad	1.26	1.19	1.68*	1.29	1.99*	1.39	2,1266	21.727	.000
Reacciones conductuales	4.80	2.65	5.13^	2.90	5.49*	3.42	2,1266	4.483	.011
Distracción-R	1.87	1.19	1.83	1.28	1.99	1.39	2,1266	1.098	.334
Impulsividad	1.50	1.21	1.87*	1.33	1.86*	1.41	2,1266	12.386	.000
Desconcentración	1.43	1.14	1.43	1.28	1.65	1.40	2,1266	2.577	.076

Subconjuntos HSD: sin*=menor y *=mayor puntuación; ^=se traslapan ambos subconjuntos.
Fuente: Instrumentos de Evaluación

Al respecto, puede afirmarse que en nuestra población general, resulta más probable que individuos obesos o con sobrepeso muestren un patrón generalizado de *comer emocional* (Appelhans, Whitted, Schneider, Oleski *et al.*, 2011; Evers *et al.*, 2010; Macht,

2008). En este sentido, si bien la emoción puede activar el *deseo*, la impulsividad es la que podría incitar la *búsqueda* (Jasinska *et al.*, 2012; O'Neill *et al.*, 2012).

La *preocupación* en personas con obesidad y sobrepeso (Tabla 8), parece estar condicionada por la percepción subjetiva de carencia que las *restricciones* generan y puede variar en dependencia de la cantidad de alimentos que se planea consumir (Timmerman y Gregg, 2003). También está asociada a la utilización de la supresión de pensamientos (Soetens *et al.*, 2008), donde el número de *rebotes* se incrementa en paralelo con la *ansiedad rasgo* (Iijima y Tanno, 2012).

Patrón 2. Distracción y control social.

Referente al segundo patrón, el empleo de la *distracción* como estrategia de control de pensamientos fue un elemento común a todos los individuos de la muestra (Tabla 8: Distracción-E). Si bien diversos investigadores afirman que es un recurso efectivo para el control del ansia por la comida (Andrade *et al.*, 2012; Massey y Hill, 2012; May *et al.*, 2010; Morgan *et al.*, 2011), se reconoce que genera una gran carga sobre la memoria de trabajo (Sheppes, Scheibe, Suri y Gross, 2011; Wadlimger e Isaacowitz, 2010). Aunque resulta muy difícil separar el empleo de esta estrategia de la reacción conductual que la acompaña (Tabla 8: Distracción-R), es necesario señalar que la primera incluye más elementos de carácter cognitivo que conductual (Luciano *et al.*, 2006).

El control social fue el segundo *elemento común* (Tabla 8). Se considera una fortaleza en el diseño de intervenciones para el autocontrol del ansia por la comida, que individuos con sobrepeso u obesos manifiesten similares niveles de desempeño a sus contrapartes con peso normal en lo referente a ambas estrategias. Se ha señalado que preguntar a los amigos puede ser muy positivo (Cunningham *et al.*, 2012; Soetens *et al.*, 2008), sobre

todo si son *restrictivos* (Howland *et al.*, 2012). Sin embargo, puede ser improductivo cuando éstos son permisivos o sedentarios (Fletcher *et al.*, 2011).

Patrón 3. Habilidad para el control de pensamientos y auto-castigo.

El tercer patrón mostró resultados que apuntaron en diversas direcciones, pero con un factor común: los individuos con peso normal se diferenciaron de los obesos, mientras que los *sobrepeso* podían ser incluidos en ambos grupos. Podría interpretarse que individuos con sobrepeso grado I mostraron un patrón más cercano a los *normopeso*, mientras que los de grado II se asemejaban a sus contrapartes con obesidad.

En relación con la habilidad para controlar los pensamientos, fueron los individuos con peso normal quienes obtuvieron mejores puntuaciones (Tabla 8). En este sentido, puede resultar paradójico que los más aptos para ejecutar exitosamente la supresión de pensamientos sean precisamente los que menos la utilizan.

Uno de los objetivos al medir esta *habilidad*, era analizar su papel en la aparición de los efectos paradójicos de la *supresión* (Luciano, 2007). Podría especularse que los *normopeso*, al ser más hábiles *suprimiendo*, experimentan menor cantidad de *rebotes*, sobre todo de los pensamientos intrusos sobre la comida.

En relación con el auto-castigo, las mayores puntuaciones la obtuvieron los *obesos* (Tabla 8). Este era un resultado esperado, dado que es una estrategia común para el control del ansia por la comida (Meule, Lutzl *et al.*, 2012), que incluye la devaluación de la recompensa (Lewis, 2011). De hecho, se ha observado que predomina dentro de los trastornos de la alimentación (Kollei *et al.*, 2012).

El aprendizaje mediante el castigo comienza en la familia (Renner *et al.*, 2012) y modela nuestra relación con la comida (Köster, 2009). Se considera disfuncional el uso del auto-

castigo para el control de pensamientos (E. L. Moore y Abramowitz, 2007). Existen alimentos, como los dulces o el chocolate, cuyo consumo excesivo ha sido históricamente reprobado (Steel, 2008) y dado que su consumo es preferido en nuestro país (Porrata-Maury, 2009), no resultaría extraño que *obesos y sobrepeso grado II* tendieran a reprocharse en mayor medida, luego de desearlos o consumirlos.

Patrón 4. Reevaluación.

Por último, en el cuarto patrón se agruparon los individuos con peso normal y sobrepeso, que mostraron un funcionamiento similar en cuanto al empleo de la *reevaluación* (Tabla 8), a diferencia de los *obesos*, que obtuvieron las mayores puntuaciones. Ello resulta lógico, si se toma en consideración que los sujetos *obesos* podrían pensar en mayor medida acerca de las consecuencias, que el consumo de determinados alimentos puede traer a la salud (Siep *et al.*, 2012).

La reevaluación es considerada como una estrategia muy efectiva para el control de los pensamientos intrusos sobre comida (Soetens *et al.*, 2008). Su utilización ayuda a inhibir el *comer emocional* (Evers *et al.*, 2010; Svaldi *et al.*, 2012) y apenas consume recursos de la memoria de trabajo (Wadlinger e Isaacowitz, 2010). Por tanto, el uso de la misma debería potenciarse para los individuos con sobrepeso, pues se ha observado que resta fuerza a la deseabilidad de los alimentos (Giuliani *et al.*, 2013).

3.1.3. Integración de los resultados de la primera etapa

Puede afirmarse que en la muestra predominaron individuos con sobrepeso u *obesos*. Si bien numerosos participantes han recurrido a las *restricciones alimentarias* para el control del peso, solo unos pocos las estaban empleando durante la evaluación. Dentro de los indicadores ambientales de la sobrealimentación, predominó comer en exceso en

Autocontrol del ansia por la comida

las comidas regulares. Por otro lado, el mayor desencadenante emocional del consumo fue la ansiedad, reportado en menor medida que el primero. Mientras que el picoteo se consideró un desencadenante mixto, debido a que puede ser activado tanto en respuesta a las emociones, como a situaciones cotidianas específicas.

Aunque existieron diferencias atribuibles a la edad, fue común a *sobrepesos* u *obesos* de ambos grupos etáreos la búsqueda de diversos métodos para el control del peso, como el empleo de restricciones alimentarias, el incremento de la actividad física, así como la combinación de ambos. Todo ello en interacción con una historia de *recaídas* reiteradas.

Los individuos con sobrepeso u *obesos* mostraron mayor uso de la supresión de pensamientos que los *normopeso*, donde destacaron los pensamientos intrusos sobre la comida, el peso y la forma del cuerpo. Sin embargo, ello contrastó con su menor habilidad para *suprimirlos*. Cuestión que pudiera ser la base de los episodios de desinhibición del apetito, con la consecuente transgresión de las *restricciones* a largo plazo, que han establecido en su alimentación.

Esto resulta lógico si se analizan las reacciones que suelen generar los pensamientos intrusos en estos individuos. Desde el punto de vista emocional, *sobrepesos* y *obesos* reaccionan con descontrol, irritabilidad y ansiedad ante los mismos, mientras que desde el punto de vista conductual lo hacen con impulsividad; todo lo cual conduce a una acción integrada, donde las emociones activan el *deseo* y la impulsividad la *búsqueda*.

El mismo patrón fue observado para el ansia por la comida en todas sus dimensiones, con un predominio del *rasgo* en *sobrepesos* y *obesos*. Estos individuos suelen confundir los estímulos situacionales y los motivacionales con el hambre fisiológica, dando lugar a recurrentes pensamientos intrusos sobre comida, cuya elaboración incrementa las intenciones de comer y la pérdida del control. Todo ello asociado a intensos sentimientos

de culpa. Por último, las estrategias de control de pensamientos mostraron diversos patrones de agrupación: 1) *sobrepesos* y *obesos* tendieron a *preocuparse* en mayor medida; 2) los sujetos *obesos* mostraron mayor empleo de la *reevaluación* y el *auto-castigo* y 3) no se observaron diferencias para la *distracción* y el *control social*.

Los resultados obtenidos luego de ejecutados los análisis estadísticos correspondientes permiten rechazar H_0 . Tomando en cuenta los cuatro patrones que emergieron del ANOVA y los resultados del CHAID, puede afirmarse que resulta altamente probable que los adultos con sobrepeso manifiesten un procesamiento distintivo durante la elaboración del ansia por la comida, así como del uso de las distintas estrategias disponibles para su control.

3.2. Análisis de resultados de la segunda etapa del estudio

Esta etapa respondió al objetivo de evaluar la efectividad de tres *recursos de autoayuda*, sobre la elaboración de los pensamientos intrusos que generan el ansia por la comida.

3.2.1. Caracterización general de los grupos.

La muestra para esta etapa quedó finalmente conformada por 115 participantes (Tabla 2). En todos los grupos predominó el sexo femenino, soltero-casado como estado civil, medio-superior como nivel de escolaridad y la procedencia urbana. En relación con los grupos etéreos, aunque se apreciaron más jóvenes en el grupo GA y adultos medios en el de IIR, esto no implicó diferencias entre ambos.

En la Tabla 9 se pueden apreciar las características generales de la muestra. Dentro de todos los elementos expuestos resalta el hecho de que la mitad de los participantes escasamente restringen su alimentación. El valor preventivo de la intervención quedó

justificado por la cantidad de sujetos preobesos (Grado II), cuestión que se reflejó igualmente dentro de la composición de cada grupo [$\chi^2(2)=.908$, $p=.635$].

Tabla 9. Características generales de los participantes de la 2da etapa.

Variable/Clase		fr.	%	Variable/Clase		fr.	%
Grupos	GA	33	28.7	Método	Ninguno	9	8.1
	IIR	32	27.8		Restricción	53	47.7
	In	50	43.5		Actividad Física	21	18.9
Sobrepeso	Grado I	45	39.1		Combinados	23	20.7
	Grado II	70	60.9		Otras	5	4.5
Restricciones Previas	Si	59	51.3	Conductas	Comer excesivamente	23	20
	No	56	48.7		Picotear	61	53
Restricciones Actuales	Si	4	3.5		Diversos	31	27
	No	111	96.5	Ejercicios	Práctica sistemática	36	31.3
					Práctica nula o irregular	79	68.7

Fuente: Entrevista de Línea Base

En el momento de la evaluación de la línea base eran muy pocos los individuos que se encontraban bajo *restricciones* o practicando ejercicios físicos de forma sistemática. En éstos resulta muy probable que el IMC se fuese incrementando producto de la edad, los malos hábitos alimentarios o un estilo de vida sedentario (Stubbs *et al.*, 2011). Cuestión que se hizo patente con el método elegido: *restricciones* alimentarias (48 %), muy por encima de la actividad física (19 %) o de la combinación entre ambas (21 %).

Dentro de las conductas que favorecen el incremento del peso, predominó el picoteo durante las actividades cotidianas, que abarcó casi dos tercios de la muestra (61 %). Se ha observado que el consumo de pequeñas porciones de comida a lo largo del día, parece ser una conducta preferida por los individuos en entornos laborales o escolares (Carter y Jansen, 2012): Ej. Salir del trabajo o la clase para comer un dulce. Desinhibirse durante las comidas regulares fue el segundo *desencadenante* reportado (20 %). Entre los desencadenantes *diversos* se destacaron la ansiedad y el nunca quedar satisfecho, que agruparon más de la mitad de los reportes (Figura 5).

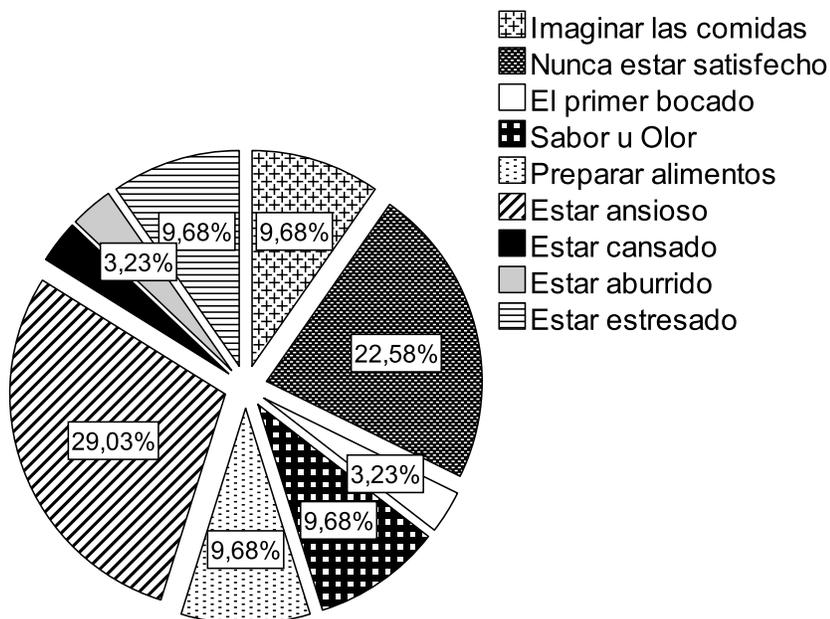


Figura 5. Desencadenantes diversos del consumo de alimentos.

Fuente: Entrevista de Línea Base

Adicionalmente, los integrantes del grupo GA mostraron una historia más irregular de pérdidas y ganancia de peso durante su historia vital. Por su parte los grupos GA-In reportaron una media superior a tres horas diarias frente al televisor, lo cual constituye un indicador de sedentarismo (Jones *et al.*, 2010).

3.2.2. Efectividad de cada recurso de autoayuda al mes de aplicación.

Los resultados que se exponen en la Tabla 10 muestran la *interacción* de las evaluaciones de la línea base con las del mes de seguimiento ($O_{I1}=O_1-O_{LB}$). Para realizar estas comparaciones fue utilizado el ANOVA de Kruskal-Wallis. Esta prueba permitió establecer la existencia de diferencias de los cambios en las puntuaciones, de una fase a la siguiente. Se incorporó el tamaño de efecto (Φ) en aquellas *interacciones* cuyas diferencias fueron consideradas significativas ($p<.05$).

Autocontrol del ansia por la comida

Adicionalmente, con el objetivo de ilustrar aquellos grupos que experimentaron cambios con respecto a su evaluación de línea base, se realizó la prueba de Wilcoxon (Anexo 25). También en la Tabla 10 se reportaron aquellos casos que mejoraron, empeoraron o no sufrieron cambio alguno (-/+/=).

Las casillas rellenas en gris, fueron aquellas donde ocurrieron modificaciones intra-grupo significativas (Anexo 25). Ello permite al lector ubicar al grupo que tuvo más probabilidades de ser responsable de los cambios en dicha *interacción*. También permite registrar aquellas modificaciones intra-grupo que, a pesar de ser consideradas como significativas, no tuvieron impacto en la *interacción*.

Tabla 10. Cambios obtenidos con recursos de autoayuda sobre el ansia por la comida y la supresión de pensamientos al mes de seguimiento.

		GA		IIR		In		Kruskall-Wallis		
		RM	-/+/=	RM	-/+/=	RM	-/+/=	χ^2	p	Φ
Su	General	64.0	8/17/8	52.9	13/14/5	57.2	18/22/10	1.842	.398	-
	Comida	58.3	16/14/3	54.3	14/11/7	60.1	18/19/13	.577	.749	-
	Peso/Forma	50.5	20/8/5	58.3	17/8/7	62.7	24/14/12	2.684	.261	-
	Habilidad	53.6	16/10/7	58.1	13/11/8	60.8	19/12/19	.948	.623	-
Ansia por la comida	Rasgo	56.1	19/12/2	52.8	21/10/1	62.6	25/21/4	1.834	.400	-
	Refuerzo Positivo	59.2	17/10/6	56.0	13/8/11	58.4	25/16/9	.168	.920	-
	Alivio al comer	60.6	11/9/13	57.4	15/9/8	56.6	19/11/20	.328	.849	-
	Desencadenantes	56.6	19/6/8	52.6	19/6/7	62.3	26/10/14	1.791	.408	-
	Hambre	55.7	16/8/9	50.3	20/6/6	64.4	18/15/17	3.769	.150	-
	Intrusiones	56.7	14/9/10	58.2	16/14/2	58.0	18/20/12	.089	.957	-
	Intención de comer	61.0	13/10/10	48.7	20/5/7	61.9	22/14/4	3.530	.171	-
	Pérdida de control	54.5	19/5/9	52.2	21/7/4	64.5	26/11/13	3.040	.219	-
	Afecto negativo	45.1	17/3/13	53.2	15/9/8	69.4	10/21/19	12.286	.002	.33
	Culpa	55.8	13/12/8	54.9	13/10/9	61.4	14/21/15	.950	.622	-

Leyenda: Su= Supresión de Pensamientos; RM=Rango Medio; "-/+/" disminuciones/incrementos/sin cambios; ■=p<.05 (Anexo 25).

Fuente: Instrumentos de Evaluación.

En este primer seguimiento, puede afirmarse que no existieron diferencias significativas para la mayor parte de las variables evaluadas, con la excepción del afecto negativo (Tabla 10), lográndose mejores resultados en los grupos GA-IIR, los cuales se diferenciaron del grupo In. Las principales mejorías se reportaron en el grupo GA (-17),

Autocontrol del ansia por la comida

seguido del IIR (-15). Por el contrario, en el grupo In predominaron los empeoramientos (+21). Sin embargo, los resultados de las comparaciones intra-grupo (Anexo 25), resaltadas en gris dentro de la Tabla 10, sugieren que las modificaciones provocadas en el grupo GA fueron las principales responsables de estas diferencias.

Este hallazgo resultó muy importante, pues denota que la Guía de autoayuda inició su acción sobre los desencadenantes motivacionales del ansia por la comida, con un efecto mediano ($\Phi > .3$). Se ha señalado que para romper los patrones inadecuados en la alimentación, se necesitan recursos que actúen sobre este tipo de estímulos (Adriaanse *et al.*, 2010).

Los resultados que se muestran en la Tabla 11, con la misma estructura que la precedente, corroboran los planteamientos realizados. En la misma puede observarse que la Guía de autoayuda modificó sustancialmente las reacciones emocionales a los pensamientos intrusos, con mayor efectividad sobre el descontrol (-14), con un tamaño del efecto de *pequeño a mediano* ($\Phi > .25$).

Los integrantes de grupo IIR apenas mostraron cambios para estos indicadores (Anexo 25). La influencia de la Intención volvió a tornarse negativa sobre la ansiedad, como quedó corroborado por el incremento de esta respuesta en los participantes que conformaron este grupo (+17).

En relación con las respuestas conductuales a los pensamientos intrusos, el grupo GA volvió a mostrar un patrón positivo (-20), sobre todo respecto a la *distracción* (-16). En este sentido, si se toma en consideración que estas reacciones interfieren con el adecuado desempeño del individuo en sus actividades cotidianas (L. M. Berry *et al.*, 2010), ofrecer un recurso capaz de reducirla parece ser una opción acertada.

Autocontrol del ansia por la comida

Tabla 11. Cambios obtenidos con recursos de autoayuda sobre los pensamientos intrusos, sus reacciones emocionales-conductuales y las estrategias para su control al mes de seguimiento.

		GA		IIR		In		Kruskall-Wallis		
		RM	-/+/=	RM	-/+/=	RM	-/+/=	χ^2	p	Φ
Pensamientos Intrusos	Generales	55.2	14/13/6	57.6	11/14/7	60.1	16/21/13	.435	.804	-
	Reacción Emocional	43.3	17/5/11	61.5	12/9/11	65.5	11/18/21	9.860	.007	.29
	Descontrol	39.7	14/1/16	56.6	6/6/11	58.6	9/12/29	9.667	.008	.29
	Tristeza	47.6	11/6/14	52.5	6/5/13	56.6	10/13/27	1.971	.373	-
	Ansiedad	42.8	10/4/17	51.2	6/6/12	60.2	6/17/27	7.609	.022	.25
	Irritabilidad	45.3	14/5/12	61.9	4/7/13	54.1	3/11/26	5.368	.068	-
	Reacción Conductual	44.3	20/4/9	64.2	14/10/8	63.1	15/16/29	8.403	.015	.27
	Distracción-R	39.5	16/3/12	62.7	7/11/6	56.7	12/12/26	10.091	.006	.29
	Impulsividad	52.4	13/3/15	44.4	13/3/8	57.5	15/9/26	3.469	.177	-
Desconcentración	47.2	8/3/20	58.7	7/9/8	53.6	11/11/28	2.230	.328	-	
Estrategia	Distracción-E	66.5	9/16/8	46.2	18/5/9	59.8	19/11/20	6.594	.037	.24
	Control Social	35.9	5/1/10	50.16	5/9/18	46.5	13/14/16	3.560	.169	-
	Preocupación	66.6	10/13/10	49.6	14/6/12	57.8	12/6/32	4.567	.102	-
	Reelaboración	63.1	12/4/17	57.8	9/7/16	54.7	15/9/26	1.394	.498	-
	Auto-castigo	65.9	7/14/12	45.1	11/4/17	61.2	7/14/29	8.101	.017	.26

Leyenda: RM= Rango Medio; "-/+/=": disminuciones/incrementos/sin cambios; ■ = p<.05 (Anexo 25).

Fuente: Instrumentos de Evaluación.

La Intención de Implementación *por reemplazo* atenuó el efecto de la *distracción* como estrategia de control de los pensamientos intrusos (-18), aunque su efecto puede considerarse *pequeño* ($\Phi < .25$). El auto-castigo fue otra *estrategia* que segmentó la dirección de los cambios entre los grupos, con un tamaño de efecto de pequeño a mediano ($\Phi > .25$): tendió a exacerbarse en los grupos GA-In (+14) y a atenuarse en el grupo IIR (-11). Sin embargo, estas diferencias no se sustentaron en la existencia de cambios significativos dentro de ninguno de los grupos (Anexo 25).

También deben señalarse otros cambios, que si bien no causaron diferencias en la *interacción*, sí lo hicieron dentro de cada grupo (Anexo 25). Tanto la Guía de autoayuda como la Intención de Implementación *por reemplazo* posibilitaron la reducción de los desencadenantes externos del ansia por la comida, la impulsividad y la consecuente pérdida de control. Otro efecto positivo se observó en los grupos GA-In sobre la supresión de pensamientos sobre el peso y la forma del cuerpo. La *guía* mostró,

Autocontrol del ansia por la comida

además, el mismo efecto sobre la irritabilidad. En el grupo IIR se evidenciaron positivos impactos sobre el ansia por la comida como rasgo, la sensación de hambre y las intenciones de comer. Por último, en el grupo In se debilitó el uso de la reevaluación.

En una integración de los resultados del primer mes, puede señalarse el efecto positivo de la Guía de autoayuda sobre los desencadenantes del *comer emocional*, con cambios dentro de las reacciones emocionales y conductuales a las intrusiones. Dentro de las primeras, se destacó su efecto sobre la percepción de descontrol, mientras que para las segundas el mayor efecto fue sobre la *distracción*.

Por el contrario, los cambios observados para la ansiedad se debieron a los efectos negativos ejercidos por el uso de la Intención, que también debilitó el empleo de la reevaluación. Aunque la Intención de Implementación *por reemplazo* mostró variaciones muy positivas para el ansia por la comida, sus resultados a corto plazo se consideran discretos, mayormente focalizados en pequeños impactos sobre ésta y la reducción del uso de la distracción como estrategia de control de pensamientos.

Otro elemento que no debe descuidarse es la opinión de los participantes (Tabla 12). En el grupo GA se reportó un gran efecto ($\Phi > .5$) sobre el control de los pensamientos intrusos sobre la comida y el ansia por la comida, con mayor facilidad de logro en ambos casos. También la Intención de Implementación *por reemplazo* fue percibida como efectiva para todos los indicadores citados, pero con un efecto más discreto.

Los valores de la Moda (Tabla 12) mostraron que en el grupo GA, la mayoría de los participantes reportaron poder controlar los pensamientos intrusos sobre la comida y el ansia por la comida, con relativa facilidad. Resultados que se repitieron para el grupo IIR sobre el ansia por la comida, aunque con menor efecto. Sin embargo, no ocurrió de la misma manera con los pensamientos intrusos sobre la comida, donde el nivel de

Autocontrol del ansia por la comida

dificultad percibido para su autocontrol fue mucho mayor. Estos hallazgos sugieren que el mecanismo mediante el que la Intención de Implementación *por reemplazo* controla el ansia por la comida, ejerce poco impacto sobre la elaboración del pensamiento intruso sobre la comida.

Tabla 12. Opinión de los participantes sobre la efectividad del recurso: 1 mes.

		GA		IIR		In		Kruskall-Wallis		
		RM	M	RM	M	RM	M	χ^2	p	Φ
Pensamientos Intrusos	Control	81.5**	3	68.6*	1	34.0	0	49.282	.000	.65
	Facilidad	81.1**	5	64.2*	1	38.7	1	34.829	.000	.55
Ansia por la comida	Control	85.1**	3	74.7*	1	31.7	-3	59.392	.000	.72
	Facilidad	88.2**	7	60.8*	5	34.6	1	53.875	.000	.68

Leyenda: M=Moda; RM=Rango Medio; Prueba U de Mann-Whitney, subconjuntos (Anexo 26): sin*=menor, *=intermedio y **=mayor.

Fuente: Entrevista de Seguimiento

Por último, en el grupo In la mayor cantidad de participantes no reportaron cambios sobre el control de los pensamientos intrusos sobre comida y sintieron que el ansia por la comida se incrementó. Ello corrobora que este recurso posee un efecto a corto plazo, que oscila entre nulo y negativo. Cuestión que podría ser explicada por el nivel de ansiedad generado ante los pensamientos intrusos sobre la comida. Estas respuestas se consideran totalmente contra-intencionales, pues no cumplen una función reguladora.

3.2.3. Efectividad de cada recurso de autoayuda al tercer mes de aplicación.

Una vez concluido el tercer mes, se realizó un nuevo seguimiento donde se comparó la *interacción* ($O_{I3}=O_3-O_{LB}$) entre los distintos grupos. Los resultados que se muestran en la Tabla 13, permiten apreciar los cambios de las variables relacionadas con el ansia por la comida y la supresión de pensamientos.

Dentro de la supresión de pensamientos, destacó el efecto mediano sobre aquella dirigida a temas relacionados con la comida ($\Phi>.3$). En este indicador los notables incrementos del grupo In (+33) fueron la causa primaria del cambio. Utilizar la intención

Autocontrol del ansia por la comida

de controlar los pensamientos intrusos sobre comida pudo tener un efecto paradójico asociado, que llevó a los participantes a utilizar la estrategia cognitiva menos indicada, pero de uso más frecuente cuando se trata de someter a prueba la “fuerza de voluntad” (Wegner y Erskine, 2003).

Tabla 13. Cambios obtenidos con recursos de autoayuda sobre el ansia por la comida y la supresión de pensamientos al tercer mes de seguimiento.

		GA		IIR		In		ANOVA KW		
		RM	-/+/=	RM	-/+/=	RM	-/+/=	χ^2	p	Φ
Su	General	51.4	14/13/10	53.9	13/18/1	65.0	14/33/3	4.002	.135	-
	Comida	50.5	20/10/3	44.4	19/7/6	71.6	12/33/5	15.368	.000	.37
	Peso/Forma	50.6	19/10/4	47.7	20/8/4	69.4	19/25/6	10.586	.005	.30
	Habilidad	48.5	19/7/7	61.4	16/13/3	62.1	22/15/13	3.800	.150	-
Ansia por la comida	Rasgo	50.1	20/11/2	48.0	23/8/1	69.6	24/23/3	10.870	.004	.31
	Refuerzo Positivo	48.9	24/7/2	54.2	17/8/7	66.4	23/21/6	6.149	.046	.23
	Alivio al comer	52.6	13/5/15	54.4	18/9/5	63.8	21/20/9	2.843	.241	-
	Desencadenantes	49.3	20/2/11	53.2	21/6/5	66.7	22/16/12	6.436	.040	.24
	Hambre	47.2	21/4/8	54.7	22/6/4	67.2	22/17/11	7.684	.021	.26
	Intrusiones	55.9	13/9/11	48.9	18/11/3	65.1	17/26/7	4.833	.089	-
	Intención de comer	54.9	19/8/6	46.7	22/6/4	67.3	21/15/14	7.923	.019	.26
	Pérdida de control	46.9	21/6/6	47.8	23/6/3	71.8	21/26/3	15.349	.000	.36
	Afecto negativo	45.3	16/4/13	48.3	19/9/4	72.6	9/28/13	17.526	.000	.39
	Culpa	52.7	14/11/8	44.7	18/7/7	70.0	8/27/15	12.679	.002	.33

Leyenda: Su= Supresión de Pensamientos; RM=Rango Medio; “-/+/=” disminuciones/incrementos/sin cambios; ■=p<.05 (Anexo 27).

Fuente: Instrumentos de Evaluación.

Por el contrario, las modificaciones de la supresión de pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo, se debieron en gran medida al positivo efecto que ejercieron la Guía de autoayuda (-19) y la Intención de Implementación *por reemplazo* (-20), también con un tamaño de efecto mediano ($\Phi > .3$). Este resultado pudo deberse a dos razones: los participantes pensaron menos sobre estos temas o los mismos no les causaban molestias. Aclarar este punto debe ser objeto de investigaciones futuras.

De igual forma, los grupos GA-IIR fueron los responsables de la mayor cantidad de cambios reportados para el ansia por la comida; ejerciendo un positivo y mediano efecto sobre el *rasgo* (-20GA y -23IIR) y la pérdida de control (-21GA y -23IIR). En relación con

Autocontrol del ansia por la comida

la sensación de hambre (-24GA y -17IIR) y las intenciones de comer (-19GA y -22IIR), el efecto bajó de pequeño a mediano ($\Phi > .25$); mientras que para el reforzamiento positivo (-24GA y -17IIR) el tamaño de efecto fue considerado pequeño ($\Phi > .1$). Obviamente, ambos recursos pudieron haber ganado fuerza a medida que transcurrió el tiempo.

Puede afirmarse que todos los recursos permitieron el control de los desencadenantes situacionales del ansia por la comida (Tabla 13: -20GA; -21IIR y -22In). No obstante, se ha señalado que ello no suele requerir demasiado esfuerzo pues, en ocasiones, parece ser suficiente con recordar el propio peso (Brunner y Siegrist, 2012).

Por su parte, respecto al afecto negativo se observaron efectos opuestos entre la Guía de autoayuda y la Intención, con cambios intra-grupo significativos (Anexo 27). Este resultado sugiere que la primera disminuyó la respuesta ante los indicadores emocionales del apetito (-16), sin embargo con la segunda ocurrió todo lo contrario (+28).

El efecto negativo de la Intención fue aun mayor, pues generó más sentimientos de culpa ante el ansia por la comida en los participantes de este grupo (+27). Los resultados de la Tabla 14 brindan un dato complementario: fue la responsable del incremento de los pensamientos intrusos sobre temas generales (+28), con un efecto de pequeño a mediano ($\Phi > .25$). Al asociar este resultado con el incremento de la supresión de pensamientos relacionados con la comida (Tabla 13) surge una nueva interrogante para futuros estudios: ¿activó el incremento de los pensamientos intrusos el uso de la supresión de pensamientos sobre la comida dentro de este grupo o viceversa?

Puede afirmarse que la Guía de autoayuda jugó un importante rol en el control de las reacciones emocionales (-16) y conductuales (-19) a los pensamientos intrusos (Tabla 14). Aunque contribuyó a disminuir la sensación de descontrol (-19) para las primeras, su

Autocontrol del ansia por la comida

mayor efecto estuvo concentrado sobre la ansiedad (-14, $\Phi > .3$). Con respecto a las segundas, el mayor efecto fue observado sobre la distracción que los pensamientos intrusos generaron (-14, $\Phi > .3$). En resumen, los integrantes de este grupo apenas fueron distraídos por sus intrusiones y reaccionaron con menor ansiedad ante éstas.

Con respecto a las *estrategias*, también en esta ocasión los cambios observados dentro del grupo GA, pudieron ser los responsables del efecto encontrado en la *interacción* ($\Phi > .25$) para el auto-castigo (+14) y el control social (-9). Al parecer, los contenidos de la *guía* contribuyeron a reducir la necesidad de consultar con otras personas, pero incrementaron los auto-reproches ante los pensamientos intrusos sobre comida.

Por último, la ausencia de diferencias en la *interacción* sobre la impulsividad (Tabla 14) se debió a la efectividad de cada recurso para su control (Anexo 27). En los tres grupos se observaron notables reducciones (-18GA; -13IIR y -12In). Resulta probable que las mismas permitieran a sus integrantes mantenerse motivados por sus metas a largo plazo (Lewis, 2011). Se reconoce que la reducción de la impulsividad puede ser un elemento medular para potenciar el control inhibitorio ante estímulos tentadores (Jasinska *et al.*, 2012; O'Neill *et al.*, 2012).

También dentro de cada grupo ocurrieron modificaciones importantes, pero sin efectos sobre la interacción general. Los integrantes del grupo GA fueron capaces de controlar los reforzadores negativos asociados a comer (Tabla 14), como tranquilizarse, reducir la ansiedad o sentirse menos deprimido (-13). Ello está en estrecha relación con su efecto sobre el afecto negativo (Tabla 14).

Por su parte la Intención de Implementación por reemplazo redujo el empleo de la distracción (-22) y la preocupación (-16) como *estrategias*. Estos cambios pudieron

Autocontrol del ansia por la comida

deberse a la propia repetición del algoritmo de reemplazo. Al estar más “ocupados” con la realización de la técnica, a los participantes de este grupo pudo resultarles más difícil pensar en otros temas importantes o realizar otras actividades.

Tabla 14. Cambios obtenidos con los recursos de autoayuda sobre los pensamientos intrusos, sus reacciones emocionales-conductuales y las estrategias para su control al tercer mes.

		GA		IIR		In		ANOVA KW		
		RM	-/+/=	RM	-/+/=	RM	-/+/=	χ^2	p	Φ
Pensamientos Intrusos	Generales	46.9	16/8/9	54.6	14/16/2	67.5	14/28/8	8.406	.018	.26
	Reacción Emocional	47.6	16/6/11	56.9	17/10/5	65.6	13/20/17	6.026	.049	.23
	Descontrol	43.9	15/14/4	58.5	7/7/10	58.5	8/8/34	6.092	.048	.23
	Tristeza	56.6	9/12/12	51.9	6/5/13	53.3	6/7/37	.470	.791	-
	Ansiedad	40.8	14/3/16	54.7	6/6/12	62.3	6/16/28	11.334	.003	.32
	Irritabilidad	44.3	13/7/13	57.7	5/7/12	58.6	6/13/31	5.436	.066	-
	Reacción Conductual	45.8	19/7/7	63.6	12/10/10	62.5	19/12/19	6.491	.039	.24
	Distracción-R	39.6	19/5/9	63.9	7/11/6	58.7	9/9/32	11.905	.003	.32
	Impulsividad	50.8	18/5/10	46.2	13/3/8	59.9	12/5/33	4.231	.121	-
	Desconcentración	53.2	10/9/14	64.8	5/10/9	49.3	11/3/36	4.928	.085	-
Estrategia	Distracción-E	59.9	15/11/7	46.9	22/7/3	63.8	20/17/13	5.228	.073	-
	Control Social	28.2	9/1/6	50.5	6/11/15	49.3	10/17/16	9.540	.008	.29
	Preocupación	61.8	9/9/15	49.9	16/8/8	60.6	14/10/26	2.884	.236	-
	Reelaboración	60.3	13/11/9	57.0	15/8/9	57.1	22/11/17	.238	.888	-
	Auto-castigo	66.4	4/14/15	41.1	13/6/13	60.7	9/19/22	7.903	.019	.26

Legenda: RM=Rango Medio; “-/+/=” disminuciones/incrementos/sin cambios; ■=p<.05 (Anexo 27).

Fuente: Instrumentos de Evaluación.

Por último la Intención volvió a mostrar efectos negativos sobre la reevaluación (-22, Tabla 14) y promovió la utilización general de la supresión de pensamientos sobre temas generales (+33, Tabla 13). Ninguno de los dos efectos resulta sorprendente, tomando en cuenta los resultados analizados con anterioridad. La Intención parece promover el empleo de una forzosa inhibición de impulsos (Fujita, 2011), utilizando la “fuerza de voluntad” para *suprimirlos* (Wegner y Erskine, 2003). Ello ocurre en detrimento de recursos más adaptativos como la reevaluación (Giuliani *et al.*, 2013).

En fin, los cambios observados para los grupos GA-IIR fueron ganando fuerza con el paso del tiempo y abarcaron casi todas las dimensiones del ansia por la comida, así como la supresión de pensamientos sobre el peso y la forma del cuerpo. Además, la *guía*

Autocontrol del ansia por la comida

mostró su utilidad sobre las reacciones emocionales y conductuales a los pensamientos intrusos sobre temas generales.

Por tanto, puede declararse a la Guía de autoayuda como el recurso de mayor efectividad para el autocontrol del ansia por la comida, seguida de la Intención de Implementación *por reemplazo*. En dirección opuesta se observó el efecto de la Intención, que generó una mayor producción de pensamientos intrusos, uso de la supresión de pensamientos relacionados con la comida, vulnerabilidad a los desencadenantes del *comer emocional* y sentimientos de culpa asociados al ansia por la comida.

Los resultados de la Tabla 15 muestran la valoración de los participantes sobre la efectividad del *recurso* que utilizaban, durante el seguimiento realizado al finalizar el tercer mes. En sentido general, puede afirmarse que la opinión fue muy similar a la del primer mes (Tabla 12).

Tabla 15. Opinión de los participantes sobre la efectividad del *recurso*: 3 meses.

		GA		IIR		In		ANOVA KW		
		RM	-/+/=	RM	-/+/=	RM	-/+/=	χ^2	p	Φ
Pensamientos Intrusos	Control	83.7**	2/6/25	72.7*	4/11/16	30.8	16/7/26	64.180	.000	.75
	Facilidad	81.8**	12/10/11	66.2*	8/10/13	36.1	14/7/29	42.307	.000	.60
Ansia por la comida	Control	82.5**	4/6/23	74.2**	5/10/16	30.6	16/10/24	61.822	.000	.74
	Facilidad	86.1**	11/10/12	63.3*	9/10/12	33.4	8/6/34	54.031	.000	.69

Leyenda: RM=Rango Medio (Anexo 28): sin*=menor, *=intermedio y **=rango de mayor puntuación; “-/+/=” disminuciones/incrementos/sin cambios ■=p<.05 (Anexo 29)

Fuente: Entrevista de Seguimiento

El grupo GA apenas cambió su opinión con respecto al primer mes y siguió liderando el control sobre los pensamientos intrusos relacionados con la comida, junto con la facilidad de logro. Con respecto al control del ansia por la comida tanto el grupo GA como el IIR mostraron efectos similares, aunque con mejor desempeño y facilidad para los primeros.

Autocontrol del ansia por la comida

Los resultados del grupo IIR para el resto de las variables fueron igualmente positivos, pero también más discretos.

Por su parte, los resultados en el grupo In confirmaron la tendencia que se ha venido reportando desde el primer mes de seguimiento. Adicionalmente empeoró el control de los pensamientos intrusos (-16), cuestión que fue significativamente negativa si se compara con la etapa precedente. De forma general no se le atribuyó a la Intención ningún efecto o se asoció a retrocesos. Quizás cuando se trate del control del ansia por la comida, no sea una buena idea sugerirle al individuo solamente “poner de su parte”. Con ello se apela a la motivación del individuo, pero no se considera si éste dispone de recursos internos para autocontrolar exitosamente la implementación del deseo (Hoffman y Kotabe, 2012).

Por otro lado, si bien los cambios en el IMC no constituían un objetivo del presente estudio, se consideró pertinente su control como un indicador objetivo de la efectividad de los recursos de autoayuda evaluados. Los resultados de la Tabla 16 muestran el efecto de cada *recurso*.

Tabla 16. Efecto de los recursos de autoayuda sobre el IMC

IMC	GA		IIR		In		ANOVA KW		
	RM	-/+/=	RM	-/+/=	RM	-/+/=	χ^2	p	Φ
LB-O ₁	37.77	25/4/3	46.23	18/1/13	77.34	6/22/22	34.415	.000	.54
LB-O ₃	32.63	28/3/0	49.11	20/5/7	77.16	14/24/12	38.121	.000	.57

Leyenda: RM= Rango Medio; “-/+/=”: disminuciones/ incrementos/sin cambios; ■=p<.05 (Anexo 30).
Fuente: Entrevista de Seguimiento

En primer lugar se observaron diferencias significativas entre los grupos, donde el GA fue el de mejor resultado (-28), seguido de IIR (-20). Por su parte, para el grupo In el efecto volvió a ser negativo (+24). El gran tamaño de efecto mostrado por la intervención ($\Phi > .5$) pudo deberse al resultado paradójico de la Intención. Todos los cambios dentro

de cada grupo, tanto los positivos como los negativos, fueron significativos con respecto a la evaluación de línea base.

La Figura 6 corrobora lo anteriormente expresado. Este efecto añadido tiene especial significación, pues revela que tanto la Guía de autoayuda, como la Intención de Implementación *por reemplazo* constituyen vías alternativas para la reducción del IMC. Ello se logró con recursos que no focalizan su acción en la reducción del peso (Bacon y Aphramor, 2011). También reveló que apelar a la Intención puede tener efectos paradójicos, lo cual debe conducir a reflexionar sobre las prácticas asistenciales en tanto resulta común que se apele a la misma en la vida cotidiana, a partir de frases como “usa tu fuerza de voluntad”, “sobreponte a tus deseos” o “controla tus impulsos” (Hepler *et al.*, 2012).

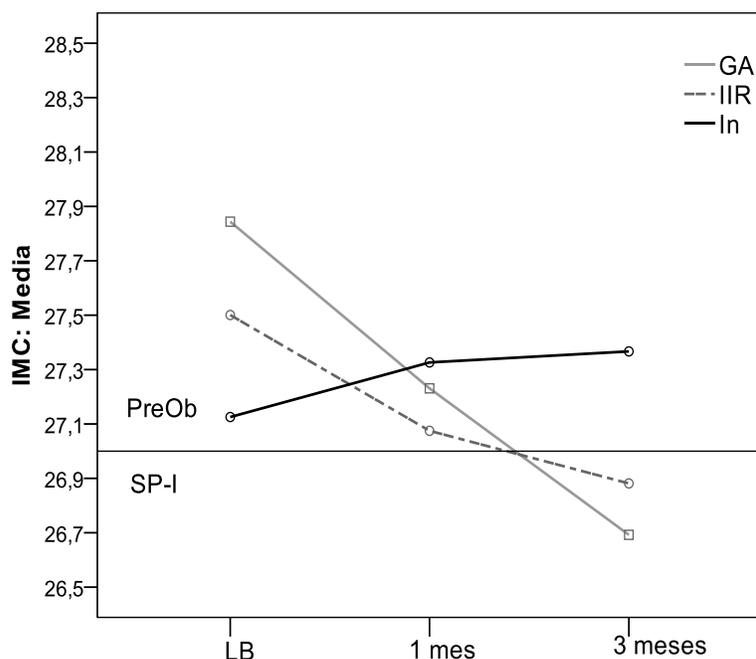


Figura 6. Variaciones del IMC a través de las fases de la intervención.

Leyenda: PreOb= Individuos preobesos; SP-I= Individuos con Sobrepeso Tipo I; LB= Línea Base

Fuente: Entrevistas de Línea Base y de Seguimiento.

Tanto la *guía* como la Intención de Implementación *por reemplazo* son dos recursos que el profesional de la atención primaria puede recomendar a individuos con sobrepeso. Ello podría alejar a muchos de la utilización irracional de restricciones alimentarias, cuyo caso más extremo y aberrante se observa en las dietas Yo-Yo (Agaston, 2012; Soto y López-Villalta, 2010).

3.2.4. Efecto asignado a cada componente de la Guía de autoayuda.

Al constituir la Guía de autoayuda diseñada un manual que brinda *información* y *herramientas* (Wilson y Zandberg, 2012) para el autocontrol de la elaboración de los pensamientos intrusos que se encuentran en la base del ansia por la comida, se consideró pertinente analizar cuáles fueron las más utilizadas. El predominio de cualesquiera de ellas sobre el resto, haría innecesaria su impresión. Por el contrario, una utilización “mixta” de distintas sugerencias avalaría la pertinencia y suficiencia de su diseño.

Como se muestra en la Figura 7, predominó una utilización mixta de los recursos, incrementándose desde el primer mes (35 %) hasta el tercero (42 %). Otro elemento a tomar en consideración lo constituye la estabilidad de la elección, pues el *cambio* entre los distintos *seguimientos* puede ser considerado como un patrón de irregularidad. Resultó interesante que casi la totalidad de los sujetos (29:88 %), mantuvo el componente elegido durante todo el estudio.

La diversidad de “herramientas” para hacer frente al problema, unido a la libertad que se le ofreció al participante para elegir libremente aquellas con las que se identificaba en mayor medida, pudo ser un elemento que potenció la efectividad de la *guía*. Existe evidencia de que un tratamiento incrementa su efecto en la medida en que concuerde

Autocontrol del ansia por la comida

con el sistema de creencias y valores del individuo (Whalley y Hyland, 2009) y establezca una concordancia motivacional con los mismos (Hyland, 2011).

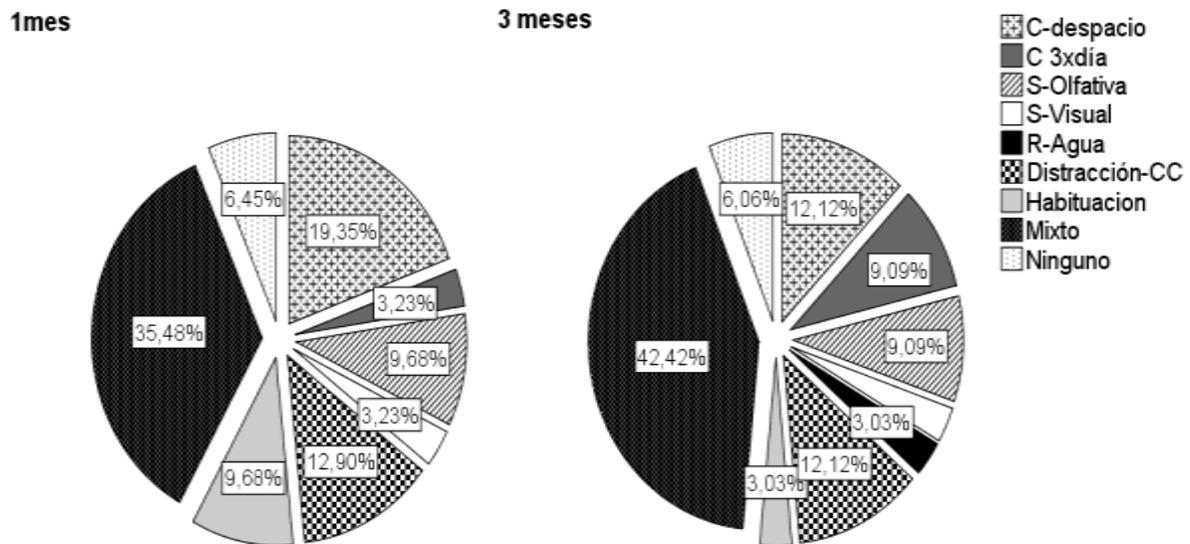


Figura 7. Utilización de los componentes de la GA durante la 3ra fase del estudio.

Tomando en cuenta lo anteriormente expresado, se evaluó el efecto añadido que diversos factores pudieron haber ejercido sobre cada recurso. Para ello fueron monitoreadas un grupo de variables aleatorias, que a partir de ahora serán denominadas *predictores*.

3.2.5. Predictores de efecto de cada recurso de autoayuda

Dado que toda intervención trae efectos no específicos asociados a su acción (Hyland, 2011), se consideró necesario analizar si ello ocurre en el presente estudio, cuáles son las variables que los generan, sobre qué recursos operan y la magnitud del cambio que es explicado por los mismos.

Autocontrol del ansia por la comida

Aunque se evaluó un numeroso grupo de indicadores de efecto, se tomó como variable dependiente los pensamientos intrusos sobre la comida, dado que fue la variable sobre la que la intervención tuvo el mayor tamaño de efecto, según la opinión de los participantes ($\Phi > .75$, Tabla 15).

Ello avala la pertinencia de su selección desde la evidencia generada por los resultados. Dicha elección también es pertinente desde un punto de vista teórico, pues se ha señalado que las intervenciones dirigidas al ansia por la comida, deben ser capaces actuar sobre la elaboración de los pensamientos intrusos relacionados (May *et al.*, 2012). En la Tabla 17 se muestran las correlaciones establecidas con las variables aleatorias a partir de la opinión de los participantes.

En el grupo GA se observa una relación directa con la motivación orientada al *logro*. Las metas de *logro* activan la motivación por el resultado (Cieciuch y Schwartz, 2012) y ello brindaría facilidades a estos individuos para controlar sus pensamientos intrusos acerca de la comida. Control que también guarda relación con una historia de inestabilidad en el ciclo del peso. La búsqueda incesante de alternativas es común a estos individuos (Peterson, 2008), y bajar de peso constituye su principal motivación.

Tabla 17. Relación Opinión-Predictores x Grupo: tercer mes.

Predictores		GA	IIR	In	Predictores	GA	IIR	In
Valores	Conformidad	-.098	.014	.115	Ciclo del Peso	.361	.083	-.099
	Tradición	-.268	.026	.220	Expectativas	-.102	-.194	-.308
	Benevolencia	-.223	.472	.096	Resiliencia	-.307	-.036	.012
	Universalismo	-.196	.274	.170	Optimismo	-.001	-.392	.223
	Autodirección	-.306	.157	.153	Sugestionabilidad	.176	.348	.132
	Estimulación	.132	.081	.006	Absorción	-.223	.256	.146
	Hedonismo	.035	-.227	-.074	Fantaseo	-.107	.269	.028
	Logro	.376	-.004	.075	Implicación	.087	.426	.126
	Poder	.192	.043	-.024	Influenciabilidad	.441	.404	.041
	Seguridad	.040	.402	.194	=p<.05 [Rho de Spearman]			

Fuente: Instrumentos de evaluación y Entrevista de Seguimiento.

También se hallaron asociaciones con la *influenciabilidad*. Ello resulta lógico si se analiza el contexto en el que el estudio se llevó a cabo (Jonas, 2011): un equipo de investigación, respaldado por una prestigiosa universidad del país, que ponen a disposición del participante un material, confeccionado a partir de investigaciones científicas. Obviamente, la medida en que una persona se deje guiar por las opiniones de los demás (González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999) podría influir notablemente sobre el resultado.

Un análisis de regresión muestra que la interacción de estas tres variables fue capaz de explicar alrededor del 42 % de la varianza del resultado, aunque solamente *logro* e *influenciabilidad* tributaron significativamente a la ecuación (Anexo 31). Ello podría ser interpretado como que la opinión del grupo GA, pudo estar fuertemente mediada por el grado de influenciabilidad de sus integrantes, así como por el predominio de metas orientadas hacia el *logro*.

Por su parte, en el grupo IIR existieron relaciones positivas con *benevolencia*, *seguridad*, *implicación emocional* e *influenciabilidad*. También se observó una relación negativa con el optimismo. Dado que la Intención de Implementación potencia su efecto en individuos más sugestionables (Schweiger-Gallo *et al.*, 2012), el efecto de la misma al emplear un reemplazo podría estar mediatizado tanto por la *influenciabilidad*, como por la *implicación emocional* de los participantes que conformaron este grupo. Si la benevolencia se interpreta como una disposición a cooperar, para cumplir con las expectativas de otras personas (Schwartz, 2006), se comprende la estrecha relación que este recurso puede guardar con los factores asociados a la sugestionabilidad no deliberada (Michael *et al.*, 2012).

Autocontrol del ansia por la comida

Dado que la Intención de Implementación *por reemplazo* constituye un algoritmo que incrementa la probabilidad de que una intención se convierta en una acción concreta (Gollwitzer y Sheeran, 2006), puede concordar con la *seguridad*. Aquellos sujetos más necesitados de “garantías”, podrían responder mejor al contenido del estímulo (González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999), e incrementar así la efectividad del recurso (Ferrer *et al.*, 2012).

Para ambos valores se reconoce que características como el género y la etapa evolutiva pudieron haber influido dentro de este grupo. Se ha observado que las mujeres y adultos medios tienden a ser más concordantes con los mismos (Schwartz, 2006).

La asociación negativa con el *optimismo* parece sugerir que sobreestimar el efecto del recurso podría afectar sus resultados (Shepperd *et al.*, 2013). También es probable, dado que se enfoca sobre soluciones más centradas en el problema, que los individuos se motiven por soluciones “directas”, como comer menos o hacer ejercicios (Carver *et al.*, 2010). Para este grupo, aunque la interacción de todos los factores explicó alrededor del 25 % de la varianza de su efecto sobre los pensamientos intrusos relacionados con la comida (Anexo 32), la conducta orientada hacia la cooperación (*benevolencia*) fue la que mostró un mayor peso [F (1,29)=8.034, $p < .01$, $R^2 = .217$].

En el grupo In solo se observó una correlación inversa con las expectativas, que opera de forma análoga al mantenimiento de las *restricciones* (S. D. Moore *et al.*, 2011). Como se ha señalado, atribuir la buena salud solamente al resultado de la Intención, puede conducir a una falsa expectativa de que los individuos la controlan más de lo que en realidad es posible (Roca-Perara, 2000). No obstante, la porción de varianza explicada por la Intención sobre los pensamientos intrusos relacionados con la comida, fue realmente escasa [F (1,44)=4.310, $p < .01$, $R^2 = .089$].

3.2.6. Resultados del feedback a los 10 meses

Transcurridos 10 meses de iniciada la intervención, la mayor parte de los participantes reportaron que tanto la Guía de autoayuda (n=26) como la Intención de Implementación *por reemplazo* (n=23) aun le resultaban de utilidad para controlar el ansia por la comida y se mantenían satisfechos con el recurso empleado. Cuestión que contrastó con los del grupo In, donde la totalidad reportó ausencia de efectos positivos y escasa o nula satisfacción con el recurso empleado [$\chi^2(2)=65.993$, $p<.001$]. Con respecto al consumo de meriendas por día, la Intención de Implementación *por reemplazo* fue el recurso de mayor efecto (0.62), seguido de la Guía de autoayuda (0.81), significativamente superiores a la Intención (1.28) [$\chi^2_{KW}(2)=11.024$, $p<.01$].

No se observaron cambios sustanciales en el estilo de vida de los participantes en lo que respecta a la realización de dietas (89 %) y la práctica sistemática de ejercicios físicos (75 %). Sin embargo, resulta destacable el incremento en el consumo de hortalizas, vegetales y frutas en el 49 % de todos los participantes.

Tampoco existieron diferencias con respecto al número de individuos a los que se les recomendó el *recurso*, pues los integrantes del grupo GA lo recomendaron a una media de cinco, los del grupo IIR a cuatro y los del grupo In a tres. Debe señalarse que aunque se registraron efectos paradójicos con el empleo de la Intención, su recomendación a otros individuos es una tendencia corriente en la vida cotidiana (Hepler *et al.*, 2012). Ello podría explicar la ausencia de diferencias significativas observada entre los grupos.

3.2.7. Integración de resultados en la segunda etapa

Luego de implementados los *recursos de autoayuda*, se realizó el análisis ínter-grupo de las *interacciones*, que reveló tanto la magnitud del cambio como su dirección. También

Autocontrol del ansia por la comida

se analizó la evolución ocurrida dentro de cada grupo, con respecto a su evaluación de línea base. Al integrar estos resultados se pudieron establecer las áreas de acción para cada recurso y su efecto a *corto* y *mediano* plazos.

Los resultados a corto plazo (1 mes) señalaron a la Guía de autoayuda como el recurso más promisorio dentro de los evaluados. La misma ejerció un efecto mediano sobre las emociones que activan el ansia por la comida. Acción que tuvo su base en el autocontrol de las reacciones de descontrol, irritabilidad u otras emociones generales que suelen experimentarse ante la presencia de pensamientos intrusos. Por su parte, la regulación de las reacciones conductuales ante estos últimos, sobre todo las de distracción e impulsividad, pudieron haber permitido a la Guía generar un mayor control sobre los desencadenantes situacionales del ansia por la comida.

Todo este proceso se acompañó de una reducción significativa del IMC. Quizás debido a ello, los integrantes de este grupo tuvieron menos necesidad de usar la supresión de pensamientos sobre el peso y la forma del cuerpo. Sin embargo, determinar si la causa de este efecto se debió al reforzamiento de la autoestima o a la reducción de los pensamientos intrusos relacionados, es una interrogante que deberá ser respondida en estudios posteriores.

Como elemento negativo, los resultados de la *interacción* sobre los cambios observados en la utilización del auto-castigo, sugieren que la *guía* pudo activar su utilización. Se ha observado que el uso del castigo se incrementa cuando las personas se tornan más vigilantes y perfeccionistas (E. L. Moore y Abramowitz, 2007), rasgo que pudo ser activado por el llamado que se hizo a estar alertas con las “licencias” (Anexo 15). Por último, los participantes reportaron que, con la utilización de la *guía*, lograron controlar

Autocontrol del ansia por la comida

con bastante facilidad, tanto los pensamientos intrusos relacionados con la comida como el ansia por la comida.

Los cambios observados con la utilización de la Intención de Implementación *por reemplazo* fueron más discretos y se focalizaron en las diferencias con respecto a su evaluación de línea base, sobre todo sobre el control del ansia por la comida. Este recurso mostró los resultados más rápidos en la modificación del ansia por la comida como *rasgo*, debido a las numerosas dimensiones sobre las que influyó.

En este sentido, los participantes reportaron menos sensación de hambre e intenciones de comer. También ganaron más control sobre los desencadenantes situacionales del ansia por la comida. Muchos de estos cambios pueden ser explicados por el control ejercido por la Intención de Implementación *por reemplazo* sobre la impulsividad, como reacción conductual generada ante los pensamientos intrusos. Sin embargo, fue interesante que este recurso no mostrara efecto alguno sobre las dimensiones emocionales del ansia por la comida.

En su *interacción*, el grupo IIR solamente superó al resto al reducir la distracción como estrategia de control de los pensamientos intrusos. Como ya ha sido explicado, el propio algoritmo de *implementación* es, en sí mismo, un potente distractor. El mayor efecto registrado por este recurso se observó en la reducción del IMC. Los participantes tendieron a evaluarlo como un recurso con el que les resultó relativamente fácil autocontrolar el ansia por la comida; pero con respecto a los pensamientos intrusos relacionados con la comida, si bien su efecto fue positivo, lograr su autocontrol era realmente difícil.

Resulta probable que intentar controlar los pensamientos intrusos sobre la comida, con el objetivo de evitar el ansia por la comida, generase en los participantes del grupo In

Autocontrol del ansia por la comida

incrementos significativos de la ansiedad, que no fueron observados para el resto. La ansiedad generada por la intención de controlar los pensamientos intrusos relacionados con la comida, pudo haber sido responsable tanto del debilitamiento del uso de la reevaluación como estrategia de control, como del incremento del IMC.

Por todas estas razones, los participantes de este grupo le atribuyeron a la Intención un efecto nulo para el control de los pensamientos intrusos relacionados con la comida y negativo para el control del ansia por la comida. En el contexto en que surgen estos resultados, resulta verdaderamente difícil explicar *por qué* se redujo la supresión de pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo y, además, si ello puede evaluarse positivamente.

Los resultados a mediano plazo (3 meses) se mostraron consistentes con los del primer seguimiento. Para el grupo GA, además de ampliar su acción a nuevas áreas se observó un incremento del tamaño de efecto sobre las que había activado previamente. Dentro de las dimensiones del ansia por la comida como *rasgo*, los cambios incluyeron la reducción de la sensación de hambre y las intenciones de comer. Ello pudo estar asociado a un incremento del autocontrol y un debilitamiento de los reforzadores del ansia por la comida: Ej. Comer para sentirse mejor en el caso de los *positivos* y evitar la ansiedad o tristeza para los *negativos*.

La amplitud y profundidad de los efectos registrados por la *guía* sobre el ansia por la comida, pueden haber contribuido sustancialmente a que se lograra su modificación positiva en la dimensión del *rasgo*. También su efecto puede considerarse de amplio espectro, pues incorporó la reducción de la ansiedad, a las reacciones emocionales ante los pensamientos intrusos sobre las que ya actuaba al concluir el primer mes. De igual forma, se incrementó la acción lograda sobre las reacciones conductuales.

Autocontrol del ansia por la comida

Las estrategias de control representaron el “lado oscuro” de estos cambios, puesto que la acción de la *guía* incrementó significativamente el uso del auto-castigo. Sin embargo, ello pudo estar asociado a dos razones fundamentales. La primera es el debilitamiento de la impulsividad ante la aparición de un pensamiento intruso que, como ya se ha expresado, refuerza las metas a largo plazo y puede potenciar su consulta de forma frecuente. Por otro lado, en el propio diseño de la *guía* existe una alerta sobre las licencias, que es una de las causas que dificulta el mantenimiento del peso, por lo cual el participante pudo estar más alerta y punitivo con respecto a las mismas.

También se observó una disminución del *control social*. En este sentido, la consulta de la propia *guía* pudo haber suplantado, en cierta medida, las opiniones de las personas significativas. O bien, estas últimas podrían haber remitido al participante a su lectura cada vez que les hacían una consulta: Ej. “¿Estás siguiendo las indicaciones de la Guía? Entonces vas bien”. En fin, según lo expresado por un participante al respecto: “la Guía es más experta que cualquiera de mis amigos, siguiendo sus consejos, por primera vez he podido controlar con facilidad mis constantes deseos de comer”.

La opinión anterior quizás fuera una de las más alentadoras, pero no se alejó demasiado de las del resto de los participantes, quienes le atribuyeron mayor efecto tanto sobre el autocontrol de los pensamientos intrusos relacionados con la comida y el ansia por la comida, como sobre la facilidad con la que lo lograron.

Los cambios obtenidos en el grupo IIR sobre el ansia por la comida durante el primer mes, además de ser mantenidos ganaron fuerza. Dichos cambios se extendieron al reforzamiento positivo del ansia-*rasgo* y la supresión de pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo, reduciendo su impacto en ambos casos. En el segundo caso, probablemente estuvo más asociado a los reportes de las reducciones del IMC.

Autocontrol del ansia por la comida

Con respecto a su evaluación de línea base, en el grupo IIR se mantuvo el efecto sobre la *impulsividad* generada por los pensamientos intrusos y sobre el uso de la *distracción*, como estrategia para el autocontrol de los mismos. Otra *estrategia* que recibió beneficios de la aplicación de la Intención de Implementación *por reemplazo* fue la *preocupación*. Al disminuir la sensación de hambre, también pudo reducirse la “amenaza de carencia” (Timmerman y Gregg, 2003), que es la base de la preocupación activada por los pensamientos intrusos relacionados con la comida. En opinión de los participantes del grupo IIR, este recurso tuvo efectos positivos para el autocontrol de los pensamientos intrusos relacionados con la comida y el ansia por la comida; sin embargo, reportaron que ello implicaba considerables niveles de dificultad.

En el grupo In los resultados mostraron un saldo negativo, aun cuando las molestias iniciales generadas por la ansiedad tendieron a dejar de ser significativas con respecto a la evaluación de línea base; disminuyó la impulsividad ante los pensamientos intrusos y se logró una menor reactividad ante los desencadenantes situacionales del ansia por la comida. Ello pudo deberse al efecto paradójico que la Intención ejerció sobre los desencadenantes emocionales del ansia por la comida y los sentimientos de culpa asociados tanto al experimentarla, como al ceder ante la misma.

También la Intención tuvo efectos negativos sobre la supresión de pensamientos, tanto generales como relacionados con la comida. La activación de la *supresión* pudo ser la causa que mantuvo el patrón de entorpecimiento de la reevaluación como estrategia. En este momento desapareció el efecto observado sobre la supresión de pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo. La activación de la supresión de pensamientos, en detrimento de la reevaluación pudo deberse al uso de la “fuerza de

voluntad” (Wegner y Erskine, 2003) o cualquier otra frase similar sugerida en la interacción cotidiana entre los individuos (Hepler *et al.*, 2012).

Resulta probable que el incremento significativo de la supresión de pensamientos, asociado al uso de la Intención, se traduzca en un rebote cognitivo y conductual que incremente tanto la elaboración de los pensamientos intrusos (Kavanagh *et al.*, 2005), como el consumo de comida (Erskine, 2008; Erskine y Georgiou, 2010). Ello puede ser la causa del incremento sostenido del IMC y, además, de la negativa evaluación reportada por los participantes acerca de la efectividad del recurso sobre el autocontrol de los pensamientos intrusos relacionados con la comida y el ansia por la comida. De forma general, los efectos negativos constatados en este último grupo podrían definir una *paradoja de la intención*.

Todos los elementos expuestos durante la anterior discusión de los resultados, unidos a los valores de las pruebas de hipótesis permiten rechazar H_0 . Por tanto, resulta altamente probable que la Guía de autoayuda y la Intención de Implementación *por reemplazo*, las cuales se encuentran sustentadas en la asignación de tareas cognitivas concurrentes, que saturan las vías utilizadas por la memoria de trabajo para la elaboración del ansia por la comida, propicien su autocontrol en adultos con sobrepeso. El anterior resultado fue complementado con el monitoreo de aquellas variables aleatorias que pudieron influir sobre el efecto de cada recurso.

Los resultados obtenidos permiten rechazar H_0 para todos los grupos evaluados. Las elevadas expectativas reportadas por los participantes del grupo In, con respecto a su utilidad, influyeron ligeramente sobre los resultados negativos registrados. Con respecto a la Intención de Implementación *por reemplazo*, pudo comprobarse que podría ser más efectiva, en sujetos cooperadores que busquen asesoría, mayormente respondiendo a

las motivaciones de personas cercanas y significativas para ellos. Por último, los cambios producidos en el grupo GA estuvieron fuertemente asociados con una alta motivación por el resultado y la *influenciabilidad* de los participantes.

3.3. Análisis Integral de los resultados.

Dentro de las particularidades de los individuos con sobrepeso estudiados, puede señalarse una historia de irregularidades para el mantenimiento del peso muy similar a la de los obesos: intentos fallidos de control, a través de restricciones crónicas en su alimentación u otros métodos. En ello podrían influir otras características que ambos subgrupos también comparten: 1) la facilidad asociativa para generar pensamientos intrusos relacionados con la comida; 2) las reacciones emocionales ante los mismos; 3) los intentos fallidos de *suprimirlos* y 4) la elaboración cognitiva del ansia por la comida. Todos estos elementos incrementan el número de razones que convierten a los individuos con sobrepeso en una población *en riesgo*, más allá de su IMC.

Las principales conductas que conducen al incremento del peso fueron el picoteo durante la realización de las actividades cotidianas y comer en exceso en los horarios establecidos. Resulta probable que estos sujetos mantengan sus *restricciones* durante la mayor parte del día, pero se desinhiban al ser expuestos a la comida (Houben *et al.*, 2012), durante los horarios establecidos. En el polo opuesto, el picoteo es una conducta que puede ocurrir durante todo el día. En la mañana se encuentra mayormente asociado a haber desayunado poco o nada y durante la tarde, al aburrimiento o actividades sedentarias como ver televisión (Carter y Jansen, 2012). Por tanto, es una conducta que engloba desencadenantes situacionales y motivacionales.

Tanto el picoteo como comer en exceso durante los horarios establecidos, constituyen importantes “blancos” a los que cualquier intervención debería “apuntar”. Una limitación

Autocontrol del ansia por la comida

que debe tomarse en consideración al intentar generalizar estos resultados es la composición de la muestra, donde los individuos con sobrepeso de grado II y obesos de tipo I fueron mayoría dentro de sus respectivos grupos.

Dentro de los efectos negativos de la Intención, destacó un patrón sostenido de utilización de la supresión de pensamientos relacionados con la comida, una mayor sensibilidad a los desencadenantes emocionales del ansia por la comida y sentimientos de culpa asociados. Ello se unió a incrementos en el IMC, cuestión que repercutió en las negativas opiniones sobre su efectividad, reportadas por los participantes. Se reconoce que elevadas expectativas iniciales con respecto a la utilidad de la Intención pudieron haber contribuido a su fracaso.

Los participantes pudieron sobrevalorar su “fuerza de voluntad”, en detrimento de otros determinantes involuntarios del control de los pensamientos intrusos (Wegner y Erskine, 2003). Se conoce que el control conductual percibido es el predictor más consistente de las expectativas (McConnon *et al.*, 2012), por lo que la relación inversa entre éstas y los resultados de autocontrol de los pensamientos intrusos relacionados con la comida se pueden explicar por los cambios negativos en la percepción de autocontrol, reportada por los participantes de este grupo durante los distintos seguimientos.

Según el Modelo Preventivo-Interventivo del Autocontrol (Hoffman y Kotabe, 2012), al pedirle a un individuo que “ponga de su parte” se activa su motivación; sin embargo, si éste no posee los recursos volitivos necesarios el resultado final será un fallo en el autocontrol. Entonces, si la autoeficacia percibida para ejecutar el autocontrol (Hoffman y Van Dillen, 2012) solamente se basa en la expectativa que la fuerza de la Intención genera, podría resultar difícil la implementación de estrategias proactivas efectivas (Hoffman y Kotabe, 2012).

Autocontrol del ansia por la comida

Resulta probable que la Intención se ejecute mediante el empleo de la supresión de pensamientos, como principal estrategia de regulación afectiva (Campos, Iraurgi, Páez y Velasco, 2004). Existe evidencia de que mientras menos atención le prestan las personas a sus emociones negativas, más se incrementa el deseo de comer en respuesta a las mismas (Alberts *et al.*, 2012). También pudo ocurrir que ésta se implementara mediante un algoritmo involuntario de negación y ello contribuyese a potenciar el rebote de los pensamientos intrusos relacionados con la comida y el consecuente consumo (Adriaanse, van Oosten *et al.*, 2011).

Por tanto, apelar a la Intención puede quedar contraindicado para controlar el impacto y elaboración de los pensamientos intrusos relacionados con la comida en individuos con elevadas expectativas y una historia de fracasos en el mantenimiento del peso (Papies *et al.*, 2008). Debe resaltarse que el empleo de la Intención parece estar sustentado en una fuerte inhibición del impulso (Fujita, 2011), lejos de potenciar la ejecución de tareas cognitivas concurrentes (Kemps y Tiggemann, 2010; May *et al.*, 2012).

La utilización sistemática del algoritmo de Intención de Implementación *por reemplazo* generó cambios sustanciales que permitieron la modificación del ansia por la comida como *rasgo*: 1) menos sensación de hambre, intenciones de comer y bienestar asociado al acto de comer; y por último, 2) mayor control sobre los indicadores situacionales del ansia por la comida. Este resultado es consistente con el de investigaciones precedentes, que demuestran los efectos positivos de la Intención de Implementación sobre el ansia por la comida (Achtziger *et al.*, 2008; Kroese *et al.*, 2011). También este recurso ha mostrado un efecto sostenido sobre el control del peso, dadas las reducciones del IMC observadas en ambos seguimientos. Adicionalmente, se espera que

mientras más cooperador se torne el individuo, más efecto tenga este recurso sobre la elaboración de los pensamientos intrusos relacionados con la comida.

Por su parte, fue la Guía de Autoayuda aquel recurso que mayor efectividad mostró, no solo por la cantidad de dimensiones modificadas, sino por la estabilidad de sus resultados y el nivel de satisfacción reportado por los participantes. Se ha observado que ofrecer información sobre un problema y alternativas de solución, puede prolongar el efecto de una intervención (Stadler *et al.*, 2010). Lo anterior es consistente con los resultados obtenidos de numerosas intervenciones online (Arem e Irwin, 2011; Morgan *et al.*, 2011). En su conjunto, estos resultados parecen sugerir que la *guía* contribuye a atenuar los procesos elaborativos de los pensamientos intrusos relacionados con la comida, a partir de su acción sobre las reacciones emocionales que éstos generan, acción no observada sobre el grupo IIR. Además, la *guía* puede incrementar su utilidad en individuos influenciables, con una fuerte motivación por sus metas a largo plazo.

De igual manera, la Guía de autoayuda ofrece la posibilidad de que el participante elija de forma flexible la indicación que desea emplear, así como la posibilidad de cambiarla en función de sus motivaciones, su efectividad y las particularidades del contexto de su vida cotidiana. Resulta probable que por estas razones sea el recurso que abarcó mayores áreas de efectividad, a la vez que generó que un gran número de usuarios quedara satisfecho con su empleo.

Los resultados de la Intención de Implementación *por reemplazo* y la Guía de autoayuda brindan soporte a la hipótesis científica de investigación. Ambos recursos de autoayuda, basados en la asignación de tareas cognitivas y conductuales concurrentes, que saturan las vías utilizadas por la memoria de trabajo para la elaboración del ansia por la comida, demostraron ser efectivos para su autocontrol en adultos con sobrepeso.

Conclusiones

- Se pudo constatar que los adultos con sobrepeso se caracterizan por: mayor presencia de intrusiones relacionadas con la comida; intensas reacciones emocionales ante estas; excesivo uso de la *supresión* como principal estrategia de control cognitivo y facilidad para la elaboración del ansia por la comida. Todo lo cual conforma un patrón distintivo con respecto a los individuos con peso normal, u obesos, investigados.
- El empleo de la Intención como recurso de autoayuda no mostró ser efectivo para el autocontrol del ansia por la comida, dado que generó considerables efectos paradójicos sobre los pensamientos intrusos relacionados con la comida y su *supresión*; sobre todo en aquellos participantes con elevadas expectativas.
- Se comprobó la efectividad de la Intención de Implementación *por reemplazo* al propiciar efectos positivos y rápidos sobre el autocontrol del ansia por la comida, los cuales se vieron reforzados por su repetición. Sin embargo, los participantes reportaron dificultades para controlar los pensamientos intrusos sobre comida. Su efectividad se vio incrementada en aquellos individuos que buscan asesoría, alentados por la opinión de familiares o amigos.
- La Guía de autoayuda resultó ser el recurso más efectivo, en tanto propició el autocontrol del ansia por la comida y mostró un mayor efecto sobre los pensamientos intrusos relacionados con ella y las reacciones emocionales que éstos generan. Su efectividad resultó potenciada en aquellos individuos influenciables y altamente motivados por el resultado.

Autocontrol del ansia por la comida

- Se comprobó la pertinencia de la integración de la Teoría de la Intrusión Elaborada del Deseo, la Teoría de los Procesos Irónicos y la Teoría de la Concordancia Motivacional, dentro del Modelo Preventivo-Interventivo del Autocontrol, como fundamento del empleo de recursos de autoayuda para el autocontrol del ansia por la comida en adultos con sobrepeso.
- De forma general, los resultados obtenidos evidenciaron que la Implementación de Intención por reemplazo y la Guía de Autoayuda, ambos basados en la asignación de tareas cognitivo-conductuales, que saturan las vías utilizadas por la memoria de trabajo para la elaboración del ansia por la comida, propician su autocontrol en adultos con sobrepeso. De igual manera fueron los recursos cuyo empleo generó mayor satisfacción en los participantes.

Recomendaciones

- Incorporar la Guía de autoayuda y la Intención de Implementación *por reemplazo* en el contexto de la Atención Primaria de Salud, para los adultos con sobrepeso que muestran un patrón de descontrol ante los indicadores asociados a la comida.
- Valorar la adaptación e implementación, tanto de la Guía de autoayuda, como de la Intención de Implementación *por reemplazo* a poblaciones de individuos con enfermedades crónicas no transmisibles, cuyo tratamiento implique la restricción sistemática de alimentos apetecibles.
- Mantener actualizada la Guía de autoayuda en la medida en que surjan nuevas evidencias de efectividad de otras técnicas para el control de la elaboración de los pensamientos intrusos que se encuentran en la base del ansia por la comida.
- Diseñar experimentos que permitan desglosar los mediadores del efecto paradójal de la Intención, así como esclarecer el significado de la valencia del resultado observado sobre la supresión de pensamientos relacionados con el peso y la forma del cuerpo.
- Evaluar el efecto de otros recursos basados en la asignación de tareas concurrentes para el autocontrol del ansia por la comida.

Referencias

- Achtziger, A., Gollwitzer, P. M. y Sheeran, P. (2008). Implementation Intentions and Shielding Goal Striving From Unwanted Thoughts and Feelings. *Pers Soc Psychol Bull*, 34(3), 381-393.
- Adriaanse, M. A., de Ridder, D. T. D. y de Wit, J. B. F. (2010). Finding the Critical Cue: Implementation Intentions to Change One's Diet Work Best When Tailored to Personally Relevant Reasons for Unhealthy Eating. *Pers Soc Psychol Bull*, 35(1), 60-71.
- Adriaanse, M. A., Gollwitzer, P. M., De Ridder, D. T. D., de Wit, J. B. F. y Kroese, F. M. (2011). Breaking Habits With Implementation Intentions: A Test of Underlying Processes. *Pers Soc Psychol Bull*, 37(4), 502-513.
- Adriaanse, M. A., van Oosten, J. M. F., de Ridder, D. T. D., de Wit, J. B. F. y Evers, C. (2011). Planning What Not to Eat: Ironic Effects of Implementation Intentions Negating Unhealthy Habits. *Pers Soc Psychol Bull*, 37(1), 69-81.
- Adriaanse, M. A., Vinkers, C. D. W., De Ridder, D. T. D., Hox, J. J. y De Wit, J. B. F. (2011). Do implementation intentions help to eat a healthy diet? A systematic review and meta-analysis of the empirical evidence. *Appetite*, 56, 183-193.
- Affenito, S. G., Franko, D. L., Striegel-Moore, R. H. y Thompson, D. (2012). Behavioral Determinants of Obesity: Research Findings and Policy Implications. *Journal of Obesity*. doi:10.1155/2012/150732
- Agaston, A. (2012). Why America Is Fatter and Sicker Than Ever. *Circulation*, 126, 3-5.
- Ahmed, S. H., Avena, N. M., Berridge, K. C., Gearhardt, A. N. y Guillem, K. (2013). Food Addiction. En D. W. Pfaff (Ed.), *Neuroscience in the 21st Century: From Basic to Clinical* (pp. 2883-2857). New York: Springer.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26(9), 1113-1127.
- Ajzen, I. y Fisbhein, M. (1974). Factors Influencing Intentions and the Intention-Behavior Relation. *Human Relations*, 27(1), 1-15.
- Albarracin, D., Hepler, J. y Tannenbaum, M. (2011). General Action and Inaction Goals: Their Behavioral, Cognitive, and Affective Origins and Influences. *Current Directions in Psychological Science*, 20(2), 119-123.
- Alberts, H. J. E. M., Mulkens, S., Smeets, M. y Thewissen, R. (2010). Coping with food cravings. Investigating the potential of a mindfulness-based intervention. *Appetite*, 55, 160-163.

- Alberts, H. J. E. M., Thewissen, R. y Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, *58*, 847-851.
- Aldao, A. y Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(10), 974-983.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 217-237.
- Alonso-García, O. (2008). *Biblioterapia y desarrollo personal*. Ciudad de La Habana: eciMed.
- Allen, S. y Dalton, W. T. (2011). Treatment of eating disorders in primary care: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, *18*(6), 1165-1176.
- Anderson, M. C., Ochsner, K. N., Kuhl, B., Cooper, J. C., Robertson, E., Gabrieli, S. W., . . . Gabrieli, J. D. E. (2004). Neural Systems Underlying the Suppression of Unwanted Memories. *Science*, *303*, 232-235.
- Andrade, J., Pears, S., May, J. y Kavanagh, D. (2012). Use of a clay modeling task to reduce chocolate craving. *Appetite*, *58*, 955-963.
- Anschutz, D. J., Engels, R. C., van der Zwaluw, C. S. y van Strien, T. (2011). Sex differences in young adults' snack food intake after food commercial exposure. *Appetite*, *56*, 255-260.
- Appelhans, B. M., Whitted, M., Schneider, C. y Pagoto, S. L. (2011). Time to Abandon the Notion of Personal Choice in Dietary Counseling for Obesity? *Journal of American Dietetic Association*, *111*(8), 1130-1136.
- Appelhans, B. M., Whitted, M., Schneider, K. L., Oleski, J. y Pagoto, S. L. (2011). Response style and vulnerability to anger-induced eating in obese adults. *Eating Behaviors*, *12*, 9-14.
- Arem, H. e Irwin, M. (2011). A review of web-based weight loss interventions in adults. *Obesity reviews*, *12*, 236-243.
- Armitage, C. J. y Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behavior: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, *40*, 471-499.
- Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S. y Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews*, *12*, 709-723.

- Arrebola, E., Gómez-Candela, C., Fernández-Fernández, C., Loria, V., Muñoz-Pérez, E. y Bermejo, L. M. (2011). Evaluation of 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*, 23(3), 316-321.
- Bacon, L. y Aphramor, L. (2011). Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutrition Journal*, 10, 9: <http://www.nutritionj.com/content/10/1/9>
- Bachman, J. L. y Raynor, H. A. (2012). Effects of Manipulating Eating Frequency During a Behavioral Weight Loss Intervention: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Obesity*, 20(5), 985-992.
- Baek, S. y So, W. (2011). Association between Times Spent on the Internet and Weight Status in Korean Adolescents. *Iranian J Publ Health*, 40(4), 37-43.
- Barnes, R. D., Fisak, B. J. R. y Tantleff-Dunn, S. (2009). Validation of the Food Thought Suppression Inventory. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 373-381.
- Barnes, R. D., Masheb, R. M. y Grilo, C. M. (2011). Food thought suppression: A matched comparison of obese individuals with and without binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 12, 272-276.
- Barnes, R. D. y Tantleff-Dunn, S. (2010). Food for thought: Examining the relationship between food thought suppression and weight-related outcomes. *Eating Behaviors*, 11, 175-179.
- Barnes, R. D. y White, M. A. (2010). Psychometric properties of the Food Thought Suppression Inventory in men. *Journal of Health Psychology*, 15(7), 1113-1120.
- Batista-Moliner, R. y Feal-Cañizares, P. (2001). Epidemiología en la Atención Primaria de Salud. En R. Alvarés-Sintés (Ed.), *Temas de Medicina General Integral* (Vol. I, pp. 287-323). Ciudad de La Habana: eciMed.
- Berendsen, B. A. J., Hendriks, M. R. C., Verhagen, V. A. L. M., Schaper, N. C., Kremers, C. y Savelberg, H. C. M. (2011). Effectiveness and cost-effectiveness of 'Beweegekkuur', a combined lifestyle intervention in the Netherlands: Rationale, design and methods of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11, 815: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/815>
- Bernall, J. (2007). *La Ciencia en la Historia* (Vol. I). Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Berry, L. M., May, J., Andrade, J. y Kavanagh, D. (2010). Emotional and behavioural reaction to intrusive thoughts. *Assessment*, 17(1), 126-137.
- Berry, T. L., Spence, J. C. y Clark, M. E. (2011). Exercise Is In! Implicit Exercise and Sedentary-Lifestyle Bias Held by In-Groups. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(12), 2985-2998.

- Bilman, E. M., van Kleef, E., Mela, D. J., Hulshof, T. y van Trijp, H. C. M. (2012). Consumer understanding, interpretation and perceived levels of personal responsibility in relation to satiety-related claims. *Appetite*, 59(3), 912-920.
- Blaine, B. E., Rodman, J. y Newman, J. M. (2007). Weight Loss Treatment and Psychological Well-being: A Review and Meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 66-82.
- Bogers, R. P., Barte, J. C. M., Schipper, C. M. A., Vijgen, S. M. C., de Hollander, E. L., Tariq, L., . . . Bemelmans, W. J. E. (2010). Relationship between costs of lifestyle interventions and weight loss in overweight adults. *Obesity reviews*, 11, 51-61.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Thomson Learning.
- Brass, M. y Haggard, P. (2007). To Do or Not to Do: The Neural Signature of Self-Control. *The Journal of Neuroscience*, 27(34), 9141-9145.
- Breland, Y. J., Fox, A. M., Horowitz, C. R. y Leventhal, H. (2012). Applying a Common-Sense Approach to Fighting Obesity. *Journal of Obesity*: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/710427>
- Briñol, P., Gascó, M., Petty, R. E. y Horcajo, J. (2013). Treating Thoughts as Material Objects Can Increase or Decrease Their Impact on Evaluation. *Psychological Science*, 24(1), 41-47.
- Brochu, P. M., Gowronski, B. y Esses, V. M. (2011). The Integrative Prejudice Framework and Different Forms of Weight Prejudice: An Analysis and Expansion. *Group Processes and Intergroup Relations*, 14(3), 429-444.
- Brunner, T. A. y Siegrist, M. (2012). Reduced food intake after exposure to subtle weight-related cues. *Appetite*, 58, 1109-1112.
- Bryant, R. A., Hung, L., Guastella, A. J. y Mitchell, P. B. (2012). Oxytocin as a moderator of hypnotizability. *Psychoneuroendocrinology*, 37(1), 162-166.
- Burger, K., Cornier, M. A., Ingebrigtsen, J. y Johnson, S. L. (2011). Assessing food appeal and desire to eat: the effects of portion size y energy density. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*: <http://www.ijbnpa.org/content/8/1/101>
- Cáceres-Diéguéz, A. (2011). *Superación profesional de posgrado en la Atención Primaria de Salud. Una estrategia didáctica para la modificación de comportamientos y conductas a favor de estilos de vida saludables*. (Tesis Doctoral), Universidad de Ciencias Pedagógicas "Frank País García", Santiago de Cuba.
- Cairns, G. (2013). Evolutions in food marketing, quantifying the impact, and policy implications. *Appetite*, 61, 194-197.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.

- Carels, L. A. y Musher-Eizenman, D. R. (2010). Individual differences and weight bias: Do people with an anti-fat bias have a pro-thin bias? *Body Image*, 7, 143-148.
- Carlson, E. N. (2013). Overcoming the Barriers to Self-Knowledge: Mindfulness as a Path to Seeing Yourself as You Really Are. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 173-186.
- Carter, F. A. y Jansen, A. (2012). Improving psychological treatment for obesity. Which eating behaviours should we target? *Appetite*, 58, 1063-1069.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (2002). Optimism. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 231-243). New York: Oxford University Press.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889.
- Cepeda-Benito, A., Gleaves, D. H., Fernandez, M. C., Vila, J. y Reynoso, J. (2000). The development and validation of Spanish versions of the state and trait food cravings questionnaires. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1125-1138.
- Cieciuch, J. y Schwartz, S. H. (2012). The Number of Distinct Basic Values and Their Structure Assessed by PVQ-40. *Journal of Personality Assessment*, 94(3), 321-328.
- Coelho, J. S., Nederkoorn, C. y Jansen, A. (2013). Acute versus repeated chocolate exposure: Effects on intake and cravings in restrained and unrestrained eaters. *Journal of Health Psychology*: <http://hpq.sagepub.com/content/early/2013/03/14/1359105312473787>
- Collado-Mesa, A., Zaldívar-Pérez, D. F., Rodríguez-Amaro, M. y Álvarez-González, M. A. (1984). Las técnicas y modificaciones de conducta en el tratamiento de la obesidad *Revista Cubana de Medicina*, 23(3), 339-349.
- Conner, C. D. (2009). *Historia popular de la ciencia: mineros, comadronas y mecánicos*. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Conner, C. D. y Armitage, C. J. (1998). Extending the Theory of Planned Behavior: A Review and Avenues for Further Research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1429-1146.
- Connor, K. M. y Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 71-82.
- Corsica, J. A. y Pelchat, M. L. (2010). Food addiction: true or false? *Current Opinion in Gastroenterology*, 26, 165-169.
- Corsica, J. A. y Perry, M. G. (2002). Obesity. En A. M. Nezu, C. Maguth-Nezu y P. A. Geller (Eds.), *Health Psychology* (Vol. 9, pp. 121-146). New Jersey: John Wiley and Sons.

- Couceiro, M. E. (2007). La alimentación como un tiempo de la nutrición, su disponibilidad y accesibilidad económica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3):
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstractypid=S0864-34662007000300019ylnq=esynrm=isoynlq=es
- Coull, G. y Morris, P. G. (2011). The clinical effectiveness of CBT-based guided self-help interventions for anxiety and depressive disorders: a systematic review. *Psychological Medicine*, 41, 2239-2252.
- Cunningham, S. A., Vaquera, E., Maturo, C. C. y Narayan, K. M. V. (2012). Is there evidence that friends influence body weight? A systematic review of empirical research. *Social Science and Medicine*, 75, 1175-1183.
- Champagne, C. M., Broyles, S., Moran, L. D., Cash, K. C., Levy, E. J., Lin, P. H., . . . Myers, V. H. (2011). Dietary Intakes Associated with Successful Weight Loss and Maintenance during the Weight Loss Maintenance Trial. *Journal of American Dietetic Association*, 111, 1826-1835.
- Chapman, J. y Armitage, C. J. (2012). Do techniques that increase fruit intake also increase vegetable intake? Evidence from a comparison of two implementation intention interventions. *Appetite*, 58, 28-33.
- Chatzisarantis, N. L. y Hagger, M. S. (2007). Mindfulness and the Intention-Behavior Relationship Within the Theory of Planned Behavior. *Pers Soc Psychol Bull*, 33, 663-676.
- Cheng, M. H.-Y., Bushnell, D., Cannon, D. T. y Kern, M. (2009). Appetite regulation via exercise prior or subsequent to high-fat meal consumption. *Appetite*, 52, 193-198.
- Cheskin, L. J., Mitchell, A. M., Jhaveri, A. D., Mitola, A. H., Davis, L. M., Lewis, R. A., . . . Lyan, T. W. (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.
- Christensen, J. R., Faber, A., Ekner, D., Overgaard, K., Holtermann, A. y 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:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/671>
- Darlow, S. y Lobel, M. (2010). Who is Beholding my Beauty? Thinness Ideals, Weight, and Women's Responses to Appearance Evaluation. *Sex Roles*, 63, 833-843.
- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., . . . Epel, E. (2011). Mindfulness Intervention for Stress Eating to Reduce Cortisol and Abdominal Fat among Overweight and Obese Women: An Exploratory Randomized Controlled Study. *Journal of Obesity*:
<http://www.hindawi.com/journals/jobs/2011/651936/>

- Davis, C. (2013a). Compulsive Overeating as an Addictive Behavior: Overlap Between Food Addiction and Binge Eating Disorder. *Current Obesity Reports*, 2, 171-178.
- Davis, C. (2013b). From Passive Overeating to “Food Addiction”: A Spectrum of Compulsion and Severity. *Obesity*: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/435027>
- Davis, C., Curtis, C., Levitan, R. D., Carter, J. C., Kaplan, A. S. y Kennedy, J. L. (2011). Evidence that ‘food addiction’ is a valid phenotype of obesity. *Appetite*, 57, 711-717.
- Davis, C., Loxton, N. J., Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Carter, J. C. y Kennedy, J. L. (2013). ‘Food addiction’ and its association with a dopaminergic multilocus genetic profile. *Physiology and Behavior*, 118, 63-69.
- de Bruin, M., Sheeran, P., Kok, G., Hiemstra, A., Prins, J. M., Hospers, H. J. y van Breukelen, G. (2012). Self-Regulatory Processes Mediate the Intention-Behavior Relation for Adherence and Exercise Behaviors. *Health Psychology*, 31(6), 695-703.
- de Castro, J. M., King, G. A., Duarte-Gardea, M., González-Ayala, S. y Kooshian, C. H. (2012). Overweight and obese humans overeat away from home. *Appetite*, 59, 204-211.
- de Vries, P., Aarts, H. y Midden, C. J. H. (2011). Changing Simple Energy-Related Consumer Behaviors: How the Enactment of Intentions Is Thwarted by Acting and Non-Acting Habits. *Environment and Behavior*, 43(5), 612-633.
- Dean, M., Raats, M. M. y Shepherd, R. (2012). The Role of Self-Identity, Past Behavior, and Their Interaction in Predicting Intention to Purchase Fresh and Processed Organic Food. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(3), 669-688.
- Denzler, M., Förster, J., Liberman, N. y Rozenman, M. (2010). Aggressive, Funny, and Thirsty: A Motivational Inference Model (MIMO) Approach to Behavioral Rebound. *Pers Soc Psychol Bull*, 36(10), 1385-1396.
- Depue, B. E., Banich, M. T. y Curran, T. (2005). Suppression of Emotional and Nonemotional Content in Memory: Effects of Repetition on Cognitive Control. *Psychological Science*, 17(5), 441-447.
- Djulgovic, B., Kumar, S., Magazin, A., Schroen, A. T., Soares, H., Hozo, I., . . . Schell, M. J. (2011). Optimism bias leads to inconclusive results-an empirical study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, 583-593.
- Dunican, K. C., Desilets, A. R. y DeBellis, R. J. (2007). Long-term Pharmacotherapy for Overweight and Obesity: A Review of Sibutramine, Orlistat, and Rimonabant. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1(5), 367-388.
- Durán-García, S. y Griera-Borrás, L. (2004). Obesidad. En J. Rodés-Teixidor y J. Guardia-Masó (Eds.), *Medicina Interna* (2da ed., Vol. II, pp. 2757-2768). Barcelona: Masson.

- Durkin, K., Rae, K. y Stritzke, W. C. K. (2012). The effect of images of thin and overweight body shapes on women's ambivalence towards chocolate. *Appetite*, 58, 222-226.
- Echeburúa, E., Salabarría, K., de Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(noviembre), 247-256.
- Ekkekakis, P., Lind, E. y Vazou, S. (2009). Affective Responses to Increasing Levels of Exercise Intensity in Normal-weight, Overweight, and Obese Middle-aged Women. *Obesity*, 18(1), 79-85.
- Elsner, R. J. F. (2003). Changes in eating behavior during the aging process. *Eating Behaviors*, 3, 15-43.
- Erskine, J. A. K. (2008). Resistance can be futile: investigating behavioral rebound. *Appetite*, 50, 415-421.
- Erskine, J. A. K. y Georgiou, G. J. (2010). Effects of thought suppression on eating behaviour in restrained and non-restrained eaters. *Appetite*, 54, 499-503.
- Erskine, J. A. K., Georgiou, G. J. y Kvavilashvili, L. (2010). I suppress, therefore I smoke: effects of thought suppression on smoking behavior. *Psychological Science*, 21(9), 1225-1230.
- Evers, C., Marjin-Strok, F. y Ridder, T. D. (2010). Feeding your Feelings: Emotional Regulation and Emotional Eating. *Pers Soc Psychol Bull*, 36(6), 792-804.
- Farin, E. y Schmidt, E. (2013). The patient-physician relationship in patients with chronic low back pain as a predictor of outcomes after rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(3), 246-258.
- Fay, S. H. y Finlayson, G. (2011). Negative affect-induced food intake in non-dieting women is reward driven and associated with restrained-disinhibited eating subtype. *Appetite*, 56, 682-688.
- Fehm, L. y Hoyer, J. (2004). Measuring Thought Control Strategies: The Thought Control Questionnaire and a Look Beyond. *Cognitive Therapy and Research*, 28(1), 105-117.
- Ferrando, P. J., Chico, E. y Tous, J. M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14(3), 673-680.
- Ferrer, R. A., Shmueli, D., Bergman, H. E., Harris, P. R. y Klein, W. M. P. (2012). Effects of Self-Affirmation on Implementation Intentions and the Moderating Role of Affect. *Social Psychological and Personality Science*, 3(3), 300-307.
- Fletcher, A., Bonell, C. y Sorhaindo, A. (2011). You are what your friends eat: systematic review of social network analyses of young people's eating behaviours and bodyweight. *J Epidemiol Community Health*, 65, 548-555.

- Fonda, S. J., Jain, A. y Vigersky, R. A. (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.
- French, S., Epstein, L. H., Jeffery, R. W., Blundell, J. y Wardle, J. (2012). Eating behavior dimensions. Associations with energy intake and body weight. A review. *Appetite*, 59, 541-549.
- French, S. y Jeffery, R. W. (1997). Current dieting, weight loss history, and weight suppression: behavioural correlates of three dimensions of dieting. *Addictive Behaviors*, 22(1), 31-44.
- Fujita, K. (2011). On Conceptualizing Self-Control as More Than the Effortful Inhibition of Impulses. *Personality and Social Psychology Review*, 15(4), 352-366.
- Gaiha, R., Jha, R. y Kulkarni, V. S. (2013). How Pervasive is Eating Out in India? *Journal of Asian and African Studies*, 48(3), 370-386.
- Gaillet, M., Sulmont-Rossé, C., Issanchou, S., Chabanet, C. y Chambaron, S. (2013). Priming effects of an olfactory food cue on subsequent food-related behaviour. *Food Quality and Preference*, 30, 274-281.
- Gaitan-Sierra, C. y Hyland, M. E. (2011). Nonspecific Mechanisms That Enhance Well-Being in Health-Promoting Behaviors. *Health Psychology*, 30(6), 793-796.
- Gardner, C. G. (2003). *Estadística para Psicología usando el SPSS*. México: Pearson Educación.
- Gargallo-Fernández, M., Quiles-Izquierdo, J., Basulto-Marset, J., Breton-Lesmes, I., Formiguera-Sala, X. y Salas-Salvadó, J. (2012). Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (consenso FESNAD-SEEDO). La dieta en la prevención de la obesidad (II/III). *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 800-832.
- Giuliani, N. R., Calcott, R. D. y Berkman, E. T. (2013). Piece of cake: Cognitive reappraisal of food craving. *Appetite*, 64, 56-61.
- Godoy, J. F. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 39-76). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gollwitzer, P. M. y Schaal, B. (1998). Metacognition in Action: The Importance of Implementation Intentions. *Personality and Social Psychology Review*, 2(2), 124-136.
- Gollwitzer, P. M. y Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A metaanalysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69-119.

- Gollwitzer, P. M., Sheeran, P., Trötschel, R. y Webb, T. L. (2011). Self-Regulation of Priming Effects on Behavior. *Psychological Science*, 22(7), 901-907.
- Gómez-Quintana, A., Gil-Pérez, P., Rodríguez-Martín, B. C., Nieves-Achón, Z. I. y Fernández-Castillo, E. (2011). Control de pensamientos intrusos y ansias de comer. In UCLV (Ed.), (pp. 8). Santa Clara: Well-Being Center.
- González-Domínguez, A., Bell-Benavides, Z., Pérez-Santana, M., Jiménez-Sosa, A. M. y Santana-Porbén, S. (2011). Sobre las competencias de los nutricionistas en los ámbitos hospitalarios y comunitarios. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 21(1), 159-174.
- González-Ordí, H. y Miguel-Tobal, J. J. (1999). Características de la sugestionabilidad y su relación con otras variables psicológicas. *Anales de Psicología*, 15(1), 57-75.
- Gordon-Larsen, P. y Popkin, B. (2011). Understanding Socioeconomic and Racial/Ethnic Status Disparities in Diet, Exercise, and Weight: Underlying Contextual Factors and Pathways. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(12), 1816-1819.
- Grau-Abalo, J. y Florez-Alarcón, L. (2005). Estrategias de actuación de la psicología de la salud. En J. Grau-Abalo y E. Hernández-Meléndez (Eds.), *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 85-112). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Grau-Abalo, J., Hernández-Meléndez, E. y Vera-Villaruel, P. (2005). Estrés salutogénesis y vulnerabilidad, repercusiones para la psicología de la salud contemporánea. En J. Grau-Abalo y E. Hernández-Meléndez (Eds.), *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 113-178). Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Green, A. R., Larkin, M. y Sullivan, V. (2009). Oh Stuff it! The Experience and Explanation Using Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 997-1008.
- Gripshover, S. J. y Markman, E. M. (2013). Teaching Young Children a Theory of Nutrition: Conceptual Change and the Potential for Increased Vegetable Consumption. *Psychological Science*: <http://pss.sagepub.com/content/early/2013/06/26/0956797612474827>
- Guérin, E. y Fortier, M. S. (2012). Situational Motivation and Perceived Intensity: Their Interaction in Predicting Changes in Positive Affect from Physical Activity. *Journal of Obesity*: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/269320>
- Guerrero-Lobaina, E., Duharte-Díaz, E. y Márquez-Rivero, D. (2000). Sociedad, modo de vida y salud. *Revista Cubana de Psicología*, 17(2), 171-183.
- Guillaumie, L., Godin, G., Manderscheid, J. C., Spitz, E. y Muller, L. (2012). The impact of self-efficacy and implementation intentions-based interventions on fruit and vegetable intake among adults. *Psychology and Health*, 27(1), 30-50.

- Gumble, A. y Carels, R. (2012). The harmful and beneficial impacts of weight bias on well-being: The moderating influence of weight status. *Body Image*, 9(1), 101-107.
- Guzmán, R. y Lugli, Z. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria. *Suma Psicológica*, 16(2), 37-50.
- Hagger, M. S. y Chatzisarantis, N. L. (2013). The Sweet Taste of Success: The Presence of Glucose in the Oral Cavity Moderates the Depletion of Self-Control Resources. *Pers Soc Psychol Bull*, 39(1), 28-42.
- Hagobian, T. A. y Phelan, S. (2013). Lifestyle Interventions to Reduce Obesity and Diabetes. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 7(2), 84-98.
- Hall, C. W., Holmstrup, M. E., Koloseus, J., Anderson, D. y Kanaley, J. A. (2012). Do Overweight and Obese Individuals Select a “Moderate Intensity” Work load When Asked to Do So? *Journal of Obesity*: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/919051>
- Hall, P. A. (2011). Executive Control Resources and Frequency of Fatty Food Consumption: Findings From an Age-Stratified Community Sample. *Health Psychology*, 31(2), 235-241.
- Harris, C. S. y Johns, T. (2011). The Total Food Effect: Exploring Placebo Analogies in Diet and Food Culture. *The Journal of Mind-Body Regulation*, 1(3), 143-160.
- Harrison, V., Proudfoot, J., Wee, P. P., Parker, G., Pavlovic, D. H. y Manicavasagar, V. (2011). Mobile mental health: Review of the emerging field and proof of concept study. *Journal of Mental Health*, 20(6), 509-524.
- Haufe, S., Utz, W., Engeli, S., Kast, P., Böhnke, J., Pofahl, M., . . . Jordan, J. (2012). Left Ventricular Mass and Function With Reduced-Fat or Reduced-Carbohydrate Hypocaloric Diets in Overweight and Obese Subjects. *Hypertension*, 59, 70-75.
- Havermans, R. C. (2013). Pavlovian Craving and Overeating: A Conditioned Incentive Model. *Current Obesity Reports*, 2, 165-170.
- Hawk, L. W., Baschnagel, J. S., Ashare, R. L. y Epstein, L. H. (2004). Craving and startle modification during in vivo exposure to food cues. *Appetite*, 43, 285-294.
- Heber, D. y Carpenter, C. L. (2011). Addictive Genes and the Relationship to Obesity and Inflammation. *Mol Neurobiol*, 44, 160-165.
- Hepler, J. y Albarracin, D. (2013). Complete unconscious control: Using (in)action primes to demonstrate completely unconscious activation of inhibitory control mechanisms. *Cognition*, 128, 271-279.
- Hepler, J., Albarracin, D., McCulloch, K. C. y Noguchi, K. (2012). Being active and impulsive: The role of goals for action and inaction in self-control. *Motivation and Emotion*, 36(4), 416-424.

- Hernández-Fernández, M. (2011). *Ganarle tiempo a la obesidad*. Ciudad de La Habana: Científico-Técnica.
- Hernández-Sampieri, R., Hernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc.Graw-Hill.
- Hernández-Triana, M. (2008). Recomendaciones nutricionales para adultos con sobrepeso corporal. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 27(2):
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002008000200002&lng=es
- Hernández-Triana, M., Porrata-Maury, C., Jiménez-Acosta, S., Rodríguez-Suárez, A., Carrillo-Farnés, O., García-Uriarte, A., . . . Esquivel-Lauzurique, M. (Eds.). (2009). *Recomendaciones nutricionales para la población cubana (versión resumida)*. Ciudad de La Habana: INHA.
- Hernández-Triana, M. y Ruiz, V. (2007). Obesidad, una epidemia mundial. Implicaciones de la genética. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 26(3):
<http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v26n3/ibi10307.pdf>
- Herrera-Jiménez, L. F. y Delgado-Suárez, J. (2008). Un acercamiento a la visión de controlabilidad en el proceso de salud-enfermedad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 475-484.
- Herrera-Jimenez, L. F. y García-Medina, N. (2003). La investigación en Psicoterapia: en busca de senderos eficientes. *Revista Cubana de Psicología*, 20(3), 111-116.
- Higgs, S. y Donohoe, J. E. (2011). Focusing on food during lunch enhances lunch memory and decreases later snack intake. *Appetite*, 57, 202-206.
- Hoffman, W. y Kotabe, H. (2012). A General Model of Preventive and Interventive Self-Control. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(10), 707-722.
- Hoffman, W., van-Kroningsbruggen, G. M., Stroebe, W., Ramanathan, S. y Aarts, H. (2010). As Pleasure Unfolds: Hedonic Response to Tempting Food. *Psychological Science*, 21(12), 1863-1870.
- Hoffman, W. y Van Dillen, L. (2012). Desire: The New Hot Spot in Self-Control Research. *Current Directions in Psychological Science*, 21(5), 317-322.
- Hoffman, W., Vohs, K. D. y Baumeister, R. F. (2012). What People Desire, Feel Conflicted About, and Try to Resist in Everyday Life. *Psychological Science*, 23(6), 582-588.
- Hommer, R. E., Seo, D., Lacadie, C. M., Chaplin, T. M., Mayes, L. C., Sinha, R. y Potenza, M. N. (2012). Neural Correlates of Stress and Favorite-Food Cue Exposure in Adolescents: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *Human Brain Mapping*: doi:10.1002/hbm.22089

- Hooper, N., Sandoz, E. K., Ashton, J., Clarke, A. y McHugh, L. (2012). Comparing thought suppression and acceptance as coping techniques for food cravings. *Eating Behaviors*, 13, 62-64.
- Hormes, J. M. y 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.
- Hotham, S., Sharma, D. y Hamilton-West, K. (2012). Restrained eaters preserve top-down attentional control in the presence of food. *Appetite*, 58, 1160-1163.
- Houben, K., Nederkoorn, C. y Jansen, A. (2012). Too tempting to resist? Past success at weight control rather than dietary restraint determines exposure-induced disinhibited eating. *Appetite*, 59, 500-505.
- Howland, M., Hunger, J. M. y Mann, T. (2012). Friends don't let friends eat cookies: Effects of restrictive eating norms on consumption among friends. *Appetite*, 59, 505-509.
- Hurt, R. T., Frazier, T. H., McClave, S. A. y Kaplan, L. M. (2011). Obesity Epidemic: Overview, Pathophysiology and the Intensive Care Unit Conundrum. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 35(1), 4-13.
- Hussin, M., Frazier, S. y Kevin-Thompson, J. (2010). Fat stigmatization on YouTube: A content analysis. *Body Image*, 8, 90-92.
- Hyland, M. E. (2011). Motivation and placebos: do different mechanisms occur in different contexts? *Phil. Trans. R. Soc. B*, 366, 1828-1837.
- Hyland, M. E. y Whalley, B. (2008). Motivational concordance: An important mechanism in self-help therapeutic rituals involving inert (placebo) substances. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 405-413.
- Ibrügger, S., Kristensen, M., Skau-Mikkelsen, M. y Astrup, A. (2012). Flaxseed dietary fiber supplements for suppression of appetite and food intake. *Appetite*, 58, 490-495.
- Idelevich, E., Kirch, W. y Schindler, C. (2009). Current pharmacotherapeutic concepts for the treatment of obesity in adults. *Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease*, 3(1), 75-90.
- Iijima, Y. y Tanno, Y. (2012). The rebound effect in the unsuccessful suppression of worrisome thoughts. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 347-350.
- INHA. (2007). Plan Integral para la prevención y control del sobrepeso y la obesidad en Cuba. Retrieved from Instituto Nacional de Higiene de los Alimentos website: http://www.inha.sld.cu/doc_pdf/plan_obesidad.pdf
- INHA. (2009). *Guías alimentarias para la población cubana mayor de dos años de edad*: <http://www.inha.sld.cu/>

- Inoue, M., Toyokawa, S., Inoue, K., Suyama, Y., Miyano, Y., Suzuki, T., . . . Kobayashi, Y. (2010). Lifestyle, weight perception and change in body mass index of Japanese workers: MY Health Up Study. *Public Health, 124*, 530-537.
- Jasinska, A. J., Yasuda, M., Burant, C., Gregor, N., Khatri, S., Sweet, M. y Falk, E. B. (2012). Impulsivity and inhibitory control deficits are associated with unhealthy eating in young adults. *Appetite, 59*(3), 738-747.
- Jeffcoat, J. y Hayes, S. C. (2012). A randomized trial of ACT bibliotherapy on the mental health of K-12 teachers and staff. *Behaviour Research and Therapy, 50*(9), 571-579.
- Jiménez-Acosta, S., Díaz-Sánchez, M. E., García-Roche, R. G., Bonet-Gorbea, M. y Wong-Ordóñez, I. (2012). Cambios en el estado nutricional de la población cubana adulta de diferentes regiones de Cuba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 50*, 4-13.
- Johnston, C. A. (2013). Predictors of Successful Weight Loss. *American Journal of Lifestyle Medicine, 7*(2), 115-117.
- Jonas, W. B. (2011). Reframing placebo in research and practice. *Phil. Trans. R. Soc. B, 366*, 1896-1904.
- Jones, K. E., Otten, J. J., Johnson, R. K. y Harvey-Berino, J. R. (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.
- Juarascio, A., Forman, E., Timko, C. A., Butryn, M. y Goodwin, C. (2011). The development and validation of the food craving acceptance and action questionnaire (FAQ). *Eating Behaviors, 12*, 182-187.
- Kavanagh, D. J., Andrade, J. y May, J. (2005). Imaginary relish and exquisite torture: The elaborated intrusion theory of desire. *Psychological Review, 112*(2), 446-467.
- Kazdin, A. E. y Blase, S. L. (2011). Rebooting Psychotherapy Research and Practice to Reduce the Burden of Mental Illness. *Perspectives on Psychological Science, 6*(1), 21-37.
- Keadle, S., Libertine, A., Staudenmayer, J. y Freedson, P. (2012). The Feasibility of Reducing and Measuring Sedentary Time among Overweight, Non-Exercising OfficeWorkers. *Journal of Obesity: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/282303>*
- Keenan, K. P., Wallig, M. A. y Haschek, W. M. (2013). Nature via Nurture: Effect of Diet on Health, Obesity, and Safety Assessment. *Toxicologic Pathology, 41*, 190-209.
- Keightley, J., Chur-Hansen, A., Princi, R. y Wittert, G. A. (2011). Perceptions of obesity in self and others. *Obesity Research and Clinical Practice, 5*, 341-349.

- Keller, C., Larkey, L., Distefano, J. K., Boehm-Smith, E., Records, K., Robillard, A., . . . O'Brian, A. M. (2010). Perimenopausal Obesity. *Journal of Women's Health, 19*(5), 987-996.
- Kemps, E. y Tiggemann, M. (2010). A Cognitive Experimental Approach to Understanding and Reducing Food Cravings. *Current Directions in Psychological Science, 19*(2), 86-90.
- Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behaviour. *American Psychologist, 40*, 1189-1202.
- Klein, A., Menrad, K. y Zapilko, M. (2011). Personal values of user segments of ethical food products. En GEWISOLA (Ed.). Straubing: University of Applied Sciences Weihenstephan-Triesdorf.
- Klein, O., Doyen, S., Leys, C., Magalhães, P. A., Miller, S., Questienne, L. y Cleeremans, A. (2012). Low Hopes, High Expectations : Expectancy Effects and the Replicability of Behavioral Experiments. *Perspectives on Psychological Science, 7*(6), 572-584.
- Knäuper, B., Pillay, R., Lacaille, J., McCollam, A. y Kelso, E. (2011). Replacing craving imagery with alternative pleasant imagery reduces craving intensity. *Appetite, 57*, 173-178.
- Kodama, S., Saito, K., Tanaka, S., Horikawa, C., Fujiwara, K., Hirasawa, R., . . . Sone, H. (2012). Effect of web-based lifestyle modification on weight control: a meta-analysis. *International Journal of Obesity, 36*, 675-685.
- Kollei, I., Brunhoeber, S., Rauh, E., de Zwaan, M. y Martin, A. (2012). Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research, 72*, 321-327.
- Köpetz, C. E., Lejuez, C. W., Wiers, R. W. y Kruglanski, A. W. (2013). Motivation and Self-Regulation in Addiction: A Call for Convergence. *Perspectives on Psychological Science, 8*(1), 3-24.
- Köster, E. P. (2009). Diversity in the determinants of food choice: A psychological perspective. *Food Quality and Preference, 20*, 70-82.
- Kothe, E. J., Mullan, B. A. y Amaratunga, R. (2011). Randomised controlled trial of a brief theory-based intervention promoting breakfast consumption. *Appetite, 56*, 148-155.
- Kothe, E. J., Mullan, B. A. y Butow, P. (2012). Promoting fruit and vegetable consumption: Testing an intervention based on the theory of planned behaviour. *Appetite, 58*, 997-1004.
- Kroese, F. M., Adriaanse, M. A., Evers, C. y De Ridder, D. T. D. (2011). "Instant Success": Turning Temptations Into Cues for Goal-Directed Behavior. *Pers Soc Psychol Bull, 37*(10), 1389-1397.

- Kross, E., Ayduk, O. y Mischel, W. (2005). When Asking “Why” Does Not Hurt: Distinguishing Rumination From Reflective Processing of Negative Emotions. *Psychological Science, 16*(9), 709-715.
- Kubota, K., Sumi, S., Tojo, H., Sumi-Inoue, Y., I-chin, H., Oi, Y., . . . Urata, H. (2011). Improvements of mean body mass index and body weight in preobese and overweight Japanese adults with black Chinese tea (Pu-Erh) water extract. *Nutrition Research, 31*, 421-428.
- Kühn, S., Vanderhasselt, M.-A., De Raedt, R. y Gallinat, J. (2012). Why ruminators won't stop: The structural and resting state correlates of rumination and its relation to depression. *Journal of Affective Disorders, 141*(2-3), 352-360.
- Kushner, R. F. y Choi, S. W. (2010). Prevalence of Unhealthy Lifestyle Patterns Among Overweight and Obese Adults. *Obesity, 18*, 1160-1167.
- Kushner, R. F. y Sarwer, D. B. (2011). Medical and Behavioral Evaluation of Patients with Obesity. *Psychiatr Clin N Am, 34*, 797-812.
- Laddu, D., Down, C., Hingle, M., Thompson, C. y Going, S. (2011). A Review of Evidence-Based Strategies to Treat Obesity in Adults. *Nutrition in Clinical Practice, 26*(5), 512-225.
- Lagerros, Y. T. y Rössner, S. (2013). Obesity management: what brings success? *Therapeutic Advances in Gastroenterology, 6*(1), 77-88.
- Laran, J. y Salerno, A. (2013). Life-History Strategy, Food Choice, and Caloric Consumption. *Psychological Science, 24*(2), 167-173.
- Latner, J. D. (2001). Self-help in the long-term treatment of obesity. *Obesity reviews, 2*, 87-89.
- Latner, J. D. y Ciao, A. C. (2013). Weight-loss history as a predictor of obesity treatment outcome: Prospective, long-term results from behavioral, group self-help treatment. *Journal of Health Psychology*:
<http://hpq.sagepub.com/content/early/2013/01/07/1359105312468191>
- Lattimore, P. y 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., . . . Wing, R. R. (2012). Effects of bariatric surgery on food cravings: do food cravings and the consumption of craved foods “normalize” after surgery? *Surgery for Obesity and Related Diseases, 8*, 84-91.
- Lench, H. C. y Bench, S. W. (2012). Automatic Optimism: Why People Assume Their Futures will be Bright. *Social and Personality Psychology Compass, 6*(4), 347-360.

- León, G. y Montero, I. (2011). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación* (Tercera Edición ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Lewis, M. D. (2011). Dopamine and the Neural “Now”: Essay and Review of Addiction: A Disorder of Choice. *Perspectives on Psychological Science*, 6(2), 150-155.
- Lifshitz, M., Howells, C. y Raz, A. (2012). Can expectation enhance response to suggestion? De-automatization illuminates a conundrum. *Consciousness and Cognition*, 21(2), 1001-1008.
- Lillis, J., Hayes, S. C. y Levin, M. E. (2011). Binge Eating and Weight Control: The role of Experiential Avoidance. *Behavior Modification*, 35(3), 252-264.
- Lima-Rabelo, Y., Ferrer-Arocha, M., Fernández-Rodríguez, C. y González-Pedroso, M. T. (2012). Sobrepeso en adolescentes y su relación con algunos factores sociodemográficos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(1), 26-33.
- Linderman, M. y Verkasalo, M. (2005). Measuring Values With the Short Schwartz's Value Survey. *Journal of Personality Assessment*, 85(2), 170-178.
- Logel, C. y Cohen, G. L. (2012). The Role of the Self in Physical Health : Testing the Effect of a Values-Affirmation Intervention on Weight Loss. *Psychological Science*, 23(1), 53-55.
- Lu, J., Huet, C. y Dubé, L. (2011). Emotional reinforcement as a protective factor for healthy eating in home settings. *Am J Clin Nutr*, 94, 254–261.
- Luciano, J. V. (2007). *Control de pensamientos y recuerdos intrusos: el rol de las diferencias individuales y los procedimientos de supresión*. Valencia: Universidad de Valencia: Servicio de Publicaciones.
- Luciano, J. V., Algarabel, S., Tomás, J. M. y Martínez, J. L. (2005). Development and Validation of the Thought Control Ability Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 38, 997-1008.
- Luciano, J. V., Belloch, A., Algarabel, S., Tomás, J. M., Morillo, C. y 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. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. y Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137-160.
- MacDonald, A. W., Cohen, J. E., Stenge, V. A. y Carter, C. S. (2000). Dissociating the Role of the Dorsolateral Prefrontal and Anterior Cingulate Cortex in Cognitive Control. *Science*, 288, 1835-1838.

- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50, 1-11.
- Maddux, J. E. (2002). Self-efficacy: The power of believing you can. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 277-287). Oxford: Oxford University Press.
- Magee, J. C., Harden, K. P. y Teachman, B. A. (2012). Psychopathology and thought suppression: A quantitative review. *Clinical Psychology Review*, 32(3), 189-201.
- Marcos-Plasencia, L. M., Rodríguez-Marcos, L., Pérez-Santana, M. B. y Caballero-Riverí, M. (2009). Tratamiento de mujeres con sobrepeso y la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 10, 1054-1068.
- Marques-Vidal, P., Paccaud, F. y Ravasco, P. (2011). Ten-year trends in overweight and obesity in the adult Portuguese population, 1995 to 2005. *BMC Public Health*, 11, 772: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/772>
- Márquez, M. A. (2005). La entrevista. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos* (pp. 269-292). Madrid: Pirámide.
- Martin, D. W. (2008). *Psicología Experimental* (7ma ed.). México D.F.: CENGAGE Learning.
- Martín, I. C., Mercader, O. A. y Macías, C. (2006). Intervenciones para promover el consumo de hortalizas y frutas en Cuba. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(Suppl.1), 301-305.
- Massey, A. y Hill, A. J. (2012). Dieting and food craving. A descriptive, quasi-prospective study. *Appetite*, 58, 781-785.
- Masten, A. S. y Reed, M. G. J. (2002). Resilience in Development. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 74-88). New York: Oxford University Press.
- Mathieu, J. (2009). What Should You Know about Mindful and Intuitive Eating? *Journal of the American Dietetic Association*, 109(12), 1982-1987.
- Matsumoto, K. y Tanaka, K. (2004). Conflict and Cognitive Control. *Science*, 303, 969-970.
- May, J., Andrade, J., Batey, H., Berry, L.-M. y Kavanagh, D. J. (2010). Less food for thought. Impact of attentional instructions on intrusive thoughts about snack foods. *Appetite*, 55, 279-287.
- May, J., Andrade, J., Kavanagh, D. y Hetherington, M. (2012). Elaborated Intrusion Theory: A Cognitive-Emotional Theory of Food Craving. *Current Obesity Reports*, 1(2), 114-121.
- Mazzoni, G., Foan, L., Hyland, M. E. y Kirsch, I. (2010). The Effects of Observation and Gender on Psychogenic Symptoms. *Health Psychology*, 29(2), 181-185.

- McConnon, A., Raats, M., Astrup, A., Bajzová, M., Handjieva-Darlenska, T., Lindroos, A. K., . . . Shepherd, R. (2012). Application of the Theory of Planned Behaviour to weight control in an overweight cohort. Results from a pan-European dietary intervention trial (DiOGenes). *Appetite*, 58, 313-318.
- McEachan, R. R. E., Conner, M., Taylor, N. J. y Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97-144.
- McNamara, T. P. y Holbrook, J. B. (2003). Semantic memory and priming. En A. F. Healy y R. W. Proctor (Eds.), *Handbook of Psychology: Experimental Psychology* (Vol. 4, pp. 447-474). New Jersey: John Wiley and Sons.
- McWilliams, N. y Weinberger, J. (2003). "Psychodynamic Psychotherapy". En G. Stricker y T. A. Widiger (Eds.), *Clinical Psychology* (pp. 253-276). New Jersey: John Wiley and Son.
- Melanson, K. J. (2007). Dietary Considerations for Obesity Treatment. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1(6), 433-436.
- Melanson, K. J. y Lowndes, J. (2010). Type 2 Diabetes Risk Reduction in Overweight and Obese Adults Through Multidisciplinary Group Sessions: Effects of Meeting Attendance. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 4(3), 275-281.
- Mendoza, S. A., Gollwitzer, P. M. y Amodio, D. M. (2010). Reducing the Expression of Implicit Stereotypes: Reflexive Control Through Implementation Intentions. *Pers Soc Psychol Bull*, 36(4), 512-523.
- Meseguer, C. M., Galán, I., Herruzo, R., Zorrilla, R. y Rodríguez-Artalejo, F. (2009). Actividad física de tiempo libre en un país mediterráneo del sur de Europa: adherencia a las recomendaciones y factores asociados. *Revista Española de Cardiología*, 62(10), 1125-1133.
- Meule, A., Freund, R., Skirde, A. K., Vögele, C. y Kübler, A. (2012). Heart Rate Variability Biofeedback Reduces Food Cravings in High Food Cravers. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 37(4), 241-251.
- Meule, A. y Kübler, A. (2012). Food cravings in food addiction: The distinct role of positive reinforcement. *Eating Behaviors*, 13, 252-255.
- Meule, A., Lutzl, A., Vögele, C. y Kübler, A. (2012). Food cravings discriminate differentially between successful and unsuccessful dieters and non-dieters. Validation of the Food Cravings Questionnaires in German. *Appetite*, 58, 88-97.
- Meule, A., Skirde, A. K., Freund, R., Vögele, C. y Kübler, A. (2012). High-calorie food-cues impair working memory performance in high and low food cravers. *Appetite*, 59, 264-269.

- Meule, A., Westenhöfer, J. y Kübler, A. (2011). Food cravings mediate the relationship between rigid, but not flexible control of eating behavior and dieting success. *Appetite*, 57, 582-584.
- Michael, R. B., Garry, M. y Kirsch, I. (2012). Suggestion, Cognition, and Behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 21(3), 151-156.
- Míguez-Bernárdez, M., De la Montaña-Miguélez, J., González Carnero, J. y González-Rodríguez, M. (2011). Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 472-479.
- Mikolajczyk, R. T., Maxwell, A. E., Ansari, W. E., Stock, C., Petkeviciene, J. y 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. *BMC Public Health*, 10, 40: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/40>
- Miller, W. C. y Miller, T. A. (2010). Attitudes of Overweight and Normal Weight Adults Regarding Exercise at a Health Club. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(1), 2-9.
- MINSAP. (2011). *Programa del médico y enfermera de la familia*. Ciudad de La Habana: eciMed.
- Mitchell, J. P., Heatherton, T. F., Kelley, W. M., Wyland, C. L., Wegner, D. M. y Macrae, C. M. (2007). Separating Sustained From Transient Aspects of Cognitive Control During Thought Suppression. *Psychological Science*, 18(4), 292-297.
- Moffitt, R., Brinkworth, G., Noakes, M. y Mohr, P. (2013). A comparison of cognitive restructuring and cognitive defusion as strategies for resisting a craved food. *Psychology and Health*, 27 (Sup2), 74-90.
- Molina-Quinto, L., Martínez-Ruiz, E., Marco-Juan, J. A. y Moreno-Lucendo, C. (2010). Influencia de los factores psicológicos en el sobrepeso. *Revista de Fundamentos de Psicología*, 2(1), 73-82.
- Monshouwer, K., ten Have, M., van Poppel, M., Kemper, H. y Vollebergh, W. (2013). Possible Mechanisms Explaining the Association Between Physical Activity and Mental Health: Findings From the 2001 Dutch Health Behaviour in School-Aged Children Survey. *Clinical Psychological Science*, 1(1), 67-74.
- Moore, E. L. y Abramowitz, J. S. (2007). The cognitive mediation of thought-control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1949-1955.
- Moore, S. D., King, A. C., Kiernan, M. y Gardner, C. D. (2011). Outcome expectations and realizations as predictors of weight regain among dieters. *Eating Behaviors*, 12, 60-63.

- Mora-Ripoll, R. (2012). Medicina del Estilo de Vida: La importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 48-52.
- Morales-Calatayud, F. (1999). *Psicología de la Salud: conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. Ciudad de La Habana: Científico-Técnica.
- Morewedge, C. K., Huh, Y. E. y Vosgerau, J. (2010). Thought for Food: Imagined Consumption Reduces Actual Consumption. *Science*, 330, 1530-1533.
- Morgan, P. J., Warren, J. M., Lubans, D. R., Collins, C. E. y Callister, R. (2011). Engaging men in weight loss: Experiences of men who participated in the male only SHED-IT pilot study. *Obesity Research y Clinical Practice*, 5, e239-e248.
- Moritz, S. y Jelinek, L. (2011). Further Evidence for the Efficacy of Association Splitting as a Self-Help Technique for Reducing Obsessive Thoughts. *Depression and Anxiety*, 28, 574-581.
- Musaiger, A. O. (2011). Overweight and Obesity in EasternMediterranean Region: Prevalence and Possible Causes. *Journal of Obesity*:
<http://www.hindawi.com/journals/jobs/2011/407237/abs/>
- Mutrie, N. y Faulkner, G. (2004). Physical Activity: Positive Psychology in Motion. En P. A. Linley y S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in Practice* (pp. 146-164). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Najmi, S., Reese, H., Wilhelm, S., Fama, J., Beck, C. y Wegner, D. M. (2010). Learning the Futility of the Thought Suppression Enterprise in Normal Experience and in Obsessive Compulsive Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 1-14.
- Najmi, S., Riemann, B. C. y Wegner, D. M. (2009). Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: Relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 494-503.
- Nederkoorn, C. y Jansen, A. (2002). Cue reactivity and regulation of food intake. *Eating Behaviors*, 3, 61-72.
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J. y Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31, 89-103.
- Noar, S. M., Grant-Harrington, N., Van Stee, S. K. y Shemanski-Aldrich, R. (2011). Tailored Health Communication to Change Lifestyle Behaviors. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(2), 112-122.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.

- Nordgreen, L. F. y Chou, E. Y. (2011). The Push and Pull of Temptation : The Bidirectional Influence of Temptation on Self-Control. *Psychological Science*, 22(11), 1386-1390.
- Nordgreen, L. F. y Chou, E. Y. (2013). A Devil On Each Shoulder: When (and Why) Greater Cognitive Capacity Impairs Self-Control? *Social Psychological and Personality Science*, 4(2), 233-237.
- O'Neill, B. V., Bullmore, E. T., Miller, S., McHugh, S., Simons, S., Dodds, C. M., . . . Nathan, P. J. (2012). The relationship between fat mass, eating behaviour and obesity-related 4 psychological traits in overweight and obese individuals. *Appetite*, 59(3), 656-661.
- Oaten, M. y Cheng, K. (2006). Longitudinal gains in self-regulation from regular physical exercise. *British Journal of Health Psychology*, 11, 717-733.
- Oh, H. y Taylor, A. H. (2012). Brisk walking reduces ad libitum snacking in regular chocolate eaters during a workplace simulation. *Appetite*, 58, 387-392.
- OMS. (2011). Obesidad y sobrepeso. *Nota descriptiva*(Marzo), 311: <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/es/>
- Orbeil, S., Hodgkins, S. y Sheeran, P. (1997). Implementation Intentions and the Theory of Planned Behavior. *Pers Soc Psychol Bull*, 23(9), 945-954.
- Papies, E., Stroebe, W. y Aarts, H. (2008). Healthy Cognition: Processes of Self-Regulatory Success in Restrained Eating. *Pers Soc Psychol Bull*, 34(9), 1290-1300.
- Papies, E., Stroebe, W. y Aarts, H. (2009). Who likes it more? Restrained eaters' implicit attitudes towards food. *Appetite*, 53, 279-287.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A. A., Tountas, Y. 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. A., Jacka, F. N., Williams, L. J., Brennan, S. L., Leslie, E. y Berk, M. (2011). Don't worry, be active: positive affect and habitual physical activity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 1047-1052.
- Passamonti, L., Rowe, J. B., Schwarzbauer, C., Ewbank, M. P., von dem Hagen, E. y Calder, A. J. (2009). Personality Predicts the Brain's Response to Viewing Appetizing Foods: The Neural Basis of a Risk Factor for Overeating. *The Journal of Neuroscience*, 29(1), 43-51.
- Perpiñá, C., Roncero, M. y 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. D. (2008). *Food for Thought: The Relationship between Thought Suppression and Weight Control* (Doctoral Thesis), University of Central Florida, Orlando.
- Petrie, K. J., Booth, R. J. y Pennebaker, J. W. (1998). The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1264-1272.
- Poddar, K., Kolge, S., Bezman, L., Mullin, G. E. y Cheskin, L. J. (2011). Nutraceutical Supplements for Weight Loss: A Systematic Review. *Nutrition in Clinical Practice*, 26(5), 539-552.
- Porrata-Maury, C. (2009). Consumo y preferencias alimentarias de la población cubana con 15 y más años de edad. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 19(1), 87-105.
- Powers, T. A., Koestner, R. y Topciu, R. A. (2005). Implementation Intentions, Perfectionism, and Goal Progress: Perhaps the Road to Hell Is Paved With Good Intentions. *Pers Soc Psychol Bull*, 31(7), 902-912.
- Prener, L., Chuah, L. y Le Roux, C. (2012). Bariatric surgery benefits beyond weight loss. *Appetite*, 58, 1171.
- Presti, R. L., Lai, J., Hildebrandt, T. y Loeb, K. L. (2010). Psychological Treatments for Obesity in Youth and Adults. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 77, 472-487.
- Pronin, E. y Jacobs, E. (2008). Thought Speed, Mood, and the Experience of Mental Motion. *Perspectives on Psychological Science*, 3(6), 461-485.
- Quick, V. M. y Byrd-Bredbenner, C. (2012). Weight regulation practices of young adults. Predictors of restrictive eating. *Appetite*, 59, 425-430.
- Quinn, J. M., Pescoe, A., Wood, W. y Neal, D. T. (2010). Can't control yourself? Monitor those bad habits. *Pers Soc Psychol Bull*, 36(4), 499-511.
- Randle, N. (2012). Can Generalized Self-Efficacy Overcome the Effects of Workplace Weight Discrimination? *Journal of Applied Social Psychology*, 42(3), 751-775.
- Renner, W., Kandler, C., Bleidorn, W., Riemann, R., Angleitner, A., Spinath, F. M. y Menschik-Bendele, J. (2012). Human values: Genetic and environmental effects on five lexically derived domains and their facets. *Personality and Individual Differences*, 52(6), 89-93.
- Rhodes, R. E., Courneya, K. S. y Jones, L. W. (2003). Translating Exercise Intentions into Behavior: Personality and Social Cognitive Correlates. *Journal of Health Psychology*, 8(4), 447-458.
- Richetin, J., Conner, M. y Perugini, M. (2011). Not Doing Is Not the Opposite of Doing: Implications for Attitudinal Models of Behavioral Prediction. *Pers Soc Psychol Bull*, 37(1), 40-54.

- Roca-Perara, M. A. (2000). *Psicología Clínica: Una visión general*. Ciudad de La Habana: Félix Varela.
- Roca-Perara, M. A. (2002). Autoeficacia: Su valor para la Psicoterapia Cognitivo-Conductual. *Revista Cubana de Psicología*, 19(3), 195-200.
- Roca-Perara, M. A. (2007). *¿Es legítima la integración en Psicoterapia?* Universidad de Nuevo León.
- Rodondi, N., Humair, J. P., Ghali, W. A., Ruffieux, C., Stoianov, R., Seematter-Bagnoud, L., . . . Cornuz, J. (2006). Counselling overweight and obese patients in primary care: a prospective cohort study. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 13, 222-228.
- Rodrigues, A. G. M., da Costa-Proença, R. P., Marino-Calvo, M. C. y Rataichesk-Fiates, G. M. (2012). Overweight/obesity is associated with food choices related to rice and beans, colors of salads, and portion size among consumers at a restaurant serving buffet-by-weight in Brazil. *Appetite*, 59, 305-311.
- Rodríguez-Martín, B. C. (2010). Estructura factorial y confiabilidad del White Bear Suppression Inventory en una muestra de adultos mayores de las provincias centrales de Cuba. *Revista Cubana de Psicología*, 23(1), 40-45.
- Rodríguez-Martín, B. C., Cárdenas-Rodríguez, R. y Molerio-Pérez, O. (2012). Predictores de la supresión de pensamientos en jóvenes y adultos mayores: preocupación y vivencias. *Pensando Psicología*, 8(14), 19-27.
- Rodríguez-Martín, B. C., Gómez-Quintana, A., Díaz-Martínez, G. y Molerio-Pérez, O. (2013). Bibliotherapy and Food Cravings Control. *Appetite*, 65(1), 90-95.
- Rodríguez-Martín, B. C. y Molerio-Pérez, O. (Eds.). (2012). *Validación de Instrumentos Psicológicos*. Santa Clara: Feijóo.
- Rodríguez-Martín, B. C., Molerio-Pérez, O., Martínez-Rodríguez, L., González-Paneca, C., Brito-Salas, T. y Navarro-Otero, S. (en prensa). Estructura factorial, confiabilidad y validez del Inventario de Supresión del Oso Blanco en una muestra de población general en Cuba. *Revista Cubana de Psicología*.
- Rodríguez-Martín, B. C., Moritz, S., Molerio-Pérez, O. y Gil-Pérez, P. (2013). Effectiveness of Association Splitting in Reducing Unwanted Intrusive Thoughts in a Nonclinical Sample. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(4), 433-440.
- Rodríguez-Ojea, A., González-Figueredo, N. y González-Alonso, T. (2011). Estigmatización de la obesidad por escolares primarios en la Habana. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 21(1), 71-79.
- Rodríguez, S., Mata, J. L. y Moreno, S. (2007). Psicofisiología del ansia por la comida y la bulimia nerviosa. *Clínica y Salud*, 18(1), 99-118.

- Roehling, M. V., Roehling, P. V. y Maureen-Odland, L. (2008). Investigating the Validity of Stereotypes About Overweight Employees. *Group and Organization Management*, 33(4), 392-424.
- Ronteltap, A., Sijtsema, S. J., Dagevos, H. y de Winter, M. A. (2012). Construal levels of healthy eating: Exploring consumers' interpretation of health in the food context. *Appetite*, 59, 333-340.
- Ross-Middleton, K. M., Patidar, S. M. y Perri, M. G. (2012). The impact of extended care on the long-term maintenance of weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews*, 13, 509-517.
- Ruíz-Prieto, I., Santiago-Fernández, M., Bolaños-Ríos, P. y Jáuregui-Lobera, I. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 12(1330-1348).
- Ruwaard, J., Lange, A., Broeksteeg, J., Renteria-Agirre, A., Schrieken, A., Dolan, C. V. y Emmelkamp, P. (2013). Online Cognitive-Behavioural Treatment of Bulimic Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(4), 308-318.
- Santonja, F. J., Morales, A., Villanueva, R. J. y Cortés, J. C. (2012). Analysing the effect of public health campaigns on reducing excess weight: A modelling approach for the Spanish Autonomous Region of the Community of Valencia. *Evaluation and Program Planning*, 35, 34-39.
- Savoy, S., Almeida, L. y Boxer, P. (2012). The Relation of Weight Stigmatization to Psychological Adjustment. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(9), 2285-2308.
- Sayers, M. y Sayette, M. A. (2013). Suppression on Your Own Terms: Internally Generated Displays of Craving Suppression Predict Rebound Effects. *Psychological Science*. <http://pss.sagepub.com/content/early/2013/07/10/0956797613479977>
- Schwartz, S. H. (2006). Basic human values: Theory, measurement, and applications. *Revue Française de Sociologie*, 47, 929-968.
- Schwartz, S. H. y Boehnke, K. (2004). Evaluating the structure of human values with confirmatory factor analysis. *Journal of Research in Personality*, 38, 230-255.
- Schweiger-Gallo, I., Pfau, F. y Gollwitzer, P. M. (2012). Furnishing hypnotic instructions with implementation intentions enhances hypnotic responsiveness. *Consciousness and Cognition*, 21(2), 1023-1030.
- Seery, M. D. (2011). Resilience: A silver lining to experiencing adverse life events? *Current Directions in Psychological Science*, 20(6), 1023-1030.
- Sehested, T. S. G., Hansen, T. W., Olsen, M. H., Abildstrøm, S. Z., Rasmussen, S., Ibsene, H., . . . Jørgen, J. (2010). Measures of overweight and obesity and risk of cardiovascular

- disease: a population-based study. *European Journal of Cardiovascular Prevention y Rehabilitation*, 17(4), 486-490.
- Shalev, I. y Bargh, J. A. (2011). Use of Priming-Based Interventions to Facilitate Psychological Health: Commentary on Kazdin and Blase (2011). *Perspectives on Psychological Science*, 6(5), 488-492.
- Sheeran, P., Webb, T. L. y Gollwitzer, P. M. (2005). The Interplay Between Goal Intentions and Implementation Intentions. *Pers Soc Psychol Bull*, 31(1), 87-98.
- Shepperd, J. A., Klein, W. M. P., Waters, E. A. y Weinstein, N. D. (2013). Taking Stock of Unrealistic Optimism. *Perspectives on Psychological Science*, 8(4), 395-411.
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G. y Gross, J. J. (2011). Emotion-Regulation Choice. *Psychological Science*, 22(11), 1391-1396.
- Shoham, V. e Insel, T. R. (2011). Rebooting for Whom? Portfolios, Technology, and Personalized Intervention. *Perspectives on Psychological Science*, 6(5), 478-482.
- Shouse, S. H. y Nilsson, J. (2011). Self-silencing, emotional awareness and eating behaviour in college woman. *Psychology of Women Quarterly*, 35(3), 451-457.
- Siep, N., Roefs, A., Roebroek, A., Havermans, R., Bonte, M. y Jansen, A. (2012). Fighting food temptations: The modulating effects of short-term cognitive reappraisal, suppression and up-regulation on mesocorticolimbic activity related to appetitive motivation. *NeuroImage*, 60(1), 213-220.
- Sikorski, C., Luppá, M., Kaiser, M., Glaesmer, H., Schomerus, G., König, H.-H. y Riedel-Heller, S. G. (2011). The stigma of obesity in the general public and its implications for public health-a systematic review. *BMC Public Health*, 11, 661: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/661>
- Simkin-Silverman, L. R., Conroy, M. B. y King, W. C. (2008). Treatment of Overweight and Obesity in Primary Care Practice: Current Evidence and Future Directions. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2(4), 296-304.
- Sin, N. L. Y. y Vartanian, L. R. (2012). Is counter-regulation among restrained eaters a result of motivated overeating? *Appetite*, 59, 488-493.
- Snowdon, W., Potter, J. L., Swinburn, B., Schultz, J. y Lawrence, M. (2010). Prioritizing policy interventions to improve diets? Will it work, can it happen, will it do harm? *Health Promotion International*, 25(1), 123-133.
- Söderlund, A., Fischer, A. y 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. y Braet, C. (2006). 'The weight of a thought': Food-related thought suppression in obese and normal-weight youngsters. *Appetite*, 46, 309-317.
- Soetens, B., Braet, C., Dejonckheere, P. y Roets, A. (2006). 'When Suppression Backfires' : The Ironic Effects of Suppressing Eating-related Thoughts. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 655-668.
- Soetens, B., Braet, C. y 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.
- Songprakun, W. y McCann, T. V. (2012). Evaluation of a bibliotherapy manual for reducing psychological distress in people with depression: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2674-2684.
- Soto, A. y López-Villalta, M. (2010). Actualización en Obesidad. *Cad Aten Primaria*, 17, 101-107
- Spring, B., Duncan, J. M., Janke, A., Kozak, A. T., McFadden, G., DeMott, A., . . . Hedeker, D. (2013). Integrating Technology into Standard Weight Loss Treatment: A Randomized Controlled Trial. *JAMA Intern Med*, 173(2), 105-111.
- Stadler, G., Oettingen, G. y Gollwitzer, P. M. (2010). Intervention Effects of Information and Self-Regulation on Eating Fruits and Vegetables Over Two Years. *Health Psychology*, 29(3), 274-283.
- Stapleton, P., Sheldon, T., Porter, B. y Whitty, J. (2011). A Randomised Clinical Trial of a Meridian-Based Intervention for Food Cravings With Six-Month Follow-Up. *Behaviour Change*, 28(1), 1-16.
- Steel, J. (2008). Chocolate and Bread: Gendering Sacred and Profane Foods in Contemporary Cultural Representations. *Theology and Sexuality*, 14(3), 321-334.
- Steenhuis, I., van Assema, P., van Breukelen, G., Glanz, K., Kok, G. y de Vries, H. (2004). The impact of educational and environmental interventions in Dutch worksite cafeterias. *Health Promotion International*, 19(3), 335-343.
- Stein, D. J. (2009). The Psychobiology of Resilience. *CNS Spectrum*, 14(2), 41-47.
- Stewart-Williams, S. y Pood, J. (2004). The placebo effect: dissolving the expectancy versus conditioning debate. *Psychological Bulletin*, 130, 324-340.
- Stewart, B. D. y Payne, B. K. (2008). Bringing Automatic Stereotyping Under Control: Implementation Intentions as Efficient Means of Thought Control. *Pers Soc Psychol Bull*, 34(3), 381-393.
- Stubbs, J., Whybrow, S., Teixeira, P., Blundell, J., Lawton, C., Westenhoefer, J., . . . Raats, M. (2011). Problems in identifying predictors and correlates of weight loss and

- maintenance: implications for weight control therapies based on behaviour change. *Obesity reviews*, 12, 688-708.
- Svaldi, J., Tuschen-Caffier, B., Lackner, H. K., Zimmermann, S. y Naumann, E. (2012). The effects of emotion regulation on the desire to overeat in restrained eaters. *Appetite*, 59, 256-263.
- Tam, L., Bagozzi, R. P. y Spanjol, J. (2010). When Planning Is Not Enough: The Self-Regulatory Effect of Implementation Intentions on Changing Snacking Habits. *Health Psychology*, 29(3), 284-292.
- Tanaka, M., Adachi, Y., Adachi, K. y Sato, C. (2010). Effects of a Non-Face-to-Face Behavioral Weight-Control Program Among Japanese Overweight Males: A Randomized Controlled Trial. *Internacional Journal of Behavioural Medicine*, 17, 10-24.
- Teixeira, P., Silva, M. N., Coutinho, S. R., Palmeira, A. L., Mata, J. L., Vieira, P. N., . . . Sardinha, L. B. (2010). Mediators of Weight Loss and Weight Loss Maintenance in Middle-aged Women. *Obesity*, 18(4), 725-735.
- Tichner, I. y Malson, H. (2012). Deconstructing Health and the Un/Healthy Fat Woman. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 22(1), 50-62.
- Tiggemann, M. y Kemp, E. (2005). The phenomenology of food cravings: The role of mental imagery. *Appetite*, 45, 305-313.
- Timmerman, G. L. y Gregg, E. K. (2003). Dieting, Perceived Deprivation, and Preoccupation with Food. *Western Journal of Nursing Research*, 25(4), 405-418.
- Trethewey, N. (2013). The effects of mental imagery on implementation intentions: specifically in regards to exercise goal achievement. *The Plymouth Student Scientist*, 6(1), 272-288.
- Tsai, A. G., Abbo, E. D. y Ogden, L. D. (2011). The time burden of overweight and obesity in primary care. *BMC Health Services Research*, 11, 191: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/191>
- Turner, R. N., Wildschut, T. y Sedikides, C. (2012). Dropping the weight stigma: Nostalgia improves attitudes toward persons who are overweight. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48, 130-137.
- van Berckel, J., Boot, C. R. L., Bongers, P. M. y van der Beek, A. J. (2011). Mindful "Vitality in Practice": an intervention to improve the work engagement and energy balance among workers; the development and design of the randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 11, 736: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/736>

- Van Dillen, L., Papies, E. y Hoffman, W. (2013). Turning a Blind Eye to Temptation: How Cognitive Load Can Facilitate Self-Regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(3), 427-443.
- van Koningsbruggen, G. M., Stroebe, W., Papies, E. y Aarts, H. (2011). Implementation intentions as goal primes: Boosting self-control in tempting environments. *European Journal of Social Psychology*, 41, 551-557.
- van Loan, M. D., Keim, N. L., Adams, S. H., Souza, E., Woodhouse, L. R., Thomas, A. T., . . . Spurlock, M. (2011). Dairy Foods in a Moderate Energy Restricted Diet Do Not Enhance Central Fat, Weight, and Intra-Abdominal Adipose Tissue Losses nor Reduce Adipocyte Size or Inflammatory Markers in Overweight and Obese Adults: A Controlled Feeding Study. *Journal of Obesity*:
<http://www.hindawi.com/journals/jobes/2011/989657/>
- van Strien, T., Herman, C. P. y Verheijden, M. K. (2012). Eating style, overeating and weight gain: A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite*, 59, 782-789.
- van Tilburg, W. A. P. y Igou, E. R. (2012). On the meaningfulness of behavior: An expectancy x value approach. *Motivation and Emotion*: doi:10.1007/s11031-012-9316-3
- Verweij, L. M., Coffeng, J., van Mechelen, W. y Proper, K. I. (2011). Meta-analyses of workplace physical activity and dietary behaviour interventions on weight outcomes. *Obesity reviews*, 12, 406-429.
- Vohs, K. D., Wang, Y., Gino, F. y Norton, M. I. (2013). Rituals Enhance Consumption. *Psychological Science*:
<http://pss.sagepub.com/content/early/2013/07/17/0956797613478949>
- Vollmer, C. y Randler, C. (2012). Circadian preferences and personality values: Morning types prefer social values, evening types prefer individual values. *Personality and Individual Differences*, 52(6), 738-743.
- Vreugdenburg, L., Bryan, J. y Kemps, E. (2003). The effect of self-initiated weight-loss dieting on working memory: the role of preoccupying cognitions. *Appetite*, 41, 291-300.
- Wadlinger, H. A. e Isaacowitz, D. M. (2010). Fixing our Focus: Training attention to Regulate Emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 2(10), 1-28.
- Wal, R. C. v. d. y Van Dillen, L. (2013). Leaving a Flat Taste in Your Mouth : Task Load Reduces Taste Perception. *Psychological Science*, 24(7), 1277-1284.
- Waters, A. J., Burgess, A., Hughes, D. L., Jovanovic, J. L., Miller, E. K., Li, Y. y Basen-Engquist, K. M. (2012). Outcome Expectancies and Expectancy Accessibility in Exercise Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(2), 414-439.

- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, *101*, 34-52.
- Wegner, D. M. (1997). When the antidote is the poison. Ironic Mental Control Processes. *Psychological Science*, *8*(3), 148-150.
- Wegner, D. M. (2009). How to think, say or do precisely the worst thing for any occasion. *Science*, *325*(48), 48-50.
- Wegner, D. M. y Erskine, J. A. K. (2003). Voluntary involuntariness: Thought suppression and the regulation of the experience of will. *Consciousness and Cognition*, *12*, 684-694.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. y White, T. L. (1987). Paradoxical Effects of Thought Suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*(1), 5-13.
- Wegner, D. M. y Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *6*(4), 615-640.
- Wells, A. y 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.
- Wendell, J. W., Masuda, A. y Le, J. C. (2012). The role of body image flexibility in the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating symptoms among non-clinical college students. *Eating Behaviors*, *13*, 240-245.
- Wenzlaff, R. M. y Bates, D. E. (2000). The Relative Efficacy of Concentration and Suppression Strategies of Mental Control. *Pers Soc Psychol Bull*, *26*(10), 1200-1212.
- Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M. y Klein, S. B. (1991). The Role of Thought Suppression in the Bonding of Thought and Mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*(4), 500-508.
- Whalley, B. y Hyland, M. E. (2009). One size does not fit all: Motivational predictors of contextual benefits of therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *82*, 291-303.
- Wheeler, P. y Hyland, M. E. (2008). Dispositional Predictors of Complementary Medicine and Vitamin Use in student. *Journal of Health Psychology*, *13*(4), 516-519.
- Wiers, R. W., Gladwin, T. E., Hoffman, W., Salemink, E. y Ridderinkhof, R. (2013). Cognitive Bias Modification and Cognitive Control Training in Addiction and Related Psychopathology: Mechanisms, Clinical Perspectives, and Ways Forward. *Clinical Psychological Science*, *1*(2), 192-212.
- Wilson, G. T. y Zandberg, L. J. (2012). Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: Effectiveness and scalability. *Clinical Psychology Review*, *32*, 343-357.

- Wott, C. B. y Carels, L. A. (2010). Overt Weight Stigma, Psychological Distress and Weight Loss Treatment Outcomes. *Journal of Health Psychology, 15*(4), 608-614.
- Wu, T., Gao, X., Chen, M. y van Dam, R. M. (2009). Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis. *Obesity reviews, 10*, 313–323.
- Yates, B. T. (2011). Delivery Systems Can Determine Therapy Cost, and Effectiveness, More Than Type of Therapy. *Perspectives on Psychological Science, 6*(5), 498-502.
- Yu, N., Chen, C., Liu, C., Chau, Y. y Chang, C. (2011). Association of Body Mass Index and Depressive Symptoms in a Chinese Community Population: Results from the Health Promotion Knowledge, Attitudes, and Performance Survey in Taiwan. *Chang Gung Med J, 34*, 620-627.

Anexo 1

Tabla 18. Trastornos clínicos relacionados con la obesidad.

<p>Corazón</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatía isquémica prematura • Hipertrofia cardíaca izquierda • Muerte súbita • Insuficiencia cardiaca congestiva 	<p>Sistema Respiratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de apnea obstructiva del sueño • Síndrome de Pickwick • Policitemia secundaria • Hipertrofia ventricular izquierda.
<p>Sistema Vascular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión Arterial • Accidente cerebrovascular • Estasis venosas 	<p>Sistema Hormonal y Metabólico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes <i>mellitus</i> (Tipo II) • Gota • Hiperlipidemias
<p>Riñón</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteinuria • Trombosis venosa renal 	<p>Sistema hepatobiliar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colelitiasis • Esteatosis hepática
<p>Piel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrías • Acantosis <i>nigricans</i> • Hirsutismo • Intertrigo • Callosidades plantares • Papilomatosis axilar o cervical 	<p>Neoplasias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riesgo aumentado de cáncer endometrial, de colon, de próstata y de mama
	<p>Funciones Reproductiva y Sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones obstétricas • Menstruación irregular • Fertilidad disminuida
<p>Sistema locomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osteoartritis de rodilla • Espolón calcáneo • Osteoartritis de columna vertebral • Agravación de otros defectos posturales 	<p>Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> • >riesgo quirúrgico y anestésico • >propensión a los accidentes • <agilidad física • Interfiere con otros diagnósticos

Fuente: Tabla 12-7 de Durán-García y Griera-Borrás (2004, p.2 762), modificada.

Anexo 2

Consentimiento Informado de la 1ra Etapa

Yo _____ he sido informado por el encuestador _____ sobre los objetivos y particularidades de la investigación que se encuentra desarrollando la Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Con la misma se pretende realizar una caracterización de las particularidades de los pensamientos intrusos, el ansia por la comida y las estrategias para su control en individuos con peso normal, con sobrepeso y obesos.

He sido invitado a participar en dicha investigación para lo cual tengo conocimiento de que deberé contestar una serie de encuestas y cuestionarios, garantizándose la confidencialidad de mis respuestas. De igual manera, se me ha explicado que tengo el derecho de no continuar en la investigación si así fuese mi voluntad, sin perjuicio de seguir recibiendo la atención asistencial correspondiente.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Anexo 3

Consentimiento Informado de la 2da Etapa

Yo _____ he sido informado por el investigador _____ sobre las características del estudio que se pretende llevar a cabo para el autocontrol de la elaboración del ansia por la comida.

He sido invitado a participar en dicha investigación para lo cual tengo conocimiento de que deberé contestar una serie de encuestas y cuestionarios, garantizándose la confidencialidad de mis respuestas. También he sido informado de que se me orientará seguir un recurso para el autocontrol del ansia por la comida durante un período de tres meses y que a los 10 meses los investigadores retomarán el contacto para una nueva evaluación. De igual manera, se me ha explicado que tengo el derecho de no continuar en la investigación si así fuese mi voluntad, sin perjuicio de seguir recibiendo la atención asistencial correspondiente.

Firma del Participante:

Firma del Investigador:

Anexo 4

Modelo de registro de peso y estatura

Nombre del participante:		
Policlínico:		
Consultorio:		
Estatura:		
Peso Inicial:	Peso 1 mes:	Peso 3 meses
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Médico-Enfermero (a)	Médico-Enfermero (a)	Médico-Enfermero (a)
_____	_____	_____
Firma	Firma	Firma

Anexo 5

Entrevista Estructurada

Nombre: _____

Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____ Nivel Educativo _____

Enfermedades que padece: _____

Medicamentos que tiene indicados: _____

Preguntas:

1. ¿Le preocupa su peso corporal? No _____ Sí _____

2. ¿Cuál es su motivación principal para participar en este estudio?

3. En su opinión ¿cuál es la causa que más contribuye a que usted gane peso?

4. ¿Cuál es el método que más utiliza para perder peso?

5. ¿Está llevando a cabo actualmente alguna “dieta”? No _____ Sí _____

6. ¿Ha hecho “dietas” con anterioridad? No _____ Sí _____

7. ¿Practica usted ejercicios regularmente? No _____ Sí _____

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 6

Cuestionario del Ciclo del Peso

Instrucciones:

Tomando en cuenta su experiencia vital en el control de su peso corporal, responda con la mayor sinceridad que pueda, atendiendo a la siguiente escala:

1= Nunca; 2= Rara vez; 3= Algunas veces; 4= Siempre.

No.	Proposiciones	1	2	3	4
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 7

Inventario de Supresión del Oso Blanco (WBSI)

Instrucciones

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

1= Completamente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Neutral;

4= Bastante de acuerdo y 5= Completamente de acuerdo.

No	Proposiciones	1	2	3	4	5
1	Hay cosas en las que prefiero no pensar.					
2	Algunas veces me pregunto por qué tengo determinados pensamientos.					
3	Tengo pensamientos que no puedo eliminar.					
4	Hay imágenes que vienen a mi cabeza que no puedo parar.					
5	Mis pensamientos vuelven normalmente alrededor de una sola idea.					
6	Desearía dejar de pensar en ciertas cosas.					
7	Algunas veces mi mente va tan rápido que desearía poder detenerla.					
8	Siempre intento de alejar los problemas de mi mente.					
9	Existen pensamientos que constantemente vienen a mi cabeza.					
10	Paso mucho tiempo intentando que los pensamientos no se introduzcan en mi mente.					
11	Existen pensamientos sobre los que intento no pensar.					
12	Algunas veces desearía realmente poder dejar de pensar.					
13	A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos.					
14	Tengo pensamientos que intento evitar.					
15	Tengo muchos pensamientos que no se los cuento a nadie.					

Anexo 8

Inventario de Supresión de Pensamientos relacionados con la comida

La mayoría de las personas tiene alguna vez pensamientos, ideas o imágenes inoportunas sobre comida 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, atendiendo a la siguiente escala:

1= Completamente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Neutral;

4= Bastante de acuerdo y 5= Completamente de acuerdo.

No	Proposiciones	1	2	3	4	5
1	Hay comidas en las que prefiero no pensar.					
2	Algunas veces me pregunto por qué tengo determinados pensamientos sobre la comida.					
3	Tengo pensamientos sobre comida que no puedo eliminar.					
4	Hay imágenes sobre comida que vienen a mi cabeza que no puedo parar.					
5	Mis pensamientos vuelven normalmente alrededor de una sola idea: la comida.					
6	Desearía dejar de pensar en ciertas comidas.					
7	Algunas veces mi mente va tan rápido acerca de algunas comidas que desearía poder detenerla.					
8	Siempre intento alejar de mi mente las comidas.					
9	Existen pensamientos sobre comida que constantemente vienen a mi cabeza.					
10	Paso mucho tiempo intentando que los pensamientos sobre la comida no se introduzcan en mi mente.					
11	Hay comidas sobre las que intento no pensar.					
12	Algunas veces desearía realmente poder dejar de pensar en la comida.					
13	A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos sobre la comida.					
14	Tengo pensamientos sobre comida que intento evitar.					
15	Tengo muchos pensamientos sobre comida que no se los cuento a nadie.					

Anexo 9

Inventario de Supresión de Pensamientos sobre el peso y la forma del cuerpo.

La mayoría de las personas tiene alguna vez, pensamientos, ideas o imágenes inoportunas sobre el peso o la forma del cuerpo, 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, atendiendo a la siguiente escala:

1= Completamente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Neutral;

4= Bastante de acuerdo y 5= Completamente de acuerdo.

No.	Proposiciones	1	2	3	4	5
1	No quisiera pensar sobre el peso o la forma de mi cuerpo.					
2	Algunas veces me pregunto por qué tengo determinados pensamientos sobre el peso o la forma de mi cuerpo.					
3	Tengo pensamientos sobre el peso o la forma de mi cuerpo que no puedo eliminar.					
4	Hay imágenes sobre el peso o la forma de mi cuerpo, que vienen a mi cabeza y que no puedo parar.					
5	Mis pensamientos vuelven normalmente alrededor de una sola idea: el peso o la forma de mi cuerpo.					
6	Desearía dejar de pensar en el peso o la forma de mi cuerpo.					
7	Algunas veces mi mente va tan rápido acerca del peso o la forma de mi cuerpo, que desearía poder detenerla.					
8	Siempre intento alejar de mi mente los pensamientos sobre el peso o la forma de mi cuerpo.					
9	Existen pensamientos sobre el peso o la forma de mi cuerpo, que constantemente vienen a mi cabeza.					
10	Paso mucho tiempo intentando que los pensamientos sobre el peso o la forma de mi cuerpo no se introduzcan en mi mente.					
11	Existen pensamientos acerca del peso o la forma de mi cuerpo sobre los que intento no pensar.					
12	Algunas veces desearía realmente poder dejar de pensar en mi peso o la forma de mi cuerpo.					
13	A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos sobre el peso o la forma de mi cuerpo.					
14	Tengo pensamientos sobre el peso o la forma de mi cuerpo que intento evitar.					
15	Tengo muchos pensamientos sobre el peso o la forma de mi cuerpo que no se los cuento a nadie.					

Anexo 10

Cuestionario del Ansia por la Comida como Rasgo

Hemos escrito una lista de comentarios que algunas personas han hecho acerca de sentimientos, pensamientos, deseos, tentaciones, y antojos relacionados con la comida y comer. Por favor, utilizando los números que hay debajo de cada descripción, escriba en el espacio de la izquierda la frecuencia con la que usted se siente así, o hasta qué punto cada comentario describe cómo usted piensa o se siente de forma general:

1= Nunca, 2= Raramente, 3= Algunas veces, 4= A menudo,
5= Casi Siempre, 6= Siempre.

No.	Proposiciones	1	2	3	4	5	6
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 por la comida.						
9	Como para sentirme mejor.						
10	Algunas veces, mi vida parece perfecta cuando como lo que me gusta.						
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.						

(Continúa en la página siguiente)

Anexo 10

Cuestionario del Ansia por la Comida como Rasgo (Continuación)

1= Nunca, 2= Raramente, 3= Algunas veces, 4= A menudo,
5= Casi Siempre, 6= Siempre.

No.	Proposiciones	1	2	3	4	5	6
18	Cada vez que deseo comer algo en particular me pongo a hacer planes para comerlo.						
19	El comer me tranquiliza						
20	Siento deseos de comer cuando estoy aburrido (a), enfadado (a), o triste (a)						
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 gusta me sienta estupendamente.						
25	No tengo la fuerza de voluntad para resistirme, cuando tengo deseos de comer algo en particular.						
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 es acerca de comer.						
31	Cuando tengo muchas ganas de comer algo estoy obsesionado con comer lo que deseo.						
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, hago lo mismo.						
37	Comer me alivia.						
38	Cuando estoy muy estresado (a) me entran deseos fuertes de comer.						
39	Me entran deseos fuertes de comer cuando estoy disgustado (a).						

Anexo 11

Cuestionario de Control de Pensamientos

Instrucciones:

Estamos interesados en las técnicas o recursos que utilizas **generalmente** para controlar este tipo de pensamientos indeseados y molestos. Por favor lee detenidamente cada una de las afirmaciones, e **indica la frecuencia con que utilizas cada técnica**, atendiendo a la siguiente escala:

1= Nunca; 2= A veces; 3= Con frecuencia y 4= Siempre

Quando experimento un pensamiento desagradable o que no deseo:		1	2	3	4
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 río 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	Les pregunto a mis amigos si ellos tienen pensamientos similares.				
16	Le cuento a un amigo el pensamiento				

Anexo 12

Cuestionario de habilidad de control de pensamientos (Versión Reducida)

Instrucciones:

A menudo aparecen en nuestra mente pensamientos, imágenes o impulsos que nos resultan inoportunos, inaceptables y/o molestos. A continuación aparecerán una serie de afirmaciones, referidas a su experiencia cotidiana con este tipo de pensamientos. 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.

No.	Proposiciones	1	2	3	4	5
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 13

Cuestionario de reacciones emocionales y conductuales a las Intrusiones

Instrucciones:

A menudo aparecen en nuestra mente pensamientos, imágenes o impulsos que nos resultan inoportunos, inaceptables o molestos y/o molestos. Ante la presencia de los mismos resulta común experimentar diversas reacciones emocionales o conductuales. Responda acerca de la frecuencia con la que aparecen las siguientes reacciones en su vida cotidiana, atendiendo a la siguiente escala:

0= Nunca; 1= Raras veces; 2= A menudo; 3= Frecuentemente y 4= Siempre.

Los pensamientos intrusos e indeseados		0	1	2	3	4
1	Me hacen perder el control.					
2	Me hacen sentir triste o desdichado (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.					

Anexo 14

Información al participante en la 1ra etapa de la investigación

Los índices de personas con obesidad y sobrepeso han ido en aumento durante los últimos 30 años. A todo ello han contribuido: un ambiente obesogénico, la disposición genética de muchas personas que favorece la acumulación de grasa y un estilo de vida sedentario o poco saludable. Si bien se han ideado programas dietéticos basados en los avances de la ciencia que incluyen la restricción calórica, el incremento de la práctica de ejercicios y terapias psicológicas como los elementos de mayor efectividad, se ha hecho difícil que las personas mantengan su adherencia a los mismos. También se ha observado que las personas recuperan la mitad del peso perdido al año siguiente de haber realizado el programa y a los tres años han recuperado o excedido ese peso.

Un problema que puede conllevar a ello es que se les hace difícil lidiar con la tentación de ingerir determinados alimentos, lo cual genera ansias por la comida, que son agravadas por un grupo de pensamientos intrusos relacionados. Sin embargo, en nuestro país apenas se dispone de estudios que permitan analizar cómo las personas procesan sus pensamientos intrusos y ansias por la comida; así como si sus intentos de controlarlos resultan o no exitosos. Esta es una investigación aprobada por el Consejo Científico de la Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas (UCLV) y diseñada para analizar estos aspectos específicamente. Para ello necesitamos que colabore mediante la actualización de su peso (en kilogramos) y talla (en metros) en el consultorio del médico de familia al que usted pertenece y complete un grupo de instrumentos de evaluación.

Debe conocer que usted tiene el derecho de salir del estudio en el momento en que lo estime conveniente. Para mayor información puede contactar en la facultad de Psicología de la UCLV con el M.Sc. Boris Camilo Rodríguez Martín, profesor e investigador responsable del proyecto en el teléfono (042) 281363 o por el correo electrónico: borisc@uclv.edu.cu

Muchas gracias por su atención.

Anexo 15

Guía de autoayuda para el autocontrol del ansia por la comida

Descargar desde:

[\\out.uclv.edu.cu\out.uclv.edu.cu\psi](http://out.uclv.edu.cu/out.uclv.edu.cu/psi)

Anexo 16

Inventario de Sugestionabilidad (Versión Reducida)

Instrucciones:

A continuación se ofrecen un grupo de situaciones que pueden ocurrirle a cualquier persona en la vida cotidiana. Por favor conteste atendiendo a la frecuencia con la que le ocurren a usted:

0= Casi nunca; **1=** Pocas veces; **2=** Unas veces sí y otras no;

3= Muchas veces; **4=** Casi siempre.

No.	Proposiciones	0	1	2	3	4
1	La opinión de los demás cuenta mucho para mí.					
2	Es fácil para mí contagiarme del estado de ánimo de otros.					
3	Me suelen afectar las películas de terror.					
4	Cuando me concentro en algo puedo quedarme absorto.					
5	Soy una persona impresionable.					
6	Sueño despierto (a)					
7	Las películas emotivas me hacen llorar fácilmente.					
8	Tiendo a creer lo que me dicen los demás.					

Anexo 17

Test de Optimismo (Versión Reducida)

Instrucciones:

Las siguientes preguntas se refieren a cómo Usted, de manera general ve la vida. Después de cada pregunta, díganos si está de acuerdo o en desacuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo nos interesa su opinión:

1= Completamente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Neutral;

4= Bastante de acuerdo y 5= Completamente de acuerdo.

No.	Proposiciones	1	2	3	4	5
1	En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor.					
2	Me resulta fácil relajarme.					
3	Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará					
4	Siempre soy optimista en cuanto al futuro					
5	Disfruto mucho de mis amistades.					
6	Para mí es importante estar siempre ocupado.					
7	Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera					
8	No me disgusta fácilmente					
9	Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas					
10	En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas.					

Anexo 18

Escala de Resiliencia de Connor-Davison

Instrucciones:

Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o caso durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda de acuerdo con cómo cree que se hubiera sentido. Utilice para ello la siguiente escala:

0= En absoluto, 1= Rara vez, 2= A veces, 3= A menudo, 4= Casi siempre.

No.	Proposiciones	0	1	2	3	4
1	Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios					
2	Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado (a).					
3	Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte/Dios pueden ayudarme.					
4	Puedo enfrentarme a cualquier cosa.					
5	Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme a nuevos desafíos y dificultades.					
6	Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico.					
7	Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte.					
8	Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades.					
9	Buenas o malas, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón.					
10	Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado.					
11	Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos.					
12	No me doy por vencido (a), aunque las cosas parezcan no tener solución.					
13	Durante los momentos de estrés/ crisis, sé dónde puedo buscar ayuda.					
14	Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente.					
15	Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo, a dejar que otros decidan por mí.					
16	No me desanimo fácilmente ante el fracaso.					
17	Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales.					
18	Si es necesario, puedo tomar decisiones difíciles que podrían afectar a otras personas.					
19	Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado.					
20	Al enfrentarse a los problemas a veces hay que actuar intuitivamente (sin saber por qué)					
21	Tengo un fuerte sentido de propósito en la vida.					
22	Me siento en control de mi vida.					
23	Me gustan los desafíos.					
24	Trabajo para alcanzar mis objetivos, sin importar las dificultades en el camino					
25	Estoy orgulloso/a de mis logros.					

Anexo 19

Encuesta Reducida de Valores de Schwartz

Instrucciones

Al leer la siguiente encuesta, usted debe responder: ¿Qué valores son importantes para mí como principios por los que me guío? ¿Cuáles no lo son? Para responder use la siguiente escala:

-1= Opuesto a mis principios, 0-2= No es importante, 3-5= Importante, 6= Muy importante y 7= Importancia suprema

1. Conformidad: Tendencia hacia el control de acciones, inclinaciones o impulsos que puedan perturbar o dañar a otros, violar las normas o un comportamiento socialmente esperado (diplomacia, autodisciplina, mostrar respeto, obediencia).

-1	0	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Tradición: Orientación hacia el respeto, compromiso y aceptación de las costumbres e ideas promovidas por la cultura o religión (respetar las costumbres, moderación, humildad, aceptación, devoción).

-1	0	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

3. Benevolencia: Orientación hacia el cuidado del bienestar de aquellos con los que se tiene un contacto interpersonal frecuente (lealtad, honestidad, servicio, responsabilidad, compasión).

-1	0	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

4. Universalidad: Orientación hacia la comprensión, apreciación, tolerancia y protección del bienestar de todas las personas y la naturaleza (igualdad, pacifismo, ecologismo, sabiduría, estética, justicia social).

-1	0	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

5. Autodirección: Orientación hacia la independencia de pensamiento y acción, para elegir, crear y explorar (libertad, creatividad, independencia, curiosidad).

-1	0	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

6. Estimulación: Orientación hacia la búsqueda constante de vivencias novedosas, excitantes y retos para enfrentar (una vida excitante, llena de retos, cambios y aventuras).

-1	0	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

Continúa en la página siguiente

Anexo 19

Encuesta Reducida de Valores de Schwartz (continuación)

Escala de respuestas

-1= Opuesto a mis principios, 0-2= No es importante, 3-5= Importante,

6= Muy importante y 7= Importancia suprema

7. Hedonismo: Orientación hacia el placer y la gratificación sensorial (placer, disfrute, ocio y autoindulgencia).

-1	0	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

8. Logro: Orientación hacia el éxito individual mediante la demostración de competencias, adecuadas con los estándares sociales (trabajo duro, tener influencias, aspiraciones, capacidades, éxito).

-1	0	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

9. Poder: Orientación hacia el éxito, la búsqueda de estatus social y prestigio; implica ejercer el control o la dominación sobre personas y recursos (dominio, bienes materiales, autoridad, prestigio).

-1	0	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

10. Seguridad: Orientación hacia la búsqueda de seguridad, armonía y estabilidad tanto individual como en las relaciones interpersonales (seguridad y orden social, nacional y familiar; reciprocidad y transparencia).

-1	0	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

Anexo 20

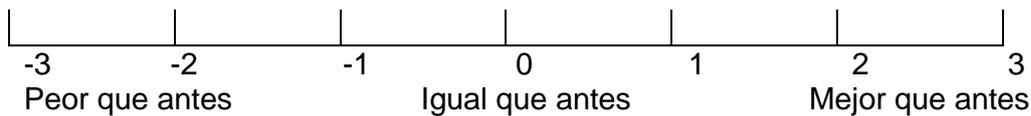
Entrevista Estructurada de Seguimiento

Nombre: _____

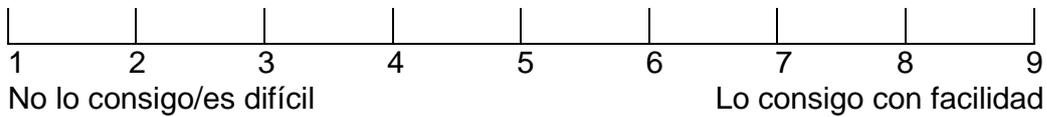
Enfermedades de diagnóstico reciente: _____

Preguntas:

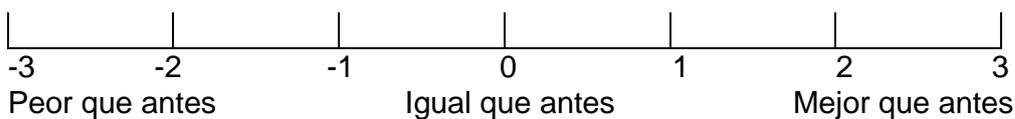
1. ¿Cómo se ha sentido durante el tiempo transcurrido desde el último encuentro?
2. ¿Ha ocurrido algún (os) suceso (s) con repercusiones significativas sobre su vida?
¿Cuál o cuáles?
3. ¿Puede controlar sus pensamientos relacionados con la comida?



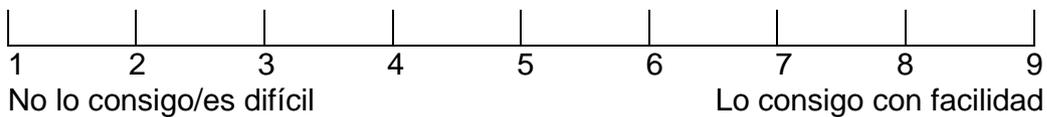
4. ¿Con cuánta facilidad lo ha conseguido desde el último encuentro?



5. ¿Puede controlar sus ansias o deseos de comer?



6. ¿Con cuánta facilidad lo ha conseguido desde el último encuentro?



Pregunta adicional para los participantes que reciben la Guía de Autoayuda:

7. ¿Puede reportar si algún o algunos recursos ofrecidos en la Guía de Autoayuda, le resultaron de mayor utilidad durante este período de tiempo?

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 21

Entrevista Estructurada de Retroalimentación

Nombre:

Hace algunos meses usted participó en un estudio que evaluó la efectividad del [nombre del recurso] para el control de los pensamientos intrusos y el ansia por la comida. Estamos interesados en conocer la opinión que tiene sobre el mismo, así los posibles cambios que pudo generar en su *estilo de vida*.

Preguntas:

1. En la actualidad, ¿considera que el recurso empleado le resulta de utilidad?

No _____ Sí_____

2. ¿Se ha sentido satisfecho con la utilización del mismo? No_____ Sí_____

3. ¿Se encuentra realizando alguna dieta en estos momentos? No_____ Sí_____

4. ¿Ha incrementado su consumo de hortalizas, frutas y vegetales? No_____ Sí_____

5. ¿Ha incrementado su nivel de actividad física? No_____ Sí_____

6. ¿Cuántas meriendas, como promedio, realiza fuera de su casa?

7. ¿A cuántas personas le ha recomendado este recurso?

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 22

Información al Participante en la 2da etapa de la investigación.

La intervención en la que se le propone participar, se realiza con el objetivo de brindarle herramientas que le permitan regular el ansia y los pensamientos intrusos relacionados con la comida. Este es un proyecto de investigación aprobado por el Consejo Científico de la Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas (UCLV).

En este contexto se intenta evaluar el efecto de diferentes recursos de autoayuda. Se le propone llevar a cabo esta intervención durante tres meses con una evaluación de seguimiento a las 4 y 12 semanas respectivamente. También pretendemos establecer un contacto de retroalimentación a los 10 meses de iniciada la intervención.

Debe conocer que usted tiene el derecho de salir del estudio en el momento en que lo estime conveniente o dejar el tratamiento. Para mayor información puede contactar en la Facultad de Psicología de la UCLV con el MSc. Boris Camilo Rodríguez Martín, profesor e investigador responsable del proyecto en el teléfono (042) 281363 o por el correo electrónico: borisc@uclv.edu.cu

Muchas gracias por su atención.

Anexo 23

Registro Semanal de Cambios

Instrucciones

Estimado participante: Para ayudarle a registrar su avance en el control del ansia de comer con mayor objetividad, deberá responder semanalmente las siguientes preguntas:

1. ¿Ha podido controlar su ansia por la comida?

Rango de respuesta desde 1 (*en lo absoluto*) hasta 10 (*totalmente*)

2. ¿Ha disminuido la frecuencia de aparición de los pensamientos que usualmente generan en usted el deseo de comer?

Rango de respuesta desde 1 (*en lo absoluto*) hasta 10 (*totalmente*)

3. ¿Cuál o cuáles recursos de los ofrecidos en la *guía* le han resultado más útiles?

4. ¿En qué días de la semana se le hizo más difícil controlar el ansia de comer?

Registro Semanal de Respuestas a las Preguntas				
Semana	P1	P2.	P3.	P4
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

¡Muchas gracias por su participación!

Anexo 24

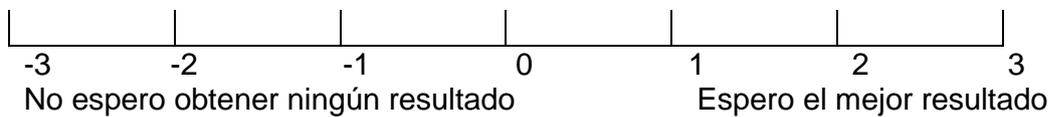
Declaración de expectativas de resultado

Estimado participante:

Una vez que el investigador le ha explicado todas las particularidades de la intervención que usted implementará y aclarado todas sus dudas, nos gustaría conocer cuáles son sus expectativas. Para ello deberá responder la siguiente pregunta, atendiendo a la escala que se ofrece debajo.

¿Espera que el recurso que se le ha orientado le ayude a autocontrolar sus deseos de comer, fuera de los horarios establecidos, aquellos alimentos que le gustan y a los que le resulta muy difícil resistirse?

Escala de respuesta



Muchas gracias por su colaboración

Anexo 25

Resultado de la Prueba de Signos pareados de Wilcoxon al mes de iniciada la Intervención

Tabla 19. Comparaciones intra-grupo al mes de iniciada la intervención.

	GA	IIR	In
Ansia de comer	.084	.045	.115
Reforzamiento positivo	.595	.105	.222
Sensación de alivio	.794	.548	.089
Desencadenantes ambientales	.013	.002	.051
Sensación de hambre	.133	.016	.331
Preocupaciones sobre comida	.563	.869	.382
Intenciones y planes de comer	.262	.038	.075
Pérdida de control	.007	.003	.003
Desencadenantes emocionales	.007	.229	.106
Culpa	.849	.951	.354
Pensamientos intrusos	.847	.903	.313
Reacciones emocionales	.005	.752	.887
Descontrol	.006	.614	.459
Tristeza	.149	.609	.827
Ansiedad	.073	.808	.014
Irritabilidad	.029	.252	.403
Reacciones Conductuales	.001	.772	.096
Distracción	.003	.374	.838
Impulsividad	.011	.013	.189
Desconcentración	.184	.221	.800
Supresión general de pensamientos	.157	.548	.513
Supresión de pensamientos-comida	.910	.313	.095
Supresión de pensamientos-peso/forma	.034	.095	.026
Habilidad para el control de pensamientos	.274	.207	.300
Distracción	.967	.019	.826
Estrategias de control de pensamientos	.089	.356	.748
Control Social	.478	.055	.182
Preocupación	.848	.444	.047
Reevaluación	.150	.064	.337
Castigo			

Fuente: SPSS 18.0

Anexo 26

Resultados de la prueba U de Mann-Whitney sobre el efecto de cada *recurso*, según la opinión de los participantes al mes de iniciada la intervención.

Tabla 20. Comparación entre los grupos al mes de iniciada la intervención

GA-IIR	Grupo	N	Rango Promedio	Suma de Rangos
Control de pensamientos intrusos-comida	GA	33	38.47	1269.50
	IIR	32	27.36	875.50
	Total	65		
Facilidad de logro	GA	33	37.61	1241.00
	IIR	32	28.25	904.00
	Total	65		
Control del ansia de comer	GA	33	38.82	1281.00
	IIR	32	27.00	864.00
	Total	65		
Facilidad de logro	GA	33	41.59	1372.50
	IIR	32	24.14	772.50
	Total	65		

Estadísticos de contraste^a

	Control de pensamientos intrusos-comida	Facilidad de logro	Control del ansia de comer	Facilidad de logro
U de Mann-Whitney	347.500	376.000	336.000	244.500
W de Wilcoxon	875.500	904.000	864.000	772.500
Z	-2.443	-2.040	-2.597	-3.783
Sig. asintót. (bilateral)	.015	.041	.009	.000

a. Variable de agrupación: gr

IIR vs. In	Grupo	N	Rango Promedio	Suma de Rangos
Control de pensamientos intrusos-comida	IIR	32	57.75	1848.00
	In	49	30.06	1473.00
	Total	81		
Facilidad de logro	IIR	32	52.47	1679.00
	In	50	34.48	1724.00
	Total	82		
Control del ansia de comer	IIR	32	60.53	1937.00
	In	50	29.32	1466.00
	Total	82		
Facilidad de logro	IIR	32	53.23	1703.50
	In	49	33.01	1617.50
	Total	81		

Estadísticos de contraste^a

	Control de pensamientos intrusos-comida	Facilidad de logro	Control del ansia de comer	Facilidad de logro
U de Mann-Whitney	248.000	449.000	191.000	392.500
W de Wilcoxon	1473.000	1724.000	1466.000	1617.500
Z	-5.461	-3.442	-5.880	-3.905
Sig. asintót. (bilateral)	.000	.001	.000	.000

a. Variable de agrupación: gr

Fuente: SPSS 18.0

Anexo 27

Resultado de la Prueba de Signos pareados de Wilcoxon al tercer mes de iniciada la intervención.

Tabla 21. Comparaciones intra-grupo al tercer mes de iniciada la intervención.

	GA	IIR	In
Ansia de comer	.007	.003	.808
Reforzamiento positivo	.004	.025	.769
Sensación de alivio	.021	.135	.886
Desencadenantes ambientales	.000	.001	.037
Sensación de hambre	.004	.009	.204
Preocupaciones sobre comida	.744	.138	.181
Intenciones y planes de comer	.032	.004	.668
Pérdida de control	.000	.001	.710
Desencadenantes emocionales	.012	.077	.009
Culpa	.724	.081	.002
Pensamientos intrusos	.240	.773	.002
Reacciones emocionales	.038	.779	.455
Descontrol	.048	.635	.732
Tristeza	.730	.717	.444
Ansiedad	.006	1.000	.058
Irritabilidad	.037	.371	.251
Reacciones Conductuales	.001	.767	.287
Distracción	.001	.556	1.000
Impulsividad	.005	.030	.035
Desconcentración	.549	.096	.078
Supresión general de pensamientos	.588	.709	.014
Supresión de pensamientos-comida	.149	.064	.003
Supresión de pensamientos-peso/forma	.038	.011	.112
Habilidad para el control de pensamientos	.067	.334	.105
Distracción	.364	.012	.684
Estrategias de control de pensamientos	.026	.241	.212
Control Social	.504	.023	.366
Preocupación	.595	.133	.048
Reevaluación	.034	.293	.103
Castigo			

Fuente: SPSS 18.0

Anexo 28

Resultados de la prueba U de Mann-Whitney sobre el efecto de cada *recurso* al mes de comenzar a emplearlo, según la opinión de los participantes al tercer mes de iniciada la intervención.

Tabla 22. Comparación entre los grupos al tercer mes de iniciada la intervención

GA vs. IIR	Grupo	N	Rango Promedio	Suma de Rangos
Control de pensamientos intrusos-comida	GA	33	37.11	1224.50
	IIR	31	27.60	855.50
	Total	64		
Facilidad de logro	GA	33	37.86	1249.50
	IIR	31	26.79	830.50
	Total	64		
Control del ansia de comer	GA	33	35.79	1181.00
	IIR	31	29.00	899.00
	Total	64		
Facilidad de logro	GA	33	40.12	1324.00
	IIR	31	24.39	756.00
	Total	64		

Estadísticos de contraste^a

	Control de pensamientos intrusos-comida	Facilidad de logro	Control del ansia de comer	Facilidad de logro
U de Mann-Whitney	359.500	334.500	403.000	260.000
W de Wilcoxon	855.500	830.500	899.000	756.000
Z	-2.116	-2.409	-1.508	-3.417
Sig. asintót. (bilateral)	.034	.016	.132	.001

a. Variable de agrupación: gr

IIR vs. In	Grupo	N	Rango Promedio	Suma de Rangos
Control de pensamientos intrusos-comida	IIR	31	61.10	1894.00
	In	50	28.54	1427.00
	Total	81		
Facilidad de logro	IIR	31	55.45	1719.00
	In	50	32.04	1602.00
	Total	81		
Control del ansia de comer	IIR	31	61.16	1896.00
	In	50	28.50	1425.00
	Total	81		
Facilidad de logro	IIR	31	54.95	1703.50
	In	49	31.36	1536.50
	Total	80		

Estadísticos de contraste^a

	Control de pensamientos intrusos-comida	Facilidad de logro	Control del ansia de comer	Facilidad de logro
U de Mann-Whitney	152.000	327.000	150.000	311.500
W de Wilcoxon	1427.000	1602.000	1425.000	1536.500
Z	-6.416	-4.498	-6.184	-4.565
Sig. asintót. (bilateral)	.000	.000	.000	.000

a. Variable de agrupación: gr

Fuente: SPSS 18.0

Anexo 29

Resultado de la Prueba de Signos pareados de Wilcoxon, desde el primer hasta el tercer mes.

Tabla 23. Variación intra-grupo de las opiniones de los participantes sobre la eficacia de la intervención desde el primer mes hasta el tercero.

Grupo		Control de pensamientos intrusos-comida	Facilidad de logro	Control del ansia de comer	Facilidad de logro
GA	Z	-1.414 ^a	-.813 ^a	-.054 ^b	-1.009 ^b
	p	.157	.416	.957	.313
IIR	Z	-1.520 ^a	-.946 ^a	-.982 ^a	-.285 ^a
	p	.128	.344	.326	.775
In	Z	-2.001 ^b	-1.195 ^b	-.638 ^b	-.195 ^b
	p	.045	.232	.524	.846

Fuente: SPSS 18.0

Anexo 30

Resultado de la Prueba de Signos pareados de Wilcoxon en la comparación de la evaluación de línea base con los seguimientos realizados.

Tabla 24. Variación intra-grupo del IMC con respecto a la línea base al primer y tercer mes, respectivamente.

Grupo		1er mes	3er mes
GA	Z	-2.909 ^a	-4.076 ^a
	p	.004	.000
IIR	Z	-3.341 ^a	-3.325 ^a
	p	.001	.001
In	Z	-2.346 ^b	-2.574 ^b
	p	.019	.010

Fuente: SPSS 18.0

Anexo 31

Resultados del Modelo de Regresión Múltiple para el grupo GA.

Tabla 25. *Predictores de efecto del grupo GA.*

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típ. de la estimación
1	,686 ^a	,471	,416	,98084

ANOVA^b

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	24,828	3	8,276	8,603	,000 ^a
	Residual	27,899	29	,962		
	Total	52,727	32			

Coefficientes^a

Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	-2,432	,896		-2,715	,011
	Logro	,491	,129	,542	3,821	,001
	Ciclo del Peso	,007	,059	,021	,117	,908
	Influenciabilidad	,214	,081	,471	2,660	,013

a. Variable dependiente: Control de pensamientos intrusos 3er mes

Fuente: SPSS 18.0

Anexo 32

Resultados del Modelo de Regresión Múltiple para el grupo IIR

Tabla 26. *Predictores de efecto del grupo IIR.*

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típ. de la estimación
1	,610 ^a	,372	,246	,93889

ANOVA^b

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	13,059	5	2,612	2,963	,031 ^a
	Residual	22,038	25	,882		
	Total	35,097	30			

Coefficientes^a

Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	-1,064	1,637		-,650	,522
	Implicación Emocional	,052	,069	,159	,759	,455
	Influenciabilidad	,039	,081	,107	,489	,629
	Orientación vital	-,053	,040	-,237	-1,326	,197
	Benevolencia	,511	,238	,373	2,153	,041
	Seguridad	-,045	,084	-,091	-,540	,594

a. Variable dependiente: Control PI-3

Fuente: SPSS 18.0